



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE – UNI-RN
CURSO DE ENFERMAGEM**

ALINE CRISTINA FRANÇA DA SILVA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM COMPLICAÇÃO DE
LINFEDEMA PÓS- MASTECTOMIA**

NATAL/RN

2012

ALINE CRISTINA FRANÇA DA SILVA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM COMPLICAÇÃO DE
LINFEDEMA PÓS MASTECTOMIA

Artigo científico apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI-RN, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

ORIENTADORA: Profa. Dr^a Izete Soares da Silva Pereira.

NATAL/RN

2012

FOLHA DE APROVAÇÃO

O artigo intitulado: **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM COMPLICAÇÃO DE LINFEDEMA PÓS MASTECTOMIA** apresentada pela aluna ALINE CRISTINA FRANÇA DA SILVA do Curso de Enfermagem do CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE - UNIRN foi considerado aprovado pela Banca Examinadora, abaixo discriminada.

Natal (RN), Dezembro de 2012.

Profa. Dra. Izete Soares S. D. Pereira
Orientadora UNI-RN

Professor – Examinador (UNI-RN)

RESUMO

O câncer de mama está sendo a neoplasia mais frequente entre as mulheres, o linfedema é a complicação mais frequente no tratamento do câncer de mama, sendo esta o acúmulo de linfa que leva a estagnação de proteínas e consequente fibrose. O objetivo desta pesquisa é mostrar a importância do auto cuidado do linfedema em pacientes mastectomizadas. Esta pesquisa foi do tipo revisão bibliográfica caracterizada através de matérias científicas que já existiam e que tratam sobre a temática em questão, observando, analisando e correlacionando as variáveis sem alterá-los. Foram consultadas diversas fontes, utilizando-se biblioteca virtual (Lilacs, Bvs, Scielo), livros, artigos e revistas científicas. De 115 artigos foram encontradas 20 por não apresentar repetição de contexto e autores iguais. No campo da saúde pública, o câncer de mama feminino emerge como uma doença de grande importância e cada vez maior em todas as partes do mundo. Isso acontece, sobretudo, devido à sua frequência elevada e à dimensão do problema. A função do enfermeiro nesse processo é assumir, apoiar e promover esforços na busca de uma melhor adaptação da mulher e a sua situação atual. É necessário o acompanhamento no período de pré, trans e pós-operatório e também na preparação para alta. As pacientes necessitam de orientações e informações claras e objetivas para melhor compreensão do seu tratamento e consequências. Conclui-se que o enfermeiro deve estar preparado para cuidar de forma humanizada, holística, ética e profissional, trazendo um retorno sempre para o melhor na qualidade de vida do paciente. Evidenciado em base científica e prática.

Palavras chaves: Enfermagem; Câncer de mama; Linfedema.

ABSTRACT

Breast cancer is the most common cancer among women, lymphedema is the most common complication in the treatment of breast cancer, which is the accumulation of lymphatic fluid that leads to stagnation and consequent fibrosis protein. The objective of this research is to show the importance of self-care mastectomy lymphedema patients, this type of research was characterized by literature review scientific matters that already existed and that deal with the topic in question, observing, analyzing and correlating variables without changing them. We consulted several sources, using virtual library (Lilacs, BvS, Scielo), books, articles and scientific journals. 115 articles were found not present 20 per repetition of context and authors alike. In the field of public health, the female breast cancer emerges as a disease of great importance and growing in all parts of the world. This happens mainly because of its high frequency and magnitude of the problem. The role of the nurse in this process is to assume, support and promote efforts in search of a better adaptation of women and their current situation. It is necessary to monitor the period before, during and after surgery and also in preparation for discharge. Patients need guidance and clear and objective information to better understand its consequences and treatment. We conclude that the nurse should be prepared to take care of a humane, holistic, ethical and professional, always bringing a return to a better quality of life of the patient. In scientific and evidenced based practice.

Keywords: Nursing; breast cancer; Lymphedema.

