



Avaliação pré e pós-operatória do efeito da cirurgia reparadora na qualidade de vida e da autoestima do paciente: um estudo prospectivo envolvendo 52 pacientes

Pre- and postoperative evaluation of the effect of reconstructive surgery on patient quality of life and self-esteem: a prospective study of 52 patients

VICTOR FELIPE DOS SANTOS TEJADA ^{1*}
RAÚL ANDRÉS MENDOZA SASSI ^{1,2}
LUCIANO ZOGBI DIAS ¹
SUSI HELIENE LAUZ MEDEIROS ^{1,3}

■ RESUMO

Introdução: As lesões de pele benignas e malignas podem afetar a qualidade de vida (QV) e a autoestima dos pacientes, tendo a cirurgia plástica reparadora importante papel nesses indivíduos. O objetivo é estudar o efeito da cirurgia plástica reparadora sobre a QV e a autoestima de pacientes. **Métodos:** Foi realizado um estudo quase-experimental (antes e depois). A QV foi medida pelo questionário SF-36. Para a medida da autoestima, foi utilizada a escala de autoestima de Rosenberg. Alterações nos escores de ambos os instrumentos foram medidas antes e após o procedimento cirúrgico e a significância estatística da diferença foi avaliada pelo teste t. A proporção de indivíduos com aumento de escore de QV e autoestima, segundo as categorias de variáveis sociodemográficas, características da lesão ou da doença, classificação do tratamento cirúrgico e eventos estressantes, foi medida, e a significância estatística foi avaliada pelo teste do Qui-quadrado. **Resultados:** Foram entrevistados 52 pacientes. Após a intervenção cirúrgica, houve melhora significativa no escore de QV na maioria dos domínios de SF-36 (aspectos emocionais, físicos, sociais, dor, estado geral de saúde e saúde mental) e melhora na escala de autoestima de Rosenberg. Os fatores associados a maior probabilidade de melhora na QV e autoestima após a cirurgia foram idade igual ou superior a 60 anos, cor de pele branca, maior escolaridade, ocorrência de evento estressante e tipo maligno de neoplasia. **Conclusões:** A cirurgia reparadora teve um impacto positivo em vários domínios de QV e autoestima, mostrando outras melhorias na saúde do paciente, além dos benefícios clínicos.

Descritores: Qualidade de vida; Autoimagem; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Inquéritos e questionários.

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

Artigo submetido: 29/7/2017.
Artigo aceito: 17/5/2018.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0102

¹ Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

² Harvard University, Cambridge, MA, EUA.

³ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Benign and malignant skin lesions can affect patients' quality of life and self-esteem; thus, reconstructive plastic surgery is important for these individuals. The objective is to assess the effect of reconstructive plastic surgery on the quality of life (QoL) and self-esteem in patients with benign or malignant skin lesions. **Methods:** This quasi-experimental "pre-post study" measured QoL using the 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) questionnaire. For the measure of self-esteem, the Rosenberg Self-Esteem Scale was used. The changes in scores of both instruments were measured before and after surgery, and the statistical significance of the difference was evaluated using a paired sample t test. The proportion of individuals with an increased QoL score and self-esteem according to sociodemographic variables, lesion or disease characteristics, surgical treatment classification, and stressful events was measured, whereas the statistical significance was assessed using the chi-square test.

Results: Fifty-two patients were interviewed. After the surgical intervention, significant improvement in QoL score in most SF-36 domains (emotional, physical, social, pain, general health, and mental health aspects) and improvement in the Rosenberg Self-Esteem Scale score were noted. The factors associated with a higher probability of improvements in QoL and self-esteem after surgery were age ≥ 60 years, white skin color, higher education level, occurrence of a stressful event, and malignant neoplasia.

Conclusions: Reconstructive surgery positively affected several domains of QoL and self-esteem, showing other improvements in patient health beyond its technical and clinical benefits.

Keywords: Quality of life; Self-concept; Surgical reconstructive procedures; Surveys and questionnaires.

INTRODUÇÃO

As lesões de pele, tanto benignas quanto malignas, além de produzirem um impacto importante na morbidade, podem também diminuir a produtividade, causar exclusão social e afetar a qualidade de vida do indivíduo^{1,2}. Entre as lesões de pele, merece destaque o câncer de pele, que no mundo apresenta uma incidência crescente nas últimas três décadas e no Brasil é a neoplasia mais frequente, afetando cerca de 0,06% da população no ano de 2015³.

Os locais mais comuns de ocorrência das neoplasias de pele são as regiões da cabeça e do pescoço, representando até 80% das neoplasias de pele do tipo não melanoma⁴. As consequências do tratamento, especialmente nessa região, podem incluir distúrbios físicos e psicológicos^{5,6}, uma vez que as sequelas e cicatrizes resultantes do tratamento cirúrgico podem causar diferentes tipos de deformidades e alterações físicas faciais⁷.

A seqüela de queimadura é outro tipo de lesão de pele que desencadeia sérios problemas físicos, psicológicos e financeiros para o paciente, a sua família

e a sociedade⁸. Mesmo quando as causas de desconforto psicológico são pequenas deformidades ou falhas estéticas menores, estas podem se tornar a causa de sentimento de inferioridade ou fator de conflito emocional^{9,10}.

