

Câncer de mama no Brasil, a mastectomia e reconstrução mamária – uma revisão

*Tuane Carla Moreira da Silva
Paulo Alexandre de Souza São Bento
Líliã Eliane de Oliveira Moraes
Audrei Castro Telles
Luciana Miranda Rodrigues
Simone Carvalho Neves*

RESUMO

Objetivos: apresentar uma discussão sumarizada sobre o câncer de mama no Brasil, a cirurgia de mastectomia e a reconstrução mamária. **Método:** pesquisa bibliográfica, decorrente do trabalho de conclusão de curso (TCC) intitulado “Mulheres que foram submetidas à mastectomia: uma reflexão no enfoque da promoção da saúde”, defendido em 2014. A discussão proposta trata-se da primeira parte do referido TCC. **Discussão:** o câncer de mama é a neoplasia mais incidente nas mulheres, representado por um grupo heterogêneo de doenças que pode apresentar vários sinais e sintomas. Seu tratamento é possível através de diferentes modalidades terapêuticas e cirúrgicas, conservadoras ou não, dependendo do estadiamento clínico e do tipo histológico da doença. **Conclusão:** a enfermagem exerce um papel fundamental, desenvolvendo uma relação de confiança e estímulo e promovendo suporte informativo, sobre os cuidados necessários à reabilitação pós-mastectomia, podendo também oferecer conforto e tranquilidade perante os sentimentos e as expectativas sobre a doença.

Palavras-chave: Enfermagem. Neoplasias da mama. Saúde pública.

INTRODUÇÃO

O presente artigo é fruto do trabalho de conclusão de curso (TCC) da autora Tuane C. Moreira da Silva, intitulado ‘Mulheres que foram submetidas à mastectomia: uma reflexão no enfoque da promoção da saúde’,

defendido no segundo semestre de 2014. Foi orientado pelo professor Paulo A. de S. São Bento e teve dois desdobramentos em sua discussão. As demais autoras citadas contribuíram com a tessitura crítica para este artigo, que se debruça no primeiro eixo do TCC citado. No exercício de divulgar os estudos acadêmicos enquanto artigos científicos, o **objetivo** deste é apresentar uma discussão sumarizada sobre o câncer de mama no Brasil, a cirurgia de mastectomia e a reconstrução mamária.

A pesquisa bibliográfica foi o **método** escolhido para conduzir este trabalho. Uma das maiores cientistas sociais do Brasil, Minayo (2010), assevera que o primeiro passo para realização de toda e qualquer pesquisa é se debruçar numa extensa pesquisa bibliográfica, já que ela é capaz de lançar luz e sistematizar as ideias para compreensão de uma dada realidade. Para Rampazzo (2004, p.53) “procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas (em livros, revistas etc). Pode ser realizada independentemente, ou como parte de outros tipos de pesquisa”. Assim, para esta primeira discussão a pesquisa bibliográfica se mostrou oportuna e foi suficiente para o alcance do objetivo proposto.

Este artigo é relevante para o ensino e a pesquisa, uma vez que se oferece enquanto material pedagógico de apoio para os docentes e discentes, tanto na graduação como na pós-graduação. Como pesquisa, deixa sua simplória discussão para que possa (tenha intenção de) deflagrar outras discussões/pesquisas neste sentido. Coloca-se na posição de um modelo a ser seguido ou criticado, com vistas a uma produção contínua e permanente do conhecimento produzido neste campo.

O Brasil, nas últimas décadas, vem sofrendo mudanças geográficas, do processo de urbanização populacional, da industrialização e dos avanços da ciência e da tecnologia, unindo-se aos novos estilos de vida e a exposição, de maneira mais intensa, a fatores de risco do mundo contemporâneo. Esse processo de mudança demográfica, denominada ‘envelhecimento’ da população, reflete-se no perfil da morbimortalidade, com diminuição da ocorrência das doenças infectocontagiosas, e um incremento das doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer (INCA, 2013).

De acordo com dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2013), o câncer de mama foi o quinto tipo mais frequente no mundo em 2012 e o primeiro na população feminina (exceção dos casos de pele não melanoma), com incidência de 1,7 milhão naquele ano. Para o Brasil em 2014 foram esperados 57.120 casos novos de câncer de mama (56,09 casos

a cada 100 mil mulheres). É o tipo de câncer mais frequente nas mulheres (excluindo-se também os tumores de pele não melanoma) das regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Nordeste e na região Norte é o segundo tumor mais incidente. Esses dados apontam para um grave e crescente problema de saúde pública.

