

Neoplasia maligna e mastectomia - uma abordagem reflexiva do cuidar em enfermagem

Maligna neoplasia and mastectomy - a reflective approach to nursing care

Maligna neoplasia y mastectomía - un enfoque reflexivo para la atención de enfermería

Stefania Duarte de Almeida

Como citar esse artigo. de Almeida, SD. Neoplasia maligna e mastectomia - uma abordagem reflexiva do cuidar em enfermagem. Revista Pró-UniverSUS. 2020 Jul./Dez.; 11 (2): 145-151.

Resumo

De implacável evolução natural à morte em geral, a progressão do câncer de mama é acompanhada de diversos graus de sofrimento físico e emocional para a mulher. Diante disso, este estudo objetiva refletir sobre a práxis em Enfermagem no campo da mastectomia, fazendo uma breve análise do problema e também no que diz respeito à promoção, à proteção e à recuperação da saúde da mulher mastectomizada. Trata-se de um estudo reflexivo sobre neoplasia e mastectomia, numa análise crítica de suas implicações. Necessidade de discutir limites e possibilidades dos enfermeiros na realização dos cuidados específicos a estas mulheres, identificando os fatores que favorecem e/ou dificultam a assistência prestada. Por fim, necessidade de sistematizar o trabalho da equipe de saúde e do aprimoramento constante do saber técnico-científico, para que se possa refletir sobre a práxis em Enfermagem.

Palavras-chave: Neoplasia maligna, Mastectomia, Enfermagem.

Abstract

From relentless natural evolution to death in general, the progression of breast cancer is accompanied by varying degrees of physical and emotional suffering for women. On the other hand, this study aims to reflect on the practice in Nursing in the field of mastectomy, conducting a brief analysis of the problem and also what it says about the promotion, protection and recovery of the health of the mastectomized woman. It is a reflective study on neoplasia and mastectomy, in a critical analysis of its implications. Need to discuss limits and possibilities of nurses in providing specific care to these women, identifying the factors that favor and / or hinder the care provided. Finally, the need to systematize the work of the health team and the constant improvement of technical and scientific knowledge, so that one can reflect on the praxis in Nursing.

Keywords: Breast cancer, Mastectomy, Nursing.

Resumen

Desde la implacable evolución natural hasta la muerte en general, la progresión del cáncer de mama se acompaña de diversos grados de sufrimiento físico y emocional para las mujeres. Diante disso, este estudo objetiva refletir sobre a práxis em Enfermagem no campo da mastectomia, fazendo uma breve análise do problema e também no que diz respeito à promoção, à proteção e à recuperação da saúde da mulher mastectomizada. Se trata de um estudo reflexivo sobre neoplasias y mastectomías, en un análisis crítico de sus implicaciones. Necesidad de discutir los límites y posibilidades de las enfermeras en la atención específica de estas mujeres, identificando los factores que favorecen y / o dificultan la atención brindada. Finalmente, la necesidad de sistematizar el trabajo del equipo de salud y la mejora constante de los conocimientos técnicos y científicos, para que se pueda reflexionar sobre la praxis en Enfermería.

Palabras clave: Neoplasia maligna, Mastectomía, Enfermería.

Afiliação da autora:

¹Enfermeira pela Universidade de Vassouras. Especialista em Enfermagem Saúde da Mulher pela Universidade de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: stefaniaduarte27@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6595-5818>

* Email de correspondencia: stefaniaduarte27@gmail.com

Recebido em: 18/08/20. Aceito em: 27/11/20.

Introdução

O câncer de mama – que é uma neoplasia maligna – tem etiologia desconhecida e, seus fatores de risco, quando considerados individualmente, são abstrações estatísticas, fazendo voltar o olhar para um tema que é fenômeno mundial. Com uma incidência aproximadamente de 1 milhão de novos casos no mundo, o câncer de mama atinge de forma considerável a mulher brasileira após os 40 anos de idade¹. É um grave problema de saúde pública, e estudos revelam o considerável aumento da taxa de mortalidade por esta patologia no Brasil entre 1979 e 2000, de 5,77/100.000¹. Corroborando atualmente com os dados do Ministério da Saúde, 66.280,29,7% de incidência estimada em casos novos².

