

CATÓLICA DE VITÓRIA CENTRO UNIVERSITÁRIO

SIMONE CRISTINA DE SOUZA E SOUZA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO SOCIAL DAS
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

VITÓRIA

2018

SIMONE CRISTINA DE SOUZA E SOUZA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO SOCIAL DAS
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Católica de Vitória Centro Universitário, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Maristela Villarinho de Oliveira.

VITÓRIA

2018

SIMONE CRISTINA DE SOUZA E SOUZA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO SOCIAL DAS
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Católica de Vitória Centro Universitário, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 04 de Julho de 2018, por:

Prof(a). Esp. Maristela Villarino de Oliveira – Orientadora

Prof(o). Jeremias Campos Simões, Instituição

Prof(a).Lívia Perasol Bedin, Instituição

À minha família, esposo, filhas e neta aos meus pais e irmãos, por acreditar em um sonho, compreensão da minha ausência e pelo apoio nas horas difícil.

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento primeiramente a Deus, que me deu graça e condição para trafegar neste caminho com honra em cada etapa, com experiência clara que estava ao meu lado todo o tempo.

Ao meu esposo Nilson, que em muitos momentos de desânimo me posicionava e me colocava de pé, não questionava a minha ausência, assumia muita das vezes os meus afazeres de casa sem reclamar.

As minhas filhas Letícia, Luana e Ludmilla e genros Eduardo e Júlio Cesar que me dizia que a minha luta era o exemplo para eles alcançarem a vitória, me dando força para realizar um sonho, me ajudando nas dificuldades.

A minha neta Maria Eduarda que dizia: vovó vai estudar que eu vou ser igual a você, com essa fala me dava coragem para continuar nos momentos de cansaço por perder noites de sono estudando para as avaliações.

Meus pais e meus irmãos, pai Joneir Paulo e irmão Jolian Ricardo pelo apoio e em especial a minha mãe Eliane Tereza e minha irmã Vivian Mara por me ajudar a custear a minha graduação.

Os meus colegas de trabalhos, minha chefia, meus amigos que em todo o tempo me incentivou para realizar essa conquista. À minha maravilhosa professora Maristela Villarinho de Oliveira, que dividiu o seu tempo para me auxiliar com os seus conhecimentos, transmitindo sempre segurança e a certeza que eu estava no caminho certo na elaboração deste estudo.

“De tudo, ficam três coisas: A certeza de que estamos sempre começando, a certeza de que é preciso continuar e a certeza de que podemos ser interrompidos, antes de terminarmos. Fazer da interrupção um caminho novo, da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte, da procura um encontro...”.

Fernando Pessoa

RESUMO

Diante a esta apresentação de pesquisa sobre a Assistência de Enfermagem no Enfrentamento Social das Mulheres com Câncer de Mama, com o objetivo geral de Descrever as estratégias do cuidar da equipe de enfermagem frente às mulheres com câncer de mama, nos objetivos específicos identificar os principais conflitos das mulheres ligados à mudança física e emocional relacionado ao diagnóstico e tratamento de câncer de mama; apresentar estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres com câncer de mama. As medidas de pesquisas utilizadas foram métodos de revisão bibliográfica simples descritivo exploratório, com busca em artigos científicos publicados entre 2005 a 2017 e livros publicados a parti do ano 2007, baseando nos artigos publicados em: Scielo, LILACS, Medline, Instituto Nacional Câncer (INCA) e o livro Oncologia na Clínica Geral, Google acadêmico em monografia e artigos, Documentos de Leis e Site Instituto Nacional do Câncer- INCA. Os resultados demonstram o crescimento do câncer de mama entre as mulheres de forma silenciosa e agressiva, deixando insegurança, principalmente no tratamento da mutilação do órgão feminino e a reação colateral da quimioterapia (alopécia), que representa para a mulher uma violação da sua feminilidade, sua sexualidade e maternidade, trazendo para si um sofrimento que desenvolve um desequilíbrio da integridade física e emocional. Verificou-se que ao considerar o significado das relações sociais para esta mulher, o profissional de saúde tem a possibilidade de exercer uma assistência de enfermagem favorável no cuidado integral, ajudando-a na superação de limites, no processo da readaptação à nova imagem corporal e na melhora da autoestima e autoconceito, podendo assim encarar o tratamento com segurança e nas mudanças físicas, econômicas em um novo projeto de vida.

Palavras-chave: Enfrentamento social. Câncer de Mama. Enfermagem.

ABSTRACT

Faced with this presentation of research on Nursing Assistance in the Social Confrontation of Women with Breast Cancer, with the general objective of Describe the strategies of nursing team caring for women with breast cancer, in the specific objectives Identify the main conflicts of women linked to physical and emotional change related to the diagnosis and treatment of breast cancer; to present coping strategies used by women with breast cancer. The research measures used were methods of simple descriptive exploratory bibliographic review, with a search of scientific articles published between 2005 and 2017 and books published as of the year 2007, based on articles published in: SciELO, LILACS, Medline, Instituto Nacional Câncer (INCA) and the book Oncology in the General Clinic, Google academic in monograph and articles, Documents of Laws and Site National Institute of Cancer - INCA. The results demonstrate the growth of breast cancer among women in a silent and aggressive way, leaving uncertainty, mainly in the treatment of female organ mutilation and the side reaction of chemotherapy (alopecia), which represents a violation of the woman's femininity, her sexuality and motherhood, bringing to her a suffering that develops an imbalance of physical and emotional integrity. It was verified that in considering the meaning of social relations for this woman, the health professional has the possibility to exercise a favorable nursing care in integral care, helping her to overcome limits, in the process of readaptation to the new body image and in the improvement of the self-esteem and self-concept, thus being able to face the treatment with safety and the physical and economic changes in a new project of life.

Keywords: Social confrontation. Breast cancer. Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 OBJETIVOS	20
1.1.1 Objetivo geral.....	20
1.1.2 Objetivos específicos	20
1.2 JUSTIFICATIVA	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA MAMA	21
2.2 CÂNCER DE MAMA	25
3 METODOLOGIA	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA	39
4.1 ENFRENTAMENTO SOCIAL: CONFLITOS E MUDANÇAS FÍSICAS E EMOCIONAIS	39
4.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	57

1. INTRODUÇÃO

O Câncer de mama é uma neoplasia maligna que pode ser acometido em homens em menores casos, sendo apenas 1% e com maior incidência em mulheres com uma estimativa de 99%, depois do câncer de pele melanoma (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2018).

Foi publicada pelo Instituto Nacional de Câncer, a estimativa do câncer de mama sendo de 57 mil casos por ano, sendo 56 casos para cada 100 mil mulheres. É o segundo tipo mais frequente de câncer no mundo, considerando o mais comum entre as mulheres (principalmente com a faixa etária de 40 a 69 anos), que corresponde por 21% dos casos novos a cada ano (HORTA; MARTINS; PINA, 2016).

De acordo com Instituto Nacional do Câncer (2007 p. 9) o câncer em:

Ao longo da história brasileira, o câncer foi visto de diversas formas. De tumor maligno e incurável à neoplasia, de tragédia individual à problema de saúde pública. Sua história foi marcada pelo incessante esforço no controle pela via de prevenção, aliada ao uso das mais modernas tecnologias de tratamento. No entanto, as dificuldades técnicas para cura de muitas de suas formas, o alto custo das tecnologias empregadas com esse objetivo e seu caráter individual mostram como limitadores da ação terapêutica, fazendo com que a doença se vincule cada vez mais do campo da prevenção e da saúde pública.

O câncer é uma doença assustadora, por causa da sua agressividade, afetando a vida da pessoa em vários aspectos tanto físicas, emocionais e social, carregando o sinônimo de morte, alterando a vida rotineira do ser humano, tendo que se adaptar ao tratamento e aos cuidados que devem ter com a patologia, assim como as suas consequências no processo de alteração da imagem corporal (ROMERO et al., 2012).

Para Guerra, Gallo e Mendonça (2005, p. 230).

Na atualidade, o câncer de mama é considerado como o segundo tipo de câncer mais comum no mundo, sendo o mais frequente entre as mulheres. [...] esta doença encontra-se relacionada ao processo de industrialização, com risco de adoecimento associado a elevado status socioeconômico, além de outros fatores de risco clássicos descritos, tais como baixa paridade, idade precoce da menarca e tardia da menopausa, obesidade, altura e consumo de álcool.

O câncer de mama tem a característica de se desenvolver de forma autônoma e desordenada com poder de alcançar órgãos vizinhos, denominando-se metástase com capacidade de resistir ao tratamento levando-a morte (MARTINS et al., 2017).

Há vários tipos de tumores no qual cada um tem-se o próprio prognóstico e sua opção de tratamento, segundo Boff e Wisintainer (2007) são mais frequentes os tipos que se apresenta como:

- Carcinoma ductal in situ: é a fase do início da doença, sem atingir nenhum órgão vizinho,
- Carcinoma ductal invasivo: é o câncer de mama mais comum, que pode alcançar outros órgãos desenvolvendo metástase,
- Carcinoma lobular invasivo: é o segundo câncer de mama do tipo mais comum, com o risco de aparecer na outra mama e também no ovário, evoluindo metástase.

Nos sinais e sintomas dessa neoplasia mamária destaca - se presença de nódulos na região da mama ou axila, dor mamária e alterações da pele que recobre a mama, como um abaulamento ou retrações semelhantes a uma casca de laranja, secreção de líquidos, também devem despertar a atenção, principalmente se ocorrer alteração em apenas uma das mamas deixando assimétrica (FARIAS et al., 2014).

Quando a mulher recebe o diagnóstico, vive um momento de intensa angústia, onde a morte e a mutilação se fazem presentes, tendo sentimentos de raiva, tristeza, medo, inquietação e luto. Cada uma delas vivencia sua própria experiência, podendo utilizar-se de algum mecanismo de defesa (RAMOS; LUSTOSA, 2009)

Ao descobrir o câncer, a mulher pode abalar intensamente a sua identidade, pois a mama está diretamente relacionada à sua feminilidade, sexualidade, prazer, diferença de sexo e a maternidade, por ser uma fonte de alimentação do seu bebê (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

A mulher doente se depara em situação de aceitação e da convivência de um novo corpo marcado por uma nova imagem, manifestando assim uma insatisfação nas alterações significativas de diversas formas, tais como: atividades sexuais, relacionamento social e mudança econômica (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

As redes de apoio social têm um papel importante no fator protetor e recuperador da saúde em mulheres com câncer de mama, porque impede delas desistirem de lidar em diferentes etapas do tratamento, fazendo com que o enfrentamento da doença torne-se mais fácil (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

Esse apoio social exerce efeitos sobre o sistema imunológico, fortalecendo a autoconfiança, aumentando a capacidade de enfrentarem situações adversas, vindo da família, grupos de amigos, do trabalho e dos serviços de saúde. Muitas delas buscam na religião o complemento do apoio, favorecendo uma aceitação de doença, esperança de melhoras em sua qualidade de vida (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

De acordo com Barros e Buzaid (2007) há vários tipos de tratamento do câncer de mama como: a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia, as mais conhecidas e outras como a hormonioterapia, a imunoterapia. Normalmente requer uma combinação de mais de um seguimento terapêutico, onde aumenta a possibilidade de curar, preservando a estrutura das mamas, a função mamária e a sua beleza.

A reabilitação das mulheres com câncer de mama e o seu enfrentamento social depende de uma equipe multiprofissional, incluindo a enfermagem que trabalha de forma integrada e mantém um bom relacionamento com as mulheres acometidas pela doença e seus familiares (MINEO et al., 2013).

Diante disso o enfrentamento social é conceituado na relação à doença do câncer como, uma ação do ser humano frente à situação de doença grave tendo que enfrentar na sua atividade cognitiva, motora individual para a integridade física e psíquica seja ela preservada (NASCIMENTO; NUNES, 2010).

O tratamento em si traz para a mulher um desequilíbrio emocional, já que ela deverá enfrentar o medo, referente aos efeitos colaterais da quimioterapia, da radioterapia e a tão temida mastectomia. A mulher necessitará contar com o apoio dos familiares e do apoio profissional da enfermagem, que acompanha toda a trajetória percorrida por esta mulher, direcionando-a para uma nova realidade do autocuidado, para alcançar o exercício cidadã na assistência à saúde digna em todo o período do tratamento (HORTA; MARTINS; PINA, 2016).

