



## As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem<sup>1</sup>

### The necessity of information of mastectomized woman subsidizing the nursing assistance

### La necesidad de información de mujeres mastectomizadas subsidiando la asistencia de enfermería

Regiane Aparecia dos Santos Barreto<sup>I</sup>, Karina Suzuki<sup>I</sup>, Maria Aparecida de Lima<sup>II</sup>,  
Adriana Alves Moreira<sup>II</sup>

#### RESUMO

A mastectomia é um procedimento cirúrgico agressivo acompanhado de conseqüências traumatizantes nas experiências de vida e saúde da mulher, portanto a assistência de enfermagem no período perioperatório é fundamental. Para tanto esse estudo objetiva: verificar junto às mulheres quais as informações que gostariam de receber no pré-operatório de mastectomia, levantar as necessidades de informações no pós-operatório e contribuir com a elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem perioperatória à mulher mastectomizada. Pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevistas gravadas, norteadas por questões abertas com 16 mulheres atendidas em ambulatório de um hospital público em Goiânia-GO, no primeiro semestre de 2006. Os dados foram submetidos a análise. As respostas foram categorizadas em 2 classes de necessidades: a pré e a pós-operatória, e 5 subcategorias: no pré-operatório: ser operada; sentindo o tratamento; o câncer em mim; o adaptar-se a nova vida; estar internada; no pós-operatório: meu pós-operatório; voltando a rotina, aparência e cuidados; continuando o tratamento; prevenindo as complicações. Todas as dúvidas trazidas pelas mulheres foram pertinentes ao tratamento, à cirurgia e à internação, cabendo à enfermagem e aos demais membros da equipe de saúde, uma assistência focalizada na cliente e em suas necessidades, contribuindo para a qualidade do tratamento.

**Palavras chave:** Mastectomia; Assistência perioperatória; Cuidados de enfermagem.

#### ABSTRACT

The mastectomy is an aggressive surgical procedure that is followed by traumatic consequences in experiences of life and health of women, so the perioperative period assistance is vital. We aimed to verify with the

mastectomized women which information that they would like to receive before surgery to raise the needs of information in the postoperative and to contribute to the development of a protocol for nursing perioperative care to mastectomized woman. Methods: the data had been collected by recorded interviews, guided by opened questions conducted with sixteen women served in ambulatory in the first semester of 2006. Responses were categorized into 2 classes of needs: the preoperative and the postoperative period and five subcategories: before surgery: be operated; feeling the treatment; the cancer in me; adaptation to new life; be interned. In the postoperative: my postoperative period; returning to routine, appearance and cares; continuing the treatment; preventing complications. All questions brought by women were relevant to the treatment, the surgery and hospitalization, and the nursing and other team's members of health care focused on the patient and their needs, contributing to the quality of treatment.

**Key words:** Mastectomy; Perioperative care; Nursing care.

#### RESUMEN

La mastectomía es un procedimiento quirúrgico agresivo que viene acompañado de consecuencias traumatizantes en las experiencias de vida y salud de la mujer. Por lo tanto la asistencia de enfermería en el período perioperatorio es fundamental. Para ello, este

<sup>I</sup> Trabalho de conclusão de curso de graduação pela Faculdade de Enfermagem na Universidade Federal de Goiás.

<sup>I</sup> Mestre em enfermagem. Professora assistente II da Faculdade de Enfermagem na Universidade Federal de Goiás. E-mail: [remajuau@yahoo.com.br](mailto:remajuau@yahoo.com.br)

<sup>II</sup> Acadêmicas de enfermagem da Faculdade de Enfermagem na Universidade Federal de Goiás. e-mail: [mariaplima@yahoo.com.br](mailto:mariaplima@yahoo.com.br)/[dricamoreirabianco@yahoo.com.br](mailto:dricamoreirabianco@yahoo.com.br).

estudo objetiva: verificar junto a las mujeres cuáles son las informaciones que quisieran recibir en el preoperatorio de mastectomía, levantar las necesidades de informaciones en el posoperatorio y contribuir con la elaboración de un protocolo de asistencia de enfermería perioperatoria a la mujer mastectomizada. La investigación cualitativa realizada por medio de entrevistas grabadas, orientada por cuestiones abiertas realizadas con dieciséis mujeres atendidas en dispensario de un hospital público de Goiânia-GO, en el primer semestre de 2006. Los asuntos fueron sometidos a análisis. Las respuestas fueron categorizadas en dos clases de necesidades: antes e después de la cirugía, con cinco subcategorías: en el pre-operatorio

tuvimos: ser operada; sintiendo el tratamiento; el cáncer en mí; el adaptarse a la nueva vida; estar internada; en el pos-operatorio: mi posoperatorio; volviendo a rutina, apariencia y cuidados; continuando el tratamiento; previniendo las complicaciones. Todas la dudas traídas por las mujeres fueron relacionadas al tratamiento, a la cirugía y a la hospitalización, y compete a la enfermería y los demás miembros del equipo de salud, una asistencia volcada al cliente y a sus necesidades, contribuyendo para la cualidad del tratamiento.

**Palabras clave:** Mastectomía; Atención perioperatoria; Atención de Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A mastectomia é um procedimento cirúrgico agressivo que traz conseqüências traumatizantes nas experiências de vida e saúde da mulher. A mama desde a adolescência é um componente marcante da feminilidade, pois representa parte da imagem corporal, sexual, além de cumprir a função de amamentação<sup>(1)</sup>.

A suspeita de câncer (CA) é sempre conflituosa para a mulher, principalmente a procura por serviços de mastologia para diagnóstico e tratamento, pelo medo da mutilação e o tabu do CA sem cura. Após esse período de diagnóstico e receio, "a mulher inicia um processo de tomada de decisão, vital para a sua vida: a escolha e/ou participação no tratamento"<sup>(1)</sup>. A tomada de decisão sobre o tratamento para o CA de mama deve envolver a cliente, que deve ser bem orientada sobre os vários exames a que será submetida e os tratamentos disponíveis<sup>(1)</sup>. Além do envolvimento da mulher, o tratamento deve ser planejado de acordo com o estadiamento da doença, recorrendo-se comumente a várias combinações: cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. Tal tratamento tem mudado bastante nas últimas décadas devido ao melhor conhecimento da história natural do CA de mama e ao diagnóstico precoce<sup>(2)</sup>.

A conduta cirúrgica em um paciente com CA de mama é essencialmente seletiva, pois atualmente as mulheres que procuram

assistência apresentam várias graduações de desenvolvimento tumoral<sup>(3)</sup>.

