

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

NAZARETH HERMÍNIA ARAÚJO DE SOUZA

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS RESULTANTES DO CÂNCER DE MAMA

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

NAZARETH HERMÍNIA ARAÚJO DE SOUZA

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS RESULTANTES DO CÂNCER DE MAMA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Marciana Fernandes Moll

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **DESCREVER OS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS RESULTANTES DO CÂNCER DE MAMA** de autoria do aluno **NAZARETH HERMÍNIA ARAÚJO DE SOUZA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Marciana Fernandes Moll
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

- *A minha querida e inesquecível **Tia Fátima** (in memória) que em sua vida sempre foi modelo de guerreira em todos seus objetivos, conseguindo sempre ser disciplinada até mesmo no momento de dor. Agradeço-te pelo exemplo deixado e por ter me ensinado a não desistir dos meus objetivos. Ofereço-te este trabalho tão importante em minha vida profissional.*

AGRADECIMENTOS

- *A Deus pelo dom da vida e amor sempre fiel, por sua presença constante através de seu Santo Espírito a cada dia e em todas decisões.*
- *A mãe de Deus, nossa Senhora, que intercede sempre por todos nós, seus filhos em todos os momentos de dor e também de alegria.*
- *A meus pais, autores da minha vida e força de otimismo nos momentos mais difíceis desta caminhada de conclusão do curso de enfermagem.*
- *Ao Nonato, pela sua presença em todos os momentos de nossa vida e incentivo em prosseguir nesta caminhada profissional.*
- *A Prof^ª Marciana Fernandes, minha orientadora, por sua presença em todos os momentos e ajuda eficaz nessa trajetória tão importante de mais uma especialização concluída, meus sinceros agradecimentos.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
3 MÉTODO.....	15
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
6 REFERÊNCIAS.....	21
APÊNDICE	24

RESUMO

Para descrever os aspectos psicossociais resultantes do câncer de mama, realizou-se uma revisão narrativa que subsidiou a elaboração de uma tecnologia educativa (folder) voltada para mulheres que foram submetidas à mastectomia como tratamento do câncer de mama. Entre as alterações psicossociais resultantes do câncer de mama evidenciou-se que os problemas na autoimagem favorecem à modificações no cotidiano, o que é representado, sobretudo, pela deficiência no desenvolvimento de funções laborais anteriormente realizadas. Mas, este e outros problemas advindos do diagnóstico, propriamente dito, parecem ser amenizados com práticas religiosas. Considerando essa realidade, elaborou-se um folder educativo que aponta dicas, tais como: atentar-se para os cuidados físicos, não realizar atividades bruscas com o membro superior que foi realizado a cirurgia, realizar o auto-exame da outra mama, realizar fisioterapia, ter uma alimentação saudável, realizar atividades de lazer, ter momentos agradáveis próximo aos seus familiares, frequentar as consultas agendadas com o mastologista, frequentar a religião de sua escolha e conhecer os direitos que lhe são concedidos. Assim, espera-se que estas recomendações minimizem os aspectos psicossociais resultantes do câncer de mama, sobretudo entre mulheres que foram submetidas à mastectomia.

Palavras-chave: Câncer de mama; Enfermagem; Psicossociais.

1 INTRODUÇÃO

O câncer pode ser utilizado para representar um conjunto de mais de 100 doenças que incluem tumores malignos de diferentes localizações (GOMES e SILVA, 2013).

Sendo o segundo tipo mais freqüente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%. Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes. Com Estimativa de novos casos: 57.120 (2014 - INCA) e número de mortes: 13.345, sendo 120 homens e 13.225 mulheres (2011 - SIM) (INCA, 2014).

Ainda é importante reforçar que o câncer de mama, no Brasil, é o segundo tipo de câncer mais incidente do sexo feminino e é precedido pelo câncer de pele não melanoma. Os números equivalentes à incidência e à mortalidade no Brasil, publicados em 2010 pela Internacional Agency for Research on Cancer (IARC), referentes ao ano de 2008, são apresentados em 42.566 e 12.573, respectivamente (ROSA e RADUNZ, 2013).