1. INTRODUÇÃO

No contexto mundial a neoplasia de mama é o segundo tipo mais frequente sendo a mais comum na população feminina para o ano de 2012, a taxa de incidência estimada foi de 52,680 casos por 100.000 mulheres no Brasil e a de mortalidade por câncer de mama representa a primeira causa entre as mulheres com 12,7 óbitos/100.000 mulheres por ano de 2010. Na região Nordeste, a incidência para casos novos é de 7.630 casos, com taxa bruta de 28,38/100.000 (INCA, 2012).

Câncer de mama é uma das neoplasias mais temidas e também é a causa principal de mortalidade atualmente entre as mulheres no Brasil, afeta principalmente a percepção da mulher em relação ao seu corpo (BRASIL, 2008).

Esta neoplasia pode ocorrer em qualquer parte da mama, mas a maioria surge no quadrante superior externo, onde há maior parte de tecido mamário. Em geral, as lesões são insensíveis, fixas e rígidas com bordas irregulares (SMETLTZER *et al*, 1999).

As formas mais eficazes para detecção da doença encontram-se no exame clínico e a mamografia, incluindo a ultrassonografia como adesão ao diagnóstico, gerando dados suficientes para o estadiamento do tumor e a opção de tratamentos (MINISTERIO DA SAUDE, 2008).

No inicio da doença o tratamento subdivide-se em primário que é o cirúrgico, que pode ser complementado com quimioterapia neoadjuvante e adjuvante, acrescido de radioterapia e hormonoterapia. Em cirurgias temos subgrupos na mastectomia parcial e total (SMEE, 2001). Novas técnicas cirúrgicas estão sendo inseridas, como a retirada de biopsia do linfonodo sentinela, que pode predizer 95% dos casos de mastectomia, reduzindo o aparecimento de seus efeitos colaterais (ARAUJO, 2004).

A enfermagem necessita estar pronta para apoiar o paciente e sua família, em relação a crises físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais. O objetivo esperado envolve oferecer um apoio realista aos pacientes submetidos ao tratamento, usando modelos assistenciais e o processo de enfermagem como base desse tratamento (SMELTZER, 2002).

O QUE MOTIVOU A DESENVOLVER O ESTUDO

O cuidado com o paciente com câncer não é só conhecer a patologia, mas saber lidar com sentimentos, com as próprias emoções diante da doença com ou sem possibilidade de cura (RODRIGUES, 2004). Este aspecto possibilita que a dor e o sofrimento sejam evitados, atenuados ou reforçados, visando o conforto e bem estar do paciente (SANTOS, 2002).

Na atuação profissional, a enfermeira poderá ajudar o indivíduo promovendo interação mútua através da consulta de enfermagem, abordagem com a família, interagindo no tratamento, reuniões de grupos, levando a orientação, aprendizado como realizar práticas de autocuidado (FOSTER, 2000).

O objetivo deste artigo destacou a importância da assistência de enfermagem na complicação do linfedema no pós-operatório, visando melhor qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer de mama. Além disso, buscou-se identificar o papel do enfermeiro na prevenção do câncer de mama, descrever as ações de enfermagem frente à prevenção das complicações pós mastectomia e investigar o acompanhamento do tratamento ao paciente pós mastectomizado.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A função importante do enfermeiro nesse processo é assumir, apoiar e promover esforços na busca de uma melhor adaptação da mulher a sua situação atual. É necessário o acompanhamento no período de pré, trans e pós-operatório e também na preparação para a alta. As pacientes necessitam de orientações e informações claras e objetivas para melhor compreensão do seu tratamento e consequências (BITTENCOURT; CADETE, 2002).

Devido ao fato da mulher diante situação que a mastectomia faz as limitações que a mesma irá enfrentar as situações que envolvem a exposição do corpo e ajuste social para desenvolver suas atividades, o papel da enfermagem é de suma importância na tentativa de resgatar o conceito que a mulher mastectomizada tem em si mesma (GUTTIÉRREZ *et al*, 2004).