O tratamento cirúrgico visa sustentar a difusão do CA além dos tecidos da mama e sua indicação, bem como a escolha do tipo de cirurgia depende, em grande parte da classificação do tumor e estadiamento clínico<sup>(3)</sup>.

Após a mastectomia a equipe multidisciplinar deve estar atenta para as complicações (hemorrágicas, seroma, infecção, necrose de pele, lesão de nervo, diminuição do movimento e linfedema) e intercorrências que poderão surgir<sup>(1)</sup>.

Para o sucesso do tratamento é fundamental atenção ao período perioperatório que se divide em pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório. Nos casos específicos de cirurgia de mama, o pré-operatório é uma fase muito importante devendo haver a avaliação minuciosa do ombro e do membro superior, observando todos os movimentos da articulação escápulo-umeral e a existência de algum problema que possa influenciar na reabilitação pós-operatória, como por exemplo: bursite, capsulite, artrite<sup>(1,4)</sup>.

A mulher deverá receber informações a respeito dos cuidados após a cirurgia, orientações e informações sobre as diferentes etapas de recuperação, de como será realizada a cirurgia, cuidados com o braço homolateral, exercícios que recuperem a capacidade funcional do braço e ombro, além de informações sobre outros tratamentos como

quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia<sup>(4)</sup>.

No Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás funciona desde 2002, a Liga da Mama, entidade sem fins lucrativos, filiada ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina e integrada ao serviço de Mastologia. Seu objetivo é proporcionar aos acadêmicos, ensino teórico, treinamento ambulatorial, pesquisas científicas e projetos de extensão incluindo prevenção e assistência aos portadores de doenças mamárias. Fundada como projeto de extensão do serviço de Mastologia, integra alunos do segundo ao quinto ano das Faculdades de Medicina e Enfermagem, cujas atividades são ambulatoriais, acompanhamento cirúrgico, participação em aulas, campanhas e palestras.

No ambulatório de Mastologia o enfermeiro oferece orientações pré e pós-operatórias gerais e específicas à cirurgia de mama. Tal atendimento tem sido realizado de maneira eficiente, porém não existe protocolo ou rotina para direcionar a assistência, dificultando o planejamento e avaliação dos resultados. Existem protocolos em diversos serviços, entretanto torna-se necessário a elaboração de protocolos que levem em consideração as características dos clientes, pois há diferenças regionais e sócio-culturais importantes.

O enfermeiro deve contribuir com a equipe multidisciplinar e seu papel é fundamental para a reabilitação da mulher, cujo comprometimento da auto-imagem pode trazer traumas de ordem física, emocional e social que podem influenciar negativamente na evolução do tratamento e comprometer a dinâmica familiar.

Acreditando na importância do estabelecimento de protocolos para o planejamento da assistência de enfermagem e que, as necessidades das clientes da Liga da Mama devem direcionar as ações implementadas, nos propusemos a realizar esta pesquisa, levantando dados que poderão contribuir para entender melhor as necessidades destas mulheres e, conseqüentemente, auxiliar alunos e profissionais no direcionamento de atividades

em benefício dessa clientela. Assim este estudo tem o objetivo de verificar com as mulheres que serão mastectomizadas, quais as informações que gostariam de receber no pré-operatório e levantar as necessidades de informações de mulheres mastectomizadas em pós-operatório imediato.

## **METODOLOGIA**

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado no ambulatório de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

A pesquisa qualitativa é caracterizada como "modos de inquirição sistemática preocupada com a compreensão dos seres humanos e da natureza de suas transações consigo mesmo e com os seus arredores", e se baseia na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores<sup>(5)</sup>.

Os sujeitos da pesquisa foram 16 mulheres atendidas no referido ambulatório no primeiro semestre de 2006, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade superior a 18 anos; estar em pré-operatório de mastectomia; aceitar que a entrevista fosse gravada; estar em condições físicas e mentais para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responder às entrevistas.

As entrevistas foram gravadas tendo como guia questões abertas. O número dos participantes do estudo foi obtido obedecendo ao critério de saturação dos dados<sup>(6)</sup>. As informantes foram abordadas *a priori* por telefone, onde foi esclarecida a finalidade da pesquisa e feito o convite para participação. As entrevistas duraram 30 minutos, em média, ocorreram no dia do atendimento ambulatorial de pré-operatório antes de quaisquer orientações por parte da equipe de enfermagem. No segundo momento realizamos visitas pós-operatórias na Clínica Cirúrgica seguindo o mesmo critério do pré-operatório. O estudo teve aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Ministério da Saúde, sob protocolo 120/2005. As duas

questões norteadoras foram: "Fale sobre as informações que você gostaria de receber sobre a cirurgia que você irá fazer" e "Fale sobre as informações que você gostaria de receber sobre a cirurgia que você fez".

As entrevistas foram transcritas integralmente e o conjunto de respostas dadas a cada questão foi submetido à análise temática do conteúdo<sup>(6)</sup>. Para essa análise seguimos as etapas definidas por Bardin<sup>(6)</sup>, sendo que para cada questão foram extraídas categorias que serão apresentadas e discutidas a seguir.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contou com a participação de sete mulheres em pré-operatório e nove em pós-operatório totalizando dezesseis, sendo que acompanhamos as sete mulheres no pré e pós-operatório; das nove pacientes em pós-operatório, quatro passaram por reconstrução imediata da mama. Para manter o anonimato os nomes das entrevistadas foram substituídos por nomes fictícios quando do uso de suas falas na apresentação dos dados.

Do conjunto de dados relativos à primeira questão que se referia às **necessidades pré-operatórias** três categorias foram identificadas e discutidas.

### Ser operada

O período pré-operatório é uma etapa do tratamento que gera estresse e ansiedade devido às dúvidas inerentes ao ato anestésico-cirúrgico, principalmente em pessoas que nunca foram submetidas à cirurgia. Com base nos relatos percebemos que estar diante da situação de ser operada era permeada pela falta de conhecimento das entrevistadas com relação à cirurgia, às técnicas cirúrgicas, o procedimento anestésico e outros, bem como a repercussão destes no seu corpo:

*[...] Como que vai ser? O que vai tirar? Como que vai ser anestesia? Que isso não sei ainda [...] Como seria a anestesia, por exemplo; ela é local ou uma anestesia mais geral ou pelo menos da cintura para cima? E sobre essa glândula, que disse que tem tirar uma glândula debaixo do braço? Ai eu gostaria de entender o porquê de tirar essa glândula [...] Outra coisa o dreno, se todas têm que colocar? O por quê?*

*O que é? O que expõe? Na onde é que ele vai? Da onde ele tira aquela coisa na vasilhinha? Como que é o processo... Se é segura essa cirurgia que vou fazer? [...] No caso dessa reconstrução é... não tem perigo de rejeição de uma pele para outra, porque é minha mesma aí, por causa disso, vai ficando toda vida para sarar [...].*

A cirurgia no CA de mama tem por objetivo promover o controle local, com a remoção mecânica de todas as células malignas presentes junto ao CA primário, proporcionar maior sobrevida, orientar a terapia sistêmica, definir o estadiamento cirúrgico da doença e identificar grupo de maior risco de metástase à distância. O esvaziamento axilar por sua vez, é feito para o estadiamento cirúrgico e controle da doença na axila, avaliação de prognóstico no que se refere às recidivas locais e à distância e orientar as terapêuticas complementares<sup>(7,8)</sup>.

