

**PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MULHERES MASTECTOMIZADAS**  
**HEALTH PROMOTION IN WOMEN WHO HAVE MASTECTOMIZED**

**Patrícia Espanhol Cabral**

**Enfermeira, Alfa Unipac Aimorés, Brasil**

**Email: [patyespanholmaria@gmail.com](mailto:patyespanholmaria@gmail.com)**

Recebido: 10/12/2022 Aceito: 02/01/2023

**Resumo**

O estudo teve como objetivo descrever uma realidade vivenciada por muitas mulheres: a mastectomia, ou seja, a retirada total da glândula mamária. Acometida pelo câncer de mama, a paciente na maioria dos casos passa por este procedimento cirúrgico, devido à probabilidade de recidivas do tumor. O enfermeiro realiza ações para promoção, prevenção e reabilitação da saúde da mulher. Por meio da análise e estudo de literaturas, ficou compreendido o trabalho de enfermagem antes de a mulher ser acometida pela doença e no pós-

operatório da mastectomia, com intuito de gerar qualidade de vida para a mesma. Conclui-se que o trabalho de enfermagem é importante no processo de qualidade de vida, pois representa suporte e apoio na reabilitação da mulher mastectomizada.

**Palavras chave:** Saúde. Mastectomia. Enfermeiro. Reabilitação.

### **Abstract**

The study aimed to describe a reality that many womwn have been facing: the mastectomy, in other words, the total removal of the mammary gland. Caused by breast cancer, the pacient, in the most of the cases, makes this surgery because the possibility of the tumor returns. The nurse performs actions for promotion, prevention and rehabilitation of the women's health. Through the analysis and literature studies, we understand the nursing work before the womam being affected by the disease and after mastectomy surgery, in order to generate quality of life to the women. It is concluded that nursing work is important in the quality of life, because it represents support in the rehabilitation of womwn that have made mastectomy sugery.

**Key Words:** Health. Mastectomy. Nurse. Rehabilitation.

### **Introdução**

O câncer (ca) é uma das doenças que mais mata no mundo. Dados estatísticos da Organização Mundial da Saúde (OMS) comprovam que este índice só tende a crescer, passando de 11,3 milhões em 2007 para 15,5 milhões até 2030. No sexo feminino, os tipos que mais causam óbitos são o câncer de colo uterino e o câncer de mama, sendo este último de maior prevalência, possuindo fatores genéticos e ambientais em sua etiologia<sup>1</sup> (NETTINA, 2014; LEITE, *et al* 2002).

Neoplasia mamária é uma proliferação celular anormal e descontrolada o qual as células reduzem ou perdem a capacidade de se diferenciar, devido às alterações em seus genes, podendo adquirir capacidade de invadir outros

---

<sup>1</sup> Estudo das causas das doenças. (BOGLIOLO, 2016).

tecidos e órgãos, ocasionando o que chamamos de metástase (BOGLIOLO, 2016).

O Instituto Nacional do câncer (INCA) menciona que os índices no Brasil estão aumentando, ultrapassando 49000 casos por ano, ocasionando um grave transtorno de Saúde Coletiva.

No desenvolvimento da doença, devemos levar em consideração os fatores de risco, que são divididos em três grupos, a saber: os de baixo risco, os de risco moderado e os de risco elevado, sendo que este último possui maior destaque para o desenvolvimento do tumor e abrange a idade, o histórico familiar e as influências hormonais (BOGLIOLO, 2016).

Uma das formas de evitarmos o desenvolvimento da doença destaca-se a importância de manter hábitos como alimentação sadia e prática de exercícios físicos, que são considerados formas profiláticas, constituindo o que chamamos de prevenção primária no controle do câncer. Já o diagnóstico precoce, que chamamos de prevenção secundária no controle do câncer pode ser obtido por meio do autoexame das mamas, exame clínico das mamas e mamografia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A justificativa por escolher o referido tema se deu pelo fato dessa doença, de acordo com as literaturas, ser umas das doenças que mais acometem as mulheres no Brasil. Sabe-se que há inúmeros tipos de cânceres e que todos possuem importância de serem estudados, porém o tema elegido foi priorizado para realizar uma pesquisa empírica, com o intuito de cooperar com o conhecimento aos profissionais de enfermagem e por tentar contribuir com a qualidade de vida às mulheres que se submeteram a cirurgia de retirada da glândula mamária (mastectomia).

Ao reconhecer a importância do presente estudo, o objetivo geral é descrever os processos que colaboram para a promoção da saúde em mulheres mastectomizadas. Entende-se que o assunto se justifica em buscar em contribuir com o tema e procurar oferecer uma melhor compreensão aos profissionais de enfermagem.

## **1 Referencial Teórico**

## 1.1 Fatores de risco

Bogliolo (2016) divide os fatores de risco em três grupos, a saber: risco baixo, risco moderado e risco elevado. O primeiro destes é considerado quatro vezes maior e compreende a idade superior a 50 anos, a história familiar, síndromes genéticas e o país de origem.

No segundo grupo (risco moderado) inclui-se a história pessoal de câncer de ovário, exposição à radiação, estimulação estrogênica prolongada (nuliparidade, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gestação tardia dentre outros) (BOGLIOLO, 2016).

