

MULHERES MASTECTOMIZADAS: ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DA NOVA REALIDADE

Jaqueline Ferreira Ventura Bittencourt¹

Ingrid Fioravante Netto²

Leidiléia Mesquita Ferraz³

RESUMO

O câncer de mama é caracterizado como o segundo carcinoma mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos nesse grupo. Embora seja considerado um câncer de bom prognóstico, ainda é diagnosticado em estádios tumorais avançados, necessitando muitas vezes da intervenção cirúrgica como é o caso da mastectomia. Intervenção temida pela mulher, com repercussões no seu cotidiano, na sua imagem corporal e sexual. O estudo tem como objetivo conhecer e analisar as estratégias de enfrentamento desenvolvidas pela mulher após a mastectomia, através da revisão de literatura, com ênfase no período de fevereiro a junho de 2011. Através dessa busca evidenciou-se que, as mulheres mastectomizadas experienciam uma gama de sentimentos como o medo, a rejeição, a depressão, o isolamento social, a perda de identidade entre outros, além de conviverem com os aspectos físicos como a mutilação e a alopecia. Para o enfrentamento dessa nova realidade as mulheres utilizam algumas estratégias tais como: a rede de apoio familiar e social, a busca de apoio na espiritualidade/religiosidade, a participação em grupos de suporte, o apoio

¹ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Aplicada. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais. Brasil. E-mail: bittencourt.jfv@hotmail.com.br.

² Enfermeira. Graduada em Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais. Brasil.

³ Especialista em Enfermagem do Trabalho na FACREDENTOR/RJ. Especialista no Programa Saúde da Família GAMA FILHO /RJ. Pós Graduada em Gestão Pública em Organizações de Saúde. UFJF/MG. E-mail: enfleidi@gmail.com

da equipe multiprofissional e, sobretudo o estímulo da enfermagem para o encorajamento da nova situação de vida.

Palavras-chaves: Câncer de Mama. Mulheres. Mastectomia. Assistência de Enfermagem.

Mastectomized Women: Strategies for Confronting the New Reality

ABSTRACT

Breast cancer is characterized as the second most common cancer worldwide and the most common among women, accounting for 22% of new cases in this group. Although considered a good cancer prognosis, is still diagnosed in advanced tumor stages, often requiring surgical intervention such as mastectomy. Intervention feared by women, with repercussions in their daily lives, in their body image and sexual. The study aims to evaluate and analyze the coping strategies developed by women after mastectomy, by reviewing the literature, with emphasis on the period from February to June 2011. Through this search revealed that, mastectomy women experiencing a range of feelings such as fear, rejection, depression, social isolation, loss of identity among others, and live with the physical aspects such as mutilation and alopecia. To confront this new reality women use some strategies such as the family support network and social support in the search for spirituality / religiosity, participation in support groups, support from the multidisciplinary team, and especially the encouragement of nursing for the encouragement of new life situation.

Keywords: Breast Cancer. Women. Mastectomy. Nursing Care.

MULHERES MASTECTOMIZADAS: ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DA NOVA REALIDADE

1 INTRODUÇÃO

No início do século XX, com a incorporação do programa da saúde da mulher ao contexto das políticas nacionais de saúde no ano de 1984, o Ministério da Saúde (MS), elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incluía a assistência à mulher em clínica ginecológica, ou seja, identificava outras necessidades a partir do perfil populacional dessas mulheres (BRASIL, 1984).

A partir de então, o PAISM tem a sua evolução com as políticas de atenção à saúde da mulher e passam a incorporar parte da população feminina pouco perceptível e a incluir as problemáticas emergentes que afetam a saúde desta mulher, com vistas à promoção da melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras; a contribuição da redução da morbidade e mortalidade feminina; a ampliação, a qualificação e a humanização da integralidade à saúde da mulher, sem discriminação de qualquer espécie no Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2004).

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), as mulheres constituem-se a maioria da população brasileira (51,04%), seja como usuária que frequenta os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, seja como cuidadora, acompanhando crianças, familiares, amigos, vizinhos, entre outros. Contudo, as principais causas de morte desta população são as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, endócrinas, nutricionais, metabólicas e as doenças por causas externas (BRASIL, 2000).

