

# Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia

KNOWLEDGE AND EXPECTATIONS OF WOMEN IN THE PREOPERATIVE MASTECTOMY

CONOCIMIENTO Y EXPECTATIVAS DE LAS MUJERES EN EL PREOPERATORIO DE MASTECTOMÍA

Pricilla Cândido Alves<sup>1</sup>, Anna Paula Sousa Silva<sup>2</sup>, Míria Conceição Lavinias Santos<sup>3</sup>, Ana Fátima Carvalho Fernandes<sup>4</sup>

## RESUMO

Com o objetivo de compreender o conhecimento, as preocupações e as expectativas de pacientes portadoras de câncer de mama em relação à mastectomia, entrevistou-se 11 mulheres internadas no pré-operatório da cirurgia, no Hospital das Clínicas de Fortaleza (CE), em dezembro de 2008. O método hermenêutico-dialético foi utilizado na análise dos discursos, sendo definidas três categorias temáticas: Conhecimento acerca da cirurgia, Sentimentos e expectativas em torno da mastectomia e a Retirada da mama. Constatou-se que a mulher passa por um pré-operatório estressante, com desconhecimento acerca da cirurgia, sente ansiedade e medo pelo que está por vir, além de sentimentos de pânico e choque diante da retirada da mama. Ressalta-se, portanto, a importância do papel educativo e do apoio emocional direcionados por toda a equipe que presta assistência a essas pacientes, de maneira a minimizar o drama que vivenciam.

## DESCRIPTORIOS

Mastectomia.  
Conhecimento.  
Emoções.  
Cuidados pré-operatórios.  
Enfermagem perioperatória.

## ABSTRACT

The objective of this study was to understand the knowledge, concerns and expectations of patients suffering from breast cancer in relation to mastectomy. Interviews were performed with 11 women before their being submitted to surgery at the Hospital das Clínicas in Fortaleza (Ceará state) on December 2008. The hermeneutic-dialectical method was used for discourse analysis, and three theme categories were defined: Knowledge about the surgery, Feelings and expectations surrounding mastectomy, and Removing the breast. It was found that women go through a stressful preoperative period, lack knowledge about the surgery, experience anxiety and fear of what they should expect, as well as feelings of panic and shock before their breast is removed. It is, therefore, observed that the health team caring for those patients has an important role in education and in providing emotional support so as to minimize the tragedy those women are experiencing.

## KEY WORDS

Mastectomy.  
Knowledge.  
Emotions.  
Preoperative care.  
Perioperative nursing.

## RESUMEN

Con el objetivo de entender el conocimiento, las preocupaciones y expectativas de pacientes portadoras de cáncer de mama en relación a la mastectomía, fueron entrevistadas en el preoperatorio de la cirugía 11 mujeres internadas en el Hospital de Clínicas de Fortaleza-Ceará-Brasil, en el mes de diciembre de 2008. El método hermenéutico-dialéctico fue utilizado en el análisis de los discursos, definiéndose tres categorías temáticas: Conocimiento acerca de la cirugía, Sentimientos y expectativas en torno a la mastectomía y Extirpación mamaria. Se constató que la mujer pasa por un preoperatorio estresante, con desconocimiento al respecto de la cirugía, ansiedad y miedo de lo que está por venir, además de sentimientos de pánico y shock ante la extirpación de la mama. Se resalta, por lo tanto, la importancia del papel educativo y el apoyo emocional brindados por todo el equipo que atiende a tales pacientes, de manera tal de minimizar el drama que experimentan.

## DESCRIPTORIOS

Mastectomía.  
Conocimiento.  
Emociones.  
Cuidados preoperatorios.  
Enfermería perioperatoria.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Bolsista da Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa. Fortaleza, CE, Brasil. pricillacandido@hotmail.com <sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. annapaula\_ufc@yahoo.com.br <sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. mlavinias@fortalnet.com.br <sup>4</sup> Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. afcana@ufc.br

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é, provavelmente, uma das patologias mais temidas pelas mulheres, devido aos seus efeitos biopsicossociais, os quais afetam profunda e significativamente a vida da mulher. Além de ser o tipo de câncer com a maior incidência na população feminina é também o de maior mortalidade, convertendo-se em um problema real de saúde pública mundial<sup>(1)</sup>.

