

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO
DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

ACOLHIMENTO A PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA

SAMARA BEZERRA PINHEIRO

Natal/RN

2011

SAMARA BEZERRA PINHEIRO

ACOLHIMENTO A PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), como requisito parcial para conclusão do curso.

Orientadora: Prof.^a Ms. M^a Cléia de Oliveira Viana.

Natal/RN

2011

SAMARA BEZERRA PINHEIRO

ACOLHIMENTO A PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), como requisito para conclusão do curso.

Aprovada em: ____/____/____.

Prof.^a Ms. M^a Cléia de Oliveira Viana

Orientadora

FARN-RN

Prof. Examinador

FARN-RN

Prof. Examinador

FARN-RN

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, que ilumina meus passos a cada dia.

À minha mãe, Marize Cezário, que acreditou em mim, sempre me dando força para continuar.

À minha família, que desde sempre esteve comigo.

E a minha avó (in memoriam), Ieda, onde tive inspiração para a escolha do tema e realização desta monografia.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a M^a Cléia de Oliveira Viana, minha orientadora, pela dedicação, pelo apoio e paciência nesses meses que trabalhamos juntas no desenvolver desta monografia.

Aos meus colegas de sala, que estiveram comigo durante esses quatro anos de vida acadêmica.

A todo o corpo docente da FARN que fez parte do meu aprendizado durante esses quatro anos.

Agradeço aos meus pais, minha irmã, minha avó e meus tios por serem meus amigos e companheiros e principalmente, por serem minha família.

E ao meu namorado, pelo carinho, companheirismo e felicidade.

RESUMO

Este trabalho visa estabelecer um protocolo assistencial direcionado ao acolhimento à paciente com o diagnóstico de câncer de mama. Trata das reações emocionais que as pacientes desenvolvem ao descobrir que são portadoras dessa doença, trabalhando em cima das necessidades psicológicas, dando, também, suporte à família, que vivencia todas as etapas do tratamento e sofrimento. Sendo assim, o enfermeiro deve dar um suporte emocional à sua paciente para uma melhor qualidade de vida, fazendo intervenções necessárias para um melhor tratamento, aplicando a essas intervenções uma visão humanizada para um acolhimento cada vez mais promissor, ajudando não só as necessidades físicas, como também as psicológicas que influenciam bastante, no decorrer do tratamento. Podemos dizer que o acolhimento e o cuidado podem e devem acontecer em vários momentos nessa fase da vida. As pacientes com câncer de mama necessitam de cuidados embasados em conhecimento técnico-científicos especializados, aliados as habilidades interpessoais e com envolvimento de familiares/os que cuidam. As estratégias de enfrentamento de cada paciente devem ser consideradas no planejamento da assistência de enfermagem às pacientes que estão em tratamento, que englobem a maneira de cuidar de uma forma individualizada, compreendendo que cada paciente tem suas necessidades particulares, seus sentimentos e seus anseios. O nosso papel é extremamente importante para melhorar a qualidade de vida das pacientes com câncer de mama. Os profissionais que trabalham nessa área devem ser capacitados e estar constantemente fazendo oficinas de reflexão e aperfeiçoamento, para estabelecer propostas que venham contribuir na recuperação e qualidade de vida das pacientes.

Palavras - chave: Acolhimento; câncer de mama; enfermeiro.

ABSTRACT

This work aims to establish a protocol of care directed to welcome patients with the diagnosis of breast cancer. It's about emotional reactions that the patients develop when they find out they are carrying this disease, working on the psychological needs, giving also support to the family that experiences all stages of the treatment and suffering. Thus, the nurse should give emotional support to their patient to a better quality of life, making interventions a human vision for an even more promising welcome, helping not only the physical but also the psychological aspects that have such an influence in the course of treatment. We can say that the reception and the care ought to and should happen all the time along the treatment. The patients with breast cancer need treatment based on specialized technical-scientific knowledge, combined with interpersonal abilities and involvement of the family/who takes care. Each patient coping strategy must be considered on the nursing care of the patients on treatment, that encompasses how to care individually, understanding that each patient has yours particular needs, feelings and expectations. Our role is extremely important to improve the breast cancer patients' life quality. Professionals working in this area must be trained to stay constantly doing relaxing and improvement workshops, to establish purposes that could contribute on the patients' recovering and life quality.

Keywords – Keywords: Reception; breast cancer; nurse.

LISTAGEM DE SIGLAS

SNC – Serviço Nacional de Câncer

SUS – Sistema Único de Saúde

INCA – Instituto Nacional de Câncer

UICC – International Union Against Cancer

ECM – Exame Clínico das Mamas

OMS – Organização Mundial da Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

UNIC – Unidade de Cuidados

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	9
2-OBJETIVOS.....	13
OBJETIVO GERAL.....	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3-METODOLOGIA	14
4-REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
5-DESCRIÇÃO	23
6-CONCLUSÃO.....	32
7-REFERÊNCIAS.....	33

1. INTRODUÇÃO

O câncer, no século XIX e início do século XX, era considerado contagioso, além de ser relacionado a falta de limpeza, a sujeira moral e física. Considerava-se, naquela época, (principalmente as mulheres) que o surgimento do câncer era resultado de “pecados e vícios”, especialmente nos atos sexuais. Nas práticas sexuais consideradas “monstruosas”, o sexo oral era mostrado como causa principal das neoplasias nas mulheres homossexuais ou bissexuais, formando, com isso, nódulos cancerosos na cavidade bucal e no trato digestivo, disseminando por todo o organismo (TAVARES; TRAD, 2005).

As orientações sanitárias, disseminadas pelos órgãos de saúde, para possibilidades de cura do câncer, eram confusas e divergentes entre si. Nas primeiras décadas do século XX, o Brasil, quanto a atitude moralizadora e higienista, norteava as ações dos órgãos de Saúde Pública, que possuía como estratégia de intervenção sanitária para o câncer, a tuberculose e a sífilis, o isolamento e a desinfecção minuciosa das residências no caso de morte dos doentes. O câncer era associado a pobreza e a sujeira física e moral, sendo assim, os enfermos eram duplos inimigos da sociedade, pois não ajudavam na produção de riqueza coletiva e oneravam os cofres públicos do Estado e os privados da filantropia. A pessoa com câncer, além de moralmente deturpado, era considerado um cidadão que não possuía sua parcela de responsabilidade social, pois as regras de higiene deixava de seguir (TAVARES;TRAD,2005).

Nas duas primeiras décadas do século passado, enquanto as endemias ocupavam a atenção das políticas de saúde no Brasil, o câncer começava a surgir nos países desenvolvidos entre as doenças de maior taxa de mortalidade. Os números ascendentes na Europa e nos Estados Unidos determinariam, em 1920, no governo Epitácio Pessoa, a inclusão de propostas para uma política anticâncer na legislação sanitária brasileira (INCA 2010).

