



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR
'PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES'

ALESSANDRA DENÍSIA SILVA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA REABILITAÇÃO SOCIAL DA MULHER
MASTECTOMIZADA**

*NURSING WORK IN THE SOCIAL REHABILITATION OF THE MASTECTOMIZED
WOMEN*

SÃO JOÃO DEL REI

2015

ALESSANDRA DENÍSIA SILVA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA REABILITAÇÃO SOCIAL DA MULHER
MASTECTOMIZADA**

*NURSING WORK IN THE SOCIAL REHABILITATION OF THE MASTECTOMIZED
WOMEN*

Artigo apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN – como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação do Prof. Esp. Marcio Antônio Resende.

SÃO JOÃO DEL REI

2015

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA REABILITAÇÃO SOCIAL DA MULHER MASTECTOMIZADA

RESUMO

O presente artigo discorre sobre a atuação do enfermeiro na reabilitação social da mulher mastectomizada. As mulheres submetidas à mastectomia enfrentam um desafio duplo: primeiramente, o enfrentamento da doença com a esperança de que todos os esforços empregados determinem a cura completa da enfermidade e, além disso, a necessidade de se reconhecer plenamente mulher após um procedimento “mutilante” em um órgão representativo da feminidade. Sabe-se que um diagnóstico tardio desta doença pode ter como consequência um tratamento muito temido pela maioria da população feminina que abala a sua autoestima: a mastectomia. É pensando neste processo de tratamento que este estudo se estrutura sob a seguinte questão norteadora: como o enfermeiro poderá contribuir no resgate da autoestima da mulher mastectomizada e a sua reabilitação social? O objetivo proposto neste trabalho é discutir os aspectos intervencionais que estariam na esfera da atuação do profissional enfermeiro visando a reabilitação social da mulher mastectomizada. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de revisão bibliográfica com abordagem qualitativa onde os autores trouxeram contribuições que, além de terem possibilitado o desenvolvimento desse artigo confirmaram o objetivo proposto, atenderam a questão norteadora e proporcionaram a conclusão de um estudo que, por sua vez poderá auxiliar na construção de outras pesquisas futuras.

Palavras-chave: Mastectomia. Enfermeiro. Câncer de mama. Reabilitação social.

NURSING WORK IN THE SOCIAL REHABILITATION OF THE MASTECTOMIZED WOMEN

ABSTRACT

This article discusses the role of nurses in social rehabilitation in women with mastectomies. Women who underwent mastectomy face a double challenge: first, facing the disease with the hope that all efforts made to determine the full of illness healing and the need to fully recognize women after a procedure "mutilating" in a representative body of femininity. It is known that a late diagnosis of this disease can have as a consequence a very feared treatment for the majority of the female population that undermines their self-esteem: mastectomy. I am thinking in this treatment process that this study is structured under the following guiding question: how nurses can contribute to the recovery of self-esteem in women with mastectomies and its social rehabilitation? The objective proposed in this paper is to discuss the interventional aspects that would be in the professional practice of nursing sphere aimed at social rehabilitation in women with mastectomies. It is a descriptive exploratory study of literature review with qualitative approach where the authors have brought contributions, and have enabled the development of this paper confirmed the proposed objective, attended the guiding question and provided the conclusion of a study which, in turn may assist in the construction of other future research.

Keywords: Mastectomy. Nurse. Breast cancer. Social rehabilitation.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA REABILITAÇÃO SOCIAL DA MULHER MASTECTOMIZADA

NURSING WORK IN THE SOCIAL REHABILITATION OF THE MASTECTOMIZED WOMEN

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Souza e colaboradores (2014, p. 110) o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no Brasil e o mais comum entre as mulheres, sendo prevalente na faixa etária entre 40 a 65 anos.

Corroborando com a autora acima, Alves e colaboradores (2010, p. 74) reforçam que o câncer de mama, também designado como neoplasia mamária, tem sido considerado a maior causa de morte na população feminina, sendo, por isso, considerado um importante problema de saúde pública.

