



Universidade Federal da Paraíba

Centro de Ciências Médicas

Henrique Ribeiro Pessoa Cavalcanti

**MASTECTOMIA E RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA NO SUS: EXPLORANDO  
DISPARIDADES NO BRASIL E NA PARAÍBA**

JOÃO PESSOA

2023

Henrique Ribeiro Pessoa Cavalcanti

**MASTECTOMIA E RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA NO SUS: EXPLORANDO  
DISPARIDADES NO BRASIL E NA PARAÍBA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como  
requisito para obtenção de título de Médico pela UFPB.

Universidade Federal da Paraíba

Centro de Ciências Médicas

Orientador: Prof. Saulo Souto Montenegro

Co-orientadora: Profª. Adriana de Freitas Torres

João Pessoa

2023

**Catalogação na publicação  
Seção de Catalogação e Classificação**

C376m Cavalcanti, Henrique Ribeiro Pessoa.

Mastectomia e reconstrução mamária no SUS:  
explorando disparidades no Brasil e na Paraíba /  
Henrique Ribeiro Pessoa Cavalcanti. - João Pessoa,  
2023.

42 f. : il.

Orientação: Saulo Montenegro.

Coorientação: Adriana Torres.

TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Mastectomia. 2. Mastectomia segmentar. 3.  
Mamoplastia. 4. Neoplasias de mama. 5. Sistema Único de  
Saúde (SUS). I. Montenegro, Saulo. II. Torres, Adriana.  
III. Título.

UFPB/CCM

CDU 618.19-006 (043.2)

Henrique Ribeiro Pessoa Cavalcanti

**MASTECTOMIA E RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA NO SUS: EXPLORANDO  
DISPARIDADES NO BRASIL E NA PARAÍBA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como  
requisito para obtenção de título de Médico pela UFPB.

Trabalho aprovado . João Pessoa, 23 de agosto de 2023.



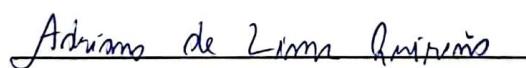
**Prof. Saulo Souto Montenegro**

Orientador



**Prof. Adriana de Freitas Torres**

Coorientadora



**Professor**

Convidado 1

João Pessoa

2023

A meus pais, por sua educação,  
minha família, por seus valores,  
minha noiva, por seu amor,  
meus amigos, por sua lealdade,  
meus professores, por sua inspiração,  
meus orientadores, por sua atenção,  
DEDICO.

*“A imaginação nos levará com frequência a mundos que nunca existiram, mas sem ela não iríamos a lugar algum.”*

Carl Sagan

Cosmos (1980)

## RESUMO

Introdução: A reconstrução mamária visa diminuir os impactos físicos e psicológicos das mulheres submetidas a mastectomias, setorectomias ou quadrantectomias. O objetivo deste estudo é analisar quantitativamente a diferença entre o número de cirurgias de tratamento do câncer de mama e de cirurgias reparadoras no Brasil e na Paraíba de 2018 a 2022. Método: trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, com dados disponibilizados pelo DATASUS de Autorizações de Internação Hospitalar com abrangência no Brasil e na Paraíba nos anos de 2018 a 2022. Resultados: No Brasil foram realizadas 145.358 cirurgias de tratamento de câncer de mama e 84.687 cirurgias reparadoras. Na Paraíba foram realizadas 4.896 cirurgias de tratamento de câncer de mama e 655 cirurgias reparadoras. A taxa de reconstrução mamária no Brasil foi de 58% e de colocação de prótese pós-mastectomia foi de 13%. Na Paraíba, esses números foram de 13% e 1%, respectivamente. Conclusões: Apesar do aumento considerável em 2022, as taxas de reconstruções mamárias na Paraíba estão bem abaixo da nacional, o que representa um problema de saúde para as mulheres vítimas do câncer de mama.

Descritores: Mastectomia; Mastectomia Segmentar; Mamoplastia; Neoplasias de Mama; Sistema Único de Saúde (SUS);

## ABSTRACT

Introduction: Breast reconstruction aims to reduce the physical and psychological impacts on women who have undergone mastectomies, lumpectomies, or quadrantectomies. The objective of this study is to quantitatively analyze the difference between the number of breast cancer treatment surgeries and reconstructive surgeries in Brazil and the state of Paraíba from 2018 to 2022. Method: This is an ecological, retrospective study, using data provided by DATASUS on Hospital Admission Authorizations in Brazil and Paraíba from 2018 until 2022. Results: In Brazil, 145,358 breast cancer treatment surgeries were performed, and 84,687 reconstructive surgeries were performed. In Paraíba, 4,896 breast cancer treatment surgeries were performed, and 655 reconstructive surgeries were performed. The breast reconstruction rate in Brazil was 58%, and the post-mastectomy breast augmentation (with implants) rate was 13%. In Paraíba, these numbers were 13% and 1%, respectively. Conclusions: Despite the considerable increase in 2022, the rates of breast reconstructions in Paraíba remains well below the national average, posing a significant health problem for women affected by breast cancer.

Key-words: Mastectomy; Lumpectomy; Breast cancer; Breast reconstruction; Sistema Único de Saúde (SUS).

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1 – Checklist STROBE ..... 20

Anexo 2 – Revista Brasileira de Cirurgia Plástica: Instrução aos autores (este trabalho de conclusão de curso seguiu as normas técnicas deste periódico) ... 22

## **SUMÁRIO**

INTRODUÇÃO .....	1
OBJETIVO.....	3
MÉTODO.....	4
RESULTADOS .....	6
DISCUSSÃO .....	11
CONCLUSÃO.....	14
REFERÊNCIAS .....	15

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tumor maligno mais incidente no Brasil (depois do de pele não melanoma), representando 10,5% dos casos, com 74 mil casos novos previstos por ano até 2025, representando um importante problema de saúde pública<sup>1</sup>. O tratamento desse tipo de câncer pode envolver diversas abordagens, incluindo a mastectomia, uma cirurgia radical que consiste na remoção total ou parcial (técnicas conhecidas como setorectomias e quadrantectomias) da mama afetada<sup>2-5</sup>. Embora a cirurgia oncológica de mama seja uma estratégia eficaz no controle do câncer e na redução do risco de recidiva, ela pode resultar em consequências psicológicas e emocionais significativas para as pacientes, afetando a autoestima, a imagem corporal e a qualidade de vida<sup>6-8</sup>.

