

Análise da relevância da reconstrução mamária pós-mastectomia

Analysis of the relight of post-mastectomy breast reconstruction

Análisis de la religiosidad de la mastectomía post-mastectomía reconstrucción mamaria

Recebido: 31/10/2022 | Revisado: 11/11/2022 | Aceitado: 12/11/2022 | Publicado: 19/11/2022

Isabella Tatyane Menezes Barros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1287-9924>

Universidade Tiradentes, Brasil

E-mail: isabellatbarros@gmail.com

Maria Bernadete Galrão de A. Figueiredo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9961-5360>

Universidade Tiradentes, Brasil

E-mail: gbafigueiredo@gmail.com

Resumo

Fundamentação: A mastectomia é um procedimento necessário e muitas vezes curativo no tratamento do câncer de mama, porém o mesmo interfere não só no aspecto físico da mulher, mas também na qualidade de vida, já que a mama é um símbolo de feminilidade. Nesse aspecto, a literatura mostra que a reconstrução mamária após a mastectomia, altera positivamente e significativamente todas essas interferências, uma vez que, o símbolo da feminilidade é reconstituído, reduzindo os quadros depressivos e de disfunções sexuais, trazendo de volta a autoestima da mulher. **Objetivos:** Analisar a importância da reconstrução mamária pós mastectomia no tratamento invasivo de câncer de mama. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, na qual realizou-se uma busca na base de dados PUBMED e nos livros: Moore Anatomia Orientada para a Clínica e Oncoplastia e Reconstrução Mamária. **Resultados e Conclusão:** A mastectomia gera danos físicos e mentais na vida da mulher, essa revisão permite concluir que dados atuais mostram a existência de uma correlação entre melhora da qualidade de vida e reconstrução mamária pós mastectomia, a exemplo da diminuição dos quadros depressivos, auto aceitação e melhora no aspecto sexual. Apesar dessas melhoras serem consideradas significativas, deve ser levado em consideração que a mulher sofreu um grande impacto em sua vida, inclusive mudança física na textura da mama reconstruída comparada a sua mama natural, assim, cada uma leva um tempo para lidar com a nova situação, sendo necessário apoio familiar e psicológico, mesmo após a reconstrução.

Palavras-chave: Câncer de mama; Mastectomia; Reconstrução mamária; Qualidade de vida.

Abstract

Background: The mastectomy is a required and often healing procedure in the treatment of breast cancer, however it meddles the quality of life and body image of the women, since the breast is a symbol of femininity. Regarding this issue, academy research points that breast reconstruction surgery, after the mastectomy, the femininity symbol is restored and hence the improvement of self steem and reduction of depression state and sexual disfunction. **Objective:** Analyze the importance of the breast reconstruction surgery after a mastectomy procedure performed for a invasive treatment of breast cancer. **Methods:** This is a narrative literature review using the PUBMED database and the books Moore e Oncoplastia and Reconstrução Mamária. **Results and conclusion:** this review concludes that recent data shows a correlation between improvement of quality of life and breast resconstruction surgery after a mastectomy procedure, including reduction of depression state and enhancement of self acceptance and sexual drive. Even though the improvement beeing considered significant, it must be taken into account that the woman has had a great impact on her life, including a physical change in the texture of the reconstructed breast compared to her natural breast, thus, each one takes time to deal with the new situation, requiring family and psychological support, even after reconstruction.

Keywords: Breast cancer; Mastectomy; Breast reconstruction; Quality of life.

Resumen

Justificación: La mastectomía es un procedimiento necesario y a menudo curativo en el tratamiento del cáncer de mama, pero interfiere no solo en el aspecto físico de la mujer, sino también en la calidad de vida, ya que la mama es un símbolo de feminidad. En este aspecto, la literatura muestra que la reconstrucción mamaria después de la mastectomía altera positiva y significativamente todas estas interferencias, ya que el símbolo de la feminidad se reconstituye, reduciendo las condiciones depresivas y las disfunciones sexuales, devolviendo la autoestima de la mujer. **Objetivos:** Analizar la importancia de la reconstrucción mamaria después de la mastectomía en el tratamiento invasivo del cáncer de mama. **Métodos:** Se trata de una revisión de la literatura narrativa, en la que se realizó una

búsqueda en la base de datos PUBMED y en los libros: Moore Anatomy Oriented to Clinic and Onacclasty and Mamarian Reconstruction. Resultados y Conclusión: La mastectomía genera daño físico y mental en la vida de la mujer, esta revisión nos permite concluir que los datos actuales muestran la existencia de una correlación entre la mejoría en la calidad de vida y la reconstrucción mamaria después de la mastectomía, como disminución de las condiciones depresivas, autoaceptación y mejoría en el aspecto sexual. Aunque estas mejoras se consideran significativas, se debe tener en cuenta que la mujer sufrió un gran impacto en su vida, incluyendo el cambio físico en la textura de la mama reconstruida en comparación con su mama natural, por lo tanto, cada una toma tiempo para hacer frente a la nueva situación, siendo necesario el apoyo familiar y psicológico, incluso después de la reconstrucción.

Palabras clave: Cáncer de mama; Mastectomía; Reconstrucción mamaria; Calidad de vida.

1. Introdução

A mulher acometida com câncer de mama e tratada com a mastectomia, além de lidar com a dor e com os efeitos colaterais dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia, experimenta a perda de integridade física que pode não se resumir a cicatrizes e feridas. A perda da mama provoca graves sofrimentos psicológicos em decorrência do comprometimento da identidade feminina. A feminilidade da mulher tem ligação íntima com sua imagem corporal e abrange sentimentos, pensamentos e percepções relacionados ao corpo. A mama representa a sexualidade e o empoderamento da mulher. Com a mastectomia esses aspectos são agredidos, interferindo na qualidade de vida, tanto no quesito sexual como no psicológico, fatores que desencadeiam, na maioria das vezes, depressão e ansiedade (Schmidt et al., 2017; Chopra, et al., 2020; Chen et al., 2018; Fang et al., 2012).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2019), o câncer de mama é o mais comum e mais letal em vários países do mundo e, no Brasil, para cada ano do triênio 2020 a 2022 foram 66.280 novos casos sendo que, em 2020 foram registrados 17.825 óbitos, o que representa 16,5% dos óbitos por tipo de câncer.

Não há dúvida que a mastectomia é um procedimento necessário e frequentemente curativo para o tratamento de câncer mamário, porém, há relatos de que tal procedimento, sem reconstrução mamária, aumentará a gravidade e a incidência de depressão e ansiedade nas pacientes, às quais estão associadas a uma maior mortalidade. Desta forma é primordial, também, dar atenção ao acompanhamento psicológico da paciente (Chen et al., 2018).

Na mulher submetida à mastectomia que é um tratamento com a utilização da técnica mais agressiva, a reconstrução mamária tem impactos altamente significativos, uma vez que possibilitará o resgate da sua feminilidade e, como consequência, o fortalecimento da sua autoestima e reconstituição da sua imagem corporal. Com a reconstrução, a qualidade de vida é restabelecida, há uma maior aceitação do próprio corpo e redução considerável da ansiedade e depressão pós-mastectomia (Matthews et al., 2017).

Pelo significado das mamas para a mulher é importante que alternativas de reconstrução sejam oferecidas no tratamento cirúrgico do câncer de mama, a fim de viabilizar a satisfação quanto à aparência estética e minimizar os danos psicológicos (Pittermann et al., 2019). A reconstrução mamária na mulher mastectomizada é uma estratégia que causa impacto na qualidade de vida e, apesar da mama reconstruída não substituir a mama natural pela mudança da aparência e da sensibilidade, pode fortalecer a autoestima da mulher, diminuindo o diagnóstico de recorrência local (Archangelo et al., 2019).

Sendo assim, este trabalho de conclusão de curso visa abordar artigos científicos nacionais e internacionais e analisar a importância da reconstrução da mama pós-mastectomia, e os aspectos relacionados à qualidade de vida da paciente, à autoestima, à função sexual e à depressão.

