



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CAMPUS II – IMPERATRIZ/MA
CURSO DE MEDICINA

NÍNIVI DANIELY FARIAS SANTOS

CIRURGIA ONCOPLÁSTICA: Cenário dos últimos 5 anos em
comparação as cirurgias de câncer de mama na UNACON do Sul do
Maranhão

IMPERATRIZ-MA

2023

NÍNIVI DANIELY FARIAS SANTOS

CIRURGIA ONCOPLÁSTICA: Cenário dos últimos 5 anos em
comparação as cirurgias de câncer de mama na UNACON do Sul do
Maranhão

Trabalho de Conclusão de Ciclo apresentado à
coordenação do Curso de Medicina da
Universidade Federal do Maranhão -
UFMA/Imperatriz, como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Bacharel em
Medicina.

Orientador(a): Me. Raimundo Jovita de
Arruda Bomfim

Co-orientador(a): Me. Bruno Costa Silva.

IMPERATRIZ-MA

2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Farias Santos, Nínivi Daniely.

CIRURGIA ONCOPLÁSTICA: : Cenário dos últimos 5 anos em
comparação as cirurgias de câncer de mama na UNACON do Sul
do Maranhão / Nínivi Daniely Farias Santos. - 2023.
8 f.

Coorientador(a): Bruno Costa Silva.

Orientador(a): Raimundo Jovita de Arruda Bomfim.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Imperatriz, 2023.

1. Câncer de mama. 2. Cirurgia oncológica. 3.
Direito da Saúde. 4. Mastoplastia. 5. Saúde da Mulher.
I. Arruda Bomfim, Raimundo Jovita de. II. Costa Silva,
Bruno. III. Título.

Discente: Nínivi Daniely Farias Santos.

Título: Cirurgia Oncoplástica: Cenário dos últimos 5 anos em comparação as cirurgias de câncer de mama na UNACON do Sul do Maranhão

Orientador: Prof. Me. Raimundo Jovita de Arruda Bomfim.

Coorientador(a): Me. Bruno Costa Silva.

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa de Trabalho de Conclusão de Curso em sessão pública realizada em --/--/----, às --h considerou

Aprovado (x)

Reprovado ()

Banca Examinadora:

Presidente: Prof. Me. Raimundo Jovita de Arruda Bomfim.

Universidade Federal do Maranhão – Curso de Medicina/ CCIm

2. Prof. Me. Gumercindo Leandro da Silva Filho

3. Profa Dra. Emanuella Feitosa de Carvalho

TÍTULO:

Cirurgia Oncoplástica: Cenário dos últimos 5 anos em comparação as cirurgias de câncer de mama na UNACON do Sul do Maranhão

Oncoplastic Surgery: Scenario of the last 5 years in comparison with breast cancer surgeries at UNACON in the South of Maranhão

Autores:

Nínivi Daniely Farias Santos¹

Raimundo Jovita De Arruda Bomfim ²

Bruno Costa Silva²

¹ Discente da Universidade Federal do Maranhão

² Docente da Universidade Federal do Maranhão

Instituição:

Universidade Federal do Maranhão – Curso de Medicina/ CCIIm

Endereço completo do autor correspondente:

Nínivi Santos, Rua Marechal Hermes da Fonseca, 1965, Maranhão Novo, Imperatriz-MA, Brasil. ninivi.daniely@discente.ufma.br - (99) 992155948.

Fontes de financiamento à pesquisa:

Próprio.

Declaração de conflitos de interesse:

Nada a declarar.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o cenário dos últimos 5 anos das cirurgias reconstrutivas da mama em comparação ao número de cirurgias de câncer de mama realizadas no mesmo período.

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, a coleta de dados foi realizada a partir da análise dos prontuários de pacientes diagnosticados com câncer de mama atendidos na UNACON em Imperatriz–MA entre 2018 e 2022. Os dados foram tabulados no programa Excel e analisados pelo programa estatístico de acesso aberto *R Core Team*, 2023, para o tratamento de análise estatística dos dados, foram utilizados os testes: *Shapiro-Wilk*, Teste t de *Student*, Anova, Exato de *Fisher*, para estabelecer a significância estatística que foi $p < 0,05$. **Resultados:** Dentre os 181 casos analisados, 60 desses pacientes realizaram cirurgia para reconstrução mamária. Constatou-se que a maioria dos pacientes eram mulheres, na faixa etária acima dos 50 anos, com idade média predominante de 53 anos, pardas, ensino fundamental incompleto e índice socioeconômico baixo. Verificou-se que 78% tiveram sua reconstrução mamária imediata com predomínio do uso de tecidos autólogos, sendo destaque a técnica do pedículo inferior para as correções, já a taxa de complicação verificada no presente estudo foi de 28%. **Conclusão:** Há uma predominância de baixo nível socioeconômico dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico do câncer de mama no Maranhão, necessitando de produtor modelável inerente ao paciente, que não necessite de custos adicionais para que a reconstrução aconteça de forma rápida. Logo, as técnicas de reconstrução mamária realizadas neste hospital são alternativas seguras, com taxas de complicações aceitáveis.

Descritores: Câncer de mama. Cirurgia oncológica. Mastoplastia. Implante de Prótese. Direito da Saúde. Saúde da Mulher.

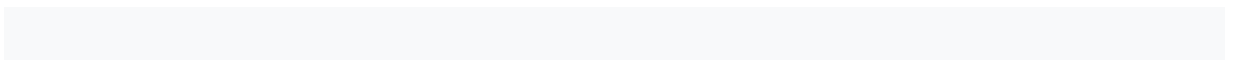
Objective: To evaluate the scenario of breast reconstructive surgeries in the last 5 years in comparison to the number of breast cancer surgeries performed in the same period.

Methodology: This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study, data collection was carried out by analyzing the medical records of patients diagnosed with breast cancer treated at UNACON in Imperatriz–MA between 2018 and 2022. The data were tabulated in the Excel program and analyzed by the open access statistical program R Core Team, 2023, for the treatment of statistical analysis of the data, the following tests were used: Shapiro-Wilk, Student's t-test, Anova, Fisher's exact, to establish statistical significance which was $p < 0.05$.