Visando mitigar os impactos físicos e psicológicos dos procedimentos cirúrgicos para tratamento do câncer de mama, a reconstrução mamária (ou mamoplastia) surgiu como uma alternativa importante para restaurar a aparência e a simetria das mamas após a cirurgia de remoção<sup>9</sup>. A reconstrução mamária pode ser realizada imediatamente após a mastectomia (reconstrução imediata) ou em um momento posterior (reconstrução tardia)<sup>10,11</sup>, e pode ser realizada utilizando-se diferentes técnicas cirúrgicas, como implantes mamários ou tecidos aloplásticos<sup>11,12</sup>.

A legislação brasileira garante o direito à reconstrução mamária através de quatro leis. Em primeiro lugar, a Lei 9797/99 garante o direito à cirurgia plástica reconstrutiva no Sistema Único de Saúde (SUS) para as mulheres que sofreram mutilação total ou parcial de mama, decorrente de tratamento de câncer<sup>13</sup>. A Lei 10223/01, por sua vez, garante a cobertura da cirurgia plástica reparadora pelos planos privados de saúde<sup>14</sup>. Já a Lei 12802/13 explicita que quando existirem condições técnicas, a reconstrução será efetuada no mesmo tempo cirúrgico, ou imediatamente após alcançar as condições

clínicas necessárias<sup>15</sup>. Enquanto a Lei 13770/18 inclui no rol de procedimentos de reconstrução de mama garantidos pelo Estado os procedimentos de obtenção de simetria da mama, bem como a reconstrução do complexo aréolopapilar (CAP)<sup>16</sup>.

Apesar dos avanços na reconstrução mamária, da garantia legal e dos benefícios para a qualidade de vida das pacientes, uma proporção significativa de mulheres submetidas à mastectomia não passa por esse procedimento reconstrutivo<sup>17</sup>. As razões para essa discrepância entre o número de mastectomias e reconstruções mamárias não são totalmente claras e podem ser multifatoriais, envolvendo fatores clínicos, socioeconômicos, culturais e até mesmo decisões individuais das pacientes<sup>18</sup>.

Nesse contexto, o presente estudo realizará uma análise comparativa no que diz respeito ao número de mastectomias, setorectomias e reconstruções mamárias no Brasil e na Paraíba nos últimos cinco anos, realizados pelo SUS. Buscaremos e discutir possíveis disparidades e fatores associados a tais procedimentos. Esperamos que os resultados desta pesquisa contribuam para um melhor entendimento dos desafios enfrentados pelas pacientes com câncer de mama e subsidiem estratégias para aprimorar a assistência médica, oferecendo opções mais adequadas e acessíveis para a reconstrução mamária, quando desejada pelas mesmas.

## **OBJETIVO**

Este trabalho tem como objetivo principal realizar um levantamento quantitativo e comparativo entre o número de cirurgias para tratamento de câncer de mama (mastectomias, setorectomias e quadrantectomias) e o número de cirurgias de reconstrução mamária realizadas pelo SUS entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022. Ademais, tem como objetivos secundários ilustrar esse cenário na Paraíba comparando-o ao Brasil, discutir a subutilização dos procedimentos de reconstrução mamária e avaliar se a pandemia do COVID-19 influenciou no número desses procedimentos.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, logo, visa realizar um levantamento de informações epidemiológicas acerca de diferentes grupos e avaliar a relação entre eles<sup>19</sup>. Esta pesquisa fez uma análise retrospectiva de dados disponibilizados pelo SUS através da plataforma *tabnet* do site do DATASUS<sup>20</sup>. A busca foi realizada no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) na seção de Assistência à Saúde. Os dados foram pesquisados por local de internação e a abrangência geográfica foi “Brasil por Região e Unidade da Federação”.

Dentre as seleções disponíveis, foi realizada busca para incluir todos os procedimentos relacionados à mastectomia, setorectomia, quadrantectomia e às múltiplas técnicas de reconstrução mamária. Cada procedimento é representado pelo SUS com um código numérico para padronizar o serviço e ser utilizado nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) (Quadro 1).

O período escolhido para os dados utilizados neste trabalho é referente aos procedimentos realizados entre janeiro de 2018 até dezembro de 2022. A amostra corresponde, portanto, a todas AIHs do SUS dos procedimentos listados no Quadro 1 realizadas no Brasil, bem como na Paraíba, neste período. Os dados foram exportados em formato CSV e posteriormente tabulados e analisados utilizando o *Microsoft Excel* 365. Os cálculos com números decimais cujo resultado foi apresentado em porcentagem foram aproximados para a casa das unidades.

Foi seguido o checklist de estudos transversais *STROBE*, como guia para melhor reportar este estudo de acordo com critérios pré-estabelecidos e reconhecidos internacionalmente (Anexo 1).

**Quadro 1.** Procedimentos pesquisados no Sistema de Informações Hospitalares do DATASUS utilizados nesse estudo, e seus respectivos códigos na plataforma.

<b>Código</b>	<b>Nome do procedimento</b>
0410010057	Mastectomia radical c/ linfadenectomia
0410010065	Mastectomia simples
0410010073	Plástica mamária feminina não estética
0410010090	Plástica mamária reconstrutiva pós mastectomia c/ implante de prótese
0410010111	Setorectomia / quadrantectomia
0410010120	Setorectomia / quadrantectomia c/ esvaziamento ganglionar
0410010219	Reconstrução mamária pós-mastectomia total
0416080081	Reconstrução com retalho miocutâneo (qualquer parte) em oncologia
0416120024	Mastectomia radical com linfadenectomia axilar em oncologia
0416120032	Mastectomia simples em oncologia
0416120059	Segmentectomia/quadrantectomia/setorectomia de mama em oncologia

## RESULTADOS

Contabilizando as cirurgias de tratamento para câncer de mama (incluindo quadrantectomia, setorectomia e mastectomias) foram realizados 33.522 procedimentos em 2018, 33.555 em 2019, 24.043 em 2020, 24.396 em 2021 e 29.842 em 2022. No total, portanto, entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022 foram 145.358 cirurgias. Sendo destas, 3.701 mastectomias radicais c/ linfadenectomia; 3.311 mastectomias simples; 64.071 setorectomias c/ quadrantectomia; 5.189 Setorectomias / quadrantectomias c/ esvaziamento ganglionar; 31.151 mastectomias radicais com linfadenectomia axilar em oncologia; 6.144 mastectomias simples em oncologia e 31.791 segmentectomias / quadrantectomias / setorectomias de mama em oncologia (Tabela 1). Deste modo, nos últimos cinco anos foram registradas 44.307 mastectomias e 101.051 setorectomias ou quadrantectomias.

