

A CIRURGIA RECONSTRÓI O CORPO, MAS QUEM RECONSTRÓI A MULHER? IDENTIFICAÇÃO, REGISTRO E MANEJO DE GATILHOS EMOCIONAIS EM MULHERES SUBMETIDAS À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PÓS-MASTECTOMIA: LACUNAS NO CUIDADO INTEGRAL NO SUS

Andrea Almeida Zamorano¹.

¹Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA.

RESUMO: *Introdução:* A reconstrução mamária pós-mastectomia pode favorecer a reabilitação, mas seus resultados anatômicos não asseguram a superação do sofrimento emocional. *Objetivo:* Analisar evidências sobre identificação, registro e manejo de gatilhos emocionais em mulheres submetidas à reconstrução mamária, considerando a integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde. *Metodologia:* Revisão narrativa crítica da literatura e análise documental, fundamentadas em publicações científicas e legislação brasileira de 2023 a 2026. *Resultados e discussão:* A literatura demonstrou resultados psicossociais heterogêneos, necessidades informacionais não atendidas e experiências negativas relacionadas à autoimagem, às expectativas cirúrgicas e à comunicação profissional. Evidências também destacaram a importância do rastreamento do sofrimento, da documentação clínica e da continuidade do acompanhamento. No SUS, a previsão legal de assistência psicológica e multidisciplinar contrasta com a necessidade de avaliar sua efetivação, em um contexto de desigualdades documentadas no acesso à reconstrução. *Considerações finais:* A integralidade exige reconhecer a experiência subjetiva da mulher, integrar a avaliação emocional aos cuidados cirúrgicos e assegurar continuidade assistencial. O registro clínico e o acolhimento interdisciplinar são componentes relevantes para uma assistência centrada na paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Repercussões psicossociais. Expectativas cirúrgicas. Sofrimento emocional.

SURGERY RECONSTRUCTS THE BODY, BUT WHO RECONSTRUCTS THE WOMAN? IDENTIFICATION, REGISTRATION, AND MANAGEMENT OF EMOTIONAL TRIGGERS IN WOMEN UNDERGOING POST-MASTECTOMY BREAST RECONSTRUCTION: GAPS IN COMPREHENSIVE CARE WITHIN THE SUS

ABSTRACT: *Introduction:* Post-mastectomy breast reconstruction may contribute to rehabilitation, but anatomical outcomes do not necessarily resolve emotional distress. *Objective:* To analyze evidence on the identification, documentation, and management

of emotional triggers among women undergoing breast reconstruction, considering comprehensive care within Brazil's Unified Health System. Methods: A critical narrative review and documentary analysis based on scientific publications and Brazilian legislation from 2023 to 2026. Results and discussion: The literature revealed heterogeneous psychosocial outcomes, unmet information needs, and negative experiences associated with body image, surgical expectations, and professional communication. Evidence also highlighted the importance of distress screening, clinical documentation, and continuity of care. In Brazil, the legal entitlement to psychological and multidisciplinary support must be distinguished from its actual implementation, particularly in a context of documented inequalities in access to reconstruction. Final considerations: Comprehensive care requires recognizing women's subjective experiences, integrating emotional assessment into surgical care, and ensuring continuity of support. Clinical documentation and interdisciplinary support are relevant components of patient-centered healthcare.

KEYWORDS: Psychosocial Repercussions. Surgical Expectations. Emotional Distress.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama representa um importante problema de saúde pública em razão de sua elevada incidência e das repercussões físicas, psicológicas e sociais associadas ao diagnóstico e ao tratamento. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2026), são estimados 78.610 novos casos anuais de câncer de mama feminina no Brasil para o triênio 2026–2028, correspondentes a um risco de 71,57 casos por 100 mil mulheres. Excluídos os tumores de pele não melanoma, constitui a neoplasia de maior incidência na população feminina brasileira.

A mastectomia pode modificar profundamente a experiência corporal da mulher. A retirada da mama, as cicatrizes, as alterações da sensibilidade e as limitações funcionais podem interferir na percepção da imagem corporal, na sexualidade e nas relações interpessoais. Entretanto, essas repercussões não são universais: variam conforme a história de vida, as condições clínicas, o contexto sociocultural e os significados individuais atribuídos à mama e ao tratamento.

A reconstrução mamária constitui uma possibilidade de reabilitação, mas seus benefícios psicológicos não devem ser presumidos como uniformes. Roy *et al.* (2023), em revisão sistemática de 99 estudos, identificaram que, entre 26 pesquisas comparativas, 18 apresentaram resultados psicológicos favoráveis à reconstrução, seis não encontraram diferenças significativas e duas identificaram resultados desfavoráveis. A heterogeneidade evidencia que o procedimento não constitui uma solução emocional universal.