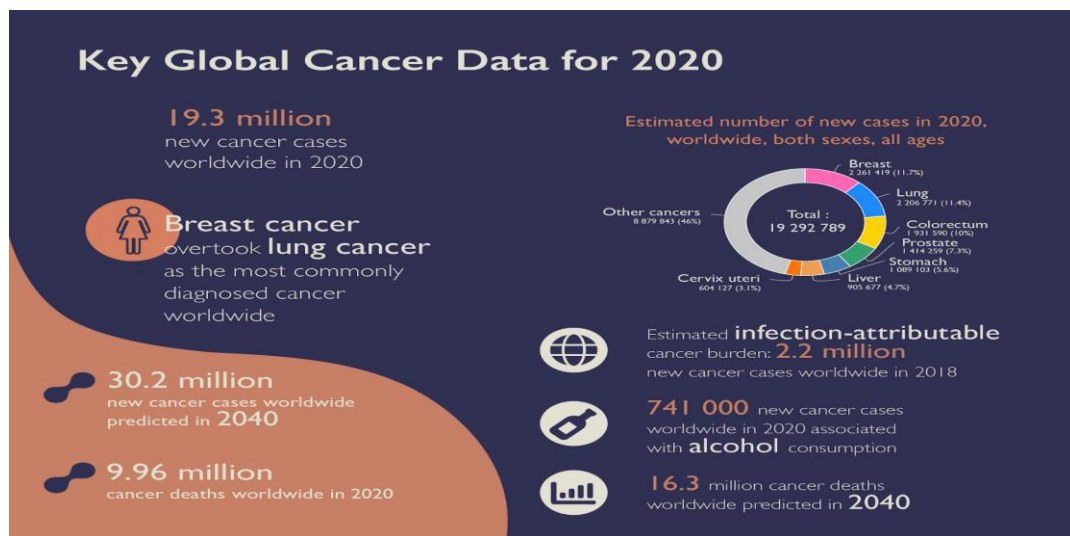
1.1 Câncer de Mama no Mundo

O câncer de mama é o tipo que mais acomete as mulheres em todo o mundo. Em 2018, ocorreram 2,1 milhões de novos casos, correspondendo a 11,6% de todos os tipos de cânceres estimados. As maiores taxas de incidência apontadas

foram na Austrália, Nova Zelândia, nos países do Norte da Europa e na Europa Ocidental (Bray et al., 2018; Ferlay et al., 2018). A incidência deste câncer está entre as primeiras posições das neoplasias malignas femininas, sem levar em conta a condição socioeconômica do país. Porém, foi observada uma queda nas taxas de incidência em alguns países desenvolvidos, o que foi atribuído à redução do tratamento da reposição hormonal em mulheres pós menopausa (Bray et al. 2018; Ferlay et al., 2018).

Segundo as estatísticas divulgadas pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), em dezembro de 2020, o câncer de mama (breast cancer) ultrapassou o câncer de pulmão (lung cancer), sendo o tipo de câncer mais diagnosticado no mundo, como se pode verificar no Gráfico 1, a seguir:

Gráfico 1 - Key Global Cancer Data for 2020.



Fonte: (Agência Internacional de Pesquisa em Câncer, 2021).

Neste gráfico intitulado “Key Global Cancer Data for 2020” (Chave do Câncer Global para 2020), o IARC estimou 2,26 milhões de novos casos em 2020, dado que corresponde a 11,4% de todos os tipos de cânceres estimados (Agência Internacional de Pesquisa em Câncer, 2021).

Nos últimos vinte anos, o número de pessoas diagnosticadas com câncer quase dobrou, passando 10 milhões em 2000 para 19,3 milhões em 2020. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde - OMS estima que uma pessoa, em cada cinco em todo o mundo, desenvolverá câncer durante a vida. As perspectivas apontam que o número de pessoas diagnosticadas com câncer aumentará ainda mais nos próximos anos, e será quase 50% maior em 2040 do que em 2020. Quanto à mortalidade, foi elevada de 6,2 milhões em 2000 para 10 milhões em 2020, e em cada seis mortes, mais de uma foi causada por câncer (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2021).

Diante dessa perspectiva, em março de 2021 a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Iniciativa Global do Câncer de Mama, que reconhece que o câncer de mama é prioridade de saúde pública, e visa reduzir a mortalidade global por esse tipo de câncer em 2,5% ao ano até 2040. Com tal Iniciativa, a OMS, outras agências da ONU e organizações parceiras darão orientações aos governos mundiais sobre como melhorar sistemas de diagnóstico e tratamento do câncer de mama e, como consequência, melhorar o gerenciamento de outros tipos de câncer (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2021).

Segundo a OMS (2021), houve progresso na redução da mortalidade por câncer de mama em muitos países de alta renda nas últimas duas décadas, e houve inexpressivo progresso nos países de baixa e média renda, em razão do diagnóstico em estágio tardio e do acesso inadequado à assistência de qualidade. Na maioria dos países de alta renda a sobrevivência do câncer

de mama, em cinco anos após o diagnóstico, ultrapassou 80%, comparado com 66% na Índia e, somente 40%, na África do Sul. Essa estatística mostra que, quando os serviços de câncer de mama são indisponíveis ou inacessíveis, ocorrem mortes prematuras e gastos que ultrapassam o orçamento da paciente, resultando na desestruturação familiar e empobrecimento social (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2021).

Em 2019, um fator que agravou os problemas do diagnóstico tardio de câncer e a falta de acesso ao tratamento foi a pandemia COVID-19, especialmente em países de baixa e média renda. O paciente com câncer, além de ter a interrupção dos serviços, teve que lidar com maior risco de ser acometido com a COVID-19 e a possibilidade de morte. De acordo com a pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) durante a pandemia, o tratamento contra o câncer havia sido interrompido em mais de 40% dos países pesquisados. Os resultados desta pesquisa foram confirmados por estudos publicados que mostraram atrasos no diagnóstico e aumento acentuado nas interrupções e abandono do tratamento. Porém, segundo a OMS alguns governos têm permitido que suas populações busquem atendimento ao câncer com segurança e os profissionais de saúde têm adaptado o tratamento para atender às necessidades de seus pacientes, inclusive por meio do uso da telemedicina (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2021).

Em esforço global, a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), a Agência Internacional de Energia Atômica e outros promovem a saúde esclarecendo à população sobre os sinais e sintomas do câncer de mama e estratégias de redução de riscos, e mostrando a importância do diagnóstico precoce, reduzindo os atrasos entre o momento em que a paciente tem primeiro contato com o sistema de saúde e o início do tratamento, e o tratamento abrangente do câncer de mama com acesso à cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia, reconstrução mamária conforme necessidade da paciente, apoio psicológico para as mulheres que procuram os serviços de tratamento e paliativos, a fim de minimizar o sofrimento físico e psicológico.

1.2 Câncer de Mama no Brasil

O câncer de mama é o tipo mais comum entre as mulheres tanto no mundo como no Brasil, ficando atrás apenas do câncer de pele não melanoma. Segundo o Ministério da Saúde, esse tipo de câncer corresponde atualmente a cerca de 28% dos casos novos entre as mulheres. Raramente acomete homens, representando menos de 1% do total de casos da doença (Ministério Da Saúde, 2021).

Até os 35 anos o câncer de mama feminino é raro, porém, a partir desta idade sua incidência cresce, principalmente após os 50 anos. O fator idade é considerado importante, apesar de haver outros fatores de risco, como os fatores genéticos e hereditários, menopausa tardia, obesidade, sedentarismo e exposições frequentes a radiações ionizantes (Bray et al. 2018; Ferlay et al., 2018; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019).

Existem vários tipos de câncer de mama, os quais podem evoluir de forma rápida ou lenta. Os mais frequentes são os ductais ou lobulares, e o tipo histológico mais comum é o de células epiteliais, *in situ* e invasoras. No entanto, a maioria dos casos tem bom prognóstico (Bray et al. 2018; Ferlay et al., 2018).

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) estimou em 66.280 novos casos de câncer de mama feminino no Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, o que corresponde a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres, como divulgado na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 - Estimativas para o ano 2020 de número de casos novos de câncer, por estado.