Já com relação aos procedimentos de reconstrução mamária, em 2018 o DATASUS registrou 20.122 cirurgias, 20.228 em 2019, 12.560 em 2020, 13.760 em 2021 e 18.017 em 2022. Logo, foram realizados 84.687 procedimentos de reconstrução mamária entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022. Sendo destas 29.798 plásticas mamárias femininas não estéticas; 5.693 plásticas mamárias reconstrutivas pós mastectomia c/ implante de prótese e 49.196 reconstruções com retalho miocutâneo (qualquer parte) em oncologia (Tabela 2). Já o procedimento chamado “reconstrução mamária pós-mastectomia total” não gerou nenhum resultado no intervalo de tempo avaliado, deste modo, esse dado foi suprimido de todas as tabelas abaixo. Este tipo de reconstrução pode ser feito com retalho miocutâneo do grande dorsal ou do reto abdominal, por exemplo, ou mesmo com implante de prótese de silicone<sup>21,22</sup>. Portanto, é plausível que tenham realizado AIHs com os outros códigos de procedimento avaliados.

**Tabela 1:** procedimentos cirúrgicos para tratamento de câncer de mama realizados pelo SUS entre os anos de 2018 e 2022 no Brasil.

Procedimento	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Mastectomia radical c/ linfadenectomia	892	878	683	585	663	3.701
Mastectomia simples	811	790	485	515	710	3.311
Setorectomia / quadrantectomia	15.178	15.988	9.089	9.914	13.902	64.071
Setorectomia / quadrantectomia c/ esvaziamento ganglionar	1.109	1.195	954	907	1.024	5.189
Mastectomia radical com linfadenectomia axilar em oncologia	7.061	6.556	5.998	5.839	5.697	31.151
Mastectomia simples em oncologia	1.283	1.347	1.192	1.109	1.213	6.144
Segmentectomia / quadrantectomia / setorectomia de mama em oncologia	7.188	6.801	5.642	5.527	6.633	31.791
<b>Total</b>	<b>33.522</b>	<b>33.555</b>	<b>24.043</b>	<b>24.396</b>	<b>29.842</b>	<b>145.358</b>

FONTE: DATASUS<sup>20</sup>

**Tabela 2:** procedimentos cirúrgicos de reconstrução mamária realizados pelo SUS nos anos de 2021 e 2022 no Brasil.

Procedimento	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Plástica mamária feminina não estética	7.834	8.161	3.709	3.822	6.272	29.798
Plástica mamária reconstrutiva pós mastectomia c/ implante de prótese	1.338	1.494	838	825	1.198	5.693
Reconstrução com retalho miocutâneo (qualquer parte) em oncologia	10.950	10.573	8.013	9.113	10.547	49.196
<b>Total</b>	<b>20.122</b>	<b>20.228</b>	<b>12.560</b>	<b>13.760</b>	<b>18.017</b>	<b>84.687</b>

FONTE: DATASUS<sup>20</sup>

Avaliando o estado da Paraíba, em 2018 foram realizadas 1.193 cirurgias de tratamento para câncer de mama (incluindo quadrantectomia, setorectomia e mastectomias), 1.118 em 2019, 666 em 2020, 859 em 2021 e 1.060 em 2022. Deste modo, no estado foram 4.896 procedimentos nos últimos cinco anos. Sendo destes, 255 mastectomias radicais com linfadenectomia; 98 mastectomias simples; 2.888 setorectomias com quadrantectomia; 83 setorectomias / quadrantectomias c/ esvaziamento ganglionar; 977 mastectomias radicais com linfadenectomia axilar em oncologia; 127 mastectomias simples em oncologia e 468 segmentectomias / quadrantectomias / setorectomias de mama em oncologia (Tabela 3). Sendo assim, na Paraíba de 2018 a 2022 foram realizadas 1.457 mastectomias e 3.439 setorectomias / quadrantectomias.

Com relação às reconstruções mamárias na Paraíba, em 2018 foram feitas 178, 129 em 2019, 78 em 2020, 82 em 2021 e 188 em 2022. Destarte, nos últimos cinco anos totaliza-se 655 reconstruções de mama. Destas, 157 plásticas mamárias femininas não estéticas; 16 plásticas mamárias reconstrutivas pós mastectomia c/ implante de prótese; 482 reconstruções com retalho miocutâneo (qualquer parte) em oncologia (Tabela 4).

Avaliando a porcentagem de reconstruções mamárias realizadas em relação ao total de cirurgias de câncer de mama tanto no Brasil quanto na Paraíba entre os anos de 2018 e 2022 é possível observar que houve uma discreta queda durante os anos de 2020 e 2021 (Figura 1). A porcentagem de reconstruções mamárias com colocação de prótese de silicone comparado ao total de mastectomias (somando mastectomia radical c/ linfadenectomia, mastectomia simples, mastectomia radical com linfadenectomia axilar em oncologia e mastectomia simples em oncologia) no mesmo período teve um decréscimo mais importante (Figura 2).

**Tabela 3:** procedimentos cirúrgicos para tratamento de câncer de mama realizados pelo SUS nos anos de 2018 e 2022 no estado da Paraíba.

Procedimento	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Mastectomia radical c/ linfadenectomia	49	61	42	52	51	255
Mastectomia simples	10	15	21	23	29	98
Setorectomia / quadrantectomia	804	667	281	493	643	2.888
Setorectomia / quadrantectomia c/ esvaziamento ganglionar	11	12	15	24	21	83
Mastectomia radical com linfadenectomia axilar em oncologia	229	220	191	168	169	977
Mastectomia simples em oncologia	20	35	31	14	27	127
Segmentectomia / quadrantectomia / setorectomia de mama em oncologia	70	108	85	85	120	468
<b>Total</b>	<b>1.193</b>	<b>1.118</b>	<b>666</b>	<b>859</b>	<b>1.060</b>	<b>4.896</b>

