

**QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

RAYANE ISABELA TAVARES SILVA

Trabalho de Conclusão de Curso em forma de artigo como requisito ao bacharelado em enfermagem do Centro Universitário de Brasília – UNICEUB.

Orientadora: Professora MS. Renata Souza Martins.

BRASÍLIA

2013

RESUMO

O Câncer da mama causa alterações físicas, emocionais e funcionais gerando um grande impacto na vida das mulheres. O objetivo do estudo foi realizar uma revisão sistemática de literatura com intuito de apresentar informações segundo dados publicados sobre a qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia. A análise dos dados fora realizada através da comparação entre as discussões de artigos publicados entre os anos de 2000 a 2013. Constatou-se que dos 25 artigos analisados, 32% foi publicado após ano 2010, 28% foi representado pela equipe multidisciplinar de saúde, o periódico com maior destaque foi a Revista Brasileira de Cancerologia com percentual de 16%, quanto a classificação Qualis Capes, 32% da amostra foi publicada em periódico A2, 38% das pesquisas fora de caráter descritivo quantitativo. Observou se que a mulher acometida pelo CA de mama, antes e após a mastectomia é afetada física e psicologicamente e proporcionando aparatos que contribuem para uma melhor qualidade de vida, seu tratamento é menos agressor devido apoio da família e equipe multidisciplinar.

Descritores: Qualidade de vida, Câncer de mama, Mastectomia, Mulher, Oncologia.

QUALITY OF LIFE FOR WOMEN MASTECTOMY: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

The Breast Cancer cause physical changes, emotional and functional generating a great impact on women's lives. The aim of the study was to perform a systematic literature review with the aim of presenting information according to data published on the quality of life in women undergoing mastectomy. Data analysis was performed by comparing the discussions of articles published between the years 2000-2013. It was found that of the 25 articles analyzed, 32% were published after 2010, 28% was represented by the multidisciplinary health team, most notably the journal was the Brazilian Journal of Oncology with a percentage of 16% as Qualis Capes, 32% of the sample was published in a journal A2, 38 % of research was a descriptive quantitative. Noted that women affected by breast CA before and after mastectomy is affected physically and psychologically and providing apparatus that contribute to a better quality of life, treatment is less aggressor because support from family and multidisciplinary team.

Keywords: Quality of life, Breast cancer, Mastectomy, woman Oncology.

¹ Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), Brasília/DF.

² Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde, especialista em Saúde Pública, com ênfase em saúde da família. Docente em Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), Brasília/DF.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de câncer de mama refere-se ao tumor que se origina nas estruturas glandulares e de ductos mamários. Apresenta grande frequência e efeitos psicológicos, que afetam a percepção, a sexualidade e a imagem pessoal da mulher, além dos desconfortos e debilidades físicas. Em razão disso, essa doença é hoje de extrema importância para saúde pública no Brasil e no mundo (GUIRRO.; GUIRRO, 2002; CAVALCANTI, 2001; BRASIL, 2009; NOGUEIRA, 2005; BORGES, 2008).

Segundo Ministério da Saúde, o câncer mamário corresponde ao segundo lugar dentre os tipos de morte mais frequentes no mundo, ficando atrás somente das doenças cardiovasculares, os acidentes de trânsito e a violência urbana. É o tipo de câncer mais comum entre as mulheres, o qual satisfaz o percentual de 22% dos novos casos por ano. As taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada tardiamente, ou seja, em estágio avançado (BRASIL, 2009).

De acordo com Camargo e Marx (2000), o carcinoma de mama é o mais comum nas mulheres, porém é uma patologia complexa e heterogênea, pode ser de lenta evolução ou progredir rapidamente, dependendo do tempo de duplicação das células cancerígenas e outras características biológicas de progressão.