Results: Among the 181 cases analyzed, 60 of these patients underwent breast reconstruction surgery. It was found that the majority of patients were women, aged over 50 years, with a predominant average age of 53 years, mixed race, incomplete primary education and a low socioeconomic index. It was found that 78% had immediate breast reconstruction with a predominance of the use of autologous tissues, with emphasis on the inferior pedicle technique for corrections, while the complication rate observed in the present study was 28%.

Conclusion: There is a predominance of low socioeconomic status among patients undergoing surgical treatment for breast cancer in Maranhão, requiring a modelable producer inherent to the patient, which does not require additional costs for reconstruction to happen quickly. Therefore, the breast reconstruction techniques performed at this hospital are safe alternatives, with acceptable complication rates.

Descriptors: Breast cancer. Oncological surgery. Mastoplasty. Prosthesis Implant. Health Law. Women's Health.



1. INTRODUÇÃO

No Brasil, em 2020, a incidência pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) em relação ao câncer de mama em mulheres foi de 66.280 casos, segundo a localização primária do tumor e sexo, correspondendo a 29,7% das neoplasias estimadas para o ano, o que reforça a posição de câncer mais prevalente em mulheres. Entre 2015 e 2018, ocorreram 66.532 óbitos por câncer de mama no território nacional, afetando 65.768 mulheres (98,85%) e 764 homens (1,15%)⁽¹⁾.

O câncer de mama é temido em nossa sociedade, principalmente pelas mulheres, grupo alvo dessa neoplasia, diante do elevado índice de morbimortalidade e de mutilação, acarretando comprometimento da autoestima e dificuldade no convívio social de quem é, por ele, acometido, pois interfere nas relações pessoais, sociais, afetivas e profissionais. Devido a isso, a confirmação do diagnóstico leva ao impacto na vida tanto da paciente quanto nas de seus familiares e o sentimento de perplexidade mostra-se presente⁽²⁾.

Diante desta realidade, uma das questões que acomete os aspectos psicológicos de mulheres diagnosticadas com câncer de mama refere-se à realização da mastectomia, em que a mulher tem o seu seio retirado de maneira parcial ou total, dependendo do grau de disseminação da patologia. O procedimento cirúrgico interfere significativamente nas relações ao trazer uma qualidade de vida insatisfatória, permeada de sentimentos de vergonha, tristeza, constrangimento e mutilação⁽³⁾.

Na tentativa de reduzir os sentimentos negativos desencadeados pela doença e tratamento, melhorar a autoestima e suprir a ausência da mama, muitas mulheres optam pela reconstrução cirúrgica. Trata-se de um procedimento seguro, que não aumenta o risco de recorrência nem interfere na detecção da doença, além de não levar ao atraso para terapias adjuvantes⁽⁴⁾.

No Brasil, a Lei Federal 12.802/2013, sancionada em 24 de abril de 2013, garante que as mulheres que passaram pela cirurgia de mastectomia tenham direito a reconstrução mamária. A Lei nº 13.770/2018, de 19 de dezembro de 2018, do governo federal, dispõe sobre a cirurgia plástica reconstrutiva da mama em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Mastologia, das cerca de 20 mil mulheres que precisam fazer cirurgia na mama para tratamento oncológico em um ano, menos de 10% saem dos centros cirúrgicos com a reconstrução mamária. Quanto às pacientes que não realizaram a reconstrução imediata, mais de 60% não foram submetidas a reconstrução tardia^(5, 6).

Algumas complicações associadas à reconstrução mamária podem existir, sendo mínimas, dependendo da técnica usada e da experiência do cirurgião que conduz o procedimento. Além das complicações inerentes ao procedimento, múltiplos fatores podem estar associados aumentando o índice de complicações da reconstrução, tais como obesidade, tabagismo e presença de comorbidades (diabetes, hipertensão arterial sistêmica e hipotireoidismo) ⁽⁷⁾. Existem também os fatores relacionados à paciente e ao tumor, o tamanho da mama, e o tamanho e a localização tumoral têm sua influência bem documentada na literatura para o resultado estético final. Tumores maiores requerem cirurgias mais extensas, cicatrizes maiores, assimetrias mais acentuadas de volume, forma e sulco mamário. Tumores localizados nos quadrantes externos tendem a ter resultados estéticos melhores ⁽⁸⁾.

Diante disso, com intuito de melhorar a vida e o tratamento das mulheres com câncer de mama, nos últimos anos, a Medicina avançou e aprimorou suas técnicas cirúrgicas, abrindo precedentes para as cirurgias conservadoras e reconstrutoras da mama que grandemente contribuíram, para melhorar os resultados estéticos e a possibilidade de melhores resultados para o tratamento e cura da paciente. Nesse contexto, os avanços das técnicas de cirurgia oncoplástica permitem a reconstrução imediata da mama após a realização da mastectomia, melhorando a integridade física e psicológica das pacientes sem comprometer a segurança ⁽⁹⁾.

Para o cirurgião a reconstrução mamária nas mulheres apresenta certas dificuldades, considerando determinadas particularidades que a paciente apresenta. Dessa forma, é fundamental uma análise individual ao preparar as estratégias da reparação mamária da paciente, além, do aprimoramento das técnicas oncoplásticas pelo cirurgião.

É relevante estudos que retratam o cenário brasileiro do tratamento cirúrgico e reconstrutivo da mama, permitindo constatar as técnicas mais aplicadas, como também as principais complicações e o grupo sociodemográfico afetado, e que esse conhecimento possa servir para que profissionais da área da saúde planejem e efetuem a melhor terapêutica. Logo, o objetivo do trabalho é analisar o cenário das cirurgias reconstrutivas da mama em comparação ao número de cirurgias de câncer de mama realizadas na Unidade de Assistência Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) na cidade de Imperatriz, Maranhão no período 2018 a 2022.

2. MÉTODO

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, documental, transversal, com abordagem quantitativa.