Esses pacientes são frequentemente referenciados para serviços de cirurgia de forma a corrigir os defeitos anatômicos e funcionais. Nessa condição, o conceito de cura não deve ser unicamente baseado na recuperação biológica, mas incluir também o bem-estar, a sobrevivência psíquica, a autoestima e a qualidade de vida (QV)^{11,12}.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), "qualidade de vida é a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação às suas metas, expectativas, padrões e interesses"⁹, relacionando-se à promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, a fim de melhorar o bem-estar dos pacientes¹⁰⁻¹². A autoestima, por sua vez, consiste na medida dos sentimentos positivos do indivíduo sobre si mesmo. É algo subjetivo porque determina o modo como o indivíduo pensa e se comporta, sendo suas medidas baseadas em experiências individuais e sociais¹³.

Existem diversos estudos que avaliam o impacto da cirurgia estética na qualidade de vida (QV) ou autoestima, em procedimentos como blefaroplastia, rinoplastia e ritidoplastia¹³⁻¹⁵, podendo haver maiores estudos no que se refere ao impacto da cirurgia reparadora nos tipos de pacientes anteriormente referidos.

OBJETIVO

O presente estudo investigou o efeito da cirurgia plástica reconstrutora na qualidade de vida e na autoestima de pacientes com lesões benignas ou malignas de pele que foram encaminhados a um Serviço de cirurgia plástica em um hospital universitário no Sul do Brasil.

MÉTODOS

Foi realizado um ensaio clínico não aleatório e aberto, do tipo antes e depois, com pacientes com indicação de cirurgia reparadora, tendo sido avaliada a mudança na QV e na autoestima entre o período pré-operatório e o pós-operatório.

Participaram do estudo os pacientes com 18 anos ou mais, portadores de lesões de pele benignas ou malignas classificadas pelo CID 10, com acometimento ou não de planos mais profundos e que tiveram indicação de realizar procedimento cirúrgico reparador. Esses pacientes eram encaminhados de outros Serviços para o ambulatório de cirurgia. O critério de exclusão foi a ausência de capacidade intelectual para responder ao questionário.

Os pacientes foram submetidos aos procedimentos no centro cirúrgico, na presença de equipe formada pelo cirurgião, auxiliar cirúrgico médico residente ou estudante de medicina e médico anestesista. Após o procedimento, foi realizado contato telefônico com os pacientes, lembrando-os do retorno à consulta, visando diminuir o risco de perdas. A indicação do procedimento cirúrgico foi realizada por dois cirurgiões de forma independente, e no caso de discordância a decisão foi realizada por consenso. Para diagnóstico das lesões dos pacientes submetidos aos procedimentos, foram utilizados o exame clínico, o exame transoperatório e o estudo histopatológico.

Os desfechos do estudo foram a QV e a autoestima dos pacientes. Para avaliação da QV, foi utilizado o questionário *SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey)*. É um instrumento de fácil aplicação, validado no Brasil e frequentemente utilizado para estudar esse tópico^{16,17}.

Trata-se de um questionário multidimensional, formado por 36 itens, agrupados em 8 componentes ou domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde

mental. Os domínios são calculados segundo fórmulas já estabelecidas pelo próprio questionário, chegando-se a um resultado para cada questão, que é transformado em uma escala de zero a cem (0 a 100), na qual zero é considerado o pior estado, e cem, o melhor^{18,19}.

Para a avaliação da autoestima, foi utilizada escala de autoestima de Rosenberg (EAR). É um instrumento utilizado em pesquisa, de fácil e rápida aplicação²⁰. Para o presente estudo, utilizou-se a versão brasileira da EAR, validada e adaptada para as necessidades e características da população do país²⁰.

A EAR é um questionário constituído por 10 itens, com conteúdos relativos aos sentimentos de respeito e aceitação do indivíduo em relação a si mesmo, havendo as seguintes opções de resposta: concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente. Cada item de resposta varia de 1 a 4 pontos. Quanto maior o escore, maior o nível da autoestima²¹.

Na consulta de pré-operatório era realizada a primeira medida da QV e da autoestima, além da coleta das características basais dos pacientes. Quatro semanas depois, em média, era realizado o procedimento cirúrgico, sendo nessa fase coletadas informações inerentes ao procedimento, como técnica utilizada e características transoperatórias da lesão. Na consulta de pós-operatório, em média 8 semanas após a primeira consulta, era aplicado pela segunda vez o questionário sobre QV e autoestima, e coletados os dados sobre diagnóstico histopatológico da lesão.

O cálculo da amostra foi estimado utilizando a diferença esperada entre os diversos domínios do questionário de QV e a diferença no escore da autoestima. Os valores estimados foram obtidos de um estudo anterior²². Foi utilizado um nível de confiança de 95% e um poder estatístico entre 95% em todos os cálculos. Para cada um dos domínios da QV, foi feito o cálculo de tamanho de amostra necessário considerando a média e desvio padrão (DP) no pré-operatório e no pós-operatório.