Sabe-se que de 5 a 10% dos casos de câncer de mama são do tipo hereditário, e com a descoberta do BRCA1 em 1994, e do BRCA2 em 1995 nova perspectiva pôde ser vislumbrada na área da oncogênese mamária, pois finalmente a ciência acessou a intimidade do DNA. Estudos apontam que além da etiologia relacionada a fatores genéticos, existem os endócrinos e ambientais, mas não são totalmente esclarecidos¹.

Diante desse conhecimento científico, pacientes que apresentem uma história familiar de câncer de mama pré-menopáusicos devem ser encaminhadas para o aconselhamento e teste genético, pois poderão realizar, caso haja indicação clínica, cirurgia de profilaxia com reconstrução.

De implacável evolução natural à morte em geral, a sua progressão é acompanhada de diversos graus de sofrimento físico e emocional. Tendo em vista essas premissas, o presente estudo objetiva explorar a necessidade de avaliação e reflexão da práxis em Enfermagem no que tange à mastectomia, uma vez que o cuidar com qualidade transcende, encanta, seduz, envolve o ético e o estético, proporcionando mudanças e rupturas de paradigmas. Visa ainda, fazer uma breve análise do problema do câncer de mama, com aprofundamento maior na abordagem da mastectomia, analisando o alcance do que sugere o Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito à promoção, à proteção e à recuperação da saúde da mulher mastectomizada, levando-se em consideração a mulher em sua totalidade³. Como objetivos específicos, têm-se como propósito analisar limites e possibilidades dos enfermeiros na realização dos cuidados específicos à mulher mastectomizada, identificando os fatores que favorecem e/ou dificultam a assistência prestada a essas mulheres.

De especificidade obscura e ilimitada, o período entre o acontecimento neoplásico inicial e sua progressão no interior do tecido mamário até o diagnóstico pode durar por muitos anos. Habitualmente,

a paciente passa por quatro momentos: o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a terminalidade. Por esse motivo, o presente trabalho justifica-se por considerar a extrema importância do autocuidado e do cuidar no cotidiano das mulheres no pré e pós-operatório de uma mastectomia, numa abordagem que envolve o cuidar em Enfermagem de forma holística, contemplando os princípios do SUS na perspectiva de contribuir para os ajustes necessários à assistência em Enfermagem da mulher mastectomizada².

A escolha desta pesquisa visou contemplar os propósitos do estudo, pois permite compreender o sistema de relações que constrói o conhecimento, entende a necessidade de se trabalhar com a especificidade e com as diferenciações dos problemas sociais, além de auxiliar na observação, descrição e exploração de determinados aspectos de uma situação, a maneira como ele se manifesta e os fatores com os quais se relaciona².

As Leis Orgânicas da Saúde direcionam e orientam os profissionais de saúde assegurando a integralidade da atenção, qualidade e humanização do atendimento. Desta forma, para que o conhecimento gere competências, é necessário que os saberes dos profissionais sejam mobilizados através de seus esquemas de ações, decorrentes da percepção, avaliação e decisão desenvolvidos na prática³.

Objetiva-se refletir sobre a práxis em Enfermagem no campo da mastectomia, fazendo uma breve análise do problema e também no que diz respeito à promoção, à proteção e à recuperação da saúde da mulher mastectomizada.

Metodologia

Estudo de abordagem quantitativa sobre neoplasia e mastectomia, numa análise crítica de suas implicações no perfil físico, emocional e psicológico da mulher no pós-operatório, em que esta se encontra sob os cuidados de Enfermagem⁴, optou-se fazer uma investigação teórica com interpretação de dados que comparassem as ideias de outros autores acerca do assunto, de modo a fundamentar o objeto de pesquisa⁵.

Sendo assim, a fundamentação teórica deste estudo considerou a partir inicialmente de uma revisão bibliográfica que oportuniza a utilização de saberes da prática de enfermagem para uma assistência diferenciada e de excelência. Permeando a prática com educação continuada e amor será possível, ao enfermeiro, a percepção das mudanças físicas, psíquicas, sociais e econômicas que afligem a mulher e sua família quando recebem a notícia do diagnóstico do câncer de mama e cujo tratamento será a mastectomia. Com base na leitura crítica destes referenciais teóricos, foi possível perceber que suas ideias fazem a intersecção de um novo olhar

para a saúde da mulher.

