

Câncer de mama: Cuidados com a mulher mastectomizada

Breast cancer: care for womem with mastectomy

Valéria de Oliveira Ambrósio¹
Heloíde Martins Leite²

Resumo

O câncer de mama é uma das patologias da mama que mais acomete as mulheres. No Brasil é a maior causa de morte entre elas. A mastectomia é o procedimento cirúrgico que constitui um de seus tratamentos. O número de cirurgias dessa espécie vem aumentando no Brasil constantemente. Em 2000, ocorreram 1.568 casos, e em 2009, esse número se elevou para 2069 casos de cirurgias eletivas. Os objetivos desta pesquisa foram analisar as principais dificuldades físicas e emocionais enfrentadas pela mulher mastectomizada e identificar quais os cuidados domiciliares adequados para a mesma, mostrando a importância da assistência de enfermagem com qualidade. A abordagem metodológica foi de natureza qualitativa indireta, na qual foram realizadas pesquisas bibliográficas. Percebe-se que são muitas as dificuldades encontradas nas clientes mastectomizadas, tanto físicas quanto emocionais, sendo imprescindível uma assistência de enfermagem integral.

Palavras-chave: Câncer de mama. Mastectomia. Cuidado domiciliar.

Abstract

Breast cancer is the kind of cancer that most affects women and in Brazil it is the leading cause of death among them. Mastectomy is one of the treatments and this surgery is increasing in Brasil. In 2000 there were 1568 cases and in 2009 the number of elective surgeries increased to 2069. The objectives of this research were to analyse the main physical and emotional difficulties faced by women with mastectomy and identify the appropriate home care for them, showing the importance of effective nursing care. The methodological approach was from qualitative indirect sort, where bibliographic research was conducted. It is noticed that patients with mastectomy go through physical and emotional difficulties and because of that full nursing care is required.

Keywords: Breast cancer. Mastectomy. Home care.

1 Introdução

As mamas estão localizadas entre a segunda e a sexta costelas, sobre o músculo peitoral maior desde o externo até a linha axilar média. Cada mama consiste em 12 a 20 lobos, em formato de cone, constituídos de lóbulos que contêm grupos de ácinos, pequenas estruturas que terminam em ducto. Todos os ductos

¹Professora da Universidade Vale do Rio Doce, especialista em Saúde da Família, Mestranda em educação

²Enfermeira graduada pela Universidade Vale do Rio Doce

em cada lóbulo desembocam em uma ampola, que, então, desemboca no mamilo após estreitamento. Cerca de 85% da mama é composta de tecido adiposo, e representa a identidade da mulher (BRUNNER; SUDDART, 2002). Entre as patologias da mama há o câncer de mama que, atualmente, é o que mais acomete as mulheres. No Brasil, é a maior causa de morte entre elas, sendo o câncer um nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo (Instituto Nacional do Câncer – INCA, 2009). Já Otto (2002), em seu conceito, afirma que o câncer não é um crescimento desordenado de células imaturas, mas sim um processo lógico coordenado, no qual uma célula normal sofre modificações e adquire capacidades especiais. Os cânceres de mama ocorrem em qualquer ponto da mama, porém, a maioria é encontrada no quadrante superior externo, onde se localiza a maior parte do tecido mamário (BRUNNER; SUDDART, 2005; VIANA; CAMPOS, 2009).

Seu tratamento é um processo de múltiplas etapas, cujas modalidades terapêuticas são: cirurgia, radioterapia, tratamento sistêmico, ou seja, quimioterapia e hormônioterapia e reabilitação. O objetivo do tratamento cirúrgico é promover o controle local, a mutilação mínima e a obtenção de informações a respeito da biologia do tumor e de seu prognóstico, modulando assim o tratamento adjuvante. A radioterapia é a penetração da radiação criada pelo bombardeamento de elétrons acelerados, ou raios gama emitidos pelo radium ou outro material radioativo em um alvo, reduzindo e, por vezes, eliminando o tumor. No tratamento sistêmico, usa-se quimioterapia que evita o aparecimento de metástases (a capacidade de o tumor emitir células na circulação sanguínea, linfática e para superfícies cavitárias, determinando a formação de um novo foco tumoral independente à distância. (CAMARGOS; MELO, 2001). Após o tratamento inicial, nesse procedimento, são utilizadas substâncias citotóxicas, eficazes em destruir células cancerígenas, porque elas interferem, por diferentes mecanismos, na síntese ou função dos ácidos nucléicos. Usa-se também a hormônioterapia, pois a maioria dos casos de câncer de mama são tumores estimulados no seu crescimento, por hormônios, principalmente os estrogênios. Assim, uma droga eficiente, usada com finalidade adjuvante preventiva ou no tratamento de metástase recém implantada é aquela que tem propriedade antiestrogênica (INCA, 2000). Na mastectomia o período cirúrgico é o mais estressante. Em termos de tratamento cirúrgi-