Esse tipo de neoplasia é incomum antes dos 35 anos, porém acima desta faixa etária sua incidência é crescente e progressiva. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 foi registrado um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes (BRASIL, 2007).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), os sinais do câncer de mama palpável são os nódulos ou tumor no seio, podendo ser assintomático ou não. O nódulo, geralmente é descoberto pela mulher no autoexame das mamas ou no exame clínico do profissional de saúde, podendo ser localizado também na axila. Podem surgir alterações na pele, que recobre a mama, como abaulamentos, retrações, e outras alterações da pele ou esclerodermia a palpação (BRASIL, 2009).

Ainda como sintoma frequente está à secreção papilar, que depois dos nódulos é a maior causa de cirurgia na mama. Esta secreção representa um possível risco de câncer maligno, deve ser espontânea, não estar relacionada com histórico de lactação e ser persistente, sendo caracterizada como láctea, aquosa, multicolorida, purulenta,

serossanguínea, sanguínea e serosa. São representantes da forma mais grave de um possível câncer ou do próprio câncer, as características serosa, serossanguínea e sanguínea, sendo estas um indicativo para o tratamento cirúrgico da mama (ANDREA et al., 2006).

Após o diagnóstico de câncer de mama, a mulher perpassa por momentos de imensa ansiedade, sofrimento e angústia com o frequente medo da morte. Adaptações no cotidiano destas mulheres fazem-se necessárias devido ao período de tratamento da doença, perdas e dos sinais e sintomas vivenciados pela paciente. Neste contexto a qualidade de vida torna-se essencial para o suporte básico de enfrentamento desta patologia, visto que o tratamento para o câncer de mama apresenta grande influência negativa na qualidade de vida dessas mulheres (LOTTI et al., 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Qualidade de Vida (QV) é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores, nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A qualidade de vida das mulheres mastectomizadas está relacionada à capacidade de viver plenamente, às condições que afetam sua percepção, seus sentimentos e comportamentos relacionados à sua condição de saúde e intervenções médicas. O avanço do estudo do câncer de mama, a integralidade social, o aumento da sobrevida diante a doença, a autonomia como mulher, os direitos da paciente, os aspectos psicossociais, entre outros, determinam a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas (BRASIL, 2007).

A QV apresenta grande chance de redução após o acometimento do câncer, em especial do câncer de mama quando a paciente é submetida ao tratamento cirúrgico do câncer, devido ao estigma da doença, a mutilação da mama, conflitos estéticos, limitações das atividades após a cirurgia, a rotina de exames, acompanhamento clínico, tratamento e as possíveis sequelas de curto e médio prazo. A ausência ou alteração da mama traz consigo diversos efeitos físicos, psicossociais e até mesmo sexuais que apresenta um elevado potencial para afetar a qualidade de vida dessas pacientes de forma regressiva (MOREIRA; MANAIA, 2005).

É importante destacar que cada mulher reage psicologicamente a essas importantes situações de acordo com seus antecedentes pessoal e familiar, seu contexto socioeconômico, o momento do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama, a ansiedade relacionada a morte, são momentos considerados marcantes para essa mulher (DUARTE; ANDRADE, 2003).

As consequências do tratamento contra o câncer precisam ser mensuradas em relação às limitações físicas e psicológicas da paciente, estabelecendo o impacto sobre a qualidade de vida dessas mulheres. Desta forma os profissionais precisam buscar meios para o incremento do apoio à estas, uma alternativa que possibilita de forma inicial o apoio ampliado são as escalas de QV, pois estas auxiliam no estabelecimento de várias dimensões da doença, criando deste modo parâmetros para a prática assistência com uma maior qualidade, uma vez que quando se conhece o verdadeiro sofrimento de cada uma delas, torna-se mais fácil a elaboração e aplicação de ações mais efetiva para o apoio profissional que estas mulheres precisam e merecem (NETTO; ZANNON; COLODETE, 2010).