2.2 Amostra

Trata-se de uma amostra do tipo não probabilística com dados coletados na Unidade de Assistência de Alta Complexidade na cidade de Imperatriz, durante o período de 2018 a 2022. A amostra foi composta por todos os pacientes que se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão. O local de coleta foi selecionado por ser vinculado ao Serviço Único de Saúde (SUS), sendo referência para municípios do Sul do estado, oferecendo tratamentos oncológicos complementares como: radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e cirurgias, além de uma equipe especializada em correção mamária. Com isso, a amostra final foi constituída de 181 prontuários.

2.3 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa pacientes que atenderem aos seguintes critérios: que tiveram o diagnóstico confirmado de câncer de mama, que realizaram a cirurgia de mamária na Unidade de Assistência de Alta Complexidade do Hospital São Rafael, no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2022.

2.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os participantes com dados insuficientes para compor as variáveis pesquisadas, e que tenham prontuário ilegível ou acesso indisponível pela instituição de realização da pesquisa.

2.5 Metodologia de análise de dados

Estudo realizado por meio da coleta de dados a partir de prontuários físicos e eletrônicos, na Unidade de Assistência de Alta Complexidade do Sul do Maranhão, de pacientes com diagnóstico de câncer de mama que foram submetidos a cirurgia mamária, no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2022. Foram obtidos acesso a um total de 181 prontuários. Ressalta-se que para a coleta buscamos os seguintes dados: sociodemográficos, tipo de reconstrução mamária realizada (técnica utilizada) e complicações pós-operatórias, por meio de uma ficha elaborada pelo pesquisador, a qual auxiliou no preenchimento das informações contidas no prontuário.

Inicialmente, o banco de dados tabulado no programa de edição de planilhas Microsoft Office Excel (versão 365) foi importado para o programa estatístico de acesso aberto R Studio (*R Core Team*, 2023). Para as variáveis contínuas, foi realizado teste de *Shapiro-Wilk* para avaliar o pressuposto de normalidade. Uma vez aceito o pressuposto ($p > 0,05$), elas foram expressas em médias e desvios padrões (DP).

A associação entre o desfecho em estudo e as variáveis contínuas ocorreu por meio do teste *t* de *Student* quando as variáveis possuíam duas categorias e teste de Anova com três ou mais. A associação entre o desfecho e variáveis categóricas ocorreu por meio do teste Exato de *Fisher*. A significância estatística foi estabelecida em $p < 0,05$.

Esse trabalho foi realizado em acordo com a Resolução nº 466/2012, homologada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão [processo nº 64685322.3.0000.5086.] no dia 31 de outubro de 2022.

3. RESULTADOS

3.1 Aspectos sociodemográficos

Como o hospital é referência para o tratamento do câncer de mama na região Sul do Maranhão, buscou-se definir a procedência dos pacientes submetidos a cirurgia nas mamas. Assim, obteve-se que maioria dos pacientes procediam de estados do Nordeste, sendo prevalente o estado do Maranhão (71,82%) (tabela 1), residindo a maior parte no município de Imperatriz (42,46%), seguido do município de Açailândia (12,29%) (tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e características do tumor nos casos de Câncer de Mama admitidos em UNACON de Imperatriz-MA, no período entre 2018 a 2022.

Sexo	N	%
Feminino	179	98,90%
Masculino	2	1,10%
Idade no dia da cirurgia	53 ± 12,32	
<50 anos	74	40,88%
≥ 50 anos	107	59,11%
Raça/etnia		
Amarela	14	7,73%
Branca	29	16,02%
Parda	129	71,27%
Preta	9	4,97%
Estado Conjugal		
Casado	81	44,75%
Separado	12	6,63%
Solteiro	59	32,60%
União consensual	2	1,10%
Viúvo	22	12,15%
Sem informação	5	2,76%
Escolaridade		

Fundamental completo	24	13,48%
Fundamental incompleto	72	40,45%
Nenhuma	29	16,29%
Nível médio	39	21,91%
Nível superior completo	13	7,30%
Nível superior incompleto	1	0,56%

Histórico familiar de câncer

Não	75	41,67%
Sim	92	51,11%
Sem informações	13	7,22%

Histórico de consumo de:

Álcool	40	22,10%
Tabaco	14	7,73%
Álcool e tabaco	23	12,71%
Não faz/fez consumo	104	57,46%

Tamanho do tumor

Média	5 ± 2.33	
< 2 cm	10	5,52%
≥ 2 cm	115	63,53%

Lateralidade do tumor

Bilateral	3	1,65%
Direita	93	51,38%
Esquerda	85	46,96%

Estados de Nascimento	N=181	%	Proporção Populacional (100.000 Hab)
CE	7	3,87%	0,079
ES	1	0,55%	0,026
GO	4	2,21%	0,056
MA	130	71,82%	1,918

MG	3	1,66%	0,014
PA	4	2,21%	0,049
PB	3	1,66%	0,075
PE	1	0,55%	0,011
PI	15	8,29%	0,458
RN	1	0,55%	0,032
SE	1	0,55%	0,045
TO	11	6,08%	0,727

Residência Atual	N	%	Proporção Populacional (100.000 Hab)
Açailândia	22	12,29%	20,647
Amarante do Maranhão	4	2,23%	10,784
Arame	2	1,12%	0,886
Bacuri	1	0,56%	6,138
Balsas	7	3,91%	6,888
Barra do Corda	14	7,82%	16,561
Bom Jesus das Selvas	1	0,56%	3,496
Buritirana	2	1,12%	15,482
Campestre do Maranhão	1	0,56%	8,129
Cidelândia	3	1,68%	23,295
Davinópolis	1	0,56%	6,942
Estreito	5	2,79%	15,017
Formosa da Serra Negra	1	0,56%	5,643
Fortaleza dos Nogueiras	2	1,12%	15,822
Governador Edison Lobão	1	0,56%	5,431
Grajaú	8	4,47%	10,829
Imperatriz	76	42,46%	26,827
Itinga do Maranhão	8	4,47%	35,535
João Lisboa	3	1,68%	12,141
Lajeado Novo	1	0,56%	14,164
Porto Franco	7	3,91%	29,285
Ribamar Fiquene	1	0,56%	13,477
São Francisco do Brejão	1	0,56%	11,058

