

O PAPEL DA ENFERMAGEM COMO CUIDADORA NAS QUESTÕES DAS FRAGILIDADES DA MULHER PÓS-MASTECTOMIA

THE ROLE OF NURSING AS CARETAKER IN THE QUESTIONS OF THE POST-MASTECTOMY WOMAN'S FRAGILITIES

Bárbara Lazzari Bertolo

Enfermeira graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul- UNISC
E-mail: barbara.lazzari@uol.com.br

Liane Terezinha Schuh Pauli

Doutora em Saúde Pública pela USP. Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisa em Direito Sanitário- CEPEDISA/USP.
Professora adjunta da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC. Delegada Regional de Saúde- SES/RS
E-mail: pauli@usp.br

RESUMO

Este estudo objetiva socializar as questões relativas à pesquisa de como as mulheres portadoras de câncer de mama pós-mastectomia percebem a sua própria imagem corporal, avaliando as repercussões trazidas às suas vidas e verificando, assim, a importância do enfermeiro, como cuidador, de acompanhá-las e orientá-las para que consigam superar a perda da mama e preservar a sua qualidade de vida. A pesquisa teve um caráter exploratório e descritivo, com análise qualitativa dos dados. Foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas, com 100% das mulheres mastectomizadas participantes da Liga Feminina de Combate ao Câncer de um pequeno município da área central do RS. Foi aplicado questionário e método de análise temática para exame dos relatos, sendo utilizadas seis categorias: reação ao diagnóstico, tratamento adjuvante e cirúrgico, auto-imagem corporal após a mastectomia, sexualidade e mastectomia, apoio psicológico e reconstrução da mama. Os resultados demonstram que, para as mulheres, a ausência do seio provocou sintomas de estranheza; entretanto, mesmo sendo uma situação difícil e delicada, tiveram uma boa aceitabilidade, pois a vida era considerada mais importante do que a perda do órgão propriamente dito. Segundo os sujeitos da pesquisa, a mastectomia não interferiu em seu cotidiano e era lembrada e sentida somente no momento em que se vestiam. Além disso, não consideraram a reconstrução mamária necessária, pois a perda do seio não interferiu significativamente na visualização de seu corpo. Desta forma, esta pesquisa demonstra o quanto os profissionais de saúde devem intervir de forma qualitativa, realizando atividades de prevenção e reabilitação da saúde da mulher.

PALAVRAS-CHAVE

Mastectomia. Auto-imagem . Mulheres. Enfermagem.

ABSTRACT

This study aims at socializing the questions relating to the research about how women with mammal cancer post-mastectomy perceive their own figure, evaluating the repercussions in their lives because of that disease; and thus verifying the importance of a nurse, as caretaker, accompanying them and guiding them so that they manage to overcome the loss of the breast and to preserve their quality of life. The research was characterized as exploratory and descriptive, with qualitative analysis of the data. Semi-structured interviews were applied, with 100% of the mastectomized women from the Feminine League for Fight Against Cancer from a small town in the central area of RS. A questionnaire was applied and the method of Thematic Analysis was applied to the examination of reports, and 6 categories were used: reaction to the diagnosis, adjuvant and surgical treatment, corporal perception after the mastectomy, sexuality and mastectomy, psychological support and breast implant. The results demonstrate that the absence of the breast provoked strangeness symptoms; although, despite of being a difficult and delicate situation, the women had a good acceptability, because life was considered more important than the loss of that breast. According to the subjects of the research, the mastectomy did not interfere in their daily life and it was reminded and felt only when they would get dressed. Besides, they didn't think it was necessary to implant a new breast, because the loss of the breast didn't interfere significantly in the visualization of their body. Hence, this research demonstrates how the health professionals should intervene in a qualitative way, accomplishing prevention and rehabilitation activities of the woman's health.

KEYWORDS

Mastectomy. Self Concept .Women. Nursing.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama, devido à sua alta incidência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicossociais, é considerado o mais temido entre as mulheres. Em nível mundial, o câncer de mama, dentre as neoplasias malignas, apresenta-se como o segundo tipo de câncer mais frequente e o primeiro entre as mulheres. Nos países ocidentais, o carcinoma mamário destaca-se como uma das principais causas de morte em mulheres, e as estatísticas indicam um aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos, e cerca de 46.000 mulheres norte-americanas morrem a cada ano de câncer mamário invasivo. Embora as mulheres negras apresentem uma incidência mais baixa de desenvolver câncer de mama do que as brancas nos EUA, suas taxas vêm apresentando um aumento acelerado segundo o Instituto Nacional do Câncer - INCA, 2006 (OTTO, 2002).