O domínio que exigiu um “n” maior foi o de saúde mental. Os escores pré-operatório e pós-operatório para esse domínio foram 55 (DP 8) e 65 (DP 13), respectivamente. O tamanho calculado da amostra foi de 52 pacientes, considerando 10% para perdas e 50% para fatores de confusão. O cálculo da amostra para EAR considerou uma média e DP antes e depois de 20 (DP 5) e 28 (DP 6), respectivamente. O “n” necessário para esse desfecho foi de 26 indivíduos. Assim, o tamanho da amostra necessária para os dois desfechos foi de 52 pacientes.

As variáveis independentes estudadas foram:

- a) Sociodemográficas: idade, cor de pele referida pelo paciente (categorizada em branca, preta ou amarela), sexo, estado civil (categorizado em com e sem companheiro), alfabetização,

escolaridade, renda familiar per capita classificada em quartis, atividade exercida no mês anterior à entrevista;

- b) Características da lesão ou doença (tamanho em área; diagnóstico clínico e histopatológico; presença ou não de doença neoplásica sistêmica, topografia da lesão, definida como na face (nariz, orelha, lábio, periorbitária, malar frontal), cranial, cervical, tronco, membros superiores, membros inferiores ou genital;
- c) Classificação do tratamento cirúrgico quanto ao tipo (ressecação com fechamento primário; confecção de enxerto; ressecção seguida de retalho local; uso de expansores de tecido;
- d) Eventos de vida produtores de estresse, definidos como mudanças no meio ambiente, ocorridas até 12 meses antes da avaliação, cuja magnitude demandou um grau de adaptação social e/ou psicológica por parte do paciente: episódio grave de doença, falecimento de parentes próximos, internação hospitalar, separação/divórcio, mudança forçada de moradia, problemas financeiros graves, agressão física, assalto ou roubo com violência²³.

Foi construído um banco de dados no programa Epidata 3.1. Os dados foram digitados de forma dupla por dois digitadores independentes. Posteriormente, foi feita a limpeza do banco, identificando erros de amplitude ou consistência. Para a análise dos dados, o banco foi traduzido para um programa de estatística (Stata 13.1). Foi realizada a análise descritiva da amostra estudada.

Calculou-se o escore SF-36 por domínio e o escore da escala de autoestima de Rosenberg para a primeira e a segunda consultas. A diferença nos escores foi analisada estatisticamente mediante o teste de Student para amostras pareadas. Posteriormente, foi analisada a diferença da proporção de indivíduos que aumentou seu escore de QV e autoestima em cada categoria das variáveis sociodemográficas. O teste utilizado foi o Qui-quadrado. Em todas as análises foi utilizado um valor de p menor que 0,05 de um teste bicaudal.

O projeto seguiu as diretrizes da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande. Todos os pacientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, confirmando, desse modo, estar aceitando participar do estudo por livre e espontânea vontade.

RESULTADOS

Um total de 52 pacientes foram selecionados e todos participaram do estudo, não havendo perdas. O

tempo médio entre a primeira e segunda aplicação do questionário foi de 63,08 dias (DP 2,51, mínimo 58, máximo 67). O período de coleta de dados se estendeu de junho a outubro de 2016.

A média de idade foi 51,69 (DP 24,12) e as idades dos pacientes variaram entre 19 a 90 anos de idade, sendo a maior proporção encontrada na faixa dos 60 anos ou mais. A maior proporção era do sexo feminino, de pele branca, sem companheiro, alfabetizados e com baixa escolaridade (40% com menos de 3 anos de estudo). Quanto à renda mensal, o primeiro quartil acumulava até 458 reais por mês, e o último 1.300 reais, em média. Quatro entre 10 dos pacientes trabalharam.

No que se refere ao tamanho das lesões de pele dos pacientes, a média foi de 6,8 cm², sendo que 46,15% das lesões eram neoplasias malignas, e 53,85% das lesões eram benignas, caracterizadas como sequelas de trauma ou queimaduras, cicatrizes patológicas ou inestéticas ou neoplasias benignas. Entre os tipos de neoplasia, 75% eram carcinoma basocelular, 20,83% carcinoma espinocelular e 4,17% melanoma. Em 69,23% dos pacientes foram utilizadas técnicas de fechamento dos defeitos com uso de retalhos cirúrgicos ou enxertia de pele. A maioria das lesões se encontrava em face ou couro cabeludo (67,31%) (Tabela 1).

Quanto aos resultados de SF-36 (Tabela 2), é possível perceber que os escores iniciais dos domínios se situaram, na sua maioria, acima dos 70 pontos, sendo que o domínio com melhor pontuação foi o de aspectos sociais. Após a intervenção cirúrgica, houve uma melhora significativa do escore de QV de vida para aspectos emocionais, limitação por aspectos físicos, aspectos sociais, dor, estado geral de saúde e saúde mental. O maior incremento se observou no domínio aspectos emocionais, seguido pelo domínio de limitação por aspectos físicos, e em terceiro lugar se situando o domínio dos aspectos sociais. As diferenças entre os escores e as médias podem ser observadas na Tabela 2.

No que se refere à escala de Rosenberg para autoestima (Tabela 2), houve uma diferença significativa de 6,79 pontos entre o pós-operatório e o pré-operatório.

