

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN

ANA CRISTINA DE SOUSA MEDEIROS

**SENTIMENTOS DAS MULHERES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE
MASTECTOMIA**

MOSSORÓ
2010

ANA CRISTINA DE SOUSA MEDEIROS

**SENTIMENTOS DAS MULHERES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE
MASTECTOMIA**

Monografia apresentada à Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró –
FACENE/RN, como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª. Ms. Patrícia Josefa Fernandes Beserra

MOSSORÓ
2010

ANA CRISTINA DE SOUSA MEDEIROS

**SENTIMENTOS DAS MULHERES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE
MASTECTOMIA**

Monografia apresentada pela aluna Ana Cristina de Sousa Medeiros, do Curso de Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Patrícia Josefa Fernandes Beserra
(Orientadora – FACENE/RN)

Prof. Ms. Robson Oliveira Basílio
(Membro - FACENE/RN)

Prof. Ms. Ivone Ferreira Borges
(Membro - FACENE/RN)

DEDICATÓRIA

À você Maike, que foi meu grande incentivador para que esse sonho viesse se tornar realidade, dedico toda essa sensação de batalha a vencida a você que segurou minha mão e me deu o norte para ingressar neste.

À você que me fez ver que tudo era fácil quando para mim tudo era inegavelmente difícil, sei que essa vitória não é só minha pois construímos juntos esse sonho.

AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente a DEUS que é meu grande porto seguro;
Agradeço a minha Família por estar sempre presente nos momentos em que
precisei*

*Aos colegas de turma, em especial aos que partilharam não só os momentos em
sala de aula, mas também um pouco de minha vida, vocês ficarão para sempre
em minha vida*

*A Juraci, Lorena e Lívia que são as irmãs que Deus me deu a oportunidade de
escolher*

*A minha orientadora pela paciência e a disposição para entrar comigo nesse
estudo, me proporcionando por meio de suas orientações caminhos para o
aperfeiçoamento e concretização deste*

Aos mestres pelo aprendizado fornecido

Esforça-te e tem bom ânimo, não fiques admirado, porque Deus é contigo por onde quer que andares.

(JOSUÉ, 1:9).

RESUMO

O câncer de mama é temido pela população feminina devido aos efeitos psicológicos e somáticos, pelas alterações sexuais e na imagem pessoal. Um dos tratamentos para neoplasia maligna de mama é a mastectomia. De posse desse conhecimento surgiu a necessidade de conhecer os sentimentos das mulheres no pré-operatório de mastectomia no Centro de Oncologia de Mossoró. Este se realizou com o objetivo de caracterizar a situação sociodemográfica das mulheres entrevistadas; averiguar o conhecimento das mulheres entrevistadas sobre o procedimento da mastectomia; verificar na opinião das mulheres entrevistadas o papel do enfermeiro no suporte emocional e analisar os sentimentos das mulheres entrevistadas no pré-operatório de mastectomia. A pesquisa foi do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa e foi realizada no Centro de Oncologia situado na cidade de Mossoró. A amostra constituiu-se por 04 casos tidos como significativos diante dos outros. Utilizou-se um instrumento de pesquisa do tipo roteiro de entrevista composto por um roteiro de perguntas subjetivas e objetivas. A coleta realizou-se após encaminhamento ao CEP, a após liberada com êxito foi então desempenhada. Para análise dos dados objetivos foram utilizados gráficos e os dados qualitativos analisaram-se através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. A amostra foi caracterizada quanto a idade das mulheres pesquisadas, em que 100% (4) possuem idade com mais 50 anos, o estado civil no qual 50% (2) são casadas, 25% (1) é solteira e 25% (1) possui outro tipo de estado civil, quanto a escolaridade 25% (1) é analfabeta, 25% (1) possui ensino fundamental, e igualmente 25% (1) tem ensino médio e com o mesmo valor, 25% (1) possui ensino superior, ocupação na qual 50% (2) são do lar e 50% (2) são agricultora, 50% (2) são procedentes do município de Mossoró, 25% (1) de outros municípios do RN e de outros Estados 25% (1). As mulheres levavam uma vida normal, faziam suas atividades normalmente no dia-a-dia, o diagnóstico deu-se por meio do toque na mama de modo informal, sem ser com a finalidade de auto-examinar a mama, e por meio de exames complementares que vieram confirmar a doença e a reação ao recebê-lo foi enfrentamento positivo e negação da doença, o apoio esteve presente por parte da família de algumas entrevistadas e em outras infelizmente não ocorreu. As mulheres desconhecem todo o processo que envolve o referido procedimento cirúrgico da mastectomia e os sentimentos experimentados foram preocupação e fé. Os sentimentos experimentados pelas mulheres que estavam prestes a realizarem a mastectomia no pré-operatório foram positividade e a ansiedade. Conclui este estudo, consciente que a enfermagem pode contribuir para uma melhor atenção e um melhor acolhimento dessas mulheres, e um dos métodos utilizados pode ser o diálogo, o esclarecimento, a conversa, enfim educar a própria paciente bem como a sua família acerca de todo o processo do câncer que envolve a paciente, com uma linguagem clara e objetiva, que permita a compreensão das características pertinentes à doença, que compromete seu processo de saúde.

Palavras-chaves: Sentimentos; Mastectomia; Enfermagem.

ABSTRACT

Breast cancer is greatly feared by the female population due to its psychological and somatic effects, as well as changes in sexual and in personal image. One of the treatments for malignant breast cancer is mastectomy - surgical procedure in which there is partial or total withdrawal of the breast. Armed with this knowledge it arose the need to know the feelings of women in pre-operative mastectomy in Oncology Centre in Mossoró. This research took place with the objective of characterize the sociodemographic situation of the interviewed women; inquire the knowledge of the interviewed women about the procedure of mastectomy; verify in the opinion of the interviewed women the nurse's role in emotional support and analyze the feelings of the interviewed women in the pre-operative mastectomy. The research was exploratory and descriptive with qualitative approach and was performed at the Oncology Center in Mosoró city. The sample consisted of 4 cases taken as significant before the others. It was used a research instrument of the type interview guide composed of a script of subjective and objective questions. The collection took place after direction to CEP, and after released with success was then performed. For analysis of objective data, graphic were used, and qualitative data were analyzed using the technique of DSC. The sample was characterized as the age of the women surveyed, in which 100% (4) are over 50 years old; the civil status in which 50% (2) are married, 25% (1) is single and 25% (1) has other marital status; schooling in which 25% (1) is illiterate, 25% (1) has primary education, as well as 25% (1) has high school and equally 25% (1) has higher education; occupation in which 50% (2) are housewives and 50% (2) are agriculturist; 50% (2) are from the city of Mossoró, 25% (1) are from other counties in the state of RN, and 25% (1) are from other states. Women led a normal life, they did their normal daily activities, the diagnosis was made by means of touch the breast informally, without aiming at the breast self-examination and through further examination that confirmed the disease and reaction to receive it was positive coping and denial of the illness, The support of the family of some interviewees was present and in others it unfortunately was not. Women are unaware of any process that involves the aforementioned surgical procedure of mastectomy and the feelings they experienced were worry and faith. The feelings experienced by women who were about to do the mastectomy in preoperative were positive and anxiety. Nursing can contribute to a better attention in large scale, for a better care for these women, and one of the methods used may be dialogue, clarification, conversation in order to educate the patient herself and her family about the whole process of cancer that involves the patient, with a clear and objective language that permits the understanding of the characteristics relevant to the disease that affects their health process.

Keywords: Feelings, Mastectomy, Nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Caracterização da amostra quanto a idade	25
Gráfico 2: Caracterização da amostra quanto ao estado civil	25
Gráfico 3: Caracterização da amostra quanto a escolaridade	26
Gráfico 4: Caracterização da amostra quanto a ocupação	27
Gráfico 5: Caracterização da amostra quanto a procedência	27

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Análise das respostas da amostra quanto a questão da vida das mulheres antes do diagnóstico da doença 29
- Quadro 2:** Análise das respostas da amostra quando ocorreu o diagnóstico da doença 30
- Quadro 3:** Análise das respostas da amostra quanto a reação das mesmas ao saber do diagnóstico da doença 31
- Quadro 4:** Análise das respostas da amostra quanto ao apoio do recebido da família 33
- Quadro 5:** Análise das respostas da amostra quanto ao conhecimento que possuem sobre mastectomia 34
- Quadro 6:** Análise das respostas da amostra acerca do tipo de sentimento experimentando ao saber que precisaria se submeter a mastectomia 35
- Quadro 7:** Análise das respostas da amostra sobre os sentimentos experimentados em momentos do pré-operatório de mastectomia, minutos antes da mulher entrar para a realização da cirurgia 36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA.....	11
2 OBJETIVOS	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 ANATOMOFISIOLOGIA DA MAMA.....	14
3.2 O PRÉ-OPERATÓRIO.....	15
3.3 MASTECTOMIA E SENTIMENTOS FEMININOS.....	16
3.4 PAPEL DO ENFERMEIRO DIANTE DE MULHERES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE MASTECTOMIA.....	19
4 METODOLOGIA	22
4.1. TIPO DE PESQUISA.....	22
4.2. LOCAL DA PESQUISA.....	22
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	23
4.4 INSTRUMENTO.....	23
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	23
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	23
4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO.....	24
4.8 FINANCIAMENTO.....	24
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	25
5.1 OBJETIVOS - DADOS QUANTITATIVOS – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	25
5.2 DADOS QUALITATIVOS – ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.....	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICES	43
ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

O câncer de mama é um dos agravos mais presentes em mulheres acima de 30 anos no Brasil. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), dentre os cânceres que acometem o contexto feminino, este é o principal responsável por mortes de mulheres no Brasil e nos países ocidentais. Esse órgão ainda afirma que o câncer de mama é muito temido pela população feminina devido aos seus efeitos psicológicos e somáticos, bem como, alterações sexuais e na imagem pessoal (BRASIL, 2009).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2009), as estimativas de incidência de câncer mamário feminino para 2010 são de 8.270 (30/100.000) casos em todo o Nordeste, dos quais 540 são previstos para o Rio Grande do Norte, e desses, 220 para Natal/RN, o que caracteriza um número bastante expressivo de uma neoplasia maligna que, se detectada e tratada previamente, possui bom prognóstico. Apesar de tantas políticas preventivas, o câncer ainda é responsável hoje por 11.860 mortes das quais 11.735 são mulheres.