Os dados referentes à população do então Distrito Federal, subsidiariam o primeiro plano anticâncer brasileiro, apresentado pelo obstetra Fernando Magalhães no Primeiro Congresso Nacional dos Práticos, em Setembro de 1922, no contexto das comemorações pelo Centenário da Independência (INCA 2010).

Do evento sairia a definição de câncer como “mal universal”, um dos desafios a serem enfrentados pela agenda republicana, segundo a qual, os dilemas que atingiam a nação só poderiam ser respondidos com um saber próprio sobre o país. O câncer começaria a migrar de encargo exclusivo da área médica para um problema de saúde pública (INCA 2010).

O projeto anticâncer ganharia caráter nacional em 23 de setembro de 1941, com a criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC), destinado a organizar, orientar e controlar a campanha de prevenção do câncer em todo o país, como previa o Decreto-Lei nº 3.643 (INCA 2010).

No contexto de uma nova definição de saúde, como o completo bem-estar físico, social e mental, deixando de consistir apenas em ausência de doença, o SNC passaria a usar a informação como estratégia da prevenção, para obtenção do diagnóstico precoce da doença (INCA 2010).

O fortalecimento do papel do SNC e o aprimoramento dos conceitos fariam com que os mentores da política anticâncer comesçassem a pensar na epidemiologia do câncer levando em consideração as condições ambientais, a extensão territorial e os contrastes do país. Ao mesmo tempo, gerava-se a certeza entre especialistas de que os sintomas eram a fase tardia do câncer, o que fundamentaria a discussão para a difusão de clínicas de prevenção e diagnóstico (INCA 2010).

A Constituição Federal de 1988 mudaria significativamente a estrutura sanitária brasileira, destacando-se a caracterização dos serviços e das ações de saúde como de relevância pública e seu referencial político básico. Em relação ao câncer, no conjunto das demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), coube papel diferenciado ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), entendido como agente diretivo na política nacional no controle de câncer no Brasil (INCA 2010).

Considerado um problema de saúde de dimensões nacionais e internacionais, o tratamento do câncer vem, ao longo dos anos, trazendo propostas de ações, planos e programas com vistas ao seu controle, incluindo a melhoria na qualidade de vida e expansão da rede especializada de assistência hospitalar (Manual de enfermagem. Enfermagem médico-cirúrgica).

O câncer é responsável por mais de 12% de todas as causas de óbito no mundo, mais de 7 milhões de pessoas morrem anualmente da doença. Como a esperança de vida no planeta tem melhorado gradativamente, a incidência de câncer, estimada em 2002 em 11 milhões de casos novos, alcançará mais de 15

milhões em 2020. Esta previsão, feita em 2005, é da International Union Against Cancer (UICC) (INCA 2010).

A partir de estudos realizados no decorrer dos anos, foram destacando-se os tipos de câncer mais freqüentes, e podemos dizer que um deles é o câncer de mama.

Nas últimas décadas ocorreu em praticamente todo o mundo, um significativo aumento da incidência de câncer de mama, sendo que atualmente estima-se que sejam diagnosticados aproximadamente 1.200.000 novos casos por ano no mundo (BARROS; 2008).

Os dados epidemiológicos disponíveis atualmente permitem considerar o câncer de mama como um problema de saúde pública no Brasil. Fatores como o aumento da expectativa de vida, a industrialização, a urbanização e os avanços tecnológicos na área da saúde estão relacionados com o aumento do risco de desenvolvimento de câncer, além da mudança de hábitos de vida da população (FERNANDES; NARCHI; 2007).

No Brasil, segundo estimativas do INCA (2006), são diagnosticados quase 50.000 novos casos de câncer de mama no sexo feminino por ano e morrem anualmente aproximadamente 9.000 mulheres por ano por esta neoplasia. Em média para cada 120 mulheres com câncer de mama detecta-se 1 caso no sexo masculino (BARROS;2008).

Apesar do avanço no diagnóstico e tratamento do câncer de mama, a reação das mulheres em relação à doença, está incluindo o medo da desfiguração, perda da atividade sexual e medo da morte.

A relação enfermeiro-paciente pode desempenhar papel de ajuda, já que a humanização da assistência de enfermagem não vê mais “um órgão doente” e sim a paciente como um todo, com sua história, medos e angústias.

Diante disso, percebe-se a importância da identificação dos sentimentos e expectativas da mulher frente ao câncer de mama, pois quando uma pessoa descobre ser portadora de uma neoplasia maligna ela passará por situações conflitantes, estando constantemente insegura e com incertezas, em que se faz necessário buscar ser compreendida e que não se sinta sozinha, sendo importante a participação do profissional de saúde, especialmente das enfermeiras, percebendo que tal diagnóstico tem um significado em suas vidas, com o objetivo de ajudá-las a

prevenir ou minimizar a angústia, entendendo as questões em relação ao ajustamento psicossocial (REVISTA ELETRÔNICA DE ENFERMAGEM 2005).

A resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n. 290/2004 fixa a Oncologia como uma das especialidades de Enfermagem, sendo de competência do enfermeiro. Assim, o profissional, que detém tal conhecimento respalda-se legalmente nas ações do cuidado a essa clientela. Todavia, é necessário compreender que trata-se de um processo em que incertezas e dificuldades são peculiares, por conta da complexidade que permeia o câncer (VIANA,2010).

É necessário que a assistência de enfermagem utilize estratégias para que a atenção oncológica, tanto aos pacientes quanto aos seus familiares, seja voltada à criação de espaços que permitam a verbalização dos seus sentimentos, os auxilie na busca de soluções para os problemas relacionados ao seu tratamento, instrumentalizando-os para tomada de decisões sobre a terapêutica proposta (COSTA, 2003).

A realização da pesquisa tem a finalidade de mostrar um acolhimento diferenciado à pacientes com diagnóstico de câncer de mama, juntamente com seus familiares, de modo a esclarecer e minimizar o pensamento sobre o efeito do câncer, especificamente às portadoras de câncer de mama.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Demonstrar a necessidade do acolhimento no momento em que a paciente recebe o diagnóstico de câncer de mama.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar um protocolo acolhedor à paciente com diagnóstico de câncer de mama em unidade hospitalar.
- Desenvolver um protocolo assistencial diante das condições psicológicas das pacientes, quando as mesmas estão com o diagnóstico de câncer de mama.

3. METODOLOGIA

Este trabalho trata de uma pesquisa bibliográfica que de acordo com Gil (1991) é baseado em pesquisas desenvolvidas, exclusivamente, a partir de fontes bibliográficas.

Segundo Cervo e Bervian (1996) a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referencias teóricas publicados.

Para Gil (1991, *apud* BOAVENTURA, 2004), a pesquisa bibliográfica objetiva demonstrar o que foi escrito sobre o tema. “Consiste na análise e síntese das informações, visando definir as linhas de ação para abordar o assunto ou problema e gerar idéias novas e uteis”. Neste estudo foram revisados 10 livros, 21 artigos e 4 sites oficiais, foram utilizados também teses, dissertações e monografias que abordam a temática proposta.