A proporção de indivíduos com a QV e a autoestima incrementadas após a cirurgia foi diferente segundo a categoria estudada (Tabela 3). A maior escolaridade afetou significativamente três dos oito domínios: os aspectos físicos, sociais e emocionais. A proporção de pacientes com 60 anos ou mais que aumentou a QV foi significativamente maior do que entre os indivíduos menores de 60 no domínio aspectos emocionais.

No domínio saúde mental, a proporção que aumentou a QV entre os pacientes com cor de pele branca foi significativamente maior do que entre os de cor preta e amarela. Pacientes portadores de neoplasia do tipo maligno apresentaram uma proporção significativamente

Tabela 1. Características dos pacientes submetidos a cirurgia plástica reparadora em Hospital Universitário no Sul do Brasil, Rio Grande, RS, 2016 (n = 52).

Características	n	(%)
Idade - categoria (anos)		
0-19	5	(9,62)
20-39	13	(25)
40-49	11	(21,15)
60 ou mais	23	(44,23)
Cor da pele		
Branca	46	(88,46)
Negra ou parda	6	(11,54)
Sexo		
Feminino	30	(57,69)
Masculino	22	(42,31)
Estado civil		
Sem companheiro	33	(63,43)
Com companheiro	19	(36,54)
Alfabetização		
Sabem ler	51	(98,08)
Não sabe ler	1	(1,92)
Escolaridade		
Até 3 anos de estudo	21	(40,38)
4a a 7a série	19	(36,54)
1o grau completo ou mais	12	(23,08)
Renda familiar		
1º quartil	458,00	(90,6)
2º quartil	644,00	(62,5)
3º quartil	900,00	(81,7)
4º quartil	1.300,00	(293)
Emprego		
Não trabalharam	30	(57,69)
Trabalharam	22	(42,31)
Área da lesão em cm ²	6,86	(5,62)
Tipo de lesão		
Neoplasia maligna	24	(46,15)
Outras lesões	28	(53,85)
Tipo de neoplasia		
Carcinoma basocelular	18	(75,00)
Carcinoma espinocelular	5	(20,83)
Melanoma	1	(4,17)
Local		
Face/couro cabeludo	35	(67,31)
Tronco/membros/outras regiões	17	(32,69)
Tipo de tratamento cirúrgico		
Fechamento primário	16	(30,77)
Enxerto ou retalho cirúrgico	36	(69,23)
Evento estressante		
Não apresentaram evento	44	(84,62)
Apresentaram ao menos 1 evento	8	(15,38)

maior de indivíduos que melhoraram a QV no domínio dor, quando comparada à proporção de indivíduos com neoplasia benignas.

O grupo de pacientes que teve ao menos um evento estressante apresentou maior proporção de indivíduos com melhora, significativamente estatística, no domínio saúde mental, quando comparado ao grupo de pacientes que não foi vítima de evento estressante. Não houve diferença significativa na autoestima, e as proporções de aumento em todas as categorias foram superiores a 86%.

DISCUSSÃO

O presente estudo encontrou diferença estatisticamente significativa na QV e na autoestima dos pacientes após procedimento cirúrgico reparador.

No que se refere à QV, foi possível perceber melhora dos resultados em todos os domínios, mas especialmente nos aspectos emocionais (melhora no escore de 23,72 pontos), nas limitações por aspectos físicos (melhora no escore de 17,29 pontos), em aspectos sociais (melhora no escore de 15,11 pontos), havendo também mudança em outros domínios, como em saúde mental (melhora no escore de 5,85 pontos).

A mudança no domínio aspectos emocionais poderia ser justificada sobretudo pelo efeito psíquico provocado pela correção cirúrgica das lesões localizadas especialmente em áreas de exposição, como a face, causadoras de constante perturbação e preocupação, especialmente quando se tratando de neoplasias, gerando medo, ansiedade e angústia⁶.

Esse resultado é consistente com outros estudos que avaliaram esse aspecto. Um artigo sobre o efeito da QV em cirurgia reparadora, realizada especificamente para correção de úlceras venosas por meio da enxertia de pele, também observou impacto positivo do procedimento cirúrgico sobre a qualidade de vida semelhante ao obtido no presente estudo, havendo melhora especialmente sobre os domínios referentes à limitação por aspectos físicos e limitação por aspectos emocional²².

Outro artigo que compara a QV entre pacientes submetidas e não submetidas à reconstrução da mama após a mastectomia observou que mulheres que ainda não passaram pela reconstrução mamária possuem maior fragilidade emocional, também resultando em um impacto maior sobre o domínio emocional da qualidade de vida²⁴. Outro artigo, que estudou o efeito da mamoplastia redutora na QV, identificou que a correção cirúrgica da hipertrofia da mama resultou em melhora da qualidade de vida das mulheres, também havendo impacto sobre o aspecto emocional²⁵.

Finalmente, estudo posterior realizado na Alemanha, com 72 pacientes portadores de câncer de pele não melanoma, que foram submetidos ao questionário

Tabela 2. Resultados dos escores de qualidade de vida e autoestima antes e após cirurgia plástica reparadora, Rio Grande, RS, 2016 (n = 52).