A enfermagem possui um importante papel na saúde da mulher, implantando medidas que diminuirá a evolução da doença, como por exemplo: orientar sobre qualquer alteração encontrada e procurar o serviço de saúde mais próximo para iniciar o acompanhamento do tratamento. Seria de extrema importância desenvolver a comunicação e a habilidade humanizada, durante e após a assistência no tratamento, visando à mulher como um ser que é capaz de enfrentar as mudanças

com o apoio da enfermagem minimizando o sofrimento, auxiliando a integridade física e mental (HORTA; MARTINS; PINA, 2016).

1.1 OBJETIVO

1.1.1 Objetivo Geral

Descrever as estratégias do cuidar da equipe de enfermagem frente às mulheres com câncer de mama.

1.1.2 Objetivos Específicos

Identificar os principais conflitos das mulheres ligados à mudança física e emocional relacionado ao diagnóstico e tratamento de câncer de mama;

Apresentar estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres com câncer de mama.

1.2 JUSTIFICATIVA

Há muita história sobre o câncer de mama, que faz pensar o quanto ela é sombria e temerosa entre as mulheres, trazendo um impacto importante em sua vida corriqueira, no âmbito psicossocial ou econômico, no físico e na estrutura emocional interpessoal e familiar, por isso a importância desse estudo, em ter conhecimento de como essa doença interfere na sua vida social e principalmente como a sexualidade dela fica após a mastectomia, o fantasma do linfedema e os efeitos colaterais da quimioterapia (alopécia). Tendo relevância este estudo que se justifica e contribui para identificar relato de autores sobre a problemática em questão, para alcançar resultados na melhoria da assistência de enfermagem junto ao enfrentamento da mulher com câncer de mama.

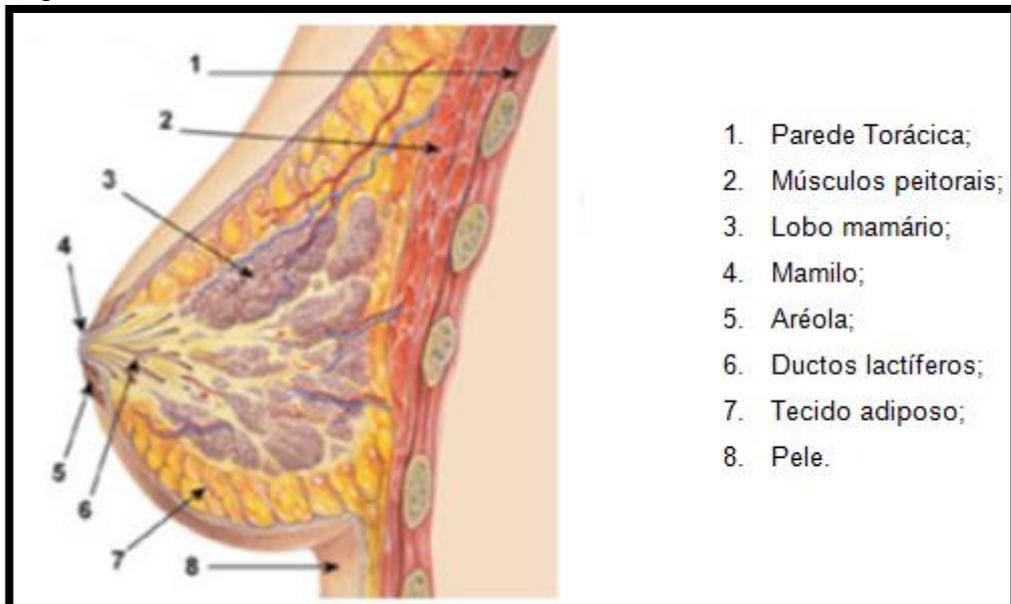
2 REVISÃO BIBLIOGRAFICA

2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA MAMA

Estudos sobre a anatomia humana estão em alta com relação à prática clínica, exames físicos e patologias específicas. Na estrutura humana são abordados os aspectos que são visíveis (macroscópica) sem necessidade de instrumentos óticos e a fisiologia no funcionamento dos tecidos e células (BRAGA, 2015).

A glândula mamaria é uma característica dos mamíferos. Em mulheres a mama tem a função de fazer parte da produção de leite, fornecendo alimento aos filhotes que nascem de certa forma, imaturos e dependentes. O ato de amamentar o seu filho fornece benefícios fisiológicos para a mãe, tais como ao processo de recuperação após o parto, ao seu filho e a transferência de imunidade de forma passiva. Essa fase da maternidade fortalece o laço materno entre a mãe e seu filho (BRAGA, 2015).

Figura 1- Anatomia da mama



Fonte: Winnikow (2010).

A Figura 1 a mama é composta pelas as estruturas da parede torácica, músculo peitoral, lobo mamário, mamilo, aréola, ductos lactíferos, tecido adiposo e pele (BOFF; WISINTAINER, 2007).

Na formação da mama encontram-se músculos binários localizado na parede anterior do tórax sobre a fáscia do músculo grande peitoral. Na parte exterior de cada mama é composta de aréola e papila mamária que exteriorizam de 15 a 20 orifícios ductais (BOFF; WISINTAINER, 2007).

A mama pode atingir em média 5 a 7 cm em espessura, em torno de 10 a 12 cm de diâmetro, estendendo até a região da axila e variando o peso de 150 a 900g. Na fase adulta a mama estende verticalmente na segunda ou terceira costela até a prega infra mamária e na borda lateral estende-se até a linha axilar anterior ou média (BOFF; WISINTAINER, 2007).

Nas meninas com a idade de 9 e 11 anos de idade surge o botão mamário chamado Telarca, que se desenvolve através de estímulo do hormônio estrogênio ovariano, que estimula o crescimento do ducto no desenvolvimento do botão nos ductos terminais que produz os lóbulos da mama. Após a menarca desenvolve os lóbulos agrupando os botões alveolares em torno dos ductos terminais (BOFF; WISINTAINER, 2007).

Em mulheres com pouca idade a mama tem um tecido com massa mais densa justificando a apresentação das mamas mais firmes. Chegando próximo ao período da menopausa a mama tende a apresentar uma flacidez, devido à atrofia fisiológica de sustentação, substituindo por tecido gorduroso. Na fase pós-menopausa restam assim gorduras e resquício de tecido glandular. O declínio da produção hormonal ovariano regride à estrutura epitelial, desenvolvendo uma involução do sistema ductal mamário e regressão lobular (BOFF; WISINTAINER, 2007).

Na mulher em fase adulta sua mama é composta de três tecidos principais para a formação de sua estrutura, sendo elas: epitélio glandular; estroma (adiposo) e tecido de sustentação; gordura. Os tecidos glandular túbulo-alveolar consistiu-se de 15 a 20 lobos, que é repartida de forma autônoma e separada em tecido fibroso, onde cada um tem a sua via de drenagem, que leva em direção à papila, através do sistema ductal (BOFF; WISINTAINER, 2007).

Em todos os coletores de drenagem dos ductos de cada lobo mamário, mede-se 2 cm de diâmetro aproximadamente, possuindo uma dilatação nos seios lactífero medindo de 5mm a 8mm de diâmetro, cada lobo varia em número de lóbulo de 20 a 40 em sua formação. Lóbulo mamário é a menor parte da estrutura da glândula que

compõem o ducto lobular terminal com dezenas de ácinos alveolar (BOFF; WISINTAINER, 2007).

Para Braga (2015) a drenagem mamaria se converte a um sistema ductal onde pode se apresentar através:

- ácino (porção terminal da árvore mamaria) - localizada na célula secretora de produção do leite;
- lóbulo mamário - conjunto de ácinos;
- lobo mamário - conjunto de lóbulos 15-20 que se liga à papila através do ducto lactífero;
- ductos lactíferos - sistemas de canais que levam o leite até a papila;
- aréola - estrutura onde se projeta a papila; papila - fibras musculares que despejam os ductos lactíferos. O restante da estrutura mamaria é preenchida pelo tecido adiposo (gordura), onde está relacionada à estrutura fisiológica da mulher.

Os ligamentos de Cooper são elementos que fazem parte da mama com a responsabilidade de sustentação, fazendo parte da elasticidade do tecido fibroso. Nas mulheres com pouca idade a mama mostra-se uma maior quantidade do tecido glandular justificando o peso e a estabilidade do órgão, também tem a função de contrair o tecido glandular em caso de câncer de mama (BRASIL, 2012a).

A função da mama é principalmente produzir o leite para sua prole, mas ela também representa uma importância psicológica para a mulher na constituição da autoestima e autoimagem, como símbolo de sexualidade perante a atração de seu companheiro e embelezamento de sua silhueta feminina (BRAGA, 2015).

Nas mulheres o desenvolvimento mamário em sua plena formação estimula hormônios que exercem funções importantes na sua sexualidade, maternidade e feminilidade, pois é a parte do corpo que se considera como a mais abundante em relação à característica sexual feminina ocasionando-se situações de procriação como um dote sexual, tendo-se como função secundária (BOFF; WISINTAINER, 2007).

Em sua maioria o suporte sanguíneo correlaciona as veias ao suprimento arterial, sendo ela três veias com o ramo da mamária interna, que percorre pelo espaço intercostal fazendo uma conexão ao complexo pulmonar. É formada uma extensa

anastomose na veia superficial da mama, conhecido como complexo venoso Haller, é visível pela pele e na aréola formam o circulo venoso (BOFF; WISINTAINER, 2007).

No redor dos ductos e das glândulas cutâneas da aréola e do mamilo, os filetes nervosos e os nervos intercostais nesta região apresentam uma sensibilidade bastante evidenciada. O trajeto das artérias é acompanhado por inervação que constitui os nervos axilares, músculo torácico e braço, fibras nervosas simpáticas estão ao lado da artéria torácica lateral, contribuindo também a inervação glandular (BOFF; WISINTAINER, 2007).

Conforme o Quadro 1 a irrigação sanguínea da mama é basicamente composta por três vias da circulação arterial que são: artéria torácica interna, artéria torácica lateral, ramo anterior e artérias intercostais posteriores (BOFF; WISINTAINER, 2007).

Quadro 1- Irrigação sanguínea da mama

➤ Artéria torácica interna	Que faz a irrigação principal do órgão na região medial e mamário central.
➤ Artéria torácica interna	Irriga o quadrante superior externo e a parte lateral da mama, suprindo a musculatura peitoral e os linfonodos da axila.
➤ Ramo anterior e artéria intercostal posterior	Irrigam a região infra lateral da mama.

Fonte: Boff e Wisintainer (2007)

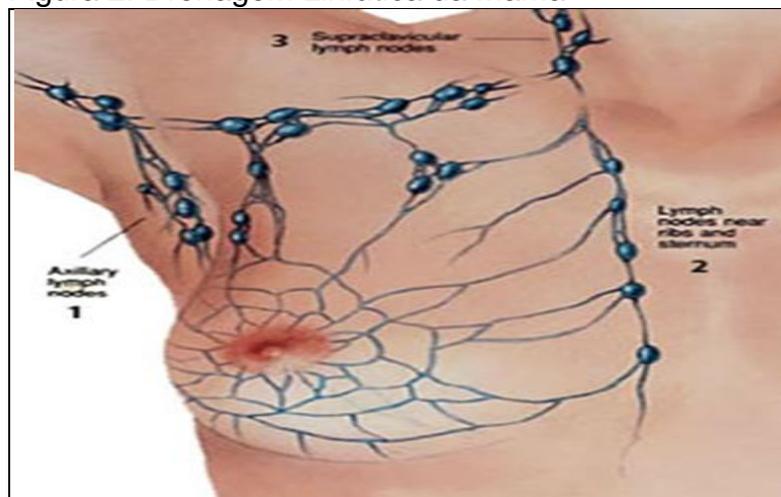
A drenagem linfática da mama é o agrupamento dos linfonodos axilar, composta por três grupos de veias profundas que drenam as glândulas mamarias e podem atuar como vias de disseminação tumoral, que são: as veias intercostais, as veias axilares e as veias perfurantes mamárias internas (BOFF; WISINTAINER, 2007).

Na aréola e no mamilo circula os vasos linfáticos, que são drenadas para os linfonodos axilares, cervicais profundas, cadeia torácica interna. Os vasos linfáticos percorrem pela intramamários e subcutâneos profundos em direção aos linfonodos mamários internos e axilares. A drenagem linfática da mama em 97% do percurso se dá para os linfonodos axilares e 3% da drenagem linfática percorre para os linfonodos das cadeias mamária interna (BOFF; WISINTAINER, 2007).