Segundo as estimativas do INCA (Instituto Nacional do Câncer) para 2008, 49.400 casos novos de câncer de mama serão registrados, ou seja, há uma taxa bruta de incidência de 50,71 casos para cada 100.000 mulheres. Na região Nordeste, a incidência para casos novos é de 7.630 casos, com taxa bruta de 28,38/100.000<sup>(2)</sup>. Com esses dados, pode-se observar que esta neoplasia apresentou um crescimento contínuo na última década, o que pode ser resultado de mudanças sócio-demográficas e acessibilidade aos serviços de saúde.

A mastectomia é o tratamento mais utilizado para o câncer de mama, sendo responsável por uma série de alterações vivenciadas pelas pacientes que a enfrentam, pois surge como um processo cirúrgico agressivo, acompanhado de consequências traumáticas para a vida e saúde da mulher, justamente por ser uma experiência emocionalmente difícil, necessitando de uma preparação adequada e de qualidade durante o seu pré-operatório<sup>(3)</sup>.

Tal preparação deve ser realizada por toda a equipe multidisciplinar, mas, em especial, durante a visita pré-operatória de enfermagem, uma vez que esta categoria está diretamente ligada à paciente, e encontra respaldo na visita para fornecer informações que contemplem todas as ações a serem desenvolvidas no pré, trans e pós-operatório, reduzindo assim, o nível de ansiedade da paciente, através da abordagem de sentimentos como o medo, a apreensão e preocupação, ressaltados de maneira tão generalizada nos momentos que antecedem a cirurgia destas mulheres e que sinalizam diretamente para falta de informações e cuidados adequados a estas pacientes, o que poderá dificultar a recuperação pós-operatória da mastectomia<sup>(4)</sup>.

Dessa forma, são de suma importância nessa fase preparatória o diálogo, a partilha de sentimentos e reações, a exploração de idéias em profundidade e a discussão de relacionamentos, pois quando agimos para fortalecer um relacionamento com os outros, o sistema imunológico responde com maior atividade e se torna mais forte, e os outros sistemas do organismo passam a atuar melhor<sup>(5)</sup>.

Assim, conhecer as preocupações que estas mulheres apresentam no pré-operatório de mastectomia, é de grande relevância, pois buscamos a compreensão de sentido que se dá na comunicação no pré-operatório de mastecto-

mia, uma vez que a carência do cuidar relacionado às informações, à doença e a cirurgia aliados à carência do conhecimento das expectativas destas pacientes, é observado no âmbito hospitalar.

Fato este que aponta para a necessidade de uma visita pré-operatória de qualidade, onde o enfermeiro adote estratégias de cuidado baseadas não somente no conhecimento técnico-científico, mas também no conhecimento das expectativas e percepções da paciente em relação à cirurgia, de forma a contemplar a mulher em seus aspectos físicos, emocionais e sociais e, com isso, sistematizar a assistência a ser realizada neste período.

## OBJETIVO

O presente estudo objetivou compreender no período pré-operatório da mastectomia o conhecimento, as preocupações e expectativas das pacientes portadoras de câncer de mama com relação à cirurgia.

## MÉTODO

A mastectomia é [...] uma experiência emocionalmente difícil, necessitando de uma preparação adequada e de qualidade durante o seu pré-operatório.

Estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa realizado com 11 mulheres portadoras de câncer de mama, tendo sido utilizado como critérios de inclusão os seguintes aspectos: ser maior de 18 anos, estar no pré-operatório da mastectomia e aceitar participar da pesquisa de forma espontânea, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

As participantes encontravam-se internadas na enfermaria da mama de um hospital universitário, onde foram feitas entrevistas durante o mês de dezembro de 2008, através de visitas semanais, sempre realizadas no turno da manhã, por corresponder ao horário que antecedia as cirurgias.