Estados	Próstata	Mama Feminina	Cólon e Reto	Traquéia, Brônquio e Pulmão	Estômago	Colo do Útero	Cavidade Oral
Acre	120	100	50	100	90	90	20
Amapá	100	70	20	50	80	90	30
Amazonas	480	450	210	320	380	580	100
Pará	930	780	470	560	860	780	220
Rondônia	310	220	130	180	120	130	60
Roraima	70	60	30	30	30	50	20
Tocantins	760	290	170	220	100	220	60
Alagoas	890	620	230	250	160	300	190
Bahia	6.130	3.460	1.480	1.170	1.150	1.090	750
Ceará	3.330	2.510	1.090	1.290	1.270	1.010	640
Maranhão	1.850	840	450	470	440	890	170
Paraíba	1.740	1.120	440	490	430	290	380
Pernambuco	2.630	2.390	960	1.120	830	730	550
Piauí	1.370	590	330	320	180	390	130
Rio Grande do Norte	1.570	1.130	470	420	450	310	300
Sergipe	1.060	530	310	230	180	240	190
Distrito Federal	840	730	490	420	240	260	150
Goiás	2.240	1.620	1.160	940	550	590	460
Mato Grosso	1.030	560	330	320	220	200	150
Mato Grosso do Sul	1.240	850	540	460	310	270	220
Espírito Santo	1.380	790	520	530	390	240	300
Minas Gerais	6.420	8.250	4.000	2.990	2.460	1.270	1.620
Rio de Janeiro	6.440	9.150	5.070	2.930	1.660	1.640	1.560
São Paulo	13.650	18.280	14.670	6.890	4.880	2.250	4.300
Paraná	3.560	3.470	2.480	1.990	1.390	990	910
Rio Grande do Sul	3.980	4.050	2.540	3.740	1.090	720	660
Santa Catarina	1.720	3.370	2.350	1.770	1.290	970	1.050
Brasil	65.840	66.280	40.990	30.200	21.230	16.590	15.190

Fonte: (Instituto Nacional de Câncer, 2019).

Quanto ao risco de incidência por região no Brasil, observa-se um risco estimado de 81,06 por 100 mil na Região Sudeste, de 71,16 por 100 mil na Região Sul, de 45,24 por 100 mil na Região Centro-Oeste, de 44,29 por 100 mil na Região Nordeste e de 21,34 por 100 mil na Região Norte (Instituto Nacional de Câncer, 2019).

O Ministério da Saúde (2019) afirma priorizar o controle do câncer de mama no Brasil. Para isso, o Sistema Único de Saúde estimula a organização das redes regionalizadas de atenção à saúde a garantir a detecção precoce, a investigação diagnóstica e o tratamento apropriado, reduzindo o número de casos de doença avançada e a mortalidade. A prevenção deve ser valorizada por meio da informação e de oportunidades para a adoção de práticas mais saudáveis.

1.3 Anatomia da Mama

O conhecimento anatômico da mama é imprescindível no tratamento cirúrgico, reduzindo o risco de complicações. As mamas situam-se entre o segundo e o sexto arco costal no plano longitudinal e, no plano transversal entre a borda esternal e a linha axilar média. Posteriormente às mamas estão os músculos peitoral maior, serrátil anterior e oblíquo externo, e os folhetos superficial e profundo da fáscia superficial, que é contínua a fáscia superficial de Camper. A dobra da parte inferior da mama é chamada de sulco inframamário, que está localizado medialmente sobre o quinto arco costal, podendo chegar até o sexto

espaço intercostal. Esse é um ponto de referência primordial para os procedimentos cirúrgicos (Moore, et al., 2014; De Lucena, et al., 2017).

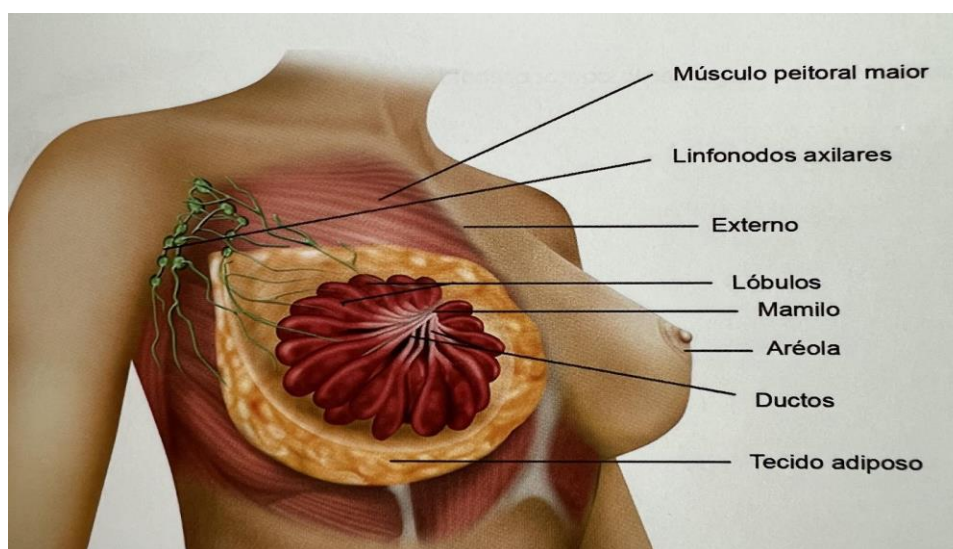
Estruturalmente, a mama é formada pela pele com glândulas sebáceas, sudoríparas e folículos pilosos, pelo tecido subcutâneo, que é uma camada de tecido adiposo com vasos arteriais, venosos, linfáticos e nervos, e pelo parênquima e estromas mamários. A glândula mamária é fixada à derme pelos ligamentos cutâneos, os ligamentos de Cooper ou suspensores da mama e está localizada na tela subcutânea, sobre os músculos peitorais maior e menor, e é composta por 15 a 20 lóbulos que constituem o parênquima da glândula mamária (Moore, et al., 2014).

Na região retroareolar existem em torno de 5 a 10 ductos coletores principais, que se dilatam como seios lactíferos e desembocam na papila como ductos lactíferos. Esses últimos dão origem a brotos que formam os lóbulos da glândula mamária. Dessa forma, cada ducto lactífero drena um lóbulo, pois os ductos apresentam aberturas independentes. Profundamente à aréola se encontra o seio lactífero, a parte dilatada de cada ducto, onde as gotículas de leite se acumulam quando a mulher está lactante (Moore, et al., 2014).

No centro das aréolas, existem proeminências cilíndricas conhecidas como papilas mamárias, onde os ductos lactíferos se abrem. As papilas têm extremidades fissuradas e são formadas por fibras musculares lisas circulares que comprimem o ducto lactífero durante a amamentação (Moore, et al., 2014).

O parênquima mamário é formado por duas camadas principais: a camada epitelial luminal com células cubóides ou colunares, e a camada basal com células mioepiteliais contráteis que formam o epitélio ductal. O estroma da mama é formado por tecido conjuntivo, vasos e nervos (De Lucena, C., et al., 2017). Na figura 1, a seguir, podemos verificar as estruturas que fazem parte da mama:

Figura 1 - Estruturas da mama.



Fonte: (http://www.wisdomwithin.co.uk/wp-content/uploads/2014/07/Breast_Fotolia_68012269_L.jpg).

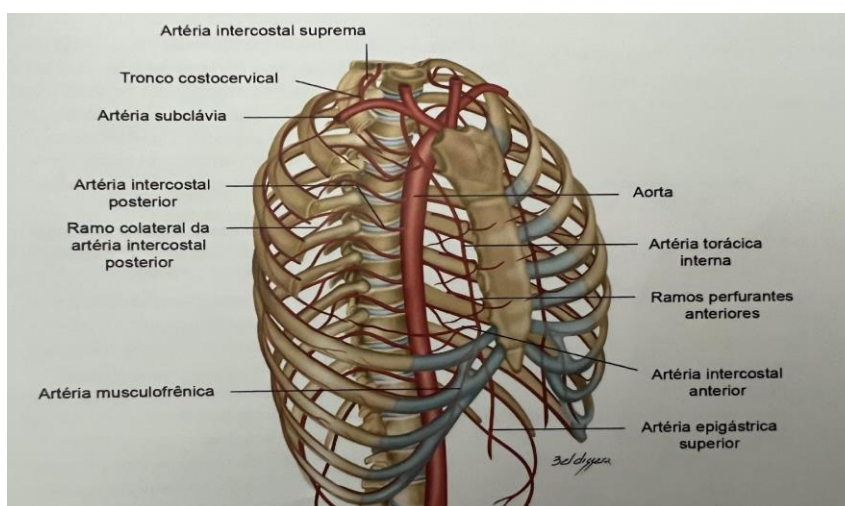
A irrigação mamária permite a execução de várias formas de incisões, possibilitando preservar o suprimento sanguíneo para o complexo areolopapilar (CAP) que contém fibras musculares lisas que, ao se contraírem, provocam a ereção do mamilo e a descarga de leite. A mama é irrigada, lateralmente, por ramos da artéria axilar, pelas artérias torácica superior, torácica lateral e ramos da artéria toracoacromial e por perfurantes das artérias intercostais posteriores. Medialmente, os vasos se originam de perfurantes da artéria mamária interna e ramos da subclávia que saem do terceiro, quarto e quinto espaços

intercostais e descem anteromedialmente no tórax, e atrás da veia jugular interna e da veia inominada, passa por trás da primeira cartilagem costal, junto ao nervo frênico e continua caudalmente. Essa artéria é responsável por 60% da irrigação da mama. (Moore, et al., 2014; De Lucena, C., et al., 2017).