Logo, o tratamento cirúrgico é indicado para tumores que tenham baixa fração de crescimento, longos períodos de ciclo celular e estejam limitados localmente e/ou regionalmente. Seu planejamento não deverá consistir somente na remoção do nódulo, há necessidade de se considerar também os aspectos funcionais e a estética do local operado<sup>(3,8)</sup>.

Os tipos de cirurgias dependem do estadiamento clínico e histológico, podendo ser classificadas em conservadoras: tumorectomia (exérese do tumor sem margens) e ressecção segmentar ou setorectomia (exérese do tumor com margens) e as não conservadoras: adenomastectomia subcutânea ou mastectomia subcutânea (com a retirada da glândula mamária, preservando-se pele e complexo aréolo-papilar), mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo aréolo-papilar), mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais com linfadenectomia axilar (radical modificada), mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitoral (is) com linfadenectomia axilar (radical)<sup>(7)</sup>.

Diversos fatores têm contribuído para a segurança destes procedimentos cirúrgicos na atualidade, entre eles a consagração de técnicas mais conservadoras, o aprimoramento da anestesia e a antibioticoprofilaxia<sup>(8)</sup>.

A equipe multidisciplinar deve estar atenta aos problemas peculiares do paciente oncológico em fase pré-operatória, tais como desnutrição protéico-calórica, anemia, alterações na hemostasia, dentre outras. A enfermagem tem papel fundamental por meio da visita pré-operatória na qual realiza coleta de dados identificando doenças preexistentes, tratamentos prévios, hábitos alimentares, tabagismo e alcoolismo que poderão trazer complicações durante e após a cirurgia. Além de orientações quanto à uma série de exames pré-operatórios solicitados pela equipe médica, cuja função é analisar o estado nutricional, respiratório, cardiovascular, hepático, renal, endócrino e imunológico da mulher<sup>(1)</sup>.

A finalidade desses cuidados é detectar algum problema e corrigi-lo antes da cirurgia. Além do estado físico, são avaliadas condições emocionais da cliente; esta assistência holística é importante para que o procedimento cirúrgico possa ser realizado com garantia<sup>(9)</sup>.

O processo de remoção da mama possui característica que o torna propício ao acúmulo de líquidos, pois ocorre uma extensa dissecação de vasos linfáticos, que resulta num espaço morto potencial, que poderá receber a linfa e o sangue proveniente da lesão de pequenos vasos sanguíneos e linfáticos durante a cirurgia. Próximas a esta área são inseridos os drenos (a vácuo ou de sucção), que são tubos que saem da proximidade da região operada para dentro de um dispositivo portátil (fechado); o princípio da drenagem à vácuo é a aspiração, com o uso de sucção constante e suave que promove a drenagem desse sangue e líquido seroso que poderá servir de meio de cultura para bactérias<sup>(1)</sup>.

O cliente está sempre preocupado com a anestesia, quer seja pelo medicamento ou pelo tipo de anestesia que será submetido. Com isso é indispensável que o anestesíologista realize a visita pré-anestésica atenciosa esclarecendo dúvidas sobre o ato anestésico, bem como os procedimentos a serem realizados. A enfermagem deve saber qual anestesia o paciente vai receber, e dar todas as orientações necessárias para tranquilizá-lo e aumentar a confiança na equipe<sup>(10)</sup>.

Em geral, para esse tipo de cirurgia, a escolha é a anestesia geral. A consciência durante a cirurgia pode causar síndrome de estresse pós-traumático, distúrbios do sono e ansiedade. Esta síndrome compreende pesadelos repetitivos, ansiedade e irritabilidade generalizadas e preocupação com a morte<sup>(11)</sup>.

Em alguns casos, para amenizar a falta do seio, pode ser realizada a reconstrução mamária com o objetivo de reabilitação física, estética e diminuir o estigma do câncer. A cirurgia pode ser feita usando-se o tecido do próprio corpo (autógenos) ou com implantes de mama (aloplásticos) ou então, uma combinação de ambos. Na unidade pesquisada utiliza-se a reconstrução autógena com transferência de retalhos musculocutâneos, geralmente retirados da região abdominal ou dorsal e levados ao local a ser operado, preso a um músculo que garante sua nutrição sanguínea. Essa técnica tem menor custo, pois não usa prótese de silicone, além de apresentar qualidade superior da reparação<sup>(2)</sup>. Qualquer que seja o procedimento cirúrgico eleito o mesmo pode provocar alterações físicas que vão desde a deformação mínima à perda da mama, ruptura da integridade da pele e da drenagem da rede linfática<sup>(12)</sup>.

Partindo deste princípio, percebemos que desde o diagnóstico estas mulheres precisam ser tratadas de forma honesta e humanizada, para que possamos mostrar as vantagens da cirurgia e/ou tratamento e a importância da adesão às terapias. Para isto, é necessário prestar informações com linguagem acessível ao seu entendimento, clareza nas exposições, por meio de *feedback*. Outro fator importante é a inserção da mulher no processo decisório que a envolve e no tipo de procedimento que será adotado; tal inclusão deve ser adotada pelo enfermeiro a fim de proporcionar excelência na assistência<sup>(1)</sup>.

A mulher tem o direito de ser ouvida, opinar sobre suas convivências, dispor como proprietárias exclusivas do seu corpo, partes e funções, e de decidir sobre sua vida. Ressalta-se que no sistema atual de assistência à saúde, tornam-se evidentes as muitas práticas que desconsideram o paciente como sujeito e pessoa em seu tratamento. Isto é constatado no

momento do diagnóstico e definição da terapêutica, onde elas raramente compartilham do processo. A questão da participação da mulher com CA de mama no seu processo de tratamento, inclusive nas modalidades a que serão submetidas, deve ser conduzida dentro de uma proposta de um modelo assistencial traçado pela ética do cuidar de cidadãos, de forma a permitir que se torne sujeito de participação de sua própria assistência<sup>(1)</sup>.