Existem importantes avanços na abordagem ao câncer de mama especificamente no que tange a cirurgias menos mutiladoras e terapêutica individualizada. No entanto, a definição do tratamento, bem como o tipo de cirurgia que será indicada, está diretamente condicionada ao estadiamento da doença, ao tipo histológico do tumor bem como às condições da mulher (BRASIL, 2013; INCA, 2013).

Neste sentido, o diagnóstico do câncer de mama e os respectivos tratamentos reverberam no aspecto emocional das mulheres, podendo acarretar sentimentos negativos relacionados ao corpo, impactando na qualidade de vida. As estatísticas nacionais relacionadas ao câncer de mama (2014 e 2015) apontam que ocorrerão 576 mil novos casos de câncer, mostrando a alta taxa de incidência por câncer de mama no país (INCA, 2013).

Para os autores Mistura, Carvalho e Santos (2011), o apoio familiar é fundamental e encoraja a mulher na luta contra o câncer, fortalecendo as carências emocionais e a aceitação para o tratamento, sendo uma das principais estratégias acionadas para o enfrentamento da doença. Os laços afetivos são fatores de aproximação, de ajuda física, emocional e cuidado à mulher, importantes para uma recuperação mais rápida e menos traumática, contribuindo para sua qualidade de vida.

O CÂNCER DE MAMA NO BRASIL, A MASTECTOMIA E A RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida que estão relacionados com o meio ambiente, entre eles, moradia, renda, lazer, alimentação, condições de trabalho etc. No caso das mulheres, especificamente, existe uma maior vulnerabilidade relacionada à morbidade e mortalidade intimamente ligada com a situação de gênero, ou seja, a discriminação vivida no cotidiano. Essa vulnerabilidade gera impactos, muitas vezes, maiores do que os vinculados a fatores biológicos. Segundo o relatório sobre a Situação da População Mundial (2002), é maior o número de mulheres que

vivem em situação de pobreza e que, pelo menos, as mulheres gastam metade do seu tempo em atividades não remuneradas, o que diminui o seu tempo de acesso aos bens sociais, inclusive, aos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

No Brasil, no início do século XX e até meados da década de 70, as Políticas Nacionais de Saúde preconizavam ações voltadas a um único aspecto no universo das mulheres, isto é, aquele relacionado ao seu estado gravídico-puerperal, com uma visão voltada para o papel social de mãe e doméstica. Os movimentos feministas criticavam esse modelo de assistência, pois reduzia a assistência à saúde da mulher, apenas, aos cuidados durante o período da gravidez e puerpério, resultando na fragmentação da assistência, ferindo a concepção da mulher como um ser integral. Desde então, algumas mudanças ocorreram, questões antes relegadas a um segundo plano, passaram a ser introduzidas na agenda política nacional. As mulheres começaram a reivindicar, através dos movimentos feministas, exigindo do governo uma política que garantisse a melhoria das condições de saúde para mulheres em todos os ciclos de vida (SOUZA & TYRRELL, 2011; SANTOS, SÃO BENTO, TELLES, RODRIGUES, XAVIER, 2013).

As principais causas de morte na população feminina no Brasil referem-se às doenças cardiovasculares, as doenças do aparelho respiratório, doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas e as neoplasias, com destaque para o câncer do colo do útero, pulmão e câncer de mama. No mundo, o câncer de mama situa-se entre as principais causas de morte por câncer em mulheres e ainda é diagnosticado tardiamente, em cerca de 60% dos casos. Mudar essa situação é um desafio necessário, através de estratégias diversas, dentre elas, a sensibilização e mobilização da população, orientando por meio de informações sobre a importância da detecção precoce. Uma das estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) é reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina (BRASIL, 2011).

Sendo a quinta causa de morte por câncer em geral (522.000 óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres, o câncer de mama é, sabidamente, um problema de saúde pública, de ampla magnitude, e que requer práticas de rastreamento a fim de que haja *detecção precoce* na população-alvo, ampliando-se as possibilidades de intervenção conservadora e prognóstico favorável (INCA, 2013).