co, as principais opções são as cirurgias conservadoras que fornecem excelentes resultados para tumores de até três cm de diâmetro ou que preservem a proporção tumor/mama, e a cirurgia radical (mastectomia), indicada para tumores maiores que três cm de diâmetro. Existem dois tipos de mastectomia radical, a chamada clássica, em que são retirados os dois músculos peitorais ou a radical modificada, em que apenas o músculo peitoral menor é retirado. Os resultados estéticos da cirurgia conservadora são bastante eficazes, enquanto que a mastectomia implica comprometimento da silhueta do tórax e da alta imagem da mulher (INCA, 2000). Apesar da tendência atual para a realização da cirurgia conservadora, muitos casos ainda exigem a mastectomia, e é nessa época que a mulher é confrontada definitivamente com a perda da mama e o medo da cirurgia, da mutilação e da morte (CAMARGO; SOUZA, 2003).

No Brasil, nos anos de 2008-2009, as estimativas apontam para a ocorrência de 49.400 novos casos de câncer de mama por ano, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanona, esse tipo de câncer é o mais frequente entre as mulheres e o principal no Brasil e no mundo (MANGANIELLO, 2008). Embora o prognóstico ainda favoreça ao tratamento da doença, através de levantamento de dados, mostra que, no Brasil, geralmente, os tumores são diagnosticados em estágio avançado. Pesquisas revelam que entre os anos de 1999 e 2003 apenas 3,35% dos casos novos de câncer receberam diagnóstico no começo da doença (INCA, 2002).

A realização da cirurgia de mastectomia simples vem aumentando. Em 2000, teve 1.568 casos, e em 2009 esse número elevou-se para 2069 casos de cirurgias eletivas realizadas no Brasil. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010).

Devido a essa incidência, percebe-se a grande parcela de mulheres que por consequência do diagnóstico tardio são submetidas à mastectomia. São inúmeras as dificuldades encontradas por essas mulheres na fase pós-mastectomia. Ao relacionar qualidade de vida e saúde, Azevedo et al. (2008) citam dor, limitação, sensação de impotência e corpo mutilado, e o que dificulta a readaptação à vida profissional, social, familiar e sexual, sendo então essa fase extremamente difícil, longa e limitante. A paciente também pode desenvolver complicações como o acúmulo de sangue (hematoma) no sítio da incisão, infecção, linfedema e acúmulo tardio de líquido serossanguinolento (seroma), depois da remoção do dreno que podem persistir meses ou até anos

depois da cirurgia e, possivelmente, ocorrer a reincidência da doença (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

Os objetivos dessa pesquisa foram analisar as principais dificuldades físicas e emocionais enfrentadas pela mulher mastectomizada, visando às complicações pós-operatórias que podem ocorrer; identificar quais os cuidados domiciliares adequados para a mulher submetida à mastectomia e revelar a importância da enfermagem para as mulheres mastectomizadas, por meio da identificação dos problemas. A questão é: Por que é essencial para a mulher mastectomizada a intervenção da enfermagem domiciliar?

A metodologia utilizada foi uma pesquisa qualitativa indireta, na qual foram realizadas pesquisas bibliográficas em sites especializados como Bireme, Scielo, Biblioteca digital de "teses e dissertações da USP" e livros relacionados ao tema, correspondentes ao período de 2000 a 2010, utilizando os unitermos: câncer de mama, mastectomia e atuação da enfermagem. Foram utilizados artigos de acesso público e de língua portuguesa.

2 Resultados e discussões

2.1 Cuidados domiciliares e a enfermagem

O cuidado domiciliar envolve compreender que a família, a vida doméstica e a comunitária não são isoladas, mas inseridas nas dinâmicas política e econômica da sociedade como um todo. Embora antigo e já descrito desde o século XVIII, é uma prática recente, principalmente quando se trata da assistência pública. (KLOCK et al., 2005). O domicílio apresenta-se também como um espaço adequado ao cuidado de enfermagem, na medida em que a contenção de despesas e os riscos de infecção servem de argumento para reduzir o período de permanência tanto em unidades de internação como em unidades de tratamento intensivo. (LIMA; VARGAS, 2004).