Partindo desses pressupostos, o presente estudo versa sobre análise crítica da prática do enfermeiro com vistas à elaboração de cuidados universais dentro da competência de quem o executa com técnica, ciência, tecnologia, zelo, ética e amor. Tendo em vista que o cuidar é indispensável não apenas à vida dos indivíduos, mas à perenidade de todo o grupo social.

Resultados

O Câncer de Mama

No Egito, aproximadamente no ano de 2500 a.C., já existiam relatos em um papiro sobre uma doença incurável sem nenhuma recomendação para tratamento⁶.

A primeira cirurgia de mama foi realizada no século I d.C pelo médico grego Leônidas. No século II, surgiu a primeira esperança quanto ao tratamento, pois Galeno, um médico grego, afirmava ter a cura para o câncer, mas o tumor deveria ser superficial e todas as suas raízes extirpadas. No século XVIII, contribuições importantes são descritas através de novas técnicas cirúrgicas, com publicações de artigos por ilustres nomes. Porém, caiu em descrédito diante dos abusos de indicações de mastectomia por parte dos cirurgiões em virtude dos péssimos resultados alcançados. No século X, Avicena, um importante médico da história da Medicina, acreditava que a cirurgia só era válida para casos superficiais⁶.

No Renascimento, defendia-se o uso de uma guilhotina para tornar a mastectomia um procedimento mais rápido e menos doloroso. Em 1846, com a descoberta da antisepsia e da anestesia, obteve-se um grande avanço para a Medicina, pois as dores e infecções foram amenizadas. Também houve um grande avanço na Anatomia patológica, pois um tumor de mama foi visto em microscópio pela primeira vez, proporcionando aperfeiçoamento e publicações de estudos, além de conhecimentos anatômicos mais precisos⁶.

Atualmente, a abordagem cirúrgica segue o padrão de tratamento do cirurgião americano, a mastectomia radical – retirada da glândula mamária em monobloco com a musculatura peitoral e o conteúdo axilar⁶.

A primeira biópsia de congelamento foi realizada no ano de 1895, juntamente com a primeira reconstrução mamária. Várias mudanças ocorreram nas técnicas cirúrgicas no início do século XX, dando início à colocação da prótese⁶.

Sendo um órgão de grande importância para a feminilidade da mulher, associado a atos prazerosos como amamentar, seduzir e acariciar, ao receber o diagnóstico de câncer e se submeter à mastectomia

radical (mutilação) como única e exclusiva forma de tratamento, a mulher começa uma difícil etapa em sua vida: a aceitação de um corpo marcado e a convivência com essa imagem.

A resposta à mutilação é individual e pode estar relacionada a fatores como idade, autoadmiração, estado emocional e situação econômica. Como em qualquer mutilação, a mastectomia requer, além dos cuidados próprios da cirurgia, apoio emocional, objetivando a melhor compreensão, interação, adaptação e aceitação da autoimagem.

Nesse sentido, o cuidar em Enfermagem está voltado para a ruptura de paradigmas, para a compreensão da complexidade da assistência e como podemos transformá-la com compromisso e ética, preconizando que a saúde depende das condições biológicas e psíquicas, do meio ambiente, do estilo de vida e dos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, mesmo diante dos avanços tecnológicos, assistenciais e profissionais no que diz respeito ao câncer, o significado de tê-lo como patologia remete à ideia de algo que cresce e destrói, sendo associado de forma direta à morte.

Com base nessa visão, faz-se necessária uma desmistificação social, com melhor abordagem dos profissionais, principalmente do enfermeiro que está envolvido diretamente com a prevenção, promoção e a recuperação da saúde, visando a possibilidade de lidar com a doença como algo de possível controle.

Há a necessidade de contemplar a sociedade com ações significativas de saúde pública voltadas para essa demanda, pois a possibilidade de ter o câncer compromete a mulher em sua totalidade.

O câncer de mama é um grave problema de saúde pública e atinge consideravelmente a mulher brasileira após os 40 anos. Por envolver negativamente a percepção da sexualidade e a imagem pessoal, o câncer de mama é temido, sobretudo, pelo impacto psicológico.