Para Costa (2011, p.57), o *status* de problema de saúde pública atribuído à enfermidade, em virtude das altas taxas de mortalidade que o câncer de mama apresenta no cenário nacional, pode estar diretamente relacionado ao diagnóstico tardio da doença.

As formas de tratamento mais usuais envolvem a radioterapia, a quimioterapia e/ou a cirurgia. Porém, um diagnóstico tardio pode desencadear a necessidade da mulher se submeter a um tratamento cirúrgico mais radical, muito temido pela maioria da população feminina, que resulta na remoção radical de todo o tecido mamário: a mastectomia.

As mulheres que são submetidas à mastectomia enfrentam um desafio duplo: primeiramente, o enfrentamento da doença com a esperança de que todos os esforços empregados determinem à cura completa da enfermidade e, além disso, a necessidade de se reconhecer plenamente mulher após um procedimento “mutilante” em um órgão representativo da feminidade.

É pensando neste processo de tratamento que este estudo se estruturou sob a seguinte questão norteadora: como o enfermeiro poderá contribuir no resgate da autoestima da mulher mastectomizada e na sua reabilitação social?

Assim, o objetivo deste trabalho foi discutir os aspectos intervencionistas, que estariam na esfera de atuação do profissional de enfermagem, quanto à

reabilitação social da mulher mastectomizada. Para tanto, faz-se necessário conhecer o que é o câncer de mama e, em detalhes, o processo de diagnóstico que dita a necessidade da mastectomia e como a própria paciente acompanha e é informada sobre a cirurgia. Além disso, o aprofundamento das questões de ordem psicológica que se originam durante ou após a mastectomia. Essas são as bases necessárias para a identificação de lacunas, onde o enfermeiro pode ser um agente modificador. Por fim, são apontadas possíveis estratégias de ação do enfermeiro para uma reabilitação bem-sucedida

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de revisão bibliográfica com abordagem qualitativa que visou a questão norteadora, o objetivo proposto neste estudo e proporcionou uma discussão que não pretende ser conclusiva, mas sim complementar dentro dessa temática tão complexa.

O levantamento bibliográfico foi realizado em quatro bases de dados: LILACS, MEDLINE, BDENF e TESESENF da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - Enfermagem, com delimitação do período de publicação entre o ano de 2006 a 2014. Foi realizada uma busca sistemática no período de abril a setembro de 2015. A utilização da BVS-Enfermagem possibilitou seleção de um quantitativo de trabalhos tomando por base os descritores do estudo. Os artigos de Dissertação e Tese de Mestrados em Enfermagem foram utilizados para a elaboração deste trabalho com os seguintes descritores: primeira busca: “mastectomia”; segunda busca: “enfermeiro”; terceira busca: “câncer de mama”; quarta busca: “reabilitação social”.

Para a seleção dos artigos foram analisadas as publicações que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: Somente artigos de dissertação e teses de mestrados em enfermagem por estar disponível em texto completo, ser uma publicação nacional, estar escrito em português e ter relação com os descritores do tema.

2. CÂNCER DE MAMA: CONCEITOS GERAIS

Nas últimas décadas, segundo Moraes (2011, p.35), tem ocorrido um aumento significativo da incidência do câncer de mama e, conseqüentemente, da mortalidade associada à neoplasia. Surgem dois termos nessa citação que precisam

ser completamente caracterizados a fim de se evitar qualquer interpretação errônea do que será tratado no texto daqui por diante: câncer e neoplasia.

Felix (2013, p. 37) ressalta que neoplasia pode ser entendida como proliferação anormal em consequência das alterações nos genes que regulam o crescimento e a diferenciação celular. Em termos de comportamento biológico, as neoplasias se dividem em malignas e benignas:

Neoplasias benignas geralmente não são letais e nem causam sérios transtornos ao hospedeiro;
Neoplasias malignas têm crescimento rápido, e muitas provocam perturbações homeostáticas graves acabando por levar o paciente à morte (FELIX, 2013, p. 37).