Neste contexto, a neoplasia por câncer de mama, além de ser uma das causas de mortalidade da população feminina, também é caracterizada como o segundo carcinoma mais frequente no mundo e o mais comum entre estas, respondendo por 22% dos casos novos nesse grupo. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) estima que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer mamário mama em todo o cenário mundial.

No Brasil, a maioria dos cânceres de mama ainda é diagnosticado em estádios tumorais avançados. Contudo, o diagnóstico precoce e os tratamentos menos agressivos têm permitido uma maior sobrevida e qualidade de vida a essas mulheres (INCA, 2010).

Atualmente, dentre as modalidades terapêuticas mais abrangentes para o câncer de mama existem a cirurgia, a radioterapia para o tratamento loco-regional, a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico. A indicação de diferentes tipos de cirurgia depende do estadiamento clínico e do tipo histológico.

Maluf e Barros (2008) acreditam que a cirurgia de mastectomia, venha produzir mudanças na vida da mulher, seja no âmbito pessoal como profissional/relacional, conseqüentemente, geram alterações na sexualidade, ligadas às disfunções sexuais e ao planejamento familiar. Para Bittencourt (2000), após a mastectomia, a incerteza do inesperado no período que a ela se segue potencializa o medo, o desconhecido e pode vir a repercutir na mulher a sensação de desproteção, impotência, frustração e estresse.

Além disso, como característica comum a essas mulheres, questões como a estética, a preocupação com a beleza física, parecia ter um significado mais amplo. O sentir-se bonita fazia com que a mulher se sentisse aparentemente bem e, conseqüentemente dispusesse de uma melhor qualidade de vida. Considerando-se a relevância do tema, o estudo teve como objetivo conhecer e analisar na literatura, as estratégias de enfrentamento desenvolvidas pela mulher após a mastectomia.

2 Revisão de Literatura

2.1 O Câncer de Mama

Dentre as neoplasias o câncer de mama, atinge em sua maioria mulheres. É uma doença estigmatizante que traz consigo reações físicas e emocionais às mesmas. De acordo com Duarte e Andrade (2006), o carcinoma mamário é o resultado de multiplicações desordenadas de determinadas células que se reproduzem em grande velocidade, desencadeando o aparecimento de neoplasias malignas que podem vir a afetar os tecidos vizinhos e provocar metástases.

O câncer de mama além de ser uma doença que desperta o medo da morte traz consigo uma série de inquietações e efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade, a imagem corporal e a autoimagem que podem refletir no relacionamento conjugal como também, no relacionamento sexual. Contudo, reconhecemos fazer parte de uma sociedade, em que o corpo é concebido como objeto e a mama é símbolo de maternidade, procriação, sexualidade, alvo de contemplação.

2.2 Epidemiologia do Câncer de Mama

Segundo dados do relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer [IARC/OMS (*World Cancer Report, 2008*)], o impacto global do câncer duplicou em 30 anos. Estimou-se que, no ano de 2008, ocorreriam cerca de 12 milhões de casos novos de câncer e 07 milhões de óbitos. O contínuo crescimento populacional, bem como seu envelhecimento, afetará de forma significativa o impacto do câncer no mundo e recairá principalmente sobre os países de médio e baixo desenvolvimento.

No Brasil, as estimativas, para o ano de 2010, serão válidas também para o ano de 2011, e apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, no sexo feminino serão os cânceres de mama e do colo do útero acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina (BRASIL, 2010).

De acordo com o INCA (2010), através do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), há diferenças regionais importantes na distribuição do câncer de mama no país. Assim, na região sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 65 novos casos por 100 mil. Estimam-se para 2010 – 2011 27.620 novos casos da doença.

2.3 Etiologia e Fatores de Risco do Câncer de Mama

As principais etiologias do câncer de mama são diversas, podendo associar-se a fatores externos ou internos ao organismo, estando ambos interrelacionados.

As externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social, cultural e fatores físicos. As internas são na maioria das vezes, geneticamente pré determinadas, ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais. Os fatores de risco ambientais de câncer são denominados cancerígenos/carcinógenos, que atuam alterando a estrutura genética (DNA) das células (ZELMANOWICZ, 2008).

Alguns autores referem também à idade, hereditariedade, predisposição genética, características reprodutivas, patologias benignas da mama, localização geográfica, consumo de álcool, uso de contraceptivo oral, terapia de reposição hormonal, radiação ionizante, entre outros, como fatores de risco associados às neoplasias mamárias, (MOHALLEM & RODRIGUES, 2007).

