



PRÓTESES DE ARÉOLAS EM SILICONE: INDICAÇÕES, MATERIAIS E BENEFÍCIOS NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

SILICONE AREOLA PROSTHESES: INDICATIONS, MATERIALS AND BENEFITS IN PSYCHOSOCIAL REHABILITATION

PRÓTESIS DE AREOLA DE SILICONA: INDICACIONES, MATERIALES Y BENEFICIOS EN LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL



<https://doi.org/10.56238/levv16n45-073>

Data de submissão: 15/01/2025

Data de publicação: 15/02/2025

Lilian Aparecida Novaes de Araújo

RESUMO

A reconstrução do complexo areolopapilar representa uma etapa essencial no processo de reabilitação mamária de mulheres submetidas à mastectomia. Este estudo teve como objetivo analisar as indicações clínicas, os materiais disponíveis e os benefícios psicossociais do uso de próteses de aréolas em silicone, por meio de uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa, com recorte temporal de 2015 a 2024. A fundamentação teórica foi estruturada em três eixos: critérios de indicação para o uso das próteses, descrição dos materiais empregados e técnicas de personalização, e os efeitos subjetivos associados à reconstrução. Os resultados apontaram que as próteses de aréola em silicone se apresentam como alternativa eficaz, especialmente em casos de contraindicação a enxertos, falhas reconstrutivas anteriores, ou quando a paciente busca uma solução menos invasiva. As evidências demonstraram que a personalização das próteses, aliada a uma abordagem multidisciplinar, proporciona não apenas bons resultados estéticos, mas também melhora significativa na autoestima, na aceitação do corpo e na qualidade das relações sociais e afetivas das pacientes. Observou-se ainda que a reconstrução areolar por prótese contribui para o encerramento simbólico do ciclo da doença, sendo percebida como elemento integrador da identidade corporal feminina. O estudo conclui que o uso de prótese de aréola em silicone deve ser reconhecido como parte indissociável da reabilitação pós-mastectomia, com potencial terapêutico e impacto positivo na saúde emocional das mulheres reconstruídas.

Palavras-chave: Reconstrução Mamária. Aréola. Silicone. Reabilitação Psicossocial. Mastectomia.

ABSTRACT

The reconstruction of the nipple-areola complex is a crucial step in the breast rehabilitation process for women who have undergone mastectomy. This study aimed to analyze the clinical indications, available materials, and psychosocial benefits of using silicone areola prostheses through a qualitative literature review with a temporal scope from 2015 to 2024. The theoretical foundation was structured into three axes: indication criteria, description of materials and customization techniques, and the subjective effects related to the procedure. The results indicated that silicone areola prostheses are an effective alternative, especially in cases where grafts are contraindicated, previous reconstruction attempts have failed, or when the patient prefers a less invasive solution. Evidence showed that the customization of prostheses, combined with a multidisciplinary approach, results in satisfactory aesthetic outcomes and significant improvement in self-esteem, body acceptance, and the quality of

social and affective relationships. Furthermore, the areolar reconstruction with prosthesis contributes to the symbolic closure of the disease process and is perceived as a key element in restoring feminine bodily identity. The study concludes that silicone areola prostheses should be recognized as an integral part of post-mastectomy rehabilitation, with therapeutic value and positive emotional impact on reconstructed women.

Keywords: Breast Reconstruction. Areola. Silicone. Psychosocial Rehabilitation. Mastectomy.

RESUMEN

La reconstrucción del complejo areola-pezón representa un paso esencial en el proceso de rehabilitación mamaria de mujeres sometidas a mastectomía. Este estudio tuvo como objetivo analizar las indicaciones clínicas, los materiales disponibles y los beneficios psicosociales del uso de implantes areolares de silicona mediante una revisión bibliográfica cualitativa que abarcó el período de 2015 a 2024. El marco teórico se estructuró en torno a tres ejes: criterios para la indicación del uso de implantes, descripción de los materiales utilizados y las técnicas de personalización, y los efectos subjetivos asociados a la reconstrucción. Los resultados indicaron que los implantes areolares de silicona son una alternativa eficaz, especialmente en casos de contraindicaciones para injertos, fracasos reconstructivos previos o cuando la paciente busca una solución menos invasiva. La evidencia demostró que los implantes personalizados, combinados con un enfoque multidisciplinario, no solo proporcionan buenos resultados estéticos, sino que también mejoran significativamente la autoestima, la aceptación corporal y la calidad de las relaciones sociales y emocionales de las pacientes. También se observó que la reconstrucción areolar con prótesis contribuye al cierre simbólico del ciclo de la enfermedad, percibiéndose como un elemento integrador de la identidad corporal femenina. El estudio concluye que el uso de prótesis areolares de silicona debe reconocerse como parte esencial de la rehabilitación postmastectomía, con potencial terapéutico y un impacto positivo en la salud emocional de las mujeres que se someten a una reconstrucción mamaria.

