

# FORMAÇÃO EM CIRURGIA ONCOPLÁSTICA E RECONSTRUTIVA DA MAMA: ANÁLISE DA FORMAÇÃO NA AMÉRICA E NA UNIÃO EUROPEIA COM A REALIDADE BRASILEIRA

Training in oncoplastic and reconstructive breast surgery: analysis of training in America and in the European Union with the Brazilian reality

Douglas de Miranda Pires<sup>1,2</sup>, Orivaldo Gazoto Junior<sup>2,3\*</sup>, Carolina Nazareth Valadares<sup>4</sup>, Raffaella Levy Andrade<sup>4</sup>

## RESUMO

A cirurgia reparadora e estética da mama representa um grande avanço para o tratamento de mulheres que lutam contra o câncer. Uma das vantagens para a paciente é a diminuição de procedimentos cirúrgicos e tratamentos com mais de um profissional, além do alívio psicológico e estético de ter sua mama reconstruída de forma confortável pelo médico que já a acompanha no tratamento da doença. No que diz respeito aos avanços das cirurgias oncológicas da mama, deve-se levar em consideração o procedimento ideal com margens livres e o controle local adequado da doença, a reconstrução imediata da mama de forma simétrica e, por fim, a transposição de técnicas da cirurgia plástica para a cirurgia de câncer de mama. O foco original é a melhoria da qualidade de vida das pacientes oncológicas submetidas a tratamentos que podem ser mais eficazes do ponto de vista estético-funcional sob a ótica das técnicas tradicionais de conservação mamária. A formação e a capacitação de todos os profissionais aptos ao tratamento do câncer de mama é um conceito inovador e trará discussões e novos desafios ao meio científico, o que instiga a possibilidade de criar estudos específicos que levem em consideração a opinião da sociedade no intuito de padronizar a formação em oncoplastia. A pesquisa científica é necessária para avaliar muitos outros aspectos relacionados à oncoplastia, como o resultado estético, a qualidade de vida das pacientes e o controle local da doença, bem como a otimização do tempo operatório e a redução de efeitos adversos e custos. O presente estudo visou avaliar as principais técnicas existentes, o tempo para formação dessa especialização no contexto da realidade brasileira e se há necessidade de mudanças no modelo de formação dos profissionais que optarem por segui-la. Esta revisão baseia-se na convicção mostrada em trabalhos em editoração (*in press*) que demonstram a melhor forma e a melhor carga horária para aprimoramento do mastologista em técnicas de cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama referendada em observação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Neoplasia da mama; mamoplastia; educação.

Trabalho realizado no Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>1</sup>Clínica de Mastologia, Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>2</sup>Instituto de Ensino e Pesquisa, Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>3</sup>Clínica de Mastologia, Hospital Regional Rosa Pedrossian – Campo Grande (MS), Brasil.

<sup>4</sup>Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.

\*Autor correspondente: ogazoto@uol.com.br

**Conflito de interesses:** nada a declarar.

**Recebido em:** 23/01/2017. **Aceito em:** 30/05/2017

**ABSTRACT**

The reconstructive and aesthetic breast surgery is a major breakthrough for the treatment of women fighting cancer. An advantage for the patient is the reduction of surgical treatment to one professional, besides the psychological and aesthetic relief of having her breast comfortably reconstructed by the doctor who is already accompanying her in the treatment of the disease. Considering the advances in oncological breast surgery, the ideal surgical procedure is one that achieves local control of the disease by maintaining the symmetry of the breast with immediate reconstruction. Plastic surgery techniques can be used in breast cancer surgery. The original focus is on improving the quality of life of oncological patients undergoing treatments that may be more effective in the aesthetic and functional point of view from the perspective of traditional techniques of breast conservation. Formation and training of professionals able to treat breast cancer is an innovative concept that brings discussions to the scientific community. Specific studies are required to standardize oncoplastic training. Training in reconstructive and aesthetic breast surgery also brings about new perspectives of surgical research related to aesthetic results, quality of life and local control, as well as the optimization of operative time, reducing adverse effects and costs. This study aimed to evaluate the main existing techniques, the training time for specialization in the context of Brazilian reality and whether it is necessary to change the current training model. This review is based on the conviction shown in other publishing studies (in press), which demonstrate the best way and the best work load for the improvement of the mastologist regarding oncoplastic and reconstructive breast surgeries.

**KEYWORDS:** Breast neoplasm; mammoplasty; education.

**INTRODUÇÃO**

A cirurgia oncoplástica no tratamento do câncer de mama favorece o cirurgião da mama no cenário da reconstrução e da atenção integral da paciente, proporcionando resultados estéticos melhores sem sacrificar o tratamento oncológico. A interação entre as técnicas de cirurgia plástica e a mastologia originou uma nova formação cirúrgica com o propósito de facilitar o processo no tratamento dessa neoplasia. O avanço tecnológico e os benefícios apresentados já foram discutidos e apresentados em diversos cenários mundiais<sup>1</sup>.