Função	1ª medida		2ª medida		Diferença	p
	Média	DP	Média	DP		
QV - SF36						
Capacidade Funcional	75,67	25,65	76,35	27,79	0,68	0,6
Limitação por aspectos físicos	74,51	36,85	91,8	19,62	17,29	0,0004
Dor	74,03	15,9	76,35	15,21	2,32	0,004
Estado geral de saúde	73,75	17,25	85,2	14,41	11,45	0,0001
Vitalidade	66,15	8,02	67,95	8,85	1,8	0,2
Aspectos sociais	77,64	19,7	92,75	13,17	15,11	0,0001
Aspectos emocionais	67,3	40,95	91,02	23,90	23,72	0,0001
Saúde mental	76,53	9,98	82,38	9,57	5,85	0,0004
Autoestima de Rosenberg	22,13	3,61	28,92	1,45	6,79	0,001

DP: Desvio Padrão.

Tabela 3. Proporção de pacientes que tiveram seus escores de QV e autoestima aumentados após a cirurgia plástica reparadora, segundo variáveis sociodemográficas, tipo de neoplasia e evento estressante, Rio Grande, RS, 2016 (n = 52).

Variável	Qualidade de Vida % (n)								Autoestima % (n)
	Capacidade funcional	Aspecto físico	Dor	Saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Aspectos Emocionais	Saúde mental	
Sexo									
Masculino	13,6 (3)	31,82 (7)	22,73 (5)	68,18 (15)	40,91 (9)	63,64 (14)	31,82 (7)	36,36 (8)	90,00 (27)
Feminino	6,7 (2)	26,67 (8)	13,33 (4)	60,00 (18)	33,33 (10)	56,67 (17)	43,33 (13)	46,67 (14)	90,91 (20)
Idade 60 ou +									
Sim	17,4 (4)	34,78 (8)	21,74 (5)	73,91 (17)	34,78 (8)	73,91 (17)	56,52 (13) ^a	39,13 (9)	86,96 (20)
Não	3,4 (1)	24,14 (7)	13,79 (4)	55,17 (16)	37,93 (11)	48,28 (14)	24,14 (7)	44,83 (13)	93,10 (27)
Cor									
Preta ou Amarela	0,0 (0)	0,00 (0)	16,67 (1)	50,00 (3)	16,67 (1)	33,33 (2)	16,67 (1)	0,00 (0) ^a	100,00 (6)
Branca	10,87 (5)	32,61 (15)	17,39 (8)	65,22 (30)	39,13 (18)	63,04 (29)	41,30 (19)	47,83 (22)	89,13 (41)
Escolaridade									
Menos de 3 anos	4,76 (1)	9,52 (2) ^a	9,52 (2)	52,38 (11)	38,10 (8)	42,86 (9) ^a	14,29 (3) ^b	42,86 (9)	95,24 (20)
3 anos ou mais	12,90 (4)	41,94 (13)	22,58 (7)	70,97 (22)	35,48 (11)	70,97 (22)	54,84 (17)	41,94 (13)	87,10 (27)
Com companheiro(a)									
Sim	12,12 (4)	21,21 (7)	21,21 (7)	60,61 (13)	39,39 (13)	51,52 (17)	33,33 (11)	42,11 (8)	89,47 (17)
Não	5,26 (1)	42,11 (8)	10,53 (2)	68,42 (20)	31,58 (6)	73,68 (14)	47,37 (9)	42,42 (14)	90,91 (30)
Neoplasia Maligna									
Sim	16,67 (4)	37,50 (9)	29,17 (7) ^a	70,83 (17)	45,83 (11)	66,67 (16)	50,00 (12)	46,43 (13)	87,50 (27)
Não	3,57 (1)	21,43 (6)	7,14 (2)	57,14 (16)	28,57 (8)	53,57 (15)	28,57 (8)	37,50 (9)	92,86 (26)
Evento estressante									
Sim	0,00 (0)	50,00 (15)	25,00 (2)	50,00 (4)	50,00 (4)	75,00 (6)	37,50 (3)	75,00 (6) ^a	87,50 (7)
Não	11,36 (5)	25,00 (11)	15,91 (7)	65,91 (29)	34,09 (15)	56,82 (25)	38,64 (17)	36,36 (16)	90,91 (40)

^ap < 0,05; ^bp < 0,01. QV: Qualidade de Vida.

sobre QV, encontrou um impacto moderado a forte na qualidade de vida após o tratamento cirúrgico, nos aspectos emocionais, na capacidade funcional e nos sintomas relacionados a doença²⁶.

O incremento no domínio aspecto físico observado no nosso estudo poderia ser explicado não somente por melhora de função, mas pelo impacto no aspecto psicológico do paciente, repercutindo com melhora da disposição, diminuição da fadiga e cansaço, alterando o repouso e o sono, levando à melhora na capacidade em desempenhar atividades pessoais e profissionais²⁷.

A melhora observada no presente estudo no escore dos aspectos sociais do indivíduo poderia ser justificada também pela melhora física, da aparência e da questão psíquica do indivíduo, especialmente no que se refere ao fato de se sentir aceito pelo seu grupo, interferindo nas atividades sociais, no meio profissional e na relação entre familiares e amigos²⁸.