### O câncer em mim

Embora existam vários aspectos sobre CA de mama conhecidos, como a origem, os fatores de risco, hereditariedade, recidiva, prognósticos e características da doença, sua experiência é ampla e envolve diferentes momentos com significados distintos para cada mulher. Percebemos durante as falas das entrevistadas que ainda existem muitas dúvidas e questionamentos em relação a estes assuntos:

*[...] corre risco de novo? Volta no mesmo lugar? [...] Qual a chance que minha filha tem de ter o câncer ou não? [...] O câncer é maior no emocional ou familiar mesmo? [...] A gente tem medo, mas vai fazer o quê né!? [...] Não vai ficar boa, mas torce para que fica. Se a gente disser que não tem medo está mentindo [...] Essa doença, essa coisa que não pega. Não pega? Isso é um trem, um vírus, alguns desenvolve outros não? [...].*

O câncer pode ser definido como uma doença degenerativa resultante do acúmulo de lesões no material genético das células, que induz o processo de crescimento, reprodução e dispersão anormal das mesmas<sup>(3)</sup>.

Os fatores de risco para o câncer de mama são: idade acima de 50 anos, caso de câncer de mama em parentes de primeiro grau, primiparidade com mais de 30 anos, menarca antes dos 12 anos, menopausa após 50 anos, uso de terapia de reposição hormonal, anticoncepcional oral e consumo de álcool. Em contrapartida, o aleitamento materno reduz o risco de câncer de mama em 4,3% a cada 12 meses, assim como a paridade, com redução de 7,0%<sup>(1)</sup>. Logo, as mulheres que tem parentes de primeiro grau que foram operadas de câncer

de mama, necessitam ser orientadas a realizar o aconselhamento genético.

O risco de recidiva na mama operada é de cerca de 1% ao ano depois do diagnóstico original, e os fatores preditivos mais importantes para isto acontecer são: grau histológico, comprometimento ganglionar axilar e idade menor que 40 anos; as mulheres que enquadram nestes parâmetros devem ser submetidas à terapêutica adjuvante para minimizar tais riscos<sup>(13)</sup>.

O prognóstico das pacientes tratadas de CA de mama só será diferente, se houver intensa propedêutica para diagnosticar metástases subclínicas à distância. Por isso, o seguimento é tão importante e a recomendação é o acompanhamento durante os primeiros cinco anos, com exame físico semestral, mamografia e exame ginecológico anual; depois dos cinco anos a mulher poderá procurar o médico e repetir tais exames anualmente. Estas recomendações mudam para aquelas que realizaram cirurgia conservadora, onde a primeira mamografia deverá ser realizada em 6 meses<sup>(7)</sup>.

Apesar dos avanços obtidos no conhecimento sobre a patologia e seu tratamento, o simples fato de se utilizar a palavra câncer para designar um conjunto de patologias tumorais, já indica a necessidade da integração entre uma equipe multidisciplinar, pois se observa enorme conteúdo emocional ligado a esta palavra<sup>(13)</sup>. É comum a associação do CA com doença fatal, vergonhosa e comumente considerada sinônimo de morte, o que contribui para que as pessoas mantenham sentimentos exclusivamente pessimistas sobre a doença. A assistência de enfermagem ao paciente canceroso e sua família consiste em permitir a todos verbalizar seus sentimentos e valorizá-los, identificar áreas potencialmente problemáticas, auxiliar a identificar e mobilizar fontes de ajuda, informações e busca de soluções de problemas<sup>(14)</sup>.

### Os dilemas de estar internada

A internação provoca no indivíduo uma ruptura com o seu ambiente habitual, modificando costumes, hábitos, capacidade de auto-realização e de cuidado pessoal.

Constatamos grande necessidade que as clientes têm de atenção, diálogo e informação: [...] *Quantos dias eu vou ter que ficar internada no hospital? O que eu vou ter que trazer? [...] receber visita? Que horas é essa visita? Quanto tempo de visita pode ficar? E o acompanhante é desde o início da cirurgia ou é após a cirurgia? [...] Pode receber visita? Que horas é essa visita? Quanto tempo de visita pode ficar? E o acompanhante é desde o início da cirurgia ou é após a cirurgia? Eu fiquei nervosa, é porque não achavam a veia, é porque as veias são fininhas? [...] vai ter sonda? [...]*

Esclarecer as clientes sobre as técnicas invasivas as quais serão submetidas, bem como sua importância e desconfortos é uma etapa indispensável ao atendimento, pois visa prevenir a ansiedade, o medo e ter um cliente participativo e colaborativo com os procedimentos a serem realizados<sup>(1)</sup>.

O tempo de internação é determinado pelo médico, de acordo com a recuperação pós-operatória da paciente. O paciente deve trazer material de higiene pessoal como: sabonete, escova e pasta de dente, pente, toalha, absorvente, desodorante. O horário de visitas vai das 14h00min às 15h00min horas, diariamente, sendo permitida a entrada de apenas duas pessoas ao dia; apenas pacientes que necessitam de ajuda receberão autorização para permanência de acompanhante, que deve ser solicitada ao enfermeiro da clínica<sup>(15)</sup>.

No que diz respeito ao conjunto de dados relativos à segunda questão que se referia **às necessidades pós-operatórias** cinco categorias foram identificadas e discutidas.

### **Meu pós-operatório**

As preocupações mais frequentes sinalizadas pelas mulheres nessa etapa do procedimento cirúrgico são relativas ao período pós-operatório imediato. A presença da incisão, curativo e drenos denunciam as principais preocupações das pacientes:

*[...] E esse dreno aqui, eu vou ficar com ele muitos dias? Tem gente que leva ele para casa, né? [...] Quando foi pra eu fazer a reconstrução da mama, eu tava em dúvida, com medo... O doutor me explicou... Falou que não ia tampar o problema aí dentro não. Você vai é tirar ele, aí*

*se for pra voltar, se for por acaso, for voltar, né, não é porque fez a reconstrução é que vai voltar. Aí eu fiquei em dúvida, mas eu creio que Deus me curou e não vai voltar mais [...]* *Sobre o curativo, eu faço ou não? O que eu passo?... Posso lavar com água e sabão? O dreno, como eu posso lavar esse dreno? Como eu vou estar mexendo nesse dreno? [...] Como deve ser feito o curativo? [...] O que o dreno pode estar ajudando? Se tiver algum, atrapalho no dreno, volta infecção? E o dreno vai tirar que dia, e os pontos que dia é? [...] Tô com dois drenos, aí estou pensando de ir embora com esses dois dependurados, será que tem segurança de não sair, né? [...]*

Comumente após a alta a mulher vai para casa com um ou dois drenos; isto dependerá da quantidade de secreção drenada no pós-operatório (30ml em 24h é indicação de retirada do dreno) e da avaliação médica.