Profissionais de diversas áreas se uniram para compartilhar experiências e confrontar princípios básicos e técnicas envolvidas. A oncoplastia mamária e reconstrutiva da mama foi introduzida nos programas de curso de pós-graduação em 2010, durante o Simpósio Anual do *American College of Surgeons* em São Francisco, Califórnia, com a participação de 120 profissionais especializados em Mastologia, cirurgia geral e cirurgia plástica. Nesse evento, participaram também importantes nomes na área da cirurgia oncoplástica, como a Dra. Elizabeth Beahn e o Prof. Melvin Silvertin, que levaram à mesa de discussões vários aspectos relevantes sobre a oncoplastia, ou seja, indicações, contra-indicações, radioterapia pós-operatória, relação custo-benefício e variações no tempo cirúrgico<sup>1</sup>.

A grande maioria das pacientes com diagnóstico de câncer de mama nos Estados Unidos da América (EUA), atualmente, é tratada pelo cirurgião-geral com especialidade em cirurgia oncológica. Esse cenário se mostra distinto no Brasil, onde grande parte das cirurgias é realizada pelo mastologista com formação em cirurgia geral, cirurgia oncológica e/ou ginecologia e obstetrícia<sup>2</sup>.

O objetivo deste trabalho foi analisar as discussões decorrentes das diversas formações do cirurgião da mama nos estudos publicados na União Europeia e as obras publicadas por seus colaboradores diretos para confrontar e comparar as diferentes visões colocadas por cada profissional. O presente estudo avaliou os diversos

modelos de capacitação em reconstrução mamária no mundo e os resultados de tal treinamento, incluindo qual é a base de formação dos candidatos aptos a realizar esses procedimentos, bem como uma análise curricular na área oncológica. Finalmente, avaliou-se se há necessidade de alterações significativas no atual modelo de formação dos cirurgiões em reconstrução mamária no Brasil.

**MÉTODOS**

O estudo trata-se de revisão de literatura científica, e foi baseado em diversas publicações médicas relacionadas à formação do cirurgião apto a realizar a cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama. De acordo com Gil<sup>3</sup>, a pesquisa bibliográfica é realizada a partir de materiais já preparados, provenientes especialmente de livros e artigos científicos. O presente trabalho bibliográfico foi realizado por meio da revisão da literatura de obras já publicadas, dissertações de mestrado, revistas eletrônicas e boletins de conselhos federais. Os termos utilizados para a pesquisa foram: oncoplastia, formação do cirurgião, cirurgia reparadora da mama e suas correspondentes em inglês *oncoplastic, surgeon training, reconstructive surgery of the breast* e sem estabelecimento de temporalidade. Na apresentação dos resultados houve discussão de cunho geral nas visões que levam à totalidade da base de formação considerando tempo e quantidade de pacientes adequadas à indicação de cirurgia oncoplástica, bem como a amplitude da situação clínica.

**OBJETIVOS****Objetivo geral**

Discutir aspectos metodológicos, operacionais e de formação do profissional executor em cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama no Brasil.

## Objetivos específicos

- Identificar o tempo de estudo necessário à formação do profissional médico em cirurgia oncológica e reconstrutiva da mama;
- conhecer e definir a metodologia aplicável à formação em cirurgia oncológica e reconstrutiva da mama (pós-graduação, especialização, extensão, educação continuada, modular);
- estabelecer o tempo de prática profissional preparatória em cirurgia oncológica e reconstrutiva da mama; e
- identificar o perfil profissional indicado à execução da cirurgia oncológica e reconstrutiva da mama.

## RESULTADOS

### Apresentação da cirurgia oncológica e reconstrutiva da mama em diversos continentes

As técnicas em cirurgia oncológica e reconstrutiva da mama discutidas mundialmente parecem ter parametrização com a realidade brasileira. A base de cirurgias reconstrutivas aplicadas tanto nos EUA quanto na União Europeia tem os mesmos recursos básicos de cirurgia para retirada tumoral e reconstituições por retalhos ou próteses mamárias. Em relação à formação básica, não existem tantas diferenças, pois a maioria dos profissionais é cirurgião — mastologista, plástico ou oncológico. Deve-se levar em consideração que, embora as cirurgias reconstrutivas sejam realizadas, em sua grande maioria, por profissionais de diversas especializações, a parte estética fica quase em sua totalidade reservada aos cirurgiões da mama com formação em cirurgia oncológica e reconstrutiva da mama<sup>4</sup>.