O estudo foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC-UFC), de acordo com a Resolução no 196/96<sup>(6)</sup> e sob o protocolo de número 074.11.08.

Os dados foram coletados até obter-se a saturação de informações, critério adotado em pesquisas de natureza qualitativa, onde as convergências e divergências das informações coletadas sinalizam para o encerramento da coleta de dados<sup>(7)</sup>. Utilizou-se como instrumento de coleta um roteiro de entrevista estruturada composto por três partes: as duas primeiras com a caracterização sociodemográfica das participantes (nome, idade, escolaridade, estado civil, ocupação e procedência) e dados relacionados à doença, respectivamente, (tempo de diagnóstico, extensão do tumor, tratamentos anteriores e presença de metástases), sendo a terceira referente a questões como:

Qual o tipo de cirurgia que a senhora vai realizar? A senhora sabe como a cirurgia é realizada? Quais as suas preocupações e expectativas com relação à cirurgia? Como a senhora vê a retirada da mama?

No decorrer das entrevistas realizava-se o registro manual dos discursos das entrevistadas, e em seguida, a transcrição das falas preservando-se a coloquialidade das mesmas.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, de acordo com o método hermenêutico-dialético, no qual a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida<sup>(7)</sup>, considerando-se os seguintes passos: 1) Ordenação dos dados, onde se fez um mapeamento de todas as informações obtidas no trabalho de campo, com releitura do material e organização dos relatos; 2) Classificação dos dados, construída a partir de questionamentos que fazemos com base em fundamentações teóricas, estabelecendo-se então, leitura exaustiva e repetida dos textos para identificar o que é relevante e elaborar-se as categorias específicas de análise, e o último passo 3) Análise final, onde se buscou estabelecer relações entre os dados e os referenciais teóricos da literatura.

Com base na unidade de significação contida nas falas das participantes das entrevistas, identificaram-se três categorias: Conhecimento da mulher acerca da cirurgia, Sentimentos e expectativas em torno da cirurgia e Retirada da Mama. Para garantir o anonimato às participantes do estudo, as mulheres foram representadas por nomes de personagens bíblicos devido ao grande apego que pacientes portadores de câncer em geral tem à presença divina e a espiritualidade<sup>(5)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação aos dados sociodemográficos, a faixa etária das mulheres variou de 36 a 72 anos, havendo uma predominância maior entre os 50 e 70 anos. Com relação ao estado civil, sete eram casadas, duas solteiras, uma viúva e uma divorciada. Em relação à escolaridade, uma possuía o ensino médio, nove o ensino fundamental incompleto e uma era analfabeta. Suas ocupações variavam entre ser dona de casa, cozinheira, comerciante, funcionária pública, agricultora e aposentada.

No que diz respeito à procedência sete eram provenientes do interior e quatro da capital, que está de acordo com as estimativas do INCA, onde a maioria dos casos da doença ocorre no interior<sup>(2)</sup>. O tempo de diagnóstico da doença variou de cinco meses até dez anos de descoberta do tumor, e os mesmos apresentavam uma extensão variável de 9x7mm até 12 cm. A maioria das pacientes não tinha realizado nenhum tratamento anterior à cirurgia e havia metástase somente em uma paciente, que apresentava comprometimento pulmonar.

Do conjunto de dados relativos às questões do estudo surgiram as categorias das preocupações e expectativas das

pacientes com relação ao vir a ser mastectomizada que foram identificadas e serão discutidas a seguir:

### Conhecimento acerca da cirurgia

A arte da compreensão vincula-se com a arte do convencimento (retórica) naqueles casos em que a comunicação é trazida para o terreno das decisões em questões práticas. Desta forma, a hermenêutica e a retórica se unem não apenas como caminho de compreensão da mensagem, mas para entender a orientação e a modificação da ação<sup>(7)</sup>.

Assim, situando a mulher no significado da ação, por meio do método hermenêutico-dialético, buscamos identificar a ilusão ideológica de liberação da mulher em relação aos padrões de pensamento que pudessem estar nela profundamente gravados. De fato, este é o modo pelo qual o pensamento produz racionalidade, pois é capaz de dar conta de uma interpretação da realidade, colocando a fala em seu contexto, para entendê-la a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica que é produzida<sup>(8)</sup>.