A pesquisa é uma atividade voltada para a solução de problemas, através do emprego de processos científicos, a mesma é responsável por contribuir para uma melhor aprendizagem, conseqüentemente, um maior conhecimento a sociedade.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com a pesquisa realizada, fazem parte, da história do enfrentamento do câncer até os anos 1940, o pudor, a vergonha, o isolamento e o silêncio, que afetavam particularmente as mulheres com câncer de mama, ameaçadas pela mutilação de um dos principais símbolos de sua feminilidade. No entanto, a partir dos anos 1950, ocorreram mudanças consideráveis, socialmente recomendadas, nos significados e nas maneiras de enfrentamento do câncer. Essas mudanças foram incentivadas pelos movimentos sociais em defesa dos direitos das mulheres, mas deveram-se, em grande parte, aos avanços nos métodos de diagnóstico e de tratamento, que possibilitaram o aumento do número de sobreviventes e do tempo de sobrevida dos clientes (TAVARES; TRAD, 2005).

Ao deparar-se com a possibilidade de ser portador da doença, o indivíduo percorre um árduo caminho, o qual inicia-se com exames diagnósticos, até a chegada ao processo de estadiamento, definindo-se a terapêutica e o tratamento a ser realizado. Além das perturbações físicas que acometem e acompanham o indivíduo, mas que são esperados durante o curso do tratamento como a sintomatologia da doença e os efeitos colaterais indesejáveis, as necessidades psicológicas também devem ser reconhecidas e trabalhadas, bem como o suporte à família, que também vivencia tal sofrimento (VIANA, 2010).

Embora os fatores de risco não coincidam, o diagnóstico de câncer geralmente representa uma sobrecarga emocional, podendo desencadear reações de ajustamento ou mesmo ser o gatilho de quadros afetivos (principalmente a depressão), ansiedade ou até mesmo psicoses. Os transtornos psiquiátricos também representam uma interação complexa de fatores, entre eles, a estrutura de personalidade e a capacidade de enfrentamento de problemas (DUMITRESCU; COTARLA, 2005 *apud* CANTINELLI, 2006, p. 124-133).

Além de relevante sob o ponto de vista epidemiológico, o câncer de mama representa um desafio ao Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) pela necessidade de serviços assistenciais cada vez mais caros e complexos, pela grande pressão por incorporação de novas tecnologias e pelo desconhecimento da qualidade dos serviços prestados. Como a mortalidade por câncer é influenciada não somente pelos fatores clínicos e socioeconômicos, mas também pela

disponibilidade e qualidade do cuidado provido, espera-se que estudos de avaliação da assistência possam subsidiar a melhoria dos indicadores nessa área. Nesse sentido, a sobrevida é uma medida frequentemente utilizada, pois reflete o estágio da doença (influenciado pelos métodos de detecção precoce), a disponibilidade de acesso e a efetividade do tratamento, entre outros aspectos (BRITO; PORTELA; VASCONCELOS, 2009).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo, onde uma das questões de grande relevância na área da Saúde da Mulher é a que se refere à prevenção, visto ser a maior causa de óbitos por câncer na população feminina, principalmente na faixa etária entre os 40 e 69 anos. De acordo com dados apresentados pelo Ministério da Saúde com base na Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2003), registrou-se nas décadas de 60 e 70 um aumento de 10 vezes em suas taxas de incidência (REVISTA ELETRÔNICA DE ENFERMAGEM 2005).

Interessante sinalar em nosso país as diferenças de taxas regionais, expressas em termos de incidência anual por 100.000 mulheres. No país como um todo, esta taxa oscila em torno de 35 e nas várias regiões geográficas estas cifras são: região sudeste 55, região sul 35, região centro-oeste 25, região nordeste 20 e região norte 5. Estes dados indicam que quanto maior for o desenvolvimento sócio-econômico de uma região, maior será a taxa de incidência de câncer de mama (BARROS;2008).

Quanto à mortalidade, embora possa ser considerado que o câncer de mama apresenta um bom prognóstico quando diagnosticado e tratado em tempo hábil, as taxas continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. As informações disponíveis dos registros hospitalares do Instituto Nacional de Câncer (INCA), no período de 2000 a 2001, afirmam que 50% dos tumores de mama foram diagnosticados nos estágios III e IV (FERNANDES; NARQUI, 2007).

Em 2005, foram estimados 49.470 novos casos de câncer de mama na população feminina. O aumento da incidência nos últimos anos pode estar relacionado ao acesso aos serviços de saúde, à melhoria da qualidade da informação e às mudanças comportamentais. A taxa de mortalidade permanece elevada, apesar do bom prognóstico quando diagnosticado e tratado nos estágios iniciais. Diante disso, a detecção precoce, que significa identificar o câncer de mama em sua fase inicial, deve ser uma aliada na diminuição das taxas de mortalidade. O

diagnóstico precoce envolve o exame clínico das mamas por um profissional da saúde. Vale destacar que 90% dos casos de câncer de mama são detectados pelas próprias mulheres, mas diagnosticados pelos profissionais da Saúde (BRASIL, 2003 a, BRASIL, 2006).

Em 2010, foram estimados 49.240 novos casos de câncer de mama na população feminina (INCA 2011).

O rastreamento sendo também uma forma de detecção precoce, é uma estratégia dirigida às mulheres na faixa etária em que o balanço entre benefícios e riscos da prática é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade. Os benefícios são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada, enquanto os riscos ou malefícios incluem os resultados falso-positivos e falso-negativos, que geram ansiedade à mulher; o sobre diagnóstico e o sobretratamento, relacionados à identificação de tumores de comportamento indolente; e o risco da exposição à radiação ionizante, se excessiva ou mal controlada. No Brasil, a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher (INCA 2010).

O câncer de mama, quando detectado precocemente, apresenta bom prognóstico, o que faz com que medidas de prevenção e detecção precoce sejam fundamentais. Nesse aspecto, as ações devem focar a necessidade de mudanças no estilo e nos hábitos de vida – sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo etc. - que aumentam a predisposição ao desenvolvimento de câncer de mama, o autoexame das mamas e o controle médico periódico (VIANA, 2010).

Estima-se que por meio da alimentação, nutrição e atividade física é possível reduzir em até 28% o risco de a mulher desenvolver câncer de mama (INCA 2009).

Ao longo dos anos, a Enfermagem vem encarando o processo de adoecimento como o comprometimento da liberdade, do estado de bem-estar, do conforto e da autonomia diante de uma condição que pode influenciar os equilíbrios físico, emocional e social do indivíduo portador de câncer. É preciso considerar, no entanto, que esse processo varia de um indivíduo para outro, principalmente porque a compreensão do sofrimento e das percepções diante da doença sofrem variações culturais, além das relações entre as experiências subjetivas e seu reconhecimento social (HELMAN,2003).

Percebe-se que a Enfermagem assume uma relação interpessoal entre duas pessoas, no qual uma doa ajuda e a outra a recebe, existindo uma motivação entre ambos a procurar e compreender suas experiências de vidas (TRAVELBEE,1979,*apud* GRACIOLI et al,2003).