Segundo Mazzei<sup>5</sup>, os profissionais em Mastologia, oncologia e cirurgia geral devem ter domínio sobre as técnicas de cirurgia oncológica e reconstrutiva da mama, no sentido de planejar e executar o tratamento mais adequado às pacientes. Isso, sem dúvidas, tem criado protestos por parte dos cirurgiões plásticos, que defendem a cirurgia oncológica como exclusividade dessa área. Essa evolução médica é capaz de agregar técnicas da cirurgia plástica, adequando-as ao perfil oncológico. Os diversos serviços brasileiros que oferecem treinamento na especialidade capacitam os seus residentes a praticar e desenvolver o processo corretamente. Vários centros internacionais acreditam que há dificuldades para agregar cirurgiões plásticos às equipes por diferentes motivos, o que induz os mastologistas a adquirirem maior experiência na área reconstrutiva<sup>5</sup>. Baildam<sup>6</sup> analisa que o legado de treinamento cirúrgico histórico fez com que, até recentemente, poucos cirurgiões fossem equipados para oferecer essa abordagem cirúrgica de câncer, que envolve, simultaneamente, estética e reconstrução. Tal autor afirma que a mudança na formação desses profissionais vem como forma definitiva de modificar essa realidade. Segundo o mesmo, no Reino Unido, só

na última década, cerca de 90 cirurgiões foram contemplados com bolsas de estudo de alto nível. A formação básica consiste em um treinamento de 12 meses de cirurgia de oncológica em 9 centros de capacitação realizado por mastologistas e cirurgiões plásticos de forma integrada. Esse método parece melhorar a qualidade do atendimento cirúrgico para o benefício das mulheres, além de apontar para uma renovação no campo da cirurgia mamária, longe de procedimentos puramente baseados em ressecções, que se mantiveram inalterados por muitas décadas. Sendo assim, o resultado do processo no Reino Unido tem sido marcado pelo interesse entre os cirurgiões em treinamento para seguir na área da cirurgia de mama como uma carreira e pelo incentivo às bolsas de estudos nacionais — o que as tornam um meio altamente competitivo. Alguns países já estão preparados para absorver essa nova especialidade médica e possuem estratégias vinculadas ao governo para apoiar os benefícios desse tipo de cirurgia. O impacto psicológico para a paciente e o aumento da sobrevida mostram-se numericamente entusiasmados. A Tabela 1 demonstra qual é a formação necessária para a conclusão da especialização em diversos países<sup>7-11</sup>:

### Oncológica no Brasil

Segundo a Lei nº 12.802, sancionada em 24 de abril de 2013, quando existirem condições técnicas, a reconstrução será efetuada no mesmo tempo cirúrgico. No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas<sup>12</sup>. Essa lei foi elaborada pela Deputada Rebecca Garcia, do Partido Progressista – Amazonas (PP/AM), que lutou ao longo de cinco anos por esse pleito no atendimento público ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A deputada relata que essa lei originou-se de movimentos feministas que acreditavam que a mutilação deixada pela cirurgia de retirada de tumor ocasiona agravos psicológicos por conta da autoestima<sup>13</sup>.

Após a sanção da lei, algumas sociedades médicas, como a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) e o Instituto Nacional do Câncer (INCA), mobilizaram-se para trazer a oncoplastia como complemento médico à formação acadêmica e extensiva das especialidades, formando e capacitando profissionais que atuam na luta contra o câncer de mama a realizar um tratamento reconstrutivo já nas primeiras fases do diagnóstico. Segundo Ruffo<sup>14</sup> em entrevista concedida a Onconews, a segurança oncológica deve estar alinhada ao resultado estético para promover melhor qualidade de vida para essas mulheres. Além disso, parece ainda existir uma necessidade de formação mais intensa dos nossos profissionais. A SBM identificou essa lacuna mesmo entre os egressos dos cursos de residência que realizaram recentemente a prova de títulos. Nessa amostra, é possível evidenciar que 20% desses programas de residência médica ainda oferecem muito

pouco ou quase nada de formação oncológica<sup>14</sup>. Em 2010, no Brasil, deu-se início à oferta de cinco cursos de pós-graduação, especialização ou educação continuada ou modular em oncoplastia, destacados na Tabela 2.

No Brasil, as características comuns para candidatar-se ao curso são especialidades em oncologia, Mastologia e cirurgia

plástica. O processo seletivo inclui análise curricular, prova específica e etapa de entrevista.