Com base neste princípio tem-se na dialética o ser humano como ponto de partida e na hermenêutica a busca da compreensão do sentido que se dá a linguagem, foi o que consideramos e abstrairmos a partir das falas das mulheres:

[...] Vou realizar a retirada da mama, mas não sei o nome da cirurgia (Sara).

[...] Não sei se vão tirar a mama toda ou vão apenas mexer na axila, na hora lá que abrir é que eles vão decidir (Rebeca).

A importância da informação e conhecimento sobre a doença deve estar presente no processo decisório que envolve o tipo de procedimento cirúrgico a ser adotado para mulheres portadoras de câncer de mama<sup>(9)</sup>.

No entanto, ao serem indagadas sobre qual tipo de cirurgia iriam realizar e como a mesma seria realizada, a maioria das pacientes sabia apenas que retiraria a mama, não sabendo informar o nome da cirurgia ou procedimento ao qual se submeteria, nem como este seria realizado<sup>(10)</sup>.

A cirurgia no câncer de mama tem por objetivo promover o controle local, com a remoção mecânica de todas as células malignas presentes junto ao câncer primário, proporcionar maior sobrevida, orientar a terapia sistêmica, definir o estadiamento cirúrgico da doença e identificar o grupo de maior risco de metástases à distância. O esvaziamento axilar por sua vez, é feito para o estadiamento cirúrgico e controle da doença na axila, avaliação do prognóstico no que se refere às recidivas locais e à distância e orientar as terapêuticas complementares<sup>(11)</sup>.

Os tipos de cirurgias dependem do estadiamento clínico e histológico, podendo ser classificadas em conservadoras: tumorectomia (exérese do tumor sem margens) e ressecção segmentar ou setorectomia (exérese do tumor com margens) e as não conservadoras: adenomastectomia subcutânea (com a retirada da glândula mamária, preser-

vando-se pele e complexo aréolo-papilar), mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo aréolo-papilar) mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais com linfadenectomia axilar (radical modificada), mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitoral(is) com linfadenectomia axilar (radical)<sup>(11)</sup>.

Dessa forma, diversos fatores têm contribuído para a segurança destes procedimentos cirúrgicos na atualidade, no entanto, a maioria destas técnicas desconsidera a paciente como sujeito e pessoa do seu tratamento. Isto pode ser constatado no momento do diagnóstico e definição da terapêutica, onde as pacientes raramente compartilham do processo, e evidenciado a partir dos discursos colocados pelas participantes do estudo.

A importância da informação sobre a doença, tratamento e suas conseqüências são fundamentais. Essas informações e orientações repassadas pelos profissionais da saúde, meios de comunicações e pessoas que vivenciaram a doença, sobre as causas do câncer de mama, aspectos relacionados à prevenção, ao tratamento e suas implicações para a vida da mulher são considerados imprescindíveis para diminuir a ansiedade e o medo frente ao diagnóstico e tratamento<sup>(10)</sup>.

Dessa maneira, para o tratamento cirúrgico tornar-se completo e mais humano, a paciente necessita ter preparo emocional e as orientações devem ser completas. Não se trata apenas de falar o nome da cirurgia e sim de explicar cada passo, ou seja, do que, por que, quando, por quem, como, onde e as conseqüências, a fim de que a paciente possa estar ciente do seu tratamento e colaborar na sua recuperação<sup>(1)</sup>.

Com isso, a questão da participação da mulher com câncer de mama no seu processo de tratamento, inclusive nas modalidades a que serão submetidas, deve ser conduzida dentro de uma proposta de um modelo assistencial traçado pela ética do cuidar de cidadãos, de forma a permitir que esta se torne sujeito de participação de sua própria assistência.