A partir do momento que a mulher realiza um auto-exame e detecta um nódulo ou alguma alteração o medo acaba tornando-se presente. Ela pensa em duas coisas: está com câncer ou não é nada grave. Na maioria das vezes pensa o pior (CORBELINI,2001).

Para muitas mulheres o diagnóstico é um impacto muito forte, pelo fato de não conhecerem a complexidade do nódulo existente ou por utilizarem sempre o sentimento de negação para esconder os sintomas presentes. Várias vezes as mulheres procuram evitar os tratamentos por motivos variados, informando que não estão com uma doença grave, fator socioeconômico e questões psicológicas (CORBELLINI,2001).

Após a mulher lidar com o traumatismo inicial do diagnóstico, a morbidade psicológica pode se manifestar, particularmente na apresentação de depressão ou ansiedade (SPENCE; JOHNSTON,2003).

Mulheres que estão com câncer de mama normalmente demonstram sofrimento e dor relacionados à doença, onde, para elas, o medo da morte acaba valorizando muito mais a existência da dor (ALMEIDA et al,2001).

A mulher acaba reconhecendo sua nova condição de portadora de câncer de mama, aceitando o tratamento necessário, para alcançar a cura tão desejada (BERGAMASCO, 2001 *apud* REGIS E SIMÕES, 2005, p. 81-86).

Um dos tratamentos mais eficazes é a cirurgia, sendo necessário uma melhor assistência de enfermagem no pré-operatório para que a cirurgia aconteça da melhor forma.

Todos os pacientes apresentam algum tipo de reação emocional antes de qualquer procedimento cirúrgico, seja essa reação evidente, oculta, normal ou anormal. Por exemplo, a ansiedade pré-operatória pode ser uma resposta antecipada a uma experiência que o paciente visualiza como uma ameaça ao seu papel habitual na vida, à integridade física ou a própria vida. O sofrimento psicológico influencia diretamente o funcionamento orgânico. Portanto, é primordial identificar qualquer ansiedade que o paciente esteja experimentando (DEFAZIO-QUINN E SCHICK,2004).

Um aspecto interessante é que determinados estilos de personalidade, tais como negação, repressão, evitação e dificuldades em externar emoções ou conteúdos internos, cursam com função imune menos ativa (KIECOLT-GLASER *et al*, 2002).

Avaliar a paciente diagnosticada e submetida a tratamento por câncer de mama é questão importante e, muitas vezes, tarefa a cargo do oncologista, do cirurgião, da enfermeira ou dos demais membros da equipe multidisciplinar, já que raramente o psiquiatra ou o psicólogo entram em cena no início da abordagem (CANTINELLI *et al*, 2006).

Uma questão que pode preocupar essa equipe multidisciplinar é a dificuldade em reconhecer quadros psiquiátricos. Em geral, percebe-se a ocorrência de determinadas alterações psicopatológicas relacionadas à ansiedade e à depressão, mas raramente um diagnóstico amplo ou formal é feito (PAYNE *et al*, 1999 *apud* CANTINELLI, 2006, p. 124-133).

Os fatores de risco para depressão e ansiedade parecem estar mais relacionados à paciente do que à doença ou ao tratamento. Esses fatores são aqueles associados à depressão e à ansiedade na população geral, isto é, idade jovem, problemas psicológicos prévios e dificuldades no suporte social. A quimioterapia adjuvante pode aumentar o risco para depressão e ansiedade durante, mas não após, o tratamento. Esse risco não parece ser afetado por fatores clínicos como prognóstico, tipo de cirurgia ou radioterapia adjuvante (BURGUESS *et al*, 2005 *apud* CANTINELLI, 2006, p. 124-133).

Segundo Kornblith e Ligibel (2003) abordaram o funcionamento psicossocial e sexual em sobreviventes de câncer de mama. Enfocando o ajustamento psicossocial, relevando as questões que vão do desconforto psicológico aos diagnósticos psiquiátricos mais formais, levantaram tópicos como dúvidas a respeito da cirurgia, medo da recorrência, depressão relacionada a ter tido o câncer de mama, sentir-se desconfortável em suas próprias roupas, sentir-se sexualmente não atraente, náuseas e vômitos, inchaço nos membros superiores (pós-linfadenectomia axilar), desfiguração, medo da morte, medo de abandono por familiares e amigos.

Assim, pacientes que se mantêm hiperalertas, vigilantes ou em guarda, evocando freqüentemente lembranças ou visões do hospital, certos cheiros, até mesmo comidas, vivenciadas dentro de um contexto hospitalar devem ser relevados. Em relação ao medo da recorrência, existem dados significativos de que mulheres

submetidas a tratamentos mais agressivos (cirurgia + quimioterapia neo ou adjuvante) têm menos medo da recorrência em relação àquelas com tratamentos mais conservadores.

As pessoas expressam o medo de diferentes maneiras. Alguns pacientes podem fazer repetidamente muitas perguntas, ainda que as respostas já tenham sido dadas. Outros podem isolar-se, evitando deliberadamente a comunicação, talvez lendo, vendo televisão ou conversando sobre coisas comuns. Por conseguinte, a enfermeira deve ser empática, ouvir bem e fornecer as informações que ajudam a aliviar as preocupações (SMELTZER; BARE; HINKLE; CHEEVER, 2009).

A preocupação com o bem-estar das pacientes em tratamento de câncer de mama é constante ao longo de todo ele. Um sintoma que pode interferir de forma significativa nessa questão é a fadiga. Isso enfoca a questão relacionada à quimioterapia, comparando altas dosagens com as padrões, levando-se em consideração os parâmetros que poderiam nela influir: níveis de hemoglobina, dores musculares ou de articulações, estado mental e menopausal. A fadiga foi encontrada em 20% da população estudada, sem diferenças significativas relacionadas às dosagens. O fator preditor forte para fadiga era o empobrecimento do estado mental (NIEBOER *et al*, 2005 *apud* CANTINELLI, 2006, p. 124-133).

Outro impacto negativo do tratamento do câncer, são náuseas e vômitos pós-quimioterapia, podendo causar fissuras esofágicas, má nutrição, distúrbios hidroeletrólíticos e até mesmo a recusa dos pacientes em prosseguirem nos ciclos quimioterápicos. Esse impacto é sentido principalmente nos quesitos físico ou corporal. A queda de índices de qualidade de vida podem ser fatores relacionados ao empobrecimento da saúde mental. Esquemas quimioterápicos com menor probabilidade de náuseas ou vômitos e o asseguramento de esquemas seguros e eficientes de antieméticos têm impacto nessa questão. Salienta-se que, atualmente, devido a novas medicações antieméticas, a taxa de náuseas e vômitos seja de menos de 10% (BALLATORI e ROILA, 2003 *apud* CANTINELLI, 2006, p. 124-133).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, "Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce,

avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”.