### Desenvolvimento da oncoplastia

Atualmente a carreira médica exige aperfeiçoamentos específicos em cada área. Os pacientes têm consciência de que atendimento

**Tabela 1.** Formação básica para especialização em oncológica no Brasil e em outros países.

País	Responsável	Base	Ações futuras
	Dick Rainsbury	Cirurgiões-gerais Cirurgiões da mama	Incentivar a capacitação por meio de bolsas de estudo Implantar técnicas de cirurgia plástica na formação de pós-graduação
	Belen Maerck	Ginecologistas Cirurgiões-gerais com pós-graduação em Mastologia	Criar uma nova especialidade cirúrgica Implantar cursos de formação intensiva na reconstrução da mama
	Maria João Cardoso	Ginecologistas Oncologistas Cirurgião plástico	Centros de certificação Desenhar grade curricular correta para capacitar profissionais
	Cícero Urban	Mastologistas Ginecologistas Cirurgiões plásticos Oncologistas	Formar profissionais que possuam especialidade em Mastologia Distribuir bolsas de estudos para multiplicar profissionais
	Breast Surgeon	Cirurgião-geral	Inserir grades curriculares para técnicas de reconstrução mamária aliadas a técnicas de cirurgia plástica

Fonte: Cardoso MJ, et al.<sup>27</sup>

**Tabela 2.** Centros formadores em oncoplastia no Brasil.

Instituição	Cidade	Responsável	Certificação	Carga horária
Santa Casa de Belo Horizonte	Belo Horizonte	Douglas Pires	Pós-graduação	540 hs (15 meses)
Hospital do Câncer de Barretos	Barretos	Gustavo Zucca Matthes	Especialização	380 hs (19 meses)
Hospital Araújo Jorge de Goiânia	Goiânia	Régis Paulinelli	Educação continuada	240 hs (10 meses)
Beneficência Portuguesa de São Paulo	São Paulo	Vilmar Marques	Extensão	240 hs (10 meses)
Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Porto Alegre	Jorge Biazús	Modular	60 hs Módulo

Fonte: Pires DM. Tcc - Orivaldo Gazoto Jr. [mensagem pessoal] Mensagem recebida em 13 abr. 2016.

especializado está disponível para certos tipos de doenças e percebem que os cuidados prestados por um especialista são melhores do que aqueles prestados por um cirurgião-geral. Sendo assim, médicos especialistas que prestam esses cuidados serão, em grande demanda, um subproduto de uma sociedade bem informada<sup>15</sup>.

Médicos graduados em cirurgia geral parecem responder em espécie a essas demandas, buscando distinção profissional em números recordes. Estima-se que metade dos cirurgiões-gerais adquire, a cada ano, certificado em alguma subespecialidade reconhecida pelo *American Board of Medical Specialties*<sup>16</sup>. Apesar dos dados mostrarem alto volume de mortalidade por mãos de cirurgiões-gerais, os médicos que buscam capacitação são mais assertivos nos procedimentos cirúrgicos complexos como os oncológicos. A oncoplastia veio como um subproduto agregador que, além de gerar bons resultados contra o câncer de mama, promove aumento da qualidade de vida da paciente. A oncoplastia também proporciona melhorias na autoestima, pois preserva uma parte do corpo que, por muito tempo durante a luta contra esse tipo de câncer, era mutilada<sup>17</sup>.

### Surgimento da oncoplastia e técnicas fundamentais

Na década de 1990, Audretsch, na Alemanha, propôs o termo “oncoplastia” para nomear os procedimentos que permitiam a ressecção tumoral seguida da reconstrução imediata da mama com técnicas de restauração que aplicavam os princípios da cirurgia estética e suas variações de acordo com a localização nos diferentes quadrantes e a relação entre o volume mamário e o tamanho do tumor. Essa nova técnica para o manejo do câncer de mama, então, difundiu-se rapidamente na Europa. Posteriormente, esse enfoque inovador teve continuidade nos Estados Unidos. Iniciou-se um trabalho multidisciplinar e a integração de oncologistas e cirurgiões plásticos, obtendo-se excelentes resultados. A reconstrução imediata da mama consagrou-se como uma prática de rotina e de suma importância<sup>18</sup>. Oncoplástica ou oncoplastia é a união das técnicas de cirurgia plástica direcionadas para a reconstrução da mama no tratamento contra neoplasias mamárias. A partir dos anos 1980 e, sobretudo, nos anos 1990, passou-se a preservar parte da mama em casos de câncer inicial. Alguns estudos têm demonstrado que a conservação da mama aumenta a qualidade de vida e a autoestima, e o medo de recorrência da doença não é diferente entre pacientes submetidas à terapia conservadora de mama e à mastectomia. Porém, ainda não há estudos suficientes em relação ao impacto da OP nas recorrências locais e na sobrevida global e livre de doença. Além disso, os dados referentes aos seus resultados estéticos também são limitados. Assim, tudo deve ser feito para aumentar a taxa de conservação da mama. No entanto, o resultado estético pode variar entre diferentes procedimentos conservadores. É de suma importância seguir as orientações cirúrgicas e usar técnicas de oncoplástica quando indicadas, especialmente em pacientes com tumores maiores<sup>4</sup>. Assim, foram também desenvolvidas técnicas

de reconstrução parcial da mama utilizando os mesmos princípios das cirurgias estéticas mamárias como suspensão, redução e colocação de próteses de silicone<sup>1</sup>. Em 1994, foi instituída uma divisão da mama em quadrantes, que permitiu uma análise prévia e planejada das técnicas oncoplásticas a serem empregadas<sup>17</sup>.