No Brasil, o câncer de mama representa uma das primeiras causas de óbitos por câncer na população feminina, principalmente na faixa etária entre 40 e 69 anos. Nas regiões Sudeste e Sul do país, o câncer de mama é o responsável pelo maior índice de mortalidade entre as mulheres, com um risco estimado de 71 e 69 casos novos por 100 mil, respectivamente. Já nas regiões Centro-Oeste (38/100.000), Nordeste (27/100.000) e Norte (15/100.000), a incidência diminuiu de forma relevante (INCA, 2006).

Um dos fatores que pode contribuir para a gravidade destes indicadores se deve a políticas ineficazes de controle e rastreamento da doença, as quais estabelecem o diagnóstico do câncer de mama em uma fase mais avançada. 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 ex-

pectativa 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 (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

Como a maior parte dos casos é diagnosticada em fase tardia no Brasil, o tratamento mais usado pelos médicos é a mastectomia radical, ao passo que, nos Estados Unidos, este tipo de cirurgia é realizada em apenas 3% dos casos. Entretanto, a mastectomia é uma cirurgia mutiladora que se caracteriza pela remoção de todo o tumor visível e que pode levar a problemas físicos e psicológicos. A resposta à mutilação é individual e pode estar relacionada a fatores como idade, estado emocional e situação sócio-econômica. Este procedimento requer, além de cuidados próprios da cirurgia, apoio emocional, objetivando uma melhor compreensão, adaptação e aceitação da autoimagem (DUARTE; ANDRADE, 2003; BERVIAN; PERLINI, 2006).

METODOLOGIA

A população deste estudo constitui-se de 5 mulheres pós-mastectomia, residentes em cidade de pequeno porte do interior do Estado do Rio Grande do Sul, independente do grau de escolaridade, raça, religião e estado civil. Para o procedimento de seleção destas pacientes, as pesquisadoras entraram em contato com a Secretária Municipal da Saúde (SMS) e com a Liga Feminina de Combate ao Câncer para informarem-se do número total de cadastros de mulheres mastectomizadas. Dos nove cadastros da Secretaria da Saúde, apenas uma das pacientes não se encontrava cadastrada na Liga Feminina de Combate ao Câncer. Sendo assim, estipulou-se como critério de seleção serem pacientes pós-mastectomia frequentadoras da Liga Feminina de Combate ao Câncer e terem o cadastro na SMS.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e autorizado da Liga Feminina de Combate ao Câncer. A pesquisa teve caráter exploratório e descritivo, com análise qualitativa dos dados, que foram coletados durante o mês de julho de 2007, no turno da tarde, através de entrevistas individuais baseadas em um questionário semi-estruturado contendo dezoito questões abertas e fechadas. As entrevistas foram gravadas (com prévia autorização) e depois transcritas e digitalizadas.

Antes de iniciar a entrevista, as participantes foram informadas sobre os objetivos e justificativas do trabalho, assim como do sigilo de sua identidade pessoal e total liberdade de desistência, sendo convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, o qual baseia-se na resolução de nº 196 de 10 de outubro de 1996.

As mulheres manifestaram receptividade, colaboração e satisfação por terem sido entrevistadas, não ocorrendo recusa ou desistência por parte destas durante a realização da pesquisa. Com o objetivo de manter o anonimato das participantes, optamos por denominá-las com nomes de Deusas Gregas, pois se acredita que as mulheres refletem sua beleza, características, qualidades e até mesmo suas dificuldades com o glamour da Grécia Antiga. Após a coleta de dados, as entrevistas foram analisadas através do método de análise temática, que segundo Minayo (1999), consiste no descobrimento de núcleos de sentido que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência significam alguma coisa para o objetivo analítico visado.

RESULTADOS

Os depoimentos foram analisados através do método de análise temática, sendo organi-

zados em seis unidades, relacionado-as com o referencial teórico pesquisado. A justificativa pela escolha das temáticas se dá pelo fato de serem considerados pela pesquisadora os assuntos mais relevantes e também os mais relatados pelas entrevistadas. Os nomes identificados nos resultados são fictícios.