Define-se como câncer de mama um grupo heterogêneo de doenças, apresentando comportamentos distintos. De fato, essa heterogeneidade é observada por variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas. O estágio precursor de anormalidades proliferativas, nos lóbulos e ductos da mama, inclui a hiperplasia, hiperplasia atípica, carcinoma *in situ* e carcinoma invasivo, apresentando alterações genéticas comuns aos carcinomas. Dentre eles, o tumor mamário mais comum é o carcinoma ductal infiltrante (CDI), compreendendo cerca de 80 e 90% do total de casos (INCA, 2013).

O câncer de mama pode apresentar vários sinais e sintomas, desta forma, o mais comum deles é o aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular. Porém, há tumores de consistência branda, globosos e bem definidos. Outros sinais incluem: espessamento na mama ou axila; edema cutâneo semelhante à ‘casca de laranja’; retração ou inversão no mamilo; descamação ou ulceração do mamilo; alteração do tamanho, no formato ou na textura da mama; enrugamento ou retração da pele; hiperemia; ulceração; edema; derrame papilar (sinonímia: fluxo papilar, descarga mamilar ou telorragia): secreção espontânea, persistente, unilateral mamilar serossanguinolenta, serosa, sanguinolenta ou aquosa/‘água de rocha’¹; aumento dos linfonodos na axila, e algumas evidências da doença metastática, como o aumento dos linfonodos na região supraclavicular ou cervical e anormalidades detectadas na radiografia de tórax, com ou sem derrame pleural (AZEVEDO, BEZERRA, NETO, BUSTORFF, SOUTO, 2012; INCA, 2013).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama estão relacionados à idade, aos fatores genéticos, endócrinos, hábitos de vida (etilismo, obesidade, sedentarismo) e influências ambientais (exposição prévia as radiações ionizantes em idade inferior a 40 anos). Incluem neste rol outros fatores, entre eles, a presença dos genes *BRCA1* e

¹ Os fluxos papilares são as saídas de secreções pelos mamilos, sem relação com a gravidez e a lactação. A principal característica dos fluxos, que pode estar relacionada com doenças nas mamas, é a espontaneidade, ou seja, a saída de secreção sem nenhum estímulo mecânico, como a expressão, além disso, costumam ser unilaterais e uniductais e com o aspecto cristalino como ‘água de rocha’. O aspecto cristalino está associado, principalmente, ao câncer de mama. Em suma, o fluxo que merece atenção é aquele que é espontâneo, de um único lado, por um único ducto ou orifício e de aspecto cristalino ou sanguinolento (NETO, MOREIRA, RESENDE, FERREIRA, 2011).

BRCA2; história pessoal ou familiar, principalmente em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos; menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos); menopausa tardia (após os 50 anos); nuliparidade; primeira gestação após os 30 anos de idade; terapia de reposição hormonal pós-menopausa, por mais de cinco anos e ausência ou curtos períodos de amamentação. A prática de atividades físicas e o aleitamento materno exclusivo são considerados fatores protetores para o câncer de mama (SILVA e RIUL, 2011; INCA, 2013).

O conhecimento e a compreensão acerca dos fatores de risco para o câncer de mama ganham importância à medida que alguns deles são passíveis de modificação. Eis um aspecto valioso para o que se pode entender enquanto prevenção em saúde (que possui relação com a doença em si), mas também para um dos seus níveis de prevenção, que não tem como foco a doença, que é a promoção da saúde. No que se relaciona à prevenção primária do câncer de mama, o grande interesse recai sobre os fatores de risco que podem ser modificáveis relacionados ao estilo de vida da mulher como obesidade após a menopausa, utilização de terapias hormonais, sedentarismo, tabagismo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Essas medidas de controle vêm sendo pouco valorizadas ao longo dos anos, mas podem contribuir de forma significativa para a redução da incidência da doença. Estima-se que por meio de atividade física e mudança nos hábitos alimentares torna-se possível reduzir o risco da mulher desenvolver câncer de mama em até 28% (BATISTON, TAMAKI, SOUZA, SANTOS, 2011; INCA, 2013).