Basicamente, a cirurgia oncoplástica da mama baseia-se em algumas técnicas fundamentais: reconstruções sem retalhos, reconstruções com retalhos e implantes mamários<sup>19</sup> (Tabelas 3 a 5).

### Oncoplastia e serviço público brasileiro

Em 2016, estima-se a ocorrência de 57.960 novos casos de câncer de mama no Brasil<sup>20</sup>. A oncoplastia pode ser capaz de aprimorar o resultado final no tratamento de grande parte das pacientes, inclusive pelo SUS. Nesse contexto, há uma necessidade da difusão de profissionais especializados em oncoplastia, objetivando o benefício às pacientes submetidas à cirurgia mamária para tratamento do câncer. Atualmente, o número de profissionais habilitados em oncoplastia é limitado, principalmente os que realizam procedimentos ligados ao SUS<sup>21</sup>. No Brasil, o público-alvo na capacitação em oncoplastia é composto por mastologistas, o que é um excelente ponto de partida para a definição do objetivo deste estudo. A ênfase dos cursos de especialização em

**Tabela 3.** Tipos de técnicas sem retalhos.

Tipo	Mamas	Localização do tumor
Pedículo inferior	Pequenas, médias e grandes	laterais e mediais e quadrantes superiores
Pedículo superior	Médias e grandes	Quadrantes inferiores
<i>Round block</i>	Pequenas e médias	Periareolares e quadrante central

Fonte: Mesquita M<sup>28</sup>.

**Tabela 4.** Tipos de técnicas com retalhos.

Tipo	Correção	Riscos
TRAM	Defeitos pós-mastectomia	Altos
Rotação do músculo grande dorsal	Defeitos pós-quadrantes	Reduzidos

TRAM: retalho miocutâneo do músculo reto abdominal.

Fonte: Mesquita M<sup>28</sup>.

**Tabela 5.** Reconstrução com implantes.

Tipo	Mamas	Indicação
Implantes ou expansores	Todas, porém, mais adequadas às pequenas, médias ou ausentes médias ou ausentes	

Fonte: Mesquita M<sup>28</sup>.

oncoplástica é remetida ao aprimoramento das técnicas cirúrgicas já existentes, com reconstruções mamárias de cunho estético<sup>5</sup>.

Em publicação da revista SBM de São Paulo, Mazzei (2010) afirma: “Nossa prática cirúrgica passou por grandes e importantes modificações nos últimos anos com técnicas conservadoras, menos mutilantes e que hoje permitem preservar mais a tela cutânea, o complexo areolomamilar, a glândula mamária e a axila”<sup>5</sup>. Sendo assim, nos dias atuais, o mastologista deve ter domínio sobre as técnicas de cirurgia oncoplástica no sentido de planejar e executar o tratamento mais adequado às pacientes. Isso, sem dúvida, tem criado protestos por parte da cirurgia plástica, que entende ser um campo exclusivo de sua especialidade. É fato que a interação entre as equipes permite adquirir conhecimentos em técnicas de cirurgia plástica e adaptá-las ao perfil oncológico. Dessa forma, os diversos serviços que oferecem treinamento na especialidade praticam, com certeza, algumas das técnicas em oncoplastia aos seus residentes e devem aprimorar cada vez mais essa abordagem<sup>5</sup>. O ponto defendido por Mazzei retrata que o profissional de oncoplastia necessariamente precisa ter currículo em oncologia<sup>5</sup>, para garantir o tratamento mais adequado a suas pacientes. Os dados da Tabela 6 foram publicados pelo SUS e se referem às atuações médicas para cirurgia reparadora da mama. Em tal publicação, é possível analisar de forma superficial que o número de procedimentos da especialidade está em crescimento, o que é animador. Em nenhum dos estados da federação analisa-se a taxa de cirurgia reparadora ultrapassa 10%.