Um fator que preocupa muito e interfere diretamente no índice de mortalidade é o diagnóstico tardio. No Brasil, as taxas de incidência e mortalidade são altas, mas medidas de prevenção, diagnóstico precoce e controle vêm sendo tomadas⁷.

Os principais fatores de risco são a história familiar, que corresponde a aproximadamente 10% do total de casos, em que mulheres que possuem mãe ou irmã com câncer de mama têm o risco aumentado, principalmente se o diagnóstico for antes dos 50 anos; a idade; menarca precoce (idade da primeira menstruação); menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade); ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos; nuliparidade. Ainda é controversa a associação de uso de contraceptivos orais com o aumento do risco para o câncer de mama, apontando para subgrupos de mulheres como as que usaram contraceptivos orais de dosagens elevadas de estrogênio, as que fizeram

uso da medicação por longo período e as que usaram anticoncepcional em idade precoce, antes da primeira gravidez.

Prevenção, Detecção Precoce e Diagnóstico

Os programas de rastreamento do câncer de mama têm como objetivo detectar mulheres assintomáticas (nódulos impalpáveis) ou em estágio precoce da doença (nódulos palpáveis de até 2cm). Dentre as estratégias para este rastreamento são recomendados o Exame Clínico das Mamas (ECM) e a mamografia.

O ECM deve ser realizado por profissional de saúde capacitado, devendo constar de inspeção, palpação e expressão dos mamilos. Alguns achados são sugestivos de malignidade como nódulo duro, evidente e único, ingurgitamento venoso unilateral, desvio unilateral da papila, bem como sua erosão unilateral, retração da pele, fixação à parede torácica, pele semelhante à casca de laranja, nódulos axilares e/ou supraclaviculares, massa irregular fixa e dura, sinais de inflamação fora do puerpério⁷.

A mamografia é um exame de imagem radiológica que permite a identificação de alterações ou sinais de malignidade nas mamas, mesmo que não estejam perceptíveis ao ECM. Entretanto, ela não o substitui e deve ser utilizada como complemento, principalmente para as mulheres com mais de 50 anos e sem história familiar de câncer de mama⁷.

Independente da faixa etária, o ECM é um procedimento que ainda faz parte do atendimento integral à saúde da mulher, portanto, deve ser realizado em todas as consultas clínicas; e para mulheres assintomáticas a partir dos 40 anos recomenda-se o rastreamento por ECM e anualmente a mamografia; aquelas com idade entre 50 e 69 anos preconiza-se a mamografia com intervalo máximo de dois anos entre os exames, já as mulheres a partir dos 35 anos, pertencentes a grupos populacionais de risco elevado para desenvolver câncer de mama, recomenda-se o ECM e a mamografia anualmente. Todas as mulheres com alterações nos exames realizados têm garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento.

Atualmente, o autoexame (AEM) não é recomendado como estratégia de detecção precoce, mas sim como uma forma da mulher conhecer sua anatomia e vislumbrar o que é normal ou anormal. Recomenda-se que seja feito mensalmente entre o sétimo e o décimo dia após o início da menstruação, pois neste período as mamas estão livres de edemas. Para as mulheres que estão na menopausa, não menstruam, deve-se escolher um dia do mês para realizar o AEM, todos os meses no mesmo dia.

Sendo parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico da neoplasia maligna, o exame clínico da mama deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, e se constitui de base para a solicitação de exames complementares. Deve-se contemplar os seguintes passos para sua adequada realização: inspeção, estética e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal⁷.

Para lesões palpáveis, o método utilizado é a ultrassonografia, que é um método para avaliação das lesões palpáveis por imagem em mulheres com menos de 35 anos. Naquelas com idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método de eleição, podendo ser complementada pela (USG)⁷.

Há uma padronização de laudos mamográficos BI-RADS – Breast Imaging Reporting and Data System, que leva em consideração a evolução diagnóstica e a recomendação da conduta, não se esquecendo da história clínica e do exame físico da mulher⁷.