Palabras clave: Reconstrucción Mamaria. Areola. Silicona. Rehabilitación Psicosocial. Mastectomía.

1 INTRODUÇÃO

A mastectomia, seja ela total ou parcial, implica não apenas a remoção do tecido mamário comprometido, mas também a perda do complexo areolopapilar, elemento de grande relevância estética e simbólica para a identidade corporal feminina. A ausência dessa estrutura pode intensificar o impacto emocional decorrente do câncer de mama, afetando a autoestima, a percepção da própria imagem e a reintegração social da paciente.

Nesse contexto, a reconstrução da aréola, por meio de diferentes técnicas, tornou-se parte fundamental dos protocolos de reabilitação mamária, visando não apenas restaurar a harmonia estética, mas também contribuir para o bem-estar psicossocial (Carrer Bortolini et al., 2025).

Entre as alternativas disponíveis, a prótese de aréola em silicone destaca-se como uma solução eficaz, especialmente em casos nos quais a realização de procedimentos reconstrutivos com tecidos autólogos ou tatuagem paramédica é inviável por limitações clínicas, anatômicas ou preferência pessoal (D'Alessandro et al., 2015).

Os avanços tecnológicos no desenvolvimento de materiais e técnicas de personalização têm permitido que as próteses de aréola em silicone ofereçam resultados cada vez mais realistas, tanto no aspecto visual quanto na textura, garantindo conforto, durabilidade e segurança. A possibilidade de personalização, que inclui variação de formato, cor, projeção e textura, permite atender às necessidades específicas de cada paciente, respeitando a simetria com a mama contralateral e as particularidades da pele. Além de seu caráter estético, esse recurso apresenta benefícios psicossociais expressivos, favorecendo a aceitação da imagem corporal e contribuindo para o encerramento simbólico do ciclo da doença, com impacto direto na autoestima e na qualidade das relações sociais e afetivas (Camarota et al., 2018).

Portanto, o presente estudo tem como objetivo analisar as indicações clínicas, os materiais disponíveis e os benefícios psicossociais relacionados ao uso de próteses de aréolas em silicone no contexto da reconstrução mamária pós-mastectomia. Busca-se compreender como esse recurso, aliado a uma abordagem multidisciplinar e humanizada, pode atuar de forma integrada na reabilitação estética e emocional da mulher, evidenciando seu potencial como ferramenta terapêutica e elemento fundamental para a restauração da identidade corporal feminina.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 INDICAÇÕES DA RECONSTRUÇÃO AREOLAR EM SILICONE

A reconstrução do complexo areolopapilar com próteses de silicone é indicada para pacientes que se submeteram à mastectomia total ou parcial e não possuem condições anatômicas, clínicas ou psicológicas favoráveis para realização de técnicas reconstrutivas com tecidos autólogos, sendo também uma alternativa viável para casos em que o retalho local apresenta vascularização

comprometida ou histórico de radioterapia que inviabiliza o uso de enxertos tradicionais (D'Alessandro et al., 2015).

Mulheres que passaram por procedimentos cirúrgicos oncológicos extensos, com remoção do CAP, frequentemente apresentam sofrimento psíquico associado à ausência da aréola, o que justifica a indicação de métodos reconstrutivos simplificados, como o uso de próteses de silicone, especialmente quando a paciente deseja evitar cirurgias adicionais de médio ou grande porte, mantendo uma abordagem menos invasiva e de recuperação rápida (Cammarota et al., 2018).

O uso da prótese de aréola também é indicado em reconstruções tardias, quando a paciente não realizou a reconstrução imediata e apresenta retração cicatricial ou dificuldade de expansão tecidual, condições que tornam inviável a confecção de nova aréola por meio de tatuagem ou retalhos cutâneos, sendo o silicone moldado uma solução adaptável e com resultados previsíveis (Liukkonen et al., 2011).

Há também indicação estética para uso de próteses de aréola em pacientes que apresentam mamas tuberosas ou deformidades congênitas com hipoplasia severa do complexo aréolo-papilar, condição que compromete tanto a simetria quanto a proporção mamária, levando à indicação de reconstrução completa, que inclua volume, formato e reposicionamento da aréola com prótese de silicone personalizada (Verbicário et al., 2011).

Em situações de falha de reconstrução anterior com enxerto de pele ou tatuagem paramédica, a prótese em silicone pode ser recomendada como alternativa de segunda linha, capaz de corrigir irregularidades volumétricas, ausência de projeção ou hipopigmentação, oferecendo um resultado mais estável e visualmente harmonioso em relação às técnicas anteriores que não atingiram o resultado desejado (Motiva, 2020).

