

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ADRIANA DE ASSIS OLIVEIRA QUADROS

**REPERCUSSÕES DA MASTECTOMIA NA VIDA DAS MULHERES: uma revisão
integrativa**

PORTO ALEGRE

2016

ADRIANA DE ASSIS OLIVEIRA QUADROS

**REPERCUSSÕES DA MASTECTOMIA NA VIDA DAS MULHERES: uma revisão
integrativa**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Eglê Kohlrausch

PORTO ALEGRE

2016

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus por tudo quanto tem me propiciado.

Aos meus pais, pela dedicação e apoio, ao meu esposo Alexandre e especialmente à minha filha Jessica, que foi meu exemplo de inspiração e que durante os momentos difíceis da minha graduação mostrou-se otimista, dedicada e, ainda incentivadora.

Agradeço às minhas queridas amigas de graduação Sandrine, Zilda e ao amigo Gonzalo entre outros colegas com quem vivenciei momentos de tristezas e de alegrias. Todos foram especiais em minha vida e deixaram forte recordação por seus abraços acolhedores, por suas palavras de incentivo e também por suas críticas construtivas que foram decisivas para o meu aprendizado e crescimento em todos os aspectos.

Sou grata aos meus professores (as) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e também aqueles que estiveram ao meu lado nesta trajetória de estudos sempre me apoiando através de atitudes respeitadas e positivas sempre com dedicação e sabedoria transmitidas, especialmente à minha querida orientadora desta Revisão Integrativa Prof^a Eglê pela sensibilidade, carinho e por acreditar no meu potencial.

Às professoras Dóris e Elizeth que foram precursoras e incentivadoras do meu crescimento neste trabalho e também às pacientes do grupo de Psicoeducação para mulheres com câncer de mama do Serviço de Mastologia e Enfermagem em Saúde Pública no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que compartilharam seus sentimentos e também me ensinaram a amar o corpo e acreditar que, como dizia o poeta Rubem Alves: “Não haverá borboletas se a vida não passar por longas e silenciosas metamorfoses.”

RESUMO

O câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia mais frequente nas mulheres em todo o mundo, sendo considerado um problema de saúde pública, e a mastectomia é um dos recursos terapêuticos utilizados em seu tratamento. Este estudo teve como objetivo identificar na literatura científica quais são as repercussões da mastectomia na vida da mulher. A metodologia que orientou a investigação foi a revisão integrativa (RI) de literatura. Pesquisou-se em periódicos indexados nas bases de dados LILACS e BDENF, entre 2012 e 2016, usando os descritores mastectomia, neoplasias da mama, saúde da mulher, saúde mental, cuidados de enfermagem e reabilitação. Foram encontradas 15 publicações que responderam a questão norteadora do estudo e compuseram a amostra. Verificou-se que apesar da neoplasia da mama ter bom prognóstico quando diagnosticada precocemente, ainda é fonte de complicações físicas e psicológicas. As mulheres que passaram pela cirurgia da mama percebem sua imagem comprometida. Para as mulheres mastectomizadas, o convívio com a exérese da mama, seja total ou parcial, interfere negativamente em sua vida, e o acesso igualitário ao tratamento adequado ainda não é uma realidade brasileira. Torna-se imprescindível a responsabilidade e participação do profissional de enfermagem no cuidado físico e emocional, pois na visão das mulheres mastectomizadas existe a necessidade de maior engajamento destes profissionais no cuidado no âmbito da atenção básica e hospitalar. Sugere-se que se amplie e melhore a participação do enfermeiro na pesquisa e publicações científicas que possam nortear a atenção integral à saúde da mulher mastectomizada.

Descritores: mastectomia, neoplasias da mama, saúde da mulher, saúde mental, cuidados de enfermagem e reabilitação.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição dos artigos por base de dados no período de 2012-2016	24
Figura 2 - Distribuição do número de publicações por idioma	26
Figura 3 - Ano de publicação dos artigos	26
Figura 4 - Gráfico metodologia dos estudos da amostra	27
Quadro 1 - Amostra dos artigos da revisão integrativa, títulos, autores e objetivos, 2012-2016.....	27
Quadro 2 - Quadro sinóptico geral das ideias dos autores sobre as repercussões da mastectomia na vida da mulher, 2012 - 2016.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das publicações científicas por bases de dados, 2012-2016	23
Tabela 2 - Distribuição das publicações científicas por cruzamento de descritores, 2012-2016	24
Tabela 3 - Publicações científicas por agrupamento de descritores, com critérios inclusão e exclusão	25
Tabela 4 - Publicações por agrupamentos de descritores que respondem à questão norteadora, 2012-2016.....	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO	10
3 REVISÃO DA LITERATURA	11
4 MÉTODO	20
4.1 Tipo de estudo	20
4.2 Formulação do problema	20
4.3 Coleta dos dados	20
4.3.1 Critérios de inclusão	21
4.3.2 Critérios de exclusão	21
4.4 Avaliação dos dados	21
4.5 Análise e interpretação dos dados	22
4.6 Apresentação dos resultados	22
4.7 Aspectos éticos	22
5 ANÁLISE DOS DADOS	23
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE A – Instrumento para registro das informações dos artigos.....	51
APÊNDICE B – Quadro sinóptico geral	52

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o câncer foi considerado uma doença sem tratamento e incurável (LAGO et al., 2015). Faz parte de um grupo de doenças conhecidas como multifatoriais, e, na maioria dos casos, fatores genéticos e ambientais trabalham juntos na criação de condições que favorecem o surgimento da enfermidade. O câncer é uma patologia que se desenvolve lentamente ou de modo acelerado, e depende da duração de renovação celular e peculiaridades biológicas de progressão. É uma doença complexa, na qual as células cancerígenas invadem o tecido normal, produzindo alterações no ciclo celular, causando crescimento anormal e desordenado das células teciduais (FARINHAS; WENDLING; DELLAZZANA-ZANON, 2013).

O câncer de mama é a segunda maior causa de óbito entre as mulheres adultas e configura um problema de saúde pública no mundo inteiro, repercutindo de maneira impactante na vida cotidiana das mulheres e de suas famílias (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015). As estimativas atuais apontam que o Brasil teve 57.120 mil novos casos para o ano de 2015 e que poderá ter 57.960 mil casos novos para o ano de 2016 (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015; INCA, 2016).

Embora a doença seja considerada de bom prognóstico, se diagnosticada e tratada inicialmente, ainda permanece como a mais temida entre as mulheres por estar intimamente associada com a mutilação, por afetar a sua autoestima e a sua imagem corporal e por deixar marcas difíceis de serem apagadas, como consequência das situações de diagnóstico tardio (PESSOA et al., 2015). A mastectomia é a terapêutica empregada nos casos da neoplasia de mama avançada, especialmente na tentativa de erradicação e de controle do avanço da doença (FERREIRA et al., 2011). Configura a extração da mama, parte do corpo fundamental para a identidade feminina, e resulta em alteração negativa da imagem corporal, uma vez que representa uma limitação estética e funcional, interfere na vida social e causa sofrimento psicológico, pois constitui um evento traumático para a maioria das mulheres e reduz a sua qualidade de vida (RAMOS et al., 2016).

A mulher se depara com as incertezas e com o medo que, certamente, não estará totalmente preparada para enfrentar. No âmbito do seu contexto social e familiar, precisará de intenso apoio, porque é uma situação desconfortável, que desencadeia profundo sentimento de impotência diante dessa realidade fatídica em sua vida, especialmente na questão da redução da autoestima pela mudança em sua autoimagem.

Por isso, socialmente e para a mulher, a mama representa não somente mais uma parte do seu corpo, mas também simboliza o acolhimento, o amor e a afetividade (AZEVEDO; LOPES, 2010).

Um dos principais motivos para que a mastectomia seja um dos recursos utilizados como tratamento é o diagnóstico tardio da doença (BANDEIRA et al., 2011; MAJESWSKI et al., 2012). Por isso, é crucial despertar nos profissionais de saúde a urgência em realizar a detecção inicial dos sinais e sintomas do câncer de mama, a fim de promover estratégias para o cuidado adequado (SILVA; HORTALE, 2012). Dessa forma, aumenta a necessidade de realização e detecção precoce da neoplasia mamária, pois é a maneira ideal para prevenir futuras complicações físicas e emocionais (NASCIMENTO et al., 2015).

Trata-se de uma doença que gera desafios para os cuidados em saúde, pois traz alterações significativas para a qualidade de vida, de modo que a atenção aos aspectos psicossociais seja tão importante quanto o tratamento da enfermidade (SALES et al., 2015). Tendo isso em vista, é relevante que haja um envolvimento mais efetivo dos profissionais de saúde, em destaque os de enfermagem, próximos a essas mulheres desde o primeiro contato com elas, seja em consulta de enfermagem na unidade de saúde, seja no ambiente hospitalar. Isso é o que torna a reabilitação a chave fundamental para a qualidade de vida, porque contribui para a melhora da autoestima feminina (SALES et al., 2015).

O desejo para realizar esta revisão integrativa surgiu no decorrer da graduação, a partir de participações em estágio na área de Saúde Mental no Grupo de Psicoeducação para pacientes com câncer de mama: Serviços de Mastologia e Enfermagem em Saúde Pública no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o que despertou interesse em aprofundar o conhecimento a respeito das repercussões da mastectomia na vida da mulher em reabilitação psicossocial.

No decorrer da participação no grupo da mama, dos seminários em saúde mental e das consultas de enfermagem, percebeu-se o quanto essa área de conhecimento e cuidado era interessante, e, com o tempo, emergiram sentimentos e preocupações pontuais em relação ao entendimento do sofrimento psicológico, mais especificamente, os que tratam sobre a repercussão da mastectomia na vida da mulher em sua integralidade. Refletiu-se sobre a importância do vínculo, da relação e da afetividade estabelecidas entre a paciente e o enfermeiro, pois mesmo que as mulheres recebam atenção da equipe multiprofissional, a enfermagem está diretamente ligada a seus principais cuidados, contribuindo favoravelmente na identificação de transtornos que possam surgir em decorrência da mastectomia. A empatia do profissional ao lidar com essa mulher por meio de um simples gesto, do modo de falar com

mais suavidade, do toque delicado ou de um abraço confortavam as mulheres durante os momentos mais intensos e duros de suas vidas. Ajudar a escolher uma peruca que combinasse com rosto delas era uma atividade simples, mas com uma repercussão importante, pois tinha a intenção de melhorar sua autoestima, já que muitas delas estavam vivenciando o abandono pelo companheiro, devido à aparência do seio retirado, ou, em alguns casos, pelo odor causado pela inflamação no local da cirurgia. Por isso, nota-se que é fundamental abordar a luta feminina contra o câncer de mama e suas consequências, e também o impacto que tem na saúde mental, física, emocional e social, pois não é somente um corpo mutilado, trata-se de um ser integral que deseja, merece e precisa ser cuidado com sensibilidade e apoio para reconstruir a autoestima, a harmonia familiar, a autoconfiança e o respeito em si mesma.

Durante esse período junto a elas e à equipe multiprofissional, foi perceptível que, para a mulher, a marca da cicatriz visível é apenas um fio de sua dor invisível aos olhos de quem lhes presta cuidados. Então, o conhecimento do enfermeiro sobre os cuidados à saúde mental da mulher nesse momento de desconforto, dor, incertezas e fragilidade, é a base fundamental para participar da equipe multiprofissional.

A enfermagem precisa saber identificar, reconhecer e manejar os sentimentos dessas mulheres, saber suas reais necessidades e realizar um planejamento assistencial coerente e integral.

Diante deste contexto, na busca de respostas para as dúvidas relativas ao desenvolvimento do cuidado de enfermagem em saúde mental às mulheres mastectomizadas, definiu-se como questão norteadora para esta revisão integrativa: *“Quais são as repercussões da mastectomia na vida da mulher?”*

2 OBJETIVO

Identificar na literatura científica as repercussões da mastectomia na vida das mulheres.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A palavra câncer, do grego *Karkínos*, que significa “caranguejo” ou “garras”, foi utilizada primeiramente por Hipócrates, que viveu entre 460 e 377 a.C. O termo “câncer” foi dado à doença porque as veias que circundavam a parte afetada eram semelhantes às garras de um caranguejo (PEREIRA et al., 2015).

No final do século XIX, a prática da cirurgia radical em mulheres portadoras da enfermidade da mama foi desenvolvida por um médico chamado Halsted, fato que deu início à sistematização terapêutica (LAGO et al., 2015). Contudo, as sequelas ocasionadas por esse método cirúrgico, dentre elas, alterações psíquicas, sociais e emocionais, contribuíram para que as mulheres tivessem medo e uma visão desfavorável do tratamento, o qual era aceito na tentativa de livrarem-se da doença, mas tornava-se uma situação traumatizante (SOUZA; VIEIRA; FONTOURA, 2011).

A mastectomia proposta por Halsted foi um marco no tratamento do câncer de mama. Como fruto da evolução gradativa dos métodos de reparação estética, Berson (médico-cirurgião) descreve, em 1946, o primeiro retalho para reconstrução do mamilo. Desde então, muito já ocorreu em termos de aperfeiçoamento da cirurgia estética, e a prática da remoção da mama ainda constitui uma das principais terapêuticas para controle cirúrgico da neoplasia. Os avanços no conhecimento anatômico associado ao desenvolvimento tecnológico têm permitido terapias mais conservadoras, no intuito de reduzir as consequências decorrentes da mutilação mamária e proporcionar alívio do sofrimento emocional (RAMOS et al., 2016).

A mulher que recebeu o diagnóstico de câncer de mama, e que passou pelo processo denominado mastectomia, estará sujeita a passar por situações que implicam em uma mudança radical em sua vida (ALVES et al., 2011).