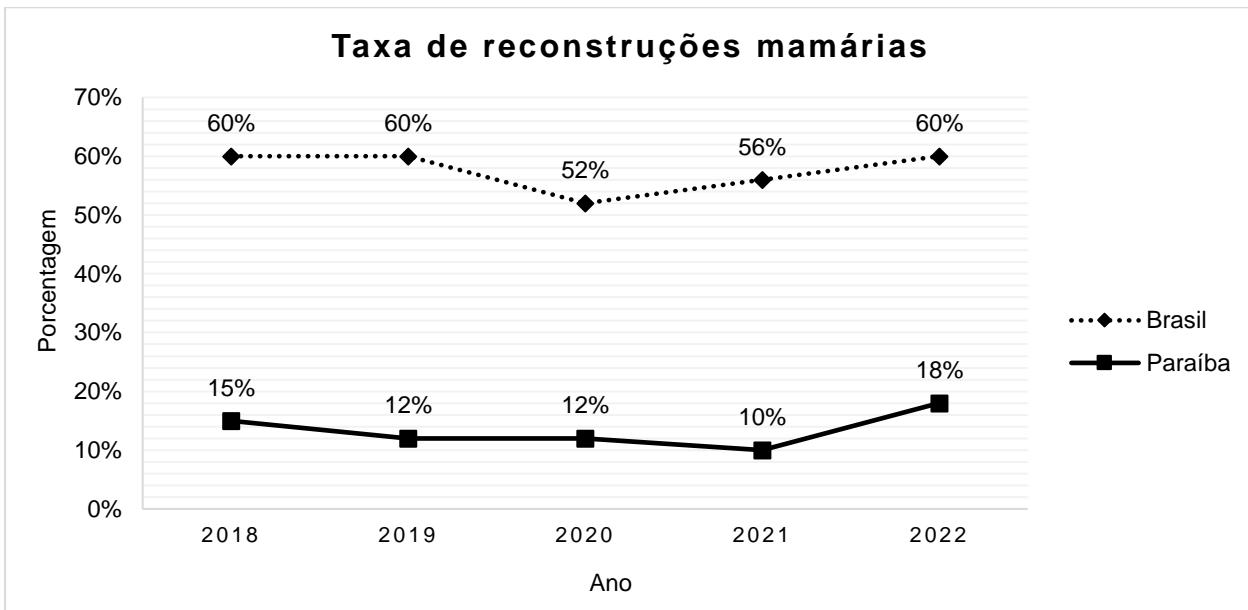
FONTE: DATASUS<sup>20</sup>

**Tabela 4:** procedimentos cirúrgicos de reconstrução mamária realizados pelo SUS nos anos de 2018 e 2022 no estado da Paraíba.

Procedimento	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Plástica mamária feminina não estética	67	34	10	18	28	157
Plástica mamária reconstrutiva pós mastectomia c/ implante de prótese	9	5	-	-	2	16
Reconstrução com retalho miocutâneo (qualquer parte) em oncologia	102	90	68	64	158	482
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>129</b>	<b>78</b>	<b>82</b>	<b>188</b>	<b>655</b>

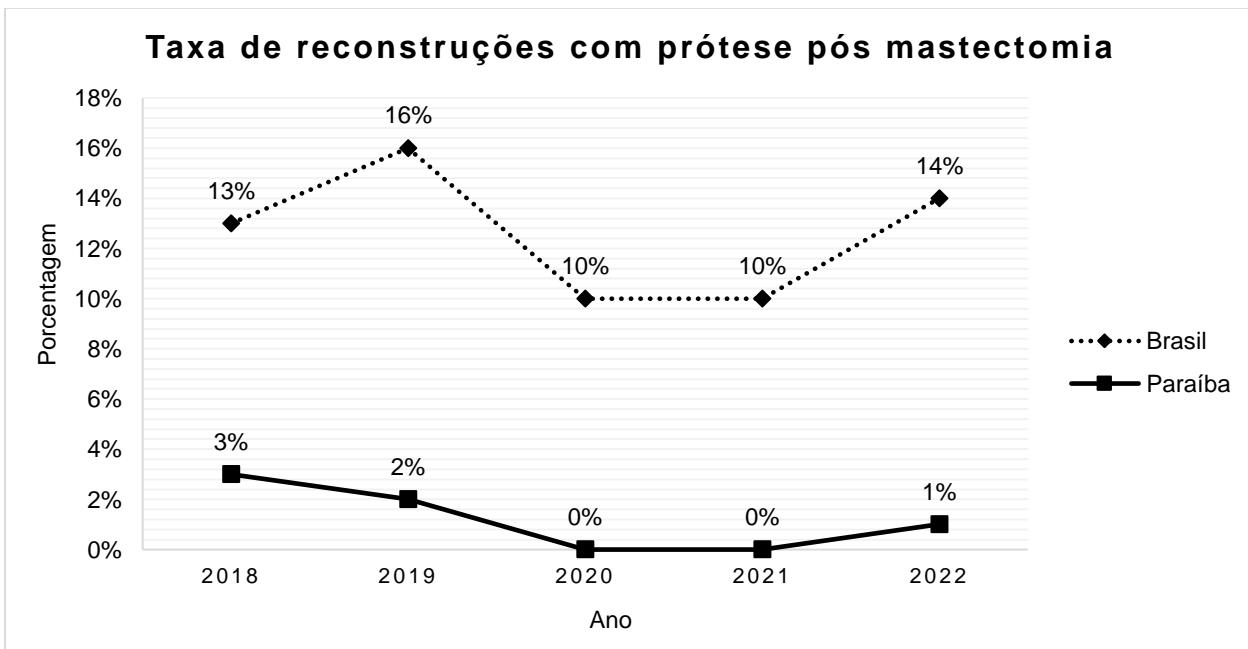
FONTE: DATASUS<sup>20</sup>

**Figura 1:** Taxa de reconstruções mamárias: percentual no Brasil e na Paraíba de 2018 a 2022. 100% é o total de cirurgias de câncer de mama realizadas por ano.



FONTE: DATASUS<sup>20</sup>

**Figura 2:** Taxa de reconstruções com prótese pós mastectomia: percentual no Brasil e na Paraíba de 2018 a 2022. 100% é o total de mastectomias por ano.



FONTE: DATASUS<sup>20</sup>

## DISCUSSÃO

O estudo demonstra que no Brasil, entre 2018 e 2022, aproximadamente 58% das mulheres que passaram por mastectomias, setorectomias ou quadrantectomias receberam cirurgia reparadora no SUS. Enquanto na Paraíba, no mesmo período, apenas 13% das mulheres realizaram mamoplastia após cirurgia de câncer de mama.

Houve, contudo, um crescimento na taxa de reconstruções mamárias na Paraíba significativamente maior do que no Brasil em 2022, atingindo a maior proporção durante o período analisado (18%). Isso sugere que a disparidade na taxa de cirurgias plásticas reparadoras na Paraíba em relação aos números do país diminuiu. Apesar disso, essa proporção ainda está abaixo da média nacional e de outros países, demonstrando uma subutilização das cirurgias reparadoras. Nos Estados Unidos essa taxa é maior que 40%<sup>23</sup>, é de 27,4% na França<sup>24</sup>, 53,4% na Coréia do Sul<sup>25</sup> e 18% na Austrália<sup>26</sup>.

Considerando apenas as mastectomias e a plástica mamária reconstrutiva pós mastectomia c/ implante de prótese, esse estudo estima que em média no Brasil 13% das mulheres mastectomizadas receberam reconstrução com implante de prótese nos últimos 5 anos. Na Paraíba, por sua vez, esse número é de apenas 1%. Já nos Estados Unidos, esse percentual é de aproximadamente 20%<sup>23</sup>.