Os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes tanto relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença. Apesar da conotação negativa ou passiva do termo, a abordagem e o tratamento paliativo devem ser eminentemente ativos, principalmente em pacientes portadores de câncer em fase avançada, onde algumas modalidades de tratamento cirúrgico e radioterápico são essenciais para alcance do controle de sintomas. Considerando a carga devastadora de sintomas físicos, emocionais e psicológicos que se avolumam no paciente com doença terminal, faz-se necessária a adoção precoce de condutas terapêuticas dinâmicas e ativas, respeitando-se os limites do próprio paciente frente a sua situação de incurabilidade (INCA 2002).

O câncer de mama acaba fazendo com que as mulheres percebam o quanto o cuidado consigo mesma fica em segundo plano. Levando a refletirem em relação às atitudes tomadas durante a vida com a sua saúde, percebendo os erros cometidos com o seu próprio corpo (ALMEIDA et al,2001).

Segundo Graudenz (1981, *apud* GRACIOLI et al. 2003, p. 145): “Quando este símbolo corpóreo, intensamente carregado de narcisismo é mutilado, a auto-imagem pode danificar a mulher e estar presente sentimentos de desamparo, de repulsão e de angústia”. Então, para que uma mulher com diagnóstico de câncer de mama chegue a decidir ter novos propósitos na sua vida é o resultado dos ajustamentos psicossociais. Aprendendo que pode mudar hábitos diários, isso acaba se tornando muito saudável, pois ela volta a ter esperança, além de ser muito importante como fator facilitador do tratamento (BERGAMASCO, 2001 *apud* REGIS E SIMÕES, 2005, p. 81-86).

“As mulheres ao estabelecerem um vínculo de confiança com um Ser Superior fazem desse vínculo um fio condutor que lhes proporcionam a segurança, a tranquilidade e força para superarem a dor e o desconforto, aceitando-os e conformando-se com eles. A perspectiva de vida está direcionada na presença e na sintonia com Deus” (BITTENCOURT e CADETE, 2002 *apud* REGIS E SIMÕES, 2005, p. 81-86).

Mostrar respeito pelos valores e crenças culturais do paciente facilita o relacionamento e a confiança. Talvez a habilidade mais valiosa adquirida pela

enfermeira seja a de ouvir cuidadosamente o paciente, principalmente ao colher sua história. Informações e opiniões inestimáveis podem ser obtidas através da comunicação efetiva e da técnica de entrevista. Uma enfermeira carinhosa, compreensiva e calma promove a confiança do paciente (SMELTZER; BARE; HINKLE; CHEEVER, 2009).

Nas considerações acerca da humanização, é possível observar que o ponto de convergência é a comunicação, tanto para o estabelecimento de relações interpessoais como para o reconhecimento de necessidades dos clientes e dos profissionais de Saúde (VIANA, 2010).

5. DESCRIÇÃO

Os modelos teóricos muito têm contribuído na assistência ou no processo de cuidar, quando utilizados como referencial para a sistematização da assistência. A teoria guia e aprimora a prática, dirigindo a observação dos fenômenos, a intervenção de enfermagem e os resultados a esperar. A sistematização dos cuidados, com base em modelos teóricos, proporciona meios para organizar as informações e os dados dos clientes, para analisar e interpretar esses dados, para cuidar e avaliar os resultados do processo de cuidar.

No Brasil, a sistematização da assistência de enfermagem começou com os estudos da Dra. Wanda Horta e que nas últimas décadas os enfermeiros conquistaram um modelo, uma linguagem, uma legislação e alguns compromissos.

Os modelos de assistência no Brasil se destacaram com a atuação da Dra. Wanda de Aguiar Horta com a difusão das teorias de enfermagem. Em 1979, a mesma publicou o livro baseado na teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Maslow, e, a partir daí, operacionalizou o Processo de Enfermagem (NEVES).

A elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico - científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. O enfermeiro necessita estabelecer o conhecimento das fases do processo de enfermagem, sob o contexto de um referencial teórico e assim promover o cuidado e o restabelecimento do paciente.

As atividades de competência e as funções da enfermagem têm ficado cada vez mais definidas pelos órgãos oficiais de legislação da profissão. Hoje se percebe a ênfase que se tem dado, por parte dos enfermeiros, à importância da documentação e registro do plano de cuidados de saúde de sua clientela , inclusive exigido pela Lei do Exercício Profissional – Documentos Básicos de Enfermagem: Conselho Regional de Enfermagem (COREN) - SP.

O processo de enfermagem visa a assistência ao ser humano, através da dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas. Sendo constituído de seis fases, que se caracterizam na forma de inter-relacionamento e dinamismo do conjunto.

A primeira fase do processo de enfermagem é o histórico de enfermagem, que pode ser traduzido como um roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que são significativos para o enfermeiro e que tornam possível a identificação de seus problemas (SPERANDIO; ÉVORA).

A história de saúde é colhida para determinar o estado de bem-estar ou doença de uma pessoa e é mais bem empreendida como parte de uma entrevista planejada (SMELTZER; BARE; HINKLE; CHEEVER).

Para Sperandio e Évora (2005), esses dados, convenientemente analisados e avaliados, levam ao segundo passo, o diagnóstico de enfermagem, significando a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pelo enfermeiro do grau de dependência desse atendimento em natureza e em extensão (SPERANDIO;ÉVORA).

Os diagnósticos de enfermagem são declarações sucintas em relação aos problemas específicos do paciente que orientam as enfermeiras no desenvolvimento do plano de cuidado de enfermagem (SMELTZER; BARE; HINKLE; CHEEVER).

A próxima fase será o plano assistencial, no qual ocorre a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido.

Determinado o plano assistencial, teremos a quarta fase que consiste na prescrição de enfermagem, ou seja, a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.

A implementação inclui a execução direta ou indireta das intervenções planejadas. Ela se concentra na resolução dos diagnósticos de enfermagem e problemas interdependentes do paciente e na obtenção dos resultados esperados, satisfazendo, assim, às necessidades de saúde do paciente. Os exemplos de intervenções de enfermagem são assistir nos cuidados de higiene; promover o conforto físico e psicológico; apoiar as funções respiratória e de alimentação; facilitar a ingestão de alimento, líquidos e nutrientes; tratar o ambiente imediato do paciente; realizar a educação em saúde; promover uma relação terapêutica; e realizar várias atividades terapêuticas de enfermagem (SMELTZER; BARE; HINKLE; CHEEVER).

A fase de implementação do processo de enfermagem termina quando as intervenções de enfermagem finalizam.

O plano de cuidados é avaliado sempre, fornecendo os dados necessários para a quinta fase: evolução de enfermagem.

A evolução de enfermagem consiste no relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional. Pela evolução é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada.