As principais estratégias recomendadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, na detecção precoce do câncer de mama, fundamentam-se em três eixos, a saber: o autoexame das mamas (AEM) realizado mensalmente, possibilitando a participação da mulher no controle de sua saúde; o exame clínico das mamas (ECM), que faz parte do atendimento integral à mulher, devendo ser realizado, anualmente, por médicos e enfermeiros, em todas as mulheres, especialmente naquelas com 40 anos ou mais de idade e o exame mamográfico, idealmente sendo realizado em mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com intervalo máximo a cada dois anos. Em mulheres com risco elevado de câncer de mama, a rotina deve se iniciar a partir dos 35 anos, com ECM e mamografias anuais. Mesmo assim, cabe ponderar que *não existem evidências científicas de que o ECM e o AEM sejam instrumentos que possibilitem a detecção ou diagnóstico precoce do*

câncer de mama. É a mamografia o principal instrumento utilizado para o rastreamento do câncer de mama no Brasil, sua detecção e diagnóstico precoce. A ultrassonografia (USG), juntamente com a mamografia, constitui também uma forma de diagnóstico precoce, com a finalidade de melhorar o desempenho do rastreamento. Há eficácia na associação entre os dois métodos utilizados em mulheres de alto risco (SILVA, RIUL, 2011; ZAPPONI, TOCANTINS, VARGENS, 2012; BRASIL, 2013).

Azevedo, Bezerra, Neto, Bustorff, Souto (2012) asseveram que o diagnóstico de câncer de mama é vivenciado como um momento de imensa angústia, gerando sofrimento, ansiedade e mudanças relativas à sua autonomia e dependência, provocando profundo estresse emocional na vida da mulher, e quando aliado à mastectomia, pode ser tão doloroso e agressivo como a própria doença. No entanto, um acompanhamento integral e diálogo entre o profissional e a mulher se fazem necessários, definindo o que é o câncer, suas principais modalidades de tratamento, mostrando a finalidade do tratamento cirúrgico e os devidos cuidados após a mastectomia, tendo em vista as modalidades terapêuticas adjuvantes. Além de escuta ativa, acolhimento e cuidado humanizado. Os grupos de apoio são fundamentais, por serem considerados elementos relevantes e necessários para o processo de recuperação da mulher e processo de aceitação da vivência com a doença, um espaço de convivência, compartilhamento e coletividade.

Atualmente, de acordo com Lotti, Barra, Dias, Makalufuf (2008), Alves, Barbosa, Caetano, Fernandes (2011), Silva e Riul (2011), Azevedo, Bezerra, Neto, Bustorff, Souto (2012) e o Inca (2013), existem várias opções de tratamento para o câncer de mama e a sobrevivência das mulheres acometidas tem aumentado, devido ao avanço tecnológico relacionado ao diagnóstico e o tratamento. As modalidades terapêuticas mais utilizadas para o tratamento locorregional do câncer de mama são: a cirurgia e a radioterapia; enquanto que para o tratamento sistêmico: a quimioterapia, a hormonioterapia e a imunoterapia. O tratamento deve ser individualizado e orientado, não apenas pela extensão da doença, mas também por suas características biológicas e pelas condições da mulher, por exemplo, idade, comorbidades, *status* menopausal, procurando não interferir na qualidade de vida dessas mulheres.

Nesse sentido é possível perceber que muitas mudanças ocorreram nos últimos 30 anos em relação à abordagem cirúrgica no câncer de mama, e os tratamentos conservadores, tanto no aspecto da remoção do

tecido mamário como na abordagem axilar (BORDALLO, TEIXEIRA, ANDRADE *et al*, 2013). Estas mudanças têm como base grandes estudos que demonstram que as taxas de sobrevivência não estão relacionadas com o tipo de cirurgia, seja ela radical ou conservadora, mas fatores como autoestima (relacionada à autoimagem) e qualidade de vida têm sido cada vez mais considerados quando da busca pela melhor abordagem terapêutica (VEIGA, CAMPOS, RIBEIRO *et al*, 2010).