Vale salientar que os dados dessa pesquisa provavelmente foram influenciados por uma queda no número de cirurgias realizadas durante o período crítico da pandemia do COVID-19. Nesta pesquisa notamos uma queda de 20% no número de cirurgias de câncer de mama no Brasil em 2020, e de 23% no número de reconstruções mamárias. Na Paraíba, esse decréscimo foi de 40% em ambas as categorias de cirurgia no mesmo período. Esses números estagnaram em 2021, mas em 2022 nota-se uma recuperação

na quantidade de cirurgias de mama (tanto oncológicas quanto reparadoras) pelo SUS; chegando a valores próximos, mas ainda não equivalentes aos de 2019.

Apesar da queda nos números absolutos de cirurgias, a taxa de reconstrução mamária (comparando cirurgias de câncer de mama com cirurgias reparadoras) não reduziu de forma expressiva no Brasil e na Paraíba em 2020. No entanto, a taxa de colocação de prótese pós-mastectomia caiu consideravelmente no Brasil (redução de 64%) e na Paraíba (redução de 100%). Em 2022 observa-se, contudo, uma recuperação no número de próteses aplicadas pós mastectomia, tanto no estado quanto no país, alcançando níveis similares aos de 2019.

Em estudo realizado em Hospital Universitário de Curitiba, Paraná, em 2020, houve uma queda de 63,16% no número total de cirurgias<sup>27</sup>. Enquanto nos Estados Unidos, foi reportado uma queda de 11% nas cirurgias de câncer de mama no mesmo ano, apesar de uma manutenção nas taxas de reconstrução mamária<sup>28</sup>.

Este estudo apresenta viés de detecção em virtude da categorização deficiente dos procedimentos pelo SUS. É possível que o número de reconstruções mamárias tenha sido superestimado, visto que há dois procedimentos cuja nomenclatura é abrangente e pode incluir outras cirurgias que não sejam apenas mamoplastias pós-câncer de mama. O primeiro deles é a “plástica mamária feminina não estética”, já que pode incluir, por exemplo, procedimentos em mulheres com alterações anatômicas ou deformidade congênita na mama, sem histórico de câncer prévio. Outro procedimento com problema similar é a “reconstrução com retalho miocutâneo (qualquer parte) em oncologia”, pois outros retalhos miocutâneos realizados em outras partes do corpo, que não a mama, podem ter utilizado este mesmo nome de procedimento.

Há também a possibilidade de que mulheres que passaram por mastectomias no período do tempo analisado irão realizar ou realizaram a reconstrução mamária após dezembro de 2022. O viés de sobrevivência também deve ser levado em conta, já que pacientes podem ter falecido antes de receberem a oportunidade de passar pela reconstrução mamária. Mas, vale salientar que a taxa de mortalidade no primeiro ano das cirurgias de câncer de mama é menor do que 1%<sup>29</sup>.

Esse estudo pode apresentar ainda o viés de agregação (ou falácia ecológica). Por exemplo, é possível que uma única paciente tenha passado por mais de um procedimento cirúrgico de reconstrução mamária, caso o primeiro resultado não tenha sido satisfatório ou completo. Ademais, outras variáveis podem influenciar a relação entre o número de mastectomias e o número de reconstruções mamárias, mas não são adequadamente controladas ou consideradas no estudo. Por exemplo, fatores socioeconômicos, comorbidades, indicação médica e preferências pessoais dos pacientes podem afetar as decisões de tratamento.

Considerando esses dados, é possível perceber que os procedimentos reparadores pós cirurgias oncológicas de mama ainda são pouco realizados nacionalmente no SUS; e menos ainda na Paraíba. Apresenta-se, por conseguinte, importante desafio a ser vencido.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de aprimorar o acesso e a informação sobre a reconstrução mamária após cirurgia oncológica, especialmente na Paraíba, onde a taxa de realização desse procedimento ainda é baixa. Foi possível observar também a influência da pandemia do COVID-19 na redução absoluta do número das cirurgias, bem como nas taxas de reconstrução mamária. Esforços devem ser direcionados para a conscientização das pacientes e dos profissionais de saúde sobre as opções de reconstrução disponíveis e garantidas por lei, bem como na melhoria da infraestrutura necessária para a realização de tais procedimentos com segurança e no acompanhamento adequado dessas pacientes, considerando as particularidades de cada caso. Ações como essas podem contribuir para reduzir as disparidades observadas e proporcionar melhores condições de bem-estar e qualidade de vida para as mulheres que enfrentam o desafio do câncer de mama e suas consequências cirúrgicas.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2022.
2. Mberto U, Eronesi V, Atale N, Ascinelli C, Uigi L, Ariani M, et al. The New England Journal of Medicine TWENTY-YEAR FOLLOW-UP OF A RANDOMIZED STUDY COMPARING BREAST-CONSERVING SURGERY WITH RADICAL MASTECTOMY FOR EARLY BREAST CANCER A BSTRACT Background We conducted 20 years of follow-up. *N Engl J Med* [Internet]. 2002 [citado 28 de julho de 2023];347(16). Disponível em: [www.nejm.org](http://www.nejm.org)
3. Blichert-Toft M, Nielsen M, Düring M, Møller S, Rank F, Overgaard M, et al. Long-term results of breast conserving surgery vs. mastectomy for early stage invasive breast cancer: 20-year follow-up of the Danish randomized DBCG-82TM protocol. <https://doi.org/101080/02841860801971439> [Internet]. 2009 [citado 28 de julho de 2023];47(4):672–81. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02841860801971439>
4. Litière S, Werutsky G, Fentiman IS, Rutgers E, Christiaens MR, Limbergen E Van, et al. Breast conserving therapy versus mastectomy for stage I-II breast cancer: 20 year follow-up of the EORTC 10801 phase 3 randomised trial. [www.thelancet.com/oncology](http://www.thelancet.com/oncology) [Internet]. 2012;13. Disponível em: <http://research.nki.nl/ibr/BCT->
5. Ernard B, Isher F, Nderson TA, Ohn J, Ryant B, Argolese IGM, et al. TWENTY-YEAR FOLLOW-UP OF A RANDOMIZED TRIAL COMPARING TOTAL MASTECTOMY, LUMPECTOMY, AND LUMPECTOMY PLUS

IRRADIATION FOR THE TREATMENT OF INVASIVE BREAST CANCER A  
BSTRACT. N Engl J Med [Internet]. 2002 [citado 28 de julho de  
2023];347(16). Disponível em: [www.nejm.org](http://www.nejm.org)