Um dos diagnósticos preconizados pelo Ministério da Saúde para lesões suspeitas é o PAFF, um diagnóstico citológico realizado por meio de uma punção aspirativa. É de baixo custo, fácil execução, dificilmente apresenta complicações e dispensa o uso de anestesia. Outro procedimento também ambulatorial que permite diagnóstico histológico preconizado pelo Ministério da Saúde é o PAG ou Core Biopsy, em que o material pode ser obtido por meio de punção com uma agulha grossa ou por biópsia cirúrgica, mas que necessita de anestesia local e permite diagnóstico histopatológico por congelamento e dosagem de receptores hormonais⁷.

A acurácia das doenças mamárias, assim como seu diagnóstico prévio, reduz as iatrogenias, o custo e o estresse da mulher, otimizando assim, o planejamento das atividades e o custo/benefício quando comparado a uma internação para rastreamento patológico.

Nos casos de exame histopatológico radial scar, hiperplasia atípica, carcinoma in situ, carcinoma microinvasor e material inadequado, está indicado biópsia cirúrgica, quando a biópsia for realizada em material por meio PAG ou mamotímia⁷.

Tratamento e Estadiamento

O sistema de Estadiamento Tumor-Linfonodo-Metástase (TNM) do *American Joint Committee on Cancer* para o câncer de mama usa o tamanho do tumor, as condições dos linfonodos das axilas (incorporando os nódulos sentinelas) e a presença de metástases como variáveis que influenciarão no prognóstico⁷.

É importante salientar, que para atender a demanda de mulheres com câncer de mama é necessária uma equipe composta por médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e

nutricionista. As ações propostas por esses profissionais devem se iniciar no diagnóstico, com a participação dos pacientes e familiares, objetivando prevenir e interceder de forma eficaz e qualitativa na vida dessa população em todas as etapas decorrentes do processo de prevenção. Para tanto, deve-se conhecer e identificar as necessidades dessa mulher, os sintomas e suas causas, bem como o impacto destes no seu cotidiano.

Logo, cabe também a este grupo orientar quanto aos cuidados domiciliares, tratamento hospitalar específico e encaminhamento a grupos educativos, além de garantir acesso às informações relacionadas aos direitos previstos em lei e adequação dos recursos que garantam uma atenção integral, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde⁷.

Não se deve rever as intervenções e orientações para que estas deixem de ser apenas um mero relato incansável de informações, mas sim, que passem a fazer diferença no momento da escuta a essa população, aos seus reais sentimentos e/ou incômodos existentes. E esta necessidade é urgente no processo de tratamento e reabilitação da mulher com neoplasia maligna, pois sua maior queixa se manifesta nas alterações corporais e no conviver com o câncer de mama, esquecendo da importância dos cuidados físicos e psicossociais de que necessita para vislumbrar um melhor estilo de vida.

O câncer de mama não afeta somente a mulher que o apresenta, mas toda a sua família. Desta forma, todo funcionamento social, psicológico e cultural desse grupo, assim como a existência do medo da morte, da incapacidade, da invalidez e da metástase afetam de forma drástica e imparcial esse grupo. Faz-se necessário incorporar um plano de cuidados minucioso por uma equipe interdisciplinar integrada com a mesma filosofia de trabalho e que ofereça suporte adequado no processo de prevenção, diagnóstico, tratamento, pré e pós-cirúrgico e na alta.

Atualmente, estão disponíveis como modalidades terapêuticas a cirurgia e a radioterapia. Para tratamento loco-regional há a hormonioterapia e para tratamento sistêmico, a quimioterapia. A indicação cirúrgica depende do estadiamento clínico e do tipo histológico.

Quando não indicado e/ou escolhido o tratamento conservador, a mastectomia continua sendo opção e o procedimento cirúrgico mais empregado, pois quando ocorre o diagnóstico primário, na maioria das vezes, a paciente já apresenta tumores acima de 4cm⁷.