Por fim, o último grupo inclui a obesidade, estatura elevada na adolescência, ingestão de álcool, história benigna de tumor mamário dentre outros (BOGLIOLO, 2016).

Thuler (2003 p. 231) menciona que a idade, o sexo, a história familiar, a história pregressa, a história reprodutiva e a suscetibilidade genética constituem fatores de risco para se obter o câncer de mama e acrescenta:

Mulheres com história de menarca precoce, primeiro filho em idade avançada, obesidade na pós-menopausa, câncer de ovário, densidade mamária elevada, doença mamária benigna, exposição ao tabaco, a radiações ionizantes e pesticidas/organoclorados apresentam aumento no risco de desenvolver câncer de mama.

Charanek e Tocci (2004) corroboram o mencionado na citação acima e acrescentam que o estresse também contribui para a incidência.

A idade tem grande influência no aparecimento de uma neoplasia na mama. O tumor é muito raro antes dos 25 anos. A cada década de vida, o risco aumenta consideravelmente, estando ligado aos hábitos de vida (dieta, sedentarismo, tabagismo, obesidade, consumo de álcool) (BOGLIOLO, 2016). Pirhardt e Mercês (2008) afirmam que a idade elevada aumenta o tempo de exposição aos carcinógenos.

Alguns pesquisadores contestam o consumo do álcool como fator de risco, porém estudos indicam que o etanol pode provocar alterações nas células mamárias, ocasionando assim neoplasias (PIRHARDT; MERCÊS, 2008).

O fato de ser do sexo feminino é considerado fator de risco devido as mulheres possuírem maior quantidade de tecido mamário que os homens e

estarem expostas ao estrogênio endógeno. O estrogênio tem um papel de induzir o crescimento das células do tecido mamário, aumentando o risco para alterações genéticas, e conseqüentemente aparecimento de um tumor (THULER, 2003).

As mulheres com história pregressa, ou seja, que já apresentaram câncer em uma das mamas possui risco de adquirir o tumor em outra mama, devido a fatores hormonais e pela própria diferenciação celular (CARVALHO, 2004).

Outro importante fator é a predisposição genética. Meister e Morgan, (2000) relatam que as mutações genéticas são as causas de 5 a 10% dos cânceres de mama. Por esse fato, mulheres que tiverem parentes próximos que adquiriram a doença, como mãe e irmãs devem ficar atentas as medidas preventivas e realizarem mamografia sempre que necessário.

Robbins e Cotran (2010) mencionam que os fatores hormonais e os genéticos são considerados risco para se obter um câncer.

Bogliolo (2016) cita alguns critérios indicativos para o surgimento do câncer de mama hereditário:

- a. Aparecimento precoce;
- b. Família com três ou mais casos, não sendo parentes de primeiro grau;
- c. Um ou mais casos de câncer no ovário;
- d. Família com dois ou mais parentes de primeiro grau apresentando a doença;
- e. História familiar de câncer masculino.

Para Thuler (2003 p. 232):

Alguns estilos de vida têm sido sugeridos como associados a uma redução no risco de desenvolver câncer de mama: amamentar, ter um número elevado de partos, residir em área rural, praticar exercícios físicos e ingerir bebidas alcoólicas com moderação, manter uma alimentação equilibrada e controlar o peso.

É importante descrever, que além de todas as características já citadas a respeito da incidência, a falta de informação e orientação a respeito da doença contribui significativamente para o aparecimento da mesma (CHARANEK; TOCCI, 2004).

## **2.2 Promoção da Saúde nas mulheres mastectomizadas**

Machado e Sawada (2008 p. 751) cita que a Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Assim, no contexto de qualidade de vida, se define a mesma como um equilíbrio nas áreas física, mental e social (INCA, 2006).

A qualidade de vida não é um conceito novo, e é utilizada por variados profissionais, como por exemplo, clínicos, pesquisadores, economistas (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

Ressalta-se, que durante muito tempo o termo saúde era definido como ausência de doença, porém, na atualidade este conceito é discutido por meios de estudos. Assim como acontece com o conceito de saúde, definir qualidade de vida também é difícil, pois está relacionada com valores culturais, sociais, econômicos e crenças (BRANCO, 2005).

Makluf (2005, p. 50) relaciona qualidade de vida com o conceito de saúde (perfeito bem estar físico, psíquico e social) e relata que estes possuem significados afins, ou seja, “centrados na avaliação subjetiva do paciente, mais necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente”.

## **2.3 Mastectomia e Promoção da Saúde**

Na terapêutica da doença mencionada, as cirurgias são muito utilizadas, havendo duas classificações: a cirurgia conservadora e a mastectomia. A primeira destas consiste na retirada de apenas uma parte da glândula mamária que contém o tumor, já a segunda é a retirada completa da mama, sendo mais utilizada devido às recidivas do tumor (ALVES *et al* 2010).

A mastectomia é uma experiência marcante na vida da mulher, sendo de difícil aceitação (MISTURA *et al*, 2011). Guirro e Guirro (2004) contextualiza as ideias anteriores, mencionando que os aspectos psicológicos, físicos e estéticos da mulher são modificados.