São João do Paraíso	1	0,56%	10,096
São Pedro da Agua Branca	1	0,56%	7,438
São Raimundo das Mangabeiras	1	0,56%	5,355
Sítio Novo	1	0,56%	5,586
Tasso Fragoso	2	1,12%	22,568
Vila Nova dos Martírios	1	0,56%	9,650

Fonte: Prontuários

Com o intuito de caracterizar a idade dos pacientes com câncer de mama submetidos a cirurgia, foram agrupadas as faixas etárias no período de cinco anos. Os pacientes tinham média de 53 anos no dia da cirurgia, sendo a menor de 26 anos e a maior de 88 anos. Com predomínio de casos a partir dos 50 anos de idade (correspondendo a 59,11%) (tabela 1).

Para uma compreensão do perfil social que esses pacientes estão inseridos, analisou-se o estado civil, no qual verificou-se a porcentagem de 44,75% de casados, seguidas por 32,6% solteiros, 12,15% viúvos e 6,63% separados.

Sobre a etnia, constatou-se que a maior parte dos pacientes eram pardos 71,27%, 16,02% brancos e apenas 4,97% se consideravam pretos. Ao avaliar o nível de escolaridade, a maioria não possui o ensino fundamental completo 40,45% (tabela 1).

Diante dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer e para uma boa recuperação pós cirúrgica estão os fatores comportamentais, como uso crônico de bebidas alcoólicas e tabaco. Com isso, os dados obtidos mostram que 22,10% dos pacientes fazem/fizeram consumo de álcool e 7,73% do tabaco, sendo que 12,71% relataram o consumo dos dois. No entanto, a maioria que representa 57,46% informaram não ter feito ou fazer o consumo dessas substâncias (tabela 1).

3.2 Características do tumor

Do total de 181 prontuários analisados, os pacientes apresentaram em média tumores do tamanho de 5 cm, com o valor máximo encontrado de 13 cm e mínimo de 0,4 cm. A lateralidade predominante foi a direita em 51,38% dos casos.

3.3 Tratamento cirúrgico

A quantidade final dos respectivos procedimentos foi agrupada na Tabela 4. Constata-se que no intervalo de 2018 a 2022 foram realizadas 209 cirurgias da mama devido ao câncer, dos 181 prontuários analisados, 60 pacientes passaram pela cirurgia oncoplástica, o que corresponde a 34,92 % (73) do valor de cirurgias, verificando que no ano de 2019 teve o maior número de reconstrução mamária (23) e no ano de 2022 uma queda (7).

A cirurgia conservadora da mama, sendo ela setorectomia/segmentectomia/quadrantectomia, com ou sem esvaziamento ganglionar, em 2018, foram 13 procedimentos, já em 2021, esse número subiu para 20, representando um aumento de 54%.

A mastectomia simples não mostrou alterações significativas, enquanto a mastectomia radical, uma das cirurgias mais realizadas, em 2018 e 2020, teve a realização máxima com 37 e 29 cirurgias respectivamente. Observa-se, ainda, que a linha que representa o esvaziamento axilar manteve um padrão anual alto, verificando uma queda em 2022 junto com todos os outros procedimentos.

Tabela 2 – Características anual do tratamento cirúrgico ao Câncer de Mama realizado nos admitidos em UNACON de Imperatriz-MA, no período entre 2018 a 2022.

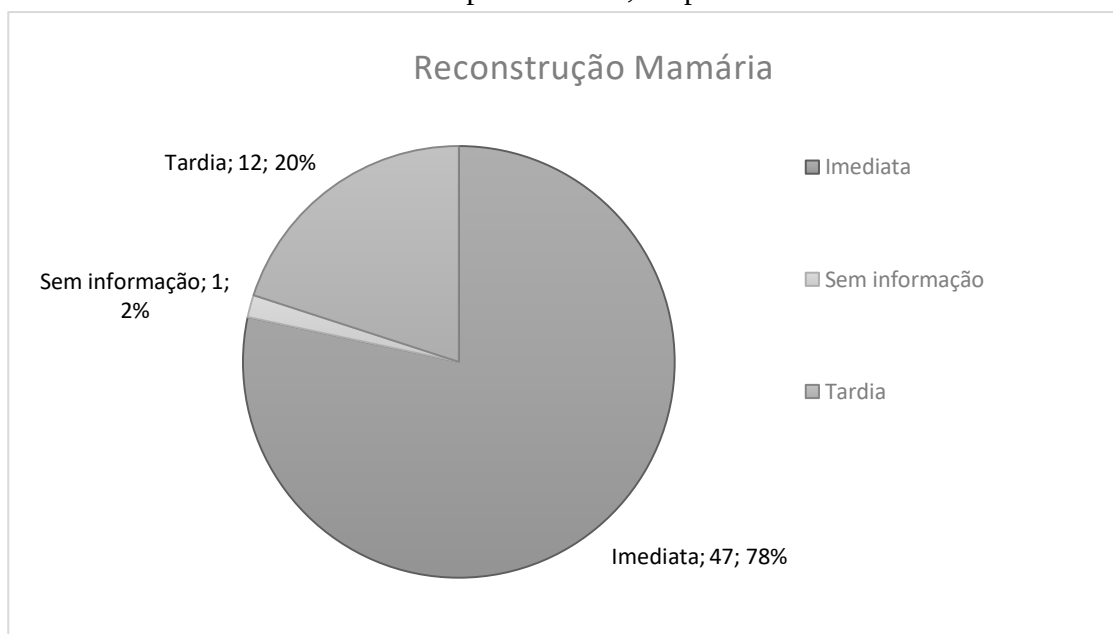
Variáveis	2018, N = 49 ¹	2019, N = 44 ¹	2020, N = 51 ¹	2021, N = 43 ¹	2022, N = 22 ¹	p-value ²
BLS*						<0,001
	6 (12,24%)	12 (29,27%)	15 (34,88%)	18 (52,94%)	9 (64,29%)	
EA*						0,112
	48 (97,96%)	36 (87,80%)	42 (97,67%)	31 (91,18%)	12 (85,71%)	
Setorectomia						0,052
	13 (26,53%)	19 (46,34%)	19 (44,19%)	20 (58,82%)	7 (50,00%)	
Oncoplastia						<0,001
	6 (12,24%)	23 (56,10%)	18 (41,86%)	19 (55,88%)	7 (50,00%)	
Mastectomia radical						0,015
	37 (75,51%)	21 (51,22%)	29 (67,44%)	14 (41,18%)	8 (57,14%)	
Mastectomia simples						0,472
	0 (0,00%)	1 (2,44%)	1 (2,33%)	2 (5,88%)	0 (0,00%)	