A questão de o cuidado domiciliar estar vinculado ao propósito de ampliação da integralidade das ações de saúde e à expansão da assistência prestada pelo Programa de Saúde da Família, sem dúvidas, é um desafio à tarefa de relativizar o tempo e o espaço, como elementos do contexto, para tecer um plano de cuidado voltado à integralidade da saúde da pessoa. (HECK et al., 2005). Quando se fala de cuidado domiciliar prestado por profissionais, vislumbra-se a presença do (a) enfermeiro (a), que incentiva a família e o cliente à retomada de suas atividades rotineiras, integra a família no cuidado do paciente através de orientações de cuidados

específicos com relação à sua patologia, atua como elo entre o paciente e a família e com a equipe multidisciplinar e a instituição (LIMA; VARGAS, 2004).

2.2 Complicações e dificuldades encontradas na mulher após a mastectomia em domicílio

O período pós-operatório geralmente percorre de dois a seis meses, sendo marcado pela ambivalência, ocorre o alívio de ter sobrevivido à cirurgia e a esperança de estar curada. Por outro lado, há o medo de enfrentar a dor, os curativos e o retorno da doença (CAMARGO; SOUZA, 2003).

Uma das principais dificuldades que a mulher mastectomizada pode enfrentar durante essa trajetória é o comprometimento da autoimagem, pois aceitar que seu corpo está diferente, sem uma parte que culturalmente representa a feminilidade, não é nada fácil, considerando que a preocupação maior é a mutilação, já que a mastectomia destrói a imagem corporal de forma abrupta, uma vez que a mama é um órgão que representa a maternidade e a sexualidade, causando então um grande impacto, comprometendo a dinâmica familiar e até mesmo um regresso no tratamento da doença (PEREIRA et al., 2006; BARBOSA; XIMENES; PINHEIRO, 2004; VIANA; CAMPOS, 2009).

A família, por sua vez, geralmente não está preparada para enfrentar o adoecimento e tampouco para suportar o sofrimento de seu familiar. Com isso, acaba contribuindo para que esse processo se torne mais sofrido para a mulher. Para os maridos ou companheiros que podem ter difíceis reações frente à doença e a cirurgia, na maioria dos casos, a reação do parceiro vai depender da reação que a mulher tenha (BERVIAN; GIRARDON-PERLINE, 2006).

Segundo Stumm et al. (2009), mulheres com diagnósticos de câncer de mama estão mais vulneráveis a complicações decorrentes do estresse, causadas pela dor, sofrimento, negação, medo, sublimação, aceitação, havendo sérias dificuldades para reassumir seus papéis profissional, social e familiar.

Após a mastectomia, a mulher tem algumas limitações, como o surgimento de edema de braço ou linfedema. Quando isso ocorre, representa um incômodo físico e emocional, pois causa dano estético e prejuízo funcional no membro afetado, fazendo com que a mulher demore mais tempo para retomar a realização de suas atividades diárias, havendo um comprometimento ainda maior com sua autoestima (PEREIRA et al., 2006).

Panobianco e Mamede (2002) e Panobianco et al. (2009) conceituam linfedema como uma tumefação dos tecidos moles pelo acúmulo de líquido intersticial rico em proteínas, ocorrendo quando nódulos e vasos são removidos ou danificados. O transporte linfático fica prejudicado, o que resulta no fluido linfático acumulado nos espaços intersticiais dos tecidos ao redor do local cirúrgico, estendendo-se para o braço, tronco e tecidos remanescentes da mama no lado afetado. Os fatores de risco para o linfedema são obesidade e linfadenectomia axilar. A radioterapia em cadeias de drenagem, enquanto que etnia, escolaridade, tabagismo, idade, idade da menarca, tamanho do tumor, localização, comprimento dos linfonodos axilares não foi associada ao linfedema. (BERGMANN et al., 2008).