Os processos neoplásicos de origem maligna são comumente designados como câncer. Popularmente, o termo câncer é utilizado corriqueiramente para se referir a neoplasias, independentemente de seu caráter benigno ou maligno.

Segundo Lima (2012, p.82), o câncer é um crescimento desordenado das células que formam nosso organismo. As células do câncer são iguais às outras do nosso organismo, pois todas as células que formam os órgãos e tecidos do corpo são parecidas, ou seja, todas têm uma origem comum.

Corroborando com a autora acima, Oliveira (2006, p.62) ressalta que o câncer é considerado como um desequilíbrio entre a proliferação celular e a diferenciação celular, gerando uma doença sistêmica, não apenas um processo localizado de crescimento desordenado.

Para Silva (2012, p. 22), ao definir o câncer como uma doença que tem em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar para as outras regiões do corpo, acaba por destacar dois aspectos importantes do ponto de vista terapêutico: o potencial invasivo e a chance de produzir metástase.

Portanto, ao se utilizar o termo câncer nesse artigo, o texto está se referindo aos processos neoplásicos de ordem maligna que atingem as mulheres.

Krauzer e colaboradores (2011, p. 70) deixam claro sobre a importância das mulheres se atentarem para os fatores de risco que podem predispor ao desenvolvimento do câncer de mama, tais como:

- Faixa etária acima dos 35 anos, pois a taxa de incidência aumenta de forma rápida e progressiva;
- Menarca precoce (idade da primeira menstruação);
- Menopausa tardia (após os 50 anos de idade);
- Ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos;
- Nuliparidade (não ter filhos);
- Histórico familiar positivo para a doença.

Alves e colaboradores (2010, p.50) ressaltam que as mulheres devem não somente atentarem-se para os fatores de risco, mas também ter discernimento prévio em relação aos tipos de câncer de mama existentes:

- . Carcinoma ductal *in situ* (é o tipo de câncer de mama não invasivo e que não espalha pela corrente sanguínea);
- . Carcinoma ductal invasivo (espalha-se para os tecidos e outros órgãos);
- . Carcinoma lobular *in situ* (origina-se nas células dos lobos mamários e não tem a capacidade de invasão dos tecidos adjacentes);
- . Carcinoma lobular invasivo (invade outros tecidos, cresce localmente e se espalha);
- . Carcinoma inflamatório (é a forma mais agressiva do câncer de mama, pois leva invariavelmente à metástase);
- . Doença de Paget (é o tipo de câncer de mama que acomete a aréola ou os mamilos).

É de suma relevância destacar que o câncer de mama é a segunda causa de morte no Brasil. Diante deste cenário, torna-se necessário atentar-se para os sinais e sintomas (MORAES, 2011, p. 45).

Geralmente, os primeiros sinais e sintomas do câncer de mama podem ser manifestados como uma secreção mamilar, uma alteração na pele da mama ou pela dor na mama. No entanto, a presença de nódulo palpável, geralmente discreto, na região mamilar tem sido o sinal mais precoce do câncer de mama; sinal este que, na maioria das vezes, é comumente detectado pela própria paciente (FELIX, 2013, p. 25).

É possível, então, perceber a importância da recomendação para que as mulheres conheçam seu próprio corpo, isto é, que tenham o hábito de se tocar para explorar seu próprio corpo e reconhecer seus aspectos de normalidade. Conhecendo sua própria anatomia e atentando para as informações sobre os sinais e sintomas sugestivos do câncer de mama, é possível melhorar as chances de se detectar quaisquer alterações que possam ter uma origem patológica. Não obstante,

é importante enfatizar que o autoexame das mamas não deve ser usado como único método de diagnóstico do câncer de mama.

Oliveira (2006, p.35) coloca que o autoexame das mamas deverá sempre fazer parte das ações de educação para a saúde da mulher; é de extrema relevância orientar a mulher a realizar este tipo de exame antes do período menstrual. Ao mesmo tempo, a mesma autora ressalta que o autoexame e a mamografia juntas se constituem nas formas mais eficazes para a detecção precoce do câncer de mama.