## DISCUSSÃO

Após serem avaliados alguns autores da oncoplastia mundial, observa-se que três especialidades têm maior procura para pleito da certificação oncoplástica: mastologia, cirurgia plástica e cirurgia oncológica. A maioria dessas especialidades é fundamentada tanto nos Estados Unidos quanto na União Europeia. Os profissionais buscam a certificação como um processo de evolução da classe médica, objetivando conjugar o tratamento, o psicológico e a estética. Embora o Brasil seja um país de dimensões continentais, a realidade é que nem todas as suas regiões possuem

**Tabela 6.** Quantificação das cirurgias reparadoras em alguns estados brasileiros.

Estado	Procedimentos	Cirurgia reparadora	%
São Paulo	8.058	386	4,8
Rio de Janeiro	3.951	220	5,6
Minas Gerais	2.429	88	3,6
Ceará	2.242	15	0,7
Pernambuco	2.155	54	2,5
Brasil	32.548	1.074	3,3

Fonte: Resende MA<sup>29</sup>.

equipes multidisciplinares. Algumas dessas localidades enfrentam a problemática da escassez de médicos especializados, o que gera a necessidade de deslocamento da paciente para tratamento do câncer de mama e, conseqüentemente, o aumento no risco de sobrevida. Um profissional capacitado em oncoplástica, ao possuir material de apoio, fará com que o número de mortes pelo tratamento tardio ou pela ausência deste tenha redução considerável, contribuindo para um programa de saúde pública eficaz.

## Visão da Mastologia

O tratamento cirúrgico de neoplasias mamárias benignas e malignas, assim como a abordagem de hipertrofias e assimetrias mamárias, requer do mastologista conhecimento técnico anteriormente utilizado por cirurgiões plásticos. A simetria da mama contralateral entre as pacientes submetidas a tratamentos cirúrgicos conservadores para neoplasias malignas da mama deve ser levada em consideração. A mamoplastia oncológica adapta a mamoplastia redutora ao tratamento cirúrgico do câncer de mama, sendo uma estratégia cirúrgica bem definida para tratar casos selecionados de câncer de mama e que possibilita aumento nas indicações da cirurgia conservadora<sup>22</sup>. As técnicas de mamoplastia redutora parecem ser seguras para tratar neoplasias em qualquer região mamária com resultados estéticos satisfatórios, e são baseadas em técnicas originais e na forma de ascensão e de perfusão do complexo areolomamilar<sup>22</sup>. No tratamento cirúrgico conservador do câncer de mama, deve-se levar em consideração a recorrência local, a sobrevida e a satisfação da paciente. Com a utilização de técnicas de mamoplastia no tratamento do câncer de mama, há aumento da satisfação da paciente sem comprometimento dos desfechos oncológicos<sup>23</sup>. Em relação às recidivas, tumores maiores que 2 cm parecem apresentar maior risco de recorrência local<sup>24</sup>.

Os resultados da mamoplastia oncológica são similares aos obtidos nas reduções puramente estéticas<sup>22</sup>. Um planejamento pré-operatório adequado, considerando a localização do tumor e a relação da área a ser ressecada com o volume mamário total, determinará a escolha da técnica e a localização das incisões para que seja atingido um resultado final satisfatório do ponto de vista oncológico e estético. Pacientes acometidas por neoplasia mamária e com mamas muito volumosas, quando submetidas à mamoplastia oncológica, irão, além do tratamento da doença, beneficiar-se com uma melhora em outros aspectos para sua qualidade de vida. Essas pacientes poderiam ter um bom resultado com cirurgia conservadora simples, entretanto, constituem o grupo de maior morbidade com a radioterapia pós-operatória, que costuma ser muito desconfortável devido ao volume e à forma de suas mamas. Além disso, a homogeneidade da dose é mais difícil de ser obtida em mamas desse tipo<sup>22</sup>.

Uma boa avaliação pré-operatória, com ênfase na área de ressecção, posicionamento de incisões, possibilidade de reparo imediato da silhueta e simetria mamária, proporciona o tratamento das pacientes com neoplasia maligna e a melhora em sua qualidade de

vida<sup>22</sup>. A visão da Mastologia fundamenta que o profissional atual deve dominar técnicas cirúrgicas de mastoplastia redutora, possibilitando o tratamento com segurança oncológica, associado à excelência nos resultados estéticos para um maior número de pacientes.

### Visão da cirurgia plástica

Segundo Sampaio<sup>25</sup>, a aproximação do cirurgião plástico a mastologistas, radiologistas, patologistas, oncologistas clínicos e radioterapeutas, quando objetiva troca de conhecimentos, contribui para o entendimento multidisciplinar do câncer de mama. Oncologia clínica e cirurgia oncoplástica da mama enfatizam quais são as preocupações que um cirurgião plástico deve ter ao realizar uma cirurgia oncoplástica. São elas:

1. Conhecimento da extensão da doença;
2. programação cirúrgica oncológica e possibilidades de mudanças intraoperatórias;
3. diagnóstico anatomopatológico e controle de margens;
4. radioterapia e reconstrução mamária;
5. quimioterapia adjuvante e quimioterapia neoadjuvante;
6. resultados estéticos da reconstrução; e
7. seguimento clínico e imagiológico<sup>25</sup>.