Nesse sentido, Primo *et al* (2010) complementam que o câncer de mama é a neoplasia com maior taxa de mortalidade entre as mulheres, sobretudo em países desenvolvidos, embora sua incidência venha aumentando também nos países em desenvolvimento.

Com base nas informações supracitadas, considera-se que o câncer de mama é um agravo para a saúde da mulher e gera preocupação pela sua alta taxa de mortalidade, bem como pela nocividade dos hábitos de vida impostos para se manter um país desenvolvido e, também para promover o desenvolvimento daqueles que se encontra em desenvolvimento. Em suma, parece-nos que o câncer de mama, na contemporaneidade é um resultado do capitalismo, conforme exposto por Gomes e Silva (2013- página 510).

(...) apesar de controverso, os fatores de risco desencadeadores parecem aumentar a possibilidade de desenvolvimento dessa patologia. A idade é o mais importante, pois as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, diminuem (tal fato tem sido associado ao início da menopausa). Além desse fator, é importante ressaltar que outros fatores devem ser observados: pertencer ao sexo feminino, menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia, terapia de reposição hormonal, história familiar de câncer de mama, inatividade física e personalidade depressiva.

Nesse sentido, Primo *et al* (2010) colocam que o câncer de mama resulta de componentes genéticos, ambientais, pessoais e atinge a mulher independente de sua classe social, cor, estado civil, religião, entre outros fatores.

Não há uma causa única e específica de câncer de mama, mas sim uma série de eventos genéticos, hormonais e ambientais que podem contribuir para o seu desenvolvimento. Os cânceres de mama podem ocorrer em qualquer parte da mama, mas a maior parte surge no quadrante superior externo, onde há maior parte do tecido mamário (PEREIRA *et al*, 2006).

Corroborando com Padilha e Pinheiro (2004) Entre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, destacam-se os aspectos ambientais, nos quais os fatores dietéticos são potencialmente importantes. A literatura reconhece que os fatores dietéticos representam cerca de 30% das causas de câncer, sendo somente superado pelo tabaco, como fator de risco prevenível.

A partir desta contextualização, verifica-se que é possível agir nos componentes ambientais e pessoais é importante que sejam elaboradas estratégias de promoção da saúde e de detecção precoce para as mulheres em geral.

Contudo as respostas por essas ações tendem a acontecer em médio e longo prazo e enquanto ações preventivas são realizadas e os seus resultados acontecem é importante se atentar para as questões psicossociais que envolvem as mulheres já adoecidas e que se submetem ao tratamento do câncer de mama.

Considerando essa realidade, este estudo visa descrever os aspectos psicossociais resultantes do câncer de mama.

E para melhor subsidiar os aspectos teóricos e práticos condizentes a este propósito elaborou-se os seguintes objetivos específicos:

- Descrever os aspectos psicossociais resultantes do câncer de mama
- Relatar as modificações no cotidiano de mulheres acometidas pelo câncer de mama

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para se alcançar melhores taxas de sobrevivência, melhores prognósticos e menores taxas de mortalidade por câncer de mama, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), recomenda que o tratamento inicial ocorra em até meses a partir do surgimento dos sinais e sintomas da doença, que o tratamento adjuvante com quimioterapia e hormonioterapia iniciem em até 60 dias após a cirurgia, e a adjuvância com radioterapia, em até 120 dias após a cirurgia (ROSA e RADUNZ, 2013).

O tratamento cirúrgico foi à primeira modalidade de tratamento que alterou o curso de uma neoplasia. Atualmente, mais de 60% dos pacientes com câncer são tratados cirurgicamente, e a cirurgia também é usada no diagnóstico e estadiamento de mais de 90% de todos os casos de câncer. Mesmo com a eficiência da abordagem cirúrgica para o tratamento do câncer de mama, várias complicações têm sido relatadas decorrentes desses procedimentos, como: linfedema, infecção da ferida operatória e dor crônica pós-cirúrgica (SILVA; LEITE, 2010).