2.4 Anatomia e Fisiologia da Mama

A mama localiza-se ventralmente aos músculos peitoral maior, serrátil anterior e oblíquo externo. São órgãos glandulares pares suscetíveis a estímulos neuro-hormonais (GUYTON, 2002).

As primeiras manifestações de tecido mamário surgem por volta da sexta semana da vida embrionária. A telarca é o início do crescimento mamário e caracteriza o início da puberdade.

Externamente, cada mama, na sua região central, apresenta uma aréola e uma papila. Na papila mamária exteriorizam-se 15 a 20 orifícios ductais, que correspondem às vias de drenagem das unidades funcionantes, que são os lobos mamários (INCA 2001). A mama é dividida em 15 a 20 lobos mamários independentes, separados por tecido fibroso, de forma que cada um tem a sua via de drenagem, que converge para a papila, através do sistema ductal (INCA, 2001).

2.4.1 Carcinogênese

O conceito de câncer envolve uma alteração no material genético de uma célula somática (teoria da mutação somática), que está ligado a anormalidades cromossômico - introduzido pela primeira vez por *Theodor Boveri* em 1914 (UICC, 2006). Nomeclatura dada a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (INCA, 2011).

O termo carcinogênese é definido como um processo no qual a função fisiológica normal das células vivas é alterada, resultando num crescimento anormal e incontrolável de determinado órgão ou tecido. O processo de carcinogênese passa por vários estágios, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere e dê origem a um tumor visível (UICC, 2006).

As células cancerizadas multiplicam-se de maneira descontrolada, acumulam-se formando tumor e invadem o tecido vizinho. Adquirem capacidade de se desprender do tumor e migrar a órgãos distantes, constituindo as metástases, com perda da função especializada, com comprometimento da função do órgão afetado (UICC, 2006).

2.4.2 Manifestações Clínicas

O tempo médio para ocorrer à duplicação celular, no câncer de mama, é de 100 dias. O tumor pode ser palpável quando atinge 1 cm de diâmetro. Uma esfera de 1 cm contém aproximadamente 1 bilhão de células que é o resultado de 30 duplicações celulares. Portanto, uma célula maligna levará 10 anos para se tornar um tumor de 1 cm (80% dos cânceres se manifestam como um tumor indolor). Apenas 10% das pacientes queixam-se de dor, sem a percepção do tumor.

Estima-se que o tumor de mama duplique de tamanho a cada período de 3-4 meses. No início da fase subclínica (impalpável), tem-se a impressão de crescimento lento, porque as dimensões das células são mínimas. Porém, depois que o tumor se torna palpável, a duplicação é facilmente perceptível (Brasil, 2002).

De acordo com o Documento de Consenso de 2004, pacientes com câncer de mama avançado, possuem sintomas de maior frequência, ressaltando que os demais não devem ser esquecidos, tais como: astenia; síndrome anorexia/caquexia; lesões tumorais de pele; dor; dispnéia; alterações neurológicas/psiquiátricas:

2.4.3 Diagnóstico e Estadiamento

O câncer é uma patologia com localizações e aspectos clínico-patológicos múltiplos e não possui sintomas ou sinais patognomônicos, podendo ser detectado em vários estágios de evolução histopatológica e clínica. Destes fatos resulta, em grande parte, a dificuldade do seu diagnóstico e a afirmativa de que a suspeita de câncer pode surgir diante dos sintomas os mais variados possíveis. A anamnese e o exame físico são à base do diagnóstico clínico e constituem os elementos orientadores da indicação de exames complementares (INCA, 2011)

São múltiplas as finalidades dos exames complementares na área da oncologia. A solicitação destes exames visa avaliar o tumor primário, as funções orgânicas, a ocorrência simultânea de outras doenças e o estadiamento do tumor. Além disso, os exames complementares são indicados para detecção de recidivas, controle da terapêutica e rastreamento em grupos de risco. Os exames utilizados para diagnosticar e estadiar o câncer (exames laboratoriais, de registros gráficos, endoscópicos, radiológicos, de imagem e nuclear) constituem meios pelos quais se obtêm a avaliação anatômica e funcional do paciente, bem como, a avaliação do tumor primário e suas complicações loco-regionais e à distância (INCA, 2011).