A visão da cirurgia plástica reconhece que o acompanhamento oncológico ou mastológico é de extrema importância para uma melhor estratégia de atuação no tratamento sugerido à paciente. O cirurgião plástico também se preocupa com as incidências estéticas quanto ao tratamento radioterápico, que pode ser comprometido<sup>26</sup>, ou quimioterápico, e que deverá ser iniciado em até 12 semanas após o procedimento<sup>25</sup>.

### Visão da oncologia

É de responsabilidade do cirurgião diagnosticar o câncer da mama para garantir que há uma abordagem de equipe multidisciplinar para tomada de decisão e, em seguida, introduzir a paciente nesse processo. O outro componente essencial é a inserção das pacientes na equipe multidisciplinar, pois um consenso entre os profissionais resulta em acordo comum quanto às orientações e terá impacto sobre a qualidade do atendimento. A ausência de orientações irá resultar em diferentes maneiras de tratar pacientes dentro da mesma equipe, gerando falta de clareza e variabilidade nos resultados. Um banco de dados sobre câncer de mama é essencial para auditoria e controle de qualidade cirúrgico dentro das unidades individuais. O objetivo é definir padrões de atendimento e objetivar a cura da paciente. A presença de protocolos em comum permite que as deficiências sejam claramente identificadas, sendo um princípio fundamental na auditoria para mudar e melhorar a prática cirúrgica. O atraso no diagnóstico da neoplasia mamária devido à má qualidade no serviço pode alterar a fase da doença e trazer impactos na sobrevida. O praticante da oncologia é, na maioria das vezes, o primeiro ponto de contato para pacientes com doença sintomática e tem

responsabilidade de referenciar adequadamente para o serviço de diagnóstico. Por fim, a oncologia defende que deve ser base para o cirurgião oncoplástico, a fim de garantir melhor sobrevida e, principalmente, a qualidade do tratamento do início até seu desfecho, pois em meio à sua formação são estudadas técnicas de tratamento para todos os tipos de câncer e suas ligações profissionais com equipe multidisciplinar, incluindo radiologia, radiografia, patologia, cirurgia, enfermagem e física médica.

### CONCLUSÃO

Analisando o tempo de formação e a defesa de cada especialidade, é relevante que todas as áreas envolvidas tenham um conhecimento mínimo de tratamento ao câncer e passem por um processo seletivo vinculado a uma equipe multidisciplinar de cirurgia para o manejo da neoplasia. As especialidades de Mastologia e oncologia já possuem uma extensa grade curricular, sem necessidade de seleções para serem elegíveis à subspecialização em oncoplastia. Porém, o cirurgião plástico necessita realizar uma prova curricular de atividades médicas ligadas direta ou indiretamente ao tratamento do câncer no geral ou especificamente do câncer de mama. Deve-se introduzir um período a mais na grade curricular do cirurgião plástico para conhecimento das teorias e técnicas oncológicas. O compromisso da oncoplastia com as pacientes permitiu a prática de procedimentos cirúrgicos menos invasivos. Muitas das técnicas oncoplásticas podem ser executadas por outras especialidades médicas, porém, sem a formação profissional adequada, podem acarretar danos inapropriados aos pacientes. Segundo Simmons<sup>7</sup>, é "extremamente importante ser flexível e adaptável a essas mudanças na forma como cuidam de nossos pacientes com câncer".

O quadro a seguir retrata que no Brasil, nos Estados Unidos e na Europa as especialidades não diferem entre si em relação aos fundamentos cirúrgicos de reconstrução da mama ou no tratamento inicial ou avançado do câncer de mama. Com base nas conclusões, podemos sugerir o seguinte desenho para a formação oncoplástica da mama:

1. Tipo de formação: pós-graduação, na qual o formando terá estrutura acadêmica e comprovação de tese por meio de apresentação dos fundamentos teóricos;
2. tempo de formação: pode variar entre 12 e 24 meses, dependendo da formação anterior;
3. número de procedimentos: no mínimo quatro pacientes para cada um dos temas de base da formação oncoplástica, incluindo as variações de volume da mama;
4. público-alvo: cirurgões plásticos, mastologistas e oncologistas.

### AGRADECIMENTOS

Eu, Dr. Orivaldo Gazoto Júnior, agradeço ao meu orientador, Dr. Douglas de Miranda Pires, e aos meus colegas de curso. Os trago como um legado de respeito, admiração e amizade.