É de atividade privativa do enfermeiro a consulta de enfermagem, que consiste na utilização de método científico que deve ser desenvolvida na assistência de enfermagem (COFEN, 2012). Na oncologia a enfermeira além de ter um elo entre o cuidado e o conforto, é necessária ser humano, competente, profissional, que procura despertar nela e nos a capacidade que o indivíduo tem para desempenhar seu papel e desenvolver empatia ao interagir terapêuticamente (RADÜNZ, 1999).

2. METODOLOGIA

Esta pesquisa foi do tipo revisão bibliográfica caracterizada através de matérias científicas que já existiam e que tratam sobre a temática em questão, observando, analisando e correlacionando as variáveis sem alterá-los (CERVO, 1996).

Foram consultadas diversas fontes, utilizando-se biblioteca virtual (Lilacs, Bvs, Scielo, Medline), livros, artigos e revistas científicas, conforme referencias. De 115 artigos foram encontradas 20 por não apresentar repetição de contexto e autores iguais.

Foi uma revisão bibliográfica descritiva com abordagem qualitativa, o que tornará possível identificar o conhecimento descrito na literatura sobre o câncer e mama e a assistência de enfermagem prestada à cliente acometida por esta doença. Foram utilizadas as palavras chaves: enfermagem, câncer de mama, linfedema.

3. RESULTADOS

No século XIX, o câncer era considerado como uma doença contagiosa, também considerada como falta de higiene, sujeira física e moral. E a doença nas mulheres era considerada como resultado de pecado e vícios, principalmente nas praticas sexuais (SANT'ANNA, 1997). Em alguns estudos nesse período indicavam associação entre o câncer a pessoas submetidas a atividades com excesso de esforço, sobrecarregadas de emoções (SONTAG, 1996). A partir da década de 70, especificamente em caso de câncer de mama, os movimentos internacionais seguindo mulheres mastectomizadas, a mídia começou a dar uma atenção especial a elas (SANT'ANNA, 1997). No século XXI, embora com todos os avanços tecnológicos na pesquisa dos fatores genéticos, diagnóstico e tratamento, a doença ainda permanece em causa obscura e o tratamento ainda não é eficaz, e neste novo milênio associa-se aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, a vida moderna.

As células normais do corpo coexistem em perfeita harmonia com objetivo da manutenção da vida de acordo com as exigências específicas do corpo em algumas ocasiões, ocorre uma ruptura deste mecanismo, e as células começam a se multiplicar desordenadamente, formando outras células anormais, chamadas de tumor, que pode ser benigno ou maligno. A carcinogese refere-se ao

desenvolvimento de tumores malignos. Tumor maligno ou neoplasia maligna são caracterizados pela invasão dos tecidos circunvizinhos e pelo comprometimento a distancia (metástase). Já o tumor benigno não é o câncer e corresponde a uma massa localizada de células semelhantes ao tecido original, as quais não possuem a capacidade de invadir tecidos vizinhos, mas podem comprimir os órgãos e tecido adjacentes (INCA,2012).

CÂNCER DE MAMA

A glândula mamária possui divisórias chamados de lobos, subdividem e terminam em pequenos bulbos produtores de leite, entre os lóbulos e bulbos há ductos que interligam estruturas entre si e se ramificam ate a aréola. Compostos de tecido adiposo e conjuntivo para sustentação, a face profunda é irrigada por ramos da artéria aorta e da subclávia, a metade interna é irrigada pela artéria mamaria interna (ramo da aorta), pela torácica interna e a metade externa da mama é irrigada pela artéria mamaria externa, que também oferecem suprimento para os gânglios linfáticos axilares. A localização das veias superficiais (torácica interna ou superficial da parte inferior do pescoço) veias profundas (veias perfurantes da torácica interna, axilares e intercostais). Situada sobre ao redor de vários músculos que na sua retirada (mastectomia) é importante avaliar a funcionalidade no pré-operatório, durante o ato operatório esses músculos podem ser lesionados devido à localização anatômica, podendo ocasionar alterações funcionais (BORGES, 2006).