Para Boff e Wisintainer (2007) os grupos dos linfonodos axilares são classificados por Berg em três níveis, como mostra a Figura 2:

- Nível 1- são encontrados de 15 a 18 linfonodos nas cadeias torácicas lateral, veias axilar, grupo escapular localizado na borda lateral e do músculo pequeno peitoral;
- Nível 2- são encontrados de 10 a 12 linfonodos em algum subclavicular e nos linfonodos centrais localizados no músculo pequeno peitoral;
- Nível 3- aproximadamente são encontrados de 6 a 8 linfonodos apicais localizados na região súpero-medial relacionado com a borda medial do músculo pequeno peitoral.

Figura 2. Drenagem Linfática da Mama



Fonte: Winnikow (2010).

O linfonodo sentinela é o primeiro sítio anatômico ligado no tumor de mama específico da cadeia linfática axilar, que será o primeiro sítio de metástase se houver disseminação linfática. É localizada na base da axila e está relacionado ao nível 1 da classificação de Berg. Os linfonodos de Rotter inicialmente escrito por Rotter e Grossman, contêm de 1 a 4 linfonodos localizados entre o músculo grande peitoral e pequeno músculo peitoral que é identificado no transoperatório da área doente (BOFF; WISINTAINER, 2007).

2.2 CÂNCER DE MAMA

No século XVIII, foi fundamentado o desenvolvimento anatômico da doença do câncer, através do conhecimento da estrutura celular. O processo se deu na local doente do corpo que era caracterizado como uma entidade específica de um determinado órgão corporal. Essas patologias se desenvolviam e formavam

diferentes tecidos surgindo lesão, dando origem ao câncer (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007).

O conceito de metástase se deu através da observação do surgimento de câncer secundário no cérebro nas mulheres que foram inicialmente acometidas primeiras pelo câncer de mama, possibilitando o entendimento do câncer como uma doença ligada à estrutura corpórea (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007).

O câncer é definido como uma doença de desenvolvimento desordenado e proliferação descontrolada das células anormais, se esse crescimento não for controlado acontecerá o desenvolvimento do câncer podendo ser invasivo ou metastático levando ao óbito (HORTA; MARTINS; PINA, 2016).

O tipo de câncer com mais incidência no mundo é o câncer de mama, com a margem de mortalidade aumentada no meio da população feminina. Representado aproximadamente cerca de 1,67 milhões de novos casos no mundo, ocupando 25% de todos os tipos de câncer nas mulheres. Com relação ao câncer de mama a estimativa para o ano de 2016, está em torno de 500.000 mortes ao ano, correspondendo à marca de 15% entre as mulheres diagnosticadas pela doença do câncer de mama. Nos países mais desenvolvidos se encontram em segundo lugar na taxa de mortalidade pela a doença do câncer de mama, atingindo 198.000 mortes. Para os países menos desenvolvidos a morte chega a 324.000, configurando como o principal motivo de morte entre as mulheres (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2015b).

A incidência estimada em porcentagem do câncer entre as mulheres no Brasil, conforme a Tabela 1, para o ano de 2016 foi o câncer de mama com apresentação de 25,2%, seguido por câncer de intestino 9,2%, de pulmão 8,7%, do colo de útero 7,9% e estômago 4,8% (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2015b).

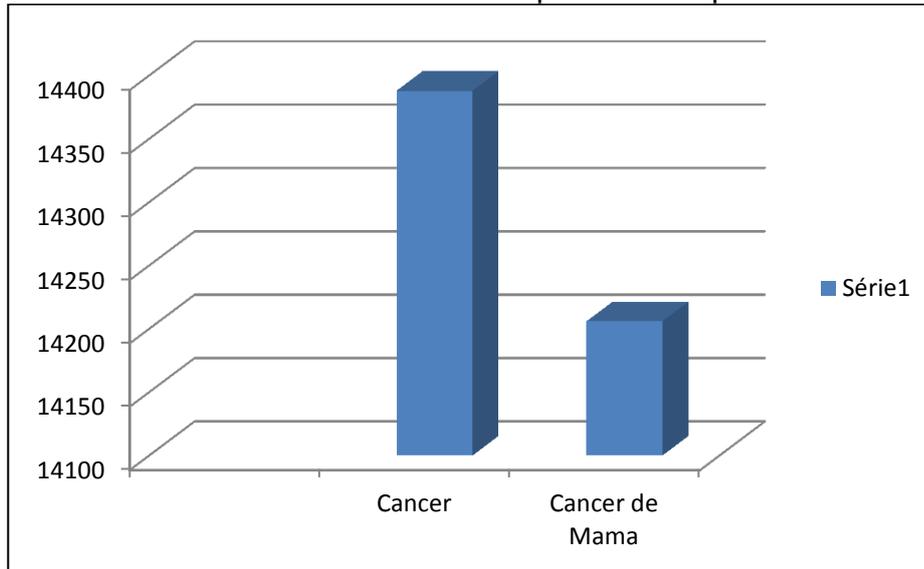
Tabela 1. Incidência estimada em porcentagem do câncer entre as mulheres.

Câncer	%
Câncer de mama	25,2
Intestino	9,2
Pulmão	8,7
Colo de útero	7,9
Estômago	4,8

Fonte: Instituto Nacional do Câncer (2015b).

O Gráfico 1 mostra que 14.388 casos de morte por causado pelo câncer, com a estimativa de 14.206 em mulheres que foram mortas pela doença do câncer de mama, sub entende que o numero de mulheres com câncer de mama tem ido a óbito mas que os outros tipo de câncer (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2015b)

Gráfico 1. Incidência estimada de morte pelo câncer para o ano de 2016.



Fonte: Instituto Nacional do Câncer (2015b).

Na Tabela 2 segundo o Instituto Nacional do Câncer (2015b) a incidência estimada para o câncer mais frequente entre as mulheres no Brasil é esperado 57.960 novos casos de câncer de mama, com um risco em uma taxa bruta de novos casos para o ano de 2016, sendo de 56,20 por 100.000 mulheres no Brasil.

Tabela 2. Tipos de câncer com incidência estimada mais freqüente para 2016 em mulheres.

Localização Primária	Casos	%
Mama feminina	57.960	28,1%
Cólon e Reto	17.620	8,6%
Colo do útero	16.340	7,9%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.890	5,3%
Estômago	7.600	3,7%
Corpo do útero	6.950	3,4%
Ovário	6.150	3,0%
Tireoide	5.870	2,9%
Linfoma	5.030	2,4%
Sistema Nervoso Central	4.830	2,3%

Fonte: Instituto Nacional do Câncer (2015b)

Conforme apresentação da Tabela 3 é esperada para o Brasil por região uma estimativa para o câncer de mama, novos casos a cada 100 mil mulheres onde está de mostrado na tabela 3, sendo na região sul 74,30/100.000, na região sudeste 68,08/100.000, no centro-oeste 55,87 /100.000, no nordeste 38.74/100.000, sendo

em maior número em incidência novos casos 22,26 a cada 100.000 mulheres estando em segundo lugar (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2015b).

Tabela 3. Estimativa do câncer de mama no Brasil por região a cada 100.000 mulheres.

Região do Brasil	Estimativa
Sul	74,30
Sudeste	68,08
Oeste	55,87
Noroeste	38,74

Fonte: Instituto Nacional do Câncer (2015b)

Segundo Brito e outros (2016) as mulheres com a idade de 30 anos apresenta uma porcentagem de 7% para desenvolver o câncer de mama em relação às mulheres de 60 anos. Ao chegar à idade de 35 anos, essa porcentagem aumenta para 20%, relacionado com os anos de exposição no meio carcinogênico exposto ao longo da vida.

A relação das mulheres de sobrevivida nos últimos anos tem aumentado, devido ao rastreamento precoce da doença. A Tabela 4 retrata a relação entre a idade das pacientes mais jovens, tendo a probabilidade em adquirir câncer mais agressivo diminuindo o índice de sobrevivida. O diagnóstico em mulheres com a idade menor de 45 anos tem 81% de sobrevivida, enquanto a idade de 45 a 64 anos de idade a sua sobrevivida está na média de 85% e com a idade maior ou igual a de 64 anos, a sua sobrevivida é de 86% em cinco anos (BOFF; WISINTAINER, 2007).

Tabela 4. Relação entre faixa etária diagnóstica com sobrevivida de 5 anos.

Idade < 45 anos	81%
Idade entre 45 – 64 anos	85%
Idade > = 65 anos	86%

Fonte: Boff e Wisintainer (2007).

O câncer de mama pode caracterizar-se como carcinoma que se inicia no tecido epitelial (pele ou mucosa) e como sarcoma, começando em um tecido conjuntivo (tecido de sustentação da mama). As células são constituídas por três camadas: membrana celular, citoplasma e núcleo que estão os cromossomos. No DNA a informação dada através do cromossomo forma a atividade de reprodução celular (BOFF; WISINTAINER, 2007).

Vários fatores podem desenvolver o câncer de mama, como acontece nas células cancerígenas que cresce, devido ao desempenho da atuação hormonal. O DNA é um conjunto de moléculas que carrega a identidade genética chamada gene.

Normalmente os genes têm a informação do controle da divisão das células, onde promove o chamado oncogênese. O câncer pode ser desenvolvido pelo DNA, que se transformam em um oncogênese ou pela desativação dos genes supressores do tumor (MAIA, 2016).

Risco de adquirir tipos de câncer de mama que está ligado à mutação hereditária, como os genes BRCA1 e BRCA2, genes supressores de tumor, mutação herdado pelos pais. São genes que crescem deixando de suprimir a evolução normal das células, para desenvolver o câncer (MAIA, 2016).

Algumas mulheres trazem genes de mutações genéticas hereditárias BRCA1 e BRCA2, onde sofrem pequenos efeitos individuais em cada população, podendo ser afetada por um gene simultaneamente, afetando níveis hormonais, metabólico que interagem com os fatores de risco para o surgimento do câncer de mama (MAIA, 2016).

A metástase ocorre pelos transportadores das células cancerosas para outros órgãos, através da rede linfática que se comunica entre si, desde a superfície até a profundidade. As células atingidas pelo câncer de mama entram nos vasos linfáticos e se desenvolvem nos gânglios linfáticos, fazendo o percurso de drenagem para os linfonodos axilares, linfonodos supraclavicular e infraclavicular e linfonodos das cadeias mamária interna (BARRETO et al., 2008).

Existem algumas variedades do câncer de mama que pode ser por meio interno ao organismo como a genética pré-determinada e por meio externo como costumes e hábitos do meio social e cultural (RAMOS; LUSTOSAM, 2009).

De acordo com Instituto Nacional de Câncer (2009) os riscos de ter câncer de mama são evidenciados por alguns fatores como:

- Gênero, a porcentagem de contrair o câncer de mama é aumentada com 99% de casos em mulheres enquanto o homem tem 1% de casos;
- Idade, em sua maioria as mulheres são confirmadas a doença com a idade acima de 55 anos;
- Genéticos, com 5% a 10% de casos ligados na hereditariedade;
- História familiar, com o risco evidenciado em mulheres com parentes de 1º grau como mãe, irmã ou filha acometida pela doença;

- Raça é comum em mulheres brancas ter uma maior probabilidade com relação às mulheres negras;
- Menarca antes dos 12, devido a exposição prolongada ao hormônio feminino;
- Menopausa após 55 anos é devido ao longo período do ciclo menstrual, ficando um maior tempo na exposição hormonal feminino.

Alguns fatores aumentam esse risco de desenvolver o câncer de mama, que está descrito nos fatores relacionados, com ênfase na idade, história familiar de câncer de mama (mãe e irmã), menarca precoce, obesidade e radiações ionizantes, alimentações pobre em vitaminas A, C e E, alimento rico em gordura, tabagismo e alcoolismo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015a).

Segundo o que fala Instituto Nacional de Câncer (2015a) a terapia de reposição hormonal (TRH), gera um risco para as mulheres desenvolver o câncer, devido à combinação de estrogênio e progesterona, tendo um aumento em números significativos de casos nas mulheres com o diagnóstico positivo do câncer de mama, após o início da reposição de hormônio.