Reação ao Diagnóstico

Segundo as informações coletadas nesta pesquisa sobre a reação das pacientes frente à descoberta do diagnóstico do câncer de mama, podemos observar que isto desencadeou vários conflitos emocionais em suas vidas, sendo que dentre os sentimentos mais experimentados e relatados estão os pensamentos recorrentes sobre a morte, estado de choque, medo de morrer e deixar os filhos ainda crianças ou adolescentes, isolamento e depressão. Nas falas abaixo, podemos observar alguns dos sentimentos já citados acima:

Foi horrível, o nome já assusta, fiquei numa finurinha. Entrei em estado de choque, fiquei isolada, só pensava em morrer (Atena).

Câncer mata, será que eu vou morrer e vou deixar minhas filhas? Daí me veio aquele desespero. Chorei duas vezes só, depois depressão é quase que direto até hoje (Hera).

O profissional enfermeiro que cuida da mulher que acabou de receber o diagnóstico precisa conhecer as várias opções de tratamento para discuti-las com a paciente e estar ciente da informação repassada pelo médico a sua cliente (GONZALEZ, 1994; SMELTZER; BARE, 2005). Em função disso, a enfermeira exerce um papel de grande relevância na vida destas mulheres, pois é esta que identifica as preocupações, ansiedades e medos das pacientes, orientando-as e apoiando-as psicologicamente. Uma conduta cuidadosa e calma,

estabelecendo um diálogo entre paciente e enfermeira, pode controlar a ansiedade da mulher frente ao diagnóstico e durante o tratamento (DUARTE; ANDRADE, 2003).

No depoimento de Hera, observamos que esta pensava que o câncer de mama era uma doença que poderia ocorrer somente com outros, menos com ela:

"Eu achava assim que poderia acontecer com qualquer um, menos comigo" (Hera).

De acordo com Maluf, Mori e Barros (2005), a partir do momento em que a mulher descobre que tem um nódulo na mama, dá-se início a um processo de dúvidas e incertezas que podem ou não ser "amenizadas" através de exames físico e radiológicos. Porém, depois quando o diagnóstico do câncer de mama é confirmado, a paciente choca-se com a notícia, não acredita ter câncer; afinal, "estas coisas só acontecem com os outros e como foi acontecer comigo?"

Tratamento Adjuvante e Cirúrgico

Conforme o relato de quatro entrevistadas, elas foram informadas previamente por profissionais da saúde (enfermeira, oncologista e médico) sobre os tratamentos aos quais seriam submetidas, assim como possíveis complicações e cuidados a serem tomados. A quimioterapia foi evidenciada como a causadora de maior sofrimento, despersonalização e estigmatização, sendo ressaltados como os principais efeitos colaterais inapetência, fadiga, náuseas, vômito, emagrecimento, alopecia e depressão, desencadeando nas mulheres pensamentos que levassem até mesmo a desistência da terapêutica. Contudo, a radioterapia foi "normal", não provocando alterações significativas, e o tratamento cirúrgico este foi "en-carado" com maior aceitabilidade, pois a cura era o principal objetivo almejado:

Fiz a primeira quimio, me apavorei, e na segunda queria desistir, mas a minha família me deu apoio e não deixou eu desistir. No primeiro e no segundo dia depois da quimio, não dava nada, depois do quarto e quinto dia passava mal tinha ânsia de vômito e não comia. Emagreci bastante. Tive depressão porque perdi meu cabelo. Aceitei logo a cirurgia, a vida era mais importante que a mama. Reagi normal. Aceitei para que o problema não voltasse, pois se não tirasse tudo, o problema podia voltar (Atena).

Segundo Maluf, Mori e Barros (2005); Silva, Loureiro e Sousa (2006), a quimioterapia, pré ou pós-operatória, provoca reações de luto pelas mudanças corpóreas e fisiológicas que desencadeia como alopecia, diminuição da feminilidade, mal estar geral (diminuição da imunidade), náuseas e vômitos importantes, menopausa precoce, fogachos, diminuição da lubrificação vaginal, entre outros, os quais levam, muitas vezes, à recusa das pacientes em prosseguirem os ciclos quimioterápicos. Portanto, melhorar a qualidade de suas vidas durante este tipo de tratamento representa um desafio tanto para elas como para os profissionais de saúde (ALMEIDA et al., 2001), e é neste sentido que as enfermeiras que trabalham com pacientes submetidas à quimioterapia desempenham um papel importante na assistência, pois devem estabelecer um vínculo de confiança que possibilite a discussão sobre seu estado de saúde e sobre os possíveis efeitos colaterais do tratamento e de como controlá-los, não esquecendo ainda do seu estado emocional (SMELTZER; BARE, 2005).