As mamas tem um relacionamento importante nas suas funções, pois além da parte estética e sexual reproduzem o leite, representando o sustento da vida do ser humano nos primeiros meses de vida (PINHO, 2008).

Os primeiros sintomas do câncer de mama palpável são nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor mamária, são importantes também além da presença ou não do nódulo na avaliação de uma mama, alterações do contorno e da textura da mama e secreção nos mamilos (BRASIL, 2006)

Apresenta-se como um grave problema na saúde publica do Brasil e em todo o mundo, tendo em vista que nas ultimas décadas o desenvolvimento da doença tem sido associado a diversos fatores de risco. Em países que são escassos os programas de rastreamento e detecção precoce (MUSRE, 2007).

O câncer de mama se classifica no segundo tipo de câncer mais frequente, considerado de bom prognóstico, é responsável pelos maiores índices de mortalidade feminina no mundo, principalmente na faixa etária de 40 e 69 anos de idade, mais de mil mortes por ano e cerca de 22% de novos casos em mulheres (INCA,2009).

Entre os tipos de câncer de maior incidência mundial encontra-se o câncer de mama, que é o mais prevalente entre as mulheres, envolvendo em sua etiologia tanto fatores genéticos quanto ambientais ainda não totalmente conhecidos (LEITE, 2002).

Provável tipo de câncer que as mulheres mais temem, devido a sua alta frequência e, sobretudo efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal, relativamente raro em mulheres antes dos seus 35 anos de idade, mais acima desta idade a incidência cresce progressivamente rápida. Patologia com localizações e aspectos clinica - patológicos múltiplos sem sintomas próprios, podendo ser detectado histopatologicamente ou clinica (INCA, 2012).

O carcinoma mamário é o efeito da proliferação desordenada de determinadas células do próprio corpo, que se repetem em grande rapidez, desencadeando o surgimento de tumores ou neoplasias malignas que podem afetar os tecidos adjacentes, como a via linfática e gerar metástases. A disseminação no circunstancia mais avançada ocorrerá pela corrente sanguínea, onde as células implantam-se em diferentes locais do organismo. Aparecem em forma de nódulos, podendo ser identificados pelas próprias mulheres, através da pratica do autoexame (BORGES, 2006).

Com a deficiência de um programa nacional regionalizado e hierarquizado para detecção precoce, dificulta o gerenciamento das ações e a capacitação médica, frequentemente a migração de pacientes provenientes de áreas com atendimento deficiente e assim sobrecarregando e vinculando os mais ágeis e de fácil acesso (GEBRI, 2009).

Fatores de risco

A maioria dos casos de câncer (80%) está relacionada ao meio ambiente, onde encontramos aumento de numero nos fatores de risco. O ambiente em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins) o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos) o ambiente social e cultural (estilo e hábitos

de vida). Onde podem determinar vários tipos de câncer. Os fatores hereditários e genéticos desempenham um grande papel na oncogênese (INCA 2012). A sua etiologia não está esclarecida totalmente, mesmo sendo atribuída a interação de fatores, que de certa forma é considerada determinante para o desenvolvimento da doença (PINHO, 2007).

Os fatores de risco definem grupos de pessoas sujeitos a maior probabilidade de desenvolverem o câncer de mama. Fatores esses que são comprovados cientificamente por pesquisas, são elas: idade, antecedentes familiares, história de doenças benignas proliferativas, exposições prolongadas ionizantes e obesidade pós-menopausa (MOURÃO et al, 2008).

No câncer de mama os fatores de risco mais comuns são idade avançada, história familiar positiva, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gestação a termo após 25 anos, nuliparidade, uso de estrógeno exógeno, dieta rica em gordura, uso de contraceptivos orais além de outros (ANDREOLI, 2002).