Conforme o Documento de Consenso 2004, o exame clínico da mama (ECM) é parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico de câncer. Deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, e constitui a base para a solicitação dos exames complementares. Para lesões palpáveis, a ultrassonografia (USG) é o método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis, em mulheres com menos de 35 anos, já aquelas com idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método indicado (INCA, 2004).

Se houver lesões suspeitas deve-se buscar a confirmação do diagnóstico que pode ser citológico, por meio de punção aspirativa por agulha fina (PAAF), ou histológica, quando o material for obtido por punção, utilizando-se agulha grossa (PAG) ou biópsia cirúrgica convencional (INCA, 2004).

A biópsia cirúrgica também está indicada nos casos de exame histopatológico *radial scar*, hiperplasia atípica, carcinoma *in situ*, carcinoma microinvasor e material inadequado, quando a biópsia for realizada em material obtido por meio PAG ou mamotímia (INCA, 2004).

De acordo com o INCA 2004, estadiar um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação. Verifica-se que, apesar da sua variedade, os tumores malignos seguem um curso biológico mais ou menos comum a todos eles, que se inicia pelo crescimento e invasão local, segue pela invasão dos órgãos vizinhos e termina com a disseminação regional e sistêmica. Esta evidência levou a União Internacional Contra o Câncer (UICC) a desenvolver um sistema de estadiamento dos tumores que tem como base a avaliação da dimensão do tumor primário (T), a extensão da disseminação em linfonodos regionais (N) e a presença ou não de metástases à distância (M) – Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos (INCA, 2002)

Na interpretação de cada fator são analisadas as diversas variações que, para o tumor primitivo, vão de T1 a T4, para o comprometimento linfático, de N0 a N3, e, para as metástases à distância, de M0 a M1. A combinação das diversas variantes de T, N e M, finalmente, determinam os estádios clínicos que variam entre I e IV na maioria dos casos, isto porque alguns dos tumores só são classificados sem três estádios. Hoje, o estadiamento clínico representa o mais importante meio para definição do prognóstico e da terapêutica (INCA, 2004).

A classificação é aplicável somente para carcinomas, tanto para mama feminina quanto masculina. Deve haver confirmação histológica da doença. A sub localização anatômica de origem deve ser registrada, mas não é considerada na classificação (BRASIL, 2004).

2.5 Tratamento

Existem três formas de tratamento do câncer: radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e a cirurgia. Usadas em conjunto no tratamento das neoplasias malignas, variando apenas quanto à importância de cada uma e a ordem de sua indicação (BRASIL, 2010).

O tratamento do câncer de mama deve ser abordado por uma equipe multidisciplinar, sendo realizado de forma integral e em conjunto para fornecer melhores subsídios de recuperação ao paciente. As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são a cirúrgica (mastectomia) e a radioterápica para o tratamento loco-regional, e ainda a hormonioterapia e quimioterapia para o tratamento sistêmico (VERONESI, 2002).

Com a consolidação do conceito de que o câncer de mama é uma doença sistêmica modificou-se o foco central do tratamento, pois o controle local da doença agora pode ser obtido de maneira segura através de cirurgias mais conservadoras, em associação com tratamento adjuvante (SILVA & *et al* 2008).

2.5.1 Radioterapia

Utilizada com o objetivo de destruir as células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia. Após cirurgias conservadoras deve ser aplicada em toda a mama da paciente, independente do tipo histológico, idade, uso de quimioterapia ou hormonioterapia ou mesmo com as margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico (BRASIL, 2004).

A radioterapia é o método de tratamento local ou loco-regional do câncer, que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente demarcadas (BRASIL, 2010).

Através da sistematização da consulta de enfermagem, o enfermeiro especialista, tem como objetivo traçar metas que assegurem uma assistência de qualidade ao cliente oncológico atuando na prevenção, tratamento, orientação e reabilitação nos procedimentos radioterápicos. Deve-se também promover parcerias com toda a equipe de radioterapia viabilizando o cumprimento das normas de

radioproteção contribuindo, portanto para uma exata aplicação da dose prescrita pelo radioterapeuta no volume-alvo e realizando um cuidado seguro e humanizado (INCA, 2002).