A cirurgia mamária constitui-se no principal tratamento, sendo empregada na maioria dos casos. Os procedimentos cirúrgicos recomendados ao tratamento consistem na mastectomia e nas cirurgias conservadoras da mama, como a lumpectomia e a quadrantectomia. Além disso, mulheres que foram submetidas à mastectomia podem ser submetidas a reconstrução imediata da mama ou submeter-se a cirurgia reconstrutora algum tempo depois. A reconstrução da mama também pode ser empregada em mulheres que foram submetidas às cirurgias conservadoras da mama visando corrigir alguma deformidade do seio, quando há a extração de grande parte da mama (SANTOS e VIEIRA, 2011).

De acordo com Silva e Leite (2010), as terapêuticas para a neoplasia mamária, podem ser encontradas como: radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia, quimioterapia e o tratamento cirúrgico de mastectomia e quadrantectomia. A quimioterapia antineoplásica, ou seja, a utilização de agentes químicos, isolados ou em combinação, com o objetivo de tratar os tumores malignos, tem-se tornado uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer. Sua indicação implica uma série de fatores que devem ser considerados no seu planejamento, como a idade do paciente, seu estado nutricional, as funções renais, hepáticas e pulmonar, presença de

infecções, o tipo de tumor, a existência de metástase e sua extensão, além do performance status (condição de vida) que é o principal indicador de prognóstico do paciente oncológico.

A partir de valorização deste indicador Silva (2008) expõe que desde as primeiras investigações nesta área já foram detectados vários fatores que influenciavam a aceitação e a adaptabilidade da mulher que com câncer de mama, tais como: o contexto cultural no qual as opções de tratamento são oferecidas, os fatores psicológicos e psicossociais que cada mulher traz para esta situação e fatores relacionados ao próprio diagnóstico do câncer, como o estágio da doença, tratamentos disponíveis, respostas e evolução clínica (SILVA, 2008).

Nesse sentido, a mastectomia gera um impacto psicológico e social entre as mulheres, o que advém de medos e tabus que cercam a doença denominada câncer. E a cirurgia propriamente dita, provoca uma imagem mental associada a mutilação, dor, perda de atrativo sexual e impotência acarretando, assim dificuldades nas relações interpessoais, (CASTRO *et al*, 2010).

Segundo Castro e Silva *et al* (2010) as alterações psicológicas que acompanham o diagnóstico e tratamento do câncer de mama iniciam-se a partir do momento que a mulher suspeita de que o nódulo existe. Desde então, a dinâmica familiar tende a ser alterada por ocasião da doença e vários medos começam a fazer parte do cotidiano.

Silva (2008) acrescenta que a mulher que vivencia a experiência do câncer de mama e é submetida ao tratamento, apresenta características e conotações da patologia, as quais exigem que essa mulher aceite a doença, seu tratamento e possíveis seqüelas físicas e psicológicas. Toda esta realidade também está inserida nos aspectos sociais e culturais que agregam a mama à identidade feminina, o que favorece a desestabilização das questões psicossociais que envolvem a vida desta mulher.

Cangussu *et al* (2010) apontam que a depressão é comprovadamente a doença que mais causa incapacidade em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Contudo ainda é controversa a relação da depressão com a mortalidade no câncer de mama. Goodwin e Lloyd-Williams (2009) observaram que a depressão foi preditor para aumentar a mortalidade.

Nesse sentido, a rotina de rastreamento, por meio de medidas auto-administradas, ajuda na identificação de estressores psicossociais e na aplicação de intervenções terapêuticas para aquelas que necessitam. Porém, escolher uma medida de rastreamento não é tarefa simples, porque, apesar da existência de escalas de depressão já validadas no Brasil, os resultados ainda são variados e, ainda existem dificuldades na comparação dos estudos, o que advém do uso de diferentes definições para depressão (CANGUSSU *et al*, 2010).

Mas, ainda que os conceitos sejam divergentes é inegável que a mulher mastectomizada vivencia um processo de doença por um tempo muito longo, e várias de suas necessidades humanas básicas estão alteradas. Essa realidade requer uma atenção efetiva da equipe de enfermagem que deve priorizar que este período seja permeado por menos danos psicológicos (PRIMO *et al*, 2010).