O rastreamento do câncer de mama por meio da técnica de imagem (mamografia) tem como objetivo identificar alterações sugestivas de malignidade, diagnosticar as lesões não palpáveis e avaliar as características das lesões palpáveis para que possa ser iniciado o tratamento o mais precoce possível (OLIVEIRA, 2006, p.35).

Todo o esforço para o diagnóstico precoce do câncer de mama se fundamenta em um padrão de resposta comum à terapia da maioria das neoplasias malignas, no qual um melhor prognóstico está diretamente vinculado à detecção precoce do câncer.

A indicação do tratamento, de acordo com Marinho e colegas (2013, p. 54), depende muito da extensão e do tipo da lesão, para que seja definido se será utilizado a radioterapia¹, a quimioterapia², a mastectomia³ (foco deste artigo) ou uma associação dessas modalidades:

. Quimioterapia quando indicada possui uma ação sistêmica no organismo do ser humano, pois atinge tanto as células que formam o tumor, quanto às células sadias. E seus efeitos colaterais são: queda de cabelo, ansiedade, náuseas, vômitos, anemia, fadiga, alterações renais e digestivas.

. Radioterapia pode ocasionar uma reação passageira na pele por onde a radiação atravessou. Os efeitos colaterais variam em função da área tratada e da dose: náuseas, vômitos, tristeza, diarreia, perda de apetite, mudança de paladar e aftas (JOSÉ, 2012, p.47).

¹ É um tratamento no qual utilizam radiações ionizantes para destruir ou impedir que as células do tumor aumentem.

² É um tratamento que introduz na circulação sanguíneo composto quimioterápicos para combater o câncer

³ É a remoção da mama através de uma cirurgia indicada para mulheres diagnosticadas com câncer de mama

3. MASTECTOMIA E O CÂNCER DE MAMA

Marinho e colaboradores (2013, p. 73) relatam que a mastectomia é um procedimento cirúrgico que visa remover todo o tumor visível e sua indicação depende em grande parte da classificação do tumor e do estadiamento clínico da doença.

Alves e colaboradores (2010, p. 48) ressaltam que a mastectomia é um procedimento cirúrgico empregado para a retirada da mama afetada que se subdivide em:

- . Mastectomia simples que consiste na retirada apenas de uma mama.
- . Mastectomia radical remove a mama, linfonodos, músculos, tecidos adiposos e pele. A mastectomia modificada envolve a retirada da mama e de uma parte da musculatura (ALVES et al, 2010, p.52).

Corroborando com a autora acima, Pinto (2009, p. 160) enfatiza que a mastectomia é um dos tratamentos prováveis para a maioria das mulheres com câncer de mama. Ao submeter-se à retirada total da mama (mastectomia radical) ou parte dela (mastectomia parcial), certamente a mulher passará por uma grande mudança social, física, psicológica e emocional.

Destaca-se que a mastectomia modificada ainda é um procedimento cirúrgico muito utilizado no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento por ser uma cirurgia menos agressiva e com menor índice de morbidade. É utilizada quando o tumor tem alcançado um tamanho médio de 4 cm ao diagnóstico (JOSÉ, 2012, p.99).

A mastectomia deve ser indicada para tumores maiores ou iguais a três centímetros. As técnicas modificadas que preservam um ou ambos os músculos são as mais empregadas, pois além de assegurarem resultados semelhantes à mastectomia radical, facilitam a reconstrução e reduzem a morbidade (KRAUZER et al., 2011, p.82).

Oliveira (2006, p. 80) deixa claro que ambas as técnicas cirúrgicas são eficazes no tratamento do câncer de mama. De acordo com o tamanho do tumor e a sua localização será avaliado pelo médico mastologista qual a opção cirúrgica mais adequada naquele momento.

De forma geral, conforme citado por Marinho e colaboradores (2013, p. 88), a mastectomia a ser realizada vai depender do tipo e do tamanho do tumor, da velocidade da disseminação das células cancerosas e do estado clínico do paciente.

