

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

MARIA LÚCIA BRANDÃO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES
MASTECTOMIZADAS**

**PATOS DE MINAS
2009**

MARIA LÚCIA BRANDÃO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES
MASTECTOMIZADAS**

Monografia apresentada a Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ms. Marlene Aparecida Lopes Ferreira Del Ducca

**PATOS DE MINAS
2009**

618.19-089.87 BRANDAO, Maria Lúcia

B817a Assistência de enfermagem a mulheres mastectomizadas /
Maria Lúcia Brandão - Patos de Minas – MG, 2009. 35p.

Trabalho de conclusão de curso – Faculdade Patos de Minas – FPM

Orientadora: Prof^ª. Ms. Marlene Aparecida Lopes Ferreira Del
Ducca.

1. Enfermagem 2. Câncer de Mama 3. Mastectomia

Dedico esse estudo as minhas filhas, que me incentivaram em todos os momentos de minha formação.

Agradeço a todos que contribuíram direta e indiretamente para a realização desse trabalho e em especial a Deus pelo dom da vida, pois sem Ele esse trabalho não seria realizado.

Aos meus familiares, especialmente minhas filhas, pelo apoio e compreensão.

Certamente o ciclo nunca se fecha, pois toda pesquisa produz conhecimentos afirmativos e provoca mais questões para aprofundamento posterior.

Minayo

RESUMO

O diagnóstico de câncer de mama e seu tratamento afetam a condição física, social e emocional da mulher. A mastectomia destaca-se como um tratamento agressivo acompanhado de conseqüências traumatizantes na experiência de vida e na saúde da mulher. Dessa forma, a assistência de enfermagem a mulher mastectomizada é fundamental para o enfrentamento da doença. Este estudo teve como objetivo refletir sobre ações assistenciais de enfermagem a mulheres submetidas à mastectomia. Um levantamento bibliográfico de artigos nacionais na íntegra de 1998 a 2008 foi empreendido por meio das páginas eletrônicas BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), banco de dados Lilacs e base de dados BDENF. Através da revisão da literatura, percebeu-se que a assistência de enfermagem em oncologia evoluiu significativamente desde seu surgimento como especialidade. O cuidado é tido como a essência da enfermagem, implicando envolvimento, zelo, amor, compaixão e ética. Não envolve apenas tratar uma doença, mas também vê-la como possibilidade do ser que é cuidado. Ouvir, tocar e estar disponível são formas de humanizar a assistência e resgatar o cuidado. Sendo assim, é possível fazer considerações sobre as possibilidades do cuidado prestado a essas mulheres, propondo que esse cuidado seja realizado considerando-se a mulher como ser singular, como pessoa responsável por sua saúde e seu autocuidado, como um todo de corpo e mente ao qual se deve prestar assistência que reúna técnica, ciência e humanização. Portanto, a atenção dada à mulher mastectomizada considera como objetivo final capacitá-la principalmente para o autocuidado.

Palavras - chave: Enfermagem. Câncer de mama. Mastectomia

ABSTRACT

A breast cancer diagnosis and its treatment affect the physical, social and emotional aspects of women's life. Mastectomy stands out as an aggressive treatment followed by traumatic consequences to women's life experience and health. This way, nursing care delivered to mastectomized women is fundamental to the coping with the disease. This study aimed to reflect upon nursing clinical actions to women submitted to mastectomy. Literature review of Brazilian papers from 1998 to 2008 was carried out through BIREME (Virtual Library on Health), and Lilacs and BDENF databases. Through these data, it was observed that oncology nursing care has advanced satisfactorily since its emergence as a specialty. Care is seen as the core of nursing, encompassing involvement, zeal, love, compassion and ethics. It not only implies to treat the disease, but also to see it as a possibility for the patient. Listening, touching and being available are ways of humanizing and regaining care. This being so, it is possible to take into consideration the care provided to mastectomized women, proposing that it must consider each of them individually, responsible for their health and self-care, an integrated whole, of body and mind, to whom care based on techniques, science and humanization is provided. Hence, attention delivered to mastectomized women has the ultimate goal of empowering them to self-care.

Keywords: Nursing. Breast cancer. Mastectomy

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 METODOLOGIA	12
2 CÂNCER DE MAMA	13
2.1 Fatores de risco e diagnóstico	14
2.2 Modalidades terapêuticas	16
2.2.1 Quimioterapia	16
2.2.2 Radioterapia	17
2.2.3 Hormonioterapia	18
2.2.4 Cirurgia	19
3 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO CÂNCER DE MAMA	21
3.1 Dificuldades pós – mastectomia	22
3.1.1 O comprometimento da auto-imagem	22
3.1.2 O enfrentamento de preconceitos	23
3.1.3 O enfrentamento da dor e das dificuldades físicas	23
4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA	25
4.1 Assistência de enfermagem a mulheres com câncer de mama	25
4.2 Assistência de enfermagem a mulheres mastectomizadas	26
4.2.1 Orientações e cuidados pós - mastectomia	28
CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31

INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) o câncer de mama é a neoplasia maligna que mais atinge o sexo feminino, sendo responsável por cerca de 20% dos óbitos por cânceres entre as mulheres (BRASIL, 2008).

Conforme estatística do INCA no Brasil estima-se o surgimento de 49.400 novos casos de câncer de mama (51,66%) em 2008, com risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres.

Entre as regiões brasileiras, a região Sudeste concentra 70,50% dos novos casos de câncer de mama atingindo 28.640 mulheres, seguida pelas demais regiões, as quais totalizam 20.290 novos casos de câncer, com risco estimado de 73 novos casos por 100 mil (BRASIL, 2008).