Silva (2008) esclarece que o sofrimento psicológico da mulher que passa pela circunstância de ser portadora de um câncer de mama e de ter de acolher um tratamento difícil, transcende um tratamento configurado pela doença em si. É um sofrimento que comporta representações e significados atribuídos à doença ao longo da história e da cultura e adentra as dimensões das propriedades do ser feminino, interferindo nas relações interpessoais, principalmente nas mais íntimas e básicas da mulher. Sendo indispensável na assistência dessa mulher o cuidado nas fases do tratamento, mas sem esquecer a parte psicológica e humana, que deve ser assistido pela equipe multiprofissional.

A partir destas considerações, e sendo a enfermagem uma categoria profissional que compõe a equipe multiprofissional, Silva e Moreira (2011) argumentam que há uma demanda que o enfermeiro realize constantes reavaliações das condições biopsicossociais que envolvem os pacientes oncológicos, uma vez que a condição de saúde desta clientela pode variar muito rapidamente, exigindo ação e decisão diante da urgência e da incerteza. Dessa forma, essas situações, em sua maioria, fogem às regras e padrões, requer disponibilidade de tempo por parte do profissional, conseqüentemente, recursos humanos adequados, e uma prática humanizada ajustada em referências dinâmica e flexível, uma vez que a realidade complexa precisa ser gerenciada por este profissional que presta cuidados contínuos e diretos aos pacientes.

Diante do exposto, percebe-se que o câncer de mama é uma patologia que além de comprometer a parte física da mulher, atua de forma radical na parte psicológica e social, o que desencadeia mudanças corporais e psicossociais que precisam ser trabalhadas na individualidade e, também junto à sociedade que direciona a presença das mamas à feminilidade, o que parece dificultar a superação das mulheres, diante dos conflitos psicossociais advindos da mastectomia, sobretudo a radical.

3. MÉTODO

Por eu atuar no campo assistencial e acreditar na necessidade de se refletir acerca de novas técnicas e métodos para uma assistência de enfermagem humanizada e integral às mulheres que são submetidas à mastectomia, esse estudo foi desenvolvido a partir de uma revisão narrativa que subsidiou a elaboração de um plano de ação.

Na revisão narrativa se faz um exame da bibliografia, para o levantamento e análise do que já foi produzido sobre o assunto que assumimos como tema de pesquisa científica. Nesse tipo de revisão, a temática é ampla, não se exige protocolos rígidos e as fontes não são pré-determinadas ou específicas, o que possibilita a seleção arbitrária dos estudos (CORDEIRO *et al*, 2007).

A pesquisa foi realizada em duas fases: a coleta das fontes bibliográficas, na qual foi feito o levantamento da bibliografia existente e logo após, a coleta de informações. A pesquisa bibliográfica tem por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica que se realizaram sobre determinado assunto ou fenômeno. Acaba se transformando em rotina para os pesquisadores e profissionais que necessitam de constante atualização (OLIVEIRA, 2004).

Neste estudo, delimitou-se o período de buscas para os últimos 6 anos (2008 à 2014), o idioma português e as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde(Lilacs), Scientific Electronic Library Online Biblioteca Científica Eletrônica (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline). E os descritores utilizados foram: neoplasia mamária, aspectos psicossociais, cuidados de enfermagem.

Assim, o material considerado para análise foi obtido aleatoriamente em periódicos nacionais e a seleção dos artigos se deu a partir dos seguintes critérios: ter a temática correspondendo ao tema do estudo; estar disponível na íntegra e ter sido publicada nos últimos 06 anos.

Durante o período das buscas (dezembro de 2013 a maio de 2014), obteve-se um total de 100 textos científicos, os quais foram lidos criteriosamente e, por fim selecionou-se 15 artigos que foram sistematizados em categorias.

Esta revisão embasou a elaboração de uma tecnologia educativa (folder) que contextualiza a realidade do câncer de mama, aborda o tratamento e as alterações psicossociais

advindas do mesmo e, por fim descreve dicas para a minimização destas alterações, bem como cuidados de saúde geral.