O diagnóstico de câncer de mama é algo que causa temor para a população feminina, repercutindo intensamente em suas condições física, social e emocional. Esse momento é enfrentado pela mulher e sua família com sentimentos de angústia e ansiedade devido à possibilidade de morte e mutilação. Outros sentimentos como: raiva, tristeza, inquietação, medo e luto são comuns (REGIS; SIMÕES, 2005; MALUF; MORI; BARROS, 2005).

O evoluir da doença, se apresenta para Ramos e Lustosa (2009, p.86) da seguinte maneira:

Ao longo do processo da doença, desde o diagnóstico até o tratamento, as mulheres com câncer de mama sofrem muitas perdas significativas, e passarão por um longo e doloroso período de elaboração do luto, e processo de desapego. A mulher acometida por essa doença se depara com a aceitação e convivência de um corpo marcado por uma nova imagem, podendo manifestar assim, uma insatisfação, compreensível. Ocorrem alterações significativas em diversas esferas de sua vida, tais como: atividades sexuais, vida social e até, em alguns casos, vida laborativa.

Outro aspecto a ser considerado é o estigma social que o câncer carrega, pois toda mulher submetida à mastectomia corre o risco de sofrer preconceito e/ou rejeição social.

Um dos tratamentos para neoplasia maligna de mama é a mastectomia – procedimento cirúrgico onde há a retirada total ou parcial da mama. Esse procedimento subdivide-se em mastectomia radical, mastectomia radical modificada, mastectomia total simples e mastectomia subcutânea. Cada um desses possui especificidades e relações de enfrentamento diferente.

A retirada da mama significa para a mulher um conflito de identidade onde a própria feminilidade é posta em risco, visto que, esse órgão possui uma simbologia muito forte no tangente à imagem da mulher. Há ainda outros aspectos a serem considerados, como a importância que a mama, dotada de todos os seus significados, possui na vida de cada mulher, ou seja, é o aspecto subjetivo que define como será o enfrentamento diante do pré-operatório de mastectomia (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

Abrangendo o diagnóstico e a fase pré-operatória, a abordagem à mulher deve ser multiprofissional buscando sempre reconhecer e identificar as necessidades femininas, suas causas, sintomas e o impacto desses no seu dia-a-dia.

A enfermagem começa sua atuação assim que se dá o diagnóstico através da consulta de enfermagem onde se devem buscar por dúvidas, fragilidades emocionais, dificuldades de enfrentamento e medos pré-existentes. Quaisquer achados anormais (físicos ou psicológicos) devem ser abordados pela enfermagem com o intuito de melhorar o estado geral da mulher submetida ao diagnóstico de câncer onde o tratamento de escolha é a mastectomia (BRASIL, 2004). Brasil (2008, p. 249) afirma que “o enfermeiro é o profissional mais habilitado e disponível para apoiar e orientar o paciente e a família na vivência do processo de doença, tratamento e reabilitação, afetando definitivamente a qualidade de vida futura”.

De posse desse conhecimento surgiu à necessidade de conhecer os sentimentos das mulheres no pré-operatório de mastectomia no Centro de Oncologia de Mossoró.

2 OBJETIVOS

- Caracterizar a situação sociodemográfica das mulheres entrevistadas;
- Averiguar o conhecimento das mulheres entrevistadas sobre o procedimento da mastectomia;
- Verificar na opinião das mulheres entrevistadas o papel do enfermeiro no suporte emocional;
- Analisar os sentimentos das mulheres entrevistadas no pré-operatório de mastectomia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ANATOMOFISIOLOGIA DA MAMA

A mama é uma glândula acessória ao sistema reprodutivo feminino devido às suas funções mantidas com os órgãos de reprodução e seus respectivos hormônios. A formação das glândulas é possível por uma diferenciação de células epiteliais que se modificam e especializam-se na produção de leite após a gestação (GOSS, 1988). Dangelo; Fattini (2007, p. 197) acrescentam que: “em lactentes, nas crianças e nos homens, as mamas são rudimentares [...] no sexo feminino desenvolvem-se na puberdade e atingem o máximo desenvolvimento no fim da gestação e no período do parto”.

Quanto à localização anatômica, as mamas situam-se ventralmente aos músculos: peitoral maior, serrátil anterior e oblíquo externo, todos na região peitoral. A mama é constituída por parênquima, estroma e pele (SMELTZER; BARE, 2005).

O parênquima ou glândula-mamária é formado por lobos (15 a 20) piramidais, com os ápices direcionados para a superfície e as bases para a parte profunda da mama. Cada lobo é formado por lóbulos e possuem ductos lactíferos, abertos na papila mamária. Todos os lobos são chamados de corpo da mama, facilmente sentido através de palpação (GOSS, 1988).

O estroma é formado de tecido conjuntivo e envolve cada lobo, bem como todo o corpo mamário. O estroma também possui tecido adiposo, é deste que dependem a variação quanto a tamanho e forma da mama. A pele da mama é muito fina e possui glândulas sebáceas e sudoríparas (DANGELO; FATTINI, 2007).

A mama possui formato geralmente cônico (aspecto variável de acordo com a quantidade de tecido adiposo, da idade e da funcionalidade – gestação ou amamentação). Seu desenvolvimento começa na puberdade, sofrendo alterações em todos os períodos da vida da mulher – fase do ciclo menstrual, funcionalidade, entre outros. Com o avançar da idade e/ou gestações consecutivas, as mamas adquirem forma peduncular devido à perda de elasticidade das estruturas responsáveis pela sustentação do estroma (GOSS, 1988).

O local de projeção dos ductos lactíferos é chamado de papila mamária é extremamente innervado e composto por fibras musculares lisas que podem enrijecer-se diante de estímulos. “Todo o sistema dos alvéolos até os orifícios de saída denominamos de ductos galactóforos, é envolvido por tecido muscular liso, que se contrai, mediante a ação hormonal

para a ejeção do leite” (MARINHO; BLANCO; JUNIOR, 2007 apud MARQUES, 2010, p.25).

Circundando a papila mamária há uma área mais pigmentada conhecida como aréola mamária, onde há glândulas sebáceas e sudoríparas que formam pequenos tubérculos (a aréola sofre uma hiperpigmentação durante a gestação, mas sua coloração natural é recuperada após esse período) (DANGELO; FATTINI, 2007).

As modificações mamárias durante a puberdade ou durante os ciclos menstruais obedecem a alterações hormonais cíclicas. Esses hormônios são secretados pelo ovário, folículos e corpo lúteo. A diminuição da secreção hormonal pós-menopausa acarreta a involução mamária (GOSS, 1988).

A multiplicação desordenada de células no parênquima mamário dá origem a uma patologia conhecida como câncer de mama “doença maligna mais comum da mulher e a segunda causa de morte por câncer (depois do câncer de pulmão)” (ROSENTHAL; CARIGNA; SMITH, 1995, p.111).

O câncer de mama possui um papel importante no quadro da saúde nacional, devido a sua alta incidência afetando, principalmente a população feminina economicamente ativa, o que o caracteriza como um problema econômico, social e de saúde.

O diagnóstico de câncer ocorre por exames de imagem, como a mamografia, no entanto, qualquer alteração no parênquima mamário percebido pela própria mulher ou pelo profissional que realizar o exame clínico das mamas, pode ser sugestiva de anomalias mamárias, ou seja, qualquer alteração deve ser imediatamente investigada, visto que, quanto mais cedo for o diagnóstico melhor será o prognóstico (ABRÃO, 1995). O INCA (2010) estima para 2010, 540 novos casos de câncer de mama no Estado (Rio Grande do Norte) sendo que desses 220 são apenas na capital, Natal.

3.2 O PRÉ-OPERATÓRIO

O momento cirúrgico, é sempre um evento estressante e complexo, como revela Smeltzer e Bare (2005), e, ainda acrescentam os mesmos autores que este fator é aplicável a todas as condições possíveis da realização de uma cirurgia, quer eletiva, quer emergencial.

Para o sucesso do procedimento cirúrgico, Potter e Perry (2009), esclarecem que independente do modo que o paciente realize uma cirurgia, um resultado positivo depende da

capacidade que a enfermagem deve ter de estabelecer um entendimento, e manter uma relação profissional com o paciente, constituindo com isso um componente essencial para a fase pré-operatória.