Entre os principais fatores de risco para desenvolver câncer de mama destacam-se a idade avançada, história de câncer na mama contralateral, paridade, idade no primeiro parto, exposição a altas doses de radiação no tórax ou na mama, história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau, situação sócio – econômica, obesidade, dieta hiper gordurosa e antecedente de câncer de ovário ou endométrio (ARAÚJO, 2000).

Do ponto de vista prático não há como evitar o surgimento do câncer de mama, porém existem meios para detectá-la precocemente, possibilitando melhora da qualidade de vida e sobrevida das mulheres (MALUF, 2008).

Mesmo com o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas e dos avanços em quimioterapia e radioterapia, observa - se que a mortalidade por essa patologia mantém-se num patamar pouco variável. No entanto se detectado e tratado precocemente, as taxas de mortalidade reduzem de forma significativa (ARAÚJO, 2000).

Estas estimativas reforçam a importância de motivar a mulher a realizar o auto-exame mensal das mamas, através do qual é possível a detecção precoce do câncer que deve ser mais bem investigado através do exame físico realizado por profissional qualificado, e também pelos exames por imagem (MALUF, 2008).

De acordo com Silva e Santos (2008) ao se confirmar o câncer de mama o tratamento geralmente compreende a realização da mastectomia, na maioria dos casos, quimioterapia, radioterapia e, em alguns casos, a terapia hormonal.

Após a realização da mastectomia são encontradas diversas dificuldades no que se refere aos cuidados no pós-operatório, assim como o déficit de conhecimento das possíveis mudanças físicas após a retirada da mama, além das conseqüências advindas do tratamento como quimioterapia e radioterapia os quais costumam ser agressivo (ARAÚJO, 2000).

Essas dificuldades poderão ocasionar mudanças comportamentais, que afetam a convivência da mulher em seu ambiente familiar e social, implicando numa readaptação negativa, sendo fundamental o apoio da família, amigos e profissionais da saúde neste período (MELO, 2007).

Visto o imenso impacto psicossocial causado pelo câncer de mama, percebe-se a necessidade de uma assistência multidisciplinar mais contínua às mulheres com câncer de mama, destacando a atuação de enfermagem, sendo necessária intervenção desde a confirmação do diagnóstico até a indicação e realização dos tratamentos, tendo em vista todas as repercussões que uma enfermidade altamente letal como o câncer pode trazer (ARANTES, 2002).

Melo (2007) diz que considerando os inúmeros estudos desenvolvidos na área do câncer de mama, percebe-se, a necessidade de se explorar os aspectos referentes à orientação da mulher sobre a doença e o tratamento, bem como seu conhecimento acerca dos cuidados exigidos para uma recuperação mais rápida e de modo menos traumático, principalmente no período do pós – operatório.

Arantes (2002) enfatiza a importância da assistência de enfermagem principalmente no período pós - operatório de mastectomia, visando à identificação de problemas na busca da qualidade de vida após a cirurgia e minimização de alterações físicas e psicológicas, para sua melhor readaptação ao ambiente social.

Tendo em vista a fragilidade psicossocial das mulheres submetidas à mastectomia, o objetivo do presente estudo foi refletir sobre importância da assistência de enfermagem a mulheres mastectomizadas, possibilitando às mulheres uma melhor qualidade de vida, que compreendam melhor a doença, o seu tratamento e efeitos adversos, e que possam recuperar mais rapidamente dessa condição. Dessa forma pretende-se refletir acerca das ações assistenciais de enfermagem a mulheres submetidas à mastectomia

1 METODOLOGIA

Para realização deste trabalho iniciou-se com a leitura de artigos e definição do tema: assistência de enfermagem a mulheres mastectomizadas.

O levantamento bibliográfico foi realizado pela Internet, pela BIREME, no banco de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde) e na base de dados BDENF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil), consideradas as principais da área da saúde brasileira.

Para o levantamento dos artigos, utilizou as palavras - chave: enfermagem, câncer de mama e mastectomia.

Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos publicados em periódicos nacionais; artigos que abordem a temática do câncer de mama, dentro de todas as áreas de interesse da enfermagem e artigos publicados no período de 1998 a 2008.

Durante o desenvolvimento do trabalho foram realizadas várias reuniões com a orientadora, momento no qual discutíamos as dificuldades enfrentadas na realização da pesquisa e os meios para solucioná-las. Além da comunicação com a orientadora da pesquisa via e-mail para esclarecimento de dúvidas e repasse do material digitado para correção.

Durante a realização do trabalho buscou - se focar as pesquisas na importância da assistência de enfermagem a mulheres mastectomizadas, destacando o impacto psicossocial sofrido por elas.

2 CÂNCER DE MAMA

A palavra câncer é derivada do latim e quer dizer "caranguejo". O emprego desta palavra a todas as formas de tumores malignos deve-se à semelhança entre as pernas deste crustáceo e os "tentáculos" destes tumores, que caracteristicamente infiltram-se nos tecidos sadios do corpo (TONANI, 2008).

Atualmente, a definição científica de câncer refere-se ao termo neoplasia, especificamente tumores malignos, como sendo uma doença caracterizada pelo crescimento anormal do tecido celular capaz de invadir outros órgãos localmente ou a distância (metástase) sendo, em sua maioria, originado de alterações no DNA (MALUF, 2008).

O câncer não se constitui em uma só doença, mas, sim de um conjunto de mais de 200 doenças diferentes com multiplicidade de causas, história natural diversa e uma gama imensa de abordagens terapêuticas (LATORRE, 2001).

Quanto ao câncer de mama, ele pode ser definido como uma doença degenerativa resultante do acúmulo de lesões de material genético das células, que induz o processo de crescimento, reprodução e dispersão anormal das células metastáticas. De forma simplificada, consiste em um tumor maligno, originado por uma hiperplasia desordenada de células que invadem tecidos sadios à sua volta (ALMEIDA, 2001).