Outra complicação existente é a formação de hematoma, que pode se originar do edema ou de débito de drenagem exagerado, podendo indicar a formação do mesmo. E a infecção que segue a cirurgia da mama em aproximadamente uma de cada 100 mulheres, podendo ocorrer devido a diversos motivos, dentre eles, diabetes, distúrbios imunes, idade avançada e exposição a patógenos (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

Esta é uma das preocupações mais frequentes e sinalizadas pelas mulheres, relacionada ao período após a cirurgia, de como devem se posicionar com a presença da incisão, curativo e drenos. (BARRETO et al., 2008).

Segundo Hojris et. al. (2000) apud Ferreira (1999), a dor ocorre frequentemente nas regiões que foram lesionadas (axila, região medial do braço e/ou parede anterior do tórax do lado afetado), causadas pelo câncer de mama, podendo ocorrer sintomas como: sensação de choque, queimação agulhada dolorosa, podendo essa dor ser súbita ou intensa. Ganz et. al. (1996) apud Ferreira (1999) completam que a dor, muitas vezes, pode acarretar complicações sociais e emocionais nas mulheres após a mastectomia, sendo que quando o sintoma está presente é considerado um fator limitante para a realização de atividades diárias, havendo alterações na imagem corporal, diminuindo a atividade sexual.

2.3 Principais cuidados com a mulher mastectomizada em domicílio enfatizando a enfermagem

Segundo Silva, Jeneral e Duarte (2008), um atendimento integral por parte dos profissionais de saúde é fundamental para a readaptação dessa mulher em sua nova vida, uma vez que, as consequências causadas pela doença como as interferências no dia a dia da mulher e de sua família, as desorganizações e incertezas pelas quais irão passar, poderão ser enfrentadas e superadas se houver orientação em todo processo. Por

esse motivo, há a necessidade de uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista, na qual o papel do enfermeiro é fundamental desde o momento do diagnóstico, do pré-operatório, do pós-operatório, até a reintegração pessoal e social dessa mulher.

Camargo e Souza (2003) afirmam que as enfermeiras devem estar mais atentas à sua atuação no dia a dia da labuta, e perceber que, ao desenvolver ações educativas em grupo e/ou na consulta de enfermagem, observando gestos e expressões, entendendo as emoções transmitidas pelo olhar, desse modo, privilegiando a singularidade, estão contribuindo para fortalecer os laços sociais e humanos com a sua cliente no sentido de possibilitá-la a ser o que é em si mesma, contribuindo, assim, para melhorar sua qualidade de vida.

Cuidar é a essência da enfermagem e implica envolvimento, zelo, amor, compaixão, ética; não significa apenas tratar de uma doença. Portanto, ouvir, tocar, estar disponível são formas de humanizar a assistência e resgatar o cuidado que, na cultura científica, foi relegado e colocado em suspeição por ser de natureza subjetiva.

Com relação à comunicação da enfermeira na assistência da enfermagem à mulher mastectomizada, Araújo et al. (2010) demonstraram em seus resultados que esta é uma ferramenta fundamental para a assistência de enfermagem de qualidade, pois para a mulher mastectomizada tudo é novo. Com tantas mudanças ocorrendo ao mesmo tempo, estas podem ser geradoras de conflitos, desse modo, é preciso habilidade para manter a individualidade e qualidade do cuidado prestado. A enfermagem, como parte da sua rede social de apoio, tem o papel fundamental de participar do processo de construção dessa nova identidade, apontando caminhos para que a mulher se torne capaz de enfrentar uma nova etapa de sua vida. A meta da assistência é que essa mulher alcance um nível de qualidade de vida após a mastectomia. Isso envolve a compreensão das alterações em várias esferas. Os autores ainda afirmam que o profissional de enfermagem é peça fundamental na assistência à mulher, à família, sendo responsável pela transmissão de informações focadas na reestruturação familiar, e que estabelecer contato real e verdadeiro com as mulheres é de grande importância, pois, é mais fácil manter cuidado quanto este for humanizado e individualizado.

Percebe-se o desejo de participação da mulher no autocuidado após a cirurgia, mas apesar de sua

determinação de tomar parte no autocuidado, infelizmente há pouca informação e suporte profissional para que isso ocorra, o que leva a crer que o sistema de saúde apoia, insuficientemente, a recuperação da paciente (CAMARGO; SOUZA, 2003).