Para melhor compreensão sobre os tipos de mastectomia existentes, José (2012, p. 76, grifo nosso) ressalta que existem dois grupos de mastectomia parcial e radical subdivididas em oito subgrupos:

. **Tipo Parcial:** Tumorectomia e Quadrantectomia que são utilizadas para a retirada de tumores de até 3 centímetros de diâmetro e que não se localizam na área do reto mamilar, onde é realizada a remoção do tumor, com margem de 1 cm de diâmetro do tecido mamário normal (Figura 1).

Figura 1 – Mastectomia do tipo parcial.



FONTE: <http://www.famerp.br/projis/grp08/cirurgiaoutrosprocedimentos.html>

. **Tipo Radical:** Mastectomia Radical de Haslsted, Mastectomia Radical Modificada ou cirurgias Mio conservadoras podendo ser dos

tipos Mastectomia Radical Modificada Patey ou a Mastectomia Radical Modificada Madden; Mastectomia Total, Mastectomia Ultraradical; Mastectomia Subcutânea (Figura 2).

Figura 2 – Mastectomia do tipo radical.



FONTE: <http://www.fisioweb.com.br/portal/categorias/41-art-cancer/1042-intervencao-imediata-da-fisioterapia-na-pos-mastectomia.html>

Outro fator importante destacado pela autora é que a mastectomia, sendo um tratamento primário contra o câncer de mama, tem despertado uma série de sentimentos muitas vezes negativos na mulher.

Lima (2012, p.20) enfatiza que vivemos em uma sociedade em que as mamas representam o símbolo de identificação da mulher. Assim, em razão disso, existe um preconceito na elaboração da imagem da mulher mastectomizada.

Ainda a mesma autora relata que a mastectomia faz parte do estigma da doença e passa a funcionar como um obstáculo na vida de algumas mulheres diagnosticadas com câncer de mama, ainda um caráter tão negativo como a própria doença em si. Após a mastectomia, muitas mulheres, devido ao medo da discriminação social, passam a ser preconceituosas em relação aos seus próprios corpos (LIMA, 2012, p. 36).

Sabe-se que a mulher, quando informada que irá se submeter a esse tipo de tratamento, sente sua integridade ameaçada, e passa a vivenciar períodos de ansiedade, medo, angústia, sentimento de perda e de culpa, e a não aceitação de si mesma.

Obviamente, todo esse preconceito apresentado pela mulher mastectomizada pode vir a interferir na sua inserção social como também na sua vivência familiar.

Silva (2012, p.105) refere que o sentimento de culpa aparece constantemente nas mulheres mastectomizadas, com muitas delas atribuindo o aparecimento do câncer ao estilo de vida que levavam e à influência do meio cultural em que se inseriam tais como: hábitos alimentares, falta de cuidado com o corpo, estresse, herança familiar e trauma físico.

Souza e colaboradores (2014, p. 132), durante a sua pesquisa, deixam claro que o preconceito, no que concerne à mastectomia, é um fator altamente preocupante, pois advém tanto da própria pessoa submetida a tal procedimento como por parte da sociedade. Percebe-se, diante deste cenário, a importância de se trabalhar questões relacionadas à autoestima e à inserção social na perspectiva de se evitar situações que geram ou exacerbam transtornos físicos, psicológicos, sociais e emocionais da paciente pós-mastectomia.

Como já mencionado, a mastectomia está entre os tratamentos mais empregados para o câncer de mama e a remoção desse órgão (mama) e as terapias adjuvantes empregadas (radioterapia ou quimioterapia) podem desencadear complicações físicas e transtornos psicológicos que, de certa forma, irão refletir negativamente na qualidade de vida da paciente (PINTO, 2009, p.38).

Muitas são as dificuldades, segundo Krauzer e colaboradores (2011, p. 130), enfrentadas pela mulher após a mastectomia. A principal dificuldade, segundo a autora, a ser enfrentada pelas mulheres após a mastectomia, seja ela radical ou parcial, é a sua própria aceitação. Aceitar que o seu corpo está diferente, sem uma parte, lidar com a dor e a dificuldade física, são desafios difíceis após o desgaste da primeira batalha, que representa a presença e o medo do câncer. Todos estes fatores podem comprometer a autoimagem da paciente, levando-a a desenvolver uma baixa autoestima.