Convém ressaltar que, não serão abordados seres humanos ou animais nesta investigação, o que a exime de submissão no Comitê de Ética em Pesquisa.

4. RESULTADO E ANÁLISE

No Brasil, o diagnóstico de câncer de mama, ainda é feito na maioria das vezes, quando a doença se encontra em estágios avançados e a conduta terapêutica mais empregada tem sido a do tratamento cirúrgico radical, representada como mastectomia, que demanda uma série de cuidados voltados para recuperação física, emocional e social das mulheres que enfrentam este processo (ALVES *et al*, 2011).

Descreve Silva (2008) que a primeira preocupação da mulher e sua família após receberem o diagnóstico do câncer de mama é com a sobrevivência e só depois surge a preocupação com o tratamento e condições econômicas para realizá-lo.

Silva (2008) esclarece, também que no decorrer do tratamento, as inquietações se voltam para a mutilação, a desfiguração e suas conseqüências para a vida sexual da mulher. Nesse sentido, há uma redução da qualidade de vida nos domínios emocional, social e sexual não somente no período de um a dois anos após o tratamento inicial, mas também após cinco anos, o que sinaliza a necessidade de se associar cuidados psicooncológicos, mesmo após o término do tratamento clínico.

Ao levantarem questões que interferem no prognóstico destas mulheres, Gomes e Silva (2013) colocam que entre mulheres que foram submetidas a cirurgia de mastectomia, a minoria realizou a reconstrução mamária, devido a diversos aspectos emocionais, dos quais se destacam a insegurança, o medo e a insatisfação com o próprio corpo. Contudo, esses autores identificaram que, após um tempo médio de três a vinte meses da data da cirurgia, muitas pacientes demonstraram interesse em realizar o procedimento e, foram informadas sobre o direito à cirurgia plástica reparadora da mama que tinham, o qual é assegurado pela Lei 9.797, de 06/05/1999) e nesse período, as motivações mais comuns para a realização da reconstrução mamária foram: sentir-se completa novamente, eliminar a prótese mamária externa, variar quanto ao estilo de roupas, melhorarem a autoestima e o desejo em retomar o convívio social.

Alves et al (2011), esclarecem que a primeira grande dificuldade a ser enfrentadas pelas mulheres após a cirurgia é sua própria aceitação, como de olhar-se no espelho e aceitar

que seu corpo está diferente, sem uma parte que culturalmente representa a feminilidade. A identificação da mutilação se dá pela percepção da assimetria do corpo e pela visibilidade da cirurgia, o que para muitas, significa um momento agressivo para a sua autoimagem (ALVES *et al*, 2011). E Gomes e Silva (2013) acrescentam que os tratamentos complementares pós cirurgia (terapias hormonais adjuvantes) influenciam negativamente na qualidade de vida e na autoestima das pacientes, por causa dos seguintes efeitos adversos: ansiedade, diminuição da função física, do desempenho de papel, da imagem corporal e aumento dos sintomas de fadiga, náuseas, vômitos e constipação (GOMES e SILVA, 2013).

A partir das colocações supracitadas, evidenciou-se que as mulheres que são submetidas à mastectomia vivenciam alterações psicossociais, as quais são caracterizadas, sobretudo por problemas em sua autoimagem, o que desencadeia em modificações em seu cotidiano, sobretudo no desenvolvimento de funções laborais anteriormente realizadas, conforme resultados de um trabalho realizado por Gomes e Silva, o qual está descrito no parágrafo abaixo.

De acordo com um estudo desenvolvido na cidade de Ribeirão Preto-SP em 2010, foram relatadas as seguintes razões para a não retomada ao trabalho: limitações físicas resultantes do tratamento que eram incompatíveis com a função realizada anteriormente, dificuldade em conciliar papéis e mudanças nas prioridades da vida, excluindo a função exercida. (GOMES e SILVA, 2013).

Assim, é comum a busca de fontes de apoio externo pelas mulheres que são submetidas à mastectomia e uma das fontes mais utilizadas, segundo Gomes e Silva (2013) é a religiosidade. Esses autores colocam que as mulheres portadoras de câncer de mama, apresentam crenças religiosas, expressadas por meio de orações, meditações e rituais. Quanto maior a gravidade, mais se intensifica a ligação religiosa e as decisões sobre o direcionamento do tratamento são influenciadas pelo contexto religioso.