Percebe-se que a mulher é guerreira em diversas situações. Há quem diga que “*para ter coragem é preciso ter peito*”. Essa valentia precisa ser ainda maior quando se depara com um dos momentos mais impensáveis de sua existência: descobrir que tem câncer de mama. Esta descoberta pode trazer mudanças significativas que poderão repercutir negativamente em sua vida.

A mulher inicia uma sucessão de pensamentos negativos como medo, ansiedade e dúvidas sobre o que irá acontecer; sofre com sentimentos de grandes proporções, os quais a fragilizam diante dessa enfermidade desconhecida por ela naquele momento (OLIVEIRA et al., 2013).

Ao receberem apoio, suas forças se renovam, já que sua coragem não foi perdida, tampouco sua fé deixada de lado. Com o sofrimento aprende a conhecer a si mesma e a enfermidade, renovando, desse modo, sua esperança no tratamento e recuperação da saúde. Mesmo assim, em algumas vezes, o câncer ainda é visto como sentença de morte para muitas mulheres, e cada uma tem sua maneira peculiar de adaptação na busca de soluções (OLIVEIRA et al., 2013).

O câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada por mutação genética do DNA celular. Essa célula diferente forma um clone e começa a proliferar de maneira incomum, ignorando os sinais de regulação do crescimento no ambiente adjacente à célula. Essas células adquirem características invasivas e as alterações acontecem nos tecidos adjacentes. As células infiltram nesses tecidos e ganham acesso aos vasos sanguíneos e linfáticos, os quais transportam essas células para outras regiões do corpo (SMELTZER; BARE, 2011).

Uma importante maneira de se preparar para o conhecimento desta doença é o aconselhamento genético. Tal medida em câncer de mama tem como objetivo educar sobre o risco da doença em familiares de indivíduos afetados, discutir os possíveis benefícios dos testes genéticos, fornecer suporte emocional, e orientar sobre opções médicas e encaminhamentos para intervenções clínicas e cirúrgicas de detecção precoce ou prevenção do câncer de mama, levando-se em consideração a vontade da paciente de querer saber ou não da probabilidade diagnóstica para o câncer de mama (BITTELBRUNN, 2005; BAMSHAD, 2010).

O diagnóstico de câncer se baseia no histórico das alterações fisiológicas e funcionais e nos resultados da avaliação diagnóstica, a qual inclui uma revisão dos sistemas, exame físico, exames de imagem, exames laboratoriais do sangue, urina e outros líquidos orgânicos, e os relatos cirúrgicos e patológicos (SMELTZER; BARE, 2011). Os tipos de diagnósticos são o clínico e o por imagem. O primeiro é realizado por meio da anamnese e exame físico, sendo este ainda mais minucioso, tendo como principal objetivo detectar nódulos, alterações no contorno da mama, espessamento da pele, secreção e dor mamária.

A minúcia logo no início permite um resultado mais acurado. O segundo tipo de diagnóstico é o realizado por imagem o qual desempenha um papel importante no rastreamento da doença, ao possibilitar o diagnóstico precoce e ao proporcionar melhores chances de tratamento e de cura (MENKE et al., 2007). No Brasil, a literatura evidencia que o diagnóstico precoce e a intervenção imediata ajudam a reduzir a perda da mama afetada. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer - INCA (2016), esta é a neoplasia mais

incidente em 2016, e também a causa mais frequente de mortes femininas. Em contrapartida, Barbosa et al. (2015) afirma que ainda ocorre um aumento de mulheres com diagnóstico tardio da doença, e, por essa razão, existe a necessidade de cirurgias radicais (OLIVEIRA et al., 2013).

Os tratamentos oferecidos para as pacientes com câncer de mama devem ser baseados nas metas da terapia para cada tipo de câncer específico. As modalidades utilizadas são variadas e podem ser necessárias durante todo o processo. Entre eles estão: a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e a terapia direcionada (SMELTZER; BARE, 2011).

O tratamento clínico envolve vários tipos de medicamentos chamados quimioterápicos e hormonioterápicos, cada qual com sua função e efeito colateral. Além disso, existe a radioterapia, que deve ser empregada na sequência do tratamento cirúrgico conservador ou em casos específicos de câncer avançado.

Duas condutas utilizadas para tratar tumores primários são a excisão local e a ampla. A primeira, frequentemente realizada em uma base ambulatorial, está assegurada quando a massa é pequena e inclui sua remoção e margem de tecido normal, que é facilmente acessível. A excisão ampla ou radical (dissecção em bloco) inclui a remoção do tumor primário, linfonodos, estruturas adjacentes que podem estar em alto risco para a disseminação tumoral, sendo este método a causa da desfiguração da mama e da alteração da função e exige reabilitação ou procedimento de reconstrução (SMELTZER; BARE, 2011).

Matoso et al. (2014) se agrega a Smeltzer e Bare (2011) e afirma que, quando a cirurgia é a conduta primária no tratamento do câncer, a meta consiste em remover o máximo possível de todo o tumor, e é um procedimento por vezes chamado de desmassificar, abrangendo qualquer tecido adjacente envolvido, inclusive linfonodos regionais.

Concordando com os autores anteriormente citados, Rodrigues, Viana e Andrade (2015) destacam o fato de que mesmo com o uso de novas tecnologias, ainda se realiza a cirurgia denominada mastectomia, retirada das mamas, a qual pode ser radical ou apenas conservadora. Esse procedimento pode ocorrer apenas com a retirada do tecido mamário, partes da mama, quadrantectomia, ou total, na qual se retira, além do tecido mamário, músculos, e gânglios linfáticos regionais. A detecção precoce do câncer de mama possibilita uma intervenção com maiores probabilidades de cura e um melhor prognóstico da doença.

Em relação às políticas públicas para o atendimento às mulheres com câncer de mama, as disposições são recentes no Brasil. Destaca-se a Política de Atenção Oncológica, instituída pela Portaria GM/MS 2.439/2005, que foi estabelecida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Envolve a promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação do câncer, bem

como dos cuidados paliativos. Essa política organiza-se de forma articulada entre o Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, respeitando-se as competências das três esferas de gestão, a qualificação da assistência e as ações de promoção da educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação da Política, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Levando em consideração que é recomendado o início rápido do tratamento assim que o câncer seja identificado, é promulgada a Lei 12.732/12, a qual dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada, e estabelece prazo para o seu início, gratuitamente e dentro do período de sessenta dias (BRASIL, 2012).

Um ano depois da promulgação da lei, é instituída a Política Nacional para Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir da Portaria 874/2013 (BRASIL, 2013a) reconhece o câncer como uma doença crônica, que pode ser controlada se ofertado o cuidado na integralidade, de acordo com o previsto no Art. 5º, inciso I da Portaria.

No que se refere à mastectomia, é importante salientar que todas as mulheres têm o direito à reconstrução mamária conforme a Lei 12.802/13 (BRASIL, 2013b), a qual determina a cirurgia de reconstrução mamária nos casos de retirada total da mama em decorrência do tratamento.

Pensando na autoimagem da mulher, a Lei 12.802/13 (BRASIL, 2013b) determina a cirurgia de reconstrução mamária. Neste sentido, a sexualidade é um conceito que abrange aspectos biopsicossociais e culturais. Essa, porém, pode ser drasticamente mudada quando a mulher é acometida pela neoplasia mamária. Um temor considerado frequente entre as mulheres mastectomizadas é o de não ser mais atraente fisicamente, por isso o apoio familiar é de suma importância, pois esse é um momento de fragilidade (SANTOS; SANTOS; VIEIRA, 2014).

A literatura evidencia que as consequências acarretadas pelo impacto do câncer e da mastectomia na vida da mulher repercutem não só em sua vida cotidiana, mas também na vida de seus familiares. Um importante fato que geralmente ocorre é o estresse emocional. Cada indivíduo tem sua capacidade de enfrentamento e maneira de resistir aos choques emocionais e às inúmeras agressões advindas externamente. O medo da morte pelas mulheres é comum no decorrer dos estágios da enfermidade. Costuma ocorrer, durante o processo de elaboração psíquica do diagnóstico de câncer de mama, flutuação entre fases como negação, aceitação, depressão e raiva (AFONSO; MINAYO, 2013).

Tais etapas ajudam a suavizar as frustrações e contribuem para aliviar as tensões diante de todo o momento conturbado causado pelo medo em sua vida (AFONSO; MINAYO, 2013).

O medo de morrer, de perder o vínculo familiar e o apoio do companheiro é inevitável, e isso pode ocasionar extremo sofrimento, tornando-se um processo intenso e que permeia a vida familiar, com sentimentos de frustrações e impotência diante de tantos desafios (LAGO et al., 2015). O impacto psicológico e a resposta emocional das mulheres ao receberem o diagnóstico de câncer de mama se modifica de mulher para mulher, bem como as repercussões que a mastectomia pode trazer para a vida, pois a maneira com que cada uma encara as dificuldades se modifica conforme a situação, estrutura emocional e familiar (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015).

Vê-se que as mamas são simbólicas na sociedade, em épocas e culturas distintas, representados através de múltiplas manifestações artísticas como a pintura, a escultura e a literatura, além de estarem associadas à nutrição física que a mãe proporciona ao lactente (AZEVEDO; LOPES, 2010). As áreas de psicologia e psicanálise destacam a mama como objeto pelo qual a mãe estabelece contato com o filho e lhe proporciona não só o alimento para que se desenvolva, mas também o prazer e o acolhimento. Ademais, algumas teorias psicanalíticas defendem a ideia de que é mediante o processo criado entre mãe e filho durante a amamentação que se inicia a vida sexual dos bebês (ZORNING, 2008).

Em decorrência disso, é provável que, dentre as mulheres diagnosticadas com neoplasia mamária, as que sentem mais insegurança são as que estão amamentando, pois a mama, nesse momento, além do sustento, representa a possibilidade de trocas simbólicas e afetivas, prazer e acolhimento entre ambos. Para essa mãe, a mutilação deste órgão pode significar a impossibilidade de continuar sendo nutridora e acolhedora de seus filhos. Assim, o vínculo que seria construído entre mãe e filho por meio da amamentação é interrompido, contribuindo para que as mulheres se sintam inferiorizadas e com uma perspectiva negativa em relação à mastectomia na condição de mãe e mulher progenitora de sua família (AZEVEDO; LOPES, 2010).

As mamas, por também significarem uma zona erógena que proporciona prazer e estímulo sexual, constituem-se como determinantes do desenvolvimento do corpo, ao representar o amadurecimento do aparelho reprodutor feminino (SMELTZER; BARE, 2011).

Nessa perspectiva, sua ausência gera sentimentos conflituosos, tais como rejeição e culpa pela perda da feminilidade, e afetam sua vida pelo impacto psicológico, físico e social. Dessa forma, a mulher passa a conviver com o medo, com a dor e com os estigmas

decorrentes da doença, além dos preconceitos que podem surgir até mesmo em sua própria família, principalmente por parte de seu companheiro (AZEVEDO; LOPES, 2010).

O impacto sofrido pela perda da mama diante do tratamento longo e agressivo tem contribuído para a escolha da reconstrução mamária como conduta terapêutica. Essa técnica tenta suavizar as sequelas físicas e psicológicas impostas pela mastectomia, ao reconstruir a imagem corporal e, por consequência, a autoestima, pois a amputação de um seio ou parte dele pode conduzir a um estilo de vida diferenciado, no qual as pacientes geralmente não conseguem se adequar aos padrões estéticos impostos pela sociedade contemporânea (AZEVEDO; LOPES, 2010; BANDEIRA et al., 2011).

A enfermagem é peça chave como elemento fundamental para o processo do cuidado e envolve o cuidar integral dos indivíduos com suas diferentes condições de saúde, tanto em uma Unidade Básica quanto em nível hospitalar. Cabe ao enfermeiro propiciar a devida atenção à mulher em situação do peri-operatório e pós-cirúrgico e ao atendê-la, poder mostrar a importância da enfermagem no cuidado à saúde e na preservação da sua autonomia (RODRIGUES; VIANA; ANDRADE, 2015; MOURÃO et al., 2013).

O papel do profissional de enfermagem na reabilitação da mulher mastectomizada representa constante desafio, pois é ele quem estará na linha de frente e contribuirá no suporte a essas mulheres e sua família. Para que isso aconteça satisfatoriamente, deve promover uma série de cuidados voltados para a recuperação não só englobando cuidados na manutenção orgânica e física, como também no quesito emocional e social das mulheres que enfrentam este processo complicado (RODRIGUES; VIANA; ANDRADE, 2015).

O período pós-operatório é marcado pela ambivalência de sentimentos. Há o alívio de ter sobrevivido à cirurgia e a expectativa de estar curada. Porém, permanece o medo da recidiva da doença, de enfrentar a dor e os curativos, de haver a possibilidade de uma cicatriz permanente em seu corpo, além das preocupações com a feminilidade e com as reações do companheiro frente à mastectomia (REMONDES-COSTA; JIMENEZ; PAIS-RIBEIRO, 2012).

As dificuldades enfrentadas pela mulher após a mastectomia são inúmeras, como o comprometimento da autoimagem em decorrência da cirurgia, os efeitos colaterais ao longo do tratamento e o preconceito sofrido. Com isso, é evidente a importância do trabalho do profissional de enfermagem na reabilitação da mulher mastectomizada para amenizar essas dificuldades e fortalecê-la para o seu enfrentamento de maneira menos negativa e traumática (RODRIGUES; VIANA; ANDRADE, 2015).