Auto-imagem corporal após a Mastectomia

Para a maioria das mulheres, a ausência do seio provocou sintomas de estranheza; entre-

tanto, mesmo sendo uma situação difícil e delicada, tiveram uma boa aceitabilidade, pois a vida era considerada mais importante do que a perda do órgão propriamente dito. Segundo as respostas de todas as pesquisadas, a mastectomia não interferiu em seu cotidiano e era lembrada e sentida somente no momento em que se vestiam. Hoje enfrentam este "problema" como um acontecimento normal do passado e que foi superado, sentindo-se, assim, vitoriosas pela conquista da saúde e da vida:

No começo me sentia um pouco estranha, mas depois me acostumei. Não tive depressão por causa disso, só quando perdi meu cabelo. Lembro que tive este problema só quando toco no assunto, para mim isso passou, eu esqueci. No primeiro mês, quando tomava banho e ia me vestir, colocar o sutiã, é que sentia a falta, se não, me sentia a mesma pessoa. Depois passou, hoje para mim tudo é normal (Atena).

Deméter relata preferir não se olhar muito, por não gostar e não encarar bem a situação: "Eu tento nem me olhar muito, eu não gosto de olhar. Não encaro assim com muita..." (Deméter).

Para que possa ser promovida a imagem corporal positiva da mulher, a enfermeira deve explorar cuidadosamente a área sensível durante os encontros, considerando a privacidade, respeitando e manejando indícios fornecidos pela paciente com sensibilidade. Perguntar à paciente o que ela percebe, reconhecer seus sentimentos e permitir que ela expresse suas emoções são ações importantes de enfermagem; explicar que seus sentimentos são uma resposta normal à cirurgia pode ser tranquilizador para a paciente (SMELTZER; BARE, 2005). A enfermeira também deve promover o enfrentamento da paciente informando-a sobre as opções de tratamento, como a re-

constituição da mama que pode ser realizada em um segundo momento após a mastectomia.

Sexualidade e Mastectomia

Quanto a esta questão, do número total de mulheres entrevistadas, duas afirmaram não se relacionar com nenhum companheiro, ao passo que as demais relataram que a mastectomia interferiu na retomada de sua vida sexual. No depoimento de Atena, podemos evidenciar a falta de desejo sexual por parte desta: "Nos primeiros tempos, interferiu sim. Não por ele, por mim. Eu não tinha vontade de ter relação, mas não tinha motivo" (Atena).

Conforme Rodrigues, Silva e Mamede (2002), após cirurgias mutiladoras como a mastectomia, as mulheres apresentam algumas limitações e dificuldades que podem afetar a percepção do próprio corpo, implicando em mudanças na imagem corporal que podem afetar a sexualidade da paciente submetida a estas cirurgias e desencadear sentimentos de inferioridade, medo de ser rejeitada, depressão e ansiedade. As mulheres evitam as relações sexuais numa tentativa de postergar a rejeição que, segundo elas, é iminente. Os reflexos da operação sobre a vida do casal dependem muito da situação emocional de ambos antes da intervenção cirúrgica e da qualidade do relacionamento sexual que caracteriza o envolvimento conjugal (WANDERLEY, 1994; SEGAL, 1994).

Já a fala de Deméter denota que a mastectomia não interferiu em seu desejo sexual, mas, durante a relação, não consegue ficar com a parte cirurgiada desnuda, pois isto a incomoda muito. Quanto ao marido, a entrevistada diz que ele não se importa com esta limitação:

Eu não consigo ainda ficar sem nada perto dele, sem a parte de cima. E ele também nun-

ca insistiu, porque ele sabe. Não consegui mais tirar essa parte de cima, isso não, mas o resto continua tudo igual. Não sei até quando vou fazer isso, não que ele se importa, eu que não quero. A parte de cima não tirei mais, por enquanto ainda não (Deméter).