A fase pré-operatória começa quando se toma a decisão de prosseguir com a intervenção cirúrgica e termina com a transferência do paciente para a mesa da sala de cirurgia (SMELTZER; BARE, 2005).

É nessa fase, no pré-operatório, onde deve-se observar os diversos fatores que possam contribuir para um prognóstico negativo da cirurgia, os quais poderiam ocasionar um efeito adverso ao que se espera de uma cirurgia realizada com sucesso. Assim, Potter e Perry (2009) dizem que o conhecimento desses fatores de risco se faz necessário, uma vez que permite a tomada de precauções primordiais para o planejamento do cuidado.

Os principais fatores de riscos apresentados por Potter e Perry (2009), são:

- Idade: extremos de idade, muito jovem ou muito idoso, apresentam um maior risco durante a cirurgia, devido a sua condição fisiológica ou em declínio.
- Nutrição: um estado nutricional adequado determina a reparação do tecido normal e a resistência à infecção.
- Obesidade: a obesidade aumenta o risco cirúrgico por reduzir a função ventilatória e a cardíaca.
- Apnéia obstrutiva do sono: aumenta o risco de complicações perioperatórias.
- Imunocomprometimento: na paciente com câncer, podem ocorrer alterações de medula óssea que aumentam o risco de infecção.
- Desequilíbrio Hidroeletrólítico: pacientes com desequilíbrio hidroeletrólítico no pré-operatório podem apresentar graves alterações eletrolíticas durante ou após a cirurgia.

3.3 MASTECTOMIA E SENTIMENTOS FEMININOS

A mastectomia é o método de tratamento comumente utilizado por mulheres com diagnóstico de neoplasia mamária. É um procedimento altamente eficaz no tangente ao câncer, no entanto acarreta seqüelas físicas e psicológicas, muitas vezes traumatizante que, se não tratadas, podem perdurar por toda uma vida (BARRETO, et al, 2008).

O tipo de tratamento, cirúrgico ou não, e o tipo de cirurgia é definido de acordo com o estado geral da paciente, estadiamento do câncer, tipo de câncer e comprometimento ou não estruturas adjacentes. O procedimento cirúrgico abordado neste trabalho é a mastectomia que, por sua vez subdivide-se em: mastectomia radical, mastectomia radical modificada, mastectomia total simples e mastectomia subcutânea.

A mastectomia radical foi desenvolvida por Halsted em 1893, como sendo um procedimento comum, assim que foi criado, para o tratamento de câncer de mama, no entanto, a morbimortalidade das mulheres não refletiam melhora, além de produzir abalos psicológicos significativos. Posteriormente a esse procedimento, instituiu-se a mastectomia radical modificada (SMELTZER; BARE, 2005).

A mastectomia radical criada por Halsted se dá com a retirada da glândula mamária, dos músculos peitorais, bem como dos linfonodos axilares (MARQUES, 2010); a mastectomia radical modificada, instituída após a mastectomia radical, diferencia-se da primeira, pela preservação dos dois músculos peitorais e pela dissecação de apenas um linfonodo axilar; a mastectomia total simples ocorre com a retirada da glândula mamária, do complexo areolar e aponeurose do músculo peitoral – ressecção desde a clavícula até a borda costal; e na mastectomia subcutânea retira-se apenas da glândula mamária (SMELTZER; BARE, 2005; MARQUES, 2010).

Cada tipo de mastectomia pode interferir diferentemente no emocional das pacientes submetidas a tal procedimento, no entanto, todas mexem a fundo com a feminilidade da mulher, podendo acarretar problemas sérios de auto-imagem, auto-aceitação e sexualidade (MARQUES, 2010).

Para a mulher, as mamas são partes constituintes do seu corpo, que exercem função representativa de sua feminilidade, sexualidade e maternidade, ou seja, é um órgão que determina seu papel social (identidade corpórea feminina, auto-estima e valor próprio) e também um símbolo narcisista (SILVA, 2008). Wanderley (1994 apud Soares 2007, sp) ressaltou que:

A mama, como símbolo de sensualidade, quando danificada, altera a auto-imagem acarretando à paciente, sentimentos de inferioridade e medo de rejeição, sendo que, quanto maior for o investimento da mulher neste órgão, maior será o sentimento de perda.

O tipo de mastectomia é um fator determinante para a morbidade dessa mulher, visto que, quanto mais abrangente mais sequelas trará a vida dessa mulher mastectomizada (a principal complicação é o aparecimento de linfedema do membro superior). Tarefas antes

simples como carregar peso, operar máquinas, bem extensão e flexão do braço podem ficar seriamente comprometidas e/ou inviáveis (VEIROS; NUNES; MARTINS, 2006).

Todos os aspectos referentes ao perioperatorio de mastectomia devem ser esclarecidos as mulheres que irão submeter-se a esse procedimento, bem como, alternativas para reverter ou minimizar possíveis seqüelas (BARRETO; et al., 2008).

As alterações mamárias podem ser identificadas pelas mulheres durante o auto-exame, bem como pelo profissional de enfermagem ou profissional médico que execute o exame clínico da mama em busca de: sinais de retração – foveamento da pele ou formação de tecido cicatricial; nódulos, nodosidade – cisto mamário, fibroadenoma, massa cancerosa mamária; proeminência venosa aumentada – excluem-se os casos onde esse quadro é normal, como gravidez e lactação; aspecto de casca de laranja – edema; inversão do mamilo; mastite aguda; e/ou doença de Paget – malignidade dos ductos mamários (SMELTZER; BARE, 2005).

Uma vez descoberta qualquer alteração no tecido mamário, a mulher deve procurar imediatamente os serviços de saúde, para que se esclareça exatamente o que tal modificação significa. Desde o diagnóstico de câncer até o tratamento, a mulher e sua família passam por momentos de angústia, sofrimento e ansiedade intensos (BRASIL, 2009).

Tal diagnóstico pode interferir no significado da mama para a mulher, caracterizando muitas vezes como ameaçador dessa imagem. Existe ainda o risco de vida não apenas por causa da doença, mas também pelo tratamento (mastectomia), visto comumente como ‘mutilante’. Outras preocupações circundam a mente da mulher, como, o medo do estigma social, da rejeição tanto da sociedade quanto do marido (ou companheiro) e da família, o medo da própria doença (metástase) e de um tratamento não eficaz, medo ainda das modificações em sua auto-imagem, como queda do cabelo e perda de peso e ainda, incerteza quanto ao futuro (SOARES, 2007).

Ao perceber a iminência da mastectomia (perda do seio), a mulher expressa o sentimento, mesmo que nulo, de salvar seu seio. O fato de algo importante e grave estar acontecendo com seu corpo pode causar certa alienação na mulher, além, é claro, do próprio choque do diagnóstico.

No momento de recebimento da notícia, é comum notar-se um estado de estranhamento, onde fica clara a dificuldade de aceitação de estar doente. Este estado de estranhamento sugere um sinal de defesa egóica, pela via da negação, sendo este muito eficiente para estas situações, uma vez que a negação é um modo de produção de pensamentos, ainda que para tanto seja necessário negar uma parte da verdade. Portanto, a paciente tem o direito de buscar sentido para os acontecimentos, fazendo uso de sua história passada.

[...] A terminologia utilizada: “mama” e “seio” representa bem a existência conjunta de um corpo biológico e um psíquico, onde o médico comunica que vai retirar a “mama”, mas a paciente recebe a informação de que vai perder o “seio”, ou seja, a mastectomia é a amputação real no corpo da paciente (QUINTANA, 1999, apud SOARES, 2007, sp).

O modo com que a mulher enfrenta o diagnóstico de câncer e a mastectomia está extremamente ligado com sua subjetividade, ou seja, o modo como ela vive, a forma de se auto-reconhecer e a importância do seio em sua vida, perder a mama é um processo semelhante ao processo de luto (SOARES, 2007). Silva (2008) afirma que algumas mulheres alegam preferir a morte à remoção da mama, o que dá suporte para supor-se que a falta da mama significa morte simbólica da mulher.

3.4 PAPEL DO ENFERMEIRO DIANTE DE MULHERES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE MASTECTOMIA

Uma vez identificada à grande controvérsia quanto à identidade e a saúde, bem como a instabilidade sentimental enfrentadas por mulheres no pré-operatório de mastectomia, o profissional de saúde que trabalha em tal setor deve promover assistência abrangente no intuito de melhorar a morbimortalidade feminina e prevenir ou minimizar traumas psicológicos. Sendo assim, o enfermeiro, profissional que passa mais tempo em contato direto com a paciente, é um dos responsáveis diretos pela intervenção completa dessa mulher, garantindo também, a política de integralidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde (MELO; SILVA; FERNANDES, 2005).

Como a mastectomia é uma cirurgia bastante invasiva e pode assumir caráter traumático para a mulher, a abordagem da enfermagem no pré-operatório é imprescindível para que se estabeleça um bom enfrentamento diante da cirurgia e de suas conseqüências para a vida pós-mastectomia (BARRETO, 2008).