A primeira grande dificuldade a ser enfrentada pelas mulheres após a mastectomia é a sua própria aceitação, como olhar-se no espelho e aceitar que o seu corpo está diferente e sem uma parte que culturalmente representa a feminilidade. A identificação da mutilação se dá pela percepção da assimetria do corpo e pela visibilidade da cirurgia, o que, para muitas, é um momento agressivo e que repercute na sua autoimagem (REMONDES-COSTA; JIMENEZ; PAIS-RIBEIRO, 2012).

Tal fato reflete-se nas limitações que a mulher irá enfrentar em situações que envolvam a exposição do corpo e no ajuste social para a realização de suas atividades. Por isso, é de grande importância o papel da enfermagem na tentativa de resgatar o conceito que a mulher mastectomizada tem de si mesma (LOPES et al., 2013).

O preconceito social é motivo de constrangimento para estas mulheres, ao dificultar, ainda mais, o enfrentamento desta vivência. Isso contribui para que essas pacientes sejam preconceituosas em relação ao próprio corpo, o que leva a outra dificuldade a ser enfrentada no pós-operatório: o comprometimento da vida sexual. Desse modo, ocorre, por vezes, a desmotivação e a redução da libido na mulher e o afastamento do companheiro (LOPES et al., 2013).

Neste momento, além da atuação profissional, o apoio recebido pela família e pela rede social é fundamental para a recuperação destas mulheres, uma vez que as mudanças ocorridas após o tratamento da doença são significativas e transformadoras. Há necessidade de apoio por parte de pessoas próximas como esposo, filhos, amigos e demais pessoas que possam ajudá-las nesse processo complicado (FURLAN et al., 2012).

Assim, a reabilitação da mulher submetida à cirurgia de câncer de mama requer um suporte integral, que envolva tanto a família, como uma assistência multiprofissional, na qual é de grande importância o papel da enfermagem. Nesse processo de reabilitação, a mulher deverá receber informações a respeito dos cuidados após a cirurgia, orientações sobre as etapas de recuperação, cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia, exercícios que recuperem a capacidade funcional do braço e do ombro, além de informações sobre outros tratamentos como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia e drenos (ESTEVEZ et al., 2013).

Para alcançar esta reabilitação, torna-se necessário o desenvolvimento pela equipe de enfermagem de ações educativas que ajudem as pacientes e seus cuidadores a adquirirem conhecimentos e habilidades sobre os diversos aspectos do seu autocuidado. Para isso, poderá desenvolver estratégias de cuidado adotadas pela enfermagem à mulher mastectomizada, as quais, certamente, contribuem para o sucesso do tratamento como atividades grupais, com as

quais se busca promover a autoestima da mulher, contribuindo para sua qualidade de vida (ESTEVEVES et al., 2013).

Os grupos de apoio são uma das estratégias que podem ser construídas e aprimoradas gradativamente e são compostos por uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, os quais interagem e planejam atividades visando à promoção e recuperação da saúde (MENEZES; SCHULTZ; PERES, 2012).

O profissional de enfermagem exerce um papel fundamental nestes grupos ao incentivar as mulheres a valorizarem-se como seres únicos que necessitam aprender a lidar com seus temores e superar os obstáculos. (MENEZES; SCHULTZ; PERES, 2012).

Dessa maneira, é prioritário conhecer cada situação das mulheres participantes dos grupos de autoajuda para traçar um plano de cuidados que ofereça suporte informativo em relação aos tipos de tratamento e de recuperação, que transmitam mais tranquilidade, estimule a expressão de sentimentos, minimize a dor e o sofrimento decorrente do tratamento agressivo e por vezes, até mesmo protegê-las do abandono (FURLAN et al., 2012).

Acredita-se que as mulheres esperam, após a cirurgia, receber encorajamento para estabelecer a melhora na sua qualidade de vida e no seu equilíbrio, a fim de desenvolver uma atitude positiva em relação ao seu tratamento, com apoio dos profissionais de saúde, parentes e amigos (FURLAN et al., 2012).

Elas podem cultivar sentimentos pessimistas em relação à sua doença e sentir o desejo de expressar sobre sua insegurança e de dialogar a respeito da continuidade do tratamento, já que a mastectomia pode provocar mudanças de comportamento na mulher frente ao desconhecido (PEREIRA et al., 2013). Por isso, o enfermeiro atento, com olhar crítico, pode colaborar neste aspecto e ajudar a mulher a superar tais sensações, ao atentar para a linguagem verbal e não verbal, orientando-a sobre seus anseios e preocupando-se com a melhoria da qualidade de vida. Dessa forma, há a possibilidade de exercer plenamente o ato de cuidar e possibilitar a superação dos obstáculos. Nessa perspectiva, nota-se que a mulher passa por um pré-operatório estressante, incerto e que gera medo (FURLAN et al., 2012).

Portanto, ressalta-se a importância do papel educativo e de apoio emocional durante a assistência de enfermagem, bem como a inserção da cliente no processo decisório de seu tratamento, uma vez que ela tem o direito de decidir, opinar e saber como vai cuidar de seu corpo (PEREIRA et al., 2013).

O enfermeiro que se propõe a trabalhar com mulheres com câncer de mama e pós-cirurgia mamária deve prestar assistência que congregue técnica, ciência e humanização, fornecendo todas as informações e orientações pertinentes a cada caso, respeitando as

necessidades e o nível de entendimento e as peculiaridades emocionais dessas mulheres e possibilitando que elas alcancem seus objetivos (ESTEVEZ et al., 2013).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI), que é um método que permite incorporação de evidências na prática clínica que tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistematizada e ordenada e que contribui para o aprofundamento sobre o conhecimento do tema investigado consoante (COOPER, 1989). Optou-se por Cooper (1989) por ser o autor precursor deste método de investigação, em que existe a construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A presente revisão integrativa foi desenvolvida por meio de cinco etapas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados coletados e a apresentação dos resultados e os aspectos éticos (COOPER, 1989).

4.2 Formulação do problema

A elaboração do problema do presente estudo ocorreu através da seguinte questão norteadora: “*Quais são as repercussões da mastectomia na vida da mulher?*”

4.3 Coleta dos dados

Segundo Cooper (1989), após definição da questão norteadora e o tipo de pesquisa esta etapa se caracteriza pela definição dos critérios de busca de artigos científicos.

A coleta bibliográfica de dados foi realizada na internet, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde de enfermagem (BVS) tendo como os seguintes bancos de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), selecionada por possuir publicações nacionais e em língua portuguesa e contribui para o desenvolvimento da presente revisão e Bases dos Dados Bibliográfica Especializada na área de Enfermagem do Brasil

(BDENF) pela confiabilidade, atualidade e de publicações nacionais em enfermagem e outras áreas da saúde e que respondessem à questão norteadora deste estudo, “Quais são as repercussões da mastectomia na vida da mulher?” Os descritores utilizados pelo DeCS (Descritores em Saúde da Bireme) selecionados para o estudo foram: neoplasias da mama, mastectomia, cuidados de enfermagem, saúde da mulher, saúde mental e reabilitação.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos artigos científicos resultantes de pesquisas qualitativas e quantitativas redigidos em língua portuguesa e espanhola com o intuito de conhecer, sobretudo, a realidade brasileira em pesquisas de enfermagem e outras áreas da saúde que abordassem a temática, publicados no período entre 2012 e 2016, com acesso *online*, texto completo e gratuito. O recorte de tempo inicia-se no período de 2012 porque foram priorizados os últimos cinco anos e a “Política Nacional de Saúde, bem como a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 que dispõe sobre o primeiro tratamento de pacientes com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para o seu início. Também a Lei nº 12.802, de 24 de Abril de 2013 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 de mama”.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas teses, dissertações, monografias, textos governamentais, e aqueles publicados na língua inglesa e os que não responderam à questão norteadora.

4.4 Avaliação dos dados

Para a avaliação dos dados foi elaborado um instrumento estruturado para coleta e avaliação dos dados obtidos dos artigos pesquisados o qual será preenchido após leitura dos artigos na íntegra, contendo as seguintes informações: identificação, título, autores, periódico, ano de publicação, descritores, objetivos do estudo, metodologia, resultados e conclusão. Cada instrumento foi preenchido individualmente e teve em vista a formulação do problema em estudo.

4.5 Análise e interpretação dos dados

Nesta etapa foi elaborado um instrumento para a análise e interpretação dos dados um quadro sinóptico, no qual se mantiveram as informações consistentes dos registros que respondessem à questão norteadora por meio dos artigos selecionados, bem como seus autores e que consiste na síntese, comparação, discussão e conclusão.

4.6 Apresentação dos resultados

Os resultados foram interpretados e apresentados por meio de gráficos, quadros e tabelas de modo a caracterizar a questão deste estudo.

4.7 Aspectos éticos

Foi respeitada a autenticidade das ideias e autoria dos textos dos artigos que constituíram a amostra desta revisão e foram referenciados de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2011) e também, consideraram-se os aspectos éticos, neste trabalho, respeitando-se a Lei nº 9.610 dos Direitos Autorais, mantendo-se a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores (BRASIL, 1998).

5 ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo é apresentado o material coletado com a busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados Bibliográfica Especializada na área de Enfermagem (BDENF), entre 2012 e 2016. Foram utilizados os seguintes descritores: *mastectomia*, *neoplasias da mama*, *cuidados de enfermagem*, *saúde da mulher*, *saúde mental e reabilitação*, seguindo os critérios de inclusão e exclusão dos artigos. Encontrou-se um total de 16.905 publicações científicas. A Tabela 1 demonstra a distribuição destas publicações, por base de dados e descritor.

Tabela 1 - Distribuição das publicações científicas por bases de dados, 2012-2016

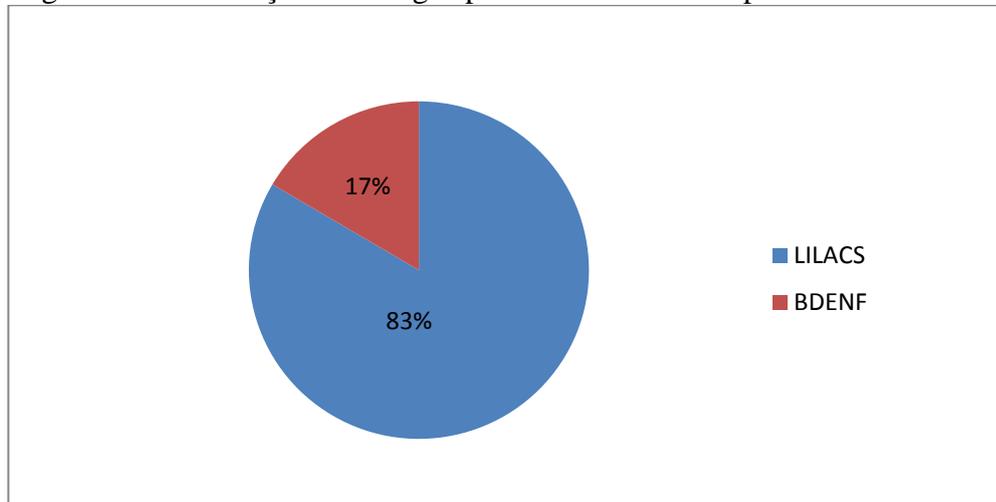
PERIODO 2012 - 2016	BASES DE DADOS		TOTAL
	LILACS	BDENF	
Mastectomia	199	19	218
Neoplasias da mama	896	58	954
Cuidados de enfermagem	3250	1788	5038
Saúde da Mulher	1550	363	1913
Saúde Mental	3548	454	4002
Reabilitação	4669	111	4780
TOTAL	14112	2793	16905

Constata-se nestes dados que as pesquisas realizadas na base de dados LILACS totalizaram 14112 artigos (83,47%), enquanto que na base de dados BDENF resultou um quantitativo menor, perfazendo 2793 artigos (16,52%), provavelmente por se tratar de base com especificidade de publicações científicas dirigidas à enfermagem, restringindo publicações de outras áreas.

A Tabela 1 também apresenta a produção de publicações científicas que tem a mastectomia como objeto de estudo. Referente à mastectomia, foram encontradas 218 publicações, o que representa 1,28% do total de artigos selecionados que atendiam os critérios estabelecidos para a revisão integrativa. Este achado pode indicar um interesse reduzido em publicar sobre o trabalho desenvolvido pelos profissionais da enfermagem em relação à mastectomia e suas repercussões na vida da mulher.

A Figura 1 apresenta a frequência relativa da distribuição das publicações científicas por base de dados no período de 2012 a 2016.

Figura 1 - Distribuição dos artigos por base de dados no período de 2012-2016



A seguir, realizou-se a busca efetuando combinações entre os descritores, e encontrou-se um total de 260 publicações científicas nas bases de dados. Identificou-se redução no número de publicações.

A Tabela 2 apresenta o número de publicações a partir do cruzamento entre os descritores, os quais foram agrupados dois a dois, mantendo-se o descritor ‘mastectomia’ fixo, combinando-o com os demais.

Tabela 2 - Distribuição das publicações científicas por cruzamento de descritores, 2012-2016

PERIODO 2012-2016	BASES DE DADOS		TOTAL
	LILACS	BDEF	
Mastectomia x neoplasias da mama	135	23	158
Mastectomia x cuidados de enfermagem	18	18	36
Mastectomia x saúde da mulher	22	13	35
Mastectomia x saúde mental	5	1	6
Mastectomia x reabilitação	18	7	25
TOTAL	198	62	260

Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão, o resultado se compôs da forma apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 - Publicações científicas por agrupamento de descritores, com critérios inclusão e exclusão

DESCRITORES	LILACS	BDENF	Total
Mastectomia x neoplasias da mama	84	19	103
Mastectomia x cuidados de enfermagem	15	16	31
Mastectomia x Saúde da mulher	16	12	28
Mastectomia x saúde mental	4	1	5
Mastectomia x reabilitação	5	5	10
Total	124	53	177

A busca nas bases de dados resultou em 124 artigos (70,05%) na LILACS e 53 publicações (29,94%) na BDENF, obtendo-se o total de 177 artigos. Desta forma, 177 artigos foram considerados em um primeiro momento devido à repetição de 16 trabalhos, sendo seis na base de dados LILACS e 10 artigos na BDENF.