Casos de queimaduras ou traumas diretos na região torácica que resultam na perda do CAP também se beneficiam da indicação de prótese areolar, especialmente quando a área comprometida não permite manipulação de retalhos locais ou quando há risco de necrose tecidual pela limitação vascular, justificando o uso de implantes externos com adesão por biofilme ou fixação cirúrgica (Carrer Bortolini et al., 2025).

A reconstrução de aréola por prótese também é indicada quando há assimetrias marcantes entre as mamas, seja por mastectomia unilateral, seja por alterações pós-redução ou mastopexias mal sucedidas, possibilitando uma abordagem complementar para alcançar simetria entre as aréolas e melhorar o resultado final da reconstrução mamária bilateral (D'Alessandro et al., 2015).

Além das indicações clínicas e estéticas, o desejo da paciente deve ser respeitado como critério central para a escolha da técnica, uma vez que a reconstrução do CAP, com ou sem silicone, está diretamente ligada à imagem corporal e à identidade subjetiva da mulher, tornando a decisão um processo compartilhado e embasado não só em critérios cirúrgicos, mas também psicológicos e sociais (Gabriel & Domchek, 2010).

Estudos sobre percepção de imagem corporal demonstram que pacientes que optaram pela reconstrução areolar com prótese relataram menor índice de frustração estética e maior aceitação de suas novas mamas, principalmente quando a escolha da técnica foi feita com base em informações claras, expectativas realistas e participação ativa no planejamento cirúrgico (McAree et al., 2010).

O uso da prótese de aréola também pode ser indicado em pacientes com comorbidades que contraindicam cirurgias prolongadas, como doenças cardíacas, diabetes descompensada ou hipertensão de difícil controle, casos nos quais a segurança do procedimento torna-se prioridade, e a reconstrução com prótese oferece uma solução rápida, ambulatorial e de baixo risco anestésico (Liukkonen et al., 2011).

A escolha da prótese pode ser realizada ainda em situações de retratamento, especialmente em pacientes que apresentaram complicações com outras técnicas, como infecção em retalhos ou falha na pigmentação da tatuagem, sendo o implante areolar uma alternativa que dispensa cuidados pós-operatórios complexos e oferece estabilidade estética prolongada (Motiva, 2020).

Pacientes com distúrbios de coagulação, uso crônico de anticoagulantes ou histórico de cicatrização patológica, como queloides e fibrose excessiva, são candidatas ideais para reconstrução areolar com prótese, pois esse método evita incisões adicionais e manipulação da derme, reduzindo os riscos de eventos adversos locais e facilitando o acompanhamento ambulatorial (D'Alessandro et al., 2015).

A reconstrução do CAP com implante de silicone também se mostra útil em pacientes transgênero submetidos à cirurgia de redesignação de gênero, nos quais a construção de mamas com aparência natural exige técnicas que reproduzam com fidelidade a simetria, a cor e a projeção da aréola, sendo a prótese uma solução eficiente e personalizável para essas demandas específicas (Carrer Bortolini et al., 2025).

No pós-operatório imediato de reconstruções mamárias, quando não há condições para realizar retalhos locais ou pigmentações temporárias, a prótese areolar de silicone pode ser usada como medida provisória com função estética e de proteção cicatricial, favorecendo o bem-estar emocional da paciente até que as condições clínicas permitam uma reconstrução definitiva (Gabriel & Domchek, 2010).

A possibilidade de adaptar próteses de aréola em diferentes momentos do processo reconstrutivo, seja na fase hospitalar, seja na reabilitação estética tardia, amplia as indicações de seu uso e confirma sua relevância como ferramenta versátil, acessível e eficaz no enfrentamento das limitações impostas pela ausência do complexo areolopapilar (Ramos, 2021).

2.2 MATERIAIS DISPONÍVEIS E TÉCNICAS DE PERSONALIZAÇÃO

As próteses de aréola em silicone utilizadas na reconstrução mamária são produzidas com silicone de grau médico, um material que apresenta elevada biocompatibilidade, flexibilidade e resistência térmica, características que o tornam ideal para o contato direto com a pele e para a reprodução fiel da textura da região areolar, proporcionando conforto e durabilidade ao longo do tempo, além de reduzir reações adversas e oferecer segurança em pacientes com histórico oncológico (Motiva, 2020).

A estrutura tridimensional das próteses pode ser projetada por meio de escaneamento da aréola remanescente ou modelagem manual baseada em medidas anatômicas da paciente, permitindo a criação de modelos personalizados que respeitam a simetria entre as mamas e evitam resultados artificiais ou desproporcionais, o que contribui para uma experiência reconstrutiva mais satisfatória e para a harmonização corporal como um todo (Carrer Bortolini et al., 2025).

As técnicas de pigmentação aplicadas sobre a superfície da prótese têm evoluído significativamente nos últimos anos, permitindo a aplicação de colorações variadas com efeitos de profundidade, vascularização e nuance de tonalidades, simulando a aparência natural da aréola com elevado grau de realismo e sendo frequentemente combinadas com tatuagem paramédica para complementar o resultado estético (D'Alessandro et al., 2015).