### **Sentimentos e expectativas em torno da mastectomia**

As mulheres que irão submeter-se a uma mastectomia têm uma experiência diferente daquelas que não se submetem a este processo. O sentimento mais comum no pré-operatório é a ansiedade, inicialmente porque a mulher deposita na cirurgia a possibilidade de cura e espera que, após a realização da mesma, não precise mais se preocupar. Ao mesmo tempo há o medo do desconhecido, da anestesia e a possibilidade de enfrentar um corpo que já não será mais o mesmo<sup>(12)</sup>, como podemos observar:

[...] estou preocupada, nervosa porque vou retirar a mama, tenho medo da anestesia também (Sara).

[...] estou com medo do centro cirúrgico e da anestesia (Rebeca).

[...] estou nervosa com medo de passar mal na hora da cirurgia e da anestesia (Ana).

A hermenêutica nos mostra aqui as condições cotidianas da vida e promove o esclarecimento sobre as estruturas profundas desse mundo no dia-a-dia, que são os sentimentos<sup>(7)</sup>.

O *medo do desconhecido* é apontado como a maior fonte de ansiedade em pacientes com suspeita de câncer de mama a serem submetidas a procedimento cirúrgico. Existindo inúmeros fatores identificados como responsáveis por esta ansiedade que cerca o momento do ato anestésico-cirúrgico: preocupações com lesões que possam ocorrer durante o procedimento cirúrgico, receio de dor no período pós-operatório, separação da família, perda da independência, medo de ficar incapacitado, medo de acordar no meio de uma anestesia, medo do diagnóstico e das complicações<sup>(13)</sup>.

Considerando que a hermenêutica-dialética possibilita trabalhar a totalidade significativa do fenômeno investigado e com isso os aspectos subjetivos e objetivos do processo psico-cognitivo das pessoas<sup>(14)</sup> os diversos fatores mencionados e que preocupam as mulheres no pré-operatório precisam ser percebidos e trabalhados neste momento, a fim de evitar complicações futuras.

Nesta fase, de acordo com estudo realizado sobre o papel da enfermagem no controle da dor em pacientes com câncer, demonstrou-se que a enfermeira deve ter atuação clara e precisa não apenas no controle deste aspecto, mas na orientação educacional e apoio emocional a estes pacientes, que se encontram em estado de total de fragilidade<sup>(15)</sup>.

A ansiedade é um fenômeno universal e uma realidade emocional vivenciada por quase todos os pacientes cirúrgicos, podendo influenciar a resposta do doente frente ao tratamento e acarretar efeitos negativos sobre a recuperação pós-operatória. Tal sensação, somada ao medo que as pacientes apresentam da cirurgia, representa um incômodo sentimento de desconforto ou temor acompanhado de uma resposta autônoma, ou seja, um sentimento de apreensão causado pela antecipação do perigo<sup>(13)</sup>.

Além da ansiedade e medo, sentimentos de desesperança e angústia são comuns diante do tratamento. A possibilidade da morte, decorrente de uma doença como o câncer de mama, causador de mutilações, alterando a imagem corporal, leva na maioria das vezes, a sentimentos de depressão e medo diante da finitude da vida. Causa ainda descredibilidade nos tratamentos e numa possível luta pela vida<sup>(5)</sup>, como observamos nas falas abaixo:

[...] estou ansiosa com medo de morrer (Noemi).

[...] não queria fazer essa cirurgia porque acho que não vai adiantar, mas a doutora me convenceu (Isabel).

O medo da morte não parece juntar os recursos do indivíduo ou aumentar a resistência contra o processo da



doença. Esse medo não ajuda o indivíduo a expandir sua personalidade para concretizar o seu potencial e sim o restringe e limita. O medo da morte é, sim, uma emoção essencialmente negativa<sup>(5)</sup>.

Esse sentimento de medo em relação à morte é vivenciado no momento do diagnóstico e acompanha o ser-côncer durante toda sua trajetória de enfrentamento da doença. Assim, a morte se constitui no fato mais assustador da vida, frente ao qual não há controle ou previsão<sup>(9)</sup>.