É imprescindível esclarecer à paciente a possibilidade da reconstrução mamária, assim como deixar claro também um possível insucesso na reparação estética. A reconstrução ajuda a mulher mastectomizada no que tange à imagem corporal, podendo esta ser imediata quando realizada durante o mesmo ato cirúrgico, ou tardia, quando realizada meses

ou anos após o tratamento primário. O procedimento mais simples é a inclusão direta de uma prótese de silicone em localização subpeitoral. O expansor de tecidos pode ser utilizado quando não há pele suficiente e, posteriormente, o substitui por prótese definitiva. Porém, não deixam de apresentar complicações como: contratura capsular, alteração da forma, sensação dolorosa e rigidez, deslocamentos, infecções e ruptura do envelope de silicone, com extravasamento de silicone-gel. As cirurgias dos retalhos são mais elaboradas e dependentes das técnicas realizadas com excelência, mas também apresentam complicações como: circulatórias (possibilidade de necrose), mais comumente em obesas e fumantes. Assim, para as pacientes que optarem pela reconstrução devem ser informadas e orientadas com relação às possibilidades que variam com as características individuais⁷.

A Terapia Sistêmica trata-se de uma terapia neoadjuvante quando administrada antes da cirurgia, e adjuvante quando administrada no pós-cirúrgico, geralmente realizada na paciente com achados positivos nos linfonodos e quando o tumor possui tamanho maior que 1cm. Subdivide-se em: radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia, biológica e seguimento⁷.

A radioterapia, frequentemente mais utilizada nas cirurgias conservadoras de mama, independe do tipo histológico, da idade da paciente e/ou desta estar em uso de quimioterapia ou hormonioterapia, ou mesmo com margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico. Deve ser aplicada em toda a mama com o objetivo de destruir as células remanescentes após cirurgia ou diminuir o tamanho do tumor antes que a mesma aconteça⁷.

Nos casos do carcinoma *in situ* tratados por cirurgia conservadora, deve-se realizar radioterapia por toda a mama. Já nos casos com carcinoma ductal infiltrante, especialmente em mulheres com idade inferior a 50 anos, faz-se necessária reforçada dose no leito tumoral (boost)⁷.

Nas cirurgias radicais ou conservadoras que utilizaram quimioterapia com antracíclicos no pós-operatório, retardam o início da radioterapia até que esteja completa a terapia sistêmica, mas esse período não pode ser superior a seis meses do pós-operatório. Quando há comprometimento de quatro ou mais linfonodos axilares, tumores centrais ou mediais deve-se incluir a cadeia mamária interna, especialmente nos três primeiros espaços intercostais, já que há possibilidade de até 30% de comprometimento⁷.

A hormonioterapia é direcionada ao câncer de mama com receptores de estrogênios ou progesterona positivos, sendo a terapia sistêmica adjuvante mais frequentemente recomendada. O Tamoxifeno é um modelador seletivo do receptor estrogênio mais utilizado e, por possuir forte efeito antagonista e fraco

efeito agonista sobre os receptores de estrogênio, seu uso prolongado pode causar riscos. Primariamente, pólipos/câncer de endométrio, doença cerebrovascular e tromboembolismo. Sangramentos no período pós-menopausa são um problema comum, mas preocupante, já que pode aumentar o risco de câncer do endométrio em duas vezes. Entretanto, apesar de todos esses riscos e havendo a necessidade da monitorização dessas pacientes, estudos rotineiros por meio de imagens não são recomendados⁷.

Há possibilidade de um terço de mulheres com câncer desenvolverem subsequentemente a doença metastática à distância. O índice de sobrevivência é de dois anos, porém 5% dessas pacientes podem viver até cinco anos a mais. A metástase do câncer de mama pode se direcionar para o osso, o fígado, pulmão, cérebro e outros órgãos. Quando a doença se encontra nessa fase, o objetivo da terapia é apenas paliativo dos sintomas⁷.

Nos dois primeiros anos de tratamento por câncer, a mulher deve ter um seguimento rigoroso, pois é frequente haver recorrência nesse período, sendo, muitas vezes, falha do tratamento, e se for descoberta, há possibilidade da realização de um resgate cirúrgico sem danos, contribuindo de forma qualitativa para uma sobrevivência global.

Quando o tratamento é conservador, nos primeiros dois anos procede a realização de um exame clínico trimestral com mamografia e ecografia mamária semestral, após manter revisão clínica semestral complementada por mamografia anual.

Nos estágios iniciais está contraindicada a pesquisa de metástase sistêmica, porém, se houver sinais e sintomas clínicos sugestivos, procede a indicação.