Tomita *et al.* (2024), em estudo transversal com 1.215 mulheres, identificaram maior bem-estar psicossocial médio entre participantes submetidas à reconstrução mamária, comparativamente àquelas submetidas apenas à mastectomia. Entretanto, não encontraram

diferenças estatisticamente significativas na autoaceitação. Esses achados evidenciam que o bem-estar psicossocial e a aceitação corporal representam dimensões relacionadas, mas distintas.

A complexidade dessa experiência foi reforçada por Hircock *et al.* (2026), em revisão sistemática de 42 estudos qualitativos. Os autores identificaram experiências negativas relacionadas à expectativa de recuperar a mama original, a resultados cirúrgicos inesperados e à insuficiência de informações e suporte relacional. O estudo demonstrou que a percepção de insatisfação pode ocorrer mesmo diante de resultados considerados tecnicamente satisfatórios pelos profissionais.

As expectativas relacionadas à cirurgia também exercem papel relevante. Wuyts *et al.* (2024), mediante análise qualitativa de respostas abertas de 2.077 mulheres, identificaram necessidades informacionais sobre opções cirúrgicas, riscos, recuperação, alterações físicas e consequências psicológicas. Os resultados destacaram a importância de informações abrangentes e realistas para favorecer decisões conscientes e reduzir discrepâncias entre expectativas e experiências. Nesse contexto, situações como visualizar o corpo operado, perceber alterações da sensibilidade, enfrentar complicações ou retomar atividades íntimas podem estar associadas ao surgimento ou à intensificação de sofrimento emocional. A expressão gatilho emocional, utilizada neste artigo, designa uma situação ou experiência identificada pela própria mulher como desencadeadora de sofrimento. Não representa diagnóstico psiquiátrico e não pressupõe que todas as pacientes apresentem as mesmas reações.

No Brasil, a Lei nº 14.538/2023 assegura acompanhamento psicológico e multidisciplinar especializado, desde o diagnóstico, às mulheres que sofrerem mutilação mamária total ou parcial decorrente do tratamento do câncer. A existência dessa garantia, contudo, não permite concluir que o acompanhamento seja oferecido de maneira uniforme em todos os serviços. Adicionalmente, Silva e Postali (2026) identificaram desigualdades nos indicadores de acesso à reconstrução mamária no SUS segundo raça/cor, demonstrando a importância de considerar a equidade na análise da assistência.

Diante dessas evidências, torna-se relevante analisar a relação entre experiência emocional, identificação do sofrimento, documentação clínica e continuidade assistencial. O problema central não se restringe à ocorrência de sofrimento após a reconstrução, mas envolve a capacidade dos serviços de reconhecê-lo e oferecer respostas compatíveis com as necessidades e preferências das mulheres.

A mulher que atravessa o diagnóstico do câncer de mama não enfrenta apenas uma doença: vivencia transformações que podem alcançar sua identidade, suas relações, sua intimidade e a maneira como percebe o próprio corpo. Entretanto, quando o sucesso terapêutico é mensurado predominantemente pela ausência de complicações e pela satisfação com o resultado anatômico, corre-se o risco de reduzir uma experiência humana complexa a indicadores cirúrgicos. O sofrimento que não é verbalizado pode permanecer

desconhecido; aquele que é identificado, mas não registrado, pode perder-se na transição entre profissionais; e o que é registrado, mas não acompanhado, pode permanecer sem uma resposta assistencial efetiva. Surge, assim, uma inquietação que ultrapassa os limites do centro cirúrgico: se a medicina desenvolveu técnicas capazes de reconstruir a mama, por que a experiência emocional da mulher ainda precisa disputar espaço para ser reconhecida como parte essencial do tratamento? A integralidade do cuidado começa quando o sucesso da cirurgia deixa de ser confundido com o fim das necessidades da paciente.