De acordo com Souza e colaboradores (2014, p. 135), o câncer de mama e seu tratamento interferem diretamente na identidade feminina, levando a mulher a desenvolver um sentimento de baixa autoestima, de inferioridade e medo. O risco de morte é outro fator preocupante, apontado por esses autores, na vida da mulher e da sua família, após receberem o diagnóstico de câncer de mama.

É importante lembrar que a maioria das mulheres tem a preocupação, além da sobrevivência e de toda a problemática relacionada com a doença, também com as implicações financeiras que o processo de tratamento e acompanhamento geram. No entanto, quando o tratamento está em andamento, as inquietações se voltam para a necessidade de se passar por um procedimento de mutilação a um órgão, representativo da própria feminidade e identidade da mulher.

Costa (2011, p. 128) assinala que a mastectomia é um procedimento de extrema relevância, essencial e imprescindível no tratamento das neoplasias mamárias. No entanto, como já mencionado, tal procedimento gera na mulher um impacto físico e emocional relevante, deixando-a muito fragilizada.

Moraes (2011, p. 91) relata que após a mastectomia, a mulher se depara com um momento de fragilidade emocional. E o que justifica este estado de fragilidade é a percepção do comprometimento da sua autoimagem, em que a assimetria do seu corpo torna-se fator indutor da dor que persiste, não como componente físico, e que só o tempo pode amenizar, à medida que a mulher assimile sua nova imagem corporal.

Corroborando com a autora acima, Silva (2012, p.122) ressalta que a vida da mulher mastectomizada muda completamente na medida em que passa a enfrentar problemas que, até então, eram completamente desconhecidos. Há um novo tipo de desafio, os limites a serem superados são maiores e as incertezas também.

Ainda segundo Silva (2012), a mulher passa por um processo adaptativo, que muitas vezes, perdura por anos. Especula-se que este seja o motivo pelo qual muitas dessas mulheres desenvolvem depressão. Por isso, há necessidade de um suporte e apoio, tanto familiar quanto da equipe de enfermagem, para a superação de seus medos e angústias, visando melhor qualidade de vida.

É importante destacar que é neste contexto de angústia, medo e incertezas que a enfermagem se insere na tentativa de envolver a mulher mastectomizada no

autocuidado, percebendo-a como uma pessoa com questões e preocupações singulares.

A atuação da enfermagem não se reduz apenas em orientações e informações sobre a doença e seus direitos a saúde. Deve ir muito além disso, deverá envolver o desenvolvimento de um cuidado holístico e de um autocuidado eficiente, centrado no cuidado individualizado específico à mulher mastectomizada.

A partir desta última consideração, é salutar que se discuta sobre a importância da atuação do enfermeiro na assistência do autocuidado frente à paciente mastectomizada, analisando que medidas auxiliariam em amenizar as dificuldades e também na aceitação de sua situação de maneira menos traumática, facilitando assim a sua reabilitação social.

4. PROMOVENDO O AUTOCUIDADO

4.1 A importância da atuação do enfermeiro na reabilitação social da mulher mastectomizada

Sabe-se que a submissão à retirada da mama ou de parte dela não é uma etapa fácil para a mulher na terapia do câncer de mama. A mastectomia e sua associação a outros tratamentos para o câncer podem interromper os hábitos de vida da mulher, provocando alterações nas suas relações familiares e sociais. O resultado pode ser o desencadeamento de sentimentos de baixa autoestima, medo e frustração frente a algo que foge do seu controle.

Para Alves e colaboradores (2010, p. 123) o impacto causado pela mastectomia pode transformar a vida da mulher em todos os sentidos. O enfermeiro, ao identificar as ações e situações que mais afligem a paciente naquele momento, planejará ações de autocuidado que terão a possibilidade de se traduzirem em respostas positivas para a melhor recuperação e reabilitação da paciente.