Quanto ao domínio saúde mental, também foi possível identificar no presente estudo melhora importante, demonstrando o papel que tem a cirurgia reparadora nesse aspecto. Tais dados têm consistência com os encontrados por outro estudo realizado com pacientes portadores de neoplasia de cabeça e pescoço, em que foi avaliado o impacto na QV após o tratamento cirúrgico e no qual se observou uma melhora no pós-operatório, especialmente no domínio saúde mental²⁹.

O importante aumento observado nos escores da EAR após as intervenções (6,79 pontos), demonstra o relevante papel da cirurgia reparadora na função de recuperação da autoestima do indivíduo. O impacto psicológico devido à melhora da função, como no caso de correção de retrações cicatriciais provocadas por queimaduras, ou do tratamento do câncer de pele, também é capaz de melhorar a autoestima, não sendo esse benefício exclusivo da cirurgia estética²².

Há também artigos que se referem ao impacto da cirurgia plástica exclusivamente estética na autoestima e que apresentam resultados semelhantes aos do presente estudo^{13-15,30,31}, com impacto positivo na autoestima do paciente. Um estudo realizado para avaliar o efeito da cirurgia para contorno corporal, incluindo abdominoplastia e lipoaspiração, demonstrou importante resposta na autoestima, com pacientes relatando se sentirem mais felizes após a cirurgia³⁰.

Esses pacientes submetidos à cirurgia estética apresentam diferentes características psicológicas e de percepção do próprio corpo do que os submetidos à cirurgia reparadora, com níveis maiores de estresse em relação à aparência e com diferentes motivos para procurar o procedimento, havendo muitas vezes para esses casos indicação subjetiva de intervenção cirúrgica³².

Sabe-se que a perspectiva de futuro e o tipo de recuperação ao qual o indivíduo se vê submetido podem

influenciar a expectativa do paciente em relação a sua doença e seu tratamento³³. Se por um lado na cirurgia estética os procedimentos apresentam um objetivo mais específico de promover tratamento de queixas de origem psicológica e focar na autoestima, na cirurgia reparadora não há expectativa tão grande em relação ao resultado estético, mas com a melhora da função e tratamento da doença. Essa diferente característica psicológica inerente ao perfil do paciente pode ser o fator capaz de gerar os importantes escores de QV autoestima na cirurgia com componente reparador³⁴.

Quanto à associação entre fatores estudados e a QV e a autoestima, antes e após a intervenção, observou-se que entre os pacientes que tiveram aumento nos escores dos desfechos foi encontrada uma proporção significativamente maior de aumentos dos escores em pacientes com idade de 60 anos ou mais, cor de pele branca, maior escolaridade, ocorrência de evento estressante e em portadores de neoplasia do tipo maligno.

A melhor QV em indivíduos mais velhos foi reportada por Engel et al.³⁵, em estudo realizado com 990 pacientes, demonstrando que quanto mais jovem a paciente maior sua preocupação com saúde, situação financeira e futuro, refletindo negativamente na QV. Em outro estudo, foi avaliada a QV de mulheres com câncer de mama por um período de 6 anos após o diagnóstico, entrevistando-se 577 mulheres de 30 anos a 61,6 anos de idade. Em pacientes com mais velhas, a QV era maior nos aspectos sociais e emocionais³⁶, resultados que estão de acordo com os do presente estudo. Porém, nos aspectos físicos, mulheres mais jovens tinham melhores resultados em QV, o que poderia estar associado à menor ocorrência de comorbidades nesse grupo.

Para a variável sexo, observou-se que não houve diferença na melhora de QV ou de autoestima, sendo a melhora neste último desfecho muito acentuada e semelhante para ambos os sexos. Outro estudo que analisou o impacto da cirurgia estética em face sobre QV e autoestima encontrou que mulheres apresentam maior impacto em QV e autoestima¹⁵. Já em estudo realizado em pacientes com melanoma cutâneo, o sexo não se associou com alteração dos escores de QV³⁷. Essas diferenças entre os estudos podem ocorrer por motivos metodológicos, e em particular pela falta de poder estatístico.

Em indivíduos com maior escolaridade encontrou-se maior proporção de indivíduos sendo afetados por melhorias na QV nos aspectos físicos, sociais e emocionais. Esse achado pode ser explicado pelo fato de um nível de escolaridade maior estar mais associado com melhores oportunidades de emprego, melhores salários e melhor aderência ao tratamento, incidindo na melhora da QV³⁸. De maneira diferente, existem outros estudos que avaliaram pacientes submetidos à cirurgia por

câncer de pele e que não encontraram diferenças na QV relacionadas a fatores sociodemográficos^{26,29}.

A lesão maligna se associou significativamente com a melhora na QV no domínio dor após a intervenção cirúrgica. Isto pode ser explicado talvez pela maior susceptibilidade à percepção da dor entre pacientes neoplásicos³⁹, e que se modificaria com a intervenção cirúrgica. Sabe-se que a intensidade da dor no câncer varia e se agrava de acordo com a localização do tumor e do estágio de evolução da neoplasia⁴⁰.

Embora as lesões encontradas nos pacientes do estudo estivessem em estádios iniciais, a dor é subjetiva, e cada indivíduo desenvolve o sintoma a partir de suas experiências traumáticas e da sua percepção influenciada vários componentes, como a incapacidade física, o isolamento social e familiar, as dificuldades financeiras, e especialmente o medo da mutilação e da morte, presente no caso das neoplasias⁴¹.