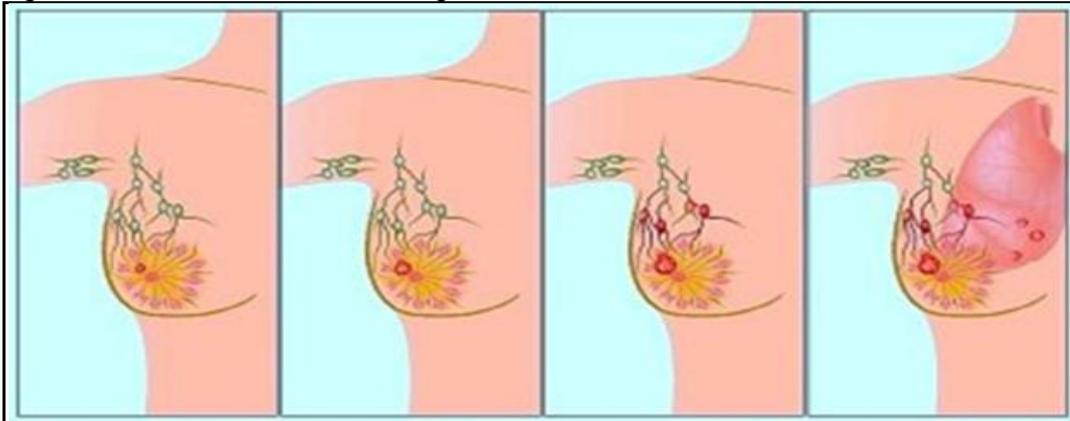
As mulheres que ainda menstruam é recomendável fazer avaliação de preferência no término de cada ciclo da menstruação, por estarem menos inchadas as mamas, e as mulheres na fase de pós - menopausa pode ser feita o seu autoexame através da inspeção em qualquer dia do mês, para observar se há alguma alteração. Em sua maioria o câncer de mama é descoberto pela própria mulher, tendo uma margem de 82%, por isso a importância dessa avaliação constante e o reconhecimento do seu órgão (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015a).

Os sinais e sintomas do câncer de mama podem aparecer de diversa forma, como: em um único nódulo endurecido, geralmente indolor, com edema em uma das mamas, alterações no mamilo, pele da mama avermelhada, retraída ou com aparência de casca de laranja, pequenos nódulos na região das axilas ou pescoço, eliminação de líquido da mama, por isso é importante a mulher conhecer suas mamas para identificar qualquer alteração (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015a).

Boff e Wisintainer (2007) fala que o câncer de mama pode ser classificado em fases como; conforme Figura 3.

- Carcinoma ductal in situ: é o câncer de mama em uma fase inicial, não tem capacidade de metástase;
- Carcinoma ductal invasivo: é o tumor mais comum em câncer de mama, com a capacidade de surgimento de metástase;
- Carcinoma lobular invasivo: é o segundo tumor mais comum do câncer de mama, está ligado ao risco de desenvolver o câncer em outra mama e também no ovário, com a possibilidade de metástase.

Figura 3. Fases do Tumor Maligno da Mama

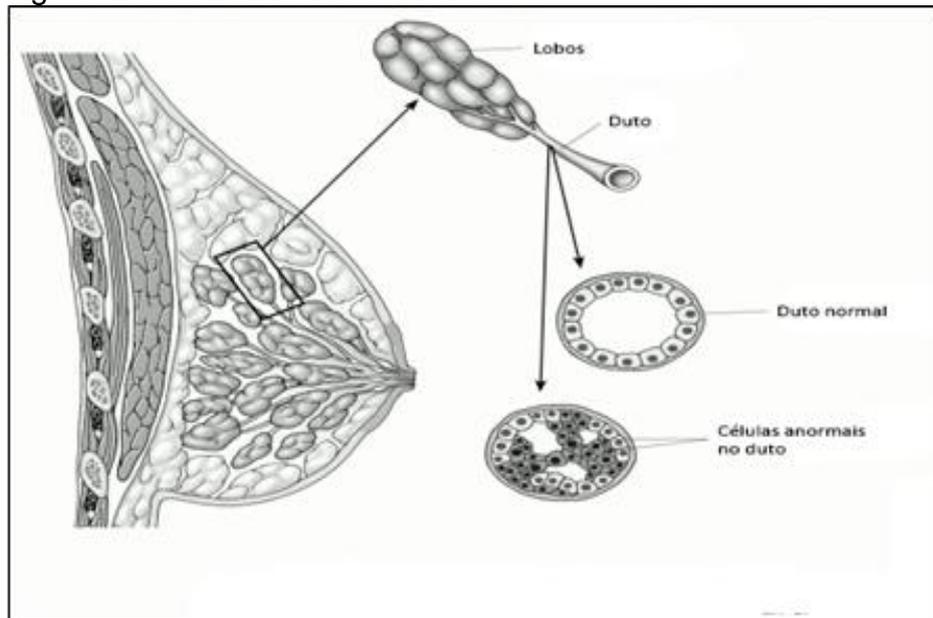


Fonte: (CÂNCER..., 2003).

Os tipos de câncer de mama mais comuns são os: Carcinoma Ductal In Situ, Carcinoma Lobular In Situ. Há outros tipos considerados especiais, o Carcinoma de mama Invasivo que se subdivide em: Carcinoma Ductal invasivo e Carcinoma Lobular Invasivo. Tem os tipos menos comuns como: Câncer de mama Inflamatório, Doença de Paget, Tumor Filoide e Angiossarcoma (HASSAN et al., 2017).

O câncer de mama Ductal in situ tem em cerca de 20% de novos casos já diagnosticados, é uma neoplasia que apresenta como precursora do câncer invasivo. É o tipo de tumor que não dissemina a membrana celular vizinha pelas vias ductal. Seu tratamento é cirúrgico (mastectomia) podendo ser conservadora ou não, com uma porcentagem baixa de mortalidade, em torno de 2% a cada 10 anos (HASSAN et.al., 2017).

Figura 4. Carcinoma ductal in situ

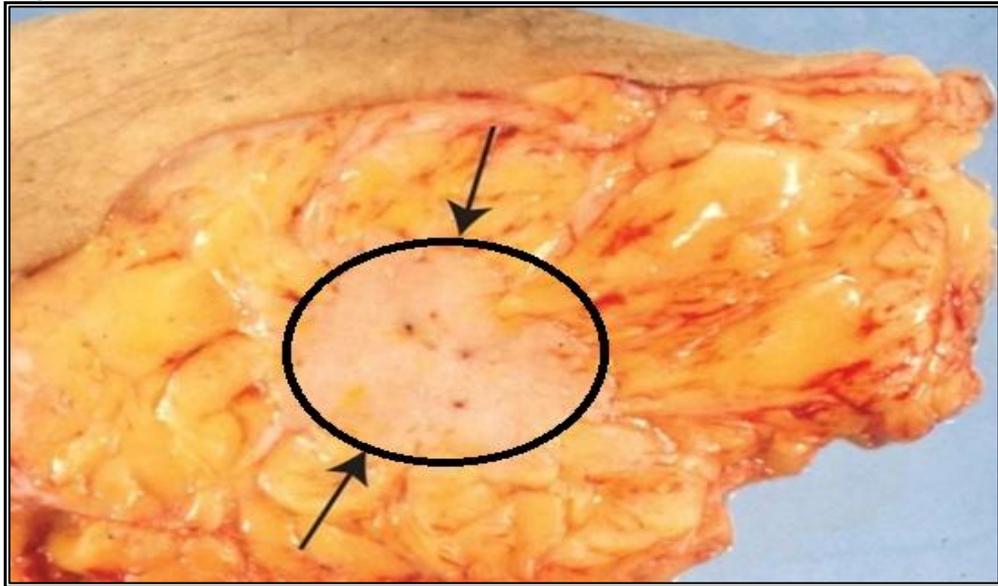


Fonte: Instituto Oncoguia (2017).

De acordo com que fala Hassan e outros (2017), o carcinoma lobular in situ tem como característica na sua apresentação o crescimento das células cancerígenas na região dos lobos das glândulas produtor de leite, conforme a Figura 4.

Na Figura 5, o Carcinoma de mama invasor é um conjunto de células epiteliais que se caracteriza por serem tumores que invadem os tecidos adjacentes com a tendência de metástase. Ele pode ser dividido em: carcinoma Ductal invasivo e Carcinoma Lobular invasivo. O carcinoma ductal invasivo tem uma apresentação em torno de 80% nas mulheres diagnosticadas com esse tipo de tumor maligno, geralmente se inicia no duto de leite rompendo as paredes, invadindo os tecidos adjacentes da mama, dando ao início a metástase, isso acontece através do sistema linfático e o carcinoma lobular invasivo tem como característica iniciar nos lobos das glândulas produtor de leite com a possibilidade de se espalhar pelo corpo dando origem aos tumores secundários (metástase), correspondendo 10 % do câncer de mama (MARQUES et al., 2014).

Figura 5. Carcinoma de mama invasor



Fonte: Boff e Wisintainer (2007).

O tipo de câncer de mama inflamatório tem como característica diferenciada no seu diagnóstico, nos sinais e sintomas. É um tumor maligno considerado agressivo, devido à dificuldade da visualização do tumor nos exames, quando descobre já está em estágio avançado. Esse tipo de neoplasia é comum em mulheres mais jovens, negras e mulheres obesas (MARQUES et al., 2014).

O câncer de paget começa nos ductos mamários, são raro e geralmente estão ligados ao carcinoma ductal in situ ou carcinoma ductal invasivo, a sua disseminação é para a epiderme mamilar e alveolar. Apresentam sinais e sintomas de vermelhidão, prurido, pequenas vesículas, exsudação serosa ou sanguinolenta. Para o diagnóstico é necessário solicitar exames como a ultrassom, a mamografia e muitas das vezes a ressonância. Seu tratamento é cirúrgico: mastectomia ou cirurgia conservadora associado a radioterapia (MARQUES et al., 2014).

Angiossarcoma é outro tipo de câncer de mama, considerado raro, com desenvolvimento rápido, a sua localização de evolução é nos linfonodos, é conhecido como sarcoma. O tratamento é mastectomia total com a retirada os linfonodos (MARQUES et al., 2014).

O diagnóstico do câncer de mama pode ser analisado por alguns tipos de exames bem conhecidos entre os profissionais e a população que são: a mamografia e o ultrassom da mama (utilizado como complemento da mamografia). Também é solicitada ressonância magnética em caso de mulheres já com o diagnóstico positivo

ou com suspeita para maior esclarecimento. A biopsia é um tipo de exame que se encaixa nos momentos em que a ultrassom ou mamografia apresentam algum tipo de alteração (BARROS; BUZAID, 2007).

As mulheres com uma alta eminência de desenvolver a doença começam a fazer o rastreamento com mamografia a partir dos 30 anos de idade, as que têm uma baixa eminência de ter o câncer, aos 40 anos de idade, inicia com o exame de mamografia e continua realizando anualmente até os 54 anos de idade e as que estão com a faixa etária de 55 anos ou mais a mamografia é a cada 2 anos, podendo ser realizado anualmente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2009).

A mulher com câncer de mama está assegurada por lei, onde vai garantir a disponibilidade nas modalidades terapêutica disponível para o tratamento (BRASIL, 2012a).

De acordo com Brasil (2012b) a LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012, descrito no congresso nacional pela a presidente da republica, o direito do tratamento do câncer, como:

Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.

Parágrafo único. A padronização de terapias do câncer, cirúrgicas e clínicas, deverá ser revista e republicada, e atualizada sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico e à disponibilidade de novos tratamentos comprovados.

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

§ 1º Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.

§ 2º Os pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos.

Art. 3º O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.

Art. 4º Os Estados que apresentarem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação deles, para superar essa situação.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

O tratamento pode ser sistêmico, onde são utilizadas terapias hormonais ou medicamentosas (quimioterapia), através da infusão por via endovenosa ou administrada por via oral, atingindo as células cancerígenas presente na mama (BARROS; BUZOID, 2007).

Para o Barros e Buzaid (2007) o processo do tratamento quimioterápico pode ser dividido em:

- Quimioterapia adjuvante, indicado pós-cirúrgico para destruir as células cancerígenas ainda existentes ou as que pode ter disseminado por causa da radiação dos exames de imagem;
- Quimioterapia neoadjuvante, indicada para mulheres antes da cirurgia com a intenção de reduzir a dimensão do nódulo, podendo ter a possibilidade ser menos invasivo a cirurgia; quimioterapia para doença metastática indicação para tratamento de câncer disseminado.