Nesse sentido, é fundamental o esclarecimento a essas pacientes que no domicílio, certos cuidados deverão ser tomados para evitar complicações e facilitar a pronta recuperação como o uso de roupas mais largas para acomodar bem o dreno, que deve ser colocado dentro de uma sacolinha de plástico para proteger na hora de pôr no chão e durante o transporte, esvaziar o coletor duas vezes ao dia e medir em qualquer recipiente graduado, anotar a quantidade em formulário próprio que o serviço deve fornecer. Na hora da higiene corporal, lavar a incisão com movimentos leves e secar com pano limpo, passado a ferro, exclusivo para este fim; durante a drenagem é normal a saída de pequenos coágulos, portanto, é necessária vigilância constante para evitar obstruções, sendo que espaços vazios no tubo não significam interrupção do fluxo. Alguns fatos devem ser comunicados à equipe: quantidade aumentada e coloração sanguinolenta da secreção, caso accidental de saída do dreno, sinais flogísticos e/ou de infecção na região das incisões, drenagem ausente nas 24h, bolsa cheia de ar<sup>(4,7,9)</sup>.

A explicação desses procedimentos de forma detalhada parece fundamental para que as mulheres tenham estímulo para o autocuidado. É importante o esclarecimento de que na hora de esvaziar o dreno, é necessário lavar

as mãos com água e sabão, pinçar e esvaziar o tubo, medir, apertar, tampar a bolsa sanfonada, soltar o pinçador do tubo, desprezar a secreção em vaso sanitário, lavar as mãos e anotar. O dreno é retirado de dois a quatro dias após a cirurgia dependendo da quantidade de secreção drenada e da avaliação médica<sup>(7)</sup>. A troca do curativo deve ser realizada todos os dias, sendo que antes de tal procedimento deve seguir os seguintes passos: lavar as mãos, ferver água filtrada e deixar esfriar em recipiente com tampa, descobrir o curativo, lavar as mãos, jogar a água nas gazes estéreis, limpar com movimentos firmes e suaves unidirecionais de acordo com indicação do enfermeiro ou médico, passar o produto sugerido, cobrir a região com gazes e fixar com esparadrapo<sup>(4,11)</sup>.

A retirada dos pontos foi um fator também levantado como dúvida ou necessidade de conhecimento por parte das mulheres entrevistadas. Esse aspecto deve ser esclarecido e orientado, indicando que acontece quando a cicatriz estiver na fase de tensão, o que normalmente ocorre entre o quinto e o sétimo dia, mas isto depende do tipo e tamanho da incisão, efeito estético desejado e presença de complicações pós-operatórias na ferida. Diante disto, percebemos a importância do papel educativo do enfermeiro na assistência prestada à saúde dessas mulheres, uma vez que o déficit de conhecimento relacionado ao auto-cuidado propicia a ocorrência de complicações pós cirúrgicas, que retardam o processo cicatricial e a reabilitação<sup>(9)</sup>.

É importante destacar que cada mulher reage a essa situação segundo sua história de vida, ao contexto social, econômico e familiar e o medo da morte que neste momento é maior, logo a manutenção da vida é considerada mais importante do que a perda da mama propriamente dita<sup>(16)</sup>.

### **A importância da aparência e auto-cuidado**

O restabelecimento da aparência e a necessidade de auto-cuidado foi um aspecto bastante presente nas falas das mulheres como pontos fundamentais na recuperação física e psicológica como podem evidenciar as falas a seguir:

*[...] E sobre a roupa, essas mesmo que a gente veste só que com botão, né! E o sutiã é o mesmo que eu uso, ou tem que comprar outro? [...] Me pediram um macaquinho...como vai ser os cuidados com essa roupa? [...] Eu queria ver se tem que ir no hospital pra mim doar aquele sutiã com protesinha dentro né, eu só tenho sutiã normal, eu queria ver se tem pra mim emprestar sei lá!? [...] Quanto tempo tenho que usar a meia de media compressão? [...]*

A aparência pessoal é uma das preocupações básicas na vida do ser humano saudável, trazendo traços característicos<sup>(16)</sup>. As falas acima demonstram como esse aspecto pode fazer diferença na recuperação e na manutenção da auto-estima dessas mulheres. A roupa desempenha um importante papel durante o período pós-cirúrgico, uma vez que é por meio do uso de alguma vestimenta que a mulher procura ocultar a cicatriz. Ao se preocupar consigo mesma, a mulher procura meios de se cuidar buscando soluções desejáveis.

Após a reconstrução mamária com transferência de retalhos musculocutâneos, é aconselhado o emprego de uma malha compressiva (cinta ou macaquinho) para dar firmeza aos movimentos e melhorar a imagem corporal. O sutiã deve ter modelo cirúrgico específico para quem fez só mastectomia e para quem fez reconstrução, os quais funcionam como um molde ajustando a mama ao lugar, por isso é importante que seja de material "firme". Para as pacientes que realizaram a reconstrução é aconselhável o uso do sutiã sem costura. Já para as clientes que não realizaram a reconstrução mamária deve ser oferecido um acolchoamento temporário de algodão com peso aproximado ao da mama contralateral, que pode ser usada até que a incisão cirúrgica esteja cicatrizada<sup>(4)</sup>.

Vale ainda alertar as mulheres para alguns cuidados que são necessários para com essas peças, pois é recomendado a lavagem com sabão neutro em água fria; a secagem a sombra; depois de seco colocar a peça por trinta minutos no refrigerador; não usar tanquinho, máquinas, secadoras ou ferro para passar.

## Prevenindo as complicações

Existem complicações pós-mastectomia que são peculiares à esse tipo de procedimento, uma vez que a manipulação ocorre não só na mama, mas também envolve os linfonodos circunvizinhos responsáveis pelas maiores complicações, dessa maneira surgem dúvidas acerca de como preveni-las, conforme as falas abaixo:

*[...] Será que vou ter que fazer fisioterapia [...] Quero saber se eu, eu vou poder fazer em casa [...] Eu gostaria de saber agora até quanto tempo tem que fazer o método (drenagem linfática) na barriga e no braço e nas axilas também [...]*

Diante dessas dúvidas é importante o esclarecimento de que a fisioterapia precoce tem como objetivos prevenir complicações, promover adequada recuperação funcional e, conseqüentemente, propiciar melhor qualidade de vida às mulheres<sup>(17)</sup>. O plano de assistência para orientação dos exercícios deve estar fundamentado nos movimentos em que os músculos peitorais maior e menor tenham importante participação, como na rotação, flexão, extensão, abdução, anteversão, elevação, abaixamento do braço, retroversão e circundação, sendo assim é recomendável iniciar os exercícios com movimentos que exijam menor força dos músculos peitorais e, gradualmente aumentar a frequência e complexidade dos mesmos<sup>(12)</sup>. É importante destacar que a assistência na reabilitação física da mulher mastectomizada dependerá do tipo de cirurgia realizada, bem como das estruturas extirpadas e complicações decorrentes destas perdas.