Os eventos estressantes afetam a QV e no presente estudo isso foi observado também no domínio de saúde mental. O fato de que indivíduos com evento estressante apresentam maior ganho nesse domínio do que indivíduos sem o evento estressante, pode dever-se a que a correção do problema de saúde nesse grupo geraria um reconforto e compensação maior. Diversos outros estudos têm analisado o efeito da cirurgia reparadora sobre a QV e a maior parte dos artigos mostra uma associação significativa, afetando diversos domínios^{23,42-44}.

Como limitação do estudo deve ser assinalada a ausência de um grupo controle não submetido à intervenção. O delineamento utilizado, estudo aberto, não aleatório, antes-depois, contudo, foi o mais adequado considerando a dificuldade em se obter um grupo controle na avaliação de procedimentos cirúrgicos. Outra limitação que pode ser apontada foi a falta de poder estatístico para algumas diferenças de proporções de pacientes que melhoraram QV. Estudos com este tipo de delineamento, mas com amostras maiores, teriam que ser realizados para analisar adequadamente algumas associações que não foram significativas.

CONCLUSÃO

A cirurgia reparadora tem impacto direto na melhora da QV e autoestima dos pacientes, interferindo em uma série de condições, melhorando especialmente aspectos emocionais, físicas e sociais. Essa mudança que permite a reabilitação e a melhora do bem-estar dos pacientes, contribui para a inserção do indivíduo na família e na sociedade. Determinados fatores podem potencializar o efeito da cirurgia na QV, em particular os sociodemográficos. A prática de conhecer a QV e a autoestima em pacientes que serão submetidos a uma cirurgia reparadora pode servir como instrumento de

avaliação, dentro de uma abordagem mais integrada ao paciente cirúrgico.

COLABORAÇÕES

- VFST** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- RAMS** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- LZD** Aprovação final do manuscrito; realização das operações e/ou experimentos.
- SHLM** Redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

REFERÊNCIAS

- Walker SL, Shah M, Hubbard VG, Pradhan HM, Ghimire M. Skin disease is common in rural Nepal: results of a point prevalence study. *Br J Dermatol*. 2008;158(2):334-8. PMID: 17711533
- Silveira SM, Castro EK, Chem C. Quality of life and self-image in patients with head and neck cancer. *Univ Psychol*. 2012;11(1):13-23.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: Incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2015. 118 p.
- Lutz JM, Francisci S, Mugno E, Usel M, Pompe-Kirn V, Coebergh JW, et al.; EUROPREVAL Working Group. Cancer prevalence in Central Europe: the EUROPREVAL Study. *Ann Oncol*. 2003;14(2):313-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdg059>
- Bardini G, Lourenço D, Fissmer MC. Avaliação do conhecimento e hábitos de pacientes dermatológicos em relação ao câncer da pele. *ACM Arq Catarin Med*. 2012;41(2):56-63.
- Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Cardozo FMC, Zago MMF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(3):581-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300012>
- Caddick J, Green L, Stephenson J, Spyrou G. The psycho-social impact of facial skin cancers. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2012;65(9):e257-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2012.02.022>
- Soltani K, Zand R, Mirghasemi A. Epidemiology and mortality of burns in Tehran, Iran. *Burns*. 1998;24(4):325-8. PMID: 9688197 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0305-4179\(98\)00017-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0305-4179(98)00017-5)
- Pitanguy I, Radwanski HN, Tournieux T. Atualizações em cirurgia plástica estética. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. São Paulo: 2006.
- Osoba D. What has been learned from measuring health-related quality of life in clinical oncology. *Eur J Cancer*. 1999;35(11):1565-70. PMID: 10673963 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049\(99\)00192-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049(99)00192-6)
- Popim RC, Corrente JE, Marino JAG, Souza CA. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1331-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400030>
- Bertan FC, Castro EK. Qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual em pacientes adultos com câncer. *Salud Soc*. 2010;1(2):76-88.