No tratamento da quimioterapia existem algumas reações adversas, que acarreta mudança da imagem corporal, prejudicando a convivência social como: a queda dos cabelos (alopecia), mudança na aparência das unhas, obesidade, náusea, vômito, perda de apetite (anorexia), diminuição do desejo sexual e alteração do sistema nervoso (BARROS; BUZOID, 2007).

Para o tratamento locais pode ser visto como uma terapia que atingirá somente a área doente, utilizando a radioterapia com radiações ionizante inibindo o desenvolvimento das células cancerígenas (BARROS; BUZOID, 2007).

Segundo Barros e Buzaid (2007) a radiação mais utilizada é a eletromagnética e elétrons, os dois tipos principais de radioterapia são:

- Radioterapia externa é o tipo de tratamento que irradia os órgãos alvos com doses fracionados, podendo atingir as mamas que foram realizadas cirurgias conservadora ou mastectomia e os linfonodos comprometidos ou não.
- Radioterapia interna ou braquiterapia é um tratamento radioterápico com utilização de técnica radioativo dentro ou próximo do órgão alvo, com fontes específica de radiação.

De acordo com Barros e Buzaid (2007) o tratamento cirúrgico pode ser de duas formas:

- Mastectomia é o procedimento que faz a retirada parcial ou total da mama fazendo o esvaziamento axilar nos gânglios linfáticos das axilas, onde requerem alguns cuidados após este procedimento.
- Cirurgia conservadora é a retirada somente à área tomada pelo nódulo preservando a mama, utilizando uma margem de segurança.

A mastectomia é um procedimento cirúrgico considerado agressivo e traumático para as mulheres no tratamento de câncer de mama, podendo ser classificada como: adenomastectomia ou mastectomia subcutânea é aquela que tira a parte das glândulas mamárias preservando a pele e a aréola papilar, e a mastectomia simples ou total que faz toda a retirada da área da pele e aréola papilar. Existe a mastectomia que na hora da retirada da mama vai preservar de um a dois músculos peitorais com a linfadenectomia axilar e mastectomia que remove todos os músculos peitorais e o esvaziamento do linfedema axilar (BARRETO et al., 2008).

Em alguns casos a Mastectomia remove as glândulas linfáticas no esvaziamento axilar e fazem análise do material para seguir em uma conduta de tratamento, podendo ser através de uma nova cirurgia, radioterápico ou quimioterápico (RAMOS; LUSTOSAM, 2009).

3.METODOLOGIA

De acordo com Lima e Mioto (2007), a pesquisa bibliográfica tem a importância na busca em delimitar critérios e procedimentos metodológicos que a define como estudos bibliográficos, construindo medida de busca para a solução do objeto de estudo proposto. A técnica principal para essa pesquisa se dá na leitura que identifica informações de dados existentes de análise científica.

O processo metodológico realizado nesta pesquisa foi coleta de dados de fontes bibliográficas. Os levantamentos de pesquisas utilizadas na revisão bibliográfica simples descritivo exploratório, teve busca em artigos científicos publicados entre 2005 a 2017 e livros publicados a partir do ano 2007, baseando-se nos artigos publicados em: Scielo, LILACS, Medline, Instituto Nacional Câncer (INCA) e o livro Oncologia na Clínica Geral, Google acadêmico em monografia e artigos, Documentos de Leis e Site Instituto Nacional do Câncer- INCA.

O critério de inclusão se deu nos artigos publicados na língua portuguesa com embasamento científico em coletas de dados sobre o câncer de mama, aspecto emocional, a alteração física devido à mudança da sua alta imagem. O critério de exclusão se dá em todos os artigos que não tem comprovação científica e publicações em línguas estrangeiras.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ENFRENTAMENTO SOCIAL: CONFLITOS E MUDANÇAS FÍSICAS E EMOCIONAIS.

As diversas áreas das ciências humanas definem de forma diferente o enfrentamento social. A sociologia conceitua como forma de ordem social na qual o indivíduo se adapta na crise, já na psicologia o enfrentamento tem um relacionamento na adaptação humana no que se refere ao desenvolvimento de situação ligado a doenças, estresse, morte e outras situações que envolvem o desequilíbrio emocional, para a biologia ela se baseia na idéia de se adaptar o organismo em agentes nocivos (NASCIMENTO; NUNES, 2010).

Durante toda a história do câncer foi construído em meio sociocultural, idéias que a sentenciava e rotulava a sociedade doente, com uma representação pela falta de glória, pelo sofrimento e dor intensa gerado pela doença (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014).

Na época do cristianismo o entendimento da doença, era de forma relevante no significado ao nome câncer, onde a população associava essa doença como uma doença ligada ao castigo divino. No século XIX essa patologia teve uma nova forma de entendimento, encarando o doente não como vítima, mas como culpado (FERREIRA; ALMEIDA; RASERA, 2008).

A emoção do paciente com câncer daquela época não eram levado em conta, eles eram considerados fracos, sem condições de expressar e liberar seus sentimentos. Com o passar do tempo a doença foi evoluindo e passou a ter uma relação com a falta de higiene, sendo comparada a doença da sífilis ou até mesmo a sujeira da alma e do corpo, crendo que era necessário suportar o sofrimento por meio do isolamento até a morte (FERREIRA; ALMEIDA; RASERA, 2008).

Os cânceres daquela época tinham alguns entendimentos voltados no sistema linfático, pois eles acreditavam que essa doença estava ligado a um mau contagioso, dando origem a discriminação no meio hospitalar, na sociedade e até mesmo no meio familiar, dificultando o tratamento, levando os pacientes a esconder o diagnostico (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014).

Entre o final do século XX e início do século XXI, alguns estudos apontaram uma importante influencia no comportamento emocional do doente com câncer, principalmente nas mulheres que estava enfrentando a neoplasia mamária no processo de saúde e doença (FERREIRA; ALMEIDA; RASERA, 2008).

Na década de 70, as mulheres sofriam desconforto psicológico ligado a não aceitação da doença, desenvolvendo: ansiedade, depressão, raiva pela mudança do padrão de vida tanto no casamento como na vida sexual, na suas atividades no ambiente de trabalho, gerando preocupação e medo decorrente da doença e da morte (SILVA, 2008).

Em concordância com a situação de casos de câncer em mulheres o governo lançou um plano de ação de estratégia voltado para o enfrentamento das doenças crônicas no Brasil, onde abordam as quatro doenças principais sendo elas: do aparelho circulatório, respiratório, diabetes e o câncer dentre ela, o câncer de mama (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015a).

De acordo com Instituto Nacional do Câncer (2015a) existem alguns fatores de risco que aumentam a quantidade de casos de câncer de mama no Brasil, como:

- Tabagismo;
- Consumo de álcool;
- Consumo de Drogas ilícitas;
- Inatividade Física;
- Alimentações inadequadas;
- Obesidade;
- Histórico familiar;
- Exposição a radiação ionizante.

É importante especificar que no meio da população feminina as negras, indígenas, trabalhadoras da área urbana e rural, as que estão na prisão e na rua, as lésbicas e aquelas que estão na faixa etária a partir de 40 – 60 anos, no climatério e na terceira idade se encontram vulneráveis a situações da doença do câncer de mama devido à dificuldade ao sistema de apoio a saúde pública (BRASIL, 2013).

A mistura de sentimentos e a carga emocional do câncer de mama têm uma forte repercussão psicossocial, deixando-a vulnerável a situação de nível de estresse que

abala a sua estrutura sexual, relacionamento familiar e convivência no seu local de trabalho (GASPERELO et al., 2010).

A mama para a mulher tem uma representação significativa e quando se depara sem o órgão, ela se vê em uma situação de prejuízo emocional dificultando a relação familiar e social, desenvolvendo sentimento de vergonha caracterizada pela a imaginação de achar - se que não é mais uma mulher completa, alterando o seu comportamento e a sua atitude interpessoal (SILVA; MARINHO, 2013).

O comprometimento físico causado pelos tratamentos invasivos, pela restrição de movimentos e atividades, pela redução da força do braço e pela mutilação da mama, acarretam problemas emocionais e socioculturais, afetando diferentes âmbitos da vida dessa mulher que está ligado aos aspectos da sexualidade, feminilidade e maternidade (MACHADO; LAWRENZ; BOTH, 2011).

Diante disso o enfrentamento social é conceituado na relação à doença do câncer com, uma ação do ser humano frente à situação de doença grave tendo que enfrentar na sua atividade cognitiva, motora individual para que a integridade física e psíquica seja ela preservada (NASCIMENTO; NUNES, 2010).

O estado emocional da mulher com o câncer de mama tende a ter alterações no comportamento, dificultando enfrentar todas as situações do tratamento cirúrgico e quimioterápico (NASCIMENTO; NUNES, 2010).

A mulher com o diagnóstico do câncer de mama, vive momentos de reflexão sobre a doença, pois o resultado é devastador para o seu organismo. A presença de conjuntos de sentimentos que está associado ao medo da morte ou ao medo do tipo de tratamento, para ela representa uma violação do órgão que a define como mulher, gerando um desequilíbrio na esfera emocional, social, devido à mudança de estilo de vida podendo ser físico ou econômico. Portanto a assistência a essa mulher é imprescindível, por causa do impacto da carga emocional (SILVA, 2008).

O câncer de mama interfere na qualidade de vida da mulher pela alteração da imagem corporal, mudando o seu comportamento, passando a ter vergonha de se apresentar na sociedade, se isolando em um mundo que afasta da sua atividade diária como: não se olhar no espelho, diminuir desejo sexual, entrando em uma fase de angústia e depressão (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

A experiência vivenciada com a doença do câncer de mama trás para a mulher desequilíbrio no comportamento que atinge os familiares e os colegas de trabalho, devido ao método de rotina do tratamento, pois são formas agressivas e assustadoras promovendo ao paciente o aumento da intolerância, da impotência e da fragilidade (SILVA, 2008).

É comum se vê a preocupação bem direcionada com relação aos problemas sociais. Como a situação ameaçadora da doença, que desperta diferentes reações sentimental no entendimento cultural que é marcado pelo significado de morte, trazendo para a mulher portadora dessa patologia o afastamento do meio social (PERREIRA et al., 2006).

O preconceito das pessoas em associar a doença com a morte dificulta um pouco a mulher em enfrentar a doença que está associada ao estigma eminente da morte. São observadas de forma clara, algumas atitudes que são vivenciadas pela sociedade, quando se refere aquela mulher com câncer de mama, palavras considerada preconceituosa como: “coitada está com câncer” ou “ela era uma boa pessoa vai morrer de câncer”, despertando assim sentimento de pena por achar que vai morrer, levando-a a se entregar em uma profunda tristeza (PERREIRA et al., 2006).

Em um propósito de levantamento sobre o reflexo de alguns pontos específicos relacionados ao significado da doença que afeta a identidade feminina, ameaçador da sua feminilidade, sexualidade e maternidade; fazem com que essas mulheres acometidas pelo câncer de mama, terem que aprender lidar com as sequelas deixadas pela doença junto à sociedade, confrontando com a falta de entendimento no aspecto cultural, ligado a construção da identidade feminina, que certamente está envolvido com a doença (SILVA, 2008).

Com o diagnóstico do câncer de mama, a mulher se depara em uma situação que levará a vários pensamentos e preocupações, pelo efeito traumático que trás o tratamento, pois a indicação é cirúrgica podendo ser conservadora ou mastectomia, quimioterápica e radioterapia, gerando sentimentos que envolvem a perda de um órgão que tem grandes significativos e simbolismo para a mulher (MACHADO; LAWRENZ; BOTH, 2011).

As ações relativas à imagem do corpo têm um significado fundamental para a vida social da mulher dentro da formalidade adequada. A percepção do seu corpo que está relacionada à mente é composta de aspectos fisiológicos, mental e cognitivo que constrói a sua própria imagem, onde vai marcar fatores socioculturais como padrão de beleza e de moda estabelecida pela a sociedade regida em uma imagem do corpo ideal (PEREIRA et al., 2006).

Quando essa imagem é violada e a mulher com o câncer de mama tem que se submeter a um tratamento que implicara na retirada da mama, ela é afetada diretamente na sua autoestima, perdendo o valor da sua feminilidade, sexualidade e reduzindo o desejo sexual e vontade de se relacionar com outra pessoa (PEREIRA et al., 2006).