Excluindo-se as repetições, obteve-se o número de 161 artigos para a análise de seus títulos e resumos. Após este procedimento, 20 publicações foram selecionadas para a leitura na íntegra. Com a leitura crítica dos artigos científicos e aplicando a verificação da resposta à questão norteadora “*Quais são as repercussões da mastectomia na vida da mulher?*” estabeleceu-se a amostra em 15 publicações que constituíram esta revisão integrativa.

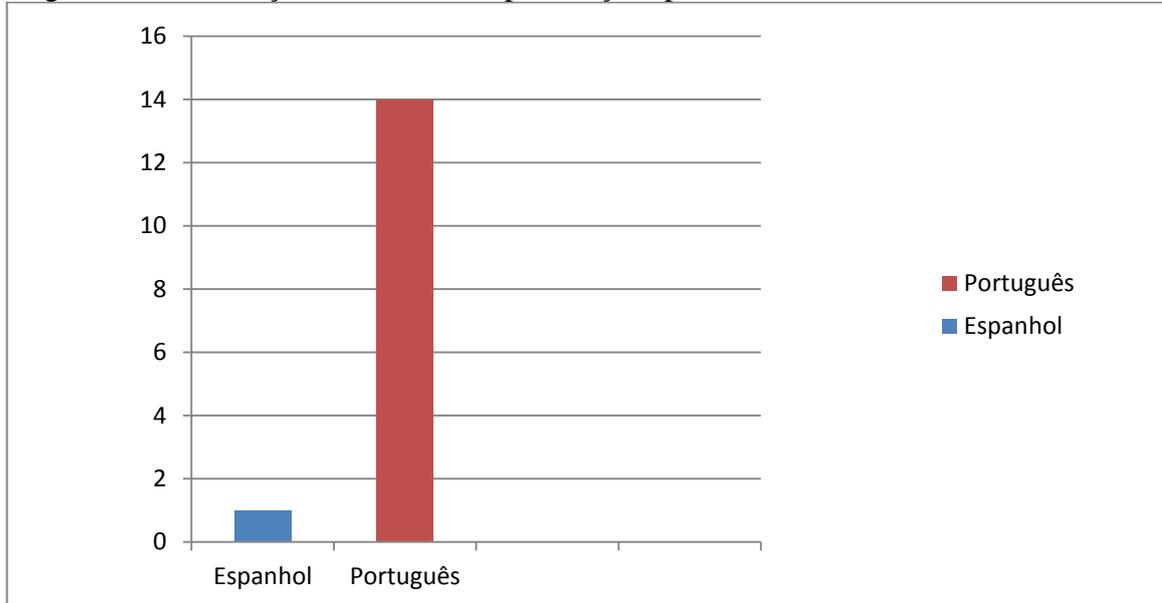
A Tabela 4 mostra o resultado final deste refinamento, apresentando a composição da amostra deste estudo.

Tabela 4 - Publicações por agrupamentos de descritores que respondem à questão norteadora, 2012-2016

DESCRITOR	LILACS	BDENF	TOTAL
Mastectomia / neoplasias da mama	3	2	5
Mastectomia /Cuidados de enfermagem	2	2	4
Mastectomia /Saúde da mulher	1	1	2
Mastectomia / Saúde mental	1	1	2
Mastectomia / Reabilitação	1	1	2
Total	8	7	15

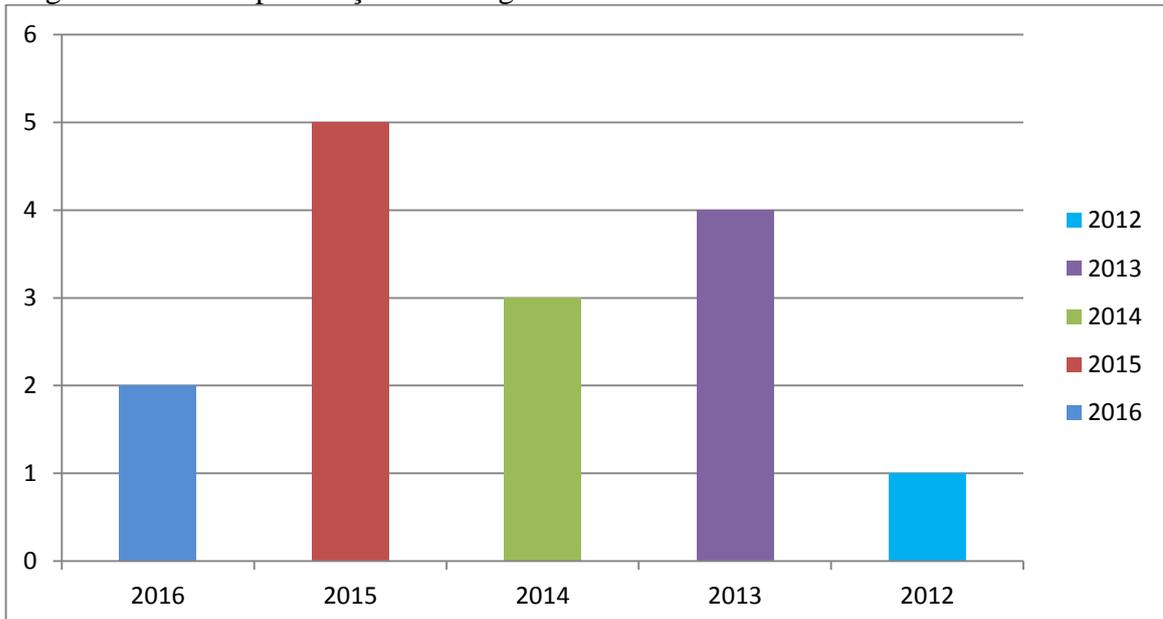
Referente ao idioma dos 15 artigos que compuseram a amostra, um foi publicado em espanhol (LÓPEZ-ORTEGA et al., 2014), e os outros 14 foram publicados em português como apresentado na figura a seguir.

Figura 2 - Distribuição do número de publicações por idioma



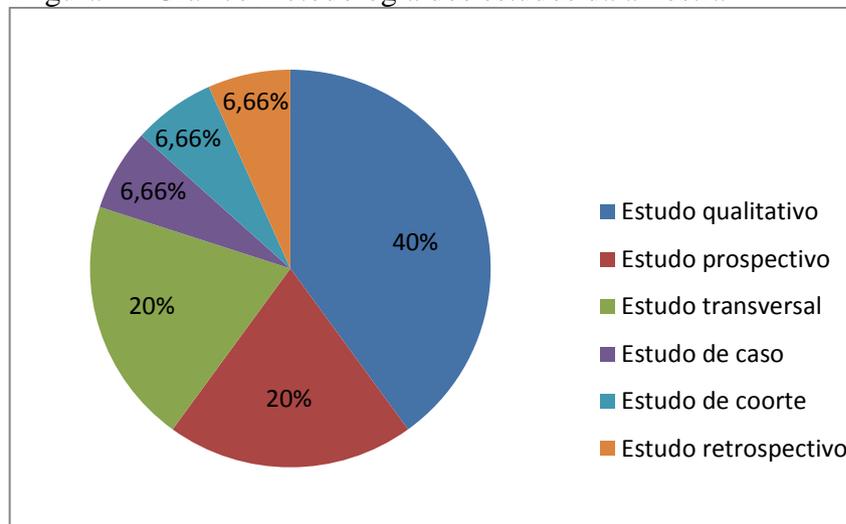
Na Figura 3 vê-se que dois artigos foram publicados em 2016, cinco artigos em 2015, três artigos em 2014, quatro artigos no ano de 2013 e um artigo em 2012 (FURLAN et al., 2012).

Figura 3 - Ano de publicação dos artigos



Com relação à metodologia utilizada nos estudos que compõem esta revisão integrativa, seis artigos (40%) são estudos qualitativos (RODRIGUES; VIANA; ANDRADE, 2015; ALMEIDA et al., 2015a; FURLAN et al., 2012; ALMEIDA et al., 2015b; PEREIRA et al., 2013; SILVA; PESSOA-JÚNIOR; MIRANDA, 2016), três artigos (20%) são estudos prospectivos (HADDAD et al., 2013; FERREIRA et al., 2014; ESTEVES et al., 2013), três artigos (20%) são estudos transversais (FERNANDES et al., 2013; GOMES; SOARES; SILVA, 2015; SILVA et al., 2014), um artigo (6,66%) é estudo de caso (LÓPEZ-ORTEGA et al., 2014), um artigo (6,66%) é estudo de coorte (MEDINA et al., 2015), e um artigo (6,66%) é estudo retrospectivo (FARIAS; FREITAS-JUNIOR, 2016), conforme demonstrado a seguir.

Figura 4 - Gráfico metodologia dos estudos da amostra



Quadro 1 - Amostra dos artigos da revisão integrativa, títulos, autores e objetivos, 2012-2016

Artigo	Título	Autor	Ano	Origem	Objetivo
01	Trajetória de vida de mulheres mastectomizadas à luz do discurso do sujeito coletivo	SILVA; PESSOA-JÚNIOR; MIRANDA	2016	Brasil	Analisar a trajetória de vida de mulheres mastectomizadas integrantes de um grupo de autoajuda.
02	Síndrome da mama fantasma em mulheres Submetidas à mastectomia radical modificada	FARIA; FREITAS-JUNIOR	2016	Brasil	Avaliar a prevalência e as características clínicas da síndrome da mama fantasma (SdMF) em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada (MRM).
03	A vida da mulher após a mastectomia à luz da teoria adaptativa de Roy	RODRIGUES; VIANA; ANDRADE	2015	Brasil	Verificar os métodos de adaptação de mulheres mastectomizadas; levantar a presença de mudanças nos hábitos de vida da mulher após a mastectomia; correlacionar o processo adaptativo exposto pela mulher com a teoria apresentada por Roy e averiguar a assistência prestada pelos profissionais de enfermagem às mulheres mastectomizadas.
04	Qualidade de vida e cuidado de enfermagem na percepção de mulheres mastectomizadas	ALMEIDA et al.	2015	Brasil	Descrever a percepção de mulheres mastectomizadas acerca dos cuidados de

					enfermagem recebidos e de sua qualidade de vida.
05	Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama	GOMES; SOARES; SILVA	2015	Brasil	Analisar a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e autoestima na qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama.
06	Frequência e fatores associados à síndrome da mama fantasma em mulheres submetidas à mastectomia por câncer de mama	MEDINA et al.	2015	Brasil	Avaliar a frequência e os fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome da mama fantasma em pacientes submetidas à mastectomia para o tratamento do câncer de mama.
07	Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada	ALMEIDA et al.	2015	Brasil	Compreender a vivência da mulher jovem diagnosticada com câncer de mama e mastectomizada.
08	Qualidade de vida pós-mastectomia e sua relação com a força muscular de membro superior	SILVA et al.	2014	Brasil	Identificar a qualidade de vida (QV) de mulheres mastectomizadas, relacionar os resultados à força muscular do membro superior afetado (MSA) e traçar um perfil sociofuncional.
09	Cuidado de enfermagem em paciente post operada de mastectomia: Estudo de caso	LÓPEZ-ORTEGA et al.	2014	México	Identificar dominios y clases afectadas en paciente post operada de mastectomia.
10	Caracterização da dor em mulheres após tratamento do câncer de mama	FERREIRA et al.	2014	Brasil	Caracterizar e localizar a dor nas mulheres submetidas ao tratamento por câncer de mama.
11	Autoestima de mulheres mastectomizadas – aplicação da escala de Rosenberg	FERNANDES et al.	2013	Brasil	Avaliar o nível de autoestima de mulheres mastectomizadas com a aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg.
12	Avaliação da postura e dos movimentos articulares dos membros superiores de pacientes pós-mastectomia e linfadenectomia	HADDAD et al.	2013	Brasil	Avaliar as alterações posturais e de amplitudes de movimento de membro superior nas mulheres pós-mastectomia e linfadenectomia que se submeteram à radioterapia como tratamento adjuvante.
13	Intervenção educativa para o automonitoramento da drenagem contínua no pós-operatório de mastectomia	ESTEVES et al.	2013	Brasil	Avaliar o desempenho de pacientes submetidas à cirurgia por câncer de mama, no automonitoramento do sistema de drenagem contínua.
14	O adoecer e sobreviver ao câncer de mama: a vivência da mulher mastectomizada	PEREIRA et al.	2013	Brasil	Conhecer a vivência da mulher mastectomizada frente ao adoecer e sobreviver ao câncer de mama.
15	Percepção de mulheres submetidas à mastectomia sobre o apoio social	FURLAN et al.	2012	Brasil	Compreender a percepção de mulheres submetidas a mastectomia acerca do apoio social recebido quando do enfrentamento do câncer de mama e da cirurgia mastectômica.

O Quadro 2 apresenta o quadro sinóptico dos artigos, sintetizando as ideias dos autores acerca das repercussões da mastectomia na vida da mulher.