Esta patologia, devido à sua alta incidência e, sobretudo, pelo seu complexo impacto psicológico, pode ser considerada a mais temida entre as mulheres. A utilização, cada vez maior, da cirurgia conservadora tem reduzido o efeito negativo na auto-imagem e imagem corporal das mulheres afetadas pela doença (CAMARGO; SOUZA, 2003).

No Brasil, ele é a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) as estimativas prevêm 49.400, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres em 2008 na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres com um risco estimado de 68 casos novos por 100 mil (BRASIL, 2008).

Um dos fatores que contribui para o aumento destes indicadores se relaciona a ações ineficazes no controle e rastreamento da doença. Apesar disso, novos

métodos para a detecção precoce e novas possibilidades de tratamento vêm surgindo, resultando no aumento da sobrevivência destas mulheres. Essa melhora na expectativa de vida se contrapõe a uma alteração na qualidade de vida, uma vez que o câncer de mama e os tratamentos oferecidos causam um grande impacto na vida das mulheres (ALMEIDA, 2001).

Desse modo, diferente de outros tratamentos para doenças crônicas, os tratamentos contra o câncer são mais tóxicos e intensos, resultando num aumento tanto da demanda das reservas físicas como, também, de seus recursos sociais e psicológicos para sobreviver e enfrentar a doença (CAMARGO; SOUZA, 2003).

Além disso, a doença em sua trajetória pode levar a mulher a lidar com situações que ameaçam sua integridade psicossocial, que provocam incertezas quanto ao sucesso do tratamento e que a levam a se defrontar com a possibilidade de recorrência da doença e a morte. Porém, a maioria das mulheres enfrenta a crise e a contorna sem desenvolver desordens psiquiátricas e sexuais severas (SILVA, 1998).

2.1 Fatores de risco e diagnóstico

A elevada e preocupante incidência, os grandes custos sociais, as desastrosas conseqüências físicas e psíquicas e os altos índices de mortalidade conferem ao câncer de mama características de grave problema de saúde pública mundial. A complexidade da doença, associada ao mau prognóstico, tem incentivado a identificação de fatores que permitam a melhor compreensão do seu comportamento biológico (ALMEIDA, 2001).

Entre os principais fatores de riscos para o aparecimento do câncer de mama, destacam-se a idade avançada, história de câncer de mama contralateral, paridade, idade no primeiro parto, exposição de altas doses de radiação (100 rads ou mais) no tórax ou na mama, história familiar de câncer e mama em parente de primeiro grau, situação socioeconômica, obesidade, dieta hipogordurosa e o antecedente de câncer de ovário ou de endométrio (ARAÚJO, 2000).

A idade avançada constitui outro importante fator de risco, com o aumento da idade há um aumento rápido da incidência (INCA, 2008).

A menarca precoce proporciona maior exposição do epitélio mamário aos hormônios esteróides sexuais, que sabiamente, é considerado um dos fatores de risco mais importante para o câncer da mama (SILVA, 2005).

No entanto os fatores de risco podem atuar de forma isolada ou sincrônica no surgimento do câncer de mama, principalmente no período chamado de “janela biológica”, que corresponde ao intervalo do início da puberdade e a idade de 20 anos (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Do ponto de vista prático, até o momento, não há como prevenir a doença, porém há maneiras de detectá-la em época oportuna, melhorando a sobrevida e qualidade de vida das mulheres (ARAÚJO, 2000).

Apesar do desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas e dos avanços em quimioterapia e radioterapia, observa-se que a mortalidade pelo câncer de mama mantém-se pouco variável. No entanto quando detectados e tratados precocemente, as taxas de mortalidade reduzem de forma significativa (LATORRE, 2001).

Atualmente, para a detecção precoce do câncer de mama, de acordo com as orientações do Consenso para o Controle do Câncer de Mama, são preconizadas algumas ações, tais como: o exame clínico das mamas realizado anualmente, para as todas as mulheres, principalmente para as com 40 anos ou mais; a mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o intervalo máximo de dois anos entre os exames; o exame clínico das mamas e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama (INCA, 2008).

O auto-exame das mamas não deve substituir o exame clínico realizado por profissional treinado. Entretanto, o exame das mamas pela própria mulher ajuda no conhecimento do corpo e deve estar contemplado nas ações de educação para a saúde, pois em 95% dos casos, os sinais suspeitos de câncer são identificados pela própria paciente, sendo que em 65,3% desses casos confirmou-se a presença do tumor o tumor (SILVA, 2005).

Por isso, o auto – exame, não obstante não permitir a detecção precoce, deve ser estimulado, objetivando detectar a neoplasia em sua fase mais incipiente, melhorando a sobrevida e qualidade de vida das mulheres com câncer de mama (LATORRE, 2001).

2.2 Modalidades terapêuticas

O tratamento utilizado dependerá da extensão da doença e suas características. Assim, após a classificação do câncer de mama, define-se a forma de tratamento a ser desenvolvido. Dentre os tipos de tratamento disponíveis encontram-se a quimioterapia, a radioterapia, a terapia hormonal e a cirurgia, que podem ser administrados individual ou concomitantemente (LATORRE, 2001).

2.2.1 Quimioterapia

A quimioterapia é o método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. Quando aplicada ao câncer, a quimioterapia é chamada de quimioterapia antineoplásica ou quimioterapia antitumoral (INCA, 2008).

Atualmente, quimioterápicos mais ativos e menos tóxicos encontram-se disponíveis para uso na prática clínica. Os avanços verificados nas últimas décadas, na área da quimioterapia antineoplásica, têm facilitado consideravelmente a aplicação de outros tipos de tratamento de câncer e permitido maior número de curas (PEREIRA, 2006).