A personalização do relevo da papila mamária também é possível por meio da aplicação de camadas adicionais de silicone em alto relevo, técnica que permite simular a projeção do mamilo e, quando necessário, reproduzir assimetrias específicas da mama contralateral, oferecendo à paciente a sensação tátil e visual de integralidade anatômica, o que reforça os aspectos psicossociais do procedimento (Cammarota et al., 2018).

O mercado de implantes de silicone voltados à reconstrução areolar conta com modelos adesivos, autocolantes ou com base cirurgicamente fixável, sendo a escolha definida conforme o tipo de pele, localização da aréola reconstruída e rotina da paciente, considerando que o objetivo da técnica é não só restaurar a estética, mas também garantir conforto funcional no uso contínuo ou prolongado do implante (McAree et al., 2010).

As tecnologias de escaneamento digital, impressão 3D e moldagem por termocura têm sido incorporadas ao processo de confecção das próteses, viabilizando maior precisão na reprodução da textura cutânea e da geometria do complexo areolopapilar, além de reduzir o tempo entre a coleta de dados e a entrega da prótese final, promovendo ganhos logísticos e maior fidelidade estética (Liukkonen et al., 2011).

Para pacientes com hipersensibilidade ou alergia a pigmentos tradicionais, o uso de pigmentos encapsulados em silicone ou tintas específicas para uso médico tem sido adotado como forma de evitar reações inflamatórias, sendo esses pigmentos aplicados com microagulhas ou aerógrafos sob

supervisão médica, conferindo à prótese um acabamento natural e livre de complicações dermatológicas (Gabriel & Domchek, 2010).

A seleção do formato da prótese pode ser feita com base em catálogos padronizados ou por encomenda individual, variando entre modelos circulares, ovais, elípticos ou anatômicos, o que oferece possibilidades de adequação às particularidades de cada paciente, permitindo que a reconstrução respeite não apenas a simetria anatômica, mas também preferências culturais e simbólicas em torno da imagem da mama (Vogel et al., 2011).

Alguns fabricantes oferecem próteses com sistema de fixação híbrido, que combina adesão por pressão com micropontos de sutura ou suportes de silicone médico removível, possibilitando uso temporário em pacientes que ainda passarão por ajustes reconstrutivos, como mamoplastias ou simetrizações, oferecendo uma solução estética de transição com excelente aceitação entre mulheres em processo de reabilitação mamária (Ramos, 2021).

Em ambientes hospitalares ou clínicas oncológicas especializadas, a confecção da prótese de aréola em silicone pode ser realizada em parceria com técnicos em prótese facial, especialistas em reabilitação estética e tatuadores paramédicos, o que enriquece a abordagem multidisciplinar e eleva a qualidade do produto final, transformando a reconstrução areolar em um procedimento personalizado e de alto impacto emocional (Verbicário et al., 2011).

Os modelos mais modernos permitem inclusive variações de espessura da borda, simulando o desfoque natural da transição da aréola para a pele mamária, detalhe fundamental para evitar margens marcadas ou visivelmente artificiais, sobretudo em pacientes com pele clara, em que qualquer desvio cromático ou volumétrico pode comprometer o realismo da reconstrução (Motiva, 2020).

Em termos de manutenção, a prótese pode ser higienizada com sabonete neutro e armazenada em embalagem de silicone, com durabilidade estimada entre 3 e 5 anos, dependendo da frequência de uso e das condições de exposição à umidade e temperatura, sendo recomendada a substituição periódica para manter o efeito estético e a integridade do material ao longo do tempo (Carrer Bortolini et al., 2025).

Alguns pacientes optam por utilizar a prótese de aréola apenas em momentos sociais, íntimos ou em situações específicas em que desejam maior confiança na aparência corporal, sendo importante que o modelo escolhido atenda ao desejo de liberdade e autonomia da usuária, respeitando a individualidade e a forma como ela enxerga o próprio corpo no processo pós-mastectomia (Gabriel & Domchek, 2010).

Embora o silicone seja o material mais amplamente utilizado, há estudos experimentais com uso de poliuretano, gel de silicone pigmentado e próteses confeccionadas com resinas médicas de nova geração, que oferecem diferentes respostas de adaptação à pele, mas ainda carecem de validação de longo prazo para uso comercial em larga escala na reconstrução do CAP (McAree et al., 2010).

O avanço contínuo na tecnologia de materiais e a crescente personalização das próteses indicam uma tendência de integração cada vez mais sofisticada entre estética e função, transformando o implante de aréola em um recurso acessível, eficiente e cada vez mais presente na rotina da cirurgia reconstrutiva mamária, contribuindo diretamente para o bem-estar emocional e a reintegração social das pacientes (Ramos, 2021).