Ayers (1997), assim como Duarte e Andrade (2003), afirmam que com a mudança do corpo é comum que a mulher se sinta mais sensível, menos feminina e muito mais receosa de não ser mais sexualmente atrativa, apresentando até mesmo uma relutância em se desnudar na presença do companheiro. Entretanto, a confiança em si e o seu potencial de sedução construído antes da doença não podem e nem devem ser colocados em um único local (mama), mas sim no corpo todo e, principalmente, dentro dele. O processo de (re)adequação da sexualidade a esse novo referencial de corpo ocorre lentamente. "Como profissionais de saúde temos que ter o cuidado de ajudar os casais a não perderem a sexualidade, sendo indispensável, para não se correr o risco de um sucesso terapêutico e um fracasso pessoal" (NORA; NORA 2001, p. 410).

Apoio Psicológico

Quanto ao apoio familiar, as falas mostram que a família representou toda a força, o ânimo e o apoio de que necessitavam para prosseguir o tratamento e não desistir, tornando-se, assim, um contribuinte na recuperação psicológica da mulher. Isto é o que podemos observar nos depoimentos de Atena e Afrodite:

Foi tudo, porque se não fosse eles teria afundado no poço. Eles me deram ânimo para não desistir. Deram todo o apoio mesmo para mim ir em frente e não desistir (Atena).

Como diz o trecho abaixo, para Hera, os amigos foram considerados fonte de apoio, ajudando no enfrentamento do problema através do suporte emocional, já que a família encontrou-se ausente em todo o período de seu tratamento:

Eu sentia desespero, depressão, pelo não apoio da família, não pela perda do seio. Ah eu acho que eles representaram uma boa amizade, às vezes eu estava desesperada e a gente começava a conversar (Hera).

Hera e Deméter enfatizam o apoio de profissionais da área da saúde, principalmente enfermeiros, médicos e psicólogos, tanto no pré quanto no pós-operatório:

Ah, isso eles eram muito queridos, Deus o livre, todo mundo (Hera).

Nossa foi ótimo. Eles me atenderam muito bem, as enfermeiras toda hora no quarto, eu não fiquei sozinha. Porque eu fui para lá sozinha. Só no dia da cirurgia que o meu pai e o meu irmão foram para lá (Deméter).

Ao que se refere ao apoio de grupos, a maioria das mulheres relataram que descobriram que a Liga Feminina de Combate ao Câncer realizava atendimento através da indicação de amigas, familiares e até mesmo agentes comunitárias de saúde do município. Afirmaram, ainda, que participam nos encontros duas vezes ao mês, e duas das entrevistadas ressaltam participar ainda de outros grupos como centro espírita e grupo da terceira idade. Além disso, as entrevistadas falam sobre os benefícios que receberam e ainda recebem da Liga Feminina de Combate ao Câncer, sendo que entre os mais relatados estão o apoio, as orientações e a ajuda financeira:

Palestras, apoio, informações. Porque a gen-

te estando aqui com eles a gente esquece tudo, até de casa. Eu adoro participar dos encontros, é muito bom (Atena).

Acho que todos. Ajuda financeira, alguns exames elas pagam para mim, remédios eles me davam quase que todos e passagens (Hera).

Para Igiski e Sant' Ana (2000, p. 10),

é fundamental que a mulher freqüente Grupos de Apoio à Mulher Mastectomizada, que têm por objetivo 'orientar', esclarecer dúvidas, compartilhar experiências, numa prática de interação e auto-ajuda favorecendo sempre o auto cuidado.

O trabalho destes grupos é desenvolvido por equipes multidisciplinares formadas por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais. O atendimento das pacientes é organizado por meio de reuniões periódicas, além de materiais de orientações referentes ao tratamento, cuidados com o braço, auto-exame das mamas e sexualidade.

Reconstrução da Mama

Três das mulheres entrevistadas não consideraram a reconstrução mamária necessária, pois a perda do seio não interferiu significativamente na visualização de seu corpo, mas duas mulheres afirmaram o desejo de realizarem a reconstrução. As entrevistas revelaram ainda que as pesquisadas não se encontravam preparadas para enfrentar uma nova cirurgia, além de temerem possíveis complicações pós-operatórias. Segundo elas, a família constitui um dos fatores que mais influencia a não realização da reconstrução pelo fato de conhecerem casos em que a mama implantada foi rejeitada, desencadeando assim o medo de que o problema ocorra também em sua familiar na realização do procedimento:

Não. Eu queria, mas a minha família não deixou, porque eles falaram que depois de estar tudo bem, vai que volta. Depois que eles ficaram sabendo de uma mulher que fez e voltou o problema, fiquei com medo" (Atena).