A preservação desse sistema é de extrema importância para a realização de retalhos de mastectomia com preservação da pele. A artéria epigástrica profunda superior, ramo terminal da artéria mamária, passa na parte posterior ao triângulo esternocostal, na bainha do músculo reto abdominal, no músculo, se anastomosando na região umbilical, juntamente com a matéria epigástrica inferior (De Lucena, C., et al., 2017).

A drenagem venosa se dá através do sistema superficial e o profundo, por veias que acompanham as artérias. A drenagem que é feita para a veia axilar ocorre lateralmente por veias que drenam em direção à torácica interna, tributária da veia braquiocefálica. No câncer de mama a drenagem venosa tem relação com a metastatização: para o sistema respiratório, através dos ramos da veia mamária interna e da veia axilar; e da disseminação metastática para as vértebras por meio das intercostais que realizam anastomose com o plexo venoso vertebral externo (De Lucena, C., et al., 2017). A Figura 2 abaixo retrata os ramos da artéria mamária interna.

Figura 2 - Irrigação da mama: ramos da artéria mamária interna.



Fonte: (Gray's Anatomy for Students. 2. Ed Copyright 2009 by Churchill Livingstone).

A inervação sensitiva consiste em ramos cutâneos, laterais e anteriores do segundo ao sexto nervos intercostais que atravessam a fáscia peitoral que cobre o músculo peitoral maior, até atingir a tela subcutânea e a pele da mama. Há ainda os ramos do nervo supraclavicular e do plexo cervical que suprem a inervação de uma área da pele, na região superior da mama (Moore, et al., 2014; De Lucena, C., et al., 2017).

A drenagem linfática é extensa e direciona-se para os linfonodos axilares. O campo axilar é o fator prognóstico mais relevante para pacientes com câncer de mama, mais de 70% da linfa, com ênfase nos quadrantes laterais da mama, são drenados para os linfonodos axilares. Dessa forma, é esse campo que irá guiar para qual tipo de tratamento será realizado (Moore, et al., 2014; De Lucena, C., et al., 2017).

1.4 Técnicas Cirúrgicas

Devido ao significado da mama feminina, as diferentes opções de reconstrução oferecidas às pacientes, são etapas importantes no tratamento do câncer de mama. A reconstrução da mama mastectomizada, apesar de diminuir os efeitos psicológicos do tratamento, não protege a mulher e sua família dos problemas psicológicos relacionados ao câncer de mama

que, comumente, provoca sofrimento e medo da morte e da possível volta da doença. Portanto, é importante que a paciente e seu ambiente de tratamento, incluindo o cirurgião, estejam cientes das consequências psicossociais e proporcionem apoio psicológico para lidar com essas questões. (Moore, et al., 2014; De Lucena, C., et al., 2017).

Sempre existe intenção curativa quando se opta pelo tratamento cirúrgico de câncer de mama. Para isso existe uma série de possibilidades cirúrgicas e, a depender do tamanho da mama, pode-se optar pela mastectomia que consiste em ressecar totalmente a mama, seguida de reconstrução mamária imediata ou tardia, ou uma ressecção de segmento ou setor da mama com margens livres (quadrantectomia) ou a retirada do tumor com margens livres (tumorectomia) (De Lucena, C., et al., 2017).

A mastectomia radical de Halsted é uma técnica do ano de 1894, que consiste em retirar toda a glândula mamária e os músculos peitorais maior e menor, juntamente com o procedimento de linfadenectomia axilar nos níveis I, II e III de Berg. Hoje, essa técnica está restrita aos casos com presença de invasão tumoral nos músculos peitorais. A mastectomia radical modificada por Pattey-Dyson, é do ano de 1948, e consiste na retirada de glândula mamária, músculo peitoral menor e níveis axilares I, II e III. Ao ser comparada com outras técnicas, é menos utilizada, pois não aumenta o controle local da doença de forma efetiva (De Lucena, C., et al., 2017; Makdissi, F., 2022; Rapuud, G.S., et al., 2017).

A mastectomia radical modificada por Madden-Auchincloss foi descrita em 1965, e consiste na retirada da glândula mamária e preservação dos músculos peitorais maior e menor, associada à linfadenectomia nos três níveis de Berg. Essa técnica tem resultado estético ruim, caso não seja feita a reconstrução mamária. Na técnica da mastectomia simples os linfonodos axilares são preservados e toda a glândula mamária é retirada, incluindo aréola e mamilo. Essa técnica é utilizada quando o complexo areolomamilar (CAM) não pode ser preservado e a axila está clinicamente comprometida. A essa técnica se associa a biópsia de linfonodo sentinela (De Lucena, et al., 2017; Rapuud, G.S., et al., 2017).

Na mastectomia com preservação de pele (mastectomia skin sparing) se conserva o máximo de pele para que seja feita uma reconstrução mamária imediata, com a retirada de toda a glândula mamária, inclusive do CAM. Só é possível a realização dessa técnica quando o tamanho do tumor e a sua localização possibilitam a preservação da pele, sem risco de invasão neoplásica. Existem contraindicações para a realização deste tipo de mastectomia quando o carcinoma é inflamatório e se observa comprometimento cutâneo extenso (De Lucena, C., et al., 2017; Makdissi, F., 2022; Rapuud, G.S., et al., 2017).

1.5 Reconstrução Mamária - Tipos de Implantes

As reconstruções mamárias, na década de 1980, eram realizadas com retalhos miocutâneos. Porém as técnicas foram sendo aprimoradas, permitindo a preservação da pele, do complexo areolopapilar e do sulco inframamário. Atualmente, as técnicas mais utilizadas para a reconstrução mamária após mastectomia são com próteses e expansores, de diferentes formatos e tamanhos, para se adequarem aos vários tipos de pacientes (De Lucena, C., et al., 2017; Raquel, E. M., et al., 2014).

Inicialmente, o uso de silicone causava granulomas de corpo estranho, e suas partículas migravam para os linfonodos axilares e outras partes do organismo, pois o silicone utilizado era líquido, injetado diretamente na mama. Em 1962, Cronin criou a primeira prótese mamária, feita com um material que englobasse e envolvesse completamente o silicone para que não gerasse os granulomas. Porém, a durabilidade desse material era baixa, se degradava levando a ruptura e extravasamento de silicone. Com a evolução do tipo de material para a prótese mamária foi introduzido o gel de silicone mais coesivo, tornando possível a produção de próteses mais anatômicas. Para haver a possibilidade da reconstrução mamária com prótese ou expansor é necessário que a paciente tenha retalho cutâneo, músculo peitoral maior e sulco inframamário viáveis (De Lucena, C., et al., 2017; Raquel, E. M., et al., 2014).

O tamanho da mama interfere na qualidade dos resultados. Em mamas de pequeno e médio volume, os resultados são melhores, pois o retalho de pele se acomoda inteiramente sobre a prótese. Existem contraindicações absolutas e relativas. As contraindicações absolutas são a presença de infecção ativa no momento da reconstrução (condições locais adversas) e estágio

oncológico avançado. As relativas são a necessidade de radioterapia adjuvante, radioterapia prévia, doença do colágeno, tabagismo, diabetes descompensada, obesidade mórbida e ausência do músculo peitoral maior, que podem ocasionar possíveis complicações (De Lucena, C., et al., 2017).

Existem vários tipos de próteses mamárias. As próteses salinas apresentam envelope de silicone, liso ou texturizado, e uma válvula por onde se faz a retirada ou indução da solução fisiológica durante e após o ato operatório. Essas próteses têm boa elasticidade, o que possibilita uma variação de volume introduzido para que se tenha uma simetria maior à mama oposta. Quando existem defeitos na válvula, podem ocorrer vazamentos parciais ou totais da solução fisiológica. Porém, na maioria das vezes, esse vazamento não gera dano ao paciente, pois a solução será absorvida pelo organismo. Esse procedimento não é utilizado no Brasil (De Lucena, C., et al., 2017; Raffaello F., et al., 2018).

As próteses que são preenchidas por gel de silicone têm volume fixo. O gel de silicone coesivo em camadas é usado nas próteses com um maior formato anatômico, o mais próximo ao da mama normal, sem grande projeção do polo superior da mama, além de serem produzidas em diferentes formas e volumes. Porém, como desvantagem dessa prótese, a mama reconstruída fica mais dura, o que pode gerar confusão no diagnóstico diferencial com contratura capsular (De Lucena, C., et al., 2017).