6. Tsaras K, Papathanasiou I V., Mitsi D, Veneti A, Kelesi M, Zyga S, et al. Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. Asian Pac J Cancer Prev [Internet]. 1º de junho de 2018 [citado 28 de julho de 2023];19(6):1661–9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29938451/>
7. Moore HCF. Breast cancer survivorship. Semin Oncol [Internet]. 1º de agosto de 2020 [citado 1º de agosto de 2023];47(4):222–8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32513419/>
8. Kolodziejczyk A, Pawlowski T. Negative body image in breast cancer patients. Adv Clin Exp Med [Internet]. 2019 [citado 1º de agosto de 2023];28(8):1137–42. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30817097/>
9. Fortunato L, Loreti A, Cortese G, Spallone D, Toto V, Cavaliere F, et al. Regret and Quality of Life After Mastectomy With or Without Reconstruction. Clin Breast Cancer [Internet]. 1º de junho de 2021 [citado 28 de julho de 2023];21(3):162–9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33744100/>
10. Matar DY, Wu M, Haug V, Orgill DP, Panayi AC. Surgical complications in immediate and delayed breast reconstruction: A systematic review and meta-analysis. Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery [Internet]. 1º de novembro de 2022 [citado 28 de julho de 2023];75(11):4085–95. Disponível em: <http://www.jprasurg.com/article/S1748681522004703/fulltext>

11. Chung KC. Grabb and Smith's Plastic Surgery. 8º ed. Philadelphia: LWW; 2019. 1–1108 p.
12. Gemperli R, Munhoz AM, Marques Neto A de A. Fundamentos da Cirurgia Plástica. 1º ed. Rio de Janeiro: Thieme Publicações Ltda.; 2016. 236.
13. BRASIL. Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Seção 1; 1999 p. 1.
14. BRASIL. Lei nº 10.223, de 15 de maio de 2001. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Seção 1, Eletrônico, 16/5/2001; 2001.
15. BRASIL. Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Seção 1, 25/4/2013; 2013 p. 2.
16. BRASIL. Lei nº 13.770, de 19 de dezembro de 2018. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Seção 1, 20/12/2018; 2018 p. 1.
17. De Almeida CSC, De Moraes RXB, De França IR, Cavalcante KWM, Dos Santos ALBN, De Moraes BXB, et al. Análise comparativa das mastectomias e reconstruções de mama realizadas no sistema único de saúde do Brasil nos últimos 5 anos. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica [Internet]. 2021 [citado 28 de julho de 2023];36(3):263–9. Disponível em: <http://www.rbcsp.org.br/details/2981/pt-BR/analise-comparativa-das-mastectomias-e-reconstrucoes-de-mama-realizadas-no-sistema-unico-de-saude-do-brasil-nos-ultimos-5-anos>
18. Morrow M, Li Y, Alderman AK, Jagsi R, Hamilton AS, Graff JJ, et al. Access to Breast Reconstruction and Patient Perspectives on Decision Making. JAMA Surg [Internet]. 1º de outubro de 2014 [citado 28 de julho de 2023];149(10):1015. Disponível em: [/pmc/articles/PMC4732701/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4732701/)

19. Munnangi S, Boktor SW. Epidemiology Of Study Design. StatPearls [Internet]. 24 de abril de 2023 [citado 14 de agosto de 2023]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470342/>
20. Informações de Saúde (TABNET) – DATASUS [Internet]. [citado 29 de julho de 2023]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
21. Hartrampf CR, Bennett GK. Autogenous tissue reconstruction in the mastectomy patient. A critical review of 300 patients. Ann Surg [Internet]. 1987 [citado 14 de agosto de 2023];205(5):508. Disponível em: [/pmc/articles/PMC1493020/?report=abstract](https://pmc/articles/PMC1493020/?report=abstract)
22. Nahabedian MY, Cocilovo C. Two-Stage Prosthetic Breast Reconstruction: A Comparison Between Prepectoral and Partial Subpectoral Techniques. Plast Reconstr Surg [Internet]. 1º de dezembro de 2017 [citado 14 de agosto de 2023];140(6S Prepectoral Breast Reconstruction):22S-30S. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29166344/>
23. Jonczyk MM, Jean J, Graham R, Chatterjee A. Surgical trends in breast cancer: a rise in novel operative treatment options over a 12 year analysis. Breast Cancer Res Treat [Internet]. 30 de janeiro de 2019 [citado 1º de agosto de 2023];173(2):267. Disponível em: [/pmc/articles/PMC6486837/](https://pmc/articles/PMC6486837/)
24. Régis C, Le J, Chauvet MP, Le Deley MC, Le Teuff G. Variations in the breast reconstruction rate in France: A nationwide study of 19,466 patients based on the French medico-administrative database. Breast [Internet]. 1º de dezembro de 2018 [citado 1º de agosto de 2023];42:74–80. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30193185/>

25. Song WJ, Kang SG, Kim EK, Song SY, Lee JS, Lee JH, et al. Current status of and trends in post-mastectomy breast reconstruction in Korea. *Arch Plast Surg.* 22 de março de 2020;47(02):118–25.
26. Ho D, Chan E, Izwan S, Ng J, Teng R, Swindon D, et al. Uptake of breast reconstruction following mastectomy: a Gold Coast experience. *ANZ J Surg [Internet]*. 1º de novembro de 2022 [citado 1º de agosto de 2023];92(11):3011–6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35426189/>
27. Rocco M, Oliveira BL de, Rizzardi DAA, Rodrigues G, Oliveira G de, Guerreiro MG, et al. Impacto da Pandemia por COVID-19 nos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos e Emergenciais em Hospital Universitário. *Rev Col Bras Cir.* 2022;49.
28. Rubenstein RN, Stern CS, Plotsker EL, Haglich K, Tadros AB, Mehrara BJ, et al. Effects of COVID-19 on mastectomy and breast reconstruction rates: A national surgical sample. *J Surg Oncol.* 12 de agosto de 2022;126(2):205–13.
29. El-Tamer MB, Ward BM, Schiffner T, Neumayer L, Khuri S, Henderson W. Morbidity and Mortality Following Breast Cancer Surgery in Women. 2007;

## ANEXO 1

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	<b>Item No</b>	<b>Recommendation</b>
<b>Title and abstract</b>	1	<p>(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract</p> <p>(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found</p>
<b>Introduction</b>		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
<b>Methods</b>		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	<p>(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants</p>
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	<p>(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding</p> <p>(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions</p> <p>(c) Explain how missing data were addressed</p> <p>(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy</p> <p>(e) Describe any sensitivity analyses</p>
<b>Results</b>		
Participants	13*	<p>(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed</p> <p>(b) Give reasons for non-participation at each stage</p> <p>(c) Consider use of a flow diagram</p>

Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
<b>Discussion</b>		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
<b>Other information</b>		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

\*Give information separately for exposed and unexposed groups.

**Note:** An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at [www.strobe-statement.org](http://www.strobe-statement.org).