A visita de enfermagem no pré-operatório deve identificar fragilidades emocionais e físicas, como desnutrição, doenças pré-existentes, tratamentos anteriores, hábitos alimentares e de vida, além de oferecer orientação acerca dos vários exames pré-operatórios, que visam identificar o estado geral de saúde da mulher (avaliação: cardiorespiratória, do estado nutricional, das funções hepática, renal, endócrina e imunológica). Essa visita visa descobrir e

corrigir problemas de saúde pré-existentes com o intuito de prevenir complicações durante a cirurgia (ARANTES; MAMEDE, 2003).

É no pré-operatório que a mulher recebe também as informações sobre a cirurgia, os cuidados pós-operatórios, as etapas de recuperação, exercícios que ajudam na recuperação da funcionalidade do braço e ombro, bem como informações abordando a quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (o tratamento para o câncer costuma envolver duas ou mais abordagens conjuntas) (BRASIL, 2004). Barreto, et al, (2008, p. 112) afirma que:

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

Quanto à cirurgia, a mulher deve ser esclarecida acerca do tipo de mastectomia que será realizada (radical, radical modificada, total simples ou mastectomia subcutânea), e, para isso, o enfermeiro deve conhecer profundamente todos os processos físicos que envolvem cada procedimento, visto que, são esses processos que refletirão na intensidade e modo com que a mulher lidará com seus sentimentos e inseguranças. Essa relação de confiança e conhecimento estabelecida ainda no pré-operatório é de extrema importância para o enfrentamento do tratamento, no entanto, como afirma Barreto, et al, (2008, p. 113), as mulheres não são totalmente esclarecidas:

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

Ainda é papel do enfermeiro, orientar quanto aos cuidados gerais pós-mastectomia, como: elevar o braço, do lado da mama retirada, e mantê-lo superior à altura do ombro, orientar quanto à higiene do local da cirurgia, bem como, da troca de curativos, não fazer esforços, movimentos repetitivos, aferir a pressão, expor-se excessivamente ao sol, usar adornos apertados ou carregar peso com o braço operado (BARACAT; JUNIOR; SILVA, 2000; OTTO, 2002).

A mulher deve ser orientada também quanto aos exercícios que ajudam na recuperação funcional do braço e ombro, “principalmente nas primeiras 24h para evitar tensão

nas linhas de sutura, favorecendo a circulação e a cicatrização, prevenindo linfedema e garantindo a função do membro” (BARACAT; JUNIOR; SILVA, 2000, p. 151).

O estímulo a discussões que abordem o papel da mulher diante da família, o retorno ao ambiente doméstico, readaptação laborativa e relações sociais/sentimentais (familiares e sociedade) também é de competência da enfermagem, tratando-se de uma abordagem dinâmica e específica de suporte emocional (OTTO, 2002).

Um item importante para o bom enfrentamento da doença e do tratamento é a inserção da mulher na decisão de que tipo de tratamento será feito bem como de todo o processo de recuperação e, como o enfermeiro passa muito tempo em contato direto com a paciente, ele deve estar apto para reconhecer as especificidades de cada mulher e adaptar sua conduta visando sempre à abordagem integral e humanizada (ROSENTHAL; CARINGNAN; SMITH, 1995).

Os cuidados da enfermagem a mulher no pré-operatório de mastectomia consiste em permitir, viabilizar e valorizar a verbalização de sentimentos, identificar possíveis inseguranças ou problemas, ajudar a mulher e seus familiares a encontrar fontes alternativas de ajuda, bem como informações acerca da patologia e do tratamento, permitindo sempre a participação da mulher na decisão da terapêutica proposta que, por sua vez, visa sempre, o auto cuidado dentro das possibilidades de cada quadro clínico (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Para o alcance dos objetivos, esta pesquisa enquadrou-se em um estudo do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Para Gil (2002) uma pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Na maioria dos casos essas pesquisas envolvem: levantamento bibliográfico; entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado. Para o mesmo autor uma pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Marconi; Lakatos (2006) afirmam que este tipo de pesquisa leva a possibilidade de generalização sobre a realidade pesquisada,

Consoante com Figueiredo (2004), as pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática.

Acerca de pesquisa qualitativa, Polit; Beck; Hungler (2004) afirmam que se trata de um método flexível e elástico, ajustando-se, dessa forma, ao aprendizado da coleta de dados, e possui uma abordagem holística, exigindo envolvimento intenso do pesquisador e análise contínua dos dados.

4.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Centro de Oncologia situado na cidade de Mossoró. A escolha do referente local ocorreu por ser referência no tratamento de neoplasias malignas, na cidade de Mossoró-RN.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa foi constituída por todas as mulheres no pré-operatório do Centro de Oncologia de Mossoró com o tratamento definido por mastectomia. A amostra constituiu-se por 4 casos tidos como significativos diante dos outros. As mulheres participantes da pesquisa foram submetidas previamente a processo de formalização instituída através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

4.4 INSTRUMENTO

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento de pesquisa do tipo roteiro de entrevista composto por um roteiro de perguntas subjetivas e objetivas (APÊNDICE B).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi formalizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACENE (ANEXO A), bem como após o esclarecimento e assinatura, do participante, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados realizou-se no mês de setembro do ano de 2010.

Para a aplicação e interpretação eficiente do roteiro de entrevista, empregou-se o mecanismo de gravação que se dará por meio de um aparelho de Mp3.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, os dados objetivos e subjetivos foram analisados com base no enfoque nos métodos quantitativos e qualitativos. Para análise dos dados objetivos - quantitativos foram utilizados

gráficos e os dados qualitativos analisaram-se através da técnica de análise de discurso do sujeito coletivo (DSC), proposta por Lefèvre; Lefèvre, 2005.

O discurso do sujeito coletivo é um discurso de síntese elaborada por pedaços de discursos de sentidos semelhantes reunidos em um só discurso, extraindo-se de cada relato a idéia principal e suas expressões chaves (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005)

4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO

Este estudo foi submetido à apreciação do CEP e então desenvolvido observando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme pressupõem a Resolução 196/96 CNS/MS e Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem. Para isso o mesmo será submetido à avaliação e aprovação do comitê de pesquisa da FACENE. Para Costa et al (2000) a Resolução nº 196/96 CNS/MS, é sem duvida, um documento de suma importância no campo da bioética, no sentido de assegurar uma conduta ética responsável por parte aos pesquisadores na realização de pesquisa com seres humanos.

As pesquisas realizadas no campo da saúde são eticamente movidas pelo princípio da beneficência, objetivando aumentar o bem-estar do ser humano. O bem-estar das pessoas que se submetem a pesquisa deve prevalecer sobre os interesses industriais e comerciais (FORTES, 1998).

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró responsabilizou-se em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientadora e banca examinador.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 DADOS OBJETIVOS - DADOS QUANTITATIVOS – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

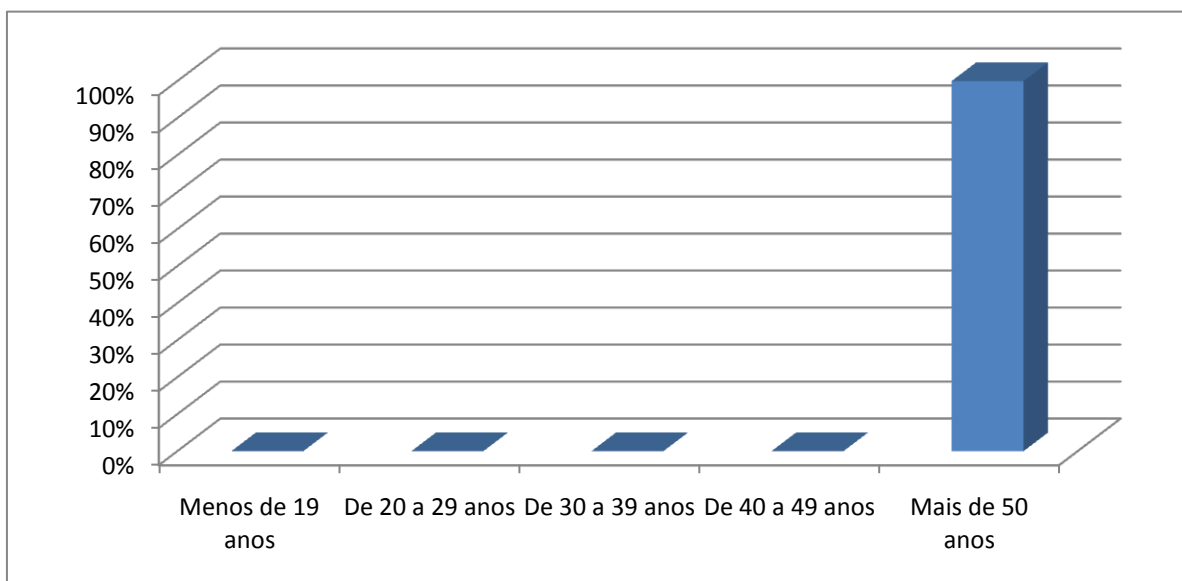


Gráfico 1: Caracterização da amostra quanto a idade

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O gráfico 1 apresenta a caracterização da amostra quanto a idade das mulheres pesquisadas, em que 100% (4) possuem idade com mais 50 anos.

A idade é fator de risco para o câncer de mama, isto é certo, seguramente a prevalência dessa faixa etária se dá ao fato da não detecção precoce permitida também pelo auto-exame das mamas, enfim do tabu que existe da mulher não se tocar.