A indicação de diferentes tipos de cirurgias depende do estadiamento clínico e do tipo histológico da neoplasia. Uma questão importante a ser considerada no tratamento cirúrgico do câncer é a extensão da dissecação axilar uma vez que a linfadenectomia é o fator indicador de prognóstico mais importante, podendo favorecer algumas modalidades terapêuticas. (BORDALLO, TEIXEIRA, ANDRADE *et al*, 2013). Assim, as alternativas cirúrgicas para o tratamento do câncer de mama incluem as *cirurgias conservadoras* (setorectomia, tumorectomia e a quadrantectomia) com retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela e as *cirurgias não conservadoras*, que envolvem a adenomastectomia subcutânea ou mastectomia subcutânea. Na mastectomia simples ou total, ocorre a retirada da pele e do complexo aréolo papilar, juntamente com a glândula mamária. A mastectomia radical modificada preserva um ou dois músculos peitorais com linfadenectomia axilar (INCA, 2004; KRAUZER, ADAMY, CAVALET, 2011). A título de exemplificar, de acordo com o Inca (2004, p.11), são modalidades de mastectomia:

- Mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo aréolo-papilar);
- Mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais, acompanhada de linfadenectomia axilar (radical modificada);
- Mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitoral(is) acompanhada de linfadenectomia axilar (radical);
- Mastectomia com reconstrução imediata;
- Mastectomia poupadora de pele.

Contudo, devemos ainda considerar a mastectomia como uma abordagem amplamente empregada para o tratamento do câncer de mama. Para tanto, é preciso salientar que essa intervenção cirúrgica pode levar a

situações traumatizantes na vida da mulher, trazendo problemas de ordem física e emocional, afetando a percepção da sexualidade e a imagem corporal, além dos desconfortos e debilidades físicas. A resposta à mutilação é individual e pode se relacionar com determinados fatores como idade, estado psicológico e situação socioeconômica. Como em qualquer mutilação, a mastectomia requer, além dos cuidados próprios da cirurgia, o apoio emocional familiar e interação em grupos de apoio interdisciplinar, por mulheres que já vivenciaram o câncer de mama relatando suas experiências, objetivando desta forma uma melhor compreensão, interação, adaptação e aceitação da autoimagem (LOTTI, BARRA, DIAS, MAKALUFUF, 2008; ALVES, BARBOSA, CAETANO, FERNANDES, 2011; SILVA e RIUL, 2011; AZEVEDO, BEZERRA, NETO, BUSTORFF, SOUTO, 2012 e INCA, 2013).

A título de informação, as principais complicações da mastectomia são: deiscência; seroma; linfedema do braço homolateral; fibrose cicatricial; trombose linfática superficial; edema na mama residual; hipotrofia e fibrose do músculo peitoral maior; estiramento do plexo braquial; sintomas decorrentes da lesão do nervo intercostobraquial (ICB), tais como: anestesia, hipoestesia, hiperestesia, dor (GUTIÉRREZ, BRAVO, CHANES, VIVO, SOUZA, 2007; LAHOZ, NYSSSEN, CORREIRA, GARCIA, DRIUSSO, 2010; GÓIS, FURTADO, RIBEIRO, LISBOA, VIANA, MICUSSI, 2012).

O enfermeiro é o profissional que passa a maior parte do tempo com essas mulheres e, neste sentido, exerce importante função neste processo, assumindo o papel de apoio, promovendo esforços na busca de uma melhor adaptação e compreensão da mulher a uma nova situação. O câncer de mama representa o primeiro lugar em número de intervenções cirúrgicas realizadas anualmente no país e, por este motivo, o tema tem grande relevância para os profissionais da área da saúde para o entendimento de vivências, acolhimento e oferecimento de informações seguras, contribuindo em processos de aceitação do problema (LOTTI, BARRA, DIAS, MAKALUFUF, 2008; ALVES, BARBOSA, CAETANO, FERNANDES, 2011; SILVA e RIUL, 2011; AZEVEDO, BEZERRA, NETO, BUSTORFF, SOUTO, 2012 e INCA, 2013).

Como citado anteriormente, o comprometimento dos linfonodos axilares continua sendo o fator prognóstico mais importante para estimar o risco de recidiva e sobrevida em pacientes com carcinoma mamário. Logo, é de grande valia dar ênfase a importância do rastreamento mamográfico e

o diagnóstico precoce, permitindo a identificação de lesões com baixa probabilidade de metástase linfonodal. A técnica da biópsia do linfonodo sentinela (BLS) é um método que pode oferecer, com segurança, informações pertinentes ao comprometimento axilar, com um mínimo de morbidade (baseia-se no grupo de linfonodos que recebem a linfa diretamente da área tumoral). Este procedimento é realizado no ato cirúrgico com o propósito de verificar a presença ou ausência de células cancerígenas na axila (GARCIA, FELTES, FELTES, 2002; INCA, 2013).