Ao saber que está com câncer, a mulher se vê passando por um caminho sem volta e enfrenta a difícil realidade de conviver com a amputação da mama. A mastectomia altera a imagem corporal e a autoimagem sexual da mulher, levando-a a passar por uma realidade traumatizante, pois esta se sente mutilada e inferiorizada (SILVA, *et al* 2010.; LOUREIRO, 2012; FIALHO; SILVA, 1993 *apud* REGIS; SIMÕES, 2005).

Cesnik e Santos (2012) mencionam que existem muitas barreiras para as pacientes mastectomizadas, pois tanto a paciente quanto o cuidador demonstram restrições e complementam que compete ao enfermeiro esclarecer questões a estas mulheres e a seus familiares. Alves *et al* (2011) reafirma o que fora dito pelos autores acima, que o enfermeiro tem papel de auxiliar a mulher a adaptar-se a essa nova situação.

Em decorrência da cirurgia, a mulher passa a ter uma nova realidade do esquema corporal, que afeta na qualidade de vida e inibe a mulher a realizar suas atividades diárias (ARAUJO *et al*, 2012).

Muitas mulheres aceitam a perda da mama, pois consideram se livrar do mal que lhe acometiam, alcançando assim, a cura esperada. Porém, para grande parte destas, esta situação é traumática. A qualidade de vida neste momento é muito importante (ARAUJO; FERNANDES, 2008).

Majewski *et al* (2012, p. 708) relata a respeito do apoio psicológico à mulher com câncer de mama e menciona: “sempre que possível são oferecidos tratamentos que preservem a mama e diminuem significativamente o sofrimento psicológico e social da mulher”.

Assim, a qualidade de vida tem sido proposta como um instrumento para verificar a saúde da população e incentivar medidas de promoção de saúde (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

#### **2.4 Importância das ações preventivas**

Algumas das ações preventivas são destacadas pelas atribuições do enfermeiro no programa da Estratégia Saúde da Família, ao orientar a paciente durante as consultas: a forma correta de realizar o autoexame mensalmente e

sua importância. Segundo Nascimento, *et al* (2009) a maioria das mulheres não o realizam de forma correta.

De acordo com Gomes (2007) o autoexame das mamas deve ser realizado em todas as mulheres a partir dos 20 anos de idade de forma regular. Mehring (2004) amplia esta ideia contribuindo que, além de regular é um método consistente, conveniente e sistemático.

Leite e Andrade (2009) defendem a tese de que o autoexame não serve somente para detectar neoplasias e sim para as mulheres conhecerem as mamas, sendo um método simples, fácil e sem custo, porém Potter (2009) reafirma que a mulher ao realizar esta técnica adquire familiaridade com a mama e detecta possíveis anormalidades precocemente.

Na saúde pública, o exame clínico das mamas, também conhecido como exame físico é realizado pelo enfermeiro e pelo médico. Porém, quem o realiza com maior frequência é o enfermeiro, durante a consulta da paciente e antes do exame Papa Nicolau. De acordo com Gomes (2007), o exame clínico das mamas deve ser efetuado no mínimo uma vez por ano durante as consultas nas Unidades de Saúde.

Outro método para a detecção do câncer é a mamografia. De acordo com Gomes (2007), a mamografia deve ser realizada em mulheres a partir dos 40 anos, já o Ministério da Saúde (2006), preconiza que mulheres em grupo de risco, ou seja, que já tiveram casos de neoplasia na família deverá realizar anualmente a partir dos 35 anos de idade.

Todos os métodos (autoexame, exame clínico e mamografia) merecem destaques para a detecção precoce, sendo que o autoexame é a forma mais conhecida, porém não é a mais adequada para se estabelecer um diagnóstico, pois anormalidades podem passar despercebidas (OLIVEIRA,1970).

O diagnóstico de câncer é confirmado por meio de biópsia (INAGAKI *et al*, 2008).

## **2.5 Ações preventivas**

O Ministério da Saúde (2004) recomenda que o SUS desenvolva ações de educação para que as mulheres realizem o autoexame das mamas como estratégia de cuidado.

O INCA (2010) ressalta que a prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível devido à variação dos fatores de risco e as características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia.

Segundo Fialho e Magalhães (2004 p. 160) a partir do envolvimento com a problemática das mulheres portadoras de câncer de mama, percebe-se com maior clareza a realidade enfrentada por elas e ressalta-se:

Diante do problema do câncer de mama surge a necessidade de elaborarmos estratégias de prevenção dessa doença tão associada a medo, tristeza e desconhecimento e consideramos este o primeiro passo, que é a conscientização de que podemos melhor informar a mulher sobre o câncer de mama e seus riscos para que a mesma conheça seu corpo e possa optar por desenvolver ações de prevenção e detecção dos fatores de risco.

O autoexame é um método de detecção precoce, em que a mulher avalia a própria mama. Recomenda-se efetuar-lo no mínimo uma semana após a menstruação, devido às alterações que esta acarreta a mama. Mulheres que não possuem mais menstruação realizam-no uma vez ao mês em qualquer época (MARQUES, 2010).