Se a reconstrução mamária representa um avanço da medicina, por que o sofrimento emocional ainda pode permanecer invisível diante de um resultado cirúrgico considerado satisfatório? Quem identifica a angústia da mulher que evita olhar o próprio corpo, quem registra o sofrimento que emerge durante um curativo e quem acompanha aquela que recebe alta cirúrgica, mas ainda enfrenta dificuldades para reconhecer-se diante do espelho? Essas indagações expõem uma contradição fundamental: enquanto a cirurgia dispõe de procedimentos para reconstruir a anatomia, a assistência nem sempre demonstra, com a mesma clareza, como reconhece, documenta e acompanha as necessidades emocionais. O desafio não consiste em atribuir à reconstrução a responsabilidade de restaurar uma suposta feminilidade perdida, mas em questionar uma concepção de sucesso terapêutico que pode privilegiar o resultado técnico e secundarizar a experiência subjetiva. Afinal, de que vale reconhecer o êxito da reconstrução mamária se a mulher, protagonista desse processo, não encontra espaço para expressar aquilo que a cirurgia não conseguiu resolver?

OBJETIVO

Analisar criticamente as evidências científicas recentes sobre identificação, registro e manejo de gatilhos emocionais em mulheres submetidas à reconstrução mamária pós-mastectomia, discutindo suas repercussões psicossociais e as implicações para a integralidade e a equidade do cuidado no Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa crítica da literatura, associada à análise documental, com abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico. A revisão foi fundamentada em publicações científicas disponíveis em portais de periódicos, PubMed e repositórios de acesso aberto, além de documentos oficiais do Instituto Nacional de Câncer e legislação brasileira. O recorte temporal compreendeu publicações de 2023 a setembro de 2026. A identificação dos estudos foi orientada pela combinação de descritores e termos livres em português e inglês: breast reconstruction, mastectomy, psychological distress, body image, patient-reported outcomes, distress screening, reconstrução mamária, saúde mental e Sistema Único de Saúde.

Foram priorizados estudos relacionados aos resultados psicológicos da reconstrução, experiências das pacientes, expectativas cirúrgicas, necessidades informacionais, identificação do sofrimento, registro clínico e organização assistencial. A análise ocorreu por leitura crítica e síntese temática, considerando o delineamento das pesquisas, as características das populações estudadas, os principais resultados e suas limitações. As evidências foram organizadas em quatro categorias: repercussões psicossociais da reconstrução; situações desencadeadoras e necessidades emocionais; identificação, registro e manejo do sofrimento; e integralidade e equidade no SUS.

Por se tratar de revisão narrativa, a análise não apresenta metanálise, estimativas combinadas ou declaração de abrangência exaustiva da literatura. Os resultados correspondem aos achados dos estudos examinados, sem utilização de dados primários ou de prontuários hospitalares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados psicossociais da reconstrução mamária: entre benefícios e sofrimento persistente

A literatura examinada demonstrou que a reconstrução mamária pode proporcionar benefícios psicossociais, especialmente em dimensões relacionadas à satisfação corporal e ao bem-estar. Entretanto, os resultados variam conforme as características das pacientes, a modalidade cirúrgica, as complicações e as expectativas individuais.

Na revisão de Roy *et al.* (2023), os estudos comparativos apresentaram resultados divergentes quanto aos benefícios psicológicos da reconstrução. Embora a maior parte tenha identificado desfechos favoráveis, também foram encontrados estudos sem diferenças significativas e pesquisas com resultados desfavoráveis. Essa heterogeneidade impede considerar a reconstrução como condição suficiente para a recuperação emocional.

Em pesquisa conduzida por Tomita *et al.* (2024), participaram 1.035 mulheres submetidas à reconstrução, 116 submetidas à mastectomia isolada e 64 submetidas à cirurgia conservadora. O grupo com reconstrução apresentou escore médio de bem-estar psicossocial de 62,8 pontos, comparado a 50,8 pontos no grupo com mastectomia isolada. Contudo, a autoaceitação não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Esses resultados demonstram a importância de não confundir satisfação com o procedimento, bem-estar psicossocial e aceitação corporal. Uma paciente pode reconhecer benefícios estéticos e funcionais da reconstrução e, simultaneamente, vivenciar desconforto com cicatrizes, perda de sensibilidade ou mudanças na intimidade.

A persistência de dificuldades foi evidenciada em investigação longitudinal de Harvey *et al.* (2025), que acompanhou mulheres submetidas à reconstrução imediata com implantes pré-peitorais em 40 centros do Reino Unido. Das 343 mulheres operadas, 338 foram incluídas na análise dos resultados relatados pelas pacientes. Em comparação com

a avaliação pré-operatória, os escores de bem-estar físico torácico e sexual apresentaram reduções estatisticamente significativas e clinicamente relevantes aos três e aos dezoito meses. Esses achados são particularmente importantes porque demonstram que a avaliação longitudinal permite identificar alterações que podem não ser percebidas quando o sucesso é definido exclusivamente pelo resultado imediato da cirurgia.