Os agentes utilizados no tratamento do câncer afetam tanto as células normais como as neoplásicas, porém eles acarretam maior dano às células malignas do que às dos tecidos normais, devido às diferenças quantitativas entre os processos metabólicos dessas duas populações celulares (INCA, 2008).

Machado (2003) em seu estudo identificou através da literatura várias combinações de drogas que compõem os protocolos para tratamento do câncer de mama. De acordo com os dados por ele coletado, os protocolos de quimioterapia utilizados no tratamento do câncer de mama foram: Ciclofosfamida, Metotrexate e Fluorouracil (CMF), Fluorouracil, Adriblastina e Ciclofosfamida (FAC), Adriblastina e Ciclofosfamida (AC).

Observou ainda que como essas drogas não possuem especificidade, além de agredir as células tumorais, atinge também células normais, vários efeitos

colaterais podem ser relatados e diagnosticados nas pacientes com este tipo de tratamento (MACHADO, 2003).

Os principais efeitos colaterais ou toxicidades do tratamento quimioterápico são hematológicos, gastrointestinais, cardiotoxicidade, hepatotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade, disfunção reprodutiva, toxicidade vesical e renal, alterações metabólicas, toxicidade dermatológicas e reações alérgicas e anafilaxia (MACHADO, 2003).

A quimioterapia associada à mastectomia aumenta a possibilidade de sobrevida da mulher, porém pode comprometer sua qualidade de vida, uma vez que ela se sente amedrontada, diante da vivência dos efeitos colaterais, os quais geralmente são agressivos tanto no plano físico quanto no psicológico (PEREIRA, 2006).

Para algumas mulheres mastectomizadas, a alopecia, um dos efeitos colaterais da quimioterapia, pode trazer grande sofrimento já que, no contexto social, a perda do cabelo mostra o diferente, uma pessoa adoecida, reforçando o sentimento de compaixão sentido pelos outros e pela própria mulher, pois é cultural que o gênero feminino exiba cabelos longos e bonitos, fato que dificulta a aceitação da alopecia tanto pela mulher quanto pela sociedade (DUARTE et.al., 2003).

Pereira (2006) ressalta que além dos efeitos colaterais associados à quimioterapia, muitas mulheres ainda encontram outras dificuldades para a realização da quimioterapia. Mulheres menos favorecidas economicamente precisam enfrentar a burocracia para receber o tratamento adequado. Na maioria das vezes, elas não têm recursos para o transporte até o local do tratamento, o que se constitui em fator agravante para a situação de saúde em que se encontram.

2.2.2 Radioterapia

É 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, 2008).

A radioterapia é um método capaz de destruir células tumorais, empregando feixe de radiações ionizantes. Uma dose pré-calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas, à custa das quais se fará a regeneração da área irradiada (INCA, 2008).

A resposta dos tecidos às radiações depende de diversos fatores, tais como a sensibilidade do tumor à radiação, sua localização e oxigenação, assim como a qualidade e a quantidade da radiação e o tempo total em que ela é administrada. Para que o efeito biológico atinja maior número de células neoplásicas e a tolerância dos tecidos normais seja respeitada, a dose total de radiação a ser administrada é habitualmente fracionada em doses diárias iguais, quando se usa a terapia externa (BRASIL, 2008).

Como a radioterapia é um método de tratamento local e/ou regional, pode ser indicada de forma exclusiva ou associada aos outros métodos terapêuticos. Em combinação com a cirurgia. Também pode ser indicada antes, durante ou logo após a quimioterapia (SILVA, 2005).

2.2.3 Hormonioterapia

A manipulação do sistema endócrino é um procedimento bem estabelecido para o tratamento de algumas neoplasias malignas hormoniossensíveis. Inicialmente utilizada no câncer de mama, a hormonioterapia foi sendo subseqüentemente aplicada a outros tumores que mostravam hormoniossensibilidade incontestável, como os carcinomas de endométrio e de próstata e os tumores tireoidianos iodocaptantes (INCA, 2008).

A hormonioterapia raramente tem objetivo curativo quando usada isoladamente. É usual sua associação, concomitante ou não, com a quimioterapia (câncer de mama), com a cirurgia (câncer de endométrio) e com a radioterapia (câncer de próstata). A hormonioterapia pode ser indicada para tratamento paliativo de metástases ósseas de tumores hormoniossensíveis (BARROS, 2001).

2.2.4 Cirurgia

Para Camargo e Souza (2003) o período cirúrgico é o mais estressante. Apesar da tendência atual para a realização da cirurgia conservadora, muitos casos ainda exigem a mastectomia total, e é nessa época que a mulher é confrontada definitivamente com a perda da mama e o medo da cirurgia, da mutilação e da morte.

O período pós-operatório é marcado pela ambivalência. Ocorre o alívio de ter sobrevivido à cirurgia e a esperança de estar curada. Mas também há o medo do retorno da doença, o medo de enfrentar a dor e os curativos, o medo de enfrentar a possibilidade permanente de um corpo mutilado e, ainda, preocupações com a feminilidade e com as reações do companheiro frente à mastectomia (REGIS; SIMÕES, 2005).

A mastectomia traz para a mulher a realidade da mutilação e com ela um turbilhão de sentimentos. A retirada da mama causa perturbações variadas no cotidiano de muitas mulheres que com ela passam a apresentar nervosismo, agressividade e insegurança. Esses sentimentos parecem permeados de significados como o desespero, medo, aceitação, segurança, impacto, readaptação, intercorrências e ainda a necessidade de auto cuidado (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Segundo Silva (2005) no pós - operatório de câncer de mama o desejo das mulheres é encontrar apoio dos profissionais de saúde, amigos e parentes no processo de reabilitação e com estes possa compartilhar suas dúvidas, medos, angústias e desesperança. E nesse compartilhar esperam receber o suporte necessário para enfrentar a doença e o seu tratamento.