No autoexame, devem-se realizar algumas condutas importantes, como:

1. Inspeção em frente ao espelho;
2. Palpação das mamas;
3. Movimentos;
4. Expressão.

A primeira conduta consiste em observar a mama em frente ao espelho, estando com os braços alinhados ao longo do corpo. Em seguida, elevam-se os braços observando se há alguma alteração no contorno das mamas, presença de retrações ou abaulamentos (POSSO, 2006).

A segunda etapa é a palpação das mamas: confortavelmente deitada ou em pé em frente ao espelho a mulher inicia a palpação começando pelas axilas, pois estas podem apresentar possíveis nódulos. Sequencialmente se contorna toda a mama, detectando as massas palpáveis, executando o que chamamos de movimentos em forma de espiral (da periferia da mama até o mamilo),

quadrante (a mão vai da base da mama em direção ao mamilo e volta) e vertical (a mão caminha para cima e volta para baixo cobrindo toda a mama) (FERNANDES; NARCHI, 2007).

A última conduta do processo é a expressão que consiste em apertar o mamilo para observar se ocorre à saída de secreção (FERNANDES; NARCHI, 2007).

A consulta de enfermagem para realização do exame clínico das mamas passa pela mesma etapa de outras consultas, ou seja, anamnese e exame físico. Na primeira destas, o enfermeiro irá conversar com a paciente, ou seja, realizará o levantamento dos dados, perguntando a paciente se esta notou alguma alteração em suas mamas ou axilas nos últimos tempos, ficando atento a aspectos mencionados pela paciente, como: dor, nódulos nas mamas ou axilas, alteração do tamanho da mama, sangramentos nos mamilos e alterações de pele, como ingurgitamento, retrações e lesões (POSSO, 2006).

O exame clínico das mamas é fundamental para o diagnóstico de câncer e constitui base para a solicitação de exames complementares. Deve constar: inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal (NORMAS E RECOMENDAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/ CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA, 2004).

De acordo com Carvalho (2004), se o enfermeiro verificar alguma alteração na mama, ele informa os seguintes tópicos:

- a. Localização;
- b. Consistência;
- c. Mobilidade;
- d. Textura;
- e. Tamanho;
- f. Temperatura.

Nettina (2014) frisa que o exame clínico das mamas tem objetivo de detectar as anormalidades da mama e ensina as mulheres a realizarem o autoexame das mamas de forma correta.

Ingurgitação, vermelhidão, ulceração da pele e ínguas axilares devem ser observadas. Secreções no mamilo com aspecto escuro merecem atenção, pois remetem a sinais e sintomas da doença (OLIVEIRA, 1970).

Segundo Charanek e Tocci (2004) a mamografia é o método de rastreamento mais sensível para a detecção do câncer de mama.

A mamografia é um método que não é prejudicial à saúde, pois o nível de radiação recebida pela mulher é considerado pequeno (MARINHO *et al*, 2007 *apud* MARQUES, 2010).

Em mulheres que não estão nos grupos de risco e tem idade inferior a 35 anos, recomenda-se a ultrassonografia. Em mulheres com idade superior a 35 anos, a ultrassonografia pode ser um complemento da mamografia em determinados casos, como por exemplo, quando os nódulos são regulares ou sem expressão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

É importante mencionar que há uma série de exames complementares, como exames laboratoriais e exames por imagem para a detecção do câncer de mama. Porém, estes são realizados quando ocorre alguma alteração no autoexame, exame clínico ou mamografia (NETTINA, 2014).

## **2.6 Importância das ações do enfermeiro no cuidado com a família**

A relação do profissional de enfermagem com a sociedade é permeada pelos conceitos que se estabeleceram na sua trajetória histórica e que possui grande influência nos dias atuais (PADILHA; BORENSTEIN, 2005 *apud* SOUZA, 2012).

A prática de enfermagem tem a base na ciência, informação e pesquisa. Com isso, surgiram várias formas de atuação para os profissionais de enfermagem (REZENDE; SILVA, 2008).

No contexto em questão, o enfermeiro deve privilegiar a educação em saúde, como a aquisição de hábitos saudáveis e novas motivações a paciente (BRANCO, 2005).

Potter e Perry (2009, p. 128) relatam:

Quando a família funciona satisfatoriamente para alcançar seus objetivos, seus membros tendem a se sentirem positivos em relação a

si mesmos e em relação à sua família. Assim também, quando eles não atingem seus objetivos, as famílias se veem como ineficientes.

O apoio da família é indispensável para o processo de recuperação, pois a mulher passa por um intenso processo de sofrimento e ansiedade. Segundo Barbosa (2004) *apud* Silva *et al* (2010) a mama representa feminilidade e sua perda acarreta a diminuição da autoestima à mulher. Tavares e Trad (2009); Majewski *et al* (2012) contextualizam mencionando que a família também passa por um processo de sofrimento, que inclui ansiedade, raiva e medo.

A família deve ser informada a respeito do tamanho e da gravidade do problema. A comunicação deve ser clara e direta (Potter e Perry, 2018).