A reconstrução mamária, portanto, deve ser compreendida como uma etapa possível de reabilitação, e não como um ponto final obrigatório da recuperação psicológica. A decisão de não reconstruir também pode representar uma escolha legítima e satisfatória, conforme os valores e as preferências individuais.

Gatilhos emocionais e experiência corporal: o sofrimento além da cicatriz

A identificação dos gatilhos emocionais exige reconhecer que o sofrimento não decorre exclusivamente da perda anatômica da mama. Pode estar associado aos significados atribuídos às transformações corporais, às expectativas não atendidas, às complicações e às interações estabelecidas durante o tratamento.

Hircock *et al.* (2026) identificaram três temas centrais associados às experiências negativas de reconstrução: expectativas de restauração da mama original não atendidas, resultados inesperados e experiências agravadas pela comunicação insuficiente e pelo suporte relacional inadequado. Esses temas apresentaram elevada confiança na avaliação qualitativa utilizada pelos autores. A partir dessa evidência, o primeiro contato visual com o corpo operado pode constituir um momento significativo para algumas mulheres. A percepção das cicatrizes, da assimetria ou de mudanças na forma corporal pode produzir reações distintas daquelas imaginadas anteriormente. Entretanto, a existência dessas alterações não significa que todas as pacientes experimentarão sofrimento. O significado emocional deve ser investigado individualmente, evitando pressupostos profissionais sobre aparência, feminilidade ou satisfação. Outro aspecto relevante corresponde às alterações sensoriais. A perda de sensibilidade, o desconforto físico e a dor podem modificar a maneira como a mulher percebe a região reconstruída. Wuyts *et al.* (2024) identificaram relatos de mulheres que desejavam informações mais completas sobre dormência, perda de sensibilidade, cicatrizes, recuperação e possíveis necessidades de novas cirurgias. Essas experiências demonstram a importância de diferenciar manifestações emocionais e condições físicas. A angústia associada ao toque na mama, por exemplo, pode coexistir com dor ou alteração sensitiva que necessita de avaliação clínica.

A sexualidade representa outra dimensão que merece atenção. As alterações corporais podem influenciar o conforto na intimidade, a percepção de atratividade, a comunicação com parceiros e a experiência do prazer. No estudo de Harvey *et al.* (2025), a redução do bem-estar sexual persistiu aos dezoito meses de acompanhamento, indicando que essa dimensão não deve ser considerada automaticamente recuperada após a cicatrização.

A abordagem profissional deve, contudo, respeitar a privacidade e os valores da paciente. Nem toda mulher possui parceiro, deseja relacionamento sexual ou atribui à mama o mesmo significado erótico ou identitário. Dessa maneira, os gatilhos emocionais não constituem uma lista fixa de sintomas. Representam experiências contextualizadas, cuja identificação depende de escuta qualificada e do reconhecimento da singularidade da mulher.

Expectativas cirúrgicas e comunicação profissional

Wuyts *et al.* (2024) analisaram 2.077 respostas abertas de participantes de uma pesquisa sobre experiências com reconstrução mamária. Foram identificados três grandes temas: conteúdo das informações, gerenciamento das expectativas e fontes de informação. As participantes relataram necessidade de esclarecimentos sobre modalidades cirúrgicas, riscos, recuperação, resultados e impactos psicológicos. A insuficiência de informações pode contribuir para a formação de expectativas incompatíveis com as possibilidades do procedimento. A expressão “reconstrução” pode ser interpretada por algumas mulheres como promessa de recuperação integral da aparência e das sensações anteriores, embora os resultados dependam de múltiplas condições clínicas e técnicas.

Hircock *et al.* (2026) identificaram que experiências negativas podem ocorrer mesmo quando o procedimento é considerado bem-sucedido pela equipe cirúrgica. A falta de transparência quanto aos resultados esperados e o suporte inadequado no pós-operatório foram associados a percepções desfavoráveis.

A comunicação deve contemplar benefícios e limitações do tratamento, incluindo possíveis alterações de sensibilidade, cicatrizes, complicações, tempo de recuperação e eventual necessidade de procedimentos adicionais. Também é importante apresentar a não reconstrução como uma alternativa legítima. A decisão de permanecer sem reconstrução não deve ser interpretada como incapacidade de adaptação à doença ou ausência de valorização da própria imagem. A informação adequada contribui para a autonomia ao permitir que a paciente compreenda as opções disponíveis e participe das decisões conforme seus objetivos pessoais.