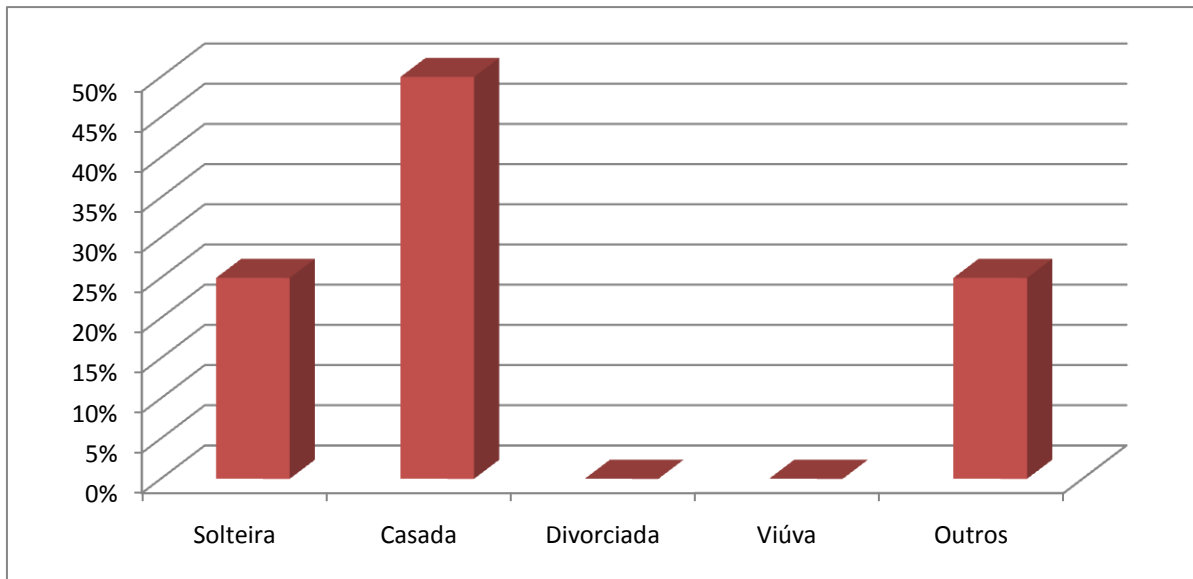


Gráfico 2: Caracterização da amostra quanto ao estado civil

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

O gráfico 2 mostra o estado civil das mulheres pesquisadas, no qual 50% (2) são casadas, 25% (1) é solteira e 25% (1) possui outro tipo de estado civil.

O estado civil da mulher acometida por câncer é um tanto significativo, uma vez que a mama feminina é uma parte do corpo fundamental para um relacionamento amoroso, seja ele um simples namoro ou um casamento, pois a ausência desta, poderá afetar ou não o processo civil.

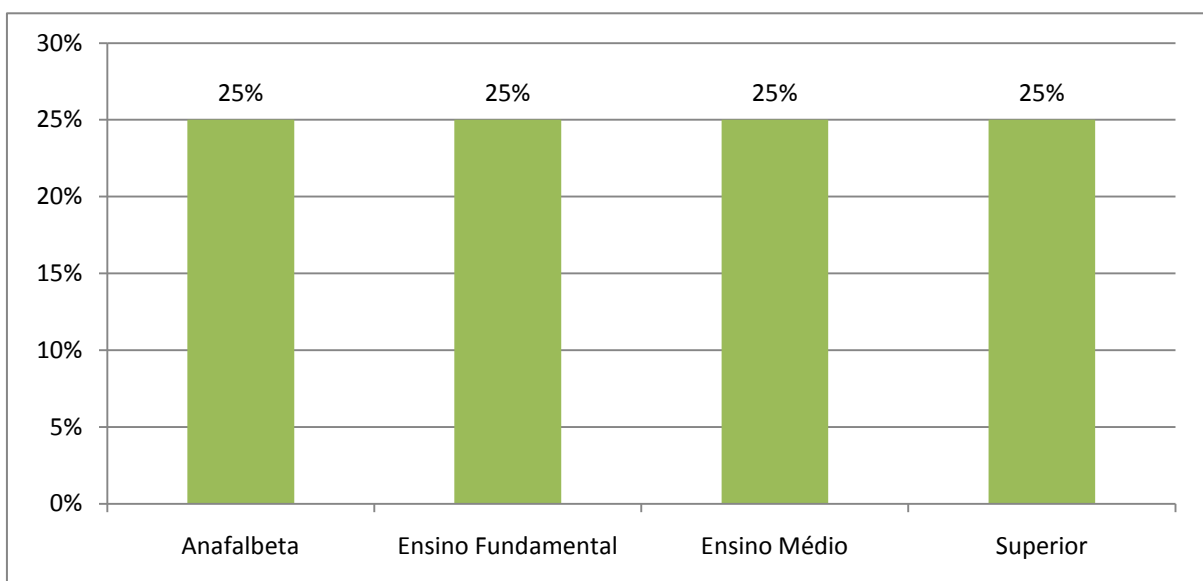


Gráfico 3: Caracterização da amostra quanto a escolaridade

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O gráfico 3 evidencia a escolaridade das entrevistadas, que 25% (1) é analfabeta, 25% (1) possui ensino fundamental, e igualmente 25% (1) tem ensino médio e com o mesmo valor, 25% (1) possui ensino superior.

Analisar a escolaridade possibilita compreender o entendimento das mulheres com relação ao seu acesso e compreensão de informações relacionada ao câncer de mama, a qual orienta as mulheres sobre características e medidas preventivas do câncer, onde a mulher com baixo grau de escolaridade provavelmente terá menos acesso à informação e/ou menos compreensão no seu entendimento.

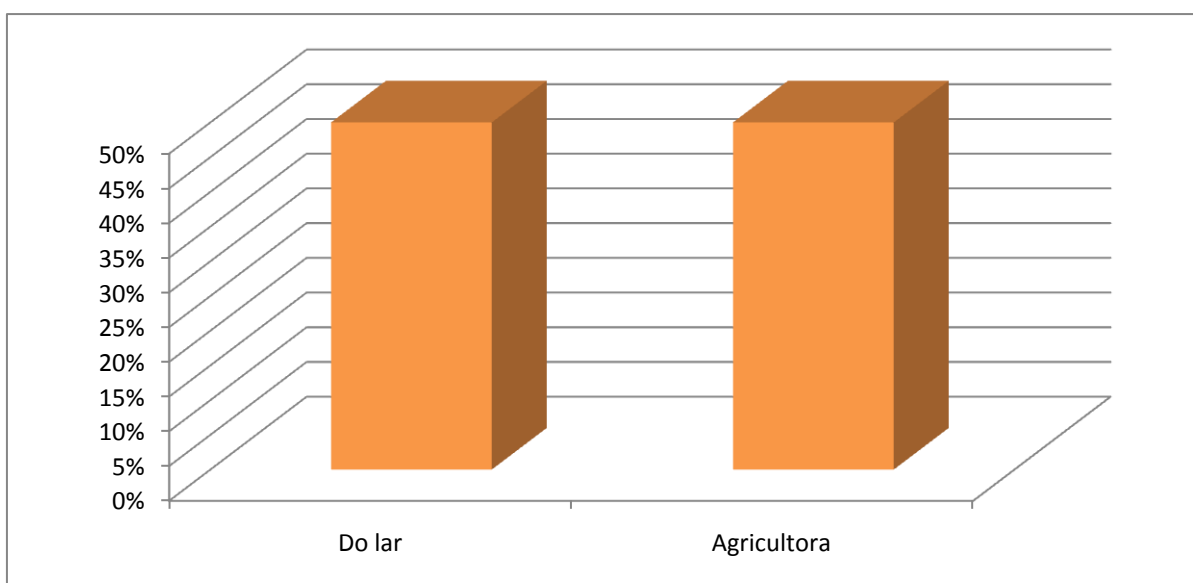


Gráfico 4: Caracterização da amostra quanto a ocupação

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O gráfico 4 caracteriza a amostra quanto a ocupação, onde verificou-se que 50% (2) são do lar e 50% (2) são agricultora.

A ocupação é um dos fatores que influenciam no surgimento do câncer de mama, na qual muitas vezes expõe mulheres a fatores de riscos, ou ocupa muito o tempo dificultando e impossibilitando possíveis idas ao serviço de saúde, ou tirando a atenção da mulher para o cuidado com o seu corpo, em especial com as mamas.

E isso é uma necessidade do ser humano, o cuidado com sua saúde, por isso que as instituições fornecedoras de serviço, dos mais diversificados ramos, estão trabalhando a educação em saúde para com seus funcionários.