Devido às exigências estimadas pela a sociedade em alcançar a perfeição do corpo, as mulheres mastectomizadas pelo fato de não estar dentro desse padrão estabelecido pela sociedade, são alvo de preconceito, levando-a ao afastamento das suas atividades e desvalorização dos seus sentimentos (PEREIRA et al., 2006).

Segundo Silva (2008) pode se falar em estágio de sentimentos que as mulheres com câncer de mama atravessam, sendo dividido em fase inicial, fase avançado e fase final, como explica o quadro 2.

Quadro 2- Estágio de sentimentos das mulheres com câncer de mama

Fase inicial	A paciente fala sobre a doença e compartilha seu sentimento de tristeza e fragilidade com outras pessoas.
Fase avançado	É aquela que o medo da morte e os seus sentimentos ficam mais escondido pelo receio do abandono;
Fase final	O silêncio é prevalecido, onde a presença do apoio da família e amigos é fundamental.

Fonte: Silva (2008).

As mulheres mastectomizadas têm uma facilidade em desenvolver depressão comparada com as mulheres normais. Decorrente a essa estatística, a cirurgia que acarreta alteração física trás um desconforto emocional levando a uma alteração mental. Em torno de 35% das pacientes chegam a essa situação de depressão, muito delas estão associado em alguma variação relacionada ao convívio com seu cônjuge e familiar, relação profissional, história familiar e a idade (SILVA et al., 2010).

O impacto que trás o tratamento do câncer de mama interfere a relação interpessoal familiar e social, levando-a a um comportamento modificado alterando a estrutura funcional familiar, necessitando de ajuste da nova rotina que terá de enfrentar com relação às mudanças dessa nova condição de vida (PEREIRA et al., 2006).

Durante o processo do tratamento pode-se perceber um desequilíbrio estrutural na união familiar e social no aspecto da doença, isso depende do relacionamento que existia antes do adoecimento, e está ligado na proximidade familiar e cumplicidade afetiva (SILVA et al., 2010).

Para que tenha uma resposta positiva no enfrentamento da doença a relação família e a sociedade, tem o caráter de ajudar a romper todo o processo de dor interna e externa, fortalecendo-a e favorecendo-a em possíveis laços de conflitos emocionais que terão que passar (SILVA; MARINHO, 2013).

Se houver uma parceria entre a mulher doente com as pessoas do meio em que vive, o enfrentamento fica menos impactante, podendo ser positivo a atenção no cuidado junto ao tratamento da depressão, auxiliando a saída da fase de isolamento e vergonha, do preconceito social e familiar rompendo todas as etapas do câncer de mama (PEREIRA et al., 2006).

As mulheres mastectomizadas que são casadas apresentam uma mudança de comportamento com seu cônjuge, diminuindo a vontade de ter relações sexuais por medo de ser rejeitada, devido à falta das mamas, pois esta representa um seguimento importante para a sedução do seu parceiro (SILVA; MARINHO, 2013).

Os seios têm uma representação muito forte para o casal, pois simboliza a sensualidade feminina para atrair o seu companheiro. A falta das mamas vai deixar a mulher insegura, dando-a limites na sua intimidade junto ao seu parceiro, ficando tímida e envergonhada ao se despir (GASPERELO et al., 2010).

Um dos problemas deparado no tratamento da doença encontrado na cirurgia e na quimioterapia se dá no desconforto emocional, devido à alteração de imagem corporal (mutilação mamaria), queda dos cabelos, fragilidade das unhas das mãos, anorexia ou obesidade, o que leva essa mulher ao medo da rejeição social, desencadeando a diminuição da sua autoestima e autoconceito, dificultando assim o tratamento da doença (SILVA; MARINHO, 2013).

A mulher pós-cirurgia de mastectomia vive a sombra do linfedema de braço, onde representa de forma bem significativo o sofrimento, pois se dá no acúmulo de líquido, devido à dificuldade de drenagem da circulação do fluxo linfático (PANOBIANCO et al., 2008).

O linfedema é uma complicação pós-cirúrgica que impacta problema social e de saúde, elevando o risco de infecções, desconforto das intensas dores no braço e edema no membro, trazendo prejuízo na esfera emocional e físico (PANOBIANCO et al., 2008).

O linfedema tem o poder de desestruturar a qualidade de vida da paciente, desequilibrando seu estado emocional, provocado pelo edema do braço alterando a sua imagem, deixando-a fora do padrão de beleza estabelecido pela a sociedade (PANOBIANCO et al., 2008).

O chamado linfedema provoca uma diminuição da sua autoestima pelas modificações físicas, contribuindo com o desenvolvimento da angústia e da tristeza carregado pela mudança na autoimagem (PANOBIANCO et al., 2008).

O linfedema desencadeia situação nas mulheres pós-câncer de mama limites nas atribuições diárias e provoca deformidade na sua aparência que interfere no meio social, levando-a ao isolamento por vergonha da assimetria do braço (PANOBIANCO et al., 2008).

A incerteza das condições da mulher em enfrentar o mal do linfedema, dificulta a estabilidade do equilíbrio da sua autoimagem, sendo ela interna ou externa, pois ela se vê diferente deixando-a envergonhada por causa da sua aparência, contribuindo para a estimativa do problema na alteração de seus hábitos e seu estado emocional (PANOBIANCO et al., 2008).

No aspecto sociocultural no contexto do planejamento de assistência as mulheres com linfedema por câncer de mama é estabelecido à necessidade de incorporar um cuidado na esfera do psicossocial. Para possibilitar a ela um processo social, que envolve outras pessoas com recurso em compreender e fornecer base para viver com essa nova imagem corporal (PANOBIANCO et al., 2008).

O papel da família no processo de saúde e doença é muito importante para surgir estratégias fundamentais no enfrentamento social mais saudável, através de carinho e atenção familiar auxiliando na luta contra a enfermidade, ajudando-a nas reações

adversas do tratamento, alcançando melhoras no âmbito emocional e físico (GASPERELO et al., 2010).

As mulheres procuram meios para suportar as dores das etapas vividas no período doente, que a sustenta e de confiança interior, aonde vão buscar a paz interna por meio da fé e esperança no amparo espiritual, que vai gerar sentimentos positivos ajudando a superar o sofrimento das reações adversas do tratamento e ao medo da morte, achando apoio para enfrentar as barreiras em que sobrevém (TAROUCO et al., 2009).

A fé trás alívio na reconstrução de uma nova forma de vida, passando ter uma visão positiva das coisas que terá de enfrentar junto ao meio social, familiar se estruturando positivamente (TAROUCO et al., 2009).

Uma das mais importantes estratégias no enfrentamento social da mulher com câncer de mama se dá no apoio familiar, dando suporte emocional, físico e econômico através do cuidado direto e indireto, auxiliando em toda a atividade diária com recursos positivo na aceitação da nova forma de viver e na sustentação necessária relacionada ao equilíbrio do bem estar (FERREIRA; ALMEIDA; RASERA, 2015).

Outro aspecto que contribui para a mulher enfrentar a adversidade da doença do câncer de mama é a cirurgia da reconstrução da mama com a adaptação da prótese mamária, utilizando técnicas que irá refazer toda estrutura semelhante à mama original, podendo ser feita na hora da mastectomia ou tardia (AZEVEDO; LOPES, 2010).

Segundo o que diz Brasil (2013) a reconstrução da mama trás para a mulher benefícios voltada a sua autoestima. É um procedimento realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e garantido pela LEI Nº 12.802, DE 24 DE ABRIL DE 2013.

Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O art. 2º da Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 1º e 2º:

Art. 2º

§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução será efetuada no mesmo tempo cirúrgico.

§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas.”
(NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 24 de abril de 2013; 192º da Independência e 125º da República.

DILMA ROUSSEFF

Alexandre Rocha Santos Padilha

Este texto não substitui o publicado no DOU de 25.4.2013

Com o método de apoio à reconstrução das mamas garantido pelo SUS, as mulheres tem tido um bom resultado no equilíbrio emocional, amenizando a tristeza trazida pela falta desse órgão tão significativo para a mulher, fazendo com que ela volte a se sentir mulher, voltando a estar no padrão de beleza estabelecido pela sociedade (AZEVEDO; LOPES, 2010).

Nas mulheres que são indicadas a cirurgia de mastectomia, em 90% delas é feita a reconstrução das mamas imediata, trazendo benefícios, proporcionando a ela renascimento da alegria da alma, impactando com o bem estar, melhorando a sua autoestima, envolvimento afetivo e encorajamento na vida social (AZEVEDO; LOPES, 2010).

A família tem um importante papel junto com os profissionais da saúde utilizando métodos para auxiliar na construção de aceitação de sua imagem interna, reorganizando suas atividades diárias e aceitando a sua limitação física, para o enfrentamento da resolução de problemas e na sua inclusão no mundo social (PANOBIANCO et al., 2008).

Na cirurgia imediata no ato da mastectomia as paciente apresenta uma condição bem melhor no equilíbrio emocional, dando a ela força para enfrentar a doença de forma mais segura nas reações adversas do tratamento com a quimioterapia (FERREIRA; ALMEIDA; RASERA, 2015).

Para o tratamento com a quimioterapia, vimos que vários estudos sobre a relação emocional da alteração de sua imagem, ressalta com muita clareza a influencia da perda dos cabelos, trazendo para a mulher um sentimento de inferioridade e tristeza (SILVA et al., 2010).

No tratamento de quimioterapia um dos seus efeitos colaterais é alopecia. Os cabelos para a mulher é o símbolo da vaidade e da identidade feminina. Para alguma mulher o cabelo quanto mais longo, é mais bonito (SILVA et al., 2010).

No contexto social a perda do cabelo e a mastectomia apresenta menos sofrimento para algumas mulheres, mas para outras a alopecia representa uma tristeza bem significativa, pela dificuldade de disfarçar a sua careca, mesmo usando de artifício para disfarçar, como peruca ou lenço na intenção de melhorar a sua apresentação corporal na sociedade (SILVA et al., 2010).

Para a sociedade os cabelos longos diferenciam o gênero feminino; diante dessa cultura a queda do cabelo para a mulher se torna intolerante na sua aceitação da doença e do tratamento, deixando a mulher com uma tristeza profunda, levado assim a uma depressão, ao isolamento e ao afastamento do meio social e do seu convívio familiar (SILVA et al., 2010).

A qualidade de vida dessa mulher durante o tratamento pode diminuir, devido ao impacto agressivo do tratamento. É importante ressaltar que a mulher terá de enfrentar desafios diante da sociedade e a si próprios, onde a equipe de enfermagem terá o papel importante em auxiliar por meios vinculados a confiança com a paciente para manter o equilíbrio do controle de seu estado de saúde física, emocional e mental (SILVA et al., 2010).

Pisoni e outros (2013) fala que o impacto da alopecia para a doente e para a família é grande e por isso que a enfermagem tem um papel muito importante no auxílio de encorajamento em aceitar a seu novo visual corporal, levando informação sobre o fornecimento de peruca, estabelecer relacionamento de segurança, valorizando a sua beleza interior.

Este estudo buscou informações através de alguns autores, sobre a mulher com câncer de mama na alteração de sua imagem corporal, no aspecto emocional e físico, de acordo com a trajetória que vive durante o diagnóstico, tratamento e pós-tratamento. As literaturas analisadas foram relevantes ao considerar que as mulheres enfrentam em um mundo social representações simbólicas da doença que está enraizado em um conceito interno que traz dor, sofrimento e medo da morte.

Diante dos resultados alcançados através dos estudos, os autores Silva (2008), Ramos e Lustosa (2009) e Pereira e outros (2006) falam que após o diagnóstico do câncer, a mulher passa a ter que tomar decisões importantes na sua vida que trás um impacto grande no seu contexto social interno, familiar e econômico. Também esses autores enfatizam a possibilidade da reformulação para encarar a realidade

da doença, pois é um período que vai gerar sentimentos negativos como ansiedade, tristeza, medo e revolta.

Silva (2008), Ramos e Lustosa (2009) e Pereira e outros (2006) continuam dizendo que existe outras preocupações, como ela vai se apresentar diante do seu esposo, filhos depois da mastectomia, esse fantasma que a envolve. A retirada das mamas afeta a sua autoestima, dificultando a relação familiar e conjugal por estar ligado a um órgão que a define como mulher, alterando o seu comportamento diário em um simples olhar no espelho, a vergonha de despir para o seu parceiro na hora da relação sexual.