Identificação do sofrimento emocional: rastreamento e avaliação clínica

A identificação do sofrimento psicológico em oncologia pode ocorrer por meio de entrevista clínica e instrumentos padronizados. Entretanto, rastreamento e diagnóstico representam procedimentos distintos.

Fann *et al.* (2026), nas diretrizes NCCN Guidelines Insights: Distress Management, discutem a identificação de problemas psicossociais e a necessidade de orientar as equipes quanto ao encaminhamento e tratamento de pacientes com sofrimento significativo. As diretrizes também abordam a organização de modelos de cuidado colaborativo.

O Termômetro de Distress constitui um instrumento de rastreamento que pode auxiliar na identificação inicial de sofrimento emocional. Sua utilização, entretanto, não substitui avaliação clínica e deve considerar a versão apropriada, os critérios de interpretação e as possibilidades de acompanhamento. O BREAST-Q, utilizado por Tomita *et al.* (2024) e Harvey *et al.* (2025), avalia resultados relatados pelas pacientes, incluindo satisfação com as mamas e dimensões de bem-estar psicossocial, físico e sexual. Não se trata de instrumento diagnóstico de depressão ou transtornos relacionados ao trauma.

Essas diferenças possuem relevância prática. Uma paciente pode apresentar elevada satisfação com a reconstrução e, simultaneamente, experimentar ansiedade relacionada ao câncer. Da mesma forma, um resultado desfavorável em determinado domínio do BREAST-Q não equivale, isoladamente, a um diagnóstico psiquiátrico. O rastreamento deve ser compreendido como parte de um processo assistencial mais amplo. Identificar sofrimento sem realizar avaliação complementar ou oferecer uma resposta compatível com a necessidade reconhecida limita sua utilidade clínica.

Registro clínico: entre o reconhecimento do sofrimento e a continuidade do cuidado

A documentação do sofrimento emocional representa uma dimensão importante da assistência interdisciplinar. O registro clínico permite compartilhar informações pertinentes, acompanhar a evolução das necessidades e verificar quais condutas foram realizadas.

McMillen *et al.* (2025), em estudo de melhoria da qualidade realizado em centro oncológico, investigaram a implementação de rastreamento de sofrimento emocional e necessidades sociais integrado ao prontuário eletrônico. Durante a experiência, 383 pacientes responderam ao questionário de sofrimento e 35 ao levantamento de necessidades sociais. Os autores descreveram aspectos operacionais da integração dessas avaliações ao sistema eletrônico. Embora o estudo não tenha sido conduzido especificamente com mulheres submetidas à reconstrução mamária nem em serviços brasileiros, seus resultados demonstram a possibilidade de estruturar a documentação de necessidades psicossociais na assistência oncológica.

A literatura sobre rastreamento também indica que o registro precisa estar relacionado aos processos de encaminhamento e atendimento. Fann *et al.* (2026) destacam a importância de modelos assistenciais capazes de associar a identificação do sofrimento às intervenções apropriadas. Sob essa perspectiva, a anotação genérica de que uma paciente está ansiosa pode ser insuficiente para a continuidade do cuidado, sobretudo quando não esclarece se houve avaliação, orientação, encaminhamento ou acompanhamento posterior.

O registro, entretanto, não deve transformar experiências íntimas em informações indiscriminadamente acessíveis. Dados referentes à sexualidade, conflitos familiares ou vivências emocionalmente difíceis precisam ser documentados apenas na medida necessária à finalidade assistencial, preservando a confidencialidade. Também é

fundamental distinguir encaminhamento solicitado de atendimento efetivamente realizado. A existência de uma solicitação no prontuário não comprova que a paciente recebeu o serviço indicado. A principal contribuição da documentação está, portanto, em favorecer a continuidade assistencial, sem reduzir a qualidade do cuidado à quantidade de informações registradas.

Manejo do sofrimento: intervenções psicossociais e cuidado interdisciplinar

O manejo do sofrimento emocional requer reconhecer que diferentes necessidades demandam respostas distintas. Dúvidas relacionadas ao procedimento podem exigir esclarecimentos cirúrgicos; dor persistente necessita de avaliação clínica; sofrimento psicológico significativo pode demandar acompanhamento especializado.