2.5.2 Quimioterapia

A quimioterapia consiste na aplicação de drogas antineoplásicas maioria por via sistêmica que têm como principal objetivo impedir o crescimento de um determinado tipo de tumor maligno. Tais drogas agem como todo medicamento pode estar associado a efeitos colaterais ou indesejáveis. Estes efeitos estão cada vez mais bem manejados e controlados, tornando assim a quimioterapia moderna muito mais eficaz e segura (IPC, 2009).

É a forma de tratamento sistêmico do câncer que usa medicamentos denominados genericamente de “quimioterápicos” (sejam eles quimioterápicos propriamente ditos, hormonioterápicos, bioterápicos, imunoterápicos, alvoterápicos) que são administrados continuamente ou a intervalos regulares, que variam de acordo com os esquemas terapêuticos (BRASIL, 2010).

Além dos efeitos físicos as mulheres submetidas à quimioterapia apresentam também manifestações psicológicas para Smeltzer e Bare (2005), a quimioterapia afeta negativamente a autoestima, sexualidade e sensação de bem estar da paciente que, combinadas ao estresse de um diagnóstico com risco de vida potencial, podem ser avassaladoras. A angústia com as preocupações financeiras e com o tempo despendido longe da família leva ao sofrimento emocional durante o tratamento tornando o suporte de enfermagem uma ferramenta importante nesse caminho.

2.5.3 Hormonioterapia

Nos últimos cinco anos, a hormonioterapia para o tratamento de neoplasias mamárias tem sido fundamentada basicamente no emprego do tamoxifeno, sendo o uso deste muito difundido em todo o mundo, pois se trata de um fármaco eficiente

na terapia de determinados carcinomas mamários, assim como os carcinomas RE positivos; sendo também uma droga relativamente econômica que se encontra disponível no sistema público de saúde (SANTOS 2007; MARQUES; DZIK; BARROS, 2007).

2.5.4 Cirurgia

A cirurgia foi à primeira modalidade de tratamento eficaz e continua sendo um dos pilares do tratamento do câncer. As melhores terapias da atualidade, no entanto, costuma envolver a cirurgia associada à quimioterapia e à radioterapia (UICC, 2006).

A cirurgia é uma das formas de tratamento mais temidas pela mulher, levando a sentimentos de tristeza, vergonha e depressão. Assim, a cirurgia altera a imagem corporal da mulher e a autoimagem sexual, podendo repercutir no seu cotidiano, desencadeando sintomas como depressão e ansiedade, pois traz em si um caráter agressivo e traumatizante para a vida da mulher, levando a uma desfiguração e, conseqüentemente, a uma modificação da autoimagem (BRASIL, 2004).

A indicação de diferentes tipos de cirurgia depende do estadiamento clínico e do tipo histológico, podendo ser conservadora ressecção de um segmento da mama (engloba a setorectomia, a tumorectomia alargada e a quadrantectomia), com retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela, ou não conservadora (mastectomia).

De acordo com o Documento de Consenso 2004, são modalidades de mastectomia: mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo aréolo papilar); mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar (radical modificada); mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitoral (is) acompanhada de linfadenectomia axilar (radical); mastectomia com reconstrução imediata; mastectomia poupadora de pele.

3 Objetivo

Conhecer e analisar as estratégias de enfrentamento desenvolvidas pela mulher após a mastectomia, através da revisão de literatura, com ênfase no período de fevereiro a junho de 2011.

4 Metodologia

O estudo consiste em uma revisão do conhecimento disponível na literatura sobre o tema, pesquisada nas seguintes bases eletrônicas de dados, Lilacs, Bireme, Scielo, Bvs e Medline, com ênfase no período de fevereiro a junho de 2011. Utilizaram-se os descritores: *câncer e mama e mulheres mastectomizadas; assistência de enfermagem e educação em saúde; mastectomia e enfrentamento da nova realidade*. Devido à amplitude dos unitermos, optou-se por realizar uma busca conjunta, combinando dois a dois os seguintes termos: *câncer de mama e assistência de enfermagem; câncer de mama e educação em saúde; mulheres mastectomizadas e assistência de enfermagem; mulheres mastectomizada e educação em saúde*.