Quadro 2 - Quadro sinóptico geral das ideias dos autores sobre as repercussões da mastectomia na vida da mulher, 2012 - 2016

Nº artigo	Título	Repercussões da mastectomia na vida da mulher
01	Trajetória de vida de mulheres mastectomizadas à luz do discurso do sujeito coletivo	Processos ansiogênicos e depressivos, modificações no estilo de vida, amizade, família e impacto na capacidade funcional; Sentimentos/comportamentos, medo, negação, aceitação da doença. Ademais, com o diagnóstico de câncer de mama, faz-se oportuno considerar as emoções desencadeadas, quase sempre associadas à morte, ao medo e ao desespero. “Foi muito sofrido. Meu marido se separou. Você não era só uma mama, disse meu marido.” “ Não tinha mais vontade de fazer sexo. Não consegui arrumar ninguém”.
02	Síndrome da mama fantasma em mulheres submetidas à mastectomia radical modificada	“Verificaram que partes do esterno e da clavícula, quando tocados, produziam sensações na papila fantasma. Quando os lóbulos das orelhas eram estimulados, formigamentos e sensações eróticas foram relatados. A SMF se fez presente em 18 (40,9%) pacientes. Entretanto, as mesmas não souberam precisar o seu tempo de duração, início e fim. Em nove delas, a SdMF foi relatada como presença e dor da MF. O tipo de sensação foi descrito como formigamento por 18,2%, amortecimento – 18,2%, prurido em 13,6% e peso em 9,1%. Entre as sete (31,8%) pacientes que relataram DMF, cinco referiram dor entre leve e moderada e duas como dor insuportável, as quais buscaram analgésicos, sem, contudo, saber especificar detalhes dos fármacos utilizados. A DMF foi descrita na situação de dor em choque por cinco mulheres (71,4%), seguida de agulhada (14,3%) e queimação (14,3%). Das pacientes com DMF, 42,8% relataram piora com o frio e 64,3% melhora com a distração.
03	A vida da mulher após a mastectomia à luz da teoria adaptativa de Roy	“Os principais problemas apresentados pelas depoentes foram relacionados aos movimentos do ombro; a impossibilidade de uso de acessórios, roupas decotadas e mudança na rotina diária. Percebeu-se no relato das depoentes que 75% das mulheres apresentam alguma limitação física, 25% relataram limitação psicológica. Após a mastectomia e excisão ou radiação dos nódulos linfáticos axilares adjacentes, a paciente pode desenvolver limitações da mobilidade do ombro, principalmente no movimento de flexão do ombro e nos movimentos de abdução e adução combinada e extensão”. Podem ocorrer dor e espasmo muscular na região da cervical e ombro como resultado de proteção muscular reflexa. O músculo levantador da escápula, redondo maior e menor e infra-espinhoso ficam geralmente sensíveis à palpação e podem restringir a mobilidade ativa do ombro.
04	Qualidade de vida e cuidado de enfermagem na percepção de mulheres mastectomizadas	“Percebe-se que as mastectomizadas enfatizam cuidados como administração de medicamentos, aferição de pressão arterial e realização de curativos. Não foram mencionados cuidados inerentes às mulheres submetidas à mastectomia, como orientações sobre autocuidado e a mama, a fim de prevenir complicações pós-cirúrgicas. “O cuidado como parte indissociável do tratamento deve ser incorporado nas ações da prática de enfermagem pois, uma vez retirado o seio, a mulher passa a ter um novo cotidiano, o qual ultrapassa a ótica técnica.”
05	Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama	(…) O linfedema, complicação pós-operatória de mais morbidade, pode ocorrer a qualquer momento. Ele leva a dano estético e funcional do membro afetado e representa um incômodo físico e emocional, ao provocar sintomas de depressão e de ansiedade, além de recordações do próprio câncer. Assim, interfere diretamente na QV, ao acarretar alterações no estilo de vida e na rotina das mulheres, como mudanças no estilo de roupas, dificuldades para realizar tarefas cotidianas e desconforto na vida sexual, o que leva à perda do interesse nas atividades sociais e pessoais”.
06	Frequência e fatores associados à síndrome da mama fantasma em mulheres submetidas à mastectomia por câncer de mama	“A frequência da síndrome da mama fantasma SMF foi de 44,3% após 45 dias e 18,2% após 2 anos do procedimento cirúrgico. Após 6 meses de cirurgia as mulheres com idade inferior a 60 anos e aquelas com maior escolaridade tiveram maior risco de apresentarem SMF.” Em relação ao perfil psicológico, 68,8% das mulheres apresentaram alterações como ansiedade, humor deprimido, instabilidade de humor, alterações de sono ou inapetência” Os sintomas emocionais mais frequentes foram nervosismo, preocupação, depressão e ansiedade”.

07	Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada	“As mulheres submetidas à mastectomia sentem-se envergonhadas diante da sociedade, já que a imagem corporal compõe um fator indispensável para o desenvolvimento da autoimagem, bem como da valorização diante das pessoas. A mastectomia é uma das abordagens terapêuticas vivenciadas pelo <i>ser-á</i> com consequente mutilação das mamas. Essa mutilação tem forte repercussão na sua feminilidade, levando a que ela vivencie uma série de consequências emocionais, físicas e sociais que estão relacionadas à imagem corporal”. O temor de como receberão o cuidado para tratar a doença e vencê-la, dificuldade de acesso aos recursos e serviços de saúde pública devido a demanda.” [...] <i>foi um sofrimento em cada sessão. A reação da vermelha era muito vômito, muita dor no corpo, dor de cabeça e eu ficava sete dias acamada, sem comer, sem nada. (Orquídea)</i> ”.
08	Qualidade de vida pós-mastectomia e sua relação com a força muscular de membro superior	(...) A perda de força muscular decorrente do processo cirúrgico, impactando na funcionalidade do MSA. As principais complicações foram a limitação do movimento do ombro (61,9%), dor (32,5%), linfedema (29,4%), aderência cicatricial (3,1%) e alterações sensitivas (2,5%); (...) O câncer de mama e a mastectomia exercem impacto direto na força de MMSS, na funcionalidade e na QV de mulheres nos domínios sexual, cognitivo e emocional, (...).
09	Cuidado de enfermagem em paciente post operada de mastectomia: Estudo de caso	“La mastectomía es uno de los enfoques terapéuticos que experimentan las mujeres con la consiguiente mutilación de los pechos, las mujeres presentan sentimientos de frustración, depresión, vergüenza y la devaluación de la propia auto-imagen del cuerpo, por parte de los pacientes y el rechazo de la condición actual y los cambios en la sexualidad...” “El personal de enfermería juega un rol clave en la atención que se le proporciona a este tipo de pacientes, por lo que se debe brindar un cuidado humanizado que de acuerdo a De Sousa Costa y Lima (19), es el uso de las actitudes que crean espacios que permiten a todos a verbalizar sus sentimientos y valorarlos; identificar áreas con problemas potenciales; ayudarles a identificar las fuentes de ayuda, que puede ser dentro o fuera de la propia familia; proporcionar información y aclarar sus percepciones; ayudarles a encontrar soluciones a los problemas relacionados con el tratamiento; instrumentalizar a tomar decisiones sobre el tratamiento; y dar lugar a La realización de acciones de auto-cuidado, dentro de sus posibilidades ...”
10	Caracterização da dor em mulheres após tratamento do câncer de mama	“A dor ocorre, frequentemente, nas regiões que foram lesionadas (axila, região medial do braço e/ou parede anterior do tórax do lado afetado) pelos tratamentos locais do câncer de mama. Os sintomas incluem sensações de choque, queimação, agulhada dolorosa e aperto nas regiões axilar, medial ou superior do braço e/ou no tórax. A dor é descrita também como súbita e intensa e associada à hiperestesia crônica, e pode iniciar imediatamente após a cirurgia, seis meses ou até um ano após o tratamento. Persiste com o repouso e aumenta durante as atividades diárias, respondendo muito pouco aos fármacos”... Foi possível verificar que, para 46,7% mulheres, o início do quadro algíco ocorreu após a cirurgia da mama e 23,3% mulheres após a radioterapia, destacando-se que, para 56,7%, a sensação dolorosa é diária e para 40% ela é constante.”
11	Autoestima de mulheres mastectomizadas – aplicação da escala de Rosenberg	“As pesquisas com doenças crônicas, como o câncer de mama, têm demonstrado que existe no indivíduo uma fase inicial de crise, caracterizada por trauma emocional causado pelas perdas (perda da função, perda da aparência, além de outras) e sintomas como medo, raiva, depressão e ansiedade, normais nesta fase.” “A renda familiar encontrada sugeriu preocupações econômicas entre as mulheres do estudo, fato que não suscitou em perspectivas favoráveis para estas, pois preocupações desta natureza, principalmente, na fase do tratamento podem interferir na saúde mental e na qualidade de vida das mulheres, alterando por consequência a autoestima, além de dificultar o acesso aos serviços de saúde e influenciar na realização de práticas de autocuidado adequadas...”
12	Avaliação da postura e dos movimentos articulares dos membros superiores de pacientes pós-mastectomia e linfadectomia	“Problemas como linfedema, rigidez dos dedos; dor, parestesias, redução da força muscular e da amplitude de movimento do membro envolvido são frequentemente observados e relatados por mulheres operadas da mama. Complicações significantes, após a mastectomia, são alterações na postura corporal causadas por desordens na estática corporal, como resultado da amputação e da limitação dos movimentos, além do estado doloroso da coluna vertebral. A postura pode sofrer alterações também pelo aspecto psicológico, pela sensação de mutilação e pelo medo da dor.”

13	Intervenção educativa para o automonitoramento da drenagem contínua no pós-operatório de mastectomia	“ Algumas mulheres do estudo apresentaram dificuldades para o automanejo com o sistema de drenagem após a cirurgia da mama no domicílio como a obstrução do dreno, acúmulo de ar, transporte do dreno, saída do dreno do local da inserção”.
14	O adoecer e sobreviver ao câncer de mama: a vivência da mulher mastectomizada	“Fica evidente que as alterações corporais decorrentes da mastectomia total ou parcial tiveram grande significado para a vida destas mulheres, principalmente por se tratarem de mudanças permanentes e esteticamente fora dos padrões impostos pela sociedade”. “ (...) A mulher se torna dependente, principalmente durante o período de tratamento e pós-cirúrgico pelos efeitos adversos, necessitando de ajuda para realizar tarefas domésticas que antes desempenhava com tranquilidade”.
15	Percepção de mulheres submetidas à mastectomia sobre o apoio social	“Quanto aos aspectos das mudanças no ambiente social, decorrência do tratamento do câncer e da mastectomia radical ou parcial podem resultar em modificações na vida do casal; o tratamento do câncer acarreta mudanças no corpo da mulher e estresse todos os familiares; tem reflexos no comportamento e no estado emocional e biológico dos demais”. “O afastamento do esposo causou muito sofrimento à mulher (...)” Autoimagem alterada, dificuldades na intimidade do casal e comprometimento na reabilitação da mulher.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo foram apresentados os resultados obtidos a partir da análise das publicações que compuseram a amostra. Para melhor compreensão desta apresentação e discussão dos resultados desta Revisão Integrativa (RI), é importante destacar que as publicações científicas selecionadas para este trabalho, responderam ao objetivo deste estudo, que foi identificar as repercussões da mastectomia na vida da mulher.

Os artigos da amostra trouxeram questões que abordavam os diversos tipos de terapêutica da neoplasia da mama. Mostraram que a mastectomia ainda permanece como a principal forma de tratamento, principalmente pela identificação tardia do câncer de mama. A mulher ao receber o diagnóstico de câncer de mama pode enfrentar situações psicológicas que requerem assistência adequada. Durante o momento traumático da mastectomia, tende a trilhar uma trajetória com intercorrências, já que pode haver vulnerabilidade física e emocional, e esses aspectos podem comprometer a qualidade de vida feminina (FERNANDES, et al., 2013).

Sobre esta questão, um estudo realizado com 20 mulheres mastectomizadas, participantes de um grupo de autoajuda, analisou sua trajetória de vida com enfoque em seus relatos, afirmando que, no decurso do tratamento do câncer de mama, os desajustes psicossociais são inevitáveis, refletem-se negativamente na imagem, na convivência familiar, social e afetiva (SILVA; PESSOA-JÚNIOR; MIRANDA, 2016).

Nesse estudo, a temática acerca das repercussões da mastectomia na vida da mulher foi claramente identificada nos artigos analisados. Vê-se isto em Silva; Pessoa-Júnior; Miranda (2016) em que as limitações herdadas pela enfermidade elevam e ocasionam intensas modificações biopsicossociais na vivência da mulher. Dessa forma, contribuem com as situações inerentes à condição de ser humano que não está em completa integralidade, visto que as dificuldades pré-existentes à mastectomia somam-se ao processo de terapêutica da neoplasia da mama e ao procedimento cirúrgico, tornando-se uma fonte a mais de sofrimento para a mulher.

As neoplasias da mama são precursoras de impactos negativos na capacidade física, mental e social feminina, além de desencadear emoções e pensamentos constantemente associados à morte e ao desespero, pois é nesse momento de busca pela cura e sobrevivência que a mulher se sente fragilizada, necessita de tempo para aceitar e refletir sobre este fato imprevisível em sua vida, e que, devido às peculiaridades e limitações individuais, deseja ser acolhida (GOMES; SOARES; SILVA, 2015). Além disso, a literatura evidenciou que as

repercussões ocasionadas pelo câncer de mama e pela mastectomia causam um impacto emocional e comprometimento na autoimagem e na autoestima feminina (ESTEVEZ et al., 2013).

Um estudo realizado no México, sobre uma paciente de 47 anos de idade, diagnosticada com câncer de mama e programada para realização da cirurgia da mama esquerda, cita que a sociedade considera o seio como a parte do corpo a mais importante, por se tratar culturalmente de um símbolo da feminilidade, relacionado com a vaidade, beleza e sexualidade. Desta maneira, a mulher vivencia um trauma emocional, temendo consideravelmente as consequências advindas da cirurgia e a discriminação social, apresentando dificuldades no processo de aceitação do diagnóstico. Devido ao impacto psicológico causado pela situação inesperada, a mulher geralmente não está preparada para enfrentar tais repercussões e o desfecho é negativo (ORTEGA-LÓPEZ et al., 2014).