13. Ishizuka CK. Autoestima em pacientes submetidas a blefaroplastia. *Rev Bras Cir Plast.* 2012;27(1):31-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752012000100007>
14. Günel C, Omurlu IK. The effect of rhinoplasty on psychosocial distress level and quality of life. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2015;272(8):1931-5. PMID: 25218195 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00405-014-3282-1>
15. Litner JA, Rotenberg BW, Dennis M, Adamson PA. Impact of cosmetic facial surgery on satisfaction with appearance and quality of life. *Arch Facial Plast Surg.* 2008;10(2):79-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archfaci.10.2.79>
16. Langenhoff BS, Krabbe PF, Wobbes T, Ruers TJ. Quality of life as an outcome measure in surgical oncology. *Br J Surg.* 2001;88(5):643-52. PMID: 11350434 DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2168.2001.01755.x>
17. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
18. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA.* 1994;272(8):619-26. PMID: 7726894 DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1994.03520080061045>
19. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med.* 1993;118(8):622-9. PMID: 8452328 DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009>
20. Dini G, Quaresma R, Ferreira LM. Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *Rev Bras Cir Plást.* 2004;19(1):41-52.
21. Ranzijn R, Keeves J, Luszcz M, Feather NT. The role of self-perceived usefulness and competence in the self-esteem of elderly adults: confirmatory factor analyses of the Bachman revision of Rosenberg's Self-Esteem Scale. *J Gerontol Psychol Sci Soc Sci.* 1998;53(2):P96-104. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/53B.2.P96>
22. Salomé GM, Blanes L, Ferreira LM. The impact of skin grafting on the quality of life and self-esteem of patients with venous leg ulcers. *World J Surg.* 2014;38(1):233-40. PMID: 24065417 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-013-2228-x>
23. Sparrenberger F, Santos I, Lima RC. Associação de eventos de vida produtores de estresse e mal-estar psicológico: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(1):249-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100042>
24. Furlan VL, Sabino Neto M, Abila LE, Oliveira CJR, Lima AC, Ruiz BFO, et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;28(2):264-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752013000200016>
25. Porto RP, Chein MBC, Silva FMAM, Lessa LMM, Brito LMO. Impacto da mastoplastia redutora na qualidade de vida física e emocional. *Bol Acad Paul Psicol.* 2011;80(1):112-20.
26. Steinbauer J, Koller M, Kohl E, Karrer S, Landthaler M, Szeimies RM. Quality of life in health care of non-melanoma skin cancer - results of a pilot study. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2011;9(2):129-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1610-0387.2010.07547.x>
27. Rhee JS, Matthews BA, Neuburg M, Logan BR, Burzynski M, Nattinger AB. Validation of a quality-of-life instrument for patients with nonmelanoma skin cancer. *Arch Facial Plast Surg.* 2006;8(5):314-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archfaci.8.5.314>
28. Maciel PC, Veiga-Filho J, Carvalho MP, Fonseca FE, Ferreira LM, Veiga DF. Quality of life and self-esteem in patients submitted to surgical treatment of skin carcinomas: long-term results. *An Bras Dermatol.* 2014;89(4):594-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20142742>
29. Blackford S, Roberts D, Salek MS, Finlay A. Basal cell carcinomas cause little handicap. *Qual Life Res.* 1996;5(2):191-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00434740>
30. Klassen A, Jenkinson C, Fitzpatrick R, Goodacre T. Patients' health related quality of life before and after aesthetic surgery. *Br J Plast Surg.* 1996;49(7):433-8. PMID: 8983542 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226\(96\)90025-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226(96)90025-9)
31. Alsarraf R, Larrabee WF Jr, Anderson S, Murakami CS, Johnson CM Jr. Measuring cosmetic facial plastic surgery outcomes: a pilot study. *Arch Facial Plast Surg.* 2001;3(3):198-201. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archfaci.3.3.198>
32. Cordeiro CN, Clarke A, White P, Sivakumar B, Ong J, Butler PE. A quantitative comparison of psychological and emotional health measures in 360 plastic surgery candidates: is there a difference between aesthetic and reconstructive patients? *Ann Plast Surg.* 2010;65(3):349-53.
33. Goin M. Psychiatric considerations. In: Courtiss EH, ed. *Aesthetic Surgery Trouble: How to Avoid it and How to Treat it.* Saint Louis: Mosby; 1978.
34. Ferraro GA, Rossano F, D'Andrea F. Self-perception and self-esteem of patients seeking cosmetic surgery. *Aesthetic Plast Surg.* 2005;29(3):184-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-004-0124-3>
35. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hölzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J.* 2004;10(3):223-31. PMID: 15125749 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1075-122X.2004.21323.x>
36. Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JE. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol.* 2003;21(22):4184-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2003.04.196>
37. Barbato MT, Bakos L, Bakos RM, Priebe R, Andrade CD. Preditores de qualidade de vida em pacientes com melanoma cutâneo no serviço de dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *An Bras Dermatol.* 2011;86(2):249-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000200007>
38. Salomé GM, Espósito VH. Nursing students experiences while caring people with wounds. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(6):822-7.
39. Melzack R, Katz J. Pain measurement in persons in pain. In: Wall PD, Melzack R. *Textbook of Pain.* 3rd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone; 1994. p. 337-51.
40. Foley KM. Supportive care and the quality of life of cancer patient. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles & Practice of Oncology.* 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 1993. p. 2417-48.
41. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Alivio del dolor en el cáncer.* Ginebra: OMS; 1987.
42. Alves VL, Sabino Neto M, Abila LEF, Oliveira CJR, Ferreira LM. Avaliação precoce da qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não à reconstrução mamária. *Rev Bras Cir Plást.* 2017;32(2):208-17.
43. Santos LKIL, Forster SA, Rocha MG, Ferreira LF, Blanes L, Ferreira LM. Autoestima de pacientes após correção de orelhas proeminentes. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(3):24.
44. Coelho FD, Carvalho PHB, Fortes LS, Paes ST, Ferreira MEC. Insatisfação corporal e influência da mídia em mulheres submetidas à cirurgia plástica. *Rev Bras Cir Plást.* 2015;30(4):567-73.

Autor correspondente:*Victor Felipe dos Santos Tejada**

Rua Santos Dumont, sala 405, Cond. Santa Casa Doctors - Centro - Pelotas, RS, Brasil

CEP 96020-380

E-mail: victorfelipetejada@gmail.com