Esses autores enfatizam que os familiares tem um papel importante para sua restauração emocional e física, interferindo na relação interpessoal na mudança de comportamento e a necessidade de alterar a rotina da estrutura familiar para uma nova condição de vida.

Já os autores Silva e outros (2010), Silva e Marinho (2013), Panobianco e outros (2008) e Azevedo e Lopes (2010) falam que as mulheres com o câncer de mama mudam o seu comportamento, devido à alteração da sua imagem ligada a mutilação, alopecia e risco do linfedema. Apresentar-se com algumas dessas alterações é algo que está fora da beleza estabelecido pela sociedade; a sua imagem provoca preconceitos que levam essa mulher doente a se esconder e se isolar em um mundo de depressão. Portanto, o cuidado holístico da enfermagem vai interferir no tratamento auxiliando na busca de apoio com a reconstrução das mamas, utilização de perucas e orientado nos cuidados com o braço da mastectomia. As ações elaboradas pela enfermagem tem proporcionado diminuição nos conflitos sentimentais e preconceituoso quando oferece estímulo para enfrentar as suas incertezas valorizando-a e contribuindo na qualidade de vida através do autocuidado.

4.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA

A enfermagem na sua atribuição de atividade pode apresentar para a mulher com câncer de mama, técnicas para diminuir a marca da doença. Essa equipe de

profissionais deve se valer da condição de se relacionar com a paciente, através de conhecimentos técnicos para um acompanhamento próximo na assistência individual e familiar proporcionando uma valorização do seu “EU” melhorando a sua autoestima e bem estar (VAZ; SILVA C; SILVA R, 2016).

De acordo com o processo que a mulher vai adoecendo, trás consigo um sofrimento em que a vontade de rever condições e criar oportunidade em refazer sobre si uma nova forma de adaptação e de uma nova realidade de vida é apagada. O enfermeiro tem o poder de ajudá-la, por meio da esperança no retorno à vida, através da influencia na produção da mudança positiva, pela elaboração criada pela enfermagem, onde haverá auxilio no enfrentamento a doença, buscando através de estratégia elaboradas pela equipe de profissional, trazer a essa mulher uma nova esperança de vida (MINEO et al., 2013).

A assistência de enfermagem no cuidado em mulheres com câncer de mama desde diagnostico, tratamento e pós-tratamento é fundamental para o processo do enfrentamento social, sendo ela na linguagem verbal ou não verbal. É importante estabelecer uma interação de qualidade entre o profissional e a paciente, essa ação se caracteriza na incorporação da sensibilidade e solidariedade no exercício, com efeito beneficiário na estabilidade do autoconceito e autoestima da paciente, para que haja uma determinação da mulher com câncer de mama em enfrentar o seu tratamento, superando toda angustia e tristeza da doença (MINEO et al., 2013).

De acordo com decreto nº 94.406/87, a equipe de assistência de enfermagem no cuidado a paciente com câncer de mama é composto de enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, onde a responsabilidade de elaborar, executar e avaliar os planejamentos das estratégias de assistência ao cuidado, prevenção e a saúde da cliente é do enfermeiro (MINEO et al., 2013).

Para ter uma assistência de enfermagem com qualidade é preciso que o enfermeiro junto com outros profissionais tenha uma visão voltada ao aspecto do cuidado à saúde da paciente, utilizando habilidades técnicas, científica interpessoal e terapêutica de acordo com a teoria do autocuidado, utilizando instrumento essencial no auxilio a pessoa doente (MINEO et al., 2013).

Na assistência de enfermagem, uma das suas atribuições é o apoio de forma integral a mulher doente com o câncer de mama, valorizando a prestação do

cuidado a paciente no aspecto social, físico e emocional estendendo aos familiares, na orientação dos sinais e sintomas, na solicitação de exames específico (mamografia), no processo pré cirúrgico e pós cirurgia, no tratamento quimioterápico e radioterápico (MINEO et al., 2013).

O apoio da enfermagem no suporte à paciente com câncer de mama é fundamental para ajudar a mulher no tratamento quimioterápico, radioterapia e cirúrgico. O processo vivenciado pela mulher diagnosticada e em tratamento e a relação do profissional da saúde e da paciente no momento de encarar as etapas do câncer de mama, vão dar capacidade de melhora nas condições de atender as mulheres atingidas pela doença, sendo física, psicológica, familiar e social (MACHADO; LAWRENZ; BOTH, 2011).

O planejamento do enfermeiro as necessidade das mulheres com o câncer de mama, relacionado ao cuidado nas fases de tratamento da doença tem uma valorização técnica para atuar no âmbito emocional e estabilidade física, fornecendo ao paciente um auxílio humanizado, passando a ter resultados positivos no tratamento da doença favorecendo a mulher um enfrentamento seguro e de confiança (ABRÃO, 2011).

Esse processo que envolve o paciente e o enfermeiro em uma meta comum com a intenção de estabelecer a saúde tem como objetivo a necessidade de ambos, uma relação de confiança para alcançar um resultado satisfatório. Assim diante desse contexto o cuidado a essa mulher com câncer de mama e sua família se juntam para restabelecer a saúde nos aspectos biológicos e psicológicos, pois a mulher e sua família se encontram fragilizada (ARAÚJO; FERNANDES, 2008).

O enfermeiro assume o papel que contribui na saúde da população incluindo as atividades, e as orientações quantos aos fatores de risco. Em relação ao câncer de mama, o autoexame, solicitação de mamografia e exames clínicos da mama é importante à atuação da enfermagem no serviço da atenção primaria, contribuindo para a motivação de a paciente enferma buscar o tratamento, sendo ele hospitalar ou ambulatorial (LEÃO; PINTO; BRAGA, 2011).

De acordo com Mineo e outros (2013) a prevenção primaria, pode ter modificações ou eliminações dos riscos do câncer de mama, através da promoção de saúde na pratica de uma vida mais saudável, de qualidade e de bom abito. Na prevenção

secundária o diagnóstico precoce possibilitando um tratamento de resultado satisfatório podendo levar a cura; neste caso a enfermagem se responsabiliza em alertar e orientar a importância da assistência preventiva das mulheres com risco de desenvolver essa doença.

Essas mulheres que não estão preparadas para enfrentar tais dificuldades o enfermeiro tem a capacidade de assisti-la no enfrentamento da aceitação da nova imagem corporal, mudança no projeto pessoal e nas limitações de diferentes aspectos de vida (MACHADO; LAWRENZ; BOTH, 2011).

O enfermeiro acompanha todo o processo da mulher no período do diagnóstico, tratamento e pós-tratamento auxiliando-a através da orientação dada com relação aos cuidados gerais e ao acompanhamento da sua angústia e tristeza; encaminhando a uma assistência multiprofissional na intenção de ter uma assistência de qualidade e esperança de sobrevivência e até mesmo em ouvi-la em suas dúvidas e queixas pelo medo da consequência e o sinônimo que a doença carrega ao longo da sua história (MINEO et al., 2013).

Cabe ao enfermeiro promover informação a paciente quanto a mastectomia, dando apoio emocional no período pós-cirúrgico, pois a mulher terá um comprometimento de ordem física, social e emocional podendo refletir de forma negativa ao decorrer do tratamento, devido a alteração de sua imagem corporal com a retirada da mama (MINEO et al., 2013).

A enfermagem traz tranquilidade a mulher e a família acometida pela doença incentivando na aceitação de sua nova imagem direcionando-a a promover sua reintegração social no meio familiar através do autocuidado (MINEO et al., 2013).

O enfermeiro a cada dia vem ganhando espaço na autonomia no processo de cuidar por meio da comunicação com as pacientes do câncer de mama, que tem alcançado resultados satisfatórios no entendimento para encarar e lidar com a doença nos momentos de desgaste do tratamento, podendo assim atingir metas que amenizará toda angústia, sofrimento e ansiedade do tratamento pós-cirurgia, com cuidados humanizados (MINEO et al., 2013).

Na Atenção Básica de Saúde a atuação do enfermeiro se dá na informação da doença por meio interdisciplinar sobre a detecção da doença precoce, a importância de ter uma vida saudável através de atividade física, alimentação adequada,

diminuição do consumo de álcool e tabagismo, com objetivo de promover saúde e prevenir o câncer de mama entre as mulheres, possibilitando o profissional em questão a responsabilidade que abrange promoção, prevenção e recuperação da saúde (MORENO, 2010).

Deve-se lembrar de que o enfermeiro da Atenção Básica de Saúde é a peça chave para o cuidado da paciente com câncer de mama na prestação de serviço na estratégia de saúde e família, dessa forma é necessário que os profissionais tenham capacitação teórica e prática para atuar na orientação dos sintomas e reações adversas do tratamento, como saber atuar no âmbito emocional e físico nas mulheres com câncer de mama realizando curativos, manuseio em drenos e outras atribuições (MORENO, 2010).

Pode-se ter como resultado esta pesquisa um avanço no entendimento dos cuidados de enfermagem e como o enfermeiro elabora as estratégias de planejamento para utilizar na assistência de enfermagem, com base nos autores Vaz, Silva e Silva (2016), Mineo e outros (2013) e Leão, Pinto e Braga (2011) destacam que a enfermagem pode e tem a capacidade de dar uma assistência adequada e com muita viabilidade na reconstrução do seu “EU” proporcionando uma melhora na autoestima e autoconceito em mulheres com câncer de mama. Afirmam ainda que a influencia na produção da mudança positiva dessas mulheres doentes, é criada pela a enfermagem em uma assistência humanizada, com elaboração de estratégia de planejamento de cuidados direto e próxima à família e a paciente, pois entendem que a doença abrange todas as pessoas do convívio dessa mulher diagnosticada com a doença e seus familiares. Para eles a equipe de enfermagem tem que estar preparada não só para uma assistência física, mais tem que ter habilidade para oferecer cuidados no âmbito emocional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho fala de mulheres que tem que encarar as adversidades do câncer de mama na sua alteração física e emocional, devido à mudança da sua imagem corporal após diagnóstico e durante e depois do tratamento, onde as literaturas vão apontar dificuldade na aceitação e na condição de elaborar estratégias para o enfrentamento social nas marcas deixadas da doença.

O câncer de mama é uma doença assustadora e tem crescido muito em número de casos entre as mulheres, trazendo consigo angustia, tristeza e preconceito. As mulheres ao serem diagnosticadas, se veem em uma situação de decisão que mudará todo o seu cotidiano, sendo ele socioeconômico e cultural, até na sua forma de viver. O tratamento requer muito do apoio da família e da enfermagem, para enfrentar cada etapa que terá que viver na mastectomia e a quimioterapia com as reações adversas de todo período como: a ausência das mamas, a queda dos cabelos e o risco do linfedema do braço.

Elas também passam por momentos de desequilíbrio emocional e medo de tudo o que está por vir, a incerteza e a insegurança de aceitação é um fantasma que assombra essa mulher, pois está mexendo na parte do seu corpo importante. As mamas é o órgão usado para a amamentação e para sedução sexual, na falta, traz para si vergonha e a certeza da rejeição, pois é algo que precisa ser trabalhado para fazer o resgate de seu “EU”, e a enfermagem deve acompanhar todo o processo. De acordo com várias literaturas o enfermeiro pode e tem técnica de conhecimento científica para assistir a essa mulher, através da arte do cuidado pela a teoria do autocuidado.

O enfermeiro nas suas atribuições diárias tem dentro delas o papel importante, no cuidado com as mulheres com câncer de mama, dando suporte direto no período do diagnóstico, no tratamento e pós-tratamento, através da arte do cuidar com técnicas científicas oferecendo segurança no aspecto emocional e físico, devido alteração da sua imagem.

Muita das vezes o enfermeiro se coloca ao lado da mulher para ouvi-la, pois se encontra fragilizada por estar fora da estética estabelecida pela sociedade. É o

enfermeiro junto com uma equipe multidisciplinar que orienta buscar alternativas para uma reformulação de uma nova forma de vida através de apoio social, usando os direitos adquiridos por Leis, proporcionando uma qualidade de vida, estabelecendo equilíbrio emocional.

Então se conclui que para uma assistência de enfermagem a essa mulher com câncer no enfrentamento social é importante um acompanhamento integral para uma enfermagem mais humanizada a essa doente, que se encontra fragilizada devido as consequências físicas e emocional que essa doença trouxe, não só depende de um tratamento médico, mas de cuidados intensivo durante toda a etapa, desde a descoberta até o seu desfecho, oferecendo segurança a mulher com câncer e a sua família que se encontra abalada.