As próteses revestidas com poliuretano são mais eficazes em evitar a contratura capsular, quando comparadas às próteses de envelope liso. Porém, estudos mostram que a metabolização do poliuretano dá origem a substância 2,4- e 2,6-tolueno diamina (TDA), provavelmente carcinogênica (De Lucena, C., et al., 2017).

As próteses microtexturizadas com titânio apresentam conteúdo interno em gel de silicone e envelope externo em silicone, com microtextura de titânio. Essas próteses dão menos reação do tipo corpo estranho para redução da incidência da cápsula periprotésica, mas ainda não existem dados suficientes para provar a sua eficácia (De Lucena, C., et al., 2017).

Os expansores podem ser definitivos ou temporários. Os definitivos são próteses com volume que podem variar. Apresentam duas câmaras, uma preenchida com solução fisiológica que se adapta ao volume da mama oposta, e uma externa, que é preenchida por gel de silicone. A câmara interna fica na parte inferior da prótese e se conecta à câmara externa através de uma válvula externa, um tubo de aproximadamente 2mm de diâmetro. Para evitar dificuldade no momento do preenchimento com solução fisiológica, a válvula é posicionada na região axilar ou abaixo do sulco inframamário. Uma desvantagem desta prótese é o desconforto gerado pela válvula, corrigido em um segundo tempo cirúrgico. O ponto de inserção do tubo na prótese é vulnerável e, em caso de remoção do tubo retirável ou não fixo, há o risco de esvaziamento da solução fisiológica por meio da válvula de proteção, e em caso de tubo fixo, pode ocorrer a ruptura precoce da prótese, já que a tração mecânica é maior na região da inserção (De Lucena, et al., 2017).

Os expansores temporários necessitam de uma segunda cirurgia para a substituição do expansor pela prótese definitiva. São próteses com envelope de silicone elástico e válvula de preenchimento. Existem em vários modelos que podem ser redondos, anatômicos, com válvulas integradas e com válvulas à distância. Os mais utilizados são os que têm formato anatômico (De Lucena, et al., 2017).

1.6 A Mastectomia e o Efeito Psicológico da Reconstrução Mamária

A mama é importante na imagem corporal feminina e, por isso, a maioria das mulheres se sente insegura em relação ao corpo e perde a auto-estima ao se submeterem à mastectomia. A mulher submetida à mastectomia no tratamento do câncer de mama sofre uma mudança na harmonia do “corpo perfeito”, que se torna “imperfeito”, ocasionando problemas que envolvem sexualidade, estrutura psicológica, auto-conceito e auto-imagem. Em consequência, a aceitação de sua nova imagem corporal é difícil, requer tempo e apoio psicológico do sistema de saúde e de seus familiares (Turk KE, et al., 2018).

A saúde psicológica da paciente com câncer de mama é comprometida desde o momento do diagnóstico da doença, persistindo durante o tratamento, especialmente quando há a necessidade de mastectomia, que leva a graves transtornos psiquiátricos. Dentre os fatores que interferem na saúde psicológica da paciente, a disfunção sexual afeta uma grande parte das mulheres brasileiras e leva a problemas de relacionamento e depressão. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a disfunção sexual como um problema de saúde pública e incentiva pesquisas a respeito do tema e do tratamento da paciente, pois seu efeito afeta negativamente a qualidade de vida, a autoestima e as relações interpessoais, e leva ao sofrimento emocional do paciente (Howes BH, et al., 2016).

Um estudo da Universidade Federal de São Paulo (Arcanjo, S., et al., 2019) avaliou o impacto da reconstrução mamária após a mastectomia no que diz respeito à qualidade de vida das pacientes, incluindo função sexual, imagem corporal e depressão. Participaram deste estudo mulheres sexualmente ativas, com idade entre 18 e 65 anos, sendo 30 delas submetidas à mastectomia anterior combinada com reconstrução mamária imediata ou tardia (grupo de mastectomia-reconstrução); 30 submetidas à mastectomia anterior (grupo de mastectomia) e 30 submetidas à mastectomia há pelo menos um ano, antes do estudo ou sem histórico de câncer de mama (grupo controle). Este estudo observou que pacientes, submetidas à reconstrução mamária após a mastectomia, relataram melhor função sexual, melhor imagem corporal e menos sintomas depressivos do que pacientes que passaram por mastectomia, isoladamente. Os resultados também mostraram que a disfunção sexual esteve associada à ausência de um parceiro conjugal e maior escolaridade, e foi mais frequente no grupo de mastectomia.

As mulheres submetidas à mastectomia sem reconstrução apresentaram um escore total de Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) (média de 15,4) menor que as mulheres submetidas à mastectomia com reconstrução mamária (média de 21,9). As mulheres do grupo controle (média de 23,6) apresentaram pontuações significativamente menores da Função Sexual (FS), em todos os domínios, exceto os domínios de lubrificação e satisfação como se pode observar na tabela 2, a seguir (Arcanjo, S., et al., 2019):

Tabela 2 - Pontuação mediana no Índice de Função Sexual Feminina (FSFI).

Domínios	Grupos			valor p
	Controle de reconstrução de mastectomia			
Desejo	3,0	2,2	3,3	0,006*
Excitação	3,3	2,0	3,9	0,010*
Lubrificação	4,0	3,0	4,5	0,090
Orgasmo	4,8	2,0	4,6	0,010*
Satisfação	4,8	4,0	4,8	0,080
Dor	5,6	3,2	3,4	0,004*
Pontuação total	23,6	15,4	21,9	0,007*

Reconstrução: grupo mastectomia-reconstrução.

Teste de Kruskal-Wallis.

* Significância estatística ($p < 0,05$).

Fonte: (Arcanjo, S., et al., 2019).

A avaliação da função sexual em mulheres que perderam a mama como resultado do tratamento do câncer é importante para o acompanhamento da paciente, e deve ser incluída na avaliação da eficácia de diferentes tratamentos para o câncer de mama. Após a mastectomia, a dissimetria do tórax e cicatrizes alteram a estética e, por conseguinte, a atratividade sexual, fator importante para a função sexual. Por isso, a mastectomia está vinculada a disfunções sexuais que comprometem as relações humanas, a qualidade de vida, e leva a depressão e ansiedade sexual (Chen, W., et al., 2018).