Fonte: Prontuários. *BLS:Biópsia do Linfonodo sentinela; EA: Esvaziamento Axilar.

3.4 Análise das oncoplastias

Acerca dos procedimentos reconstrutivos, ressalta-se que 60 pacientes foram submetidos a reconstrução da mama. Do total de pacientes, 47 (78%) reconstruções foram realizadas no mesmo tempo da retirada do tumor (imediatas) e 12 (20%) a mama foi reconstruída tardiamente (Figura 1). Diante desse número foi determinado quais procedimentos mais realizados (Tabela 6).

Figura 1 – Representação gráfica do momento da realização da reconstrução mamária nos admitidos em UNACON de Imperatriz-MA, no período entre 2018 a 2022.



No período de 2018 a 2022, foram selecionadas as principais técnicas cirúrgicas tanto para reconstrução da mama principal quanto para simetrização da mama secundária (plástica mamária não estética). Dentre os procedimentos realizados na mama principal e contralateral a reconstrução com tecido autólogo domina com 71,66% (43) e 72,10% (31) das reconstruções.

Tabela 3 – Métodos de reconstrução e simetrização de mamas nos admitidos em UNACON de Imperatriz-MA, no período entre 2018 e 2022.

Variáveis	N=60	%	p-value ²
Mama principal			
Prótese de silicone	14	23,33%	0,458

Tecido autólogo	48	80,00%	0,935
Expansor de mama	3	5,00%	0,064
Mama contralateral			
Prótese de silicone	12	20,00%	0,724
Tecido autólogo	26	43,33%	0,476

Fonte: Prontuários

Tabela 4 – Reconstrução anual com uso de tecidos autólogos nos admitidos na UNACON de Imperatriz-MA, no período entre 2018 e 2022.

Variáveis	2018, N = 5 ¹	2019, N = 17 ¹	2020, N = 18 ¹	2021, N = 11 ¹	2022, N = 5 ¹	p- value ²
Mama principal						
Enxerto de gordura						0,683
	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (5,55%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
TRAM - retalho miocutâneo do músculo reto abdominal						0,828
	0 (0,00%)	1 (5,88%)	0 (0,00%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	
Retalho do músculo grande dorsal						0,228
	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (16,66%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	
Retalho glandular						0,778
	2 (40,00%)	7 (41,17%)	7 (38,88%)	3 (27,27%)	2 (40,00%)	
Retalho toracoabdominal						0,828
	0 (0,00%)	1 (5,88%)	0 (0,00%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	
Retalho do músculo transverso do abdômen						0,323
	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (5,55%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	
Deslocamento de tecido glandular com retalho miocutâneo						0,003
	2 (40,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	
Retalho oblíquo externo abdominal						0,683
	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (5,55%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Round-block						1,000
	0 (0,00%)	1 (5,88%)	1 (5,55%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Pedículo						0,861

	1 (20,00%)	7 (41,17%)	4 (22,22%)	5 (45,45%)	1 (20,00%)
Mama contralateral					
Lejour					0,801
	1 (20,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Retalho glandular					0,551
	0 (0,00%)	2 (11,76%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Retalho do músculo grande dorsal					0,071
	1 (20,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)
Pedículo					0,801
	1 (20,00%)	9 (52,94%)	6 (33,33%)	7 (63,63%)	2 (40,00%)

Fonte:Prontuários

Foi identificado que a maioria dos pacientes, submetidos a reconstrução com uso de tecido autólogo, foram nos anos de 2019 e 2020. Dentre os procedimentos, o uso de retalhos glandular (21) e a técnica do pedículo (18) sobressaíram em relação ao uso de outros tecidos na mama acometida pelo câncer. A técnica do pedículo (25), predomina também na mama contralateral, sendo a técnica mais utilizada para simetrização (Tabela 7). Ao analisarmos o tipo de pedículo usado, verifica-se na tabela 8 o predomínio pela técnica do pedículo inferior tanto na mama principal como na contralateral.

Tabela 5 – Métodos de reconstrução e simetrização de mamas nos admitidos em UNACON de Imperatriz-MA, no período entre 2018 a 2022.