Com base nisto, é que a assistência de enfermagem durante o preparo da paciente para cirurgia deve incluir uma abordagem individualizada e tendo como um de seus objetivos a redução de temores como o medo do desconhecido, da morte e da anestesia, a fim de que haja o mínimo de complicações possíveis e uma maior recuperação das pacientes<sup>(13)</sup>.

A ausência de preocupações ou um baixo grau de ansiedade foi observado em algumas mulheres do estudo. Tal atitude pode denotar uma ausência de introversão, tendo como consequência igual resistência em compreender e se reafirmar diante da situação vivida<sup>(13)</sup>.

[...] Não tenho preocupações, só quero que tudo dê certo (Judite).

[...] Não deixo de ter preocupações, mas prefiro não falar (Madalena).

Tal comportamento também pode ser compreensível e justificado na sociedade em que vivemos, pois a sociedade ocidental criou barreiras na comunicação, onde não há lugar para a expressão da dor, do amor, do abrir-se para o outro, de romper com o silêncio e onde há obrigatoriedade de ser ou demonstrar que se é feliz, mesmo que o corpo ou alma chore, sofra, esteja doente, precise de ajuda. A ajuda deve ser, preferencialmente, profissional e impessoal<sup>(5)</sup>.

No entanto, parece que muitos profissionais desconhecem técnicas de comunicação terapêutica, evitando o contato verbal com os pacientes que vivenciam a possibilidade de morte, afastando-se dos mesmos, por não saber trabalhar os sentimentos que a situação de morte iminente lhes desperta. Estes fatos tornam-se preocupantes ao lembrar-se que o enfermeiro e sua equipe são os profissionais da área da saúde que interagem mais direta e constantemente com o paciente durante sua estadia em uma instituição hospitalar<sup>(16)</sup>.

Visando a melhoria desta problemática, tornar-se-ia necessário a realização de cursos de educação em enfermagem ou treinamentos intensivos para estes profissionais, onde fossem abordados métodos e técnicas de cuidado, didática e estratégias de interação para que haja uma prática efetiva e potencial no cuidado de enfermagem em oncologia<sup>(17)</sup>.

Dessa forma, uma abordagem ampla e precoce da paciente a ser mastectomizada, no período pré-operatório, deve

ser realizada pela equipe de enfermagem, uma vez que há a possibilidade de detecção de sentimentos e preocupações apresentados por estas mulheres, que quando não identificados, trazem conseqüências e complicações tanto no intra quanto no pós-operatório.

### **Retirada da mama**

Nesta reflexão hermenêutica buscamos a visão de mundo de um grupo determinado (mastectomizadas) num tempo presente para buscar o sentido da perda da retirada mama<sup>(7)</sup>.

[...] acho que vai ser difícil me acostumar com a nova imagem, para o meu marido também vai ser difícil (Sara).

[...] acho muito ruim retirar a mama porque vou ficar com um defeito, faltando um seio (Isabel).

A perda da mama ocasiona sentimentos de vergonha, rejeição e inferioridade. Isso se explica, pois a representação do corpo desempenha papel marcante na construção da auto-imagem e consciência do corpo, em particular a relação estabelecida pela pessoa com o próprio corpo, é um elemento constitutivo e essencial da individualidade<sup>(18)</sup>.

Além disso, o seio é tido como o objeto central de desejo e satisfação, e adquirir uma doença localizada neste objeto destrói todas as possibilidades de simbolização da mulher enquanto ser feminino. Quando é ameaçada da perda deste órgão, a mulher sente que sua identidade feminina está sendo questionada, bem como a sua capacidade para a amamentação e sua sensualidade<sup>(12)</sup>, é o que podemos observar nas falas das mulheres:

A retirada da mama modifica a identidade da mulher nos aspectos sociais e sexuais, com reflexos no relacionamento marital. No entanto, os efeitos da mastectomia sobre a vida do casal dependem muito da relação conjugal de ambos, antes da intervenção cirúrgica, e da qualidade do relacionamento sexual e envolvimento emocional<sup>(5)</sup>.

Ao se depararem com a possível perda da mama as mulheres experimentam um momento muito complexo, vivencia-se o real sentimento de que a vida está acabando a mutilação é certa e o futuro é uma incógnita, instalam-se diferentes reações diante do fato.