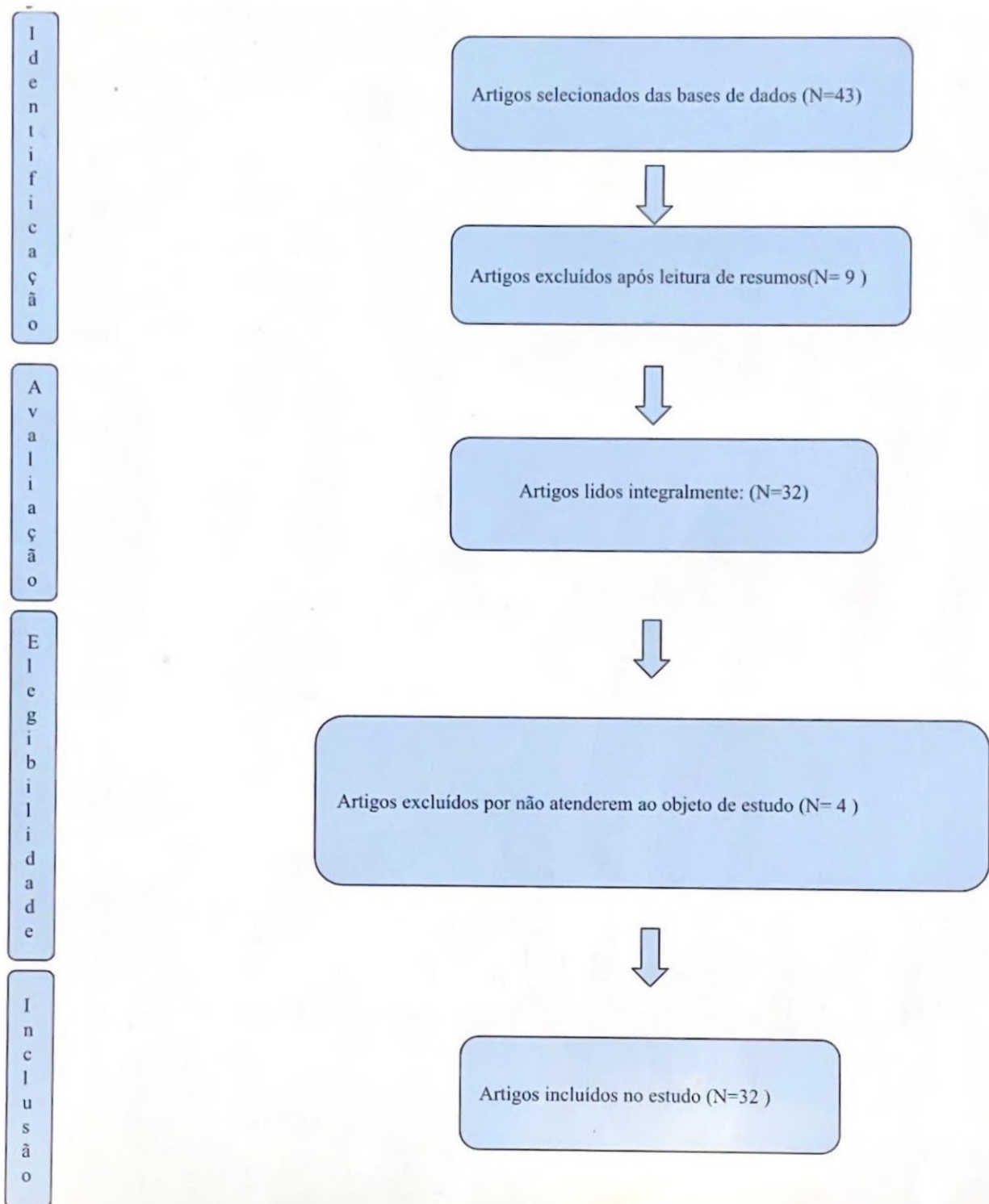
As pacientes em tratamento do câncer de mama valorizam mais a saúde do que a estética. A motivação em realizar a reconstrução mamária está no desejo de ter uma mama normal e, para isso, são necessários métodos reconstrutivos que as ajudem a não serem notadas como diferentes das outras mulheres. Desejam parecer simétricas com o uso de certas roupas que destacam as mamas, de se olharem no espelho com mais naturalidade (Pittermann, et al., 2019). A reconstrução mamária proporciona à paciente a oportunidade de restaurar a auto-imagem satisfatória para lidar melhor com o curso da doença.

2. Metodologia

Este trabalho buscou analisar a relevância da reconstrução mamária pós-mastectomia, abrangendo os seus impactos e consequências na vida das mulheres que foram submetidas a tal procedimento. De acordo com o seu propósito, esta pesquisa tem como estratégia a revisão literária do tipo narrativa, a qual “ não faz uso de critérios explícitos na sua busca em bases de dados, é embasada pela subjetividade de busca e embasamento dos autores sobre o tema.” (Sampaio, T. B. 2022). Tal revisão tem caráter qualitativo sendo prevalentemente descritiva, pois demonstra narrativas, ideias e experiências das pessoas participantes, além de descrever as condições que elas se encontram após o acontecimento. Foi possível chegar às conclusões analisando a situação problema, fazendo uso da técnica de coleta de dados: a análise documental de artigos científicos, livros e publicações de órgãos governamentais, nacionais e internacionais, como base para alcançar os objetivos.

Após escolha do objeto de estudo, procedeu-se buscar por material para a revisão narrativa, coletando artigos nas bases de dados PUBMED, com a utilização dos seguintes descritores: (Mastectomia [Título]), (Mastectomia pós reconstrução mamária [Título]), (Mastectomia e reconstrução mamária [Título]), (Reconstrução mamária [Título]), (Reconstrução mamária pós mastectomia [Título]), (Mastectomia e impactos [Título]), (Efeito psicológico pós mastectomia [Título]), (Qualidade de vida após reconstrução mamária [Título]), (Qualidade de vida após mastectomia [Título]), (Depressão pós mastectomia [Título]), (Depressão e mastectomia [Título]), (Efeito sexual pós mastectomia [Título]), (Mastectomia e efeito sexual [Título]). Ademais, foi utilizado como base para a parte anatômica os livros Moore anatomia orientada para clínica e Oncoplastia e Reconstrução Mamária, e ainda foram coletadas publicações em órgãos governamentais nacional e internacional, INCA (Instituto Nacional de Câncer), e IARC (International Agency Research on Cancer), Sampaio, T. B. (2022). Vejamos a seguir, a figura 3 traz o fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão narrativa:

Figura 3 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão narrativa, 2022.



Fonte: Autora do estudo (2022).

Os critérios de seleção incluíram: (1) artigos publicados entre os anos de 2013 e 2022; (2) artigos nos idiomas português e inglês; (3) artigos que abordassem o tema proposto, “Análise da relevância da reconstrução mamária pós mastectomia”. Já os critérios de exclusão foram: (1) artigos publicados anteriormente a 2013; (2) artigos que não abordassem o tema. Nos artigos e publicações selecionados foram realizados estudos qualitativos com as técnicas de análise do discurso e de

análise de conteúdo. Dos artigos encontrados, os mais relevantes foram incluídos nesta revisão narrativa, a fim de sintetizar os dados atuais sobre o tema proposto, como se vê na Tabela 3, a seguir:

Tabela 3 - Artigos selecionados para a revisão narrativa.

Autores/Ano de publicação	Título
Arcanjo, S. et al., (2019)	Sexualidade, depressão e imagem corporal após a reconstrução mamária.
Archangelo, S. de C. V., et al., (2019)	Sexuality, depression and body image after breast reconstruction.
Bray, F. et al. (2018)	Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.
Chen, W. et al. (2018)	Meta-analysis for psychological impact of breast reconstruction in patients with breast cancer.
Chopra, D. & Robb, G. (2020)	Body image: Integral aspect of psychosocial evaluation for patients undergoing breast reconstruction.
De Lucena, C. et al.(2017)	Oncoplastia: reconstrução mamária.
Eltahir, Y. et al.(2013)	Desfechos de qualidade de vida entre a mastectomia e a reconstrução mamária: comparação do paciente relatado MAMA-Q e outras medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde.
Fang, S.-Y.et al. (2013)	The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy: a meta-analysis. Breast Cancer Research and Treatment.
Ferlay, J. et al. (2018)	Cancer today.
Howes, BH. et al. (2016)	Qualidade de vida após mastectomia total com e sem reconstrução versus cirurgia de conservação de mama para câncer de mama: Estudo de coorte controlado por caso.
IARC. (2020)	Key Global Cancer Data for 2020. Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC).
INCA. (2019)	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil.
Makdisse, F. (2022)	Os diferentes tipos de mastectomia.
Matthews, H. et al. (2017)	Predictors of satisfaction and quality of life following post-mastectomy breast reconstruction.
Ministério da Saúde. (2020)	Câncer de mama.
Moore, Keith L., et al. (2014)	Moore anatomia orientada para a clínica.
Neto, M. S. (2013)	Sexuality After Breast Reconstruction Post Mastectomy.
OMS. (2021)	Organização Mundial de Saúde. Câncer de mama agora forma mais comum de câncer: OMS tomando medidas.
OMS. (2021)	Organização Mundial de Saúde. Nova iniciativa global sobre câncer de mama destaca compromisso renovado para melhorar a sobrevivência.

Ortega, C. C. F. et al. (2018)	Breast Reconstruction May Improve Work Ability and Productivity After Breast Cancer Surgery. <i>Annals of Plastic Surgery</i> , 1.
Padmalatha, S. et al. (2021)	Higher Risk of Depression After Total Mastectomy Versus Breast Reconstruction Among Adult Women With Breast Cancer: A Systematic Review and Metaregression.
Pinell-White, X. A. et al. (2015)	Patient-Reported Quality of Life After Breast Reconstruction. <i>Annals of Plastic Surgery</i> .
Pittermann, A. & Radtke, C. (2019)	Psychological Aspects of Breast Reconstruction after Breast Cancer. <i>Breast Ca</i> .
Rafaello F., et al. (2018)	Cancer de mama: Técnicas de reconstrução mamária com próteses ou expansores.
Rapuud, G.S., et al. (2017)	Câncer de mama: diagnóstico e abordagem cirúrgica.
Raquel E. M., et al. (2014)	A report on complications of breast implantation: evaluation of 546 cases in 8 years.
Rojas, K.E., et al. (2018)	Índice de massa corporal (IMC), satisfação com a aparência pós-operatória e função sexual na sobrevivência ao câncer de mama.
Rojas, K.E. et al. (2017)	Body mass index (BMI), postoperative appearance satisfaction, and sexual function in breast cancer survivorship.
Rose, M. et al. (2020)	Patient-reported outcome after oncoplastic breast surgery compared with conventional breast-conserving surgery in breast cancer. <i>Breast Cancer Research and Treatment</i> .
Rosenberg, S. M. et al. (2020)	Association of Breast Cancer Surgery With Quality of Life and Psychosocial Well-being in Young Breast Cancer Survivors.
Schmidt, J. L. (2017)	Patients' experience of breast reconstruction after mastectomy and its influence on postoperative satisfaction.
Türk, Ke. & Yilmaz, M. (2018)	O efeito na qualidade de vida e imagem corporal da mastectomia entre sobreviventes do câncer de mama.