## **ANEXO 2**

De acordo com a resolução nº 01/2019 do Centro de Ciências Médicas sobre a sistematização das normas pertinentes à programação, desenvolvimento e acompanhamento do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) obrigatório para os alunos do Curso de Graduação em Medicina que ingressaram a partir do ano de 2007, o autor pode escolher utilizar normas técnicas de periódico que siga a classificação QUALIS: CAPES A1, A2, B1, B2, B3, B4 e B5, e deve anexar ao Artigo tais normas. Este trabalho de conclusão de curso seguiu, portanto, as normas técnicas da Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, como consta no anexo abaixo:

---

### **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica: como preparar o manuscrito**

A Revista adota os Requisitos de Vancouver - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, organizadas pelo International Committee of Medical Journal Editors - "Vancouver Group", disponíveis em <http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation>. A obediência às instruções é condição obrigatória para que o trabalho seja considerado para análise.

### **Identificação**

Deve conter o título do trabalho de maneira concisa e descritiva, em português e inglês, o nome completo dos autores e respectivas afiliações (Instituição, Faculdade e Departamento, Cidade, Estado e o País), bem como o ORCID e o e-mail dos

autores. A seguir, nome do autor correspondente, juntamente com o seu endereço e telefone. Devem ser declarados potenciais conflitos de interesse e fontes de financiamento. O número máximo de autores estabelecido para um artigo é oito, devendo ser especificada a contribuição de cada autor. Considera-se autor aquele que tenha contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, e/ou

análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito.

### **Resumo e Abstract**

O resumo dos artigos originais deve conter: Introdução, Método, Resultados e Conclusões. A elaboração deve permitir compreensão sem acesso ao texto. Da

mesma forma, deve ser preparado o Abstract que represente uma versão literal do Resumo, seguindo a mesma estrutura: Introduction, Methods, Results e

Conclusions. Artigos de revisão e relato de caso também devem apresentar resumo e abstract, os quais não precisam obedecer à estruturação proposta acima. O resumo e o abstract não devem exceder 250 palavras.

### **Descritores**

Devem ser indicados, no mínimo, cinco e, no máximo, dez descritores (keywords), que definam o assunto do trabalho. Os descritores devem ser baseados nos

Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicado pela Bireme, que é uma tradução do Medical Subject Headings (MeSH), da National Library of Medicine, e está disponível nos endereços eletrônicos: <https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html> and <http://www.decs.bvs.br>.

## **Texto**

Texto deve ser digitado em espaço duplo, fonte Arial, tamanho 12, margem 2,5cm de cada lado. Os artigos devem ser divididos em conformidade à categoria a que pertence. As Referências devem ser citadas numericamente, por ordem de aparecimento no texto, sob a forma de potenciação. As abreviaturas e siglas devem ser precedidas dos termos por extenso, quando citadas pela primeira vez no texto, e não devem ser usadas no título e no resumo. As abreviaturas nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu significado.

**Introdução** - Deve conter o propósito do artigo e sintetizar a lógica do estudo. Deve estabelecer as premissas teóricas que levaram os autores à curiosidade do tema.

Deve determinar porque o assunto deve ser estudado, esclarecendo falhas ou incongruências na literatura e/ou dificuldades na prática clínica que tornam o trabalho interessante ao especialista.

**Objetivo** - Deve descrever a finalidade do trabalho de forma clara e objetiva em 1 parágrafo.

**Método** - Descreve claramente a seleção de elementos de observação e experimentais, como pacientes, animais de laboratório e controles. Quando pertinente, devem ser incluídos critérios de inclusão e exclusão no estudo. Esta

seção deve fornecer detalhes suficientes que permitam sua reprodução e utilização em outros trabalhos. Métodos aplicados já publicados, mas pouco conhecidos, devem vir acompanhados de referência bibliográfica; novas técnicas devem ser descritas detalhadamente. Da mesma forma, período e local de estudo, métodos estatísticos e eventuais programas de computação devem ser descritos.

Os autores devem declarar nesta seção que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição onde o trabalho foi realizado, informando o número de registro no corpo do texto.

**Resultados** - Devem ser apresentados em sequência lógica no texto, tabelas e ilustrações. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto.

**Discussão** - Nesta seção, espera-se que o autor demonstre conhecimento pessoal e senso crítico em relação ao seu trabalho, cotejando os resultados obtidos com os disponíveis na literatura. Os comentários devem ser relacionados a abrangência, posicionamento e correlação do estudo com outros da literatura, bem como incluir limitações e perspectivas futuras.

**Conclusões** - Devem ser concisas e responder apenas aos objetivos propostos.

**Agradecimentos** - Se desejados, devem ser apresentados ao final do texto, mencionando-se os nomes de participantes que contribuíram, intelectual ou tecnicamente, em alguma fase do trabalho, mas não preencheram os requisitos para autoria, bem como, às agências de fomento que subsidiaram as pesquisas que resultaram no artigo publicado.

## **Referências**

As referências devem ser atualizadas e recomendamos utilizar a dos últimos 5 anos, com exceção de artigos clássicos ou relevantes ao estudo. Devem ser citadas quando de fato consultadas, em algarismos arábicos em forma de potenciação e numeradas por ordem de citação no texto. Devem ser citados todos os autores, quando até seis; acima deste número, citam-se os seis primeiros seguidos de et al. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado “Vancouver Style” e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e exemplos podem ser consultados no site (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

Seguem alguns exemplos dos principais tipos de referências bibliográficas:

### **Artigo de Revista**

Quintas RC, Coutinho AL. Fatores de risco para o comprometimento de margens cirúrgicas nas ressecções de carcinomas basocelular. Rev Bras Cir Plást.  
2008;23(2):116-9.

### **Capítulo de Livro**

D'Assumpção EA. Problemas e soluções em ritidoplastias. In: Melega JM, Baroudi R, eds. Cirurgia plástica fundamentos e arte: cirurgia estética. Rio de Janeiro:Medsi;2003. p.147-65.

### **Livro**

Saldanha O. Lipoabdominoplastia. Rio de Janeiro:Di Livros; 2004.

### **Tese**

Freitas RS. Alongamento ósseo de mandíbula utilizando aparelho interno: análise quantitativa dos resultados [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina;2003. 97p.

### **Eventos**

Carreirão S. Mamoplastia redutora. In: XXXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica; 2001 Nov 11-16; Rio de Janeiro, Brasil.

### **Tabelas**

A numeração das tabelas deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas (no máximo 4) devem ter título e cabeçalho para suas colunas e estar citadas no texto. No rodapé da tabela, deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

As tabelas devem ser apresentadas apenas quando necessárias para a efetiva compreensão do trabalho, não contendo informações redundantes já citadas no texto.