Segundo Krauzer e colegas (2011, p. 134), as mulheres mastectomizadas precisam de profissionais que as diferenciem dos demais pacientes; que despertem nelas o desejo de reassumir suas atividades cotidianas relacionadas ao lazer e a responsabilidade familiar.

Corroborando com a autora acima, Oliveira (2006, p.149), enfatiza que o enfermeiro tem um papel relevante no cuidado com a paciente mastectomizada. Uma das suas principais ações que poderá contribuir para a reabilitação social é uma assistência de enfermagem que congregue técnica, conhecimento científico e, o mais importante, a humanização em saber ouvir, entender e compreender as queixas e limitações da paciente, para então planejar as ações de autocuidado e capacitá-la a cuidar de si mesma.

Para que isso venha à tona, é fundamental, segundo Moraes (2011, p.100), que a atenção à mulher mastectomizada vá além de capacitá-la para o autocuidado, procurando se estabelecer uma relação pautada em uma interação cíclica: enfermeiro/paciente/família.

Marinho e colaboradores (2013, p.100) destacam a importância que o enfermeiro desempenha ao incluir a família nas ações de autocuidado à paciente mastectomizada, já que o apoio familiar tende a contribuir significativamente para o sucesso do tratamento, para a recuperação e para a reabilitação social.

Alves e colaboradores (2010, p.122) enfatizam que o enfermeiro deverá buscar sempre minimizar o sofrimento da mulher mastectomizada, valorizando-a e estimulando-a a transformar o seu medo em força de sobrevivência.

É importante ressaltar que o simples fato da mulher saber cuidar de si mesma valoriza a sua identidade e faz com que a mesma perceba o quanto é capaz de realizar, de acordo com as suas limitações, suas atividades laborais. Tudo isso acaba por aumentar a sua autoestima, seu ego, seu desejo em continuar incansavelmente a lutar por uma sobrevivência com qualidade.

Atualmente, o profissional enfermeiro é considerado como protagonista no processo de tratamento do câncer de mama, visto que pode auxiliar a mulher mastectomizada a buscar sempre estar bem consigo mesma, a valorizar a sua pessoa independente do estágio de tratamento em que se encontra. Assim, o enfermeiro deve realizar, frente à mulher mastectomizada, ações intervencionistas que a possibilitem vencer os seus obstáculos e a recuperar a sua autoestima.

Oliveira (2006, p. 147) ressalta algumas ações intervencionistas consideradas relevantes no dia-a-dia da assistência à mulher mastectomizada:

[...] que o enfermeiro permita que o paciente verbalize seus sentimentos e passe a valorizá-los; identificar áreas potencialmente

problemáticas; auxiliá-los a identificar fontes de ajuda, que podem estar dentro ou fora da própria família; fornecer informações e esclarecer suas percepções; ajudá-los na busca de soluções dos problemas relacionados ao tratamento; instrumentalizá-los para que tomem decisões sobre o tratamento proposto; e levar ao desempenho de ações de autocuidado, dentro de suas possibilidades.

Corroborando com a autora acima, Barreto e colaboradores (2008, p.115) ressaltam os cuidados essenciais que o profissional enfermeiro deve ter frente à mulher mastectomizada enquanto hospitalizada:

- . Realizar curativos uma ao dia e sempre que necessário (sujeidade, úmido) observando presença de secreção, sinais flogísticos;
- . Observar presença de hipertermia;
- . Orientar a paciente quanto à realização de medidas de higiene e autocuidado como: pentear os cabelos, escovar os dentes, banhar-se exercitando o braço afetado e executar exercícios respiratórios de inspiração e expiração, alternando com relaxamento, para diminuir sensações de dor e acúmulo de secreções no tecido subcutâneo;
- . Evitar tirar cutícula na mão do lado operado;
- . Não depilar a axila do lado operado;
- . Não ferir o membro do lado operado;
- . Não permitir a aferição de sua pressão e injeções no membro operado;
- . Evitar dormir sobre o membro operado, para não comprometer a circulação;
- . Não carregar peso do lado operado;
- . Evitar calor (água, sol, fornos); não fazer esforços repetitivos e movimentos;
- . Realizar drenagem linfática, que deve ser orientada à paciente logo após a cirurgia, para estimular a circulação linfática superficial e prevenir o linfedema.