Fonte: Autora da pesquisa (2022)

3. Resultados e Discussão

Segundo Neto, et al., (2013), no resultado de um estudo realizado com um grupo de mulheres submetidas apenas à mastectomia e outro à mastectomia seguida de reconstrução mamária, foi observado uma melhora na função sexual nas pacientes do segundo grupo, provavelmente como resultado de melhora na autoestima, bem como na imagem corporal, as quais são afetadas por uma mastectomia. Quanto ao resultado estético, o grupo submetido a mastectomia seguida de reconstrução mamária indicou grande satisfação. Por fim, foi verificado que o apoio psicológico adequado das pacientes, durante o tratamento do câncer de mama, pode ajudá-las a passar pelo processo minimizando a perda na qualidade de vida. Nesse sentido, o estudo realizado por (Rose, M. et al., 2020), mostrou melhores resultados na qualidade de vida relacionada à saúde e no bem estar psicossocial para pacientes com câncer de mama submetidos a oncoplastia em comparação com pacientes tratados apenas com mastectomia. Ressaltou inclusive não ter havido aumento do desconforto físico entre os pacientes submetidos a oncoplastia, apesar da cirurgia mais extensa.

De forma semelhante, (Arcanjo, S., et al., 2019), encontraram em sua revisão sobre sexualidade, depressão e imagem corporal após a reconstrução mamária, que ao comparar mulheres mastectomizadas com e sem reconstrução mamária, foi observado um maior índice de disfunção sexual naquelas que não fizeram a reconstrução. Ademais, foi visto que as pacientes,

com um nível de educação mais alto apresentaram maior disfunção sexual ao realizar apenas a mastectomia sem a reconstrução. Seguindo a mesma linha de raciocínio, o estudo de (Padmalatha, S., et al. 2021), concluiu que uma em cada 4 mulheres com câncer de mama estava deprimida após uma mastectomia, e tanto a mastectomia quanto a reconstrução mamária foram associadas à depressão em mulheres 1 ano após a cirurgia. No entanto, a reconstrução mamária promoveu uma redução na depressão.

Outro estudo que teve como objetivo avaliar o impacto da reconstrução mamária nos aspectos psicológicos em pacientes com câncer de mama. Este estudo teve como público alvo 551 pacientes com câncer de mama submetidos a mastectomia com reconstrução mamária e 574 pacientes com câncer de mama submetidos a mastectomia sozinha, concluiu que a reconstrução mamária pode reduzir, significativamente, a incidência de ansiedade/depressão em comparação apenas com a mastectomia (Chen, et al., 2018).

Schmidt, J. L., et al., (2017), mostram como as mulheres se sentiram após realização da mastectomia com e sem reconstrução mamária, incluindo o que mais as incomodam após essas cirurgias. Ao total foram entrevistadas 20 mulheres, um grupo com 10 que foram submetidas à mastectomia apenas, e outro com 10 que realizaram, também, a reconstrução mamária. Das que realizaram reconstrução mamária, muitas relatam diferença na vida delas, porém imediatamente após cirurgia alegam que sentiram que as mamas reconstituídas não as pertenciam, já que não tinham a mesma textura de uma mama natural. Algumas dessas mulheres alegaram que a aceitação acontece com o decorrer do tempo. (Schmidt, J. L., et al., 2017), nas tabelas a seguir, 4 e 5, mostram as principais deficiências relatadas pelas mulheres entrevistadas após terem sido submetidas a mastectomia com e sem reconstrução mamária:

Tabela 4 - Prejuízos após mastectomia sem reconstrução mamária.

Deficiências	n
Para olhar no espelho nu	4
Diminuição do senso de feminilidade	3
Problemas na sexualidade	3
Limitações de roupas	3
Sensação de autoconsciência durante a natação	3
Lembrete do câncer	1

Fonte: Schmidt, J. L., et al. (2017).

Tabela 5 - Prejuízos após mastectomia com reconstrução mamária imediata.

Deficiências	n
Ausência de sensação no peito	5
Ausência do mamilo	3
Assimetria da mama	2
Problemas por falta de músculo	2
Problemas na sexualidade	2
Habitação do parceiro para tocar o peito	2
Limitações de roupas	2
Processo de integração da mama reconstruída durante o primeiro ano pós-operatório	4

Fonte: Schmidt, J. L., et al. (2017).

Em relação ao âmbito pós-cirúrgico, (Rosenberg, et al., 2020), comprovam que realmente há melhora da saúde física e psicossocial ao longo do tempo, porém o tipo de cirurgia que a mulher é submetida implica em diferenças no quesito nível de

impacto que a mesma tem em sua vida. Foi visto que, mulheres submetidas a mastectomia bilateralmente apresentam mais problemas sexuais e de imagem corporal ao serem comparadas com aquelas que fizeram mastectomia unilateral, principalmente aquelas que não fizeram reconstrução mamária. Ademais, foi feito um estudo analisando a incidência de ansiedade generalizada, no qual foi notado que as mulheres com mastectomia bilateral apresentam maior índice de ansiedade em até 5 anos após o diagnóstico.

Ortega, et al., (2018), avaliaram a capacidade de trabalho e produtividade após cirurgia de câncer de mama em mulheres entre 30 a 60 anos, já que é uma faixa etária mais ativa no mercado de trabalho. Eles viram que as pacientes que fizeram reconstrução mamária apresentaram melhor eficácia no trabalho e maior produtividade ao serem comparadas com as que fizeram apenas mastectomia ou cirurgia conservadora da mama. Ressaltam ainda a dificuldade da mulher que passou por câncer de mama na obtenção de um emprego, visto que os empregadores ficam com receio de uma possível recorrência do câncer, a baixa produtividade e as faltas ao trabalho.

Ainda no aspecto trabalho e câncer de mama, (Rojas, et al., 2018), mostram o retorno ao mercado de trabalho em mulheres diagnosticadas e tratadas de câncer de mama. Um fator importante é a fase de tratamento dessas mulheres, pois os efeitos colaterais após a cirurgia de mastectomia e quimioterapia ou radioterapia podem influenciar diretamente na eficácia do trabalho, já que essas podem gerar fadiga e comprometimento cognitivo. Além disso, foi visto que o apoio familiar e o estado civil podem influenciar no retorno ao trabalho.

Rojas, et al., (2017), estudaram a relação entre IMC, disfunção sexual e aceitação da própria aparência após cirurgia para o câncer de mama. Eles obtiveram resultados que comprovam que as mulheres que estão com sobrepeso ou obesas apresentam insatisfação com a aparência pós-operatória. Relatam ainda que a reconstrução mamária em obesas é mais desafiadora, já que há aumento do risco de complicações, além da busca pela simetria das mamas ser mais difícil.

4. Considerações Finais

A reconstrução mamária é um procedimento seguro que melhora a auto-estima da paciente sem aumentar o risco de atrasar o diagnóstico de recorrência local (Howes et al., 2016). Além de preservar a autoestima da mulher, melhorar sua imagem corporal e qualidade de vida, possibilitando uma reabilitação menos traumática quando comparada com o procedimento da mastectomia simples (Eltahir et al., 2013).

Em relação à inserção no mercado de trabalho da mulher mastectomizada, é necessário que se estude mais sobre formas de cessar as lacunas existentes na questão contratante-contratado, buscando aceitação e apoio às mulheres que passaram por um tratamento difícil e invasivo, mesmo sendo visto em (Ortega C. C. F., et al, 2018), que as mulheres que passaram apenas pelo procedimento da mastectomia apresentam menor produtividade ao serem comparadas com as que não têm história de câncer de mama ou que fizeram reconstrução mamária.

Agradecimentos

Agradecemos a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização e sucesso deste artigo.