## REFERÊNCIAS

1. Munhoz AM. Cirurgia oncológica no American College of Surgeons. 2010 [cited 2015 Sept 1]. Available from: <http://cirurgiaoncolastica.blogspot.com.br/2010/02/oncolastica-americancollege-of.html>
2. Quinn McGlothlin TD. Breast surgery as a specialized practice. *Am J Surg*. 2005;190(2): 264-8.
3. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002 [cited 2016 Apr 30]. Available from: [https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod\\_resource/content/1/como\\_elaborar\\_projeto\\_de\\_pesquisa\\_-\\_antonio\\_carlos\\_gil.pdf](https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf)
4. Urban CA. Resultados da oncológica no tratamento conservador em câncer de mama. Tese [Doutorado]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde; 2004.
5. Mazzei R. Oncológica: Ensino e treinamento. *Soc Bras Mastol*. 2010 [cited 2016 Feb 25];85(6). Available from: <http://docplayer.com.br/5992543-Editorial-cirurgiaoncolastica-da-mama.html>
6. Baildam AD. Oncoplastic surgery of the breast. *Br J Surg*. 2002;89:532-3.
7. Simmons RM. Breast surgery: past, present, and future. *Am J Surg*. 2000;180(4):246-8.
8. Birido N, Geraghty JG. Quality control in breast cancer surgery. *Eur J Surg Oncol*. 2005;31(6):577-86.
9. Rutgers EJ. Guidelines to assure quality in breast cancer surgery. *Eur J Surg Oncol*. 2005;31(6):568-76.
10. Miguelena JM, Cunchillos FD. Training in breast surgery in Spain. *Cir Esp*. 2016;94(6):323-30.
11. Yunaev M, Hingston G. Oncoplastic breast surgery: a regional Australian 2012 fellowship experience. *ANZ J Surg*. 2013;83(9):624-9.
12. Nicolaou PK, Padoin LV. O retrato das políticas públicas no tratamento do câncer de mama no Brasil. *Rev Bras Mastol*. 2013;23(3):92-4.
13. Brasil. Jornal do Senado. Lei obriga reconstrução de mama [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 25]. Available from: <http://www12.senado.leg.br/jornal/edicoes/2013/05/07/jornal.pdf/view>
14. Hartt V. Em defesa da Oncológica. *Onconews*. [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 25]. Available from: [http://www.onconews.com.br/site/index.php?option=com\\_content&view=article&id=612&catid=131&Itemid=586](http://www.onconews.com.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=612&catid=131&Itemid=586)
15. Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. 244 p.
16. Roberts JM, Clark CJ, Campbell MJ, Paige KT. Incidence of abnormal mammograms after reduction mammoplasty: implications for oncoplastic closure. *Am J Surg*. 2011;201(5):611-4.
17. Zucca-Matthes G. Cirurgia Oncológica da mama. *Rev Onco*. 2013;36-9.
18. Sánchez MD, Rubiano MD. Cirugía Oncológica en Cáncer de Mama. *Rev Colombiana Cir*. 2008 [cited 2016 Feb 25];23(4). Available from: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirurgia/vc-234/cirurgiaoncolastica>
19. Cosac OM, Camara Filho JPP, Cammarota MC, Lamartine JD, Daher JC, Borgatto MS, Esteves BP, et al. Reconstrução mamária de resgate: a importância dos retalhos miocutâneos. *Rev Bras Cir Plást*. 2013;28(1):92-9.
20. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Incidência de Câncer no Brasil – Estimativa 2016: Síntese de Resultados e Comentários. 2016 [cited 2016 Abr. 12]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>
21. Vieira RAC, Matthes AGZ, Matthes ACS, Haikel RL, Bailão Júnior A, Mendonça MLH de, et al. A oncoplastia e o tempo de treinamento do cirurgião. *Rev Bras Mastol*. 2010;20(2):66-70.
22. Schuh F, Biazús JV, Resetkova E, Benfica CZ, Edelweiss MI. Reproducibility of three classification systems of ductal carcinoma in situ of the breast using a web-based survey. *Pathol Res Pract*. 2010;206(10): 705-11.
23. Resende MA. Reflexões Oncológicas aos Mastologias Brasileiros. *Rev Bras Mastol*. 2012;22(1):1-2.
24. Asgeirsson KS, McCulley SJ, Pinder SE, Macmillan RD. Size of invasive breast cancer and risk of local recurrence after breast-conservation therapy. *Eur J Cancer*. 2003;39:2462-9.
25. Sampaio MMC. Oncologia clínica e cirurgia oncológica da mama. *Soc Bras Mastol*. 2010;85:3-4.
26. Motwani SB, Strom EA, Schechter NR, Butler CE, Lee GK, Langstein HN, et al. The impact of immediate breast reconstruction on the technical delivery of postmastectomy radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2006;66(1):76-82.
27. Cardoso MJ, Macmillan RD, Merck B, Munhoz AM, Rainsbury R. Training in oncoplastic surgery: an international consensus. The 7th Portuguese Senology Congress, Vilamoura, 2009. *Breast*. 2010;19(6) 538-40.
28. Mesquita M. Cirurgia Oncológica da Mama [Trabalho de Conclusão de Curso]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014.
29. Resende, MA. Reflexões oncológicas aos mastologistas brasileiros. *Rev Bras Mastologia*. 2012;22(1):1-2.