A indicação dos diferentes tipos de cirurgia depende do estadiamento clínico e do tipo histológico do câncer de mama, podendo ser conservadora, ressecção de um segmento da mama que engloba a setorectomia, a tumorectomia alargada e a quadrantectomia, e com retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela, ou a mastectomia (ALMEIDA, 2006).

Segundo Brasil (2008) as modalidades de mastectomia são:

- 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 músculo peitoral acompanhada de linfadenectomia axilar (radical);
- Mastectomia com reconstrução imediata;
- Mastectomia poupadora de pele.

A cirurgia ainda é o principal recurso terapêutico para desempenhar a função de controle locorregional da doença e, dessa maneira, evitar a sua disseminação (BARROS et. al., 2001).

Infelizmente a mastectomia tem em si um caráter agressivo e traumatizante para a vida e saúde da mulher, já que prejudica sua dimensão biopsicossocial, proporcionando alterações na sua imagem corporal, identidade e auto-estima, podendo repercutir na expressão de sua sexualidade e também despertar sintomas de depressão e ansiedade (SILVA, 1998).

3 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO CÂNCER DE MAMA

A mama desempenha um importante papel fisiológico em todas as fases do desenvolvimento feminino que vão desde a puberdade à idade adulta, além disso, representa em nossa cultura um símbolo de identificação da mulher e sua feminilidade expressas pelo erotismo, sensualidade e sexualidade, também cumpre a função de amamentação. Levando em consideração esses pontos o câncer de mama representa uma ameaça em vários segmentos da vida da mulher (TONANI, 2008)

Para Silva (2008) o câncer de mama afeta o equilíbrio emocional em virtude de a mama possuir intenso significado, representando um símbolo da beleza feminina.

Além disso, a terapêutica do câncer de mama, muitas vezes, mutilador podem conduzir a mulher a alterações na sua auto-imagem, perda funcional, alterações psíquicas, emocionais e sociais (SILVA, 1998).

Ao ser confirmado o câncer de mama, um dos tratamentos que a maioria das mulheres é submetida é a mastectomia, cujos efeitos poderão comprometê-las, física, social e emocionalmente. A mutilação decorrente da cirurgia propicia o surgimento de muitas questões na vida das mulheres, especialmente as ligadas a imagem corporal, representando inquietação para os profissionais que se propõe a prestar uma assistência integral (MELO, 2007).

Arantes (2002) evidencia a noção de que a mulher, ao descobrir o câncer de mama, depara-se com a própria limitação e finitude e a vivência de tais sentimentos é bastante significativa, pois é uma experiência nova, em que questionamentos, conflitos e reflexões sobre si mesma, bem como sua interação com os outros estão presente.

Dessa forma, o exposto evidencia a necessidade de um acompanhamento mais intensivo à mulher mastectomizada, em virtude de a cirurgia ser um procedimento traumatizante, capaz de originar repercussões físicas, representadas pelas complicações e intercorrências da cirurgia, juntamente com as repercussões psicológicas, as quais possivelmente causam mudanças no cotidiano dessas mulheres (ALMEIDA, 2006).

3.1 Dificuldades pós - mastectomia

Muitas são as dificuldades enfrentadas pela mulher após a realização da mastectomia, responsáveis, especialmente, pelo comprometimento da sua auto-imagem, decorrentes tanto da própria cirurgia e dos efeitos colaterais da quimioterapia adjuvante como do preconceito e da dor e das dificuldades físicas que acarreta (PEREIRA, 2006).

3.1.1 O comprometimento da auto-imagem

Para Pereira (2006) a primeira grande dificuldade a ser enfrentada pelas mulheres mastectomizadas, é quanto a sua própria aceitação, como de olhar-se no espelho e aceitar que seu corpo está diferente, sem uma parte, que culturalmente representa a feminilidade. Muitas vezes, a preocupação maior dessas mulheres é com a mutilação, já que a mama é um órgão que representa a maternidade, a estética e a sexualidade feminina, do que com a própria doença, uma vez que a sociedade ainda parece impor que a morte é fato consumado para portadores de câncer.

Já para outras, a incorporação da modificação corporal se dá de forma contínua e gradativa e a imagem corporal e a auto-estima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida, o que demonstra a necessidade de um tempo para assimilar sua nova imagem corporal (ALMEIDA, 2001).

Após a realização da mastectomia, a mulher normalmente encontra-se em um estado de fragilidade emocional e é justamente nesse momento que ela se depara com dificuldades que precisarão ser superadas para que possa viver o mais próximo possível do que possa reconhecer como normalidade (BARROS, 2001).

3.1.2 O enfrentamento de preconceitos

O câncer de mama desperta distintas reações e sentimentos nas pessoas, pois, culturalmente, é uma doença marcante que pode levar à morte. O preconceito social é motivo de constrangimento para as mulheres mastectomizadas, dificultando, ainda mais, o enfrentamento desta vivência. Para elas, o conhecimento dos outros sobre seu diagnóstico atua como marco do estigma da doença, associado, ainda, à iminência da morte (LATORRE, 2001).

Pereira (2006) relata que o preconceito enfrentado pelas mulheres mastectomizadas contribui para que elas sejam preconceituosas consigo mesmas, o que leva a outra dificuldade a ser enfrentada no pós-operatório: o retorno à vida sexual. A maioria delas se sente envergonhadas de mostrar-se nua na frente de seus parceiros, pois a sensação é de que, são menos mulheres, preferindo, então, manter relações sexuais com um sutiã ou mesmo com uma camiseta.