2 OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão bibliográfica de literatura com intuito de apresentar informações segundo dados publicados sobre a qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, descritivo, onde foram utilizadas as seguintes bases científicas; ScientificElectronic Library Online (SciELO), Centro Latino Americano e do Caribe de Informação da Ciências da Saúde (Lilacs), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Instituto Nacional do Câncer (INCA), bem como Caderno Básico de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (MS), dissertações de mestrado, teses de doutorado, trabalhos de conclusão de curso e revistas científicas sobre câncer, publicados entre os anos de 2000 a 2013. Os critérios de inclusão utilizados foram: estudos qualitativos e quantitativos que explanavam sobre mulheres com câncer de mama, mastectomias radicais e parciais e artigos sobre qualidade de vida relacionados a portadoras de neoplasia de mama. Os critérios de exclusão foram: artigos que discutissem sobre mulheres portadoras de outros tipos de câncer e o câncer de mama em portadores do sexo masculino. Foram selecionados 35 artigos científicos já publicados, sendo 10 excluídos devido critérios de exclusão e 25 utilizados para compor a presente pesquisa. Os descritores da pesquisa foram: oncologia and mulher and câncer de mama or mastectomia and qualidade de vida. A análise dos dados fora realizada através da comparação entre as discussões dos autores aqui referenciados.

4 RESULTADOS

Identificou-se que dos 25 artigos analisados sobre a Qualidade de Vida das Mulheres Mastectomizadas, a maioria foi publicado após ano 2010, com percentual de (32%), denotando ser esta uma temática atual (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos artigos científicos no período de 2000 a 2013.

Período dos artigos	Nº	%
2000 - 2003	5	20%
2004 - 2006	7	28%
2007 - 2009	5	20%
2010 - 2013	8	32%
Total	25	100

Fonte: Dos autores

Em relação a distribuição dos artigos científicos quanto a área de saúde, constatou-se que de 100% das produções científicas nas áreas da saúde (28%) foi representado pela equipe multidisciplinar e (24%) por psicólogos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos artigos científicos quanto a área de saúde, no período de 2000 a 2013.

Área da saúde	Nº	%
Educação Física	1	4%
Enfermeiro	4	16%
Fisioterapia	3	12%
Médico	4	16%
Multidisciplinar	7	28%
Psicólogo	6	24%
TOTAL	25	100

Fonte: Dos autores

Predominaram publicações de periódicos interdisciplinares com destaque para a Revista Brasileira de Cancerologia (16%) e Revista Brasileira de Enfermagem (8%) (Tabela

3). Quanto a classificação Qualis Capes, 32% da amostra foi publicada em periódico A2, representando uma ótima qualidade técnica e editorial do periódico escolhido para publicação.

Tabela 3 - Distribuição dos artigos científicos, segundo o título do periódico de publicação do artigo e Qualis Capes, no período de 2000 a 2013.

	Nº	%	QC
Arquivos em Ciências da Saúde (HB Científica)	1	4%	B3
Caderno do Terceiro Mundo	1	4%	B4
Caderno de Saúde Pública ENSP	1	4%	A2
Ciências Saúde Coletiva	1	4%	A2
Estudos de Psicologia (UFRN)	1	4%	A2
Fisioterapia em Movimento (PUCPR)	1	4%	B1
Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial	1	4%	B4
Perspectivas Online: Biológicas e Saúde	1	4%	B4
Psicologia: Ciência e Profissão	1	4%	A2
Psicologia: Reflexão e Crítica (UFRGS)	1	4%	A1
Radiologia Brasil	1	4%	B2
Revista Brasileira de Cancerologia	4	16%	B2
Revista Brasileira de Enfermagem	2	8%	A2
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	1	4%	B3
Revista Brasileira de Psiquiatria	1	4%	A2
Revista da Escola de Enfermagem da USP	1	4%	A2
Revista Fisioterapia Brasil	1	4%	C1
Revista da SBPH (Belo Horizonte)	1	4%	B4
Revista de Ciências Médicas	1	4%	B5
Revista Latino Americana de Enfermagem	1	4%	A2
Semina: Ciências Biológicas e da Saúde	1	4%	B3
TOTAL	25	100%	

Fonte: Dos autores

Prevalenceram neste estudo as pesquisas descritivo quantitativo (38%) e descritivo qualitativo/quantitativo (33%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos artigos científicos nacionais segundo tipos de pesquisas, no período de 2000 a 2013.