Diagnóstico

O diagnóstico de câncer de mama é realizado através de alguns métodos, associados ou não, o ECM deve ser realizado adequadamente pela inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e da mama com paciente em decúbito dorsal (BRASIL, 2006).

Sendo a mamografia uns dos mais considerados métodos de detecção de tumores iniciais da mama, possui um custo moderado a alto, o que torna ainda pouco acessível para grande maioria das mulheres brasileiras (AGUILAR, 2003).

A detecção precoce do tumor tem um importante papel no momento do diagnóstico. No estadiamento clínico o tamanho do tumor se torna uma das características preditoras do prognóstico da doença, tumores de diâmetro menor estão favoráveis a um prognóstico melhor e taxas de sobrevivência maiores (ABREU; KOIFMAN, 2002).

Ao descobrimento do câncer de mama, as mulheres em sua grande maioria não imaginam como será o tratamento, sendo um dos momentos mais difíceis da sua vida (COBERLINI, 2001).

O progresso do tumor depende da velocidade, crescimento tumoral do órgão-sede do tumor, dos fatores constitucionais do hospedeiro, das condições ambientais, entre outros (INCA, 2012).

Os programas de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama utilizam o autoexame das mamas (AEM), exame clínico das mamas (ECM) e pela mamografia, o INCA preconiza para o rastreamento de câncer de mama em primeiro ECM em mulheres a partir dos 40 anos de idade; em segundo ECM exame mamográfico bianual em mulheres de 50 a 69 anos de idade e terceiro ECM mais o exame mamográfico anual em mulheres com risco elevado a partir dos 35 anos de idade (CHAPGAR, 2007).

O sistema de estadiamento preconizado pela união internacional contra o câncer (UICC) é chamado de sistema classificação dos tumores malignos (TNM). Esse sistema descreve as características do tumor primário (T), a extensão da disseminação em linfonodo regionais (N) a presença ou ausência de metástase a distância (M). Esses parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4 para tumor primitivo, N0 a N3 para o comprometimento linfático; e de M0 a M1 para as metástases a distância. A classificação das neoplasias malignas baseia-se também na localização, tipo histológico, produção de substâncias e manifestações clínicas do tumor. Além do sexo, idade, comportamentos e características biológicas do paciente (INCA, 2012).

Tratamento

O tratamento do câncer de mama envolve intervenções locais ou sistêmicas, utilizadas de forma independente ou concomitante. Uma das formas de tratamento local são as cirurgias e a radioterapia, que tendem a remoção ou a aniquilamento do tumor em determinada área do corpo. E como terapia biológica tem a quimioterapia e hormonioterapia, que são métodos para combater a doença de forma sistêmica, buscando controlar ou destruir o câncer na extensão de todo o organismo (FRASSON, 2004; GEBRI, 2005). Recentemente, em relação à abordagem cirúrgica da axila e o conceito da conservação, que anteriormente era aplicado o desenvolvimento da quadrantectomia que também envolve os linfonodos axilares (LUINI, 2005).

A abordagem terapêutica do câncer de mama envolve cirurgia (mastectomia radical ou conservadora e linfadenectomia), quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Dependendo da característica individual do paciente e o tratamento pode ser administrado uma ou mais medidas terapêuticas, assim ter em vista o

controle da doença associado após o tratamento a qualidade de vida (MENDONÇA, 2004).

Quimioterapia

É usado isoladamente ou em combinação, tendo como objetivo tratar os tumores malignos. Elas atuam nas células, interferindo no seu processo de crescimento e divisão celular, não possuem especificidade e também atingem as células normais, como os folículos capilares, o epitélio intestinal e as células do sistema imunológico. Portanto as células são muito suscetíveis às ações dos antineoplásicos e possuem uma renovação rápida (ANJOS; ZAGO, 2006).

A via endovenosa é a mais utilizada para o tratamento de quimioterapia, há uma propensão para as complicações dos AVP (acesso venoso periférico), assim dificultando a evolução do tratamento, sendo necessária a implantação de cateteres de longa permanência, semi-implantado e (CTI) cateter totalmente implantado (BONASSA, 2005).