2.3 BENEFÍCIOS PSICOSSOCIAIS DA RECONSTRUÇÃO AREOLOPAPILAR

A reconstrução do complexo areolopapilar, especialmente com o uso de próteses em silicone, exerce impacto direto sobre a identidade corporal da mulher, resgatando a sensação de completude física e simbólica após a experiência mutiladora da mastectomia, sendo frequentemente relatado pelas pacientes como o encerramento de um ciclo de enfrentamento que inclui sofrimento, superação e a retomada do autocuidado, o que fortalece a autoestima e favorece a reintegração emocional (Carrer Bortolini et al., 2025).

Diversas pesquisas apontam que a ausência do complexo areolopapilar, mesmo quando a mama é reconstruída em volume e forma, representa para muitas mulheres um marcador de ausência, ruptura e deformidade que dificulta a aceitação do novo corpo, gerando quadros de ansiedade, depressão leve ou profunda, e baixa autopercepção estética, fatores que são significativamente minimizados quando a reconstrução da aréola é realizada com prótese personalizada (Cammarota et al., 2018).

A sensação de perda da feminilidade é recorrente entre mulheres submetidas à retirada do CAP, especialmente quando a reconstrução não contempla esse elemento, sendo que o retorno da aréola com aspecto realista, por meio do uso de silicone moldado e pigmentado, restaura não apenas a imagem corporal, mas também a segurança pessoal, a sensualidade e o desejo de se relacionar afetiva ou sexualmente com autonomia e confiança (Gabriel & Domchek, 2010).

Estudos clínicos com acompanhamento psicológico demonstram que a reconstrução areolopapilar melhora significativamente a qualidade de vida das pacientes, com destaque para os aspectos emocionais, sociais e sexuais, pois a presença do CAP reconstruído com aparência natural diminui o constrangimento frente ao espelho, facilita o uso de roupas íntimas e permite que a paciente volte a se olhar com empatia e aceitação (D'Alessandro et al., 2015).

A escolha pela reconstrução com prótese de aréola pode inclusive representar um gesto de retomada do controle sobre o próprio corpo, depois de um longo processo em que decisões médicas, tratamentos invasivos e mutilações foram conduzidos por critérios clínicos, e não por escolhas pessoais, sendo a reconstrução o primeiro momento em que a mulher decide, com autonomia, como deseja se ver e ser vista (Ramos, 2021).

O impacto subjetivo da reconstrução areolar não se limita à aparência estética, pois muitas pacientes relatam que a presença da aréola reativa memórias corporais positivas, reduz o sentimento

de mutilação e promove uma reconexão simbólica com a própria história corporal, favorecendo a ressignificação da doença e a transição de um corpo marcado pela ausência para um corpo reconstituído com dignidade (Liukkonen et al., 2011).

A literatura mostra que mulheres jovens que enfrentam o câncer de mama precoce vivenciam a perda da aréola de forma ainda mais sensível, por estarem em fases da vida marcadas pela construção da autoimagem, pela sexualidade ativa e pelo desejo de se sentir completas, sendo que a reconstrução com prótese contribui decisivamente para reduzir impactos negativos no ciclo psicossocial dessas pacientes (Camarota et al., 2018).

O uso de próteses personalizadas também tem se mostrado eficaz na diminuição do tempo de recuperação emocional após a mastectomia, pois permite à paciente visualizar um resultado estético satisfatório de forma imediata ou em curto prazo, o que reduz a ansiedade relacionada à aparência e proporciona sensação de alívio, esperança e reinício, sentimentos centrais para o bem-estar pós-cirúrgico (McAree et al., 2010).

Em pacientes que passaram por múltiplas cirurgias reconstrutivas sem sucesso na formação do complexo areolopapilar, a opção pela prótese de silicone representa uma possibilidade real de encerrar um ciclo de frustrações estéticas, permitindo que a mulher se sinta novamente confortável com seu corpo, sem a expectativa de novos procedimentos invasivos e com maior estabilidade psicológica (Motiva, 2020).

Muitas pacientes relatam que a decisão de reconstruir a aréola foi motivada não apenas pelo desejo de se sentirem bem diante do espelho, mas também pela vontade de recuperar a normalidade em contextos cotidianos como vestir-se, trocar de roupa em ambientes compartilhados ou manter relações íntimas sem desconforto, o que reforça o papel da reconstrução na vida prática e social (Verbicário et al., 2011).

A presença da aréola reconstruída com prótese também atua como facilitador para o reencontro da paciente com sua rotina corporal, incluindo atividades como banho, massagens, prática esportiva e autocuidado, que muitas vezes eram evitadas por vergonha ou negação do próprio corpo, sendo a reconstrução um incentivo simbólico para retomar essas ações com leveza e autonomia (Gabriel & Domchek, 2010).