Por conseguinte, Ortega-López et al. (2014) afirma ainda que a intervenção cirúrgica resulta em mialgias e desconfortos físicos devido aos procedimentos invasivos, podendo permanecer um sentimento de incapacidade para realizar atividades comuns por um longo período. Assim, as mulheres que passam por esta experiência, tendem a sofrer longos períodos angustiantes e a seguir uma trajetória complexa de intenso desconforto com a mastalgia e os sentimentos de frustração, depressão e vergonha, com possibilidade de apresentar desvalorização da autoimagem, e, até mesmo, vivenciar uma fase de rejeição devido ao conflito pessoal e modificações na sua autopercepção.

Sabe-se que uma das principais consequências provocadas pela mastectomia é a baixa autoestima, sendo cabível considerar que esse é um dos fatores primordiais das repercussões desse tratamento na vida da mulher, pois a perda da mama afeta consideravelmente a autoimagem, como também causa impacto decisivo na totalidade da vida. Em meio a esses aspectos, os resultados do estudo apontaram que o impacto do câncer de mama e da perda em relação à qualidade de vida de mulheres mastectomizadas, em especial nos aspectos sociais e emocionais, afetam os domínios mais importantes da mente, do corpo e da sua autonomia (FERNANDES et al., 2013).

Dentre os principais domínios afetados, há consenso entre Fernandes et al. (2013), Ortega-López et al. (2014) e Gomes, Soares e Silva (2015) que abordam categorias pertinentes às repercussões na vida da mulher em virtude da drástica mudança na imagem corporal, bem como as implicações na autoestima, na vida social, na sexualidade e das prováveis limitações apresentadas durante a reabilitação física, da necessidade de ter cuidados

emocionais pelo fato de sentir medo da dor durante e após a intervenção cirúrgica, e por apresentar uma mama que não corresponde ao imaginário idealizado.

Por isto, Pereira et al. (2013) ressalta que as incertezas e os acontecimentos enfrentados nesse período trazem insegurança e medo. Em seu estudo, as mulheres demonstram claramente seus sentimentos frente a essas questões ao dizerem que *“[...] eu fiquei nervosa, estressada de fazer o tratamento, eu achava que ia morrer, porque todo mundo dizia que isso é muito perigoso para quem tem que fazer cirurgia de mama [...]”*, expressando, dessa forma, o momento difícil que vivem com essa condição.

Estes aspectos foram considerados relevantes, pois a maioria das mulheres apresentaram limitações de ordem física e psicológica, sobressaindo-se os sinais e sintomas mais importantes que contribuíram para a limitação física, tendo repercussão desfavorável no processo de adaptação, reabilitação emocional, física e social da mulher mastectomizada (GOMES; SOARES; SILVA, 2015).

Constatou-se no estudo de Esteves et al. (2013) que as limitações ocasionadas nas mulheres com neoplasia mamária e mastectomizadas eram potencializadas por diversos fatores, incluindo a mastalgia, redução das habilidades cognitivas, psicológicas, déficit para o autocuidado, e que, para vencer seus medos e complexos desafios, necessitaram de apoio integral e de fortalecer a sua resiliência diante das frustrações e das adversidades.

Portanto, entende-se que a limitação física e emocional que a mastectomia pode gerar é identificável no comportamento e na fisionomia feminina. Assim, com a estética comprometida, fatalmente haverá interferência em sua relação consigo mesma diante do espelho e com o seu grupo social. Isto pode ser evidenciado no estudo de Gomes, Soares e Silva (2015); Almeida et al. (2015b); Rodrigues, Viana e Andrade (2015) em que houve repercussão emocional nas mulheres que se submeteram à cirurgia, representadas por comportamento evitativo com as pessoas, choro, medo da morte e negação da doença. Ocorreram também processos ansiogênicos no cotidiano das mulheres que tiveram recidiva da doença, as quais relataram frustrações relacionadas à estética, pois não se sentiam à vontade para frequentar ambientes públicos e para realizar atividade física com roupas decotadas. Além disso, observou-se perda de interesse nas atividades sociais, sentimento de impotência, vergonha de si diante do espelho e das pessoas, abandono, e conseqüente separação da família e amigos.

Assim, como em qualquer tipo de mutilação, a resposta é individual, e está relacionada com a ideia e com o ideal de corpo saudável e bonito que cada indivíduo almeja para si, e, igualmente, da forma que a mulher percebe sua imagem. Portanto, poderá ou não aceitar-se

com uma imagem corporal indesejada, e, nessa dimensão, a ausência do seio interfere na sua qualidade de vida, desde o diagnóstico da neoplasia da mama, até o longo percurso para tratamento nos serviços de apoio à saúde (SILVA et al., 2013). Referente a essa questão, Furlan et al. (2012) afirma que dentre as usuárias do serviço de saúde, houve relatos sobre as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, e por isso tiveram exacerbados os principais sinais e sintomas que interferiram na sua qualidade de vida e reabilitação.

Desta maneira, durante a trajetória de identificação do problema, início do tratamento e processo de reabilitação, a mulher se sente impotente pela impossibilidade de mudar a indicação da cirurgia, preocupa-se com os filhos dependentes dela e, após a intervenção cirúrgica, percebe o corpo alterado, sensível e debilitado, necessitando da disponibilidade de suporte, escuta qualificada e interessada em suas perdas (FURLAN et al., 2012).

Após a mastectomia, foram identificados fatores importantes de ordem física, psicoemocional e social como, por exemplo, o impacto decorrente da queda dos cabelos após a quimioterapia. Com sua ocorrência súbita, mesmo disfarçada com um lenço vistoso, o estigma estará presente, e embora a alopecia seja naturalmente algo comum e visível exteriormente no homem, na mulher provoca efeitos desagradáveis como retraimento social e vergonha da aparência, já que o uso do lenço revela e expõe sua doença e altera a autoestima feminina (ALMEIDA et al., 2015b).

Constatou-se ainda que o retraimento social é agravado pela dor. Um estudo realizado com mulheres em reabilitação cirúrgica da mama ressaltou que a dor pode ser diária, constante ou mais leve, com início após a cirurgia da mama. A dor é descrita como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões teciduais reais ou potenciais, sendo considerada como sintoma subjetivo, multidimensional e complexo, resultante da interação entre aspectos cognitivos, sensitivos, emocionais e culturais, bem como de experiências prévias (FERREIRA, et al., 2014). Assim, a mulher após um procedimento debilitante e integrante do processo de aceitação da mastectomia pode ter seus domínios mais delicados afetados, como salienta Ortega-López et al. (2014) em relação ao trauma psicológico experimentado por medo de uma morte prematura, pois para cada indivíduo existe um determinado tempo de se preparar para enfrentar suas batalhas.

As dores ocorrem, geralmente, na incisão, na cervical posterior, na cintura escapular, e em aderências cicatriciais, devido à fraqueza da musculatura do membro superior. Defeitos posturais, como cifose ou escoliose, geram assimetria no tronco e restrição da mobilidade do ombro, e a severidade das desordens na estética corporal torna-se resultante da amputação e da limitação dos movimentos, além da percepção acentuada do estado doloroso em áreas

específicas da coluna. A postura pode sofrer alterações também pelo aspecto psicológico, pela sensação de volume, peso e medo da intensidade álgica (ORTEGA-LÓPEZ et al., 2014).

Foi destacado por Ferreira et al. (2014) em estudo com 30 mulheres em reabilitação cirúrgica da mama, que em 56,7% dessas a dor é diária, em 46,7% a dor teve início após a cirurgia, e para 40% a dor é constante. Os resultados também explicitaram que, entre as participantes do estudo, a cirurgia ocorreu em 50% na mama direita, sendo essa a mais acometida pela doença. Notou-se que a maioria das pacientes do estudo também não havia realizado a cirurgia reconstrutora da mama, evidenciando-se assim menor escore da qualidade de vida, o que propicia o desencadeamento de sintomas prejudiciais para a saúde mental, reabilitação fisicobiológicas, diferentemente daquelas que realizaram a reconstrução mamária (FERREIRA et al., 2014).

Uma pesquisa com 88 mulheres investigou a sensação de mama ausente e os riscos de aparecimento desse sintoma após a mastectomia e mostrou que a frequência da sensação foi 44,3% após 45 dias de pós-operatório e 18,2% após dois anos do procedimento cirúrgico. Segundo esse artigo, após seis meses de cirurgia, as mulheres com idade inferior a 60 anos e aquelas com maior tempo de estudo tiveram maior risco de apresentarem essa impressão. Mostrou que a incidência dessa percepção ocorre em cerca de 30 a 80% das pacientes logo após a mastectomia, ou tardiamente, após um ano do procedimento cirúrgico. Ressaltou também que essa sensação pode afetar seriamente a qualidade de vida da mulher ao produzir alterações funcionais e sofrimento emocional (MEDINA et al., 2015).

Segundo outro estudo, a sensação da mama fantasma pode ser definida como presença parestésica descrita como agulhadas, formigamento, sensações elétricas ou pressão sobre a mama extirpada, afirmando que a dor na mama fantasma pode ser definida como experiência sensorial dolorosa da mama removida, como se essa ainda estivesse presente, tendo percepção de choques ou facadas, com localização primariamente na parte mais distal da mama (FARIA; FREITAS-JÚNIOR, 2016). Para Faria e Freitas-Júnior (2016), a estimativa da prevalência da sensação dolorosa varia consideravelmente na literatura, situando-se entre 10 e 66%, sendo que para as mulheres mastectomizadas, a sensação da presença do órgão tende a ser menor (zero e 53%), possivelmente refletindo diferenças no tempo de acompanhamento pós-mastectomia de mulheres com tal sensibilidade.

Ressalta-se que esses sintomas podem ser um fator limitante para a realização de atividades da vida diária, causar alterações na imagem corporal e afetar a vida sexual. A dor em mulheres mastectomizadas pode resultar em alteração significativa na qualidade de vida comparadas àquelas que ainda não passaram pelo procedimento. Essas informações podem

contribuir significativamente para que os profissionais de saúde pautem suas ações com presteza, sensibilização e melhor compreensão da dor após a mastectomia.

Os artigos da amostra apresentaram os relatos das mulheres diante da repercussão negativa de suas perdas. Revelaram que a mastectomia ocasiona mudanças significativas, as quais influenciaram nas decisões pela busca de solução para suas necessidades. A participação no grupo de autoajuda foi justificada por elas como o encontro com o auxílio para superação das dificuldades e para enfrentamento do sentimento de impotência e do medo da morte ao longo do tratamento (SILVA; PESSOA-JÚNIOR; MIRANDA, 2016).

Essa percepção já havia sido descrita por Fernandes et al. (2013) que avaliou a autoestima de mulheres mastectomizadas e identificou resultados os quais evidenciaram autoestima elevada em mulheres participantes de um grupo de reabilitação, mencionado como parte fundamental para a reinserção social e recuperação da saúde. Nesse estudo, a média de idade das participantes encontrava-se entre 40 e 69 anos, dentro da faixa de maior incidência do câncer de mama feminino, já que, conforme as pesquisas, essa neoplasia é relativamente rara antes dos 35 anos de idade. Tal aspecto pode explicar o pequeno número de mulheres com faixa etária abaixo de 35 anos na amostra e a prevalência da doença em torno dos 59 anos de idade, variações que estão em consonância com outros estudos (SILVA; PESSOA-JÚNIOR; MIRANDA, 2016; ALMEIDA et al., 2015b; FERREIRA et al., 2014), que também caracterizaram a prevalência do câncer de mama em mulheres de meia idade ou idosas.

Esse fato pode ser constatado também em um estudo que analisou a trajetória de vida de 20 mulheres mastectomizadas, participantes de um grupo de autoajuda, com faixa etária variada de 41-50 anos e 51-60 anos, com 30% de participantes para cada intervalo etário; 20% na faixa de 61-70 anos; 15% acima de 71 anos, e 5% das mulheres na faixa abaixo de 40 anos. Qualificando essas mulheres em relação à escolaridade, 40% cursaram o ensino médio, 30% o superior, e em igual número o ensino fundamental e eram oriundas de seguimentos sociais diversificados. Esse achado demonstra que existe prevalência definida quanto a faixas etárias acima de 40 anos, mas isto não se aplica à escolaridade e à classe social (SILVA; PESSOA-JÚNIOR; MIRANDA, 2016).

Ainda segundo os autores, o câncer de mama em mulheres jovens deve ser destacado por ser considerado menos frequente e mais agressivo, salientando-se que metástases sistêmicas ocorrem em 55,3% dos casos em mulheres jovens com câncer de mama e em 39,2% dos casos no grupo de idosas, sendo o índice de mortalidade em jovens de 38% e em idosas 33% (SILVA; PESSOA-JÚNIOR; MIRANDA, 2016).

Buscando trazer a experiência das mulheres mais jovens com câncer de mama, outro estudo identificou qual seria a compreensão da vivência destas mulheres submetidas ao tratamento oncológico mais agressivo. Participaram sete mulheres com idade entre 18 e 35 anos. Como resultados, as mulheres trouxeram que essa vivência foi permeada por sentimentos negativos e perplexidade diante do “estar-no-mundo” com câncer de mama, por desconhecerem que um diagnóstico tão sombrio pode pertencer ao grupo da população mais jovem. Além de revelar esse fato, também foi possível compreender melhor os efeitos ocasionados por essa experiência permeada de conflitos existenciais na vida de uma jovem no pós-câncer e sobrevivente de uma doença tão grave (ALMEIDA et al., 2015b).