Radioterapia

Deve-se irradiar toda mama das pacientes submetidas à mastectomia após a cirurgia, independente do tipo histológico, idade, uso de quimioterápico e/ou hormonioterapia, mesmo com margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico (FISHER,1995).

Tratamento cirúrgico e suas complicações

As conservadoras estão indicadas quando os tumores não ultrapassarem 3 cm. Dentre elas estão as Tumorectomia (tumores de até 1 cm) e Quadrantectomia (tumores com 2 ou 3cm)(BORGES,2006).

Os tipos de cirurgias radicais:

- Mastectomia Radical Clássica ou método de Halsted: retira-se o tecido mamário, o músculo peitoral maior e menor e linfadenectomia axilar (esvaziamento radical);
- Mastectomia Radical Modificada Patey: é uma mastectomia total com remoção dos linfonodos axilares (esvaziamento radical), do pequeno peitoral e da aponeurose anterior e posterior do músculo grande peitoral. Indicada para pacientes com câncer re-operados da mama que tenham linfonodos amplamente comprometidos não fixados;
- Mastectomia Radical Modificada Tipo Madden: ocorre a preservação dos músculos peitoral maior e menor;

-Mastectomia subcutânea: retira-se a glândula mamária, com preservação dos músculos peitorais, dos tecidos cutâneos e da auréola. Neste tipo de abordagem, há possibilidade de realizar a reconstrução mamária no decorrer da cirurgia, poupando a paciente de outra abordagem cirúrgica e diminuindo custos. É realizada em pacientes que possuem neoplasia

Grau I ou II. As chances de complicações são semelhantes à reconstrução tardia.

- Linfadenectomia Axilar: a dissecação completa da axila é praticada em quase todas as cirurgias e envolve a remoção dos três níveis axilares (radical), porém, como complicações importantes, podem ocorrer seroma, hemorragia, linfedema, entre outras (BORGES, 2006).

A mastectomia é um procedimento cirúrgico que afeta o estado físico, emocional e social, visto como uma mutilação corporal de uma região do corpo da mulher que desperta o libido e desejo sexual, interferindo na sexualidade feminina, autoimagem e na estética, onde no dia de hoje é muito valorizada e ressaltada. Esse processo interfere na sexualidade, na autoimagem e na estética feminina hoje em dia muito valorizada e notada (PINHO, 2008).

Existem sérias complicações no câncer de mama em seu tratamento que podem ser temporárias ou permanentes na vida da mulher. Dependendo do tipo de cirurgia, esse momento é vivenciado pela mulher como uma forma de mutilação, a sua imagem corporal, e com todo esse processo a funcionabilidade do membro superior pode ficar comprometida com linfedema que surge após a retirada dos linfonodos axilares (WHITE, 2002; DUARTE, 2003).

No pós-operatório, há um sentimento de alívio e a esperança de esta curada por ter sobrevivido à cirurgia, mas existe o medo enfrentar a dor, curativos e retorno da doença, possibilidade de um corpo mutilado, a feminilidade deixa as preocupações com o companheiro em relação à mastectomia (CAMARGO, 2003).

Na pesquisa do linfonodo sentinela (PLS), atualmente o procedimento padrão corresponde em pacientes com câncer de mama em estágio precoce para determinar o status axilar, e clinicamente com a axila negativa, sendo um importante indicador prognóstico o estado histológico dos linfonodos axilares em pacientes com câncer de mama (SMIDHT, 2004). Este tipo de técnica permite identificar, apresentando poucos efeitos colaterais, o comprometimento linfonodal axilar pela neoplasia, impedindo assim o procedimento de esvaziamento axilar desnecessário (LUINI, 2005).

Na mastectomia existe a retirada dos nodos linfáticos axilares.com isso a interrupção da circulação linfática do membro superior, podendo aparecer um linfedema neste membro, e na sua presença conseqüentemente ela trás alterações posturais, levam a limitações motoras, sociais e psicológicas (BORGES, 2006).