A relevância desse assunto faz com que percebemos que a enfermagem tem condição de ampliar o seu conhecimento com suporte terapêutico no cuidado ao paciente como profissional assistencial na saúde da mente e físico.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO R. S, et. al.; Cuidados de Enfermagem às Mulheres com Câncer de Mama: Revisão de Literatura, **Rev enferm UFPE on line**. 2011 ago.;5(6):1526-533
Disponível em:
file:///C:/Users/Ludmilla%20Souza/Downloads/CUIDAD;OSDEENFERMAGEMASMU LHERESCOMCANCERDEMAMA-REVISAODELITERATURA.pdf Acesso em: 18, fevereiro, 2018.
- ARAÚJO, I. M. A.; FERNANDES, A. F. C. Diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2008 dez; 12 (4): 664-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a09.pdf> Acesso em: 05, abril, 2018.
- AZEVEDO R.F.; LOPES R.L.M. Concepção de corpo em Merleau – Ponty e mulheres mastectomizada. **Revista Brasileira em Enfermagem**, v. 63, n.6, Novembro, p. 1067-1070, 2010. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600031&script=sci...tln Acesso em: 23, março, 2018.
- BARROS, A. C. S. D; BUZAID, A. C. **Câncer de Mama**: tratamento multidisciplinar. São Paulo: Dendrix, 2007.
- BARRETO R. A. dos S. et. al. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem, **Revista Eletronica de Enfermagem** 2008;10(1):110-123. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10.htm> Acesso em:23, março, 2018.
- BOFF, R. A; WISINTAINER, T. **Mastologia moderna**: abordagem multidisciplinar. 2. ed. Caixias do sul: Mesa Redonda, 2207.
- BRAGA, D. S. **Tutoria da Anatomia Mamária Feminina Utilizando Uma Rede Neural Artificial Interactive Activation And Competiton Orientada a Serviço**. Publicação 37A/2015, Dissertação de Mestrado em Engenharia Biomédica, Programa de Pós-Graduação em Engenharia Biomédica, Faculdade Gama, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Institui o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM)**. Gabinete do Ministro PORTARIA Nº 531 DE 26 DE MARÇO DE 2012a. Disponível em:
file:///F:/Portaria+da+Qualidade+em+Mamografia+2012.pdf Acessado em 25, agosto, 2017.
- _____. LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012. **Previdência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Brasília, 22 de novembro de 2012b; 191º da Independência e 124º da República. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm Acesso em: 27, setembro, 2017.

_____. LEI Nº 12.802, DE 24 DE ABRIL DE 2013.. **Previdência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Brasília, 24 de abril de 2013; 192º da Independência e 125º da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12802.htm Acesso em: 27, setembro, 2017.

BRITO, A. E. F de, et. al. **Conhecimento de Acadêmicos dos Cursos de Saúde sobre os Fatores de Risco para o Câncer de Mama**. Centro Universitário do Sul de Minas UNIS, Varginha/MG, Brasil 2016 Disponível em: [file:///C:/Users/Simone_2/Downloads/287-658-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Simone_2/Downloads/287-658-2-PB%20(1).pdf) Acesso em: 21, maio, 2017.

CÂNCER de Mama>Carcinoma de Mama, 2003. Disponível em: <http://www.fisioterapiaparatodos.com/p/doencas-da-mama/carcinoma-de-mama/Acesso em: 24, outubro, 2017.>

FARIAS, C. F, et al. Métodos de Detecção de Câncer de Mama entre profissionais da saúde. **Revenferm UFPE online**, Recife, 8(1):37-43, jan., 2014 Disponível em file:///C:/Users/Simone_2/Downloads/5425-51508-1-PB.pdf. Acesso em 07, abril, 2017.

FERREIRA, C. B; ALMEIDA, A. M; RASERA, E. F; Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram, **Comunicação Saúde Educação**, v.12, n.27, p.863-71, São Paulo out./dez. 2008 Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/2909/art_ALMEIDA_Sentidos_do_diagnostico_por_cancer_de_mama_2008.pdf?sequence=1 Acesso em: 16, agosto, 2017.

GASPARELO, C. et. al. Percepção de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3., jul-set, p. 535-542, 2010. Disponível em <file:///F:/12557-47694-1-PB.pdf> Acesso em: 27, setembro, 2017.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2005; 51(3): 227-234. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf. Acesso em 07, abril, 2017.

HASSAN, R. A. M, et. al., Fatores preditivos de margens cirúrgicas comprometidas no tratamento do carcinoma ductal in situ da mama. **Rev Bras Mastologia**. 2017; 27(1): 36-40 Disponível em: http://www.rbmastologia.com.br/wpcontent/uploads/2017/01/MAS-v27n1_36-40.pdf Acesso em: 12, setembro, 2017.

HORTA H. L., MARTINS L. I. S, PINA S. de. Mulheres com Câncer de Mama: Cuidados de Enfermagem. **Revista Investigação**, 15(4): 113-117, São Paulo, 2016 Disponível em: <http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/viewFile/1253/888> Acesso em 09, abril, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. **De Doença desconhecida a problema de saúde pública: O INCA e o controle do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2007.172p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf Acesso em: 08, setembro, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Rede nacional de câncer familiar: manual operacional / Instituto Nacional de Câncer** – Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_nacional_cancer_manual.pdf Acesso em 08, setembro, 2017.

_____. Ministério da Saúde, **A mulher e o câncer de mama no Brasil.** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede – Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br> Acesso em: 21, setembro, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) **Câncer de mama: é preciso falar disso/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.** – 3. ed. – Rio de Janeiro: Inca, 2015a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/outubro-rosa/2015/material/cartilha-cancer-de-mama-vamos-falar-sobre-isso-2015-3-edicao-web.pdf> Acesso em: 08, setembro, 2017.

_____. **Estimativas 2016:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_cancer_mama1.pdf. Acesso em: 21, agosto, 2017.

_____. Ministério da Saúde, **A mulher e o câncer de mama no Brasil.** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Tipos de Câncer de Mama – Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama> Acesso em: 16, março, 2018.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Tipo de câncer de Mama. Carcinoma ductal in situ.** Equipe Instituto Oncoguia, 2017. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/carcinoma-ductal-in-situ/6560/34/> Acesso em: 12, setembro, 2017.

LEÃO, M. R. C; PINTO A. C. O; BRAGA, D. B. **Cuidados de Enfermagem nos Níveis de Prevenção da História Natural do Câncer de Mama.** Percurso Acadêmico, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 270-286, jul/dez. 2011 Disponível em: [file:///C:/Users/Simone_2/Downloads/2285-15424-3-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Simone_2/Downloads/2285-15424-3-PB%20(1).pdf) Acesso em: 04, junho, 2017.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimento metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Kátal.** Florianópolis, v. 10,

n. especial, p. 37-45, 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe.pdf> Acesso em: 05, abril, 2018.

MACHADO A.C.A, LAWRENZ P, BOTH L.M, et al. Enfrentamento e Câncer de mama Revisão Sistemática da Literatura Nacional. **Revista da Sociedade de Psicologia**. Rio Grande do Sul 2011, p 31-39. Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Elisa_Kern_De_Castro/publication/275036135_Enfrentamento_e_cancer_de_mama_revisao_sistemica_da_literatura_nacional_Coping_and_breast_cancer_systematic_review_of_national_literature/links/55306ede0cf2f2a588ab22bf/Enfrentamento-e-cancer-de-mama-revisao-sistemica-da-literatura-nacional-Coping-and-breast-cancer-systematic-review-of-national-literature.pdf. Acesso em: 04, maio, 2017.

MAIA, C. S. Câncer de mama: profilaxia na presença de alterações dos genes BRCA1 e BRCA 2. **RSC online**, 2016; 5(2): 84-93. Disponível em:
<http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/viewFile/374/253> Acesso em: 08, setembro, 2017.

MARQUES, L. O. et. al., Correlação dos achados clínicos, mamográficos e ultrassonográficos do carcinoma ductal isolado ou associado a outras neoplasias. **Rev. Med. Res.**, v.16, n.2, p.99-107, abr./jun.2014. Disponível em:
<http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/595/580> Acesso em: 12, setembro, 2017.

MARTINS, L. C. et al., Padrão de metástase no câncer de mama triplo negativo. **Rev Bras Mastologia**. 27(1):8-14, Goiás, 2017. Disponível em:
http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2017/01/MAS-v27n1_8-14.pdf. Acesso em: 07, abril, 2017.

MINEO, F. L. V, et. al. Assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* Vol.04, Nº. 02, Ano 2013 p.2238-2260. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewFile/22951/16474> Acesso em: 05, abril, 2018.

MORENO, M. L. O papel do Enfermeiro na abordagem do câncer de mama na estratégia de saúde da família. **Acervo de Recursos Educacionais em Saúde, UMA SUS**, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. Disponível em:
[file:///C:/Users/Ludmilla%20Souza/Downloads/0693%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ludmilla%20Souza/Downloads/0693%20(1).pdf) Acesso em: 19, abril, 2018.

NASCIMENTO C. M, NUNES S. O Conceito de Enfrentamento e a sua Relevância na Prática da Psicologia. **Revista de Psicologia** .vol 13 nº 19, ano 2010. P 91-102. Disponível em: file:///C:/Users/Simone_2/Downloads/2519-9695-1-PB.pdf. Acesso em: 03, junho, 2017.

PANOBIANCO, S. M. et. al. Experiência de Mulheres com Linfedema Pós-Mastectomia: Significado do Sofrimento Vivido. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 4, p. 807-816, out./dez. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n4/v13n4a19.pdf> Acesso em: 27, setembro, 2017

- PEREIRA, S. A., et.al. Vivências de cuidado da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, nov-dez, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a13.pdf> Acesso em: 27, setembro, 2017.
- PISONI, A. C; et al. Dificuldades vivenciadas por mulheres em tratamento para o câncer de mama. **J. res.: fundam. care. online** 2013. jul./set. 5(3):194-01 194. Disponível em: file:///C:/Users/Simone_2/Downloads/DialnetDifficultiesExperiencedByWomenUndergoingTreatmentF-5090968.pdf Acesso em: 03, julho, 2017.
- RAMOS B. F; LUSTOSAM. A.Câncer de Mamam Feminino e Psicologia. **Rev. SBPH**, v. 12 n. 1 Rio de Janeiro jun. 2009 Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a07.pdf>, Acesso em 08, abril. 2017.
- ROMERO F. B; et al. Apoio Social das Mulheres com Câncer de Mama.**Revista Psicologia e Saúde**, v4, n.1, janeiro – junho. 2012. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/122/209>. Acesso em: 07, abril, 2017.
- SILVA, G. M.; MARINHO, V. L. Repercussões psicossociais em mulheres que sofreram cirurgia de mastectomia acompanhadas pela liga feminina de combate ao câncer de mama em Guripi-tu. **Revista UnirG**, v. 5, n. 1, 2013. Disponível em: Disponível em: <file:///F:/412-1459-1-PB.pdf> Acesso em: 27, setembro, 2017. Acesso em: 27, setembro, 2017.
- SILVA L. C. Câncer de Mama e Sofrimento Psicológico: Aspectos Relacionados ao Feminino. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 13, n. 2, p. 239-237, abr../jun. 2008 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2> Acesso em: 04, maio, 2017.
- SILVA, S. E. D.; da, et. al.; Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, set.-out., v. 63, p. 727- 734, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a13.pdf> Acesso em: 27, setembro, 2017.
- TAROUCO R. L, et al. A Espiritualidade e o Viver com Câncer no Processo de Morrer. **Rev enferm UFPE on line**. 2009 Oct/Dec;3(4):1021-6. Disponível em: file:///C:/Users/Simone_2/Downloads/5597-10316-1-PB.pdf Acesso em: 23, março, 2018.
- VAZ, D.C; SILVA,C.R.L; SILVA, R.C.L, Acompanhamento Presencial e Telefônico do sistema em mulheres com câncer de mama submetida à quimioterapia. **RevEnferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2016,24(5) e 15577. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.15577>. Acesso em: 28, setembro, 2017.
- WINNIKOW, E. **Anatomia da mama**. São Paulo:Sociedade Brasileira de Mastologia, 2010. Disponível em:<http://www.centrodemama.com.br/paginas/profissionais_da_saude/cursos_e_congressos. Acesso em: 17, maio, 2017.