	Nº	%
Descritivo/ Qualitativo	11	28,20%
Descritivo Qualitativo/Quantitativo	13	33,33%
Descritivo Quantitativo	15	38,46%
TOTAL	39	100

Fonte: Dos autores

5 DISCUSSÃO

A QV é conceituada como uma sensação de bem estar na concretização das atividades físicas, psíquicas e intelectuais inseridas na realidade de modo particular dos indivíduos (SALES et al., 2001). Almeida (2006) ratifica que a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas é influenciada e/ou determinada por aspectos sociais, funcionais e psíquicos, como por exemplo, apoio social e familiar, satisfação sexual, possibilidade de atividades de lazer, reinserção no mercado de trabalho e também estrutura do ego.

Para Cesnik e Santos (2012) a patologia desencadeia importantes alterações na vida das mulheres que são acometidas por este tipo de neoplasia, sendo a imagem corporal o primeiro impacto desencadeador das demais questões que afetam diretamente a QV. Além do tratamento medicamento e cirúrgico faz-se necessário o apoio multiprofissional voltado para a recuperação e manutenção da qualidade de vida.

Labate e Cassorla (2009) enfatizaram a importância que tem os profissionais de saúde tem no tratamento de mulheres mastectomizadas, pois estes profissionais tem a possibilidade da aproximação inicial após a mastectomia e são capazes de realizar um trabalho mais efetivo com essas pacientes.

Entre a equipe multidisciplinar, o enfermeiro exerce papel de extrema importância, visto que é este o profissional que estabelece inicialmente uma relação de confiança com as mulheres acometidas pelo câncer de mama e através desta relação inicial é estabelecida uma comunicação terapêutica que se revela importante ferramenta durante o todo o tratamento das pacientes portadoras de neoplasia mamária (SANTOS et al., 2010).

Ferraz (2009) em seu estudo relata que a QV está diretamente ligada a vários fatores como atividade laboral, vida sexual, alterações do sono, renda familiar, tipo de mastectomia realizada entre outros fatores. De acordo com The Whoqol Group (1998), a avaliação da QV deve abranger vários aspectos, como o grau dos sintomas, o estado emocional, o estado do humor e a adaptação á nova aparência física. A autora Ferraz (2009) em seus achados demonstra que a qualidade de vida nas mulheres que também sofreram modificação em suas atividades laborais, na funções psíquicas, físicas e em suas relações sociais por conta da mastectomia e do câncer apresentaram piora significativa.

Segundo Almeida (2006), a literatura indica que o relacionamento familiar exerce um papel primordial na vida destas mulheres, funcionando como apoio e ajuda para suportarem melhor o diagnóstico e suas conseqüências. Cesnik e Santos (2012) evidenciam que não apenas a sexualidade, como também a vida conjugal são dimensões ainda negligenciadas nos cuidados em saúde da paciente mastectomizada ou somente com o câncer de mama.

As ações de saúde consideradas fundamentais para o diagnóstico precoce do câncer de mama são: auto-exame das mamas (AEM), realizado de forma adequada; exame clínico das mamas (ECM), feito por um profissional especializado e mamografia. Essas ações podem contribuir para que, no surgimento de um tumor maligno, o tratamento apropriado não requeira uma intervenção cirúrgica agressiva para o corpo feminino (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Em consonância com Duarte e Andrade (2003), os autores Lotti e colaboradores (2008) relatam a importância do diagnóstico do câncer através de exames e de profissionais adequados, com o intuito do tratamento precoce o qual contribui de modo muito significativo para a sobrevida das portadoras do câncer. Enfatizam ainda a existência de várias opções de tratamento devido ao avanço tecnológico para o diagnóstico e tratamento. Assim como os autores supracitados Luz e Lima (2011) afirmam que quanto mais cedo o câncer é diagnosticado mais chance a mulher tem de realizar um tratamento que possibilite mais resultados.