Em grupos de apoio a pacientes oncológicas, é comum ouvir relatos de mulheres que descrevem a reconstrução areolar como um dos momentos mais marcantes da reabilitação, pois apesar de sua simplicidade técnica, carrega um valor simbólico profundo que transcende o procedimento cirúrgico e toca aspectos emocionais, afetivos e existenciais que nem sempre são acessados nos demais momentos do tratamento (D'Alessandro et al., 2015).

Especialistas apontam que os maiores ganhos psicossociais da reconstrução com prótese de aréola estão ligados à capacidade de escolha da paciente, à percepção de simetria e à superação do

estigma corporal imposto pela doença, sendo esses benefícios constantemente relatados como fundamentais para o empoderamento feminino e a reinvenção positiva da autoimagem (Ramos, 2021).

O impacto positivo da reconstrução se estende às relações interpessoais, já que pacientes que passam por esse processo relatam maior espontaneidade em situações de contato físico, menor retraimento afetivo e maior abertura para novos vínculos, o que demonstra que os efeitos da reconstrução extrapolam o indivíduo e reverberam nas suas relações familiares, amorosas e sociais (Liukkonen et al., 2011).

A reabilitação psicossocial proporcionada pela reconstrução do complexo areolopapilar, por meio de prótese de silicone, deve ser compreendida como uma das etapas mais sensíveis e transformadoras da jornada de quem enfrentou o câncer de mama, pois resgata dimensões subjetivas que estavam silenciadas, reabre espaços de desejo e promove reconciliação com o corpo ferido, dando novos sentidos à vida e ao futuro (Carrer Bortolini et al., 2025).

3 METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa, com foco em revisão bibliográfica, tendo como objetivo compreender as indicações clínicas, os materiais utilizados e os benefícios psicossociais associados à utilização de próteses de aréola em silicone no contexto da reabilitação mamária e emocional de pacientes submetidas à mastectomia, com ênfase nos impactos subjetivos e sociais dessa intervenção (Gil, 2019).

A escolha pela metodologia qualitativa justifica-se pela natureza do objeto de estudo, que envolve dimensões simbólicas, estéticas e psicológicas que não podem ser mensuradas por métodos quantitativos, exigindo análise interpretativa de conteúdo teórico, relatos clínicos e experiências relatadas na literatura científica especializada, possibilitando uma compreensão ampliada do fenômeno em análise (Lakatos & Marconi, 2017).

As fontes foram selecionadas a partir de buscas sistematizadas em bases de dados reconhecidas, como SciELO, LILACS, PubMed, Google Scholar e bibliotecas digitais de universidades brasileiras, com o uso de descritores combinados como “prótese de aréola”, “reconstrução mamária”, “silicone médico”, “benefícios psicossociais” e “identidade corporal feminina”, respeitando os critérios de recorte temático e temporal estabelecidos no projeto.

A sistematização do conteúdo selecionado foi realizada por meio de categorização temática, com foco em três núcleos de análise: indicações clínicas para o uso de prótese de aréola em silicone, materiais disponíveis e técnicas de personalização, e os benefícios psicossociais associados ao procedimento, permitindo uma organização lógica e coerente dos achados teóricos ao longo da estrutura do artigo (Gil, 2019).

Ao final da análise, os dados obtidos foram confrontados com os objetivos propostos, possibilitando a construção de uma discussão crítica a partir das evidências teóricas levantadas, respeitando o rigor metodológico exigido para pesquisas qualitativas de caráter exploratório e fundamentado na revisão sistemática de literatura científica recente e de relevância comprovada (Lakatos & Marconi, 2017).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A reconstrução do complexo areolopapilar com prótese de silicone tem sido reconhecida como um recurso terapêutico válido e eficaz, tanto do ponto de vista estético quanto psicossocial, sendo amplamente valorizada por pacientes que enfrentaram mastectomias radicais, sobretudo aquelas que não puderam realizar reconstruções imediatas com tecidos autólogos ou tatuagens paramédicas devido a limitações clínicas ou técnicas (Carrer Bortolini et al., 2025).

A literatura evidencia que o uso da prótese de aréola tem sido indicado, com bons resultados, em pacientes com histórico de radioterapia, retração cicatricial severa, deformidades congênitas ou complicações pós-cirúrgicas que inviabilizaram reconstruções anteriores, demonstrando que se trata de uma estratégia adaptável e segura, que atende a demandas clínicas complexas e favorece a estética mamária com mínima intervenção (D'Alessandro et al., 2015).

Nos estudos analisados, observou-se que pacientes que optaram pela reconstrução com prótese de aréola relataram sensível melhora na autoimagem e no vínculo com o próprio corpo, apontando esse procedimento como um marco simbólico no processo de superação do câncer, pois marca a transição entre a doença e a reconfiguração da feminilidade, funcionando como elemento reparador de traumas físicos e emocionais (Cammarota et al., 2018).