Referências

- Arcanjo, S., Sabino Neto, M., Veiga, D. F., Garcia, E. B., & Ferreira, L. M. (2019). Sexualidade, depressão e imagem corporal após a reconstrução mamária. *Clinicas (São Paulo, Brasil)*, 74, e883. doi.org/10.6061/clinics/2019/e883. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6542498/>.
- Archangelo, S. de C. V., Sabino, M., Veiga, D. F., Garcia, E. B., & Ferreira, L. M. (2019). *Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. Clinics*, 74.10.6061/clinics/2019/e 883
- Bray, F., et al. (2018). *Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN e estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. CA: a cancer journal for clinicians, Hoboken, 68(6), 394-424.

- Chen, W., Ly, X., Xu, X., Gao, X., & Wang, B. (2018). *Meta-analysis for psychological impact of breast reconstruction in patients with breast cancer*. *Breast Cancer*, 25(4), 464–469. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12282-018-0846-8>.
- Chopra, D., & Robb, G. (2020). *Body image: Integral aspect of psychosocial evaluation for patients undergoing breast reconstruction*. *The Breast Journal*, 26(10), 1929–1930. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tbj.14051>.
- De Lucena, C., et al. (2017). *Oncoplastia: reconstrução mamária*. (1ª.ed.): MedBook.
- Eltahir, Y., Werners, L. L., Dreise, M. M., Van Emmichoven, I. A., Jansen, L., Werker P. M., et al. (2013). *Desfechos de qualidade de vida entre a mastectomia e a reconstrução mamária: comparação do paciente relatado MAMA-Q e outras medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde*. *Plast Reconstr Surg*. 2013; 132(2):201e-209e. <https://doi:10.1097/PRS.0b013e31829586a7>.
- Fang, S.-Y., Shu, B.-C., & Chang, Y.-J. (2013). *The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy: a meta-analysis*. *Breast Cancer Research and Treatment*, 137(1), 13–21. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10549-012-2349-1>.
- Ferlay, J., et al. (2018). *Cancer today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. (IARC CancerBase, n. 15). <https://publications.iarc.fr/Databases/Iarc-Cancerbases/Cancer-Today-Powered-By-GLOBOCAN-2018--2018>.
- Howes, B. H., Watson, D. I., Xu, C., Fosh, B., Canepa, M., & Dean, N. R. (2016). *Qualidade de vida após mastectomia total com e sem reconstrução versus cirurgia de conservação de mama para câncer de mama: Estudo de coorte controlado por caso*. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 69(9):1184-1191. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1748681516301206>.
- IARC. (2020). *Key Global Cancer Data for 2020*. Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC). <https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2021/12/br2021-img-1.jpg>.
- INCA. (2019). *Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020 - Síntese de resultados e comentários*. Rio de Janeiro: INCA. <https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>.
- INCA. (2019). *Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.
- Makdisse, F. (2022). Os diferentes tipos de mastectomia. <https://www.accamargo.org.br/sobre-o-cancer/noticias/os-diferentes-tipos-de-mastectomia>.
- Matthews, H., Carroll, N., Renshaw, D., Turner, A., Park, A., Skillman, J., & Grunfeld, E. A. (2017). *Predictors of satisfaction and quality of life following post-mastectomy breast reconstruction*. *Psycho-Oncology*, 26(11), 1860–1865. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.4397>.
- Ministério da Saúde. (2020). *Câncer de mama*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer-de-mama>.
- Moore, K. L., et al. (2014). *Moore anatomia orientada para a clínica*, ed. Koogan.
- Neto, M. S., De Aguiar Menezes, M. V., Moreira, J. R., Garcia, E. B., Abla, L. E. F., & Ferreira, L. M. (2013). *Sexuality After Breast Reconstruction Post Mastectomy*. *Aesthetic Plastic Surgery*, 37(3), 643–647. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00266-013-0082-8>.
- OMS. (2021). Organização Mundial de Saúde. *Câncer de mama agora forma mais comum de câncer: OMS tomando medidas*. <https://www.who.int/pt/news/item/03-02-2021-breast-cancer-now-most-common-form-of-cancer-who-taking-action>.
- OMS. (2021). Organização Mundial de Saúde. *Nova iniciativa global sobre câncer de mama destaca compromisso renovado para melhorar a sobrevivência*. <https://www.who.int/news/item/08-03-2021-new-global-breast-cancer-initiative-highlights-renewed-commitment-to-improve-surviva>.
- Ortega, C. C. F., Veiga, D. F., Camargo, K., Juliano, Y., Sabino Neto, M., & Ferreira, L. M. (2018). *Breast Reconstruction May Improve Work Ability and Productivity After Breast Cancer Surgery*. *Annals of Plastic Surgery*, 1. https://journals.lww.com/annalsplasticsurgery/Abstract/2018/10000/Breast_Reconstruction_May_Improve_Work_Ability_and.7.aspx.
- Padmalatha, S., Tsai, Y.-T., Ku, H.-C., Wu, Y.-L., Yu, T., Fang, S.-Y., & Ko, N.-Y. (2021). *Higher Risk of Depression After Total Mastectomy Versus Breast Reconstruction Among Adult Women With Breast Cancer: A Systematic Review and Metaregression*. *Clinical Breast Cancer*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33541834/>.
- Pinell-White, X. A., Duggal, C., Metcalfe, D., Sackeyfio, R., Hart, A. M., & Losken, A. (2015). *Patient-Reported Quality of Life After Breast Reconstruction*. *Annals of Plastic Surgery*, 75(2), 144–148. https://journals.lww.com/annalsplasticsurgery/Abstract/2015/08000/Patient_Reported_Quality_of_Life_After_Breast.7.aspx.
- Pittermann, A., & Radtke, C. (2019). *Psychological Aspects of Breast Reconstruction after Breast Cancer*. *Breast Care*, 14(5), 298–301. doi:10.1159/000503024. <https://www.karger.com/Article/FullText/503024>.
- Rafaelo F., et al., (2018). *Câncer de mama: Técnicas de reconstrução mamária com próteses ou expansores*. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880201/cancer-de-mama-tecnicas-de-reconstrucao-mamaria-com-protese-ou-expansores-5Fxb1mC.pdf>.
- Rapuud, G. S., et al. (2017). *Câncer de mama: diagnóstico e abordagem cirúrgica*. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883238/ca-de-mama-final_rev.pdf.
- Raquel E. M., et al. (2014). A report on complications of breast implantation: evaluation of 546 cases in 8 years. <http://www.rbcp.org.br/details/1549/pt-BR/estudo-de-complicacoes-em-protese-mamarias--avaliacao-de-546-casos-em-oito-anos>.
- Rojas, K. E., Matthews, N., Raker, C., Clark, M. A., Onstad, M., Stuckey, A., & Gass, J. (2017). *Body mass index (BMI), postoperative appearance satisfaction, and sexual function in breast cancer survivorship*. *Journal of Cancer Survivorship*, 12(1), 127–133. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11764-017-0651-y>.

Rojas, K. E., Matthews, N., Raker, C., et al. (2018). *Índice de massa corporal (IMC), satisfação com a aparência pós-operatória e função sexual na sobrevivência ao câncer de mama. J Cancer Surviv* **12**, 127–133. <https://doi.org/10.1007/s11764-017-0651-y>.

Rose, M., Svensson, H., Handler, J., Hoyer, U., Ringberg, A., & Manjer, J. (2020). *Patient-reported outcome after oncoplastic breast surgery compared with conventional breast-conserving surgery in breast cancer. Breast Cancer Research and Treatment*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10549-020-05544-2>.

Rosenberg, S. M., Dominici, L. S., Gelber, S., Poorvu, P. D., Ruddy, K. J., Wong, J. S., & Partridge, A. H. (2020). *Association of Breast Cancer Surgery With Quality of Life and Psychosocial Well-being in Young Breast Cancer Survivors. JAMA Surgery*. <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2770271>.

Sampaio, T. B. (2022). *Metodologia da pesquisa [recurso eletrônico] / Tuane Bazanella Sampaio. (Gestão em organização pública em saúde)*.

Schmidt, J. L., Wetzel, C. M., Lange, K. W., Heine, N., & Ortmann, O. (2017). *Patients' experience of breast reconstruction after mastectomy and its influence on postoperative satisfaction. Archives of Gynecology and Obstetrics*, 296(4), 827–834. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-017-4495-5>.

Türk, Ke., & Yilmaz, M. (2018). *O efeito na qualidade de vida e imagem corporal da mastectomia entre sobreviventes do câncer de mama. Eur J Saúde da Mama*.14(4):205-210.: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30288494/>.