A mastectomia e as terapias adjuvantes, muito embora sejam procedimentos importantes, têm acarretado complicações físicas e distúrbios psicológicos, influenciando negativamente a qualidade de vida da mulher. A ausência da mama altera a imagem corporal, ferindo processos identitários, com repercussões negativas relacionadas com a autoestima e na qualidade de vida dessas mulheres. Por isso, faz-se necessário o acompanhamento com serviço de psicologia para o restabelecimento e busca de aceitação de sua nova imagem corporal. No entanto, na tentativa de reduzir os sentimentos negativos desencadeados pela doença e seu tratamento, melhorar a autoestima, suprir a falta da mama e facilitar o vestuário, muitas mulheres podem se submeter à reconstrução cirúrgica da mama, logo após a mastectomia. Trata-se de um procedimento que não aumenta o risco de recorrência da doença e não interfere na detecção da mesma, além de não atrasar a realização de terapias adjuvantes, caso seja necessário. No Brasil, existem diversos métodos cirúrgicos para sua realização, as técnicas mais comuns são a reconstrução com o retalho do músculo reto abdominal (TRAM), com o retalho de músculo grande dorsal (GD) e a utilização de um expansor que, posteriormente, é substituído por uma prótese de silicone (OLIVEIRA, MORAIS, SARIAN, 2010).

O principal objetivo da cirurgia reconstrutora é a *reabilitação estética*, devolvendo a completude do corpo, no intuito de promover dignidade à mulher. A mama é um dos símbolos da identidade feminina e sua reconstrução é de grande importância, para que a mulher recupere sua autoestima, auxiliando, assim, no restabelecimento das atividades cotidianas e sociais. Contribui-se para a recuperação da doença, para a qualidade de vida, além de resultados esteticamente favoráveis. A motivação e a vontade da mulher são as principais indicações para que a cirurgia aconteça. A reconstrução tem sido indicada com frequência por apresentar benefício psicológico sem acrescentar morbidade à mastectomia. O procedimento pode, em geral, ser sugerido a mulheres com estádios 0, I, e II da doença. É uma

opção que geralmente traz qualidade de vida e benefícios psicossociais, sem diminuir as chances de sobrevivência, independente do estágio de doença (NETO, MOREIRA, RESENDE, FERREIRA, 2012).

“Pode-se dizer que a lei nº 9.797, 6 de maio de 1999, representa um grande avanço pra as mulheres portadoras de câncer de mama, uma vez 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. Garante às mulheres, em seus artigos 1º e 2º, que aquelas que sofreram mutilação total ou parcial da mama, decorrentes de utilização de técnica de tratamento de câncer, têm direito a cirurgia plástica reconstrutiva e que cabe ao SUS, por meio de sua rede de unidades públicas ou conveniadas, prestarem serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama prevista no art. 1º utilizando-se todos os meios e técnicas necessárias” (AZEVEDO, BEZERRA, NETO, BUSTORFF, SOUTO, 2012. p.165).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão das consequências do corpo alterado pelo câncer de mama pode proporcionar a elaboração de estratégias educativas, que possam colaborar para um cuidado de saúde de qualidade, integral e humanístico. O suporte emocional é fundamental na assistência prestada às mulheres mastectomizadas, pois contribui para um melhor enfrentamento do problema. Neste sentido, a equipe de enfermagem exerce um papel fundamental, promovendo suporte informativo, sobre os cuidados necessários à reabilitação pós-mastectomia, e emocional, oferecendo conforto e tranquilidade perante os sentimentos e as expectativas.

Cabe ainda estimular a mulher para o autocuidado e para a inserção em grupos de apoio, que favoreçam a reintegração à sociedade e seu cotidiano familiar. O profissional de saúde deve atuar com as mulheres que vivem/viveram um câncer de mama, e tudo que decorre/decorreu dele, com uma assistência que congregue técnica, ciência e humanização. Devem fornecer informações e orientações, respeitando as necessidades e o nível de entendimento de cada uma. Para isto, é importante que o profissional desenvolva uma relação de confiança e estímulo, para que elas possam expressar o que realmente lhes preocupa.