Não. Porque eu não tenho coragem de enfrentar outra cirurgia, por enquanto a minha cabeça ainda não está para fazer, para botar, pode ser com o tempo, mas por enquanto" (Deméter).

No depoimento de Hera, a entrevistada relata o desejo de realizar uma reconstrução mamária; porém, devido à recusa das filhas, às patologias que apresenta e à idade avançada, concordou por não realizá-la:

Não. Mas gostaria de coloca o seio de novo. Mas as minhas filhas não querem, que não é para mim mexer no que esta quieto, de certo para não precisar cuidar de mim também. E eu também achei que não era necessário e também se eu fosse mais nova até. Diabete e tireóide, uma estraga a outra, poderia complicar, daí eu tenho que tratar a tireóide. Eu tenho diabete, pressão alta, eu tomo 13 remédio (Hera).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mastectomia radical consiste no procedimento mais usado como forma de tratamento e busca da cura da mulher com câncer de mama devido aos altos índices de casos detectados em fase tardia. Esta terapêutica pode levar a dificuldades com relação à visualização da própria imagem corporal, bem como ao retorno a sua vida sexual. Em consequência disso, o interesse pela temática que subsidiou este estudo deu-se pela necessidade de buscar compreender este processo de enfrentamento do câncer de mama, vinculando a sua relevância ao trabalho da enfermagem em in-

tervir com segurança, sabedoria e de forma efetiva na vida destas mulheres.

Apresentamos assim, as conclusões retiradas dos dados desta pesquisa monográfica, os quais evidenciaram que a descoberta do carcinoma mamário desencadeou vários conflitos emocionais na vida das mulheres, sendo que os sentimentos mais experimentados foram os pensamentos recorrentes sobre a morte, estado de choque, medo de morrer e deixar os filhos ainda crianças ou adolescentes e isolamento. Entretanto, dentre estes, a maior preocupação das mastectomizadas naquele momento era, acima de tudo, a conquista da cura.

Os métodos de tratamento adjuvante e cirúrgico aos quais as mulheres seriam submetidas foram comunicados previamente por profissionais da saúde; porém, o apoio de que necessitavam naquele momento por parte destes foi pouco mencionado pelas entrevistadas. Deste modo, fica clara a prestação de uma assistência de enfermagem mais qualitativa em oncologia, com uma maior participação no processo de tratamento e reabilitação destas pacientes, explicando possíveis efeitos colaterais das terapêuticas, com maneiras adequadas de comunicação, apoiando-as psicologicamente bem como seus familiares, a fim de manter seu bem estar e qualidade de vida.

Os efeitos colaterais da quimioterapia foram evidenciados como os causadores de maior sofrimento, despersonalização e estigmatização, ressaltando-se a alopecia e a inapetência como os principais depressores, além de outras reações como fadiga, náuseas, vômito e emagrecimento, os quais desencadearam, por vezes, pensamentos que levassem até mesmo a desistência da terapêutica. O apoio de familiares e amigos com palavras de conforto, carinho e auxílio representaram toda a força de que necessitavam para prosseguir o tratamento e não desistir, contribuindo na re-

cuperação psicológica da mulher e fortalecendo ainda mais a sua vontade de viver. Acreditamos, assim, que a situação vivenciada, ou seja, o processo de descoberta e tratamento da doença, através do suporte emocional e físico, tenha fortalecido ainda mais as relações familiares, proporcionando um melhor enfrentamento da situação.

Após a mastectomia, a ausência do seio provocou sintomas de estranheza. Entretanto, mesmo sendo uma situação difícil e delicada, as mulheres tiveram uma boa aceitação, pois a vida era considerada mais importante do que a perda do órgão propriamente dito. Segundo as respostas da maioria das entrevistadas, a falta da mama não interferiu em seu cotidiano e era lembrada e sentida somente no momento em que se vestiam.

O tema relacionado à sexualidade revelou claramente as dificuldades encontradas pelas mulheres para se adequarem a uma nova situação em que uma das mamas não estava mais presente, comprometendo a sua retomada a vida sexual e fazendo com que elas passassem a conviver e se relacionar com um novo referencial de corpo, no qual o prazer e a libido deveriam ser enfocados no corpo todo.