Rait e Lederberg (1990) descrevem que os cuidados oferecidos pelas famílias aos pacientes podem ser divididos em cinco categorias, a saber:

1. Provisão de suporte emocional (a família controla seus sentimentos e assume a função de suporte emocional para o paciente);
2. Tomada de decisões, sobretudo quando o quadro do paciente se agrava (aprender e avaliar novas e difíceis informações);
3. Cuidado concreto (compreende os cuidados de enfermagem, como administração de medicamentos, curativos, incentivo a atividades físicas);
4. Custos financeiros (gastos com o tratamento);
5. A manutenção da estabilidade (continuidade da rotina e desenvolvimento das atividades realizadas pela família).

A aceitação da mastectomia surge como expectativa de cura e necessidade de se evitar a morte. Neste momento, o apoio familiar traz força e desperta coragem para a cura (PINHO *et al*, 2007).

Para a mulher, o apoio da família é um estímulo para não desistir, funcionando como encorajamento (ALBARELLO *et al*, 2012).

O câncer de mama muda a vida do paciente e da família. De acordo com Potter e Perry (2009, p. 127) “o objetivo dos cuidados de enfermagem é auxiliar a família e seus membros a atingir e manter a máxima saúde além e durante a experiência da doença”.

## **2.7 O trabalho do profissional de enfermagem no tratamento das mulheres mastectomizadas**

O enfermeiro é o profissional que participa da recuperação da paciente antes e depois da mastectomia, desenvolvendo ações que levam promoção, prevenção e reabilitação da saúde, gerando neste âmbito qualidade de vida (ALVES *et al* 2011).

No pré operatório, o enfermeiro desenvolve ações que visam minimizar ou prevenir possíveis complicações que possam vir a ocorrer depois da cirurgia (BARBOSA *et al*, 2008).

O papel do enfermeiro não é somente gerar promoção e prevenção de doenças, mas sim manter o acompanhamento próximo de seu paciente (estando doente ou não), privilegiando a educação em saúde (BRANCO, 2005).

Carvalho (2004) cita as ações de enfermagem no pós operatório da paciente, ou seja, os cuidados imediatos que são realizados:

- a. Promover conforto e apoio psicológico;
- b. Realizar curativo na ferida cirúrgica;
- c. Controlar drenos;
- d. Avaliar a dor;
- e. Observar a posição da paciente no leito, pois é possível a formação de edemas localizados na cirurgia ou próximos a ela, que denominamos linfedemas;
- f. Estimular deambulação;
- g. Observar sinais de infecção, ou seja, monitorar a paciente;
- h. Orientar a paciente sobre as várias formas de se obter qualidade de vida.

Na reabilitação da mulher pós mastectomizada, tem-se algumas dificuldades no cuidado com esta, que possui alguns comprometimentos, como:

- a. O comprometimento da autoimagem (dificuldade de se aceitar);
- b. A dificuldade dos efeitos colaterais da quimioterapia (alopecia, enjoos, náuseas...);
- c. O enfrentamento de preconceitos (preconceitos sociais que as pacientes enfrentam);

d. O enfrentamento da dor e das dificuldades físicas (se adaptar a nova forma de vida) (PEREIRA *et al*, 2006).

A Revista Brasileira de Cancerologia (2004) destaca a importância da assistência humanizada a mulher com câncer de mama.

Ressalta-se que o câncer de mama gera um quadro de depressão a mulher, que se preocupa com o pensamento do marido, da família e dos filhos sobre sua nova imagem. O enfermeiro deve providenciar para que esta receba apoio psicológico adequado (PINHO *et al*, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004, p. 84),

O atendimento psicológico deve ser iniciado imediatamente após o diagnóstico e definição da conduta terapêutica oncológica, estabelecendo-se uma avaliação psicológica individual para o planejamento dos atendimentos subsequentes, que poderão ser em grupo.

Outro ponto de destaque que o enfermeiro deve frisar é a participação da paciente em grupos sociais. Em momento de medo, a mulher busca força na fé e na esperança que Deus irá lhe propiciar a cura, sentindo-se em paz, com vigor e otimismo (Pinho *et al*, 2007).

Pinho *et al*, (2007, p. 161) informa que “com fé religiosa, os pacientes, em geral, passam a fazer um discurso de uma pessoa melhor, mais forte, que prega a solidariedade”. Assim, são estimuladas e participam ativamente de grupos sociais. Gomes *et al* (2003) contextualiza, afirmando a participação da paciente nestes grupos é considerada educação em saúde.

Estes grupos sociais vêm sendo construídos e aprimorados dia após dia, compostos por enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais dentre outros, ou seja, por uma equipe multidisciplinar, que além de trazer ações de saúde, promovem exercícios de reabilitação, troca de experiências e exercícios de relaxamento (PEREIRA *et al*, 2006).

De acordo com a Revista Brasileira de Cancerologia (2004 p. 84):

A atuação interdisciplinar para a prevenção de complicações decorrentes do tratamento deve ser realizada em todas as fases: diagnóstico; durante e após o tratamento; na recorrência da doença e nos cuidados paliativos. Em cada uma dessas fases, é necessário

conhecer e identificar as necessidades da mulher, os sintomas e suas causas, e o impacto destes no seu cotidiano.

Os cuidados paliativos visam gerar qualidade de vida a mulher, pois aliviam a dor e outros sintomas clínicos do câncer (NORMAS E RECOMENDAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/ CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA, 2004).