Finalmente, o estudo analítico e avaliação das fases anteriores completam o hexágono com a sexta fase: prognóstico de enfermagem, representando a estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas, alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

Um plano de cuidado bem elaborado e continuamente atualizado é a garantia máxima de que os diagnósticos de enfermagem e problemas interdependentes de um paciente estão sendo abordados e que suas necessidades básicas são satisfeitas (SMELTZER; BARE; HINKLE; CHEEVER).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem como foco a melhoria da qualidade de vida do paciente e não o seu tempo de vida que, no entanto, pode ser indiretamente prolongado, em virtude do controle das complicações da doença principal e das outras doenças concomitantes - as comorbidades.

O plano de cuidado é oferecido num momento muito delicado, dirigem-se não apenas às necessidades físicas, mas também às necessidades psicossociais e emocionais. Considerando o sofrimento da pessoa nessa fase da doença, pela multiplicidade de sintomas que apresenta, estes “cuidados especiais” demandam, além da capacidade técnica dos profissionais que a acompanham, atenção, carinho, compaixão, empatia, respeito, equilíbrio, escuta ativa e comunicação eficaz.

Em virtude das mudanças frequentes do quadro clínico o paciente necessita, permanentemente, de cuidados e terapias diversas, que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar ou em domicílio, recomendando-se que permaneça no local onde possa receber alívio e conforto e onde possa desfrutar “do que ainda lhe dá prazer”. Onde possa manter alguma motivação para viver, apesar de todas as limitações que apresenta. Sua participação e a da família na tomada das decisões é fundamental, em todos os momentos.

Como o foco da assistência é a qualidade de vida da pessoa doente, e não a doença base, tudo o que puder trazer alívio ao paciente deve ser-lhe oferecido, evitando-se as terapêuticas denominadas fúteis, que causam sofrimentos adicionais e não oferecem resultados eficazes, em curto prazo e possíveis de serem mantidas pelo tempo necessário.

Como o processo de morrer se configura mais concretamente e, para o qual, o paciente e os membros da família, ou as pessoas que cumprem esse papel muito raramente estão preparados, torna-se necessário o acompanhamento e controle permanente dos sintomas psicológicos. A família, ao perceber o sofrimento e a possibilidade de uma perda iminente, tende muitas vezes a se desestruturar, razão pela qual também necessita de apoio e orientação. Ela é fundamental nesse momento e deve atuar de forma sinérgica com a equipe de saúde, buscando a meta comum que é melhorar a qualidade de vida do seu ente querido, trabalhando com – o hoje - e lutando por – um dia a mais e melhor (UNIC, 2009).

Baseados nisso, os enfermeiros devem buscar a assistência de enfermagem holística e humanizada para a paciente e sua família (FERNANDES; ARAÚJO, 2008).

É indispensável apoiá-la e encorajá-la a superar conflitos pessoais e sociais possíveis de surgir. Atualmente a mulher desempenha inúmeros papéis, como mãe, esposa, trabalhadora, chefe de família e cidadã. Neste universo, são muitos obstáculos ao desempenho dos seus papéis, principalmente quando essa mesma mulher adoece.

Outro aspecto importante é que o câncer de mama é considerado uma doença estigmatizante por todos, e particularmente pela pessoa que é acometida, na qual acarreta mudanças no comportamento. Tomada por estes sentimentos, a pessoa tende a se isolar do seu convívio social e familiar, passando por uma perda de identidade na sua rede social de apoio. Segundo esses aspectos, as neoplasias malignas causam não apenas sofrimento físico, como também sérias consequências psíquicas e sociais (FERNANDES; ARAÚJO, 2008).

Nesta situação particular, um suporte emocional especializado deverá ser sempre oferecido, pois, muitas vezes, o estresse decorrente do diagnóstico dificulta a absorção racional de todas as informações dadas (FERNANDES; ARAÚJO, 2008).

As ações do enfermeiro compreendem, em sua essência, o cuidado em si, independente do objetivo do tratamento ser preventivo, curativo, de reabilitação ou

paliativo. A enfermagem é a arte de cuidar de doentes, com compromisso, sinceridade e conhecimento técnico-científico, necessária a todo ser humano em algum momento ao longo da sua vida (UNIC, 2009).

Assim, o cuidado é ampliado pelo processo de interação, quando apresenta diálogo, troca de informações, experiências e sentimentos (LIMA, 2006). Apenas por meio da articulação das ações e interações entre os participantes do cuidado, é iniciado o caminhar para o trabalho que atende às necessidades multidimensionais dos indivíduos, resgatando a visão holística do ser humano em sua integralidade e totalidade, culminando num cuidado humanizado (LANZONI; LESSMANN; SOUSA; ERDMANN; MEIRELLES, 2011).

Nos cuidados paliativos o enfermeiro desenvolve ações de diferentes abrangências quando o paciente encontra-se internado ou em domicílio onde, na maioria das vezes, ele é acompanhado por cuidadores - familiares ou não - ou técnicos de enfermagem. Neste ambiente ele traça o plano de cuidados, orienta o uso das medicações, de acordo com a prescrição médica, para facilitar a sua administração a intervalos, faz e orienta a realização de curativos, coloca sondas e cateteres - orientando sobre o seu manuseio diário - aplica hidratação parenteral e subcutânea, entre outros (UNIC, 2009).

Orienta sobre a adequação da residência para facilitar a mobilização do doente e sobre os cuidados de higiene a serem oferecidos e mostra a importância de proporcionar-lhe um ambiente agradável e organizado (UNIC, 2009).

Apesar das diversas limitações e incapacidades que o paciente apresenta nessa fase da doença, o enfermeiro, por meio da demonstração e da educação, procura estimular e promover as adaptações necessárias ao auto-cuidado, em respeito à preservação da autonomia e da dignidade humana, favorecendo o desenvolvimento das suas habilidades que possam contribuir para o bem estar. Para tal, ele orienta o paciente e o cuidador, na prática das ações, apoiando-os física e psicologicamente, sempre que necessário, tendo como principal objetivo o cuidado integral (UNIC, 2009).

Em determinadas situações, promover as condições e estimular o auto-cuidado pode ser um processo árduo e negado pelo próprio paciente e seus familiares, porque as sequelas da doença ou das terapêuticas instituídas previamente podem provocar alterações na autoconfiança, na auto-imagem e na auto-estima do doente, que perde a vontade de lutar. Muitas vezes, ele tem que ser

estimulado e educado a cuidar de uma colostomia, ou de uma traqueostomia, situações desconhecidas e adversas à sua condição prévia de saúde e bem-estar (UNIC, 2009).

Em relação ao trabalho da Enfermagem propriamente dito, são referenciados como instrumentos de interação as atividades lúdicas, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe, a ação reflexiva e criativa dos profissionais, a visita de enfermagem, a habilidade de negociação, troca e reciprocidade na busca de relações éticas e interpessoais.

As interações entre os seres são as bases para a construção do cuidado de Enfermagem, ora voltado para o indivíduo, ora para os grupos de pessoas, mas sempre concebendo "o social como uma condição humana fundamental, pois o ser humano não vive senão em relação com o outro" (ERDMANN; ANDRADE; MELLO; MEIRELLES, 2006).