Para Biffi e Mamede (2004), estudos demonstram que os parceiros também se percebem como elementos de suporte social no processo de reabilitação, quando incentivam o autocuidado de suas mulheres, oferecendo ajuda no cuidado com o lar, proporcionando atenção no manuseio do dreno, nos curativos, estimulando a realização de exercícios e preocupando-se com a nova imagem corporal de suas parceiras, tornando-se um elemento central na condução de estratégias de prevenção primárias em termos de potenciais emocionais. Nesse sentido, é necessário que os profissionais da saúde, que dirigem seus esforços para o trabalho de reabilitação das mulheres mastectomizadas, tenham um olhar mais atento para o parceiro sexual, oferecendo suporte físico e emocional e esclarecendo suas dúvidas, pois, na fase de reabilitação eles são uma das fontes mais importantes da assistência.

Segundo Almeida et al. (2001), viver com uma doença estigmatizante, conviver com sentimentos negativos e enfrentar preconceitos contribuíram para que as mulheres mastectomizadas se deparassem, constantemente, com incertezas e possibilidades da recorrência da doença, momento em que se constatou a importância dos profissionais de saúde, especialmente das enfermeiras, por entenderem como as mulheres percebem a causa e o significado do câncer de mama e suas formas de enfrentamento. Com o fim de ajudá-las a explorar seus sentimentos, expectativas e estratégias de ajustamento, o desafio, então, é ensinar a essas mulheres como viver diante de futuros imprevisíveis e com o medo da recorrência da doença, mesmo após a fase aguda da cirurgia e tratamentos adjuvantes.

As mulheres, no período pós-operatório, devem ser orientadas com cautela a evitar micoses nas unhas e no braço, traumatismo cutâneo (cortes, arranhões, picadas de inseto, queimaduras, retirar cutícula e depilação da axila); banhos e compressas quentes; saunas; exposição solar; apertar o braço do lado operado (blusas com elástico; relógios, anéis e pulseiras apertados; aferir a pressão arterial); receber medicação por via subcutânea, intramuscular e endovenosa e coleta de sangue. Devem evitar também movimentos bruscos, repetidos e de longa duração; carregar objetos pesados no lado da cirurgia e deitar sobre o lado operado para não provocar sensação de incapacidade e impotência funcional, complicações pós-operatórias, com

destaque para o linfedema. (BRASIL, 2004; BARRETO et al., 2008).

É imprescindível também orientar quanto a manter a pele hidratada e limpa; usar luvas de proteção ao fazer atividades do lar (cozinhar, jardinagem, lavar louça e contato com produtos químicos), fazer intervalo para descanso durante a execução de atividade diária e atenção aos sinais de infecção no braço como vermelhidão, inchaço e calor no local. Além disso, se vê necessário o acompanhamento da fisioterapia para promover adequada recuperação funcional e, conseqüentemente proporcionar-lhe melhor qualidade de vida (BRASIL, 2004; BARRETO et al., 2008). Segundo Panobianco et al. (2009), entre as ações preventivas para o linfedema, os exercícios físicos visam à recuperação da amplitude do movimento e a integridade da cintura escapular, a partir da contração muscular e movimentos como os de adução e abdução do braço, que favorecem a absorção linfática. Com a mesma finalidade, a automassagem acelera a velocidade do transporte da linfa, enquanto os cuidados com a pele ajudam a manter a sua normalidade, auxiliando no aumento da drenagem linfática superficial. Após a mastectomia, é necessária uma avaliação constante do membro homolateral à cirurgia para detecção precoce do linfedema, objetivando o tratamento adequado. Devem ser avaliadas as alterações ortopédicas, coloração e aspecto da pele, realização da palpação e perimetria (medida da circunferência de ambos os membros superiores), confirmando localização, extensão e características do linfedema. Nesse sentido, a adesão das mulheres às estratégias de prevenção e tratamento, instituídas pela equipe de saúde, é fator fundamental para alcançar resultados satisfatórios, que nem sempre ocorrem adequada e efetivamente.

Segundo Barreto et al. (2008), é fundamental esclarecer a essas pacientes, que no domicílio, certos cuidados deverão ser tomados para evitar complicações e para facilitar a própria recuperação, tais como: o cuidado com o dreno, que deve ser colocado em uma sacola de plástico para proteger na hora de pôr no chão e durante o transporte, esvaziar os coletores duas vezes ao dia e medir em qualquer recipiente graduado, anotar a quantidade em formulário próprio que o serviço deverá fornecer. Na hora do banho, lavar a incisão com movimentos leves e secar com pano limpo e passado a ferro, exclusivo para este fim. No momento de esvaziar o dreno se faz necessária a higiene das mãos com água e sabão, pinçar e esvaziar o tubo, medir, apertar e tampar a bolsa sanfonada, soltar

o pinçador do tubo e desprezar a secreção em vaso sanitário, também realizar troca de curativos com métodos assépticos, sempre lavando as mãos, ferver água filtrada e deixar esfriar em recipiente de tampa, jogar água nas gazes estéreis, limpar com movimentos firmes e unidirecionais.