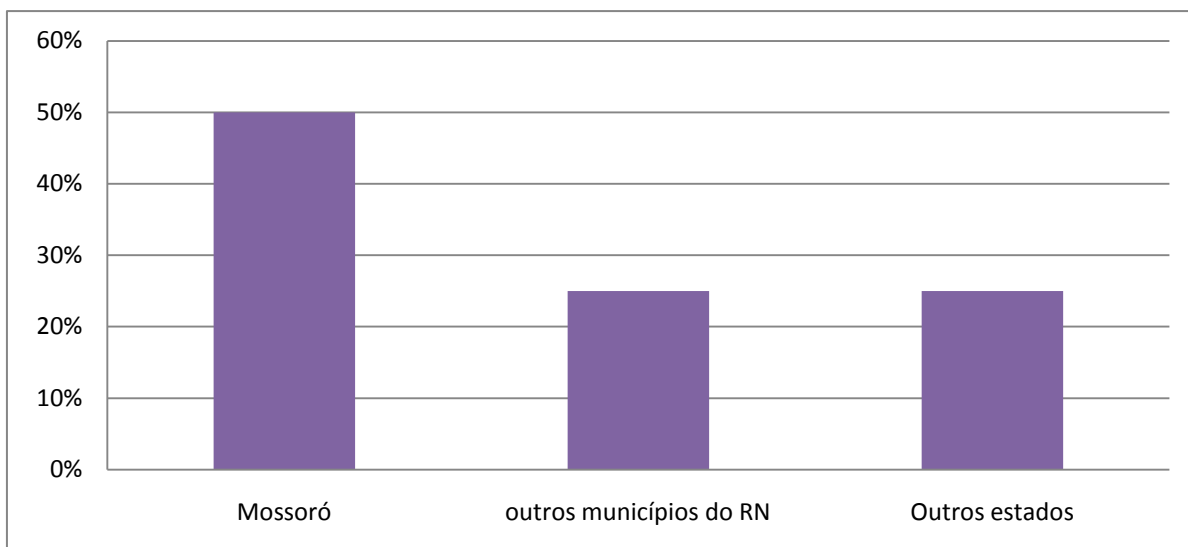


Gráfico 5: Caracterização da amostra quanto a procedência

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O gráfico 5 informa a procedência das mulheres que constituíram a amostra, em que 50% (2) são procedentes do município de Mossoró, 25% (1) de outros municípios do RN e 25% (1) de outros Estados.

O local que a mulher vive a envolve de um modo que lhe dá motivação para sua formar sua cultura, sua religião, enfim a sua filosofia de vida, e conseqüentemente o seu envolvimento para as medidas preventivas referentes ao câncer de mama, como por exemplo, simplesmente se tocar.

5.2 DADOS QUALITATIVOS – ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Idéia Central – I	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Vida normal</i>	<p>“(...) eu tinha vida normal, trabalhava colhendo algodão, não sentia nada (...)”.</p> <p>“(...) antes eu me sentia bem, trabalhava, ia pra festa, bebia (...)”.</p> <p>“(...) eu dava aulas os dois períodos, fazia minhas tarefas de casa, tinha uma vida normal (...)”.</p>

Quadro 1: Análise das respostas da amostra quanto a questão da vida das mulheres antes do diagnóstico da doença

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O quadro 1 evidencia como as mulheres levavam suas vidas antes do diagnóstico da doença, e revela que as mulheres levavam uma vida normal, faziam suas atividades normalmente no dia-a-dia.

O câncer é tido como uma doença silenciosa, na qual a mulher tem a doença e não apresenta manifestações físicas que possam direcionar a mulher a pensar que esteja doente, que é exatamente nesse momento que ele precisa ser diagnosticado, pois de acordo com literaturas essa é fase inicial, que é propícia e favorece um prognóstico positivo para o tratamento instituído.

O fato de se ter vida normal, em que se é possível realizar suas tarefas do dia-a-dia, traz a visão utilitarista do corpo, onde o mesmo é percebido como um instrumento para a maternidade, trabalho e manutenção da subsistência, sendo o adoecer sinônimo de fraqueza, de incapacidade de auto-sustentação (BARRETO et al., 2008).

Idéia Central – I	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Palpação</i>	“(...) fui tomar banho e passando a mão descobri um caroço (...)”.
Idéia Central – II	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Resultado de exames</i>	“(...) o médico me pediu uma série de exames, a primeira mamografia não deu nada, mas o médico pediu, na segunda deu esse tumor (...)”.

Quadro 2: Análise das respostas da amostra quando ocorreu o diagnóstico da doença

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O quadro 2 mostra quando ocorreu o diagnóstico da doença e revelou que esse momento deu-se por meio do toque na mama de modo informal, sem ser com a finalidade de auto-examinar a mama, e por meio de exames complementares que vieram confirmar a doença.

Quando o ser humano se depara com um acontecimento inesperado, muitas vezes sente-se despreparado para lidar com ele, e quando este acontecimento é a notícia de uma doença maligna, com o estigma do câncer, isto se torna mais temeroso e ameaçador. Diante de uma diagnóstico de câncer os sentimentos e as emoções que podem surgir são diversos, desde revolta e raiva até aceitação e culpa (OLIVEIRA; MONTEIRO, 2004).

Quando a mulher realiza um auto-exame e detecta algum nódulo ou alguma alteração o sentimento de medo torna-se presente. Ela toma consciência de dois aspectos simultâneos: pode não ser nada grave ou significar um câncer. Normalmente, ela pensa no pior. (CORBELINI, 2001 apud REGIS; SIMÕES, 2005).

A forma de encarar o diagnóstico pode ser fundamental para situar a paciente num lado ou noutro da curva estatística dos óbitos (OLIVEIRA; MONTEIRO, 2004).

Sabe-se que ainda não é possível tornar realidade a prevenção primária para o câncer de mama, ou seja, impedir que a doença se manifeste. Falar em prevenção do câncer significa falar na detecção precoce, através do auto-exame das mamas (REGIS; SIMÕES, 2005).

É interessante saber que não é só vida da pessoa que muda ao receber o diagnóstico de câncer, mas essa descoberta tem impacto em toda a rede de relações de que faz parte, principalmente na família (OLIVEIRA; MONTEIRO, 2004).

Idéia Central – I	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Enfrentamento positivo</i>	<p>“(…) a minha fé era maior do que a doença e que eu queria me curar para honra e glória do senhor (…)”.</p> <p>“(…) eu fiquei muito surpresa, mas mesmo assim Deus me deu força (…)”.</p>
Idéia Central – II	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Negação da doença</i>	<p>“(…) não minha filha, eu não to com essa doença, não, Deus me livre! (…)”.</p>

Quadro 3: Análise das respostas da amostra quanto a reação das mesmas ao saber do diagnóstico da doença

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O quadro 3 revela a reação das mulheres acerca da reação ao receber o diagnóstico da doença, e enfrentamento positivo e comportamento contrário a este como negação da doença, foi evidenciado na fala das pesquisadas.

O momento em que uma pessoa recebe um diagnóstico geralmente é decisivo em sua vida, porque a partir de então, tem a possibilidade de reformular aspectos importantes de sua vida (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

Percebemos que desde o diagnóstico estas mulheres precisam ser tratada de forma honesta e humanizada, para que possamos mostrar as vantagens da cirurgia e/ou tratamento e a importância da adesão às terapias, deste modo essas mulheres possam enfrentar positivamente a doença. Para isto, é necessário prestar informações com linguagem acessível ao seu entendimento, clareza nas exposições. Outro fator importante é a inserção da mulher

no processo decisório que a envolve e no tipo de procedimento que será adotado; tal inclusão deve ser adotada pela enfermagem a fim de proporcionar excelência na assistência (BARRETO et al., 2008).

O câncer de mama envolve basicamente a passagem por três etapas que se sobrepõem: o recebimento do diagnóstico de estar com câncer (sentido como algo de natureza negativa), a realização de um tratamento longo e agressivo, e a aceitação de um corpo marcado por uma nova imagem com a necessidade de aceitação e convivência com a mesma (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

O ser humano não está acostumado a tomar contato com sua finitude, é o que explica os autores acima, e uma das formas de lidar com esta é o fato de usar a fuga. Inicialmente negam a doença e desenvolvem a crença de que a cirurgia será o fator principal de resolução das questões de conflito. No entanto, cada pessoa necessita de um tempo particular e subjetivo para lidar com as conseqüências desse diagnóstico e estabelecer formas de lidar com isso

É comum a associação do câncer com doença fatal, vergonhosa e comumente considerada sinônimo de morte, o que contribui para que as pessoas mantenham sentimentos exclusivamente pessimistas, e não aceitando a possibilidade da não superação, negam estarem com a doença (BARRETO et al., 2008).

A negação pode ser manifestada como uma forma de “defesa aparente”, empregada por muito de nós, quando nos deparamos em situações de dificuldade. Na mulher com câncer de mama não poderia ser diferente, este sentimento surge com intensidade, visto que, ela se encontra vulnerável (REGIS; SIMÕES, 2005).

Idéia Central – I	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Apoio da família</i>	<p>“(…) eu tive muito apoio, e todos ficaram do meu lado (…)”.</p> <p>“(…) tive apoio, meu pai se preocupava muito comigo (…)”.</p> <p>“(…) todo mundo me apóia, todo mundo gosta de mim (…)”.</p>

Idéia Central – II	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Não tive apoio de todos</i>	“(...) um bocado me apoiou, outros não eles me viam forte e achavam que eu não estava com a doença (...)”.

Quadro 4: Análise das respostas da amostra quanto ao apoio do recebido da família

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O quadro 4 evidencia a questão do apoio fornecido pela família à mulher prestes a extirpar uma parte de seu corpo, e este apoio esteve presente por parte da família de algumas entrevistadas e em outras infelizmente não ocorreu.