Assim como Maslow descreve as necessidades do ser humano, a paciente necessita de segurança e proteção, necessidade de amor, necessidade de autoestima e auto realização. Assim como nos demais casos, o enfermeiro deve realizar a sistematização da assistência de enfermagem, por meio da anamnese, coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação dos cuidados e ações que executou (ATKINSON; MURRAY, 1985).

A prática de exercícios físicos também é importante na recuperação da mulher, pois como em outras doenças aliviam estresse, ansiedade e depressão (MARQUES, 2010). Movimentos rápidos no braço equivalente ao lado da cirurgia são contra indicados, devido ao risco de edema (NORMAS E RECOMENDAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/ CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA, 2004)).

A fisioterapia é recomendada, pois auxilia na recuperação dos movimentos do ombro e na mobilização (PORTER, 2005 *apud* LOUREIRO, 2012).

Apresentaremos a seguir, os procedimentos metodológicos do presente trabalho.

### **3. Metodologia**

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo com revisão bibliográfica em bases de periódicos como Scielo Brasil, Lillacs, Bireme e outras. Serão observadas as ações de enfermagem que podem contribuir em qualidade de vida às mulheres que se submeteram a cirurgia para a retirada da mama.

A pesquisa apresenta as etapas de prevenção do câncer de mama, as ações de enfermagem que devem ser implementadas a fim de proporcionar

qualidade de vida às mulheres mastectomizadas, bem como compreender o trabalho do profissional de enfermagem na promoção da qualidade de vida à mulher com câncer de mama.

#### **4. Análise e Discussão**

A análise dos artigos e das literaturas sobre o assunto proposto, permitiu que se obtivessem informações importantes a respeito do câncer de mama.

Bogliolo (2016) cita em sua obra aspectos que garantem entendimento e compreensão sobre o surgimento de uma neoplasia.

Toda a mulher está suscetível a adquirir um câncer de mama. Observamos nas teorias de Thuler (2003), que são muitos os fatores de risco aos quais as mulheres estão expostas, e notamos neste estudo a importância da educação em saúde como profilaxia da doença. De acordo com ideias de outros autores sobre o referido assunto, confirmamos e ampliamos os pensamentos do autor anteriormente citado (Thuler, 2003) e verificamos a importância de termos hábitos que nos garantam qualidade de vida.

Machado e Sawada (2008) descrevem o significado da qualidade de vida e mencionam que esta está diretamente ligada a crenças e valores. Com isso, notamos que a forma como a pessoa vive ou a forma que esta foi criada interfere no seu estilo de vida, interferindo assim, no seu processo de saúde.

Alguns autores corroboram qualidade de vida com saúde. Percebe-se que estes termos possuem significados afins, pois estão diretamente ligados. A pessoa que não tem qualidade de vida, conseqüentemente não mantém um padrão de saúde e vice versa.

No cenário exposto, descreveu-se a realidade que muitas mulheres enfrentam: a mastectomia, ou seja, retirada da glândula mamária. Muitos autores descrevem o sofrimento físico, psíquico e social que estas mulheres enfrentam. Tavares e Trad (2009) citam a esse respeito e mencionam ainda o quadro de ansiedade gerado pela doença.

O câncer não é uma doença recente, porém os hábitos de vida auxiliaram pra que este índice aumentasse significativamente. Oliveira (1970) menciona a

importância da educação em saúde, ou seja, da conscientização para a detecção precoce desta neoplasia.

Observamos a importância das ações da enfermagem neste contexto. O enfermeiro desenvolve ações antes e depois da doença. A prevenção é a primeira destas. Como se mencionou existem ações que levam a detecção precoce do câncer, como autoexame, exame clínico das mamas e mamografia.

Ao passar pela mastectomia, a mulher necessita de suporte da família e da equipe coordenada pelo enfermeiro. O apoio da família é primordial neste momento. Albarello *et al* (2012) confirma e descreve que o apoio da família serve de estímulo para a mulher.

O enfermeiro desenvolve ações com a família no intuito de promover esclarecimentos sobre a doença. Alves *et al* (2011) cita que as ações de enfermagem geram promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Confirma-se o mencionado pelos autores, pois se evidenciou que as ações de enfermagem continuam no pós operatório da doença.

Outro fator importante foi o das ações de educação em saúde. O enfermeiro ao se aproximar de sua paciente realiza ações e estimula a mulher a participar de grupos sociais. Branco (2005) evidencia essas práticas de educação em saúde.

Assim como com outros pacientes, o enfermeiro deve ter uma visão holística da mulher mastectomizada, ou seja, vê-la como um todo e promover bem estar e cuidado em todas as áreas que esta merece carência.

## **5. Conclusão**

O estudo nos permitiu a compreensão do trabalho de enfermagem na promoção e reabilitação da saúde da mulher mastectomizada.

Percebeu-se que as ações de enfermagem são importantes para se prevenir os cânceres aos quais a mulher está suscetível. Por meio da orientação e da conscientização, a mulher realiza cuidados profiláticos com seu corpo, gerando para si qualidade de vida.