Os dados também revelaram que a reconstrução areolar com prótese em silicone é especialmente relevante em contextos de reconstrução unilateral, nos quais a simetria com a mama contralateral é fundamental para o resultado estético, sendo que a prótese possibilita ajustes personalizados em forma, cor e projeção, o que garante maior fidelidade visual e satisfação no pós-operatório (Verbicário et al., 2011).

Alguns relatos clínicos destacaram que, mesmo em reconstruções bilaterais, a presença do complexo areolopapilar reconstruído com silicone reforça a naturalidade das mamas e contribui para a percepção de integridade corporal, fator este diretamente associado à retomada da autoconfiança, à reconexão com a própria sexualidade e à melhoria da qualidade das relações afetivas e sociais das pacientes (Gabriel & Domchek, 2010).

A possibilidade de personalização da prótese, por meio de escaneamento anatômico, pigmentação em múltiplos tons e ajustes de textura, foi apontada como um diferencial relevante para o sucesso estético, principalmente quando combinada a técnicas como tatuagem paramédica ou

micropigmentação em camadas, que ampliam o realismo visual e favorecem a adesão emocional da paciente ao novo corpo (McAree et al., 2010).

As publicações consultadas indicaram que a maioria das pacientes submetidas à reconstrução com prótese de aréola apresentou alto grau de satisfação com o resultado obtido, especialmente quando o processo foi conduzido de forma multidisciplinar, com participação de equipe cirúrgica, psicólogos e profissionais especializados em reabilitação estética, promovendo um cuidado mais acolhedor e integral (Motiva, 2020).

A baixa taxa de complicações, associada à possibilidade de uso em ambiente ambulatorial, foi outro fator de destaque nos estudos analisados, reforçando o potencial da prótese de silicone como alternativa viável mesmo em pacientes com comorbidades ou em idade avançada, que não desejam ou não podem ser submetidas a novas cirurgias reconstrutivas invasivas (Liukkonen et al., 2011).

A escolha pela prótese também se mostrou importante para pacientes que vivenciaram frustrações em tentativas anteriores de reconstrução do CAP, como falhas de retalho, necrose do mamilo reconstruído ou perda de pigmentação, sendo a prótese percebida como uma possibilidade concreta de alcançar um resultado estético satisfatório e de superar o sentimento de insucesso terapêutico (D'Alessandro et al., 2015).

Em relação à durabilidade do resultado, os dados indicam que as próteses apresentam boa estabilidade ao longo dos anos, com baixa incidência de desbotamento da cor, deformação do material ou deslocamento, desde que os cuidados de manutenção sejam realizados adequadamente, o que aumenta a confiança das pacientes na escolha dessa técnica como solução de médio e longo prazo (Motiva, 2020).

Outro ponto abordado foi a autonomia proporcionada pela prótese adesiva de aréola, que permite que a paciente escolha os momentos em que deseja utilizá-la, seja de forma permanente, seja como recurso pontual em contextos íntimos ou sociais, o que resgata a liberdade individual e amplia a sensação de controle sobre o próprio corpo durante e após o processo de reabilitação (Gabriel & Domchek, 2010).

A simbologia da reconstrução do complexo areolopapilar esteve presente em diversos relatos, sendo apontada como elemento que reativa a percepção de feminilidade, identidade e dignidade corporal, o que reforça a importância de considerar essa etapa como parte integrante e essencial da reabilitação oncológica, e não como um procedimento meramente estético ou opcional (Camarota et al., 2018).

Os dados também demonstraram que as pacientes que receberam acompanhamento psicológico durante o processo de reconstrução apresentaram maior satisfação com os resultados e menor incidência de quadros depressivos no pós-operatório, o que reafirma a necessidade de uma abordagem

integrada que reconheça a complexidade subjetiva envolvida na reconfiguração do corpo feminino após o câncer (Carrer Bortolini et al., 2025).

Foi possível identificar ainda que a escolha do material da prótese influencia diretamente na aceitação estética, sendo o silicone de grau médico o mais bem avaliado em termos de naturalidade visual e tátil, resistência e segurança, sendo considerado padrão-ouro nos protocolos reconstrutivos para o CAP em diferentes realidades clínicas e hospitalares (Verbicário et al., 2011).

Com base nas publicações analisadas, conclui-se que a reconstrução areolar com prótese de silicone tem se consolidado como recurso tecnicamente viável, emocionalmente relevante e socialmente transformador para mulheres que enfrentaram o câncer de mama, devendo ser ampliada, divulgada e integrada aos protocolos públicos e privados de reabilitação mamária como parte indissociável do cuidado integral à saúde da mulher (Ramos, 2021).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reconstrução do complexo areolopapilar com o uso de próteses em silicone se consolida como uma alternativa eficiente, segura e acessível dentro do universo da cirurgia reconstrutiva mamária, especialmente para pacientes que não podem ou não desejam se submeter a procedimentos mais invasivos, sendo uma solução que atende não apenas às demandas estéticas, mas também às subjetividades envolvidas na restauração da imagem corporal.