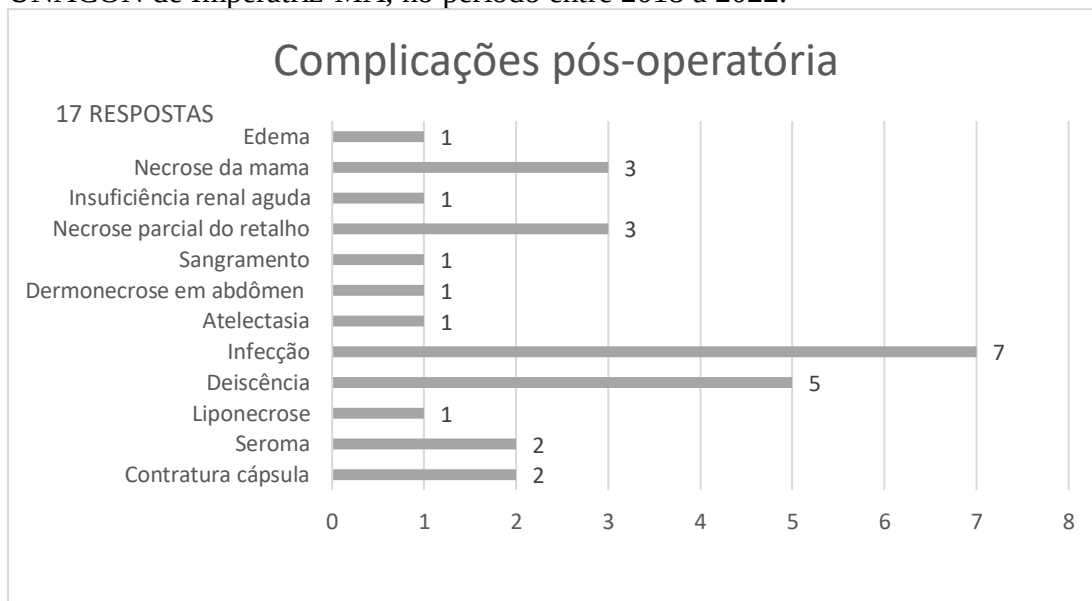
Variáveis	N	%
Mama principal		
Pedículo		
Pedículo Inferior areolado	13	21,66%
Pedículo Inferior não areolado	2	3,33%
Pedículo Inferolateral	2	3,33%
Pedículo Inferomedial	1	1,66%
Mama contralateral		
Pedículo		
Pedículo Inferior areolado	22	36,66%
Pedículo superomedial	3	5,00%

Fonte: Prontuários

3.5 Complicações pós-cirúrgica

Dentre os 60 (33,14%) pacientes que realizaram reconstrução mamária no período analisado, houve 17 pacientes com complicações. Sendo a infecção a complicação prevalente acometendo sete pacientes o que corresponde a 41,17% do total. Houve cinco casos de deiscência, configurando a segunda complicação mais encontrada. Existiram ainda três casos de necrose da pele parcial do retalho, retratando as principais complicações encontradas (Figura 2). Ao analisar os pacientes, a maioria das complicações foram apresentadas em idades acima de 37 anos. E das 17 pacientes, 35,29% relataram tabagismo e uso do álcool, 67% apresentaram complicações.

Figura 2 – Representação gráfica das complicações pós-oncoplátia nos admitidos na UNACON de Imperatriz-MA, no período entre 2018 a 2022.



Fonte: Prontuários

4. DISCUSSÃO

A reconstrução mamária é parte integrante do tratamento do câncer de mama e busca preservar a identidade feminina ao restaurar a imagem corporal, representada pela mama. A evolução da reconstrução mamária se baseia na tecnologia disponível, nos conhecimentos e técnicas do cirurgião, além do controle de complicações. Visando restituir a naturalidade, as características próprias de cada paciente, o grau de deformidade patológica e a técnica de reconstrução devem ser avaliadas criteriosamente para a tomada de decisão, por isso a necessidade de reconstruir e de como e quando intervir exige uma abordagem multidisciplinar, envolvendo paciente, cirurgião plástico e equipes de mastologia e oncologia, mesmo assim, a decisão sobre a reconstrução mamária ideal deve levar em conta que nenhuma técnica é isenta de riscos e morbidade.

Dentre os 181 casos analisados na UNACON de Imperatriz-MA entre 2018 e 2022, a maior parte dos pacientes com câncer de mama submetidos a tratamento cirúrgico eram procedentes de estados do Nordeste principalmente da cidade de Imperatriz, porém, as maiores proporções de casos por 100.000 habitantes foram de municípios com menor população e com menos serviços de saúde, educação e saneamento. Os achados sugerem que a desigualdade no acesso aos exames de rastreamento ou a baixa cobertura para realizar mamografia, não facilite o diagnóstico precoce, o que impossibilita a identificação e tratamento oportuno no estágio inicial da doença, necessitando assim, de tratamento cirúrgico mais radical ⁽⁸⁾.

Observou-se a partir do estudo que a maior parte dos pacientes com câncer de mama eram mulheres, encontravam-se na faixa etária acima dos 50 anos, com idade média predominante de 53 anos, pardas, ensino fundamental incompleto e índice socioeconômico baixo. Em relação ao perfil sociodemográfico, justifica-se que o câncer de mama em homens é uma doença rara: apenas 1% de todos os cânceres de mama ⁽¹⁰⁾. Mulheres a partir dos 50 anos de idade, têm maior risco de desenvolver câncer de mama, diante a exposições ao longo da vida e as próprias alterações biológicas com o envelhecimento ⁽¹¹⁾. Segundo a literatura, quanto menor o nível de escolaridade, menor é a chance de diagnóstico precoce, o que leva a dificuldades no tratamento curativo, pois pacientes com menor índice de escolaridade apresentam associação com menor índice socioeconômico, gerando dificuldade ao acesso médico ⁽¹²⁾.

No estudo, a maioria das mulheres eram casadas fator esse importante, pois a presença de um (a) companheiro (a) no enfrentamento da doença, pode diminuir o impacto psicossocial que a neoplasia pode causar ⁽¹³⁾. Quanto aos hábitos de vida, houve uma predominância de mulheres que não consumiam álcool e tabaco. Estudos evidenciam que estudos que o consumo de bebidas alcoólicas é um importante fator de risco para o desenvolvimento de neoplasia mamária ⁽¹⁴⁾.

No que se refere a histórico familiar, foi encontrada uma grande porcentagem de pacientes com diagnóstico de CA de mama na família, achado que corrobora com o estudo de Barboza et al. (2017) ⁽¹²⁾.

De acordo Medina-Franco e colaboradores (2002) ⁽¹⁵⁾ dentre os fatores de risco para recorrências estão tumores com tamanho acima de 2 cm. No presente estudo, 115 (63,53%) pacientes se enquadram nessa afirmativa na qual tumores maiores tem prognóstico desfavorável, com componente de micro invasão. Houve divergência quanto à lateralidade do tumor, na literatura a lateralidade esquerda é predominante, valor também encontrado em um estudo realizado por Magalhães et al. (2017) ⁽¹⁶⁾, o que diverge dessa pesquisa na qual houve predomínio da mama direita.