REFERÊNCIAS

ALVES, P.C.; BARBOSA, I.C.F.J.; CAETANO, J.A.; FERNANDES, A.F.C. Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2011. 64(4):732-7.

AZEVEDO, E.B.; BEZERRA, P.A.P.L.; NETO, J.M.R.; BUSTORFF, L.A.C.V.; SOUTO, C.M.R.M. Tendências de pesquisas brasileiras sobre mulheres mastectomizadas. **Revista de Enfermagem Referência**. Dez, 2012. SerIII(8):163–70.

BATISTON, A.P.; TAMAKI, E.M.; SOUZA, L.A.; SANTOS, M.L.M. Conhecimentos e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**; Recife, 2011. 11(2):163-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes, 1ª. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama**. 2ª. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.

GARCIA, L.C; FELTES, I.C; FELTES, S.C.P. Reconstrução mamária pós-mastectomia. *In*: BOFF, R.A; KAVANAGH, J.J. **Ginecologia e mastologia**: um guia prático. Caxias do Sul: EDUCS, 2002. 913 p.

GÓIS, M.C.; FURTADO, P.R.; RIBEIRO, S.O.; LISBOA; L.L.; VIANA, E.S.R.; MICUSSI, M.T.A.B.C. Amplitude de movimento e medida de independência funcional em pacientes mastectomizadas com linfadenectomia axilar. **Revista de Ciências Médicas**, 2012. 21(1/6):111-8.

GUIMARÃES, V.F; VALDEVINO, S.C.; SANTOS, S.R.; LEITE, K.N.S., ANDRADE, S.S.C., COSTA, T.F. Quality of life: signs, symptoms and psychological effects in mastectomized women. **Revista de enfermagem UFPE**, 2014. 8(5):1117-27.

GUTIÉRREZ, M.G.R.; BRAVO, M.M.; CHANES, D.C.; VIVO, M.C.R. ; SOUZA, G.O. Adesão de mulheres mastectomizadas no início precoce de um programa de reabilitação. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2007. 20(3):249-54.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Controle do Câncer de Mama**: Documento do Consenso. Rio de Janeiro, 2004. 39 p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2014. Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: <www.inca.gov.br/estimativa/2014/>. Acesso em: 7 ago. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Tipos de Câncer. Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama> Acesso em: 7 ago. 2014.

KRAUZER, I.M.; ADAMY, E.K.; CAVALET, A.R. Conhecimento produzido acerca da assistência de enfermagem às mulheres mastectomizadas: revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, 2011. 2(3):167-70.

LAHOZ, M.A.; NYSSSEN, S.M.; CORREIRA, G.N.; GARCIA, A.P.U.; DRIUSSO, P. Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastetomizadas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2010. 56(4):423-30.

LOTTI, R.C.B.; BARRA, A.A.; DIAS, R.C.; MAKALUF, A.S.D. Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2008. 54(4):367-71.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.^a edição. Editora Hucitec. 2010.

MISTURA, C.; CARVALHO, M.F.A.A.; SANTOS, V.E.P. Mulheres mastectomizadas: vivências frente ao câncer de mama. **Revista de Enfermagem UFSM**, 2011. 1(3):351-9.

NETO, M.S.; MOREIRA, J.R.; RESENDE, V.; FERREIRA, L.M. Nível de atividade física em mulheres mastectomizadas e submetidas à reconstrução mamária. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, 2012. 27(4):556-61.

OLIVEIRA, R.R.; MORAIS, S.S.; SARIAN, L.O. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2010. 32(12):602-8.

RAMPAZZO, Lino. **Metodologia científica**: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. 2ª. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

SANTOS, L.F.M.; SÃO BENTO, P.A.S.; TELLES, A.C.; RODRIGUES, R.F.; XAVIER, R.B. Women with disabilities: reflections on the path of public health policies. **Revista de Enfermagem UFPE**, 2013. 7(7):4775-81.

SOUZA, M. H. N. & TYRRELL M. A. R. Políticas de salud a la mujer 1974-2004. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, 2011. 19(1):70-6.

SILVA, P.A.; RIUL, S.S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2011. 64(6):1016-21.

ZAPPONI, A.L.B.; TOCANTINS, F.R.; VARGENS, O.M.C. A detecção precoce do câncer de mama no contexto brasileiro. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, 2012. 20(3):386-90.