E pelo exposto é preciso estar fragilizada, com uma aparência doentia e sem esperança de recuperação para que a família forneça o apoio que é tão importante e desejado para a mulher no momento do pré-operatório de mastectomia.

O apoio é um tanto quanto benéfico na redução do sofrimento psicológico (redução dos níveis de ansiedade e de depressão), além de atuar como prevenção dos vários tipos de desajustamento que ocorrem na evolução das doenças oncológicas (OLIVEIRA; MONTEIRO, 2004).

A família representa um ponto de apoio fundamental para o crescimento interior da pessoa, sendo uma força positiva para as tomadas de decisões e, conseqüentemente, transformações de conceitos e comportamentos (MELO; SILVA; FERNANDES, 2005).

É importante para a mulher sentir que tem uma rede de apoio social, que não a permite desistir, e que torna mais fácil o enfrentamento da doença. Normalmente a família deve ocupar esse lugar (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

A família, enquanto parte do sistema de apoio mais próximo à mulher, constitui um fator primordial na sua recuperação, seja evitando fatores desnecessários de estresse ou ajudando-a a lidar com eles, para que possa fazer as suas mudanças necessária (MELO; SILVA; FERNANDES, 2005)..

O apoio da rede familiar, social, e a crença em Deus representam uma importância fundamental para uma melhor recuperação e adaptação (OLIVEIRA; MONTEIRO, 2004).

O câncer traz mudanças efetivas na vida da pessoa, porque o diagnóstico altera a condição anteriormente estabelecida de atividade para colocá-la num lugar de passividade em relação à vida. Por esses e outros motivos, é muito importante que um tempo seja fornecido ao paciente e à família para que possam lidar com o diagnóstico, e esta última (a família) possa realmente fornecer o apoio que a paciente tanto precisa (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

Todas essas pessoas têm uma importância fundamental na vida destas mulheres, porque muitos sentimentos que estão relacionados ao câncer de mama dependem da forma como serão vistas, recebidas e apoiadas pela família, amigos e profissionais da saúde (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

Idéia Central – I	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Desconhecimento sobre mastectomia</i>	<p>“(…) não, não sei o que isso (…)”.</p> <p>“(…) sei que é a operação, né? quando tira a mama (…)”.</p>

Quadro 5: Análise das respostas da amostra quanto ao conhecimento que possuem sobre mastectomia

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O quadro 5 expõe o conhecimento que as mulheres pesquisadas no período do pré-operatório de mastectomia, e de acordo com as informações coletadas, as mulheres desconhecem todo o processo que envolve o referido procedimento cirúrgico.

E isso é realmente questionável, uma vez que se tem a presença da enfermagem na equipe que assiste essas mulheres, pois o diálogo e o esclarecimento são recursos que fazem parte das condutas de enfermagem, com finalidade de esclarecer, tranquilizar e garantir o direito inerente ao paciente, que é o conhecimento sobre o que será feito em seu corpo.

A tomada de decisão sobre o tratamento para o câncer de mama deve envolver a cliente, que deve ser bem orientada sobre os vários exames a que será submetida e os tratamentos disponíveis, e a enfermagem oferece orientações pré e pós-operatórias gerais e específicas à cirurgia de mama (BARRETO et al., 2008).

Complementa ainda os mesmos autores que se o entendimento da mulher sobre o câncer, bem como os métodos de tratamento e suas particularidades, não forem explicados e discutidos com a paciente, reações e/ou sentimentos negativos podem perpetuá-la, cujo comprometimento da auto-imagem pode trazer traumas de ordem física, emocional e social que podem influenciar negativamente na evolução do tratamento e comprometer a dinâmica familiar.

Idéia Central – I	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Preocupação</i>	<p>“(…) fiquei um pouquinho preocupada, mas não tenho medo não (…)”.</p> <p>“(…) fiquei um pouco assustada, fiquei não eu to assustada e preocupada (…)”.</p>
Idéia Central – II	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Fé</i>	<p>“(…) ah! Eu descobri uma força grande e achava que se eu tirasse o tumor, eu estaria curada, e é o que vai acontecer! Eu estou curada em nome de Deus (…)”.</p>

Quadro 6: Análise das respostas da mostra acerca do tipo de sentimento experimentando ao saber que precisaria se submeter a mastectomia

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O quadro 6 demonstra os sentimentos experimentados pelas mulheres que compuseram a amostra, e foram apreendidos a preocupação e a fé.

Todos os sentimentos sentidos pelas mulheres devem ser respeitados e vistos como um perfil a ser trabalhado especificamente, com finalidade de um transcorrer tranqüilo no momento da cirurgia.

O impacto da mastectomia afeta não apenas a mulher, mas estende-se ao seu âmbito familiar, contexto social e grupo de amigos. Este impacto potencializa-se com a indicação dos

tratamentos associados à cirurgia, principalmente à radioterapia e à quimioterapia (MELO; SILVA; FERNANDES, 2005).

Verifica-se que o câncer foi um episódio marcante na vida das mulheres, alterando os hábitos cotidianos com a restrição de muitas atividades desempenhadas anteriormente, mudanças na vida sexual e nas relações com seus companheiros, a preocupação permanente com os auto-cuidados e com o recidiva da doença, a aceitação do corpo após a retirada da mama (SOUZA, 2007).

A singularidade e cada corpo leva a que nem todas as pessoas respondam da mesma maneira aos tratamentos. Aspectos como ter um forte suporte familiar, assim como pensamentos positivos baseados numa profunda fé espiritual tem um forte impacto na luta pelo transcender positivo sem intercorrências (SILVA; LOUREIRO; SOUSA, 2004).

Conhecer a percepção que as pacientes possuem quanto a sua doença, suas crenças quanto aos fatores etiológicos e o modo como vivenciam o processo da doença constituem elementos importantes para uma assistência de enfermagem embasada culturalmente (FUGIDA; GUALDA, 2006).

Idéia Central – I	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Positividade</i>	“(...) bom, eu estou no estado positivo, essa é a hora da decisão, e que seja feita a vontade de Deus para com minha vida (...)”.
Idéia Central – II	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Ansiedade</i>	“(...) estou um pouco assustada, ansiosa (...)”. “(...) muita pouca ciosa, um pouco pensativa, eu não to chorando, to só um pouco calada, ansiosa (...)”. “(...) elas me ajeitaram, conversaram comigo, me deixaram bem a vontade, já chorei um

	pouco, não to com medo não, mais to nervosa, ansiosa, é ansiosa (...)”.
--	---

Quadro 7: Análise das respostas da amostra sobre os sentimentos experimentados em momentos do pré-operatório de mastectomia, minutos antes da mulher entrar para a realização da cirurgia

Fonte: Pesquisa de campo (2010)

O quadro 7 mostra os sentimentos experimentados pelas mulheres que estavam prestes a realizarem a mastectomia, no pré-operatório, e o que estas relataram foram positividade por parte de algumas, e por outras a ansiedade não muito acentuada, por meio da própria fala e de expressões faciais.

O período pré-operatório é realmente uma etapa do tratamento que gera estresse e ansiedade, por si só, devido às dúvidas inerentes ao ato anestésico-cirúrgico, principalmente em pessoas que nunca foram submetidas à cirurgia e que não foram esclarecidas previamente sobre o que será verdadeiramente realizado (BARRETO et al., 2008).

A enfermagem tem papel fundamental por meio da visita pré-operatória, conforme explica Barreto et al. (2008), na qual realiza coleta de dados identificando doenças preexistentes, tratamentos prévios, hábitos alimentares e hábitos de vida, além de perceber por meio dessas informações o que a mulher está sentindo, quais os sentimentos manifestados pela mulher. A finalidade desses cuidados é detectar algum problema e corrigi-lo antes da cirurgia, esta assistência holística é importante para que o procedimento cirúrgico possa ser realizado com garantia.

O tratamento do câncer feminino precisa ser encarado de forma positiva. É preciso que as representações envolvidas no câncer sejam reformuladas, de forma que ao se defrontar com a doença, a mulher consiga compreender que existem tratamentos eficazes para isto, e que pode ter a sua qualidade de vida de forma satisfatória (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizo este estudo, com uma sensação de que ainda há algo a se fazer pelas mulheres que são submetidas ao tratamento de câncer e principalmente que terão uma parte de seu corpo retirada em prol deste tratamento, e ainda estendo esta mesma sensação para todos os pacientes acometidos pelas mais diversificadas formas e locais de manifestação da referida doença.

A enfermagem pode contribuir para uma melhor atenção em grande escala, para um melhor acolhimento dessas mulheres, e um dos métodos utilizados pode ser o diálogo, o esclarecimento, a conversa, enfim educar a própria paciente bem como a sua família acerca de todo o processo do câncer que envolve a paciente, com uma linguagem clara e objetiva, que permita a compreensão das características pertinentes à doença, que compromete seu processo de saúde.

A educação é essencial para o autoconhecimento das mulheres, isso comporta a priorização das necessidades e sentimentos das pacientes, que seguramente vai possibilitar que no momento de pré-operatório de mastectomia, a mulher saiba o que de fato lhe acontecer, possibilitando sentimentos positivos, que certamente poderá influenciar no transcorrer sem intercorrências do procedimento cirúrgico, bem como de toda a evolução terapêutica do câncer.