O processo interativo tem por finalidade favorecer o encontro entre pessoas e o estabelecimento de vínculo entre profissional, paciente e sua família cuidadora. Desta forma a interação evita o distanciamento afetivo e minimiza o isolamento dos clientes bem como o estresse emocional e o medo, ampliando o autoconhecimento, a auto-aceitação e a reflexão crítica (LANZONI; LESSMANN; SOUSA; ERDMANN; MEIRELLES, 2011).

Neste estudo, alicerça - se no processo de enfermagem, segundo Wanda Horta, e nas intervenções de enfermagem descritas por Carpenito, para elaborar um software que possibilite a sistematização das ações do enfermeiro e também para que esse promova cuidados de qualidade e atenda a individualização das necessidades de cada paciente (SPERANDIO; ÉVORA, 2005).

O processo de enfermagem visa à assistência ao ser humano, através da dinâmica das ações sistematizadas e inter relacionadas (SPERANDIO; ÉVORA, 2005).

APRESENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO ACOLHEDOR

No momento que se descobre ser uma portadora de câncer, em algum momento das fases que envolvem o tratamento e a evolução da doença, a mulher pode se deparar com alterações que as fazem precisar de cuidados de outras pessoas. Sendo importante um protocolo acolhedor para que a paciente não se sinta constrangida, em um momento difícil ,da sua vida, que ela nunca havia presenciado.

De acordo com o protocolo elaborado pela secretaria de saúde do estado do Ceará, visando a melhoria da qualidade dos portadores do câncer de mama, apresentamos algumas diretrizes que favorecem a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

1. Ser atendida de modo digno, respeitoso e cordial, como ser humano, indivíduo e cidadão, por parte de todos os profissionais do hospital, a qualquer hora e sob todas as circunstâncias.
2. Ser acolhida e protegida sem distinção de cor, raça, sexo, orientação sexual, idade, classe social, credo religioso, convicção política, idéias ou crenças e condições de saúde associadas.
3. Ter atendimento adequado, mesmo em períodos festivos, feriados ou durante greves profissionais.
4. Ser identificada pelo nome e sobrenome, não podendo ser chamada de forma genérica, pelo nome da doença, pelo número do leito, por apelidos não assumidos ou qualquer outra forma preconceituosa.
5. Saber a identificação do profissional que a atenda, por meio de credencial que informe o nome, a função, a especialidade e o cargo que ocupe, com destaque especial para aquele que assuma a responsabilidade principal por seu caso.
6. Receber informações claras, simples e compreensíveis, adaptadas à sua linguagem e condição cultural, sobre o estado geral de saúde, ações diagnósticas e terapêuticas, implicações, duração e finalidade do tratamento.
7. Receber apoio psicológico, espiritual ou religioso, desde que manifeste expressamente o desejo, com a identificação devida do apoio, e sem perturbação da tranquilidade do ambiente, devendo o hospital adotar os meios adequados para que a necessidade seja atendida, ou recusar tais apoios, quando não considerar necessário, sendo vedado ao hospital qualquer imposição neste sentido.
8. Manter sua privacidade em ambiente silencioso, respeitados os horários de sono e repouso, com local adequado para a realização de necessidades fisiológicas.

9. Ser protegida da exposição corporal e da vergonha, garantida a realização de exames em ambientes que preservem seu pudor.
10. Ser visitada por familiares e amigos, conforme as normas de cada hospital, e receber ou recusar visita de quem não seja querido.
11. Usar utensílios, símbolos pessoais e objetos de conforto, desde que não prejudiquem as condições de seu tratamento.
12. Ser alimentada, de modo higiênico e adequado ao tipo de patologia, com prescrição e fiscalização por profissional especializado.
13. Se em estado terminal, ter uma assistência respeitosa, apoiada, generosa e afetiva diante da morte (SUS, 2004).

As alterações fisiológicas e emocionais enfrentadas pelas mulheres após um diagnóstico de câncer caracterizam um momento único em suas vidas, marcado principalmente pelo fato de elas constituírem o foco do cuidado no contexto familiar. Ao experienciar este novo acontecimento em suas vidas, elas fazem adaptações em seu cotidiano, decorrentes principalmente do fato de que agora elas precisam e desejam receber ajuda e cuidados de outras pessoas (SALCI; MARCON, 2008).

A família é de grande importância para a vida do indivíduo em todos os aspectos da vida social, emocional, psicológico e afetivo. Pois esse é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência de desenvolvimento e da proteção integral dos filhos e demais membros. É a família que proporciona os aportes afetivos e, sobretudo materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. Ela desempenha um papel decisivo na educação formal e informal, é em seu espaço que são absorvidos os valores éticos e humanitários e onde se aprofundam os laços de solidariedade (SALCI; MARCON, 2008).

De modo geral, a aversão ao câncer de mama por parte das mulheres deve-se aos seus efeitos biopsicossociais, os quais a afetam profunda e significativamente. Em face do diagnóstico, a mulher passa por crises de instabilidade, marcadas por medos, frustrações, conflitos e insegurança. Esse sofrimento está associado ao caráter incurável e à idéia de possível morte (FERNANDES; ARAUJO, 2008).

A imagem corporal é formada de conceitos que o indivíduo tem do seu próprio corpo, não apenas uma imagem física, mas também psicológica, social e cultural.

Muitas mulheres aceitam a perda da mama. Mas esta aceitação decorre do fato de ser inevitável, como o único caminho para a cura tão esperada, ou seja, se livrar do mal.

Ao tomar conhecimento de uma ameaça real à vida, o indivíduo nega e tenta não acreditar na veracidade do fato. O medo e a proximidade da morte levam a pessoa a manifestar diversos sentimentos, os quais podem ou não ser superados.

É necessário, portanto, um suporte social, espiritual e psicológico. Muitas mulheres encontram este suporte na família.

O apoio familiar é essencial na superação de conflitos como medo, confusão, ansiedade e depressão e pode propiciar à mulher formas opcionais de viver, mesmo com limitações.

Na tentativa de entender o motivo do seu câncer, e para se adaptar à situação e conviver com a doença, a mulher vivencia complexos sentimentos. A maioria delas, porém, descobre-se forte, utilizando-se de estratégias como a fé e a solidariedade.

A experiência de vivenciar o câncer não significa obrigatoriamente um aviso de morte, pode constituir-se no ponto de mutação. Quase todas as pessoas constroem suas vidas de maneira muito racional, evitam olhar para trás e refletir sobre as condutas e compreender o seu “eu”, desligando-se da forma como estabelecem suas relações com o ambiente e os semelhantes. No entanto, ao se depararem com uma doença grave, de estigma incurável como o câncer, elas são induzidas a buscar o autoconhecimento, a avaliar sua postura ante as situações da vida, a resgatar alguns valores e princípios muitas vezes esquecidos em função dos interesses materialistas que nortearam suas vidas até aquele momento.