Panobianco e Mamede (2002) afirmam que é importante destacar o papel da enfermagem, como nos cuidados especiais com o curativo cirúrgico e com o dreno aspirativo; como a proteção da área a ser exposta durante a radioterapia; as atividades educativas relativas aos cuidados e realização de exercícios com o braço homolateral à cirurgia.

Quanto às atividades possíveis de serem realizadas, se faz pertinente a orientação adequada dos profissionais. É possível segurar crianças, mas somente sentadas; trabalhos manuais (crochê, tricô) podem ser realizados, desde que com critérios e avaliando o tipo de movimento a ser realizado; dirigir somente após a retirada de pontos e drenos e diminuição da dor; ginástica pode ser realizada sob orientação do profissional da área (BARRETO et al., 2008).

3 Considerações finais

A partir dos artigos estudados, foi possível verificar que a assistência de enfermagem voltada para o cuidado domiciliar à paciente mastectomizada é imprescindível, uma vez que, os artigos analisados demonstraram as diversas dificuldades físicas e emocionais pelas quais essas mulheres passam, e que essas podem perdurar de dois a seis meses, podendo se estender a anos. Evidenciou-se ainda a falta de preparo científico e humanizado por parte dos profissionais de saúde, destacando-se os de enfermagem, sendo a sua função a de cuidar da cliente e sua família, estabelecendo uma relação de confiança, fornecendo um cuidado holístico e de forma integral, tanto no aspecto técnico, com a realização do curativo, cuidados com o dreno, fornecendo todas as informações necessárias, como no aspecto psicológico, realizando a reabilitação do autocuidado, preparando-a para o retorno à vida diária, profissional e sexual.

A pesquisa destaca ainda a necessidade de capacitar e atualizar os profissionais de enfermagem, para que se tornem sensibilizados e aptos, cientes de que a sua assistência não se resume somente à cirurgia propriamente dita, mas que ela é, tanto quanto, ou até mais relevante na atenção primária, sendo que, em ambiente hospitalar, todos os olhares estão voltados para a paciente mastectomizada, e quando essa se de-

para com a realidade de seu domicílio se vê insegura, cercada por dúvidas e incertezas.

Conclui-se que esse debate não se encerra nesse estudo. Tal proposta sugere continuidade e compromisso dos profissionais de saúde pública, da Universidade Vale do Rio Doce, para com os futuros enfermeiros, no sentido de impulsionar o processo de formação da conscientização sobre a importância da assistência da enfermagem a mulheres mastectomizadas, e futuras pesquisas relacionadas ao tema, para maior abrangência de informação.

Referências

ALMEIDA, Ana Maria de et al. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, Set. 2001.

ARAÚJO, Iliana Maria de Almeida et al. A comunicação da enfermeira na assistência de enfermagem à mulher mastectomizada: um estudo de Grounded Theory. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**. Ceará. v. 18, n. 1, Jan/fev. 2010.

AZEVEDO, Auro Mauro et al. Adaptação transcultural do instrumento para avaliação da qualidade de vida "Quality of Life in Epilepsy-89 (QOLIE-89)" para o Brasil. **J. epilepsy clin. neurophysiol.** Porto Alegre, v. 14, n. 1, Mar. 2008.

BARBOSA, Régia Christina Moura; XIMENES, Lorena Barbosa; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Mulher mastectomizada; desempenho de papéis e redes sociais de apoio. **Acta Paul enf.** São Paulo, v. 17, n. 1, jan/mar. 2004.

BARRETO, Regiane Aparecia dos Santos et al. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. **Rev. Eletr. Enfermagem**, Goiás. v. 10, n. 1, Oct. 2008.

BERGMANN, Anke; MATTOS, Inês Echenique e KOIFMAN, Rosalina Jorge. Fatores de risco para linfedema após câncer de mama: uma revisão da literatura. **Rev. Eletr. Enfermagem**, São Paulo. vol. 15, n.2, abr. 2008.