Brunet *et al.* (2024), em revisão sistemática de 62 artigos sobre intervenções psicossociais relacionadas à imagem corporal em mulheres diagnosticadas com câncer de mama, identificaram resultados predominantemente favoráveis de viabilidade e aceitabilidade. Entretanto, os autores destacaram importante heterogeneidade entre os estudos e inconsistências na avaliação desses aspectos. Esses achados demonstram que intervenções psicossociais podem ser bem recebidas em diferentes contextos, mas não permitem afirmar que uma abordagem específica seja universalmente adequada ou eficaz. O atendimento interdisciplinar permite considerar simultaneamente necessidades físicas, emocionais e sociais. Entretanto, a existência de diversos profissionais não assegura, isoladamente, integração assistencial. A continuidade depende da comunicação entre os serviços e da articulação das condutas.

As diretrizes apresentadas por Fann *et al.* (2026) reforçam a importância de organizar o cuidado de modo que a avaliação psicossocial esteja relacionada à possibilidade de encaminhamento e tratamento. O manejo também deve respeitar as preferências individuais. A paciente pode desejar acompanhamento psicológico, necessitar inicialmente de esclarecimentos clínicos ou optar por não compartilhar determinados aspectos de sua experiência. O acolhimento não exige que todas as mulheres expressem sofrimento, nem que a reconstrução seja compreendida como uma experiência necessariamente traumática. Exige disponibilidade para reconhecer necessidades quando elas surgirem e oferecer respostas adequadas.

Integralidade no SUS: garantia legal e efetivação assistencial

A integralidade do cuidado à mulher submetida à mastectomia não se restringe à realização da cirurgia oncológica ou reconstrutiva. A Lei nº 14.538/2023 assegura acompanhamento psicológico e multidisciplinar especializado desde o diagnóstico às mulheres que sofrerem mutilação total ou parcial da mama decorrente do tratamento do câncer. Essa previsão representa um marco jurídico relevante para a discussão sobre

assistência psicossocial. Contudo, é necessário distinguir garantia normativa e efetivação do cuidado. A existência de previsão legal não demonstra, por si só, que o atendimento seja ofertado de maneira oportuna, contínua e equitativa em todos os serviços.

As publicações examinadas não permitem estimar a proporção nacional de mulheres submetidas à reconstrução mamária que apresenta ausência de acompanhamento psicológico ou registros clínicos incompletos. Assim, não seria cientificamente adequado atribuir ao SUS uma frequência específica de falhas sem dados que a sustentem. Há, entretanto, evidências brasileiras sobre desigualdades no acesso à reconstrução.

Silva e Postali (2026), mediante análise de dados do Sistema de Informações Hospitalares referentes a 2010–2024, identificaram 565.234 procedimentos cirúrgicos, sendo 404.944 mastectomias e 160.290 reconstruções. Os autores verificaram diferenças na relação entre procedimentos de reconstrução e mastectomia segundo raça/cor, com disparidades regionais relevantes. O diferencial nacional estimado foi de 12,9 pontos percentuais entre mulheres negras e mulheres brancas/amarelas antes da implementação da Portaria nº 127/2023, alcançando 28,6 pontos percentuais no período posterior. Esses valores são estimativas do indicador administrativo utilizado no estudo, não probabilidades individuais de realização da cirurgia nem prova de que a portaria tenha causado a ampliação da diferença.

Os autores reconheceram limitações relacionadas à qualidade dos dados, à ausência de identificação individual para vincular os procedimentos e aos efeitos da pandemia de COVID-19. Portanto, os resultados devem ser interpretados dentro do recorte metodológico apresentado. A associação entre esses achados e o cuidado psicossocial é uma interpretação analítica deste artigo: se existem diferenças documentadas nos indicadores de acesso cirúrgico, a discussão sobre integralidade também precisa considerar as condições de acesso e continuidade das demais dimensões assistenciais. Isso não demonstra, contudo, que a desigualdade psicológica tenha a mesma magnitude da desigualdade cirúrgica. Assim, o debate sobre integralidade deve contemplar tanto a qualidade da experiência individual quanto a distribuição das oportunidades de cuidado.

SÍNTESE CRÍTICA DOS RESULTADOS

A análise conjunta das publicações permite identificar uma tensão central: a reconstrução mamária é frequentemente avaliada por seus resultados anatômicos e por indicadores de satisfação, enquanto a experiência psicológica apresenta dimensões que podem evoluir de maneira distinta.

Os estudos de Roy *et al.* (2023) e Tomita *et al.* (2024) demonstram que os benefícios psicossociais da reconstrução não são homogêneos. Harvey *et al.* (2025) acrescentam evidências longitudinais de que dificuldades físicas e sexuais podem permanecer após o procedimento. Hircock *et al.* (2026) evidenciam a importância das expectativas e do suporte

relacional, enquanto Wuyts *et al.* (2024) identificam necessidades informacionais que interferem na experiência das pacientes.