A ultrassonografia (USG) é sempre complementar à mamografia, não sendo indicada substituí-la, pois é capaz de distinguir uma lesão sólida e uma lesão cística, é classificada como um excelente método para caracterizar a doença inflamatória e guiar a drenagem de abscessos, assim como, acompanhar o processo evolutivo no pós-operatório

imediatamente e identificar a presença de líquidos na mama (seroma e hematoma), norteadas as intervenções de drenagem deste material (BRASIL, 2007).

Duarte e Andrade (2003) enfatizam que a mamografia é o método mais utilizado tanto como forma de prevenção como de diagnóstico, pois 50% das neoplasias se apresentam como microcalcificações radiopacas o que facilita o diagnóstico por esse método. A American Cancer Society (ACS) recomenda que como forma de prevenção, a mamografia seja realizada conforme a faixa etária: de 35 – 40 anos de idade. Repetindo o exame entre 40-49 anos para que sejam comparadas. A partir dos 50 anos, a mamografia deve ser realizada no intervalo de um ano.

Godinho e Koch (2008) ratificam que a mamografia é um procedimento extremamente importante para o diagnóstico precoce e também um método altamente sensível para esta detecção mesmo ainda em estágios pré-invasivo. Ferraz (2009) afirma que os benefícios da mamografia se referem principalmente a cerca de 30% de diminuição da mortalidade em mulheres maiores de 50 anos, e esta taxa se deve ao uso difundido da mamografia facilitando na detecção em sua fase inicial com início precoce de tratamento levando a melhores taxas de sobrevivência.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) as modalidades de tratamento do câncer de mama podem ser divididas em tratamento local e sistêmico, sendo o tratamento local através de cirurgia e radioterapia e o tratamento sistêmico por quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica (BRASIL, 2009).

De acordo com Guirro e Guirro (2002), as condutas terapêuticas para o tratamento do câncer incluem a radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e mastectomia divididas em várias etapas.

Existem várias técnicas cirúrgicas, as mais conservadoras são tumorectomia e quadrantectomia e as radicais são as mastectomias. A técnica a ser utilizada depende da classificação do tumor, o tamanho e sua localização, o tamanho da mama, a experiência e preferência do cirurgião, a idade e escolha da mulher e o protocolo usado no serviço que a paciente está sendo atendida (SILVA, 2002; SASAKI; LAMARI, 2000).

A tumorectomia é indicada em tumores de até um cm de diâmetro, a remoção é feita sem margens de tecido circunjacente. Deve ser associada a linfadenectomia axilar radical e a radioterapia complementar. Já a quadrantectomia é a retirada de um quadrante ou segmento da glândula mamária onde está o tumor maligno, que pode variar de 2 a 2,5 cm (CAMARGO; MARX, 2000).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a mastectomia pode ser classificada como mastectomia radical ou total, a qual consiste na retirada da mama, pele e complexo aréolo-papilar. A mastectomia radical modificada é quando há preservação de um ou dos dois músculos peitorais e mastectomia modificada compreende a retirada dos músculos peitorais e linfonodos axilares (BRASIL, 2009).

Segundo a mesma linha de raciocínio de Brasil (2009) os autores Sasaki e Lamari (2000), afirmam que a mastectomia radical é indicada em estágio avançado e quando há infiltração extensa do músculo peitoral, tendo como finalidade a cito redução, onde retira-se a mama, o músculo peitoral maior e menor, realizando o esvaziamento axilar radical. Inicia-se o tratamento rapidamente através da quimioterapia e/ou radioterapia complementar, para que possam ser evitadas as complicações, pois acarreta muito sangramento.

A Mastectomia Radical Modificada Tipo Patey remove a glândula mamária e o músculo peitoral menor de suas inserções na apófise coracóide (terceiro, quarto e quinto espaços intercostais), fazendo esvaziamento axilar radical, linfonodos interpeitorais, a aponeurose anterior e posterior do músculo peitoral maior. Já a mastectomia Radical modificada Tipo Madden, remove a glândula mamária a aponeurose anterior e posterior do músculo peitoral maior, preservando assim, os músculos peitorais (SASAKI; LAMARI, 2000).