Apesar das dificuldades enfrentadas, a maior parte das entrevistadas não considera a reconstrução mamária necessária, pois a perda do seio não interferiu significativamente na visualização de seu corpo. Além disso, revelam se sentir bem com a condição física atual e não se encontram preparadas para enfrentar uma nova cirurgia, principalmente pela influência de familiares e por temerem possíveis complicações no pós-operatório.

Hoje, para as mastectomizadas do estudo, o resultado de toda esta luta contra o câncer de mama resume-se em alegria e vitória, pois investiram profundamente nesta batalha e utilizaram todos os métodos terapêuticos que lhes era oferecido.

Percebe-se que a participação das mulheres no grupo de apoio da Liga Feminina de Combate ao Câncer representa um suporte importante nesta caminhada, pois elas podem contar com ajuda financeira, atendimento multidisciplinar de profissionais da área da saúde (enfermeira, fisioterapeuta, psicóloga e dentista), os quais tratam de assuntos referentes à higiene, sexualidade e qualidade de vida, além de estabelecerem uma relação interpessoal entre estas participantes, ocorrendo, muitas vezes, a troca de experiências de vida.

Desta forma, esta pesquisa demonstra a importância de uma intervenção de enfermagem qualitativa na saúde da mulher, iniciando com o incentivo e a divulgação do auto-exame das mamas de forma correta usando uma linguagem simples e objetiva que atinge todas as classes sociais para que o câncer de mama seja detectado em fase inicial, possibilitando tratamentos menos traumatizantes à mulher. Durante o diagnóstico e tratamento do cancro da mama, é fundamental que a enfermeira considere os conflitos emocionais pelos quais a paciente irá passar e possa apoiá-la psicologicamente, explicando as formas de tratamento às quais será submetida, bem como possíveis complicações. No pós-operatório, a enfermagem deve promover uma imagem positiva da mulher, permitindo que ela expresse seus sentimentos, medos e dúvidas, além de encorajar o enfrentamento da retomada da sua vida sexual. Estas ações atuarão em prol de um bom prognóstico e melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. de et al. 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, set. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em:

20 de set. de 2007.

AYERS, Lauren K. Câncer de mama: a resposta está em você. São Paulo: Paulus, 1997.

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

CÂNCER DE MAMA. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 10 de mar. de 2007.

DUARTE, Tânia P.; ANDRADE, Ângela N. de. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**. Natal, v.8, n.1, jan/abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 de mar. de 2007.

Acesso em: 10 de mar. de 2007.

ENTREKIN, N. Câncer de Mama. In: CLARK, J. C.; MCGEE, R. F. **Enfermagem oncológica: um currículo básico**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.401-415.

GONZALEZ, Helcye. **Enfermagem em oncologia**. São Paulo: SENAC-RJ, 1994.

IGISKI, C.B.; SANTA'ANA, R. Gma- Grupo de Apoio à Mulher Mastectomizada. In: **Revista Nursing**. São Paulo, n.22, ano 3, p.10-15, março de 2000.

MALUF, M. F. M.; MORI, L. J.; BARROS, A. C. O impacto psicológico do câncer de mama. In: **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 51, n. 2, p.149-154, 2005.

MAKLUF, A. S., DIAS, R. C.; BARRA, A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. In: **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 52, n.1, p. 49-58, 2006.

MINAYO, Maria C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec- Abrasco, 1999.

NORA, I. E.; NORA, L. P. Sexualidade e Câncer de Mama. In: BOFF, R. A. **Mastologia aplicada: abordagem multidisciplinar**. Caxias do Sul: EDUCS, 2001.

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

RODRIGUES, D. P.; SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. Analisando o processo adaptativo no autoconceito da mulher mastectomizada. In: **Revista Nursing**. São

Paulo, n.51, ano. 5, p. 29-34, agosto de 2002.

SILVA, S.; LOUREIRO, J.; SOUSA, G. **Psicoterapia de grupo com mulheres mastectomizadas**. 2004. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt>>. Acesso em: 06 de set. de 2007.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, **Brenda G. Brunner & Suddarth**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v.3.

SPENCE, R. A.; JOHNSTON, P.G. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

WANDERLEY, Kátia. Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: CARVALHO, Margarida M (Coord.).

Introdução à Psiconcologia. São Paulo: Editorial Psy II, 1994.