Melo (2007) ressalta que alguns parceiros de mulheres mastectomizadas lhes dão apoio, não demonstrando desconforto com a ausência da mama, mesmo nas relações sexuais. No entanto, alguns se afastam das mulheres, a partir do diagnóstico do câncer de mama, daí a insegurança que muitas delas sentem em relação aos seus parceiros.

Para tentar amenizar tal situação muitas mulheres, às vezes, ainda que com medo, optam pela reconstrução imediata da mama, seja para a simples satisfação do parceiro, seja para evitar o olhar preconceituoso da sociedade, seja para reconhecer novamente sua feminilidade (SILVA, 2005).

3.1.3 O enfrentamento da dor e das dificuldades físicas

A descoberta da necessidade de realização da mastectomia é, na maioria das vezes, uma surpresa para a mulher, tanto que ela geralmente não tem tempo de se preparar para encarar a situação. A falta de preparo para o enfrentamento da mastectomia contribui para o agravamento das dificuldades emocionais e sociais e,

além dessas, há também as dificuldades físicas como a dor e as limitações decorrentes da própria cirurgia (PEREIRA, 2006).

O esclarecimento da mulher sobre seu diagnóstico e mastectomia, acompanhado pelo exercício do seu direito de participação na escolha do tratamento, é uma estratégia que vem reduzindo o grau de sua ansiedade, antes do enfrentamento do próprio procedimento (ARANTES, 2002).

Após a mastectomia, a mulher apresenta algumas limitações no membro superior homolateral à mama mastectomizada que requer alguns cuidados que se não forem realizados corretamente, poderá proporcionar o surgimento do linfedema, o que pode representar mais um incômodo físico e emocional para ela, já que lhe causa dano estético, vindo a ser foco de atenção e curiosidade de outras pessoas, além de provocar prejuízo funcional do membro afetado (SILVA, 2008).

Quando ocorre o linfedema pós mastectomia, a mulher requer um tempo maior para retomar a realização de suas atividades diárias, seja no trabalho ou em casa. Além disso, muitas vezes, é necessário que ela mude seu estilo de roupas, podendo acarretar a perda do interesse com sua aparência e comprometimento ainda maior de sua auto-estima, prejudicando seu relacionamento interpessoal e sexual, podendo intensificar o desejo de morte (CAMARGO, et. al. 2003).

4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA

A assistência de enfermagem em oncologia evoluiu bastante desde seu surgimento como especialidade. A literatura existente aponta o importante papel da enfermagem no apoio ao cliente oncológico nas várias fases de sua doença e seus tratamentos (CAMARGO et al., 2003).

Dessa forma, a prática de enfermagem em oncologia se direciona para a assistência ao cliente e sua família principalmente através da educação, oferecendo suporte psicossocial, administrando a terapia recomendada, selecionando e administrando intervenções que diminuam os efeitos colaterais da terapia proposta, participando da reabilitação e provendo conforto e cuidado (ALMEIDA, 2001).

Além disso, a enfermagem deve garantir mais do que os procedimentos padrão, o ideal é que a enfermagem ofereça orientações adequadas e suporte psicológico, através de uma atitude serena, positiva e segura, proporcionando um ambiente calmo e sem tumulto - enquanto observa e registra os sinais vitais do cliente, seu nível de consciência, inspeciona sondas, drenos, catéteres e fluxo de drenagem. A fase que antecede a cirurgia deve ser vista como uma excelente oportunidade de estreitar o relacionamento com o paciente e seus familiares. Todas as perguntas do paciente devem ser aproveitadas para orientá-lo e estabelecer um vínculo de confiança na equipe e no hospital (SILVA, 2008).

Dessa forma, o cuidado de enfermagem tem como objetivo, em sua essência, assistir o ser humano em sua totalidade e, portanto, o cliente deve ser visto como um todo, observando-se a relação mente e corpo. Sendo assim, pode-se perceber que cada indivíduo é singular e tem necessidades e valores próprios (CAMARGO et al., 2003).

4.1 Assistência de enfermagem a mulheres com câncer de mama

A atuação da enfermagem no cotidiano do cuidar de mulheres com câncer de mama, deve se refletir numa assistência de enfermagem de qualidade que direciona

para o autocuidado, objetivando a melhoria da qualidade de vida da cliente e, ainda, permite o reconhecimento e a valorização do profissional ao estabelecer relação positiva e empática enfermeira-cliente (ALMEIDA, 2006).

Ao assistir a mulher com câncer de mama e, em conseqüência, que poderá se submeter ao tratamento cirúrgico pode-se compreender como no dia a dia criam-se laços e compromissos com essa clientela (ARANTES, 2002).

Silva (1998) afirma que a partir do momento em que iniciamos qualquer aproximação com a cliente, nos tornamos responsáveis por aquele de quem cuidamos e não apenas responsáveis por conhecer e aplicar, os princípios técnicos e científicos mais atuais, visando à recuperação de sua saúde, mas, também, devemos estar atentos e disponíveis para auxiliar no enfrentamento da doença e suas conseqüências.

4.2 Assistência de enfermagem a mulheres mastectomizadas

O cuidar é a essência da enfermagem e implica envolvimento, zelo, amor, compaixão, ética. Cuidar não é tratar apenas de uma doença, mas é também vê-la como possibilidade do ser de quem cuidamos. Portanto, ouvir, tocar, estar disponível é uma forma de humanizar a assistência e resgatar o cuidado que, em nossa cultura científica, foi relegado e colocado em suspeição por ser de natureza subjetiva (CAMARGO et al., 2003).

No que se refere à mastectomia sabe-se que é um procedimento cirúrgico, no controle do câncer de mama, agressivo que traz conseqüências traumatizantes na experiência de vida e saúde da mulher (BARRETO et al., 2008).