Foram incluídos nessa revisão, os artigos originais que estavam disponíveis na íntegra e relacionada ao tema. Neste contexto, a busca de artigos iniciou-se com informações levantadas sobre o câncer de mama e mastectomia, utilizando 08 livros, 06 Manuais do Ministério da Saúde, 26 periódicos de enfermagem disponíveis em banco de dados (já citados) e literatura de enfermagem que forneceu conteúdo específico sobre o tema. Os critérios de busca foram definidos em publicações no idioma português com textos disponíveis na íntegra na base eletrônica. Os artigos utilizados para a realização da pesquisa foram selecionados a partir da leitura do título e resumo dos mesmos. A última pesquisa realizada em todas as bases eletrônicas de dados foi dia 20 de Junho de 2011.

5 Discussão

Sabemos que o processo após a mastectomia envolve mudanças cognitivas e comportamentais, no qual a mulher convive com as exigências (internas ou externas) avaliadas como estressantes em relação ao ambiente. Assim, após essa intervenção reconhecida geralmente como estressante, são desenvolvidas pelas mulheres estratégias, que tem como objetivos minimizar a ação das condições ambientais que causam dano e perdas e, simultaneamente, aumentar a possibilidade de recuperação e de bem-estar (Bittencourt, 2008).

O câncer de mama é considerado uma doença estigmatizante por todos, e particularmente pela pessoa que é acometida. A mulher é tomada por sentimentos de incerteza e insegurança, vivencia a expectativa de um futuro incerto, de um caminho de grandes dificuldades. No enfrentamento dessa situação, a mulher tenta se conhecer e se reconhecer nesta nova condição e imagem, na qual se incluem as dificuldades advindas após a doença. Começa, então, a buscar razões para prosseguir nessa nova vida, como uma nova mulher (ARAÚJO e FERNANDES, 2008).

Bergamasco e Angelo (2001) observaram que as reações da mulher ao diagnóstico são diversas, podendo variar da indiferença a um medo real. Segundo os autores, na etapa em que os resultados estão sendo analisados surgem sentimentos como angústia e desamparo bem como pensamentos sobre morte e pânico. Complementando, com Rossi e Santos (2003), o vislumbre da morte e temores relacionados a um possível desamparo dos filhos foram os aspectos mais característicos das reações de mulheres com câncer de mama, quando receberam este diagnóstico.

Isto é, a angústia e a incerteza quanto ao futuro ou a incerteza de que somos seres que evoluímos fatalmente para a morte, na vigência de uma doença grave, desencadeia um processo de dor física, objetiva e subjetiva, na pessoa doente e nos familiares (BITTENCOURT e CADETE, 2002).

Assim, este processo é mediado por fatores de enfrentamento relacionados aos aspectos institucionais, socioculturais e individuais. Os aspectos institucionais (médicos) englobam os fatores clínicos, tipo e modalidade do tratamento proposto, opções de reabilitação e manejo psicológico pela equipe de cuidados de saúde.

Os aspectos socioculturais dizem respeito aos recursos disponíveis, às atitudes, estigma e significados relacionados ao câncer desenvolvidos na comunidade, natureza e acesso a suporte social (família, amigos, grupos afiliados). Já os aspectos pessoais estão relacionados à mulher, como o momento de vida em que se encontra (tarefas específicas do desenvolvimento ameaçadas ou interrompidas pelo câncer), a sofisticação das habilidades pessoais, a capacidade cognitiva para lidar com situações de alto estresse, o seu controle, a experiência

de enfrentamento prévia com outras doenças ou com o próprio câncer, os valores morais, religiosos e crenças.

Como a mastectomia é uma intervenção não somente que ocasiona uma mutilação física ou fisiológica, mas, sobretudo psíquica, afetiva e emocional com repercussões o que de acordo com Jesus e Lopes (2003) detonam em sentimentos como o medo, o estresse, a ansiedade, entre outros.

O medo evidencia-se pela vulnerabilidade emocional muitas vezes expressada pelo choro, silêncio, reclusão, abandono das atividades profissionais e sociais. Frente à possibilidade da morte, da terminalidade decorrente de uma doença marcada por estigmas e preconceitos. O medo e a proximidade da morte levam a pessoa a manifestar diversos sentimentos, os quais podem ou não ser superados (ARAÚJO e FERNANDES, 2008).

O estresse e a ansiedade estão presentes em todo processo do tratamento e mais evidente na hospitalização, etapa inevitável, aliada à necessidade de a mulher ser submetida à mastectomia, o estresse e a ansiedade, repercuti no tratamento e reabilitação. Nesse contexto corre modificações biopsicossociais, diante da necessidade de extirpação da mama. A mulher mastectomizada poderá ter sérias dificuldades para reassumir seu papel profissional, social e familiar (Duarte e Andrade, 2003).