Estudos têm demonstrado que no pós-operatório imediato a mulher deve ser encorajada a realizar medidas de higiene e auto-cuidado 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. No pós-operatório tardio, exercícios respiratórios, de ombros e braços para ganhar amplitude e força são recomendados<sup>(12)</sup>.

O início das atividades físicas ocorre por volta do terceiro dia pós-cirúrgico, visando a mobilização de estrutura da articulação escápulo – umeral: contração da musculatura do braço e antebraço pela compressão e descompressão de uma bolinha; flexão e extensão das mãos; exercícios de elevação dos membros superiores com movimentos ascendentes e descendentes sobre a superfície da parede, onde as mãos devem alcançar, simultaneamente, o ponto mais alto que puderem; movimentos circulares do membro superior afetado, usando uma corda fina presa à porta; manobra de elevação do braço afetado, com auxílio de uma corda fina, de cerca de 2 m de comprimento, adaptada a uma roldana, situada acima da cabeça<sup>(17)</sup>.

Além de exercícios de reabilitação a mulher precisa tomar alguns cuidados com o braço operado, para prevenir complicações, com destaque para o linfedema<sup>(17)</sup>: evitar tirar cutícula na mão do lado operado; evitar depilar a axila do lado operado; evita ferir o membro do lado operado, usando luvas; 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; usar luvas para o uso de produtos de limpeza e/ou outros produtos que possam irritar a pele; evitar calor (água, sol, fornos); não fazer esforços repetitivos e movimentos bruscos.

Outro cuidado importante a ser tomado é a realização da drenagem linfática, que deve ser orientada à paciente logo após a cirurgia, para estimular a circulação linfática superficial e prevenir o linfedema<sup>(17)</sup>.

Um aspecto analisado que foi comum como resposta nas duas questões apresentadas às mulheres na entrevista no pré e pós-operatório respectivamente, demonstrou que não houve diferença na necessidade de informação em mulheres já submetidas à mastectomia e àquelas em pré-operatório. Por essa razão esses dados foram agrupados e são apresentados em outras duas categorias que serão discutidas a seguir.

## 01. Sentindo o tratamento / Continuando o tratamento

Com o passar da fase cirúrgica a cliente volta o seu olhar e preocupação à continuação do tratamento terapêutico adjuvante e seus efeitos colaterais. O CA de mama pode ser tratado por meio de radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal ou cirurgia. Frequentemente são usadas duas ou mais abordagens terapêuticas, dependendo das necessidades de cada cliente, visando obter o melhor resultado possível. Nesse momento a mulher se depara com dúvidas relacionadas a estas terapias, bem como os critérios feitos para a escolha das mesmas, como pode ser visualizados nas falas:

*[...] A radioterapia dói ou não? [...] O que você tem a me dizer sobre quimioterapia? Por que eu tenho que tomar ela? Até quando? [...] Eu queria também saber qual o processo, sobre não precisar tomar a radioterapia após a cirurgia? [...] Na hora da rádio vai tirar algum tipo de secreção de dentro? ... É só uma coisa que passa assim por fora? [...] Agora a doutora me falou que tem uma radioterapia branca, amarela e vermelha... Assim agora eu gostaria de saber qual a diferença dessa quimioterapia branca pra radioterapia, por exemplo... Então dizem que dá vômito, dá uma série de náuseas, ou se a mente já é proveniente disso né. Assim eu gostaria de saber até quando isso é verdade né? [...] Eu vou fazer quimioterapia e rádio. Quando eu for fazer quimio, eu vou embora logo, ou fico o dia todo? Eu queria saber a quimio, se meu estado de fraqueza aumenta ou não? [...] Que forma vai ser o tratamento do CA da quimio e radioterapia? Como é o tratamento eu não sei? [...].*

A duração e o tipo do tratamento são dúvidas frequentes e devem ser trabalhadas para ajudar a mulher, pois assim, ela pode planejar sua vida e organizar o tempo que precisará dispor para si nesse período de tratamento. Geralmente, a terapêutica é planejada de acordo com o tipo de tumor, podendo ser diferentes em cada caso. Vários fatores devem influenciar na escolha do tratamento, incluindo o tamanho, o tipo histológico da lesão, a habilidade e experiência da equipe multidisciplinar e o desejo da paciente.

Nesse sentido é fundamental o esclarecimento que o tempo de administração

varia de acordo com o tratamento escolhido, existindo situações em que é necessária a internação para receber a medicação. Na unidade estudada é utilizado o tratamento ambulatorial que tem como objetivo atender clientes submetidos ao tratamento quimioterápico com qualidade, presteza, eficiência e minimizando sempre que possível os efeitos colaterais pertinentes ao tratamento e/ou doença. A cliente em uso de terapia adjuvante deve aumentar as horas de descanso e reduzir as atividades que exigem muitos esforço para diminuir a fraqueza, não necessitando, entretanto mudar as rotinas de vida diária<sup>(17)</sup>.

As Terapias Sistêmicas Adjuvantes são as formas de tratamento não cirúrgico e incluem sessões de quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia e/ou terapia local, que são motivos de dúvidas questionados pelas pacientes no pré e no pós-operatório.

A radioterapia é utilizada com o objetivo de destruir as células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia. Atualmente com as propostas das cirurgias menos radicais, existe a necessidade de aplicações em toda a mama, independente da idade, do uso de quimioterapia, hormonioterapia ou mesmo com as margens livres de comprometimento neoplásico. A rádio pode ser classificada de acordo com o tipo de radiação, eletromagnética ou partículas, e conforme a administração externa (teleterapia) ou interna (braquiterapia), sendo que, no câncer de mama emprega-se a teleterapia. Durante as aplicações, a equipe multidisciplinar deve avaliar sistematicamente o local operado para prevenir as complicações tardias<sup>(14)</sup>.

Por existirem dúvidas e também tabus em relação ao tratamento, conforme verificamos nas falas, é fundamental o esclarecimento para aquelas mulheres que fazem uso de radioterapia que as reações pós-irradiação, em geral, são bem toleradas, os efeitos colaterais temporários e, amiúde, consistem em reação cutânea branda a moderada, alopecia, xerostomia, eritema, esfoliação da pele, alteração e perda do paladar, salivação diminuída, estomatite, disfagia, anorexia,

náuseas, vômitos, diarreia, anemia, leucopenia, trombocitopenia e fadiga. A fadiga ocorre, na maioria das vezes, duas semanas depois das sessões e pode persistir por várias semanas após o término da terapêutica. Isto comumente gera na mulher depressão, indisposição e cefaléia.