Como relatado por Camargo e Souza (2003) em sua experiência de quinze anos de convívio com mulheres portadoras de câncer de mama e, portanto, com muitas mastectomizadas, puderam conhecer e reconhecer vários sinais e sintomas decorrentes do medo nas diversas fases do diagnóstico, tratamento e reabilitação pós - cirúrgica, afirmam ainda que o medo é sempre latente nessa clientela, durante toda a história e a trajetória de sua doença e luta pela vida. Medo de ouvir que tem câncer, medo de enfrentar os comentários da família e dos amigos, medo da cirurgia, medo de se ver e se mostrar mutilada, medo das seqüelas da cirurgia,

medo de não saber se cuidar e se tornar dependente, medo de fazer o tratamento complementar, medo de não agüentar e morrer.

Para o sucesso do tratamento é essencial atenção ao período perioperatório, neste período a mulher deverá receber informações a respeito dos cuidados após a cirurgia, orientações e informações sobre as diferentes etapas de recuperação, de como será realizada a cirurgia, cuidados com o braço homolateral, exercícios que recuperem a capacidade funcional do braço e ombro, além de informações sobre outros tratamentos como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (ALMEIDA, 2006).

Após a mastectomia o enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional, representa um elemento essencial na readaptação da mulher, ao desenvolver orientações e cuidados, visando sua reabilitação física e emocional, considerando que o suporte informativo se torna fundamental para a recuperação após a descoberta e tratamento do câncer de mama, funcionando como ponto de apoio para a reflexão sobre as possibilidades nessa nova fase da vida (BARRETO et al., 2008).

Sabemos que a mastectomia causa alterações importantes no dia – a – dia da mulher, pois demanda certo tempo para o regresso de suas atividades habituais, além do que influencia fortemente o seu equilíbrio emocional, podendo incidir em pensamentos negativos como depressão, tristeza e isolamento social (ALMEIDA, 2001).

Dessa forma, há necessidade de um acompanhamento mais intensivo a mulher principalmente no pós – operatório de mastectomia, em virtude de essa cirurgia ser traumatizante, capaz de gerar repercussões físicas, representadas por complicações e intercorrências cirúrgicas, aliadas as repercussões psicológicas as quais poderão provocar mudanças no seu cotidiano (ARANTES, 2002).

O conhecimento do enfermeiro acerca dos sentimentos vivenciados durante toda a trajetória da doença, englobando suas dúvidas e questionamentos, pode possibilitar a melhoria da assistência de enfermagem à mulher em virtude de favorecer o direcionamento da assistência para tais aspectos, para isso o enfermeiro deve direcionar seus conhecimentos e habilidades para a promoção de uma assistência humanizada e sistematizada, desenvolvendo estratégias que minimizem os sentimentos negativos visando à recuperação mais rápida da mulher (ALMEIDA, 2006).

4.2.1 Orientações e cuidados pós - mastectomia

A partir de estudos anteriores, foram identificadas várias dificuldades da mulher mastectomizada, no que se refere aos cuidados no pós - operatório, bem como o déficit de conhecimento a respeito das possíveis mudanças físicas após a retirada total ou parcial da mama, assim como as conseqüências advindas dos tratamentos, como a quimioterapia e radioterapia, os quais geralmente são agressivos (MELO, 2007).

Mesmo com o elevado número de estudos desenvolvidos na área do câncer de mama, percebe-se ainda a necessidade de se explorar mais profundamente, os aspectos referentes à orientação da mulher sobre a doença e seus tratamentos, bem como seu conhecimento acerca dos cuidados exigidos para uma recuperação mais rápida (BERVIAN, 2006).

O acompanhamento, no pós-operatório de mastectomia, possibilita a mulher uma melhor readaptação e a convivência com esse estado de modo menos traumático. Sendo assim, verifica-se a necessidade de uma assistência mais contínua, principalmente na área de enfermagem, iniciando com a confirmação do diagnóstico e passando pela indicação e realização dos tratamentos, tendo em vista todas as repercussões que uma doença potencialmente letal como o câncer pode trazer (MELO, 2007).

Para Duarte (2003) para o estabelecimento dessa assistência, é fundamental o conhecimento aprofundado dos sentimentos vivenciados pela mulher diante da mastectomia, incluindo os tratamentos associados, como quimioterapia e radioterapia, a fim de perceber o seu conhecimento relativo a tais aspectos, bem como identificar a deficiência nas orientações realizadas pela equipe multiprofissional, possibilitando a melhoria na qualidade da assistência prestada a essa clientela.

O acompanhamento de enfermagem no pós – operatório de mastectomia, visa à identificação de problemas na busca de qualidade de vida da mulher após a cirurgia e minimização de alterações físicas e psicológicas, para sua melhor readaptação ao meio social (BARRETO, 2008).

Sabemos que a cirurgia para tratamento de câncer de mama pode ser acompanhada de complicações, ocasionando impacto na qualidade do tratamento e

nos custos associados. Neste contexto, o pós – operatório de mastectomia requer alguns cuidados, em especial com o braço homolateral da mama operada (ARAÚJO, 2000).

Melo (2005) exprime que após uma cirurgia de retirada de mama, a mulher passa por momentos difíceis, pois vivencia momentos de desequilíbrio. As repercussões físicas estão relacionadas com dores na incisão cirúrgica, limitações dos movimentos do braço homolateral a cirurgia, necrose, linfedema, hemorragia, deiscência de sutura, granuloma, queimadura, entre outras.

Sendo assim, após a cirurgia a mulher deve ser orientada a realizar os alguns cuidados como o exame no local operado, buscando alterações na temperatura ou na coloração da pele, a manipulação correta do dreno, a movimentação e cuidados com o braço homolateral a cirurgia, a realização de exercícios físicos e realização de atividades diárias associadas ao lazer (BARRETO, 2008).