Neste estudo, cerca de 35% do total de cirurgias realizadas na mama foram para reconstrução mamária, verificando também que no ano de 2019 teve o maior número de reconstrução mamária (21), questão essa que contrapõem Bognoli (2021) ⁽⁵⁾ que acredita que a crise financeira em nosso país impactou tanto a realização de cirurgias oncológicas como reconstrutivas, e o problema foi potencializado com a pandemia de Covid-19, o que era de esperar retrocessos na área no ano de 2019.

Alguns autores ^(6,15) sugerem que há maior taxa de recorrência em procedimentos conservadores, mesmo que não exista diferença significativa na sobrevida entre pacientes quando comparado com a mastectomia total, e notamos isso ao avaliar os dados deste estudo no qual há um número elevado de mastectomia, mostrando uma preocupação com a ocorrência de novo diagnóstico de câncer de mama no futuro. Em todos os procedimentos foi verificado uma queda em 2022, e isso é explicado devido ao baixo número de registros que o estudo teve acesso neste ano.

Conforme observado no estudo, das pacientes que foram submetidas a oncoplastica, 78% tiveram sua reconstrução mamária imediata, logo após a retirada do tumor. Questão essa defendida pela Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) ⁽¹⁷⁾ que

sugere que a reconstrução se dê logo após a retirada da mama, o que, na visão da sociedade, contribuirá significativamente para a reabilitação da paciente. Porém, o estudo de Pereira e colaboradores (2019) ⁽¹⁸⁾ observou que as pacientes que fizeram a reconstrução mamária tardiamente apresentaram maior grau de satisfação, e isso foi relacionado ao fato de elas possuírem mais tempo para assimilar a nova condição de vida, passando a valorizar a nova mama ao encontrar novos significados para imagem corporal, enquanto as pacientes da mastectomia imediata comparam com a mama anterior, ao procurar a perfeição estética.

A reconstrução mamária tem como base dois procedimentos oncológico principais, o uso de tecido autólogo ou a reconstrução baseada em implantes, essa última tem as vantagens de serem cirurgicamente menos exigentes para o cirurgião, tendo vários formatos e tamanhos, não há necessidade de tecido doador, com isso não provoca morbidade da área doadora, o tempo de intervenção cirúrgica ser menor e a recuperação no pós-operatório ser mais rápida quando comparada com reconstruções autólogas. Para mulheres idosas ou muito jovens com tecido escasso, esta técnica é a opção mais vantajosa ^(19,20). Quando comparado ao presente artigo, verificou-se que nos cinco anos analisados o predomínio do uso de tecidos autólogos, sugerindo que, diante do baixo nível socioeconômico, as pacientes dependam dos recursos financeiros do SUS para a aquisição das próteses de silicone. Mesmo sendo um direito delas, há a parte burocrática, que leva tempo, o que acaba fazendo o cirurgião junto do paciente optar por uso de tecidos autólogos, método também consistente e confiável de reconstrução mamária, com resultados estéticos muito satisfatórios e com baixa morbidade ⁽²¹⁾.

No Brasil, várias opções estão disponíveis para a reconstrução autóloga, sendo as mais utilizadas envolvem reconstrução com retalho do músculo reto abdominal (TRAM) e com retalho de músculo grande dorsal ^(21,18). Já na UNACON analisada, a técnica mais utilizada foi o uso do retalho glandular, técnica que também teve destaque no estudo de Paulinelli e colaboradores (2021) ⁽²²⁾, que demonstra que a redução ou remodelamento do tecido glandular consegue atingir um tamanho de mama proporcional, podendo ser associado também com outras técnicas.

Os achados apresentam também que a técnica do pedículo foi prevalente, principalmente para simetrização da mama contralateral, no geral, são mamoplastias redutoras, aplicando-se diversos pedículos. Entretanto, deve-se ter domínio das três

principais: pedículo superior, pedículo inferior ou *round-block*. Sendo destaque tanto na mama principal como na contralateral o uso do pedículo inferior. De acordo com a literatura, o retalho de pedículo inferior é versátil para mamas de diferentes formas e tamanho, proporcionando resultados reproduzíveis, podendo ser utilizado sem aumento do tempo cirúrgico, além de ser uma alternativa à técnica de enxerto livre de aréola ⁽²³⁾.

A taxa de complicação verificada no presente estudo (28,3%) está em acordo com a literatura variando de 15% a 45%, conforme o tipo de cirurgia realizada ^(24,25). Foi observado que a presença de tabagismo está associada a aumento significativo das taxas de necrose dos retalhos, além de outras complicações ⁽⁷⁾. Apesar do estudo ter apresentado um predomínio entre mulheres que não consumiam álcool/cigarro, é válido atentar-se para as complicações que podem ter sido desencadeadas nas fumantes, fato esse evidenciado no grupo que foi constatado complicações, a qual 35,29% relataram o tabagismo e uso do álcool.

As mulheres jovens usualmente são mais saudáveis e apresentam menos comorbidades do que as mulheres em idade mais avançada. Por estes motivos, tendem a apresentar menores índices de complicações pós-operatórias e de gravidade das mesmas ⁽²⁶⁾.

5. CONCLUSÃO

Dessa forma, devido às dificuldades de se obter dados específicos na base utilizada neste estudo, a partir desse compilado de informações, é possível concluir, que os pacientes que realizaram tratamento cirúrgico de câncer de mama na região sul do Estado do Maranhão são marcados por baixo nível socioeconômico com fatores de risco para recorrências.