## **Figuras**

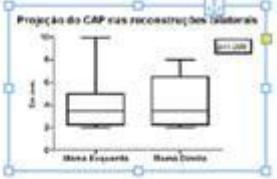
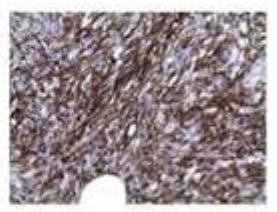
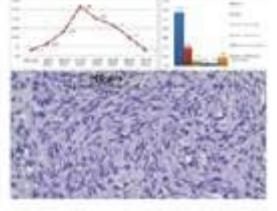
Todas as figuras (gráficos, fotografias, ilustrações) devem ser numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, seguindo sua ordem de citação.

As figuras devem vir acompanhadas de suas respectivas legendas, mas não deverão constar dentro da imagem. As abreviações empregadas nas figuras devem ser explicitadas nas legendas.

O número de figuras não pode ultrapassar de 20 (vinte) para artigos originais e entende-se como figura cada imagem anexada ao estudo, por exemplo, figura 1 (A, B, C, D) corresponderão a 4 figuras dentre as 20 aceitas

Fotos de pacientes devem ter fundo uniforme, especialmente de cor e sem qualquer objeto estranho aparecendo: maçanetas, luminárias, etc. O campo fotografado deve ser estritamente da área de interesse do assunto. Em fotos do rosto, usar os recursos possíveis para impedir a identificação do paciente, mas caso seja possível a identificação do paciente o autor deverá enviar anexo autorização individualizada. Se as figuras já tiverem sido publicadas, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor, constando, na legenda da ilustração, a fonte original de publicação.

A resolução deve seguir as seguintes instruções:

Tipo de Imagem	Descrição	Exemplo	Formato Recomendado	Cor	Modo de resolução
Linha de Arte	Imagen composta de linhas e texto que não contém tonalidade ou áreas sombreadas		tif ou eps	monocromático 1 bit ou RGB	900-1200 dpi
Tonalidade Média	tom fotográfico contínuo que não contém texto		tif	RGB ou escala de cinza	300 dpi
Combo	contendo imagem de meio tom + texto ou elementos da linha de arte		tif ou eps	RGB ou escala de cinza	500-900 dpi

Exemplo da linha foi retirado de: Di Lamartine J, Cintra Junior R, Daher JC, Cammarota MC, Galdino J, Pedroso DB, et al. Reconstrução do complexo areolopapilar com double opposing flap. Rev Bras Cir Plást. 2013;28(2):233- 40.

Exemplo de tonalidade foi retirado de: Alves JC, Fonseca RP, Silva Filho AF, Andrade Filho JS, Araujo IC, Almeida AC, et al. Ressecção alargada no tratamento do dermatofibrossarcoma protuberante. Rev Bras Cir Plást. 2014;29(3):395-403.

Exemplo de combinação foi retirado de: Alves JC, Fonseca RP, Silva Filho AF, Andrade Filho JS, Araujo IC, Almeida AC, et al Ressecção alargada no tratamento do dermatofibrossarcoma protuberante. Rev Bras Cir Plást. 2014;29(3):395-403.

Fonte: traduzido e adaptado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/pub/file-spec-images/#fig-format>

## **COMO SUBMETER O MANUSCRITO**

Os manuscritos devem ser, obrigatoriamente, submetidos eletronicamente no site [www.rbcn.org.br](http://www.rbcn.org.br). Caso os autores ainda não tenham se cadastrado, é necessário fazê-lo antes de submeter o trabalho, seguindo as orientações que constam do site.

Os textos, figuras e tabelas deverão ser inseridos nos respectivos campos do sistema de submissão eletrônica.

## **DECLARAÇÕES E DOCUMENTOS**

Em conformidade com as diretrizes do International Committee of Medical Journal Editors, são solicitados alguns documentos e declarações do (s) autor (es) para a

avaliação de seu manuscrito:

- Carta de Encaminhamento ao Editor-chefe, contendo informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo sua relevância para a comunidade científica. A carta de apresentação deve informar, ainda, que o manuscrito não foi publicado previamente e não foi submetido para publicação em outro periódico;
- Carta informando os ORCID's dos autores, endereço de correspondência e a instituição onde o estudo foi realizado;
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores (Conflitos de interesses incluem o emprego, patrocínio ou financiamento de qualquer pessoa ou instituição, pública ou privada, com interesse no conteúdo do material enviado). Se aceito, esta informação será publicada na versão final do artigo;
- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos ou Animais da instituição onde o trabalho foi realizado, indicando número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE; <http://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf>);
- Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), quando referente a artigos de pesquisa envolvendo seres humanos;
- Termo de Autorização de Uso de Imagem;
- Direitos autorais e permissão para reprodução de materiais. Concordando com os seguintes termos:
  - Os autores mantêm os direitos autorais e todos os direitos de publicação.

Nenhum embargo é aplicado.

- Os autores têm o direito de compartilhar (copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato) e adaptar (remixar, transformar, e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial).

A RBCP adota a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

(As declarações e documentos complementares devem ser incluídos no sistema de submissão eletrônica no campo 'Anexos').

A revista adota o acesso aberto de publicação e a submissão ocorre totalmente eletronicamente em: <https://www.gnpapers.com.br/rbcp/>, a partir do link você será guiado passo a passo através da criação e upload de vários arquivos. Use as diretrizes para preparar o seu artigo. Toda a correspondência, incluindo a notificação da decisão do Editor e os pedidos de revisão, ocorre por e-mail e pela página inicial do autor no próprio sistema de submissão.

## **ARTIGOS ACEITOS PARA PUBLICAÇÃO**

Uma vez aceito para publicação, uma prova do artigo editorado (formato PDF) será enviada ao autor correspondente para sua avaliação e aprovação definitiva. Os

artigos aceitos são publicados imediatamente no formato 'Ahead of Print' no site [www.rbcn.org.br](http://www.rbcn.org.br) e, posteriormente em um volume/número da RBCN.

## **CHECKLISTS**

Recomenda-se aos autores que, previamente à submissão de seu manuscrito, utilizem o checklist correspondente à categoria de artigo:

CONSORT (CONsolidated Standards of Reporting Trials) checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados, disponível em <http://www.consort-statement.org/>

STARD (Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy) checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica, disponível em: <http://www.stard-statement.org/>

PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- analyses) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas, disponível em: <http://www.prisma-statement.org/>

CARE (diretrizes para CAses REports) checklist e fluxograma para relatos de casos, disponível em: <https://www.care-statement.org/checklist>

STROBE checklist para estudos observacionais em epidemiologia, disponível em: <http://www.strobe-statement.org/index.php?id=strobe-home>

Guia SciELO de boas práticas para o fortalecimento da ética na publicação científica, disponível em <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>