Assim, este estudo faz com que os profissionais da enfermagem reflitam sobre as carências e anseios da mulher com câncer, pois esses vão muito além das necessidades físicas. Dessa forma, cabe a todos os profissionais da enfermagem conhecer a realidade da mulher com câncer e as mudanças ocorridas a partir da vivência da doença, para que possam dar apoio emocional, orientar, respeitar e ajudar a direcionar o novo modo de viver a partir do câncer a todos os envolvidos no cuidado da mulher, sendo eles familiares ou amigos (SALCI; MARCON, 2008).

6. CONCLUSÃO

Com essa revisão bibliográfica sobre “o acolhimento a pacientes com câncer de mama” podemos mostrar a real importância desse tema, e a necessidade da atuação do enfermeiro no momento que a paciente está passando por um momento difícil, dando ênfase às alterações psicológicas que as pacientes vivenciam pelo fato de ser algo assustador, por nunca ter presenciado tal fato em sua vida.

Assim, o enfermeiro no momento de acolher a paciente com câncer de mama, necessita desenvolver um plano assistencial para um melhor acolhimento, para que essa paciente com o diagnóstico de câncer de mama tenha um melhor suporte psicológico diante das fases que irá presenciar no decorrer do tratamento.

Durante o tratamento, o apoio familiar é essencial para ajudar a diminuir os possíveis efeitos colaterais e psicológicos que irão surgir, sempre mostrando à família a real situação e as possíveis alterações no lado emocional da paciente.

Desta forma, é necessário um maior interesse para desenvolver um tratamento diferenciado, focando no acolhimento, para tratar a paciente que está com o diagnóstico de câncer de mama.

7. 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*, Set 2001, vol.9, no.5, p.63-69. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000500010&lng=pt&nrm=iso

ARAÚJO, IMA; FERNANDES, AFC. **O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher.** *Esc Anna Nery. Rev. Enfermagem*, 2008, dez. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a09.pdf>

BARROS, A. C. S. D. ; **Hospital SirioLibanês. Curso Intensivo Avançado – Câncer de Mama.** Bela Vista - São Paulo-SP, 2008.

BERGAMASCO, R.B.; ANGELO, M. **O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher.** *Rev. Bras. Cancerol.*, , v. 47, n. 3, p. 277-282. 2001. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_08.htm;

BITTENCOURT, J.F.V.; CADETE, M.M.M. **Deus é a presença incondicional à mulher com possibilidade de vir a ser mastectomizada.** *Rev. Min. Enf.*, v. 6, n. 1/2, p. 73-77. 2002b. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_08.htm;

BRITO, Claudia; PORTELA, Margareth Crisóstomo; VASCONCELOS, Mauricio Teixeira Leite – **Sobrevida de mulheres tratadas por câncer de mama no estado do Rio de Janeiro.** *Rev. Saúde Pública*, v. 43, n. 03, São Paulo maio/jun. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300012&lng=pt&nrm=iso;

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.; HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H. **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica**, volume I. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2009.

CANTINELLI, Fábio Scaramboni - **A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino.** *Rev. psiquiatr. clín.*, vol.33, no.3, p.124-133, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000300002&lng=pt&nrm=iso;

CERVO, A.L. e BERVIAN, P.A. **Metodologia Científica**. SP: MAKRON Books, 1996.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO. **Código dos Direitos do paciente: carta dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no Sistema Único de Saúde**. SUS/Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. – Fortaleza.2004

CORBELLINI, V.L. **Câncer de mama: encontro solitário com o temor do desconhecido**. *Rev. Gaúcha Enferm.* , v. 22, n. 1, p. 42-68. 2001. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_08.htm;

ERDMANN AL; ANDRADE SR; MELLO ALSF; MEIRELLES BHS. **Gestão nas práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo**. Texto & Contexto Enferm 2006; 15(3): 483-91. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300024&lng=pt&nrm=iso;

FERNANDES, Rosa Aurea Quintella;NARCHI,Nádia Zanon(Orgs.) **Enfermagem e saúde da mulher**.Barueri: Manole,2007.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. SP: Atlas, 1991.

GRACIOLI, Michelle Araújo da Silva; LEOPARDI, Maria Tereza; GONZALES, Rosa Maria Bracini. **Assistência de Enfermagem a Mulheres Mastectomizadas com Bases nos Conceitos e Pressupostos de Joyce Travelbee**. Separata de: COSTENARO, Regina G. Satini. **Cuidando em Enfermagem: da Teoria à Prática**. Rio Grande do Sul: Unifra, 2003. cap. 04, p.121-165. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_08.htm;

LANZONI GMM; LESSMANN JC; SOUSA FGM; ERDMANN AL; MEIRELLES BHS. **Interações no ambiente de cuidado: explorando publicações de enfermagem**. *Rev. Bras. Enferm.* Vol.64 nº 3 Brasília maio/jun. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300024&lng=pt&nrm=iso;

Manual de Enfermagem. Enfermagem médico-cirúrgica. Barueri, SP: Vergara

NEVES, Rinaldo de Souza; **Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de Horta**. *Rev. bras. enferm.* vol.59 no.4, Brasília July/Aug. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400016;

REGIS, Malena de Fátima; SIMÕES, Mara Faria Simões – **Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 07, n. 01, p. 81 – 86, 2005. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_08.htm;

SALCI, Maria Aparecida; MARCON, Sonia Silva – **De cuidadora a cuidada: quando a mulher vivencia o câncer.** *Texto contexto-enferm.* v. 17 n.3 Florianópolis jul./set. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300016&lng=pt&nrm=iso;

SPENCE, Roy A. J.; JOHNSTON, Patrick G. **Oncologia.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.

SPERANDIO, Dircelene J.; ÉVORA, Yolanda D.M.- **Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo.** *Rev. Latino-am Enfermagem* 2005 novembro-dezembro; 13(6): 937-43. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a04.pdf>;

UNIC. **Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer.** UNATI/UERJ-UNIV. ABERTA 3. IDAD, 2009. Disponível em <http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/manual.pdf> ;

TAVARES JJSC. ;TRAD LAB. **Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas.** *Cad. Saúde Pública* vol.21 nº 2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2005. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2005000200009&script=sci_arttext;

VIANA, Dirce Laplaca; LEÃO, Eliseth Ribeiro; FIGUEIREDO, Nébica Maria Almeida (Orgs.) **Especializações em Enfermagem: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem, volume II.** São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010;

Cuidados Paliativos

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/cuidados_paliativos

Acesso em 20 de julho de 2011

Deteção Precoce

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce#SISMAMA

Acesso em 20 de julho de 2011

Histórico do controle de câncer no Brasil

http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/historico_cancerbrasil.pdf

Acesso em 14 de fevereiro de 2011

Magnitude

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude

Acesso em 20 de julho de 2011

Políticas públicas de saúde

<http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap3.pdf>

Acesso em 21 de fevereiro de 2011

<http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/objetivos.pdf>

Acesso em 21 de fevereiro de 2011

Prevenção

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/prevencao

Acesso em 20 de julho de 2011