Ao longo da análise dos dados teóricos e clínicos disponíveis, foi possível identificar que o sucesso desse tipo de reconstrução está diretamente relacionado à personalização do implante, à abordagem interdisciplinar e à escuta ativa das pacientes, que encontram na prótese uma possibilidade de reapropriação simbólica de seus corpos após experiências marcadas por dor, perda e transformação.

A construção de uma nova aréola com aparência natural e harmoniosa contribui de maneira expressiva para o fechamento simbólico do ciclo da doença, auxiliando no restabelecimento da autoestima, da autoconfiança e da identidade feminina, sendo descrita por muitas pacientes como a etapa final e mais libertadora do processo de reabilitação oncológica.

A possibilidade de ajustar o formato, a coloração, a textura e a projeção da prótese permite atender às singularidades estéticas e emocionais de cada mulher, respeitando suas memórias corporais, sua história com o câncer e sua forma única de se relacionar com o próprio corpo, o que reforça a potência desse recurso como ferramenta terapêutica e não apenas como artifício cosmético.

É fundamental que a reconstrução areolar seja incluída nos protocolos formais de atendimento pós-mastectomia, com ampla divulgação entre profissionais da saúde, pacientes e gestores, de forma que o direito à reconstrução completa da mama não se restrinja ao volume, mas contemple também a dimensão simbólica e afetiva do complexo areolopapilar.

A expansão do acesso a próteses de aréola em silicone, tanto no sistema público quanto na prática clínica privada, exige investimentos em pesquisa, capacitação de equipes multidisciplinares, regulamentação de materiais e incentivo à produção nacional, com o objetivo de reduzir custos, ampliar a oferta e garantir que esse tipo de reconstrução seja viável para todas as mulheres que desejarem passar por ela.

A reconstrução da aréola por meio de prótese também pode contribuir para a humanização do cuidado em saúde, ao reconhecer o corpo feminino como um território de memórias, significados e afetos, que merece ser reconstituído com sensibilidade, ética e respeito à individualidade de cada paciente, o que fortalece os vínculos entre a equipe de saúde e a mulher reconstruída.

O acolhimento psicológico no processo de decisão e adaptação à prótese de aréola se mostra indispensável para que os benefícios estéticos se convertam em ganhos reais de saúde emocional, sendo necessário que o acompanhamento vá além do pós-operatório imediato e inclua escuta ativa, suporte contínuo e estratégias para reintegração social, afetiva e sexual.

A valorização da reconstrução areolar com silicone também passa pela quebra de tabus em torno da aparência pós-mastectomia, contribuindo para que as mulheres possam ressignificar seus corpos sem culpa ou vergonha, reconhecendo neles não apenas as marcas da doença, mas também as expressões de sua força, autonomia e direito à beleza em todas as fases da vida.

Assim sendo, este estudo reafirma que a reconstrução do complexo areolopapilar com prótese de silicone não é um detalhe estético secundário, mas um gesto profundo de cuidado, reumanização e restituição da integridade física e emocional, devendo ser incorporado como prática fundamental nos serviços de atenção à saúde da mulher, com base na escuta, na ciência e na sensibilidade.



REFERÊNCIAS

- Cammarota, M. C. R. et al. Reconstrução mamária em mulheres jovens e suas peculiaridades. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 33, n. 1, p. 6–13, 2018.
- Carrer Bortolini, M. et al. Reconstrução do complexo areolo-papilar: relato de caso e técnicas disponíveis. *Revista da Sociedade Brasileira de Mastologia*, 2025.
- D'Alessandro, G. S. et al. Reconstrução mamária imediata com retalho do músculo grande dorsal associado a implante de silicone. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 30, n. 1, p. 70–77, 2015.
- Gabriel, C. A.; Domchek, S. M. Breast cancer in young women. *Journal of Clinical Oncology*, v. 28, n. 1, p. 1–10, 2010.
- Liukkonen, J. et al. Breast cancer in very young women. *European Journal of Surgical Oncology*, v. 37, n. 12, p. 1030–1034, 2011.
- McAree, B. J. et al. Breast cancer in women under 40 years of age: a series of 57 cases from Northern Ireland. *The Ulster Medical Journal*, v. 79, n. 2, p. 104–108, 2010.
- Motiva Implants. Informação ao paciente: aumento e reconstrução com implantes Motiva. 2020.
- Ramos, R. S. F. Reconstrução mamária imediata com implante em pacientes submetidas à mastectomia poupadora do CAP: avaliação estética e psicossocial. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2021.
- Verbicário, C. A. F. et al. Incisão transareolopapilar para mamoplastia de aumento: revisão de 330 casos. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 26, n. 2, p. 254–258, 2011.