Segundo Moreira e Manaia (2002) as conseqüências destas disfunções superam o marco individual e estendem-se aos familiares, amigos e relações profissionais. Isso implica em uma sobrecarga emocional para a paciente. Rossi e Santos (2003) em seus achados mostram que as repercussões psicológicas variam de acordo com a fase do adoecimento e tratamento (pré-diagnóstico, diagnóstico, tratamento e pós-tratamento), afetando o equilíbrio psicossocial de maneira expressiva nos diferentes estágios, prejudicando a QV da mulher acometida.

Sasaki e Lamari (2000) referem que os procedimentos descritos são utilizados em pacientes em diferentes níveis de estágios I, II e III de câncer de mama, ao tratamento que não está respondendo ou que espera por reconstrução mamária imediata. Além das sequelas físicas, são percebida também as sequelas emocionais e afetivas, sendo as principais complicações da mastectomia; infecções, hematomas, necrose de retalho, associado à radioterapia podem aparecer linfedema e impotência funcional do braço.

Por envolver alguns aspectos da vida humana como relações sociais, estado psicológico, saúde, níveis de dependência, família, trabalho, padrão espiritual, meio ambiente,

dentre outros, a QV é considerada um conceito abstrato. É a dinâmica em relação a aspectos culturais, religiosos, éticos e valores pessoais, os quais podem influenciá-la em seu prognóstico (THE WHOQOL GROUP, 1998).

Mulheres que realizaram a mastectomia parcial e não necessitaram de reconstrução são as que possuem os melhores escores em QV, seguido pelo grupo de mastectomizadas que fizeram reconstrução, já o grupo das mastectomizadas que não fizeram a reconstrução possuem escore muito baixo de QV, seguido pelo grupo das mulheres parcialmente mastectomizadas e que também que não fizeram a reconstrução (SIMEÃO et al., 2013).

Em artigo publicado por Almeida (2009) o grupo de mulheres mastectomizadas que tiveram a qualidade diminuída foram as mulheres que apresentavam renda familiar mais baixa e também aquelas que tinham o SUS como única fonte de tratamento dada as condições econômicas familiares mais baixa.

Avelar e colaboradores (2006) abordaram que a alteração do sono é a maior possibilidade de depressão nestas mulheres corroborando deste modo com os achados de Ferraz (2009) que constatou que as modificações psíquicas e emocionais são fatores que alteram a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas.

Diante da expressiva importância das alterações causadas pela mastectomia, em 24/04/2013 foi sancionada a lei 12.802, que substitui lei anterior 9.797/99 onde previa que mulheres que sofressem mutilação total ou parcial de mama (mastectomia) teriam direito à cirurgia plástica reconstrutiva, mas sem especificar o prazo em que ela deveria ser feita. Já a nova lei obriga o Sistema Único de Saúde (SUS) a fazer a cirurgia plástica reparadora da mama logo em seguida à retirada do câncer, quando houver condições médicas. Caso a reconstrução não seja possível, a realização da reconstrução imediata, a paciente deve ser encaminhada para acompanhamento clínico, proporcionando uma maior QV as mulheres que retiraram a mama devido o acometimento pelo câncer (SENADO FEDERAL, 2013).

A reconstrução mamária imediata é benéfica para aspectos psicológicos da qualidade de vida, sem afetar a funcionalidade física da mulher, diminuindo assim a possibilidade da redução de QV, visto que segundo os autores supracitados a mama representa um importante aspecto na feminilidade (OLIVEIRA; MORAIS; SARIAN, 2012).

Corroborando com os autores supracitados, Ferreira e Mamede (2003) relatam que após a mastectomia a relação consigo mesmas muda intensamente, pois apresentam um

corpo mutilado e experimentam sensação de impotência, dor e limitação. E devido a tanto sofrimento estas mulheres necessitam de cuidados intensos.