As evidências sobre rastreamento e documentação demonstram a importância de reconhecer necessidades psicossociais e estabelecer continuidade entre avaliação e assistência. No entanto, não permitem afirmar que um modelo específico de registro resolva isoladamente o sofrimento emocional. No contexto brasileiro, a previsão legal de acompanhamento psicológico e os resultados sobre desigualdades nos indicadores de acesso cirúrgico tornam relevante a discussão sobre equidade e efetivação da integralidade. A principal conclusão analítica da revisão é que a recuperação pós-mastectomia não constitui um fenômeno exclusivamente anatômico. Seu reconhecimento exige integrar resultados cirúrgicos, experiências relatadas pelas pacientes, avaliação emocional e continuidade assistencial, respeitando diferentes formas de vivenciar a reconstrução ou a decisão de não realizá-la.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão evidenciou que a reconstrução mamária pós-mastectomia pode proporcionar benefícios psicossociais, mas não assegura, isoladamente, a recuperação emocional. A literatura demonstra experiências heterogêneas, nas quais satisfação cirúrgica, autoaceitação, bem-estar físico e sexual podem apresentar trajetórias distintas. As evidências identificaram a importância das expectativas, da comunicação profissional e das necessidades informacionais na experiência das pacientes. Situações relacionadas às alterações corporais, aos resultados inesperados e às complicações podem estar associadas ao sofrimento, mas seu significado deve ser compreendido individualmente, sem pressupor respostas emocionais universais.

A identificação e o registro do sofrimento constituem componentes relevantes da assistência, desde que associados à avaliação clínica e à continuidade do acompanhamento. Instrumentos de rastreamento podem auxiliar esse processo, mas não substituem a escuta qualificada nem a atuação interdisciplinar. No SUS, a garantia legal de acompanhamento psicológico e multidisciplinar reforça a importância da integralidade. Contudo, a literatura examinada não permite quantificar a existência de falhas nacionais específicas no registro ou no manejo emocional, embora apresente evidências de desigualdades nos indicadores de acesso à reconstrução mamária.

A análise das evidências demonstrou que a reconstrução mamária pós-mastectomia pode favorecer a reabilitação física e psicossocial, mas não assegura, isoladamente, a superação do sofrimento emocional. A experiência da mulher ultrapassa os resultados anatômicos, envolvendo transformações da autoimagem, da sexualidade, das relações interpessoais e da percepção de si. Nesse contexto, a identificação de gatilhos emocionais exige escuta qualificada, avaliação individualizada e reconhecimento da singularidade de cada paciente. Sob uma perspectiva crítica e desconstrutiva, os achados questionam

a compreensão da reconstrução mamária como sinônimo de recuperação integral. A centralidade atribuída ao resultado cirúrgico pode obscurecer necessidades emocionais persistentes, enquanto registros clínicos inespecíficos e encaminhamentos sem acompanhamento efetivo representam fragilidades potenciais na continuidade assistencial. Embora o SUS assegure legalmente o acompanhamento psicológico e multidisciplinar, a literatura examinada não permite afirmar que esse direito seja efetivado uniformemente. Essa limitação evidencia a necessidade de distinguir a existência formal de garantias assistenciais de sua concretização na experiência das mulheres.

Sob uma perspectiva construtiva, as evidências reforçam a relevância de integrar o cuidado psicológico à trajetória oncológica, desde o diagnóstico até o acompanhamento pós-reconstrução. A identificação contextualizada dos gatilhos emocionais, a documentação clínica adequada, a comunicação interdisciplinar e a participação ativa da paciente nas decisões constituem elementos importantes para uma assistência que considere não apenas o procedimento realizado, mas também suas repercussões na vida cotidiana. A qualidade do cuidado deve ser compreendida pela capacidade de reconhecer necessidades individuais e estabelecer respostas assistenciais oportunas, respeitosas e contínuas.

Conclui-se que a integralidade não pode ser reduzida ao êxito técnico da cirurgia, tampouco a recuperação emocional deve ser entendida como responsabilidade exclusiva da mulher. O cuidado exige corresponsabilidade institucional, sensibilidade profissional, equidade no acesso e respeito à autonomia, inclusive à decisão de não realizar a reconstrução. A ausência de dados nacionais específicos sobre identificação, registro e manejo de gatilhos emocionais constitui uma limitação das evidências disponíveis, não uma demonstração de inexistência dessas práticas nos serviços.