[...] Fiquei muito abalada inicialmente quando soube que ia tirar a mama, mas acho que é melhor estar viva e só com uma mama do que morta com as duas (Judite).

[...] Fiquei em pânico no começo, mas agora estou mais tranquila (Madalena).

Aqui são evidenciados sentimentos como tristeza, depressão, estado de choque e pânico diante da retirada da mama, que caracterizam a difícil experiência do câncer de mama e da mastectomia, já que o significado atribuído a esta experiência está relacionado muitas vezes à morte e à mutilação<sup>(19)</sup>.

Para algumas pacientes a retirada da mama é vista como algo inevitável diante da doença, apresentando-se uma atitude de aceitação e conformação diante do fato.

[...] acho melhor retirar a mama do que continuar doente (Rebeca).

[...] se for para minha saúde, ficar sem a mama não significa nada (Éster).

[...] estou preparada para ficar sem a mama (Noemi).

A aceitação da perda da mama, para muitas mulheres vem do fato de que não há outro jeito, vem como o único caminho para a cura tão esperada, ou seja, se livrar do mal, dessa forma, é melhor aceitar que morrer sem ao menos tentar<sup>(16)</sup>. É fundamental, para as mulheres encararem a doença com coragem, sem perderem a esperança, é preciso acreditar na possibilidade de se recuperar e voltar a ter uma vida normal<sup>(18)</sup>.

Com relação às atividades de vida diária é comum as mulheres apresentarem preocupações com a sua continuidade após a retirada da mama, visto que a mulher, na maioria das vezes, é acostumada a cuidar e o fato de ter que ser cuidada gera um sentimento de angústia, preocupação e ansiedade<sup>(11)</sup>. É o que podemos observar neste discurso:

[...] acho que vou ter dificuldade para me acostumar com a perda desse seio, também porque sou dona de casa, vai ser ruim para fazer os trabalhos de casa (Ana).

A mulher desempenha muitos papéis: mãe, esposa, trabalhadora, chefe de família e cidadã, trazendo dentro desse universo muitos obstáculos no desempenho dos seus papéis, principalmente em situações em que essa mulher adoce<sup>(19)</sup>. Dessa forma, surgem preocupações como não querer ser um incômodo, não depender dos outros, não atrapalhar<sup>(11)</sup>.

Diante disso, é necessário um suporte emocional especializado que deverá ser sempre oferecido, visto que, muitas vezes o estresse que acompanha este momento dificulta a absorção racional de todas as informações dadas<sup>(20)</sup>.

Neste aspecto, o enfermeiro deve contribuir com a equipe multidisciplinar e seu papel é fundamental para ajudar a mulher neste processo tão difícil e modificador que é a extirpação da mama, cujo comprometimento da auto-imagem traz traumas de ordem física, emocional e social que podem influenciar negativamente na evolução do tratamento e recuperação das mesmas.

## REFERÊNCIAS

1. Oliveira MS, Fernandes AFC, Melo EM, Barbosa ICFJ. Cuidados pré-operatórios de mastectomia bajo la óptica de la mujer. *Rev Cubana Enferm*. 2005;21(2):1-8.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil, 2008 [texto na Internet]. Rio de Janeiro; 2008. [citado 2008 out. 8]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=mapa.asp&ID=13>
3. Barbosa ICFJ, Fernandes AFC, Silva RM, Gurgel AL. Benefício de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas. *Rev Enferm IMSS [periódico en la Internet]*. 2002 [citado 2008 maio 20];10(2):79-84. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/F79B0887-CFB4-4421-927B-6F3B3E77D07E0/BenefReha10.pdf>
4. Bittencourt JFV, Cadete MMM. Vivências da mulher a ser mastectomizada: esclarecimentos e orientações. *Rev Bras Enferm*. 2002;55(4):420-3.