Anormalidades no corpo da mulher podem surgir devido a uma série de fatores de risco. Assim, realizando as medidas de prevenção mencionadas (autoexame das mamas, exame clínico das mamas e mamografia), esta detecta precocemente anormalidades em seu corpo.

Compreendemos com o estudo das literaturas que o trabalho de enfermagem ocorre antes e depois da mulher se submeter ao processo de mastectomia, seja através de orientações na consulta de enfermagem, ou também com cuidados no pós-operatório da cirurgia de mastectomia.

Tivemos algumas limitações, pois no processo de qualidade de vida da mulher o estudo de todos os cânceres são importantes, em especial os cânceres que mais acometem e causam óbitos as mulheres no Brasil: o câncer de colo uterino e o câncer de mama. No estudo realizado, focamos o segundo tipo de câncer e evidenciamos as ações de enfermagem em prol de gerar qualidade de vida a mulher mastectomizada.

Concluimos assim, que este trabalho respondeu ao objetivo geral proposto, descrevendo que o enfermeiro é um profissional que participa ativamente na promoção, prevenção e reabilitação da saúde da mulher, desenvolvendo ações que gerem saúde, objetivando alcançar qualidade de vida.

### Referências

ALBARELLO, R.; LABER, A. C. F.; DALEGRAVE, D.; FRANCISCATTO, L. H. G.; ARGENTA, C.. **Percepções e enfrentamentos de mulheres que vivenciaram diagnóstico de câncer de mama.** Revista de Enfermagem 2012.

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.** Revista Brasileira de Enfermagem; jul.-ago. 2011.

ALVES, P. C.; SILVA, A. P. S.; SANTOS, M. C. L.; FERNANDES, A. F. C. **Conhecimento e expectativas de mulheres no pré operatório da mastectomia.** Rev Esc Enferm USP;dez. 2010.

ARAÚJO, A. G. S.;MOSTOWSKI, R.; ULLER, K. J.;**Avaliação da qualidade de vida em pacientes mastectomizadas pré e pós reabilitação fisioterapêutica.** Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício- Volume 11 Número 1-janeiro/março 2012.

ARAÚJO, I. M. A.; FERNANDES, A. F. C.. **O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher**. Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem 2008.

ATKINSON, L.D.;MURRAY,M. E..**Fundamentos de Enfermagem/Introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

BARBOSA, R. C. M.. **Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e rede de apoio**. Acta Paul Enferm 2004;

BARBOSA, I. C. F. J.; FERNANDES, A. F. C.; SILVA, R. M; GURGEL, A. L. **Benefício de la terapia grupal em la rehabilitación de mujeres mastectomizadas**. Rev Enferm IMSS 2002. Citado em 2008.

BOGLIOLO, L. **Patologia**. Geraldo Brasileiro Filho. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

BRANCO, I.M.B.H.P..**Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem**. Texto Contexto Enferm 2005 Abr-Jun;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer de Mama**. Rio de Janeiro, 2004.

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. **Câncer de Mama**. Rio de Janeiro, 2006.

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer**. Rio de Janeiro; 2006.

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer**. Rio de Janeiro; 2010.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F.. **Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde**. Revista Baiana de Saúde Pública. V. 32, n.2,p.232-240 maio/ago.2008.

CARVALHO, G. M.. **Enfermagem em ginecologia/Geraldo Mota de Carvalho**. 1ª Ed. Ver. E ampl. São Paulo, EPU, 2004.

CESNIK, V. M.; SANTOS, M. A.. **Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada?** Rev Esc Enferm USP; ago. 2012.

CHARANEK, V. M.; TOCCI, H. A.. **O papel do enfermeiro na prevenção do câncer de mama**. Rev Enferm UNISA 2004;

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z.; **Enfermagem e Saúde da Mulher**. Ed Brasileira, 2007. Ed Manoele Ltda.

FIALHO, A.V.; SILVA, R. M..**Mastectomia e suas repercussões**. Rev Bras. Enferm., v 46, 1993.

FIALHO, A. V. M.; SILVA, R. M.. **CÂNCER DE MAMA: o pensar e o fazer das mulheres**. Rev Bras Enferm, Brasília(DF) 2004.

GOMES, F. A.; PANOBIANCO, M. S.; FERREIRA, C. B.; KEBBE, L. M.; MEIRELLES, M. C. C. C.. **Utilização de grupos de reabilitação de mulheres com câncer de mama**. Rev. Bras. Enfermagem UERJ Set. – Dez 2003.

GOMES, I. L.. **Fisiopatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007 p 15-51.

GUIRRO, E.C. O.; GUIRRO, R. R.. **Fisioterapia Dermato Funcional**. 3 ed São Paulo: Manole, 2004.

INAGAKI, A. D. M.. PRUDENTE, L. R.; GONÇALVES, L. L. C.; ABUD, A. C. F.; DALTRO, A. S. T.. **Prática para detecção precoce do câncer de mama entre docentes de uma universidade**. Rev Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(3):388-91.

LEITE, R. C.; OLIVEIRA, C.; RIBEIRO, L.. **Câncer de mama: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Prestígio; 2002.

LEITE, K. C.; ANDRADE, S. N.; **Produção de Estratégias para estimular a adesão ao auto exame das mamas entre mulheres do Município de Araguaína, Araguaína**. Nov/2009.