Considerando essa realidade, a busca pela religião torna-se uma das formas encontradas pelas mulheres para diminuir o impacto do enfrentamento do câncer de mama, visto que facilita o processo de aceitação da doença e das atividades/restrições impostas por

ela. Nesse sentido, Gomes e Silva (2013) esclarecem que a fé adquire a função de estabelecer um pacto com a vida e de se conseguir um aliado contra a doença(GOMES e SILVA,2013).

Mas, é importante analisar esta situação no contexto mais amplo, o que faz Alves *et al* (2011) argumentarem que a reabilitação da mulher submetida à cirurgia de câncer de mama requer um suporte integral por meio de uma assistência multiprofissional que envolva a família. Nesse sentido, deve-se atentar para o papel da enfermagem.

Deve-se enfatizar que as alterações na imagem corporal e no cotidiano da mulher tendem a levá-la à quadros depressivos que podem ser amenizados pelo suporte religioso, conforme exposto anteriormente, no qual Silva *et al* (2010) esclarecem possibilitar à indução de um relaxamento que neutraliza tensões e, conseqüentemente contribui para um bom prognóstico.

Sendo assim, a enfermagem em sua essência de cuidar deve valorizar as necessidades psicoespirituais destas mulheres e de seus familiares por meio da prestação de cuidados nos períodos pré e pós operatório e também durante os tratamentos complementares. Para Sawada *et al* (2009), é indispensável que o enfermeiro avalie o paciente sistematicamente para assisti-lo tanto na dimensão biológica quanto na sua subjetividade, o gera a necessidade desse profissional desenvolver habilidades de comunicação e valorização de dimensões psicoespirituais para atenuar os impactos psicossociais advindos da patologia propriamente dita e da mastectomia (SAWADA *et al*, 2009).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa bibliográfica possibilitou uma observação crítica a respeito dos principais aspectos psicossociais resultantes do câncer de mama. Sendo encontrado nos artigos pesquisados que os aspectos psicossociais ainda são muitos, envolvendo a mulher como ser físico, social e psicológico.

A enfermagem assume uma importante missão em ajudar a mulher em sua reabilitação e retorno na vida social, sendo fundamentais as orientações do autocuidado durante o período operatório, pois mais rápido ocorre sua recuperação. A mulher que vivencia um câncer de mama precisa antes de tudo procurar aceitar-se para reconstruir uma nova imagem pessoal de sua vida, não somente física, como psicossocial.

Como profissional de saúde que sou, percebo como uma equipe multiprofissional pode ajudar na reabilitação desta mulher mastectomizada, através da escuta de suas muitas dúvidas e medos, de como será sua vida depois do procedimento cirúrgico e tratamento, pois a ansiedade está presente em todas as fases, desde diagnóstico até a cura.

Nesta perspectiva, elaborou-se um folder, como tecnologia educativa para que esta mulher tenha consigo registradas diretrizes para se cuidar e espera-se que ele minimize os aspectos psicossociais resultantes do câncer de mama, sobretudo entre mulheres que foram submetidas à mastectomia.