Para que a mulher mastectomizada tenha um bom prognóstico físico e psíquico, faz-se necessário a participação da equipe multidisciplinar no acompanhamento desta, principalmente o enfermeiro, o qual tem uma maior frequência no cuidado com a paciente nesse acompanhamento. É de extrema necessidade realizar grupos de apoio ensinando o autocuidado; valorizando o indivíduo como ser único e suas limitações, sanando suas dúvidas e visando promover um auto crescimento a partir da aceitação do indivíduo como ser singular, dando-lhe estímulo e apoio (ALVES et al., 2011; ALVES et al., 2010)

A QV em mulheres mastectomizadas torna-se um instrumento de suma importância para o acompanhamento de fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados ao câncer, uma vez que após o diagnóstico e durante o tratamento geralmente há uma grande modificação na vida destas mulheres. Estas pesquisas de qualidade de vida têm revelado paradigmas antes não conhecidos e também passaram a influenciar as políticas e as práticas relacionadas ao tema (SEIDL; ZANNON, 2004).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se neste estudo de revisão bibliográfica que, de modo geral, existe grande influência do tratamento para câncer de mama na vida dessas mulheres, sendo a mastectomia a forma mais acentuada da relação negativa com a qualidade de vida. Este estudo vem reiterar informações sobre as consequências dos tratamentos para tal neoplasia, além da importância do suporte psicológico e clínico por parte da equipe multidisciplinar de saúde, ressaltando o cuidado do enfermeiro durante todo o esse processo. Tratando-se de QV adequada para tal tratamento, a reconstrução mamária é um dos pontos relevantes citada neste estudo, citando a lei 12.802, na qual respalda o acesso da mulher mastectomizada ao serviço de saúde de forma imediata. A reconstrução da mama para a mulher que foi mastectomizada pode ser um dos acessórios positivos no tratamento do câncer de mama, fato esse que, a retirada parcial ou total das mamas, devido tal neoplasia, causa impacto negativo expressivo na QV dessas mulheres, principalmente pela simbologia feminina representada. Portanto, a busca na melhora da assistência a essas mulheres, pelos profissionais de saúde, deve ser imprescindível no tratamento e a qualidade de vida deve ser sempre um aspecto importante a ser mensurado, pois avalia as várias dimensões da doença e cria parâmetros para práticas assistenciais

cotidianas nos serviços de saúde, exercendo assim qualidade na assistência prestada, seja ela prática ou psicológica.

REFERÊNCIAS

ALVES, P.C.; SILVA, A.P.S.; SANTOS, M.C.L; FERNANDES, A.F.C.; Conhecimento e expectativas de mulheres no pré operatório da mastectomia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, dez, 2010.

ALVES, P.C.; BARBOSA, J.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, v. 64, n. 4, Jul/Ago, 2011.

AVELAR A. M. A., DERCHAIN S. F. M., CAMARGO C. P. P., LOURENÇO L. S., SARIAN L. O. Z., YOSHIDA A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. **Revista de Ciências Médicas de Campinas**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 11 - 20, jan/fev, 2006.

ALMEIDA, R.A.; Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro v. 9, n. 2, dez, 2006.

ANDREA et. al. Citologia do derrame papilar no câncer de mama. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 42 n.5, out, 2006.

BORGES, J.B.R. et. al. Perfil das mulheres no município de Jundiaí quanto ao hábito do auto-exame das mamas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 2, p. 113-122, set, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Mamografia: da prática ao controle** (Recomendações para profissionais de saúde). Rio de Janeiro: INCA, 2007. 109p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/qualidade_em_mamografia.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **O que é o câncer?** Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 23 mai. 2013.

BRASIL. SENADO FEDERAL. **Lei garante reconstrução da mama em seguida à retirada de câncer.** Brasília, 07 de maio de 2013, disponível em: <http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2013/05/07/lei-garante-reconstrucao-da-mama-em-seguida-a-retirada-de-cancer>. Acesso em 10 de novembro de 2012.