A radioterapia pode levar às complicações como queimaduras, alterações na mobilidade do braço e aumento de risco de linfedema (acúmulo de líquido no membro superior do lado da cirurgia, podendo surgir no pós-operatório ou muitos anos após a cirurgia de mama). Portanto, é essencial a recomendação durante esse tipo de tratamento o uso de filtro solar na área irradiada e práticas de exercícios físicos<sup>(14)</sup>.

A quimioterapia também foi motivo de dúvida levantada pelas mulheres. Considerando que a finalidade desse procedimento é erradicar a disseminação micrometastática interferindo no processo de divisão e multiplicação celular, é importante informar que, geralmente, esta modalidade tem início depois da cirurgia, entretanto não existe nenhum padrão único para seu seqüenciamento. Os agentes antineoplásicos da quimio são usados na maioria das vezes em combinação, para aumentar a eliminação das células cancerígenas, diminuindo a incidência e a severidade dos efeitos colaterais, visto que um dos agentes serve para reverter o efeito do outro<sup>(18)</sup>.

Infelizmente ainda não existem quimioterápicos que atuam exclusivamente sobre as células doentes, eles interferem também nas saudáveis. Isto explica em boa parte os efeitos colaterais dessas drogas, como queda de cabelo, náuseas e vômitos, diarreia, estomatites, imunodepressão, anemia, manchas na pele e unhas entre outros<sup>(18)</sup>. Por essa razão, vale esclarecer a mulher que será submetida ao tratamento das possibilidades de ocorrência desses efeitos e oferecer apoio e informação suficientes para que ela entenda que essa é uma etapa transitória.

A hormonioterapia, outra modalidade de tratamento refere-se ao uso de drogas que inibem a secreção de vários hormônios que interferem no crescimento de alguns tipos de

câncer de mama. Os efeitos colaterais são menores, quando comparada com as demais terapêuticas, assim podem aparecer náuseas, vômitos, retenção hídrica, ondas de calor, trombocitopenia e hipercalemia<sup>(18)</sup>.

Atualmente, os efeitos colaterais de todas essas terapêuticas podem ser bem controlados, muitas mulheres continuam trabalhando, e seguem sua rotina de vida, isto é possível devido à disponibilidade de esquemas medicamentosos que podem aliviar os efeitos indesejáveis<sup>(18)</sup>.

O tratamento para o CA de mama provoca reações de incertezas gerando angústia frente ao desconhecido, a falta de confiança e a expectativa do "vir a ser"<sup>(1)</sup>. Portanto, o enfermeiro deve ajudar a cliente, direcionando seu modo de falar atentando para a linguagem verbal e não-verbal da mulher, orientando-a sobre seus anseios e preocupando-se com a melhoria da qualidade de vida. Desta forma o ser enfermeiro terá a possibilidade de exercer plenamente o ato de cuidar e possibilitar a superação dos obstáculos<sup>(14,18)</sup>.

## **02. O adaptar-se a nova vida / Voltando à rotina**

Considerando que a mulher com CA de mama tem seu cotidiano de vida alterado, principalmente pela consequência do tratamento, ela passa a viver em um ambiente de ansiedade em virtude do medo do seu prognóstico e dependência de outra pessoa. As atividades de vida diária são preocupações comuns tanto no pré-operatório como no pós-operatório, visto que a mulher na maioria das vezes é acostumada a cuidar e o fato de ter que ser cuidada gera um sentimento de angústia, preocupação e ansiedade:

*[...] A minha preocupação é sobre o repouso, o peso. Se eu posso cozinhar, varrer o chão, passar roupa? [...] eu posso dormir desse lado, quando sarar? Porque eu gosto é desse lado? O que eu posso comer o que eu não posso comer? É que antigamente tinha esse pensamento de remoso [...] Quanto tempo vou ficar afastada do serviço? Como pode ser minha comida, como eu posso fazer pra tomar banho, com esse curativo?... Se eu posso movimentar com o braço, quanto tempo vai para eu movimentar*

*com o braço, depois daí uns três meses, se eu vou poder fazer as coisas normal igual eu fazia?...Eu costurava, fazia unha, trabalhava nas casas dos outros... Toda vida gostei de trabalhar ter meu dinheiro, então isso aí tudo acabou [...] E o repouso como é? Eu vou ter que ficar nessa posição, quanto tempo? Porque durmo é desse lado... Quantos dias mesmo que eu vou ter que ficar emborcadinha? [...]*

Em função das dúvidas mais frequentes levantadas pelas mulheres como pode ser observado nas falas acima, é fundamental o esclarecimento de que a mulher, mesmo após a cirurgia poderá manter suas atividades de vida diária, evitando o excesso de esforço. Dessa forma, vale a orientação para alguns cuidados necessários em diversas atividades diárias como: na higiene e vestuário ao vestir blusas ou camisetas, colocar primeiro o membro do lado operado. Para despir-se retire primeiro o membro do lado que não foi operado. Escovar os dentes, maquiarse, alimentar-se, tomar banho, pentear e prender os cabelos são atividades possíveis de serem realizadas, desde que sejam por etapas, e que isso traga segurança à mulher. Atividades domésticas: passar roupa respeitando seu limite de dor e fadiga; Encerar a casa utilizando, de preferência, um rodo ou encerar de joelhos em pequenas áreas sem exercer muita força. Realizar após total cicatrização, diminuição acentuada da dor e da sensação de "repuxão e dormência"; utilizar vassoura de pêlo no início para varrer superfícies lisas. As superfícies ásperas devem ser limpas após total cicatrização e diminuição da dor. Arrumar armários ao alto ou pegar objetos: respeitar o limite da dor; evitar carregar objetos pesados. É possível segurar crianças, mas somente sentada. Arrumar a cama: quando o colchão for pesado utilize o membro do lado não operado. Cozinhar: não há restrições, prevenindo queimaduras. Dependurar roupas: restrição para roupas pesadas e molhadas, realizando-a por partes. Arear panelas: pode ser realizado em ritmo lento e utilizando luvas. Lavar as roupas: imediatamente após a cirurgia lavar apenas roupas leves e peças íntimas, sem esfregá-las no tanque. Após a completa cicatrização e diminuição da dor as peças