Isto provavelmente ocorre porque o câncer de mama leva a um significado de ameaça à integridade física e emocional da mulher. Ao ser informada sobre o diagnóstico tardio da doença, ter de enfrentar uma mutilação e passar por estágios difíceis, poderá negar a realidade dos fatos (ALMEIDA et al., 2015a). Tal atitude é compreensível, já que a sensação de impotência diante dessa dura realidade envolve o medo da morte, abarca a possibilidade da recidiva da doença e potencializa a preocupação sobre um futuro incerto (PEREIRA et al., 2013).

Nesta perspectiva, uma importante dificuldade a ser enfrentada pelas mulheres após a mastectomia é sua própria aceitação, pois o fato de olhar-se no espelho e ver que seu corpo está diferente, sem uma parte que culturalmente representa a feminilidade, pode ser vivenciada como um ataque. Por isso, durante o processo de reabilitação, o apoio social e familiar são fundamentais para minimizar as consequências da perda da mama (FURLAN et al., 2012) com a intenção de desenvolver autoconfiança na mulher.

Almeida et al. (2015a) ressalta que o medo da mutilação ocorre através da identificação das mudanças na postura corporal, evidenciadas pela assimetria dos membros superiores devido à tensão emocional, pelas cicatrizes e lesões na pele, que estão aparentes no corpo, e pela lembrança da cirurgia. Para essas mulheres é um momento agressivo à percepção da autoimagem e imagem corporal.

Haddad et al. (2013) já havia observado que, para algumas mulheres, o diagnóstico do câncer de mama e a mastectomia causam impacto psicológico importante, uma vez que desencadeiam um processo de medo e tensão. O procedimento cirúrgico e as terapias adjuvantes como a quimioterapia e radioterapia poderão causar complicações no que tange à capacidade funcional e à vitalidade, ressaltando que quanto mais extensa for a cirurgia, maiores serão as restrições de mobilidade dos membros para a mulher.

Dentre as mais frequentes, destacam-se aquelas relacionadas com os membros superiores, inclusive alterações como hemorragias, infecções, secreções serossanguinolentas, parestesias da região axilar e da parede lateral do tórax, devido à secção do nervo intercostobraquial. Além disso, outros agravantes como assimetrias, incluindo o linfedema significativamente mais comum e intensidade algica (FARIA; FRETAS-JÚNIOR, 2016).

Também existem alterações funcionais e modificações físicas que afetam o cotidiano das mulheres. Elas são culturalmente consideradas as precursoras do cuidado no âmbito familiar e quando vivenciam situações debilitantes para realizar suas atividades mais simples como a própria higiene corporal, somadas aos efeitos colaterais dos medicamentos, ressentem associados à sobrecarga física e emocional, pois sua condição de adoecimento e pós-cirurgia resultam em implicações na qualidade de vida e comprometimento do vínculo familiar (HADDAD et al., 2013).

Os sintomas físicos e emocionais estão interrelacionados devido à intensidade algica e a tensão da musculatura próxima à cicatriz cirúrgica, agravando o estresse. A retirada dos linfonodos axilares é o principal fator de risco para o aparecimento do linfedema, e se for associado à radioterapia tem maiores chances de se instalar. Os sinais e sintomas são identificados pelas mulheres como aumento das mamas, parestesias nas mãos e rigidez nos dedos, em intensidade leve a moderada. Foi observado que a dor pode ser agravada devido às assimetrias musculares e hábitos posturais (HADDAD et al., 2013).

Segundo os autores, a dor pode ser uma presença constante depois da cirurgia na mama. Para Ferreira et al., (2014), a algia é um sintoma que acomete as mulheres que realizaram o tratamento do câncer de mama e pode iniciar frequentemente após a cirurgia, mas também pode ter como marco inicial a radioterapia, região homolateral à cirurgia, sentida durante a realização de movimentos como alcançar objetos e/ou estender a mão. A hiperestesia ocorre, principalmente, em áreas lesionadas e de maior movimentação corporal. Em relação à dor sentida durante o movimento de puxar, em 50% das mulheres houve aumento significativo da intensidade algica muscular e do comprometimento funcional. Nas mulheres do estudo que realizavam exercícios de reabilitação, a percepção da sintomatologia de dor não foi relacionada com a prática de atividades físicas.

Neste sentido, as complicações após a excisão da mama da mulher podem ser incapacitantes momentaneamente e, às vezes, de forma permanente. Influenciam também no seu cotidiano, bem como na vida social, conjugal, no trabalho domiciliar e/ou profissional, podendo levá-la a desenvolver sentimentos conflituosos, ambíguos e redução na satisfação de prazeres que uma pessoa saudável poderia usufruir (HADDAD et al., 2013).

Por conseguinte, a ablação desse órgão idealizado socialmente pode afetar significativamente a reabilitação física e emocional da mulher e uma possível reinserção ao convívio social e oportunidades de lazer (GOMES; SOARES; SILVA, 2015). Poder resgatar essas condições é considerado requisito importante para subsidiar a melhora e preservar a sua qualidade de vida. Silva et al. (2013) identificou que há uma diferença entre as expectativas e os achados no cotidiano das mulheres mastectomizadas pesquisadas. Algumas mulheres afirmaram ter uma qualidade de vida moderada em relação à percepção da autoimagem, no entanto em decorrência da dor, apontaram a possibilidade de baixa frequência nas relações sexuais depois da cirurgia.

A partir destes resultados sobre as repercussões geradas pela retirada cirúrgica da mama feminina, identificou-se que são consequências que podem se transformar em situações constrangedoras e influentes na vida pessoal. A mulher poderá exteriorizar um comportamento mais agressivo, tornando-se mais sensível às emoções desencadeadas pela dor e pelo sofrimento psicológico e também pelo fato de a neoplasia maligna da mama ser uma doença traumatizante por sua imagem estigmatizada na visão das mulheres.

Desta maneira, a retirada da mama, parcial ou total, envolve a mulher em uma extensa gama de sofrimento e que, em consequência do procedimento cirúrgico, a mulher tem um impacto em seu bem estar, ocorrendo modificações dolorosas e limitações para se adaptar à realidade.

É importante que a enfermagem esteja comprometida com a saúde feminina, bem como possa contribuir na prevenção, promoção e recuperação da saúde na integralidade (FURLAN et al., 2012). O suporte familiar é uma das bases que poderá auxiliar a mulher a reduzir suas inquietudes de acordo com sua individualidade, principalmente nos aspectos psicoemocionais, além de outras fontes de apoio como os grupos de autoajuda e de redes de apoio ao câncer.

Neste sentido, Rodrigues, Viana e Andrade (2015) em seu estudo com quatro mulheres mastectomizadas, ressaltam que em alguns casos não houve queixas significativas sobre limitação física, porém houve relatos de que psicologicamente sofreram forte impacto.

Esta repercussão também foi observada por Ortega- López et al. (2014), ao identificar que além das alterações funcionais na vida feminina, havia a alteração emocional como uma questão importante, pois nessa etapa emergem expectativas. Caso as mulheres não tenham sido informadas previamente de forma efetiva sobre as repercussões que podem ocorrer, estarão sujeitas a sérios riscos à saúde, porque é um estado que poderá tocar suas emoções.

Por isto cabe à enfermagem e à equipe de saúde dialogar mais com a mulher e sua família, cumprindo seu papel no cuidado efetivo, reconhecendo a relevância dessa integração, na busca de formas de atendê-las, mostrando-se uma equipe acolhedora para proporcionar o suporte necessário (FURLAN et al., 2012).

Existe então, no contexto da neoplasia da mama e da mastectomia e suas repercussões emocionais, uma ampla necessidade de novos estudos priorizando as ações de saúde à mulher mastectomizada. Por ser um problema relevante de saúde pública, as políticas públicas têm subsídios para financiar a capacitação dos profissionais de saúde para o cuidado na integralidade no âmbito de necessidades biopsicossociais da mulher, conforme está previsto e disponibilizado no Sistema Único de Saúde (SUS), na Política Nacional de Atenção Oncológica, reconhecida, principalmente, por sua finalidade formativa (SILVA; PESSOA-JÚNIOR; MIRANDA, 2016).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta Revisão Integrativa buscou identificar na literatura científica quais são as repercussões da mastectomia na vida da mulher. Pesquisou-se em periódicos indexados nas bases de dados LILACS e BDNF, entre 2012 e 2016, usando os descritores mastectomia, neoplasias da mama, saúde da mulher, saúde mental, cuidados de enfermagem e reabilitação, e foram encontradas 15 publicações para compor a amostra deste estudo. Os autores dos artigos da amostra acreditam que a cirurgia empregada para o tratamento da neoplasia da mama afeta o equilíbrio emocional da mulher, e que mesmo com o bom prognóstico da doença quando detectada precocemente, avanços científicos em áreas como a medicina e todo o aparato tecnológico disponível para a realização da mamografia, ainda existe disparidade para o acesso igualitário das mulheres em tempo hábil para o efetivo diagnóstico precoce do câncer de mama.

A restrição de acesso e a qualidade variável do atendimento à mulher nas diversas regiões do país, por sua vez, pode levá-la a sentir na pele esse reflexo e a se deparar com inúmeras dificuldades para lidar não só com a doença em si, mas também com os componentes físicos e emocionais. Analisando os artigos, viu-se a importância de conhecer as repercussões e implicações decorrentes da mastectomia na vida da mulher, família e pessoas envolvidas em seu cotidiano. Identificamos que o câncer de mama ainda é visto como uma doença estigmatizada e que a mulher com neoplasia da mama enfrenta a tendência do surgimento de complicações da doença em seu desfecho clínico. As repercussões negativas da doença podem afetar principalmente a qualidade de vida e as questões psicossociais.

Ressalta-se que os resultados obtidos sobre as repercussões da mastectomia na vida da mulher vêm mostrando que a imagem corporal é comprometida predominantemente em todas as mulheres as quais se submeteram à cirurgia, pois boa parte das famílias e da sociedade em geral ainda permanece com um conhecimento culturalmente arcaico sobre o câncer, provavelmente proveniente de enigmas do passado sobre a origem e o curso da doença. E isso é reforçado ao se constatar que, mesmo para aquelas mulheres que realizam a reconstrução da mama após a cirurgia radical ou quadrantectomia, não significa que ela está permanentemente livre da recidiva da doença, reforçando a alteração sobre a percepção de seu corpo e o medo de que uma nova proliferação celular o acometa.

Além disso, a doença é causadora de transformações potencialmente estressoras e traumáticas na vida da mulher, e pode perpassar o limite físico ao atingir o aspecto emocional. Para essas mulheres e para a sociedade em geral, a mama representa a sensualidade, a

maternidade, beleza e o vínculo entre o binômio mãe/bebê. A remoção da mama parte tão importante para a mulher poderá potencializar uma mudança súbita no estado mental e físico, afetar a percepção da autoimagem, propiciar a reflexão sobre o passado, o presente e o futuro, e esse é um sentimento único e percebido por cada mulher de maneira distinta sobre sua nova realidade.

Diante da dificuldade em sintetizar e integrar todas essas alterações em sua vida, a mulher precisará de coragem e suporte profissional para poder alcançar a reabilitação física, emocional e social. Dessa forma, torna-se fundamental que a enfermagem desenvolva ações estratégicas para a melhoria progressiva dos cuidados em saúde à mulher mastectomizada. Um aspecto importante a ser considerado é a autopercepção feminina e a contribuição do enfermeiro é primordial para a adaptação e aceitação da autoimagem, até mesmo porque a mulher pode recusar-se diante do espelho. Isto interfere na sua higiene corporal e pode gerar prejuízos à sua saúde. Apesar da evolução científica e dos aparatos tecnológicos, sem levar em consideração a subjetividade humana como alguém que precisou adaptar-se às repentinas e dolorosas metamorfoses em sua vida e ao impacto de uma mutilação. Por outro lado, a boa prática e a aplicação de conhecimentos sobre os fatores prognósticos podem influir positivamente na condução do tratamento e sensibilizar a mulher e sua família para se empoderarem e decidirem qual a abordagem de cuidado mais adequada à sua situação.

Em decorrência disto, foram identificados nos artigos desta revisão que o preconceito social causa tormento, e a pressão exercida por um corpo idealizado socialmente é um dos principais motivos para as manifestações de sentimentos ambíguos e de constrangimento feminino antes, durante e no período pós-cirúrgico.

Tais evidências ressaltam que a perplexidade de se descobrir enferma, e por desconhecer as etapas que se sucedem desde o diagnóstico até o tratamento da doença, faz com que a vida da mulher seja permeada por sentimentos negativos.

Percebe-se o desespero diante da descoberta avassaladora, para a qual não pode se preparar antecipadamente, e que no cotidiano de muitas mulheres contribui para a contínua negação da doença, desmotivação para o autocuidado e comprometimento das relações com seu grupo social. As sutis alterações em seu comportamento podem não ser percebidas pelas pessoas de seu convívio, fato que se reflete em sua qualidade de vida e na de seus familiares, que podem se sentir tão frágeis quanto elas, até mesmo para auxiliá-la no cuidado corporal e na troca dos seus curativos.

Nestas condições, salienta-se que na mulher as cicatrizes no corpo ou na alma são processos de recuperação lenta, mantendo-se o corpo e a mente interligados como em uma

trajetória de autotransformação. A aparência é essencial para a convivência harmônica com o espelho e com os olhares do mundo, e, não raramente, a exérese da mama e a lembrança do câncer estão enovelados no corpo, na mente e no novo olhar que a mulher descobriu sobre si.