BERVIAN, Patrícia Isabel; GIRARDON-PERLINE, Nara Marilene Oliveira. A família (con) vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. **Revista Brasileira de cancerologia**. Rio Grande do Sul, v. 52, n. 2, abr/jun. 2006.

BIFFI, Raquel Gabrielli; MAMEDE, Marli Villela. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. **Rev. esc. enferm.** USP. São Paulo, vol. 38, n.3, Set. 2004.

BRASIL, Ministério da saúde. Instituto Nacional do câncer. Estimativa da mastectomia. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>. Acesso em: 08 de setembro de 2010.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. O que é câncer. Disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 24 de julho de 2010.

BRUNNER e SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Tradução de Suzanne C. Smeltzer e Brenda G. Bare. vol. 3. 9. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 2002. p. 1533.

BRUNNER e SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Tradução de Suzanne C. Smeltzer e Brenda G. Bare. vol. 3. 10. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2005. p.1529.

CAMARGO, Teresa Caldas; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da Enfermeira no hospital do câncer III. **Revista Latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto. vol.11. n. 5. set/out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n5/v11n5a08.pdf> >

Acesso em 24 de agosto de 2010.

CAMARGOS, Aroldo Fernando; MELO, Victor Hugo de. **Ginecologia Ambulatorial**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. p. 646.

FERREIRA, Vânia Tié Koga. **Caracterização da dor em mulheres com câncer de mama pós-tratamento**. Biblioteca Wanda de Aguiar Horta USP, São Paulo. 1999.

HECK, Rita Maria et al. Cuidado domiciliar: proposta de ação em residência multiprofissional em saúde da família- UFPEL. **Fam. Saúde Desenv**. São Paulo, v.7. n.1. jan/abr. 2005.

Instituto Nacional de câncer. **Câncer de mama no mundo e no Brasil**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140> Acesso em: 22 de agosto 2010.

Instituto Nacional de câncer. Coordenação de prevenção e Vigilância (CONPREV). **Falando sobre câncer de mama**. RJ: MS/INCA. 2000. 66 p.

Instituto Nacional do câncer. Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/>> Acesso em: 20 de agosto 2010.

KLOCK, Adriana Damke; HECK, Rita Maria; CASARIM, Sidnéia Tesmer. Cuidado domiciliar: a experiência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID. **Revista Latino-americana de enfermagem**. Rio Grande do Sul, v.14. n. 2. abr/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a11v14n2.pdf>>. Acesso em 08 de setembro de 2010.

LIMA, Tatiane da Costa; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira. Cuidado domiciliar intensivo: uma possível realidade do Sistema Único de Saúde? **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 57. n. 6. nov/dez. 2004.

MANGANIELO, Adriana. **Sexualidade e qualidade de vida a mulher submetida à mastectomia**. Biblioteca Wanda de Aguiar Horta. São Paulo. 2008.

OTTO, Shirley E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002. p.526.

PANOBIANCO, Marislei Sanches; MAMEDE, Marli Villela. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, Jul. 2002.

PANOBIANCO, Marislei Sanches et al. Estudo da adesão às estratégias de prevenção e controle do linfedema em mastectomizadas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Rio de janeiro, v. 13, n. 1, jan/mar. 2009.

PEREIRA, Sandrine Gonçalves et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 59, n. 6, Dec. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>> Acesso em 19 de maio de 2010.

SILVA, Mariana Charântola; JENERAL, Ruth Bernarda Rivera; DUARTE, Lúcia Rondelo. Mulheres mastectomizadas: estranhas no ninho. **Revista Nursing**. São Paulo, v.11, n.122, jul. 2008.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes et al. Mecanismos de coping utilizados por mulheres mastectomizadas para lidar com o estresse. **Revista Scientia Medica**. Porto Alegre, v. 19, n. 3, jul/set. 2009.

VIANA, Joelma de Matos; CAMPOS, Luciana Angelo Leal. **Câncer de mama e mastectomia**: cenário de atuação de enfermeiros. Maio de 2009. Web Artigos. Disponível em: [http https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=8d19778564&view=att&th=12be8ebfd086ff30&attid=0.4&disp=inline&zw](http://https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=8d19778564&view=att&th=12be8ebfd086ff30&attid=0.4&disp=inline&zw). Acesso em: 16 de agosto de 2010.