LOUREIRO, L.P.; **Incidência de complicações pulmonares em mulheres mastectomizadas no pós operatório imediato**. Ensaios e Ciência, Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, vol 16, nº01. Ano 2012.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O.. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out –Dez; 17(4): 750-7.

MAJEWSKI, J. M.; LOPES, A. D. F.; DAVOGLIO, T.; LEITE, J. C. C.. **Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura**. Ciência & Saúde Coletiva.

MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. A.; **Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama**. Revista Brasileira de Cancerologia 2006;

MARINHO, C. C. A.; BLANCO, N. C.; JUNIOR, A. V.; **Abordagem Fisioterapêutica nas complicações de mulheres mastectomizadas decorrentes do Câncer de Mama.** Universidade da Amazônia- UNAMA- Belém-PA. 2007.

MARQUES, K. G.. **Benefícios da atividade física e sua influência com relação ao autoconceito em mulheres mastectomizadas.** Movimento & Percepção, Espírito Santo do Pinhal, SP, v. 11, n. 16, jan/abr. 2010.

MEHRING, P. M. C.. **Alterações na Estrutura e na Função do Sistema Reprodutivo Feminino.** In. PORT, Carol Mattson. Fisiopatologia. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. P.

MEISTER, K.; MORGAN, J. **Risc factors for breast cancer: a report by the American Council on Science and Health.** 2000.

Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil.** Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2006.

MISTURA, C.; CARVALHO, M. F. A. A.; SANTOS, V. E. P.. **Mulheres mastectomizadas: vivências frente ao câncer de mama.** Rev Enferm. UFSM 2011 Set/ Dez.

NASCIMENTO, T. G.; SILVA, S. R.; MACHADO, A. R. M.. **Autoexame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico.** Revista Brasileira de Enfermagem.- Brasília, vol. 62, n. 4Jul/ago, 2009.

NETTINA, S. M.. **Prática de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

\_\_\_\_\_ **Prática de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

NORMAS E RECOMENDAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA. **Controle do Câncer de Mama- Documento de Consenso.** Revista Brasileira de Cancerologia 2004;

OLIVEIRA, A. R. D..**Medicina Preventiva.** Rio de Janeiro, Editora EBS, 1970.

PADILHA, M. I. .C. S.; BORENSTEIN, M.S..**O Método de pesquisa histórica na enfermagem** Texto e contexto da enfermagem, Florianópolis, v. 14. N. 4, p. 575-584. Out/dez., 2005.

PEREIRA, S. G.; ROSENHEIN, D. P.; BULHOSA, M. S.; LUNARD, V. L.; FILHO, W. D. L. **Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica.** Revista Brasileira de Enfermagem 2006.

PINHO, L. S.; CAMPOS, A. C. S.; FERNANDES, A. F. C.; LOBO, S. A.; **Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 01, p. 154-165, 2007.

PIRHARDT, C. A.; MERCÊS, N. N. A.. **Fatores de risco para câncer de mama: nível de conhecimento dos acadêmicos de uma universidade.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/Marc;

PORTER, S.. **Fisioterapia de Tidy.** 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

POSSO, M. B. S.; **Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem/ Maria Belem Salazar Posso.** São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G., **Fundamentos de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G., **Fundamentos de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

POTTER, P. A.. **Fundamentos de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RAIT, D.; LEDERBERG, M.. The family of the cancer patient. In: HOLLAND, J. C.; ROWLAND, J. H. (Eds). **Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer.** New York: Oxford University, 1990.

REGIS, M.F.S.; SIMÕES, S. M. F..**Diagnóstico de câncer de mama: sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 7, n. 1, p. 81-86, 2005.

REZENDE, T.; SILVA, R. M. A.. **Qualidade de vida no trabalho dos profissionais da área da enfermagem: um estudo a partir do modelo teórico de Hackman & Oldham.** Estudos e pesquisas em psicologia, Rio de Janeiro, ano 8, n. 3, p. 685-703, set., 2008.

ROBBINS, S.L.; LUMAR, V.; COTRAN, R. S.. **Patologia estrutural e funcional.** A mama. Guanabara Koogan. 6ª Ed. Rio de Janeiro- RJ. 2000. P 976-977.

SILVA, S. E. D.; VASCONCELOS, E. V.; SANTANA, M. E.; RODRIGUES, I. L. A.; LEITE, T. V.; SANTOS, L. M. S.; SOUSA, R. F.; CONCEIÇÃO, V. M.; OLIVEIRA, J. L.; MEIRELES, W. N.. **Representações sociais de mulheres**

**mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado.** Revista Brasileira de Enfermagem; 63(5): 727-734, set/out. 2010.

SOUZA, C.S. **Análise da Qualidade de Vida no Trabalho dos profissionais de Enfermagem: estudo nos prontos socorros dos hospitais no Espírito Santo.** Enanpad, Rio de Janeiro/Rj 22 a 26 de Setembro de 2012.

TAVARES, L. S. C.; TRAD, L. A. B.; **Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento.** Interface- Comunic., Saúde, Educ., v. 13, n. 29, p. 395-408, abr/jun 2009.

THULER, L. C.. **Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino.** Revista Brasileira de Cancerologia, 2003.