Logo, é a redescoberta de si mesma em uma nova realidade, sendo necessária uma dose de sabedoria nessa reconstrução fundamentada na arte de viver. A dor faz parte do tratamento e para determinadas mulheres, além das complicações físicas, há também forte componente psicológico. Aquelas com lesões cirúrgicas mais recentes precisam se familiarizar com seu novo corpo, já que a imagem corporal reflete a visão que cada indivíduo possui de si mesmo, sendo necessário adaptar-se a essa imagem modificada. Em decorrência disso, a mulher pode ter a sexualidade, a autoestima, o autoconceito e as relações sociais afetados seriamente.

Na literatura evidenciou-se que, dentre as repercussões ocasionadas pela retirada da mama, as mais prevalentes na vida das mulheres, foram a ansiedade, devido à dor e as preocupações antecipadas com seu estado de saúde e dificuldade para realizar suas atividades cotidianas, timidez, redução da amplitude dos movimentos pela inserção de drenos, dor durante as trocas frequentes de curativos, sentimentos de abandono e de desvalorização pessoal por não poder amamentar e ter outros filhos devido às alterações em seu equilíbrio emocional e de suas necessidades humanas básicas comprometidas.

Por estas considerações, atribuiu-se determinado destaque aos grupos de apoio que são uma estratégia que é construída e aprimorada a cada dia, composta por uma equipe multiprofissional com enfermeiro, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, que planejam atividades visando à expressão dos sentimentos, promoção e recuperação da saúde sendo que por motivo de timidez, algumas usuárias dos serviços de saúde possuem dificuldade de enfrentar a dura realidade após a mastectomia, tendem a evitar partilhar seus medos e demonstrar retraimento e silêncio.

As mulheres ficam apreensivas diante da possibilidade da recidiva do câncer de mama e da perda da privacidade durante os exames de rotina. Sentimento de vergonha e medo de como as pessoas principalmente seu cônjuge, reagirão à sua aparência e ao possível odor desagradável durante a troca de seus curativos.

Dito isto, o enfermeiro, ao conhecer os principais sinais e sintomas emocionais, bem como as repercussões desencadeadas, poderá desenvolver ações que visem medidas para o apoio emocional com maior acurácia nos diagnósticos, a fim de minimizar o estresse e o e manter o cuidado na integralidade. Sendo assim, cabe ao profissional de enfermagem, ao lidar com essa situação de fragilidade da mulher mastectomizada, agir com empatia, encorajar a

expressão de seus sentimentos, responder suas dúvidas de maneira clara e honesta, intervir e abordar questões sobre os problemas potenciais com o intuito de contribuir com a nobre missão da arte de cuidar.

Saber acolher a coletividade para dedicar-se efetivamente às práticas de saúde inseridas nas Políticas Públicas, principalmente na atenção básica, que é a principal porta de entrada para estas essas mulheres.

Desta maneira, haverá possibilidade de minimizar as consequências ocasionadas pela terapêutica influenciar a mulher juntamente com seus familiares positivamente nas decisões inerentes ao tratamento e agir com respeito às suas diferenças individuais sendo que é primordial enfatizar a respeito das Políticas Públicas em saúde já existentes no Brasil relacionadas à saúde da mulher e às doenças crônicas como o câncer de mama.

Dito isto, sugere-se que esta temática não seja restrita a esta revisão, e a enfermagem, ao pesquisar acerca desta pauta para nortear a dimensão teórica e assistencial na valorizar os saberes e a participação da comunidade nos serviços de saúde na atenção básica, envolvendo-as com as ações pertinentes para o autocuidado e na promoção, prevenção e reabilitação da saúde de modo seguro e eficaz, tanto para a mulher quanto para seus familiares.

Pode-se, então, afirmar que tais conhecimentos são imprescindíveis, pois o profissional de saúde que se propõe a trabalhar com a coletividade e tem por missão o cuidado integral, necessita promover a articulação desses cuidados com a equipe multiprofissional e prestar assistência que congregue técnica, ciência e humanização, a fim de informar, orientar e contribuir para reinserção social.

A reabilitação da mulher submetida à mastectomia requer um suporte que envolva assistência direta, em especial à mulher e à coletividade, seja na área hospitalar ambulatorial, ou da atenção básica. Nesta perspectiva, entende-se que, o processo de reabilitação da mulher mastectomizada passa por um processo de vulnerabilidade longo e a recuperação de sua saúde é manifestada de forma gradativa.

Existem poucos estudos específicos da área de enfermagem nas bases de dados consultadas. Assim, este estudo colaborou para sistematizar o tema mastectomia e mulheres em reabilitação, e os cuidados à saúde nessa condição.

Oportunizar escuta ativa de seus sentimentos e de suas experiências durante a recuperação, pode proporcionar-lhes alívio e, por isto, o enfermeiro precisa observar essa questão feminina nas diversas dimensões do seu comportamento.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Selene Beviláqua Chaves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2729-2732, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a28.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2016.

ALMEIDA Natalia Gondim. de et al. Qualidade de vida e cuidado de enfermagem na percepção de mulheres mastectomizadas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 4, p. 607-617, out./dez. 2015a.

ALMEIDA Thayse Gomes de . et al. Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, jul./set. 2015b.

ALVES, Pricilla Cândido et al. Cuidados de Enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, p. 732-737, jul./ago. 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR 14724**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2011.

AZEVEDO, Rosana Freitas; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Revisando as Contribuições da Reconstrução da Mama para Mulheres após a Mastectomia por Câncer. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei dos Direitos Autorais. Lei Federal nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 fev. 1998. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm>. Acesso em: 30 nov. 2016.

_____. Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 dez. 2005.

_____. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 nov. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm>. Acesso em: 17 mar. 2016. 21

_____. Portaria nº 874/2013, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 maio 2013a.

_____. 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 (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 abr. 2013b. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/pub//7_direitos/L_12802_13.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2016.

BAMSHAD, Carey J. **Genética médica do câncer**. In: _____. *Genética médica*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 212-226.

BANDEIRA, Danieli et al. Repercussões da mastectomia nas esferas pessoal, social e familiar para a mulher mastectomizada: uma revisão. **Revista Contexto e Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 473-482, jan./jun. 2011.

BARBOSA, Isabelle Ribeiro et al. Mortalidade por câncer de mama nos estados do Nordeste e do Brasil: tendências atuais e projeções até 2030. **Revista Ciência Plural**, v.1, n. 1, 2015.

BITTELBRUNN, Ana Cristina da Costa. Quando está indicado o teste genético para verificar a probabilidade de alguém ter câncer de mama? In: BOFF, Ricardo A; WISINTAINER, F. **O que as mulheres querem saber sobre câncer de mama - As 100 perguntas mais frequentes**. Caxias do Sul: Mesa Redonda Ltda., 2005. p. 61.

COELHO JUNIOR, Nelson Ernesto. A noção de objeto na psicanálise freudiana. **Ágora: estudos em teoria psicanalítica**, v. 4, n. 2, p. 37-49, 2001.

COOPER, Harris M. **The integrative research review**. A systematic approach Newburg. Park, CA: Sage, 1989.

ESTEVEZ, Marcella Tardeli et al. Intervenção educativa para o automonitoramento da drenagem contínua no pós-operatório de mastectomia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 4, p. 75-83, 2013.

FARIA, Sara Socorro; FREITAS-JUNIOR, Ruffo. Síndrome da mama fantasma em mulheres submetidas à mastectomia radical modificada. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 26, n. 3, p. 113-117, 2016.

FARINHAS, G. V.; WENDLING, M. I.; DELLAZZANA-ZANON, L. L. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando famílias**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 111-129, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X2013000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2016.

FERNANDES Marcela Marques Jucá J. et al. Autoestima de mulheres mastectomizadas – aplicação da escala de Rosenberg. **Revista Rene**, v. 14, n. 1, p. 101-108, 2013.

FERREIRA, D. B. et al. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 536-544, maio/jun., 2011.

- FERREIRA, V. T. K. et al. Caracterização da dor em mulheres após tratamento do câncer de mama. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 107-111, jan./mar. 2014.
- FURLAN, Mara Cristina Ribeiro et al. Percepção de mulheres submetidas à mastectomia sobre o apoio social. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 66-73, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil693592>>. Acesso em: 8 jun. 2016.
- GOMES, Nathália Silva; SOARES, Maurícia Brochado Oliveira; SILVA, Sueli Riul da. Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 120-132, 2015.
- HADDAD, C. A. S. et al. Avaliação da postura e dos movimentos articulares dos membros superiores de pacientes pós-mastectomia e linfadenectomia. **Einstein**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 426-434, 2013.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama2016>>. Acesso em: 4 mar. 2016.
- LAGO, Elenir de Araújo et al. Sentimentos de mulheres mastectomizadas acerca da autoimagem e alterações na vida diária. **Ciência e Saúde**, v. 8, n. 1, p.15-18, 2015.
- LOPES, Maria Helena Baena de Moraes et al. Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de mastectomia. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 354-360, abr./jun. 2013.
- MAJESWSKI, Juliana Machado et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 3, p. 707-716, 2012.
- MARQUES, Julie Ruffo et al. Análise dos efeitos da drenagem linfática manual no tratamento do linfedema pós-mastectomia. **Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 106-329, jul./dez. 2015.
- MATOSO, L. M. L. et al. As necessidades assistenciais do perioperatório da mastectomia. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 8-23, jan./abr. 2014.
- MEDINA, Julia de Mello Ramirez et al. Frequência e fatores associados à síndrome da mama fantasma em mulheres submetidas à mastectomia por câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 9, p. 397-401, 2015.
- MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MENKE, Carlos et al. Reabilitação psicofísica e social. In: _____. **Rotinas em mastologia**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 249-256.

MOURÃO, C. M. L. et al. Evidências para o cuidado da mulher mastectomizada no perioperatório. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 6, p. 1232-40, 2013.

MENEZES, Natália Nogueira Teixeira de; SCHULZ, Vera Lucia; PERES, Rodrigo Sanches. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: Um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 2, p. 233-240, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/06.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2016.

NASCIMENTO, Karla Tamyres Santos do et al. Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 23, n. 1, p. 108-114, 2015.

ORTEGA-LÓPEZ, Rosa Margarita et al. Cuidado de enfermería en paciente de postoperada de mastectomía: estudio de caso. **Revista Cuidarte**, v. 5, n. 2, p. 842-850, 2014.

OLIVEIRA, M. C. M. et al. Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes submetidas à mastectomia ou quadrantectomia com linfadenectomia axilar. **Revista Médico Residente**, v. 15, n. 3, p. 170-180, jul./dez. 2013.

PEREIRA, Cíntia Mourão et al. O adoecer e sobreviver ao câncer de mama: a vivência da mulher mastectomizada. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 2, p. 3837-3846, abr./jun. 2013. <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2003/pdf_789>. Acesso em: 8 jun. 2016.

PEREIRA, V. G. et al. A evolução da luta contra o câncer. **Saúde em foco**, n. 7, 2015.

PESSOA, J. M. et al. Avaliação do seguimento oncológico de mulheres abaixo de 40 anos portadoras de câncer de mama em um hospital de referência da Amazônia. **Revista Brasileira Mastologia**, v. 25, n. 1, p. 8-15, 2015.

RAMOS, Renato Franz Matta et al. Reconstrução do complexo areolo-papilar: do que dispomos atualmente? **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 26, n. 1, p. 18-23, 2016.

REMONDES-COSTA, Sónia; JIMENÉZ, Fernando; PAIS-RIBEIRO, José L. Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 13, n. 2, p. 327-339, 2012.

RODRIGUES, Sarah Miranda; VIANA, Tatiane Chagas; ANDRADE, Priscilla Garcia de. A vida da mulher após a mastectomia à luz da teoria adaptativa de Roy. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 7, n. 4, p. 3292-3304, 2015. Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3896/pdf_1709>. Acesso em: 09 jun. 2016.

SALES, C. A. et al. Presença familiar no olhar existencial da pessoa com câncer: compreendendo o fenômeno à luz *heideggeriana*. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 30-36, jan./mar. 2015.

SANTOS, Daniela Barsotti; SANTOS, Manoel Antônio dos; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1342-1355, 2014.

SILVA, R. C. F. da; HORTALE, V. A. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê? **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 58, v. 1, p. 67-71, 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/Rbc/n_58/v01/pdf/10b_artigo_opinioao_rastreamento_cancer_ma_brasil_quem_como_por_que.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016.

SILVA, M. B.; PESSOA JÚNIOR, J. M. P.; MIRANDA, F. A. N. Trajetória de vida de mulheres mastectomizadas à luz do discurso do sujeito coletivo. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4365-4375, abr./jun. 2016.

SILVA, S. H. et al. Qualidade de vida pós-mastectomia e sua relação com a força muscular de membro superior. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 21, n. 2, p. 180-185, 2014.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Histórico e cuidados aos pacientes com distúrbios da mama. In: BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 48, p. 1438-1447.

SOUZA, A. M. F.; VIEIRA, R. J. S; FONTOURA, H. A. A prática da reconstrução mamária no universo psicoafetivo da mulher mastectomizada. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 21, n. 4, p. 153-156, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.rbmastologia.com.br/wpcontent/uploads/2015/06/MAS_v21n4_153-156.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2016.

ZAPPONI, Ana Luiza Barreto; TOCANTINS, Florence Romijn; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 23, n. 1, p. 33-38, 2015.

ZORNING, Silvia Maria Abu-Jamra. As teorias sexuais infantis na atualidade: algumas reflexões. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 1, p. 73-77, 2008.

APÊNDICE A – Instrumento para registro das informações dos artigos

Título do artigo:
Autores:
Periódico
Ano de Publicação
Descritores/Palavras-chave:
Objetivo do estudo:
Metodologia: 1) Tipo de Estudo: 2) População/Amostra: 3) Local do Estudo: 4) Coleta de Dados:
Resultados:
Conclusões:

APÊNDICE B – Quadro sinóptico geral

Título	
Autor	
Metodologia	
Resultados referentes à questão norteadora	
Conclusões	