CAMARGO, M.C.; MARX, A.G. Fisioterapia pós-operatória. In: CAMARGO, M.C.; MARX, A.G. **Reabilitação física no câncer de mama**. 1ª ed. São Paulo: Roca, 2000.

CAVALCANTI, F. Um mal que nasce no peito. **Cadernos do Terceiro Mundo**. São Paulo, n. 227, p.16-18, jan. 2001.

CESNIK, V.M.; SANTOS, M.A. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. **Psicologia: reflexão e crítica**. v. 25, n. 2. Porto Alegre, set, 2012.

DUARTE T.P.; ANDRADE A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 1, p. 155-163, 2003.

FERREIRA, M.L.S.M.; MAMEDE, M.V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n.3. maio/jun, 2003.

FERRAZ, A.M.N. Avaliação da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina**, Pós graduação em Ciências Médicas, 2009.

GODINHO, E.R; KOCH H.A. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia: uma contribuição a "Bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama". **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 139-45, maio/jun, 2008.

GUIRRO, E.; GUIRRO, R. **Fisioterapia dermatofuncional**: fundamentos, recursos, patologias. 3ª ed. São Paulo: Manole, 2002.

LABATER, R.C.; CASSORLA, R.M.S. A escolha do profissional em trabalhar com pacientes mastectomizadas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n.2, abri/jun, 2009.

LOTTI, R.C.B.; BARRA, A.A.; DIAS, R.C.; MAKLUF, A.S.D. Impacto do Tratamento de Câncer na Qualidade de Vida. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Belo Horizonte, v. 54, n4, p. 367-371, 2008.

LOTTI, R.C.B.; BARRA, A.A.; DIAS, R.C.; MAKLUF, A.S.D. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Minas Gerais, v. 52, n.1, p. 49-58, 2006.

LUZ, N.D.; LIMA, A.C.G. Recursos fisioterápicos em linfedema pós mastectomia: uma revisão de literatura. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v 24, n.1, jan/mar, 2011.

MOREIRA, E. C. H.; MANAIA, C. A. R. Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 26, n. 1, p. 21-30, jan./jun. 2005.

NETTO, C. M. ; ZANON, D. M. T.; COLODETE, R. O. Terapia Manual em Mastectomizadas: Uma Revisão Bibliográfica. **Perspectivas online**, v. 4, n. 15, p. 123-135, 2010.

NOGUEIRA, P.G.G. et al. Efeitos da facilitação neuromuscular proprioceptiva na performance funcional de mulheres mastectomizadas. **Revista Fisioterapia Brasil**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 28-35, jan./fev. 2005.

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 Obstetrícia**, Rio de Janeiro, vol.32 n.12, Dez, 2010.

ROSSI, L.; SANTOS, M. A.; Repercussões Psicológicas do Adoecimento e Tratamento em Mulheres Acometidas pelo Câncer de Mama. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n.4, p. 32-41, dez, 2003.

SANTOS, M.C.V.L.; SOUSA, F.S.S.; ALVES, P.C. BONFIM, I.M.; FERNANDES, A.F.C. Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília v. 63, n.4, jul/ago, 2010.

SALES, C. A. C.; PAIVA, L.; SCANDIUZZI, D.; ANJOS, A. C. Y. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.47, n.3, p. 263-272, 2001.

SASAKI, T., LAMARI, N. M. Reabilitação funcional precoce pós mastectomia. **HB científica**, São José do Rio Preto, v. 4, n. 2, p. 121- 127, mai./ago, 2007.

SEIDL, E.M. ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 20, n. 2, mar/abr, 2004.

SILVA, M.P.P. **Efeitos da fisioterapia na recuperação e complicações no pós-operatório por câncer de mama: exercícios limitados versus exercícios não limitados**. Campinas: [s.n], 2002. 74 p. Tese apresentada à Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) para obtenção do grau de Mestre.

SIMEÃO, S.F.A. et. al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, Mar, 2013.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF. quality of life assesment. Psychological Medicine: **Revista da Cambridge University**, v. 28, n. 3, p. 551-558, mai. 1998.