A perda da mama pode levar ao sentimento de mutilação ou até mesmo de castração, significando a perda da feminilidade; é como se as mulheres estivessem perdendo um ente querido. Diante de tal perda, muitas vezes, sentem-se culpadas, atribuindo o aparecimento do câncer ao estilo de vida que levavam e à influência do meio cultural em que se inserem, tais como: hábitos alimentares, falta de cuidado com o corpo, estresse, herança familiar, repressão de sentimentos e trauma físico (FERNANDES e MAMEDE, 2004).

6 Considerações Finais

Ao buscar descrever as estratégias de enfrentamento desenvolvidas pela mulher para lidar com o adoecimento e tratamento e, por fim, discutir as repercussões da adoção de estratégias sobre o seu cotidiano, a literatura a que

tivemos acesso nos possibilitou identificar as principais preocupações e medos enfrentados pelas mulheres durante todo o processo saúde doença e os impactos que a mastectomia trouxe à suas vidas.

O estudo evidenciou através das literaturas consultadas, a possibilidade de conhecer algumas estratégias que as mulheres adotam após a mastectomia, para o enfrentamento da nova realidade de vida. Ao se deparar com o diagnóstico do câncer de mama, a mulher vivencia a expectativa de um futuro incerto, de um caminho de grandes dificuldades, convive com o medo da morte e da mutilação física ou fisiológica, mas, sobretudo com a dor psíquica, afetiva e emocional. Passa a conviver com sentimentos contraditórios e intensos, nos quais se evidenciam o medo, a raiva, o estresse, a ansiedade, entre outros.

Surgem também dificuldades físicas ocasionadas pela cirurgia, às limitações sociais, às mudanças de papéis e elas abrem mão das atividades rotineiras, tais como o trabalho, o cuidado com os filhos e a casa, diminuem os laços de amizade e os vínculos sociais, tendendo a um isolamento familiar/social.

A consequente mutilação das mamas que a mastectomia ocasiona na mulher tem forte repercussão na feminilidade, sexualidade e na estética levando a uma série de consequências emocionais, físicas e sociais relacionadas à nova imagem corporal, ou seja, a conflitos relacionados à aceitação da sua identidade.

Para enfrentar essa nova realidade, as mulheres utilizam de estratégias objetivando uma melhor qualidade de vida. Um dos principais elementos desse contexto é o apoio que os familiares, amigos, colegas ou outras pessoas prestam a esta mulher num determinado momento desta trajetória. A família foi identificada como principal rede de apoio social da mulher mastectomizada, configurando-se, como elemento importante e presente durante toda a experiência da doença.

Os grupos de apoio tornam-se o local no qual essas mulheres interagem, trocam e compartilham experiências contando, umas às outras, suas dificuldades, barreiras e melindres. Algo surpreendente, pois mesmo em um momento tão frágil de suas vidas se apoiam se ajudam mutuamente e se solidarizam não desistindo e lutando pela vida. Nos grupos existem momentos de educação em saúde, no qual as mulheres são informadas sobre o câncer de mama e a mastectomia. É trabalhado também a reabilitação e a importância da prevenção do câncer de mama e a sua

reincidência, sendo estimuladas também ao auto cuidado para o seu próprio bem estar.

O apoio oferecido pela religião ou pela religiosidade tem destaque nas estratégias de enfrentamento. O fortalecimento do bem-estar espiritual pode auxiliar a promoção da saúde mental. Tem a capacidade de dar um novo sentido à vida, uma maior expectativa promovendo maior alívio da dor e da aflição.

A equipe de saúde foi citada como um ponto importante na reabilitação da mulher no auxílio da família e a enfermagem ganha destaque nesse contexto por ser a equipe a qual tem mais contato com essas mulheres. E nesse momento além de prestar os cuidados participa da reabilitação emocional, dando incentivos, escutando, dialogando, logo auxiliando no processo de reabilitação física e emocional.

Neste contexto, a enfermagem tem papel fundamental na prevenção e na promoção da saúde a essas mulheres, apropriando-se de ações educativas, sensibilizando e mobilizando para a importância na realização do ECM, como meio de permitir a detecção precoce do câncer de mama, a fim de reduzir os danos que podem advir em sua consequência de modo que possam conviver com as alterações corporais resultantes da doença e de seus tratamentos. Para tal, é fundamental que o enfermeiro conheça esses recursos/estratégias como meio de proporcionar uma assistência mais adequada a essas mulheres, como também aos seus familiares.