REFERÊNCIAS

- Alves, P. C; Barbosa, I. C.F. J; Caetano, J.A; Fernandes, A.F.C. Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. **Rev.bras.enferm.** vol.64no.4Brasília jul/ago.2011
- Castro, S. T. B; Santos, M. C. L; Almeida, A. M; Fernandes, A.F.C. **Rev Esc Enferm USP** 2010; 44(1): 113-9.
- Cangussu, R.O; Soares, T.B. C; Barra, A.A; Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de depressão de Beck -Short Form. **Rev. Bras Psiquiatria.**2010;59(2):106-110.
- Cordeiro, A.M; Oliveira, G.M; Rentería, J.M; Guimarães, C.A; Grupo de Estudo de Revisão Sistemática do Rio de Janeiro (GERS-Rio). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.** Vol. 34 - Nº 6, Nov. / Dez. 2007.
- Gomes, N. S; Silva, S.R; Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. **Texto Contexto Enferm. Florianópolis**, 2013/ abr-jun: 22(2): 509-16;
- Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa de incidência de câncer no Brasil [texto na Internet] . Disponível em: [http:// www.inca.gov.br/](http://www.inca.gov.br/)
- Menezes, N; Nogueira, T; Schulz, V.L; Peres, R. S; Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. **Estudos de Psicologia**, 17(2), maio-agosto/2012, 233-240.
- Oliveira, S. L.1943- Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses/São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- Padilha, P. D. C; Pinheiro, R, D. L. O papel dos alimentos funcionais na prevenção e controle do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2004; 50(3): 251-260.
- Pereira, S.G; Rosenhein, D.P; Bulhosa, M.S; Lunardi, V. L; Filho, W.D. L; Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Rev. Bras Enferm** 2006; Nov-dez; 59(6): 791-5.
- Primo, C.C; Leite, F.M.C; Amorim, M.H.C; Sipioni, R. M; Santos, S,H.S. Uso da classificação internacional para as práticas de enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas. **Acta Paul Enferm** 2010; 23(6): 803-10.
- Rosa, L. M; Radunz, V. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. **Texto Contexto Enferm. Florianópolis**, 2013/jul-set; 22(3):713-21.
- Santos, D. B; Vieira, E. M; Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(5); 2511-2522- 2011.
- Silva, Lucia Cecília; Câncer de mama e sofrimento psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v.13, n.2, p.231-237, abr./jun.2008.

Silva, M. M; Moreira, M.C; Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm** 2011; 24(2): 172-8.

APÊNDICE A



ASPECTOS PSICOSSOCIAIS RESULTANTES DO CÂNCER DE MAMA

Nazareth Herminia Araújo de Souza e Profa. Dra. Marciana Fernandes Moll

Sendo o segundo tipo mais freqüente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevivida média após cinco anos é de 61%. Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes. Para se alcançar melhores taxas de sobrevivência, melhores prognósticos e menores taxas de mortalidade por câncer de mama, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), recomenda que o tratamento inicial ocorra em até meses a partir do surgimento dos sinais e sintomas da doença, que o tratamento adjuvante com quimioterapia e hormonioterapia iniciem em até 60 dias após a cirurgia, e a adjuvância com radioterapia, em até 120 dias após a cirurgia (ROSA e RADUNZ, 2013).

Apesar de controverso, os fatores de risco desencadeadores parecem aumentar a possibilidade de desenvolvimento dessa patologia. A idade é o mais importante, pois as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, diminuem (tal fato tem sido associado ao início da menopausa). Além desse fator, é importante ressaltar que outros fatores devem ser observados: pertencer ao sexo feminino, menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia, terapia de reposição hormonal, história familiar de câncer de mama, inatividade física e personalidade depressiva. Mas, é importante analisar esta situação no contexto mais amplo, o que faz Alves *et al* (2011) argumentarem que a reabilitação da mulher submetida à cirurgia de câncer de mama requer um suporte integral por meio de uma assistência multiprofissional que envolva a família.

Aí vão dicas para que esta mulher tenha uma reabilitação rápida e saudável:

- 1- A própria mulher mastectomizada ter consciência dos cuidados físicos que precisa ter como: não realizar atividades bruscas com o membro superior que foi realizado a cirurgia, principalmente se tiver realizado esvaziamento axilar;
- 2- Continue se examinando através do auto-exame da outra mama, uma vez ao mês;
- 3- Realize a fisioterapia conforme sessões marcadas com fisioterapeuta;
- 4- Tenha uma alimentação saudável e procure atividades de lazer e momentos agradáveis próximo aos seus familiares;
- 5- Cumpra rigorosamente as consultas com seu mastologista, realizando pontualmente os exames solicitados;
- 6- Busque frequentar a religião de sua escolha. A fé ajuda na sua reabilitação e contribui para a confiança no tratamento e
- 7- Conheça e busque os direitos que são concedidos (licença saúde, recebimento do FGTS da empresa onde trabalha)