## CONCLUSÃO

Após a análise dos dados, concluiu-se que a mastectomia provoca um turbilhão de dúvidas, anseios e medo do que está por vir, em virtude, principalmente, da falta de informação e desconhecimento da paciente em relação à cirurgia. Assim, a mulher acaba por enfrentar um pré-operatório estressante, sendo os principais sentimentos em torno da cirurgia: a ansiedade, o medo do desconhecido e da morte.

Na interpretação dialética observamos que o comportamento das mulheres são resultados de concepções anteriores, são frutos de condições dadas, mas são também produto do meio no qual convivem.

Compreendemos que a vivência da doença, para algumas mulheres, as fez reconhecerem-se como seres finitos, apropriando-se da possibilidade da morte como parte de sua existência. A oportunidade de conviver com estas mulheres permitiu-nos um crescimento profissional e pessoal, revelando-nos o quanto é fundamental aprender a escutar, estando presente e respeitando o momento singular de cada um.

Constatou-se, portanto, que a mulher ao vivenciar o pré-operatório da mastectomia deve ser apoiada pela equipe multidisciplinar e pela(o) enfermeira(o) em relação aos aspectos físico, emocional e social, de maneira que a retirada da mama represente um momento de menor choque, abalo emocional, depressão e sensação de inutilidade.

Diante disto, entendemos que para uma maior adequação e enfrentamento eficaz da mulher, inserida neste processo, esta deve ser orientada recebendo um guia de informações e cuidados com os seguintes dados: tipo de cirurgia, cuidados com o braço operado, manejo do dreno, troca de curativo, mobilização do membro operado e retorno ao ambulatório. A realização deste estudo nos proporcionou importantes subsídios para a construção de um manual para orientação de mulheres mastectomizadas, que está sendo validado em uma tese de doutoramento, pretendendo-se disponibilizá-lo futuramente às instituições que prestam cuidados a estas pacientes.

5. Fernandes AFC, Mamede MV. Câncer de mama: mulheres que sobreviveram. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2003.
6. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.
7. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
8. Arantes SL, Mamede MV. A participação de mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. *Rev Lat Am Enferm*. 2003;11(1):49-58.
9. Siqueira KM, Barbosa MA, Boemer MR. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns des-velamentos. *Rev Lat Am Enferm*. 2007;15(4):605-11.
10. Duarte TP, Andrade AC. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estud Psicol*. 2003;8(1):155-63.
11. Barreto RAS, Suzuki K, Lima MA, Moreira AA. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. *Rev Eletr Enferm* [periódico na Internet]. 2008 [citado 2008 set. 15];10(1):110-23. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10.htm>
12. Vieira CP, Lopes MHBM, Shimo AKK. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):311-6.
13. Alves MLM, Pimentel AJ, Guaratini AA, Marcolino JAM, Gozzani JL, Mathias LAS. Ansiedade no período pré-operatório de cirurgias de mama: estudo comparativo entre pacientes com suspeita de câncer e a serem submetidas a procedimentos estéticos. *Rev Bras Anestesiol*. 2007;57(2):147-56.
14. Cruz EJER, Souza NVDO, Lisboa MTL. Collective defense strategies: tactics to mitigate suffering in nurse's hospital work. *Online Braz J Nurs* [serial on the Internet]. 2007 [cited 2008 Oct 20]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.994>
15. Ruosten T, Gaardsrud T, Leegaard M, Whal AK. Nursing pain management: a qualitative interview of patients with pain, hospitalized for cancer treatment. *Pain Manag Nurs*. 2009;10(1):48-55.
16. Vargas TVP, Maia EM, Dantas RAS. Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Lat Am Enferm*. 2006;14(3):383-8.
17. Steginga SK, dunn J, Dewar AM, Mccarthy A, Yates P, Beadle G. Impact of interview nursing education course on nurse's knowledge, confidence, attitudes and perceived skills in the care of patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2005;32(2):375-81.
18. Caetano JA, Soares E. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal. *Rev Enferm UERJ*. 2005;13(2):210-6.
19. Fernandes AFC, Araújo IMA. Enfrentando o diagnóstico de câncer de mama: depoimentos de mulheres mastectomizadas. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2005.
20. Araújo MMT, Silva MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):668-74.