5. CONCLUSÃO

Ao concluir este estudo notou-se que, receber um diagnóstico de câncer de mama deve não ser nada fácil, pois interfere diretamente na qualidade de vida da mulher e seus familiares. A partir deste momento muitas sentem-se incapazes em realizar suas atividades laborais e afetivas afetando assim sua autoestima.

A mulher mastectomizada necessita de ações e cuidados específicos, além de apoio, devendo o profissional atentar para as relações do enfermeiro/paciente/família. Todos trabalhando em prol de um mesmo objetivo o enfrentamento da doença, tratamento, não se esquecendo da autoestima e reabilitação social.

Com o respectivo estudo, pode-se perceber frente a essa necessidade de cuidados, o enfermeiro tem papel primordial por seu maior tempo de permanência e contato com as mesmas. Nesse sentido, precisam estar melhor qualificados para assistir a mulher em sua integralidade, com um cuidar que permita acolhê-las, favorecendo a escuta de sentimentos e vivências, propiciando dessa forma o viver com câncer e o tratamento quimioterápico mais amenos.

Acredita-se que as evidências científicas são fundamentais, mas não podem estar separadas da reflexão, do contato com a cliente, do desenvolvimento do serviço e da sensibilidade. A equipe deve atuar de forma humanizada atentando-se não apenas para o órgão doente e sim ao cliente como um todo, com sua história, medos, angústias e preocupações.

REFERÊNCIAS

ALVES, P.C.; et al. **Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura.** *Nursing Care*. 2010. 125 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo-Horizonte, 2010.

BARRETO, R.A.S; et.al. **As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.10, n.1, pp.110-123, 2008.

COSTA, I.M.M.D. **Mulheres Mastectomizadas: Passo a informação e aprendizagem de capacidades.** 2011. 157 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, 2011.

FELIX, M.M.D.S. **Manejo da dor pós-operatória em pacientes submetidos à mastectomia.** 2013. 162 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade de Ribeirão Preto, 2013.

JOSÉ, S.A.P. **A mulher com câncer de mama localmente avançado: Estratégia para a Gerência do Cuidado de Enfermagem.** 2012. 213 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. (UERJ), Rio de Janeiro, 2012.

KRAUZER, I. M.; *et al.* **Conhecimento produzido acerca da assistência de enfermagem às mulheres mastectomizadas: revisão integrativa.** 2011. 134 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2011.

LIMA, R.D. **A representação social das mulheres sobre o seu câncer de mama: implicações para o cuidado de enfermagem.** 2012. 100 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

MARINHO, D.D. S; *et al.* **A vivência do câncer de mama na percepção de mulheres submetidas à mastectomia: uma análise a partir de publicações científicas.** 2013. 115 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Católica de Minas Gerais, PUC, Campus Betim, Belo Horizonte, 2013.

MORAES, S.D.D.S. **Práticas Integrativas e complementares em mulheres com câncer de mama: Contribuições para a Enfermagem.** 2011. 111 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2011.

OLIVEIRA, A.P. **A consulta de enfermagem em teleterapia de mama na visão da cliente.** 2006. 150 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. (UERJ), Rio de Janeiro, 2006.

PINTO, M.D.C.G. **As vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: Conhecer e compreender para cuidar.** 2009. 183 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, 2009.

SILVA, A. R. D. **As características definidoras de fadiga na clientela em tratamento quimioterápico para o câncer de mama.** 2013. 140 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2013.

SOUZA, A. L. V; *et al.* **Análise da qualidade de vida em mulheres mastectomizadas atendidas no ambulatório do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF).** 2014. 154 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2014.