Referências

Araújo, IMA; Fernandes, AFC. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem** 2008 dez; 12 (4): 664-71.

Bittencourt, JFV; Cadete, M.M.). Vivências da mulher a ser mastectomizada: esclarecimentos e orientações. **Revista Brasileira Enfermagem**. 55 (4),420-423. 2002, jul-ago.

Bittencourt, JFV. **O Pré Operatório de Mastectomia aos Olhos da Mulher que o vivencia**. Minas Gerais: Escola de Enfermagem UFMG, 2000 (Dissertação de Mestrado).

Brasil, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, Brasília 2004. Disponível em :http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_da_mulher_2010.pdf. Acessado em 13 fev.2011

Brasil. Ministério da Saúde, **Assistência integral á saúde da mulher. Bases da ação programática**.Brasília1984.Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datapus). Sistema de Informações sobre Mortalidade -** Disponível em: [//www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205](http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205).

Brasil – Ministério da Saúde. **Oncologia Manual de Bases técnicas**, 11º Edição Brasília, DF Agosto 2010.

Brasil -Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – (Conprev). **Falando sobre câncer de mama**. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos** / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004.

Brasil, Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010**. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140. Acessado em 25 Fev.2011.

Brasil, Ministério da Saúde, **Controle do Câncer de Mama, Documento de Consenso**. Rio de Janeiro 2004. Disponível em : www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf . Acessado em 14 Mar2011.

Brasil, Ministério da Saúde, **Instituto Nacional do Câncer - Ações de Enfermagem para o controle do câncer**. 3ª Edição, Rio de Janeiro: 2004

Duarte TP, Andrade AN. **Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade**. Estudo Psicológico (Natal). 2003;8:155-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17245.pdf>.

Duarte, TP; Andrade, ÂN. **Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade**,2006.Disponívelem:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X200300100017&lng=pt&nrm=iso.

Guyton AC Hall JE. **Fisiologia médica**. 4 edição Rio de Janeiro editora Guanabara koogan, 2002.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa de população para o Brasil 2010**. Disponível:

http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas 2010, Incidência de câncer no Brasil**. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/>.

INCA- Instituto Nacional do Câncer. Fisiopatologia do câncer. In:_____. **Ações de enfermagem no controle do câncer**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002. p. 55-81

INCA-. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino - serviço**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

INCA- **Instituto Nacional do Câncer** 2011. Disponível em :

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/eab1bc8043b01c65a185ad3a98a55b50/perguntas_qt.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=eab1bc8043b01c65a185ad3a98a55b50.

INCA- Instituto de Nacional do Câncer. **Câncer de Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/65860c004264b802b8cfbc9afb6bc65c/Sismama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=65860c004264b802b8cfbc9afb6bc65c>

IPC - Instituto Paulista de Cancerologia, Manual e Agenda do paciente, São Paulo SP 2009 acessado em:

<http://www.ipccancerologia.com.br/ipcsaopaulo/Quimioterapia.aspx> em 16/ 05/2011.

Jesus LLC, Lopes RLM. Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher. **Revista Enfermagem UERJ** 2003; 11:208-11.

Maluf, MFM. **O perfil da sexualidade em mulheres com câncer de mama**. São Paulo (SP). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008. (Dissertação de Mestrado).

Mohallem, AGC; Rodrigues, AB. **Enfermagem oncológica**. Barueri: Manole, 2007.

Rossi, L; Santos, M. A. **Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2003, 23 (4), 32-41.

Santos, D. R. dos. Hormonioterapia adjuvante no carcinoma ductal *in situ* da mama. In: BUZAID, A. C.; BARROS, A. C. S. D. (Ed.). **Câncer de Mama:**

Tratamento multidisciplinar. São Paulo: Dendrix, 2007. cap. 22

Silva MRB, Borgognoni K, Rorato C, Morelli S, Silva MRV, Sales CA. O câncer entrou em meu lar: sentimentos expressos por familiares de clientes. **Rev enferm UERJ**. 2008:70-5.

Veronesi U. **Mastologia Oncológica**. Copyright, MEDSI Editora Médica e Científica Ltda. 2002: 319-63.