Espero que as informações aqui adquiridas, sobre os sentimentos que envolvem a mulher possam ser compreendidas e sabiamente utilizadas pelos profissionais que delas tiverem acesso, assim como, que possa ser um método de auto-ajuda para as mulheres que estejam passando ou não pelo processo de doença do câncer de mama para que possam compreender a doença em si. E esta ser um meio de esclarecimento, que tanto falta nos serviços de saúde, e que possa contribuir para o surgimento de sentimentos que venha a facilitar as terapêuticas instituídas.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, FAUZER SIMÃO. **Tratado de Oncologia Genital e Mamária**. São Paulo: Roca, 1995.

ARANTES, S. L.; MAMEDE, M. V. A participação das Mulheres com Câncer de Mama na Escolha do Tratamento: um direito a ser conquistado. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 11, n. 1, 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000100008&script=sci_arttext > Acesso em: 10 Mai. 2010.

BARACAT, F.; et al. **Cancerologia atual: um enfoque multidisciplinar**. São Paulo: Rocca, 2000.

BARRETO, R. A. S. et al. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008; 10 (1): 110-123. Disponível em: < <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile/7686/5460> > Acesso em 11 Mai. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: ma proposta de integração ensino-serviço**. 3. Ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/enfermagem/index.asp> > Acesso em: 10 Mai. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Clipping**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/clipping1811.pdf> > Acesso em: 09 Mai. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Controle do Câncer de Mama: documento de consenso**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf> > Acesso em: 10 Mai. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: < <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf> > Acesso em: 11 Mai. 2010.

COSTA, S. F. G. da et al. **Metodologia da Pesquisa: coletânea de termos**. João Pessoa: Idéia, 2000.

DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar**. 3. Ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. São Caetano do Sul/ São Paulo: Difusão Editora, 2004.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética e Saúde**. São Paulo: E.P.U., 1998.

FUGITA, Rosi Meire Imanichi; GUALDA, Dulce Maria Rosa. A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. **Ver. Esc. Enferm. USP**, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOSS, C. M. **Anatomia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

INCA. Ministério da Saúde. **Estimativas 2010**: incidência de câncer no Brasil. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=RN> > Acesso em: 27 Mai. 2010.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito Coletivo**: um enfoque em pesquisa qualitativa, 2. Ed. Caxias do Sul: 2005.

LORENCETTI, A.; SIMONETTI, J. P. As Estratégias de Enfrentamento de Pacientes Durante o Tratamento de Radioterapia. **Rev Latino-am Enfermagem**: 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a05.pdf> > Acesso em: 10 Mai. 2010.

MALUF, M. F. M.; MORI, L. J.; BARROS, A. C. S. D. **O Impacto Psicológico do Câncer de Mama**. Revista Brasileira de Cancerologia, vol.2, n 51, 2005. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v02/pdf/revisao1.pdf > Acesso em: 10 Mai. 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6. Ed. São Paulo: Atlas S.A., 2006.

MARQUES, K. G. Benefícios da Atividade Física e sua Influência com Relação ao Autoconceito em Mulheres Mastectomizadas. **Movimento & Percepção**, São Paulo, v. 11, n. 16, 2010. Disponível em: < <http://www.unipinhal.edu.br/movimentopercepcao/viewarticle.php?id=357> > Acesso em: 10 Mai. 2010.

MELO, E. M.; SILVA, R. M.; FERNANDES, A. F. C. O Relacionamento Familiar após a Mastectomia: um enfoque de interdependência de Roy. **Revista Brasileira de Cancerologia**.

2005. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/artigo4.pdf > Acesso em: 13 Mai. 2010.

OLIVEIRA, Marcia Melo de; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. Mulheres Mastectomizadas: ressignificação da existência. **Texto e Contexto Enfermagem**. Julho- Setembro, ano/vol. 13, número 003. PP 401 – 408. Santa Catarina, 2004.

OTTO, S. E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RAMOS, B. F.; LUSTOSA, M. A. Câncer de mama feminino e psicologia. **Rev. SBPH**, vol.12, no.1, 2009. Disponível em: < <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a07.pdf> > Acesso em: 10 Mai. 10.

REGIS, M. F. S.; SIMÕES, S. M. F. Diagnóstico de Câncer de Mama: sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, vol. 7, n. 1, 2005. Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/pdf/ORIGINAL_08.pdf > Acesso em: 10 Mai. 10.

ROSENTHAL, S.; CARIGNAN, J. R.; SMITH, B. D. **Oncologia Prática: cuidados com o paciente**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicol. Estud.** Vol.13, no.2 Maringá: 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2.pdf> > Acesso em: 11 Mai. 2010.

SILVA, Sandra; LOUREIRO, Joana; SOUSA, Gisela. In: Trabalho de Licenciatura. Psicoterapia de Grupos com Mulheres mastectomizadas. **Psicologia.com.pt**, 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10. Ed. Vol. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOARES, R. G. **Aspectos Emocionais do Câncer de Mama**. 2007. Disponível em < <http://renatapsi.awardspace.com/?p=22> > Acesso em: 11 Mai. 2010.

SOUSA, Aline Lopes de. In dissertação de Pós-Graduação: *Corpos Marcados e Fé Na Vida: mastectomia e políticas públicas de saúde da mulher*. **Universidade Federal Do Espírito Santo**, 2007.

VEIROS, I.; NUNES, R.; MARTINS, F. Complicações da Mastectomia: linfedema do membro superior. **Acta Med Port.** 2007. Disponível em: <
<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/4/335-340.pdf> > Acesso em: 11 Mai. 2010.

VIERA, Carolina Pasquote; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Rev. Esc. Enferm., USP**, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada Sentimentos das mulheres no pré-operatório de mastectomia. Está sendo desenvolvida por Ana Cristina de Sousa Medeiros, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação da professora Ms. Patrícia Josefa Fernandes Beserra. A mesma apresenta os seguintes objetivos: Caracterizar a situação sociodemográfica das mulheres entrevistadas; Averiguar o conhecimento das mulheres entrevistadas sobre o procedimento da mastectomia; Verificar na opinião das mulheres entrevistadas o papel do enfermeiro no suporte emocional; Analisar os sentimentos das mulheres entrevistadas no pré-operatório de mastectomia.

Este estudo justifica-se pela necessidade de conhecer os sentimentos das mulheres no pré-operatório de mastectomia no Centro de Oncologia de Mossoró. Uma vez que, quaisquer achados anormais (físicos ou psicológicos) devem ser abordados pela enfermagem com o intuito de melhorar o estado geral da mulher submetida ao diagnóstico de câncer onde o tratamento de escolha é a mastectomia.

Solicitamos sua contribuição. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informemos que o referido estudo não apresenta riscos aparentes aos participantes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um roteiro de entrevista, onde a mesma será gravada e a senhora responderá a algumas perguntas sobre dados pessoais e relacionadas às características específicas do tema, os mesmos farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome da senhora será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a responder ou fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhora na realização dessa pesquisa.

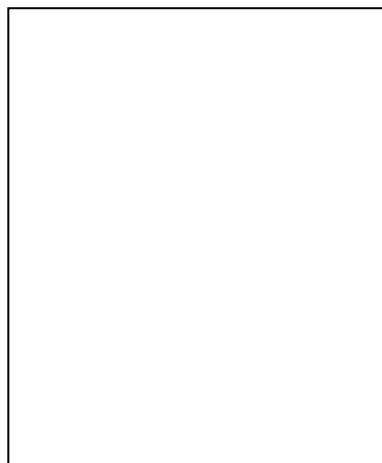
Eu, _____, RG: _____, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Mossoró, ____/____/ 2010.

Prof^a Ms. Patrícia Josefa Fernandes Beserra
Pesquisadora Responsável

Ana Cristina de Sousa medeiros
Pesquisadora Participante

Participante da Pesquisa/Testemunha



-Pesquisadora Responsável: Prof. Ms. Patrícia Josefa Fernandes Beserra.

Endereço: Av. Presidente Dutra, nº 710, Alto de São Manoel. Mossoró/RN. Fone/Fax: (84) 3312-0143.

E-mail: patriciafernandes@facenemossoro.com.br

-Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança: Av. Frei Galvão, 12 – Bairro: Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil. CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777.

E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MULHERES ENTREVISTADAS

1.1 Idade () menos de 19 () de 20 a 29 () de 30 à 39 () de 40 à 49 () mais de 50

1.2 Estado civil () Solteira () Casada () Divorciada () Viúva () Outros

1.3 Escolaridade () Analfabeta () Ensino Fundamental () Ensino médio () Ensino superior

1.4 Ocupação: _____

1.5 Procedência

() Município de Mossoró

() Outros municípios do Estado do Rio Grande do Norte

() Outros Estados

2 QUESTÕES CONCERNENTES À TEMÁTICA, MASTECTOMIA

2.1 Como era sua vida antes do diagnóstico da doença?

2.2 Quando ocorreu o diagnóstico da doença?

2.3 Como foi sua reação ao saber do diagnóstico da doença?

2.4 A família apoiou frente ao problema?

2.5 Você sabe o que é mastectomia?

2.6 Que tipo de sentimentos você experimentou ao saber que precisaria se submeter a mastectomia?

2.7 Que sentimentos você experimenta agora que está no pré-operatório da mastectomia?

ANEXO