Em pacientes com estágio clínico III da doença, mantém-se um prognóstico reservado de acordo com o tratamento primário, pois ainda não existe tratamento curativo para metástases assintomática

O Papel da Enfermagem

Logo após o diagnóstico, quando a paciente for submetida à internação e terá que passar pela consulta de Enfermagem, e antes de cada modalidade terapêutica, a Enfermagem atua com seus diagnósticos e intervenções. Porém, a importância e a necessidade da atuação do enfermeiro no decorrer dos cuidados com a mulher que apresenta neoplasia mamária devem ter um envolvimento amplo: experiente, eficaz, humano, técnico, científico, epistemológico e dialético, corroborando o disposto pelo Ministério da Saúde na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990³, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Sob este enfoque, o papel do enfermeiro não se fundamenta simplesmente num ato isolado de avaliação da ferida operatória. Inclui ainda, orientações para alta, quanto ao autocuidado, cuidado com o sítio cirúrgico, dreno e membro homolateral, encaminhamento para grupos de apoio, realização dos curativos, retirada do dreno, punção de seroma e acompanhamento da mulher durante todo o processo de cicatrização.

Avaliar, acompanhar e escutar essa mulher e sua família de forma holística, excluindo a fragmentação e o modelo terapêutico biomédico de suas ações, contemplando de forma qualitativa e de acordo com suas especificidades a reabilitação completa são fatores que constroem e definem o verdadeiro papel do enfermeiro.

Considerações Finais

As ações e os saberes são inerentes ao ser humano, porém, se vivermos alienados, resistentes a mudanças, seja em âmbito pessoal ou profissional, extirpamos todas as perspectivas de transformação, criação e êxito em nossas vidas. Cabe a nós, como enfermeiros(as), permitir espaços que nos desvinculem das imposições e dos poderes que carregamos ao longo do tempo, tornando nossa assistência e cuidado mais humanizados, eficazes e transformadores.

É de suma importância que os profissionais de Enfermagem não percam seus objetivos, ideais, sonhos, esperanças, realizações e projetos, pois só através da troca desses poderes que todos nós possuímos, seja em nível coletivo ou individual é que alcançaremos uma nova perspectiva.

O presente estudo aspira por mudanças e rupturas de paradigma no que tange às ações e/ou aos cuidados de Enfermagem prestados à mulher portadora de câncer de mama e/ou mastectomizada, visto que, apesar de todos os avanços, conquistas e direitos adquiridos por intermédio de equipes interdisciplinares, ainda existem e persistem na vida dessa mulher e de sua família, o medo e a dificuldade do enfrentamento da doença.

Contudo, é clara e urgente a necessidade de sistematizar o trabalho da equipe de saúde e do aprimoramento constante do saber técnico-científico, para que se possa refletir sobre a práxis em Enfermagem, visto que se não nos valorizarmos como sujeitos ou se passarmos a desenvolver mecanismos adaptativos, defensivos ou instituídos sem nos permitir a troca de diálogo conosco e com o grupo social, não estaremos aptos a entender, escutar, orientar ou atender as necessidades singulares da mulher portadora do câncer de mama e/ou mastectomizada e de sua família.

Logo, o presente estudo constitui apenas uma parcela dentro da grandiosidade que representa este

tema, tornando-se somente um ponto de partida para a revisão de todos estes conceitos que foram aqui relacionados. Esperando contribuir para futuras pesquisas, este trabalho encontra-se aberto a críticas e sugestões, fatores indispensáveis ao aprimoramento de qualquer realização acadêmica.

Referências

1. Freitas F, Menke CH, Rivoire W, Passos EP. Rotinas em Ginecologia. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Tipos de Câncer. Câncer de mama. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>. Acesso em: 17 ago. 2020.
3. Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
4. Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.
5. Tomasi NGS, Yamoto RM. Metodologia da pesquisa em saúde: fundamentos essenciais. Curitiba: As Autoras, 1999.
6. Gomes R, Skaba MMVF, Vieira RJS. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem socioantropológica do câncer de mama. *Feminina Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(1):197-2004, jan-fev, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000100020&script=sci_arttext
7. Brasil. Ministério da Saúde. Precoce, DETECÇÃO. Controle do Câncer de Mama-Documento de Consenso. *Rev Bras Cancerol*, 2004;50(2):77-90. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_50/v02/pdf/NORMAS.pdf