grandes podem ser lavadas e enxaguadas por etapas. Outras atividades: trabalhos manuais: qualquer trabalho manual (crochê, tricô) pode ser realizado, desde que com critério e avaliando o tipo de movimento a ser realizado. Quando realizar tarefas repetitivas e por tempos prolongados, fazer alongamentos a cada vinte a trinta minutos. Dirigir: somente após a retirada dos pontos e dreno e diminuição da dor. Ginástica: pode ser realizada sob orientação de profissional da área. Isso ajudará a recuperação<sup>(4)</sup>. As mulheres que fizeram cirurgia com esvaziamento axilar, precisam ter cuidados para evitar o linfedema, logo devem evitar deitar sobre o membro operado para não comprimir e comprometer a circulação do mesmo<sup>(17)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho verificou as necessidades de informações de mulheres mastectomizadas no pré e pós-operatório para que tais informações subsidiem o planejamento da assistência de enfermagem. Assim, nos deparamos mulheres mergulhadas em turbilhões de sentimentos, dúvidas e questões pendentes. Percebemos que para assisti-las é preciso sensibilidade, capacidade de ouvir, de ver o invisível aos olhos e deixar que elas expressem seus sentimentos.

Da análise das categorias extraídas dos dados verificamos que as dúvidas são relacionadas ao processo do adoecimento em si, do tratamento especificamente, da recuperação e cuidados imediatos, além daquelas relacionadas à convivência com a doença e com o tratamento como algo que estará fazendo parte de sua vida por um período incerto.

Nesta perspectiva, percebemos que a mulher passa por um perioperatório estressante e incerto, gerando medo do desconhecido. Assim, ressaltamos a importância do papel educativo na assistência e a inserção da cliente no processo decisório de seu tratamento, pois ela tem o direito de decidir, opinar e saber como vai cuidar de seu corpo.

Observamos que essas mulheres anseiam pela volta às suas atividades de vida diária. Tal fato traz a visão utilitarista do corpo, onde o mesmo é percebido como um instrumento para a maternidade, trabalho e manutenção da

subsistência, sendo o adoecer sinônimo de fraqueza, de incapacidade de auto-sustentação. Notamos que algumas delas não se preocupavam em perder a mama desde que ficassem saudáveis, sendo este pensamento freqüente nas mulheres de idade avançada. Já as jovens tiveram uma reação diferente em perder a mama, causando desespero por pertencerem a uma sociedade que é regida por normas estéticas e sexuais rígidas.

Diante das categorias apresentadas pudemos notar que as mulheres têm dúvidas complexas com relação ao tratamento oncológico, entretanto também apresentaram questões simples como aquelas a respeito da internação hospitalar. Isto demonstra que muitas vezes as equipes de saúde têm focalizado sua atenção à patologia e se esquecido de orientações básicas que podem contribuir para a diminuição do estresse cirúrgico.

O profissional da saúde que se propõe a trabalhar com mulheres com CA de mama, deve prestar assistência que congregue técnica, ciência e humanização, fornecendo todas as informações e orientações, respeitando as necessidades e o nível de entendimento, reabilitando-as para o auto-cuidado. Para isto é importante que esse profissional desenvolva uma relação de confiança e estímulo para que elas possam expressar o que realmente lhes preocupa.

Todos da equipe multidisciplinar de saúde devem falar a mesma linguagem por meio de protocolos e normas para procedimentos padrões. Foi com este propósito que apresentamos os resultados deste trabalho à chefia de enfermagem do local da pesquisa, além de sugerir nossa parceria para a elaboração do protocolo de atendimento.

Entendemos que cabe à enfermagem e outras profissões a construção de trabalhos como este que focaliza a atenção na cliente e em suas necessidades. Acreditamos 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

1. Arantes SL; Mamede MV. A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. 2003;11(1):49-58.
2. Munhoz MA; Aldrighi JM. Reconstrução mamária pós-câncer de mama: há como reduzir a morbidade. Revista da Associação Médica Brasileira. 2004;50(3):234.
3. Piato S. Diagnóstico e terapêutica em mastologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2004.
4. Rezende LF, Beletti PO, Franco RL, Moraes SS, Gurgel MSC. Exercícios livres versus direcionados nas complicações pós-operatórias de câncer de mama. Revista Associação Médica Brasileira. 2006;52(1):37-42.
5. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: edições 70, 1977.
7. Ministério da Saúde. Normas e Recomendações do Ministério da Saúde: Controle do câncer de mama – Documento de Consenso. Revista Brasileira Cancerologia. 2004;50(2):77-90.
8. Barbosa HF, Reis FJC, Carrara HHA, Andrade JM. Fatores de risco para infecções de sítio cirúrgico em pacientes operadas por câncer de mama. Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia. 2004;26(3):227-232.
9. Gutiérrez MGR, Gabrielloni LHG, Areias VL. Infecção de sítio cirúrgico: vigilância pós alta precoce de pacientes submetidas à cirurgia oncológica mamária. Revista Brasileira de Cancerologia. 2004;50(1):17-25.
10. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas Recomendadas – SOBECC. Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica, Centro de Material e Esterilização. São Paulo: SOBECC; 2007.
11. Cruvinel MGC; Castro CHV de; Costa JRR. O uso do analisador de anestésico inalatórios

como método de detecção de falha no aparelho de anestesia e prevenção de consciência no perioperatório. Revista Brasileira Anestesiologia. 2003;53(5):640-645.

12. Prado MAS. Aderência ao exercício físico em mulheres mastectomizadas submetidas à cirurgia por câncer de mama [dissertação]. [Ribeirão Preto]: Escola de Enfermagem/USP; 2001.

13. Ramos Filho AOA, Castro TWN, Rêgo MAV, Alves FO, Almeida LC, Sousa MV *et al.* Fatores preditivos de recidiva do carcinoma mamário. Revista Brasileira de Cancerologia. 2002;48(4):499-503

14. Lorencetti A; Simonetti JP. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005;13(6):944-950.

15. Hospital das Clínicas; Universidade Federal de Goiás, Clínica Cirúrgica. Orientações aos Pacientes e Acompanhantes. Goiânia: UFG; 2003.

16. Duarte TP; Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Estudos de Psicologia. 2003;8(1):155-163.

17. Souza VP; Panobianco MS; Almeida, AM; Prado, MAS; Santos, MSM. Fatores predisponentes ao linfedema de braço referidos por mulheres mastectomizadas. Revista Enfermagem UERJ. 2007;15(1):87-93.

18. Talhaferro B; Lemos SS; Oliveira E. Mastectomia e suas conseqüências na vida da mulher. Arq. Ciênc Saúde. 2007;14(1):17-22.

*Artigo recebido em 14.11.06*

*Aprovado para publicação em 31.03.08*