A cirurgia pode reconstruir a mama, mas a assistência integral precisa reconhecer aquilo que não se reconstrói com técnicas cirúrgicas: a experiência subjetiva, os significados atribuídos ao corpo e as necessidades emocionais de cada mulher. A verdadeira amplitude do cuidado está em não confundir reconstrução anatômica com recuperação integral, assegurando que nenhuma dimensão do sofrimento seja invisibilizada pelo sucesso do procedimento. A qualidade da assistência deve ser compreendida a partir da integração entre resultados cirúrgicos, necessidades psicossociais, autonomia e continuidade do cuidado. A reconstrução anatômica representa uma possibilidade terapêutica; o reconhecimento da experiência subjetiva constitui uma dimensão igualmente relevante da atenção à saúde. A cirurgia pode reconstruir a mama, mas o cuidado integral precisa reconhecer a mulher para além do procedimento, respeitando sua história, suas escolhas e sua singularidade.

O paradoxo da reconstrução mamária reside na possibilidade de devolver contornos ao corpo sem que o sofrimento da mulher seja plenamente reconhecido pela assistência. Uma cirurgia tecnicamente bem-sucedida não deve silenciar a dor que permanece, assim como a alta hospitalar não pode ser confundida com o encerramento das necessidades de cuidado. Quando a mulher precisa enfrentar sozinha o estranhamento diante do espelho, o

medo de tocar o próprio corpo ou a dificuldade de expressar suas emoções, evidencia-se a distância entre tratar uma condição clínica e acolher a pessoa que a vivencia. O verdadeiro desafio da integralidade não é reconstruir a mulher, pois ela jamais deixou de ser inteira, mas assegurar que sua voz, sua autonomia e seu sofrimento não sejam apagados pela centralidade do procedimento cirúrgico. Afinal, uma mama reconstruída pode representar o sucesso da cirurgia, mas é na capacidade de reconhecer e acolher a mulher para além de suas cicatrizes que se revela a dimensão humana do cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 14.538, de 31 de março de 2023. Altera as Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e nº 9.797, de 6 de maio de 1999, para assegurar a substituição de implante mamário em determinadas situações e o acompanhamento psicológico e multidisciplinar especializado. Brasília, DF: Presidência da República, 2023.

BRUNET, Jennifer et al. Feasibility and acceptability of study methods and psychosocial interventions for body image among women diagnosed with breast cancer: a systematic review and narrative synthesis. *Psycho-Oncology*, v. 33, n. 1, e6278, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.6278>.

FANN, Jesse R. et al. NCCN Guidelines Insights: Distress Management, Version 1.2026. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, v. 24, n. 4, e260018, 2026. DOI: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2026.0018>.

HARVEY, Kate L. et al. Patient-reported outcomes 3 and 18 months after mastectomy and immediate prepectoral implant-based breast reconstruction in the UK Pre-BRA prospective multicentre cohort study. *British Journal of Surgery*, v. 112, n. 2, znaf032, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1093/bjs/znaf032>.

HIRCOCK, Caroline et al. Patient perspectives of “failure” in breast reconstruction: a systematic review of qualitative literature. *Plastic Surgery*, v. 34, n. 1, p. 47–57, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1177/22925503241311255>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>.

MCMILLEN, Kerry et al. Implementing electronic health record-embedded screening for distress and health-related social needs in oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, v. 29, n. 6, p. 484–490, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1188/25.CJON.484-490>.

ROY, Nikita et al. The psychological impacts of post-mastectomy breast reconstruction: a systematic review. *Annals of Breast Surgery*, v. 8, art. 19, 2023. DOI: <https://doi.org/10.21037/abs-23-33>.

SILVA, Alana Ramos da; POSTALI, Fernando Antonio Slaibe. Desigualdade racial no acesso

à cirurgia de reconstrução mamária no Sistema Único de Saúde: estudo de série temporal interrompida, Brasil, 2010-2024. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 35, e20250496, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222026v35e20250496.pt>.

TOMITA, Shoichi et al. Patient-reported outcomes and quality of life after breast-conserving surgery, mastectomy, and breast reconstruction assessed using the BREAST-Q questionnaire. *Breast Cancer Research and Treatment*, v. 207, n. 3, p. 641–648, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10549-024-07396-6>.

WUYTS, Kim et al. Information needs in breast reconstruction after mastectomy: a qualitative analysis of free-text responses from 2077 women. *Breast Cancer Research and Treatment*, v. 205, n. 1, p. 147–157, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10549-023-07240-3>