Camargo e Souza (2003) destacam a importância e a necessidade de um acompanhamento de enfermagem mais efetivo a portadora de câncer de mama durante toda a trajetória da enfermidade, o que incluiria orientações sobre a cirurgia, complicações, mudanças na vida pessoal e familiar, contribuindo para readaptação mais rápida, objetivando favorecer sua recuperação e reabilitação.

Diante da necessidade de informações relativas aos cuidados indispensáveis no pós - operatório de mulheres mastectomizadas, precisamos fornecê-las de forma clara e objetiva, sem muitos dados técnicos, englobando as diferentes etapas de recuperação (MELO, 2007).

Sendo assim o enfermeiro representa uma peça fundamental na readaptação da mulher, ao desenvolver orientações e cuidados, visando a sua reabilitação física e emocional, além da retomada das atividades diárias, considerando que o suporte informativo se torna essencial para recuperação após a descoberta e tratamento do câncer de mama, funcionando como ponto de apoio para a reflexão para as possibilidades nessa nova fase da vida (MELO, 2005).

CONCLUSÃO

Este trabalho buscou refletir sobre a prática assistencial da enfermagem no cotidiano de cuidar de mulheres com câncer de mama, submetidas à mastectomia.

Abordou a problemática do câncer de mama a partir de sua incidência e o impacto psicossocial causado principalmente pelo tratamento cirúrgico dessa patologia, para a mulher.

Diante do estudo realizado é possível fazer considerações sobre as possibilidades do cuidado prestado a essas mulheres, propondo que tal cuidado deva ser realizado considerando-se a mulher como ser singular, como pessoa responsável por sua saúde e seu autocuidado, como um todo de corpo e mente ao qual se deve prestar assistência que reúna técnica, ciência e humanização.

Portanto, a atenção à mulher mastectomizada tem como objetivo final capacitá-la principalmente para o autocuidado. Envolver a cliente no auto cuidado não é apenas o ato de dar-lhe informações e orientações sobre sua patologia e seu tratamento ou mesmo o que a equipe de saúde considera que ela deva cumprir para ajudar no tratamento.

No entanto, a cliente deve ser vista como uma pessoa com questões e preocupações singulares. Portanto, a atuação da enfermagem não se reduz a orientações e informações sobre sua doença e formas de tratamento, mas envolve também atuação em nível existencial. Dessa forma, a assistência de enfermagem não deve ser apenas uma peça da equipe multiprofissional assistencial, é preciso desenvolver o cuidado holístico e o autocuidado eficiente, já que estará centrado na singularidade de cada um e na sua história de vida e nos seus valores.

Esta análise permite entender que, ao olhar a mulher mastectomizada compreensivamente em sua singularidade, durante a assistência de enfermagem, estamos dando a mulher a oportunidade de expressar os seus sentimentos e medos, ou seja, expressar a compreensão singular que ela tem dessa sua vivência, completando assim o ciclo que leva ao autocuidado eficiente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 63 - 69. set. 2001.

ALMEIDA, R. A. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Revista SBPH**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 99 - 113. dez. 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo>>. Acesso em 15 jun. 2009.

ARANTES, S. **A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento**: um direito a ser conquistado. 2002. 161f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

ARAÚJO, S. **Mortalidade, por câncer de mama, de mulheres com idade igual ou superior a 50 anos - Estado de São Paulo - 1979 a 1997**. 2000. 91 f. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Materno – Infantil - Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, São Paulo, 2000.

BARRETO, R. A. S.; SUZUKI, K.; LIMA, M.; MOREIRA, A. A. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n.08, p. 110 - 123. nov. 2008.

BARROS, A. C. S. D.; BARBOSA E. M.; GEBRIM L. H.; **Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br>>. Acesso em: 01 jun. 2009.

BERVIAN, P. I.; OLIVEIRA, N. M.; PERLINI, G. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p.121-128. dez. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil para 2008**. Instituto Nacional do Câncer. Brasília, DF, 2008.

CAMARGO, T. C.; SOUZA, I. E. O. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 614 - 621. out. 2003.

CANTINELLI, F. S.; et al. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 124 - 133. nov. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

DUARTE, T.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 8, n.1, p.155 - 163. jan./abr. 2003.

LATORRE, M. R. O. **Câncer em Goiânia**: análise da incidência e mortalidade no período de 1988 a 1997. 2001. 172 f. Tese de livre Docência - Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. São Paulo. 2001. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em: 15 ago. 2009.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto e Contexto-Enfermagem**. Florianópolis. v.17, n. 4, p. 750 - 757. out./ dez. 2008.

MELO, E. M.; SILVA, R. M.; FERNANDES, A. F. C. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque na interdependência de Roy. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.51, n. 3, p. 219 - 226. jul. 2005.

MELO, E. M. **Avaliação de orientações sistematizadas de enfermagem no pós-operatório de mulheres submetidas à mastectomia**. 2007. 113 f. Tese de Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 ago. 2009.

MALUF, M. F. M. **O perfil da sexualidade em mulheres com câncer de mama**. 2008. 212.f. Dissertação Mestrado - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses>>. Acesso em: 05 set. 2009.

REGIS, M. F.; SIMÕES, M. F. S. Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 81- 86. abr. 2005. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em 14 ago. 2009.

SILVA, G. **Processo de enfrentamento no período pós-tratamento do câncer de mama**. 2005.150f. (Dissertação de mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em: 03 set. 2009.

SILVA, G.; SANTOS, M. A. "**Será que não vai acabar nunca?**": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. **Conviver com a Mastectomia**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 28 ago. 2009.

TONANI, M. Risco de câncer e comportamentos preventivos: a persuasão como uma estratégia de intervenção. **Revista Latino - Americana Enfermagem**, v.16, n.5, p. 864 - 870. fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 09 set. 2009.