Durante o período de 2018 a 2022 foi observado que os pacientes submetidos as cirurgias oncoplásticas foram mulheres (98,90%), com idade maior ou igual que 50 anos (59,11%), pardas (71,27%), casadas (44,75%) e com nível de escolaridade baixo (ensino fundamental incompleto – 46,45%). Os aspectos clínicos apontam a predominância do uso de tecidos autólogos na UNACON, com destaque a técnica do pedículo e uso de retalho glandular. Essa técnica cirúrgica foi mais utilizada devido ser um produtor modelável inerente ao paciente, proporcionando reconstrução imediata, que não necessita de custos adicionais do Sistema Único de Saúde, além de evitar burocracias para liberação das próteses, que eleva o tempo de espera.

Assim, as técnicas de reconstrução mamária realizadas neste hospital são alternativas seguras, com taxas de complicações aceitáveis.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva. Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
2. Reis, Ana Paula Alonso; panobianco, Marislei Sanches; gradim, Clícia Valim Côrtes. Enfrentamento de mulheres que vivenciaram o câncer de mama. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 9, 2019.
3. Rocha, Camilla Brasil et al. Sentimentos de mulheres submetidas à mastectomia total. Revista Cuidarte, v. 10, n. 1, 2019.
4. Guimarães, Anne Karolyne et al. Processo de reconstrução mamária em mulheres mastectomizadas. Revista Interdisciplinar, v. 9, n. 1, p. 216-223, 2016.
5. Bagnoli, Fábio. Reconstrução mamária: um direito que faz diferença no tratamento. S. l. 18 nov. 2021. Disponível em: <https://www.spmastologia.com.br/pdf/fbfe583a2f175bbd32094aae6319383e.pdf>
6. Paganine, Joseana. Lei obriga reconstrução de mama. Jornal do Senado, Brasília, ano 10, n. 428, 7 mai. 2013. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496198/130507_428.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Gallardo, Claudia Mariel et al. Complicações pós-operatórias em paciente submetida à reconstrução mamária com TRAM. Relato de caso e revisão da literatura. Rev. Bras. Cir. Plást. 2018;33(0):28-31.
8. Santos, Tainá Bastos dos et al. Prevalência e fatores associados ao diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, p. 471-482, 2022.
9. Martins, Luhan Chaveiro et al. Padrão de metástase no câncer de mama triplo negativo. Revista Brasileira de Mastologia, v. 27, n. 1, p. 8-14, 2017.
10. Sanguinetti, A. et al. Male breast cancer, clinical presentation, diagnosis and treatment: Twenty years of experience in our Breast Unit. International Journal of Surgery Case Reports, v. 20, p. 8-11, 2016.
11. Silva, Marcos Mendes; DA SILVA, Valquíria Helena. Envelhecimento: importante fator de risco para o câncer. Arquivos médicos do ABC, v. 30, n. 1, 2005.
12. Barboza, Rayssa dos Santos et al. Breast cancer in Rio Grande do Norte, a retrospective study: epidemiological, clinical and therapeutic profile. Mastology, v. 27, n. 2, p. 109-116, 2017.
13. Lima, Eunice de Oliveira Lacerda; SILVA, Marcelle Miranda da. Perfil sociodemográfico e clínico-patológico de mulheres hospitalizadas com câncer mamário localmente avançado ou metastático. Rev. enferm. UFSM, p. 56-56, 2020.
14. De andrade, Ikaro Alves et al. BRCA1, BRCA2, Família ALDH e ADH: Genes relacionados ao etilismo e ao câncer de mama feminino. Revista de Patologia do Tocantins, v. 4, n. 1, p. 39-64, 2017.
15. Medina-franco, Heriberto et al. Factors associated with local recurrence after skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction for invasive breast cancer. Annals of surgery, v. 235, n. 6, p. 814, 2002.
16. Magalhães, G.; et al. Perfil clínico, sociodemográfico e epidemiológico da mulher com câncer de mama Clinical, sociodemographic and epidemiological profile of woman with breast cancer. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 9, n. 2, p. 473-479, 2017.
17. Sociedade Brasileira de Mastologia. Notícias SBM. Reconstrução mamária é um direito de toda mulher brasileira. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Mastologia, 2017. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/noticias/reconstrucaomamaria-e-um-direito/>.
18. Pereira, Antônio Pedro Valle Mejdalani et al. Mastectomia e mamoplastia na vida

das mulheres com câncer de mama. Cadernos da Medicina-UNIFESO, v. 2, n. 1, 2019.

19. Azevedo, João Paulo Araújo. Reconstrução mamária. 2012. Dissertação de Mestrado.
20. Frasson, Rafaello et al. Câncer de mama: técnicas de reconstrução mamária com próteses ou expansores. Acta méd.(Porto Alegre), p. [4]-[4], 2013.
21. Daroda, Larissa Silva Leitão et al. Reconstrução mamária com tecido autólogo: 380 casos consecutivos. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v. 30, p. 352-360, 2023.
22. Paulinelli, Régis Resende et al. Cirurgia oncoplástica -novas abordagens, o que sabemos?. Onconews, São Paulo, V. 2, n. 6, 28 fev. 2021. Disponível em: <https://www.onconews.com.br/site/revista-index-onconews/todas-edicoes-indexonconews/vol-ii-numero-06-fev-2021/5568-cirurgia-oncoplastica-novasabordagens-o-que-sabemos.html>.
23. Adorno Filho, Elson Taveira et al. Mamoplastia redutora pela técnica de pedículo inferior: estudo descritivo. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v. 29, p. 525-530, 2023.
24. Claro Jr, Francisco et al. Complicações em reconstrução mamária total em pacientes mastectomizadas por câncer de mama: análise comparativa de longo prazo quanto a influência de técnica, tempo de cirurgia, momento da reconstrução e tratamento adjuvante. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v. 28, p. 85-91, 2013.
25. De Oliveira, Rogerio; PESSOA, Salustiano. Complicações de reconstrução mamária após mastectomia total por câncer de mama realizadas pelo Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do Hospital Universitário Walter Cantídio. Rev. Bras. Cir. Plást.2018;33(0):19-22.
26. Cammarota, Marcela Caetano et al. Reconstrução mamária em mulheres jovens e suas peculiaridades. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v. 33, p. 3-11, 2023.