LINFEDEMA

O linfedema é uma importante morbidade relacionada entre os sobreviventes do câncer de mama. Os fatores de risco para o seu desenvolvimento esta relacionado à extensão da dissecação axilar e associação a radioterapia axilar (YEN, 2009). Esta complicação pode apresentar nas mulheres desconforto físico, angustia, prejuízo funcional do membro afetado, alterações na percepção corporal e agrava a qualidade de vida, e o tratamento dessa complicação gera gasto para o individuo afetado, quanto para os sistemas de saúde (BUCHOHOLZ; AURITSCHER, 2009). Recentemente, tem reduzido a incidência devido as novas técnicas empregadas no tratamento, com a retirada do linfonodo sentinela,que ajuda a preservar os linfonodos axilares (BERGMAN,2000).

A importância do conhecimento do sistema de drenagem venosa da mama, está entrelaçado com o processo de veiculação de células neoplásicas e também com a formação de metástases (CAMARGO;MARX,2000).

O sistema linfático possui varias funções importantes, o controle da homeostase macromolecular, absorção dos lipídios, função imunológica, e controle de fluidos teciduais. Onde seu principal papel é de remover líquidos e proteínas dos espaços intersticiais, por sua vez isso acontece através da membrana capilar linfática, quando não se realiza esse processo o sistema linfático não funciona e assim podendo surgir um linfedema (GUITON, 1998).

As três fases existentes do linfedema: fase I: apresenta-se com sulcos (reversível). À medida que o edema avança, torna-se intensa, fibrótico, sem sulcos e irreversível (fase II). Na fase III, pouco ocorre no pós-tratamento contra o câncer de mama, o endurecimento cartilaginoso ocorre, com conseqüências papilomatosas e com a hiperqueratose da pele (HARRIS, 2001).

Após a cirurgia da linfadenectomia axilar, necessário seguir orientações para evitar o aparecimento de infecções, controlar os efeitos colaterais da cirurgia, principalmente realizar cuidados com o braço do mesmo lado da mama operada. (INCA,2011)

Na pós-mastectomia a incidência de linfedema nas pacientes ocorre em 20% a 30% (BARACHO, 2007). E a taxa de prevalência de 15% a 30% (MACLEAN, 2005).

Atualmente, a lifocintilografia é defendida como principal teste de diagnostico para o sistema linfático periférico, permitindo a visualização de vasos linfáticos e linfonodos, a quantificação do transporte linfático, indicar e quantificar o estado de funcionalidade linfática sob os pontos de vista morfológica e funcional, determinar o número de linfonodos sentinelas e identificar pacientes de risco para desenvolvimento de linfedema após dissecação linfonodal (SZUBA, 2002).

Para prática clínica e tratamento de linfedema evidencia, científicas sugerem que as atividades repetitivas de grande amplitude de movimento ou que exijam esforço manual promovam ou agravem, recomendação as pacientes é evitá-las, para controle de possível sobrecarga do sistema linfático (HARRIS, 2001).

O câncer de mama, ao ser diagnosticado, causa um inquestionável impacto tanto físico quanto emocional para a mulher. Talvez, seja porque é cultural que a mulher necessita ter mama saudáveis e que qualquer irregularidade poderá ser um fator de discriminação e de sua desvalorização (JESUS, 2003).

Em seguida a uma mastectomia, a mulher apresenta algumas limitações e a necessidade de realizar exercícios com o membro superior homolateral à mama mastectomizada, se não forem realizados corretamente esses cuidados poderá surgir edema de braço ou linfedema, o que pode representar mais um incômodo físico, emocional causando-lhe dano estético, consequentemente como foco de atenção e curiosidade de outras pessoas, além de provocar prejuízo funcional do membro afetado. Dor podem aumentar as dificuldades na realização das tarefas rotineira da mulher pós-mastectomia: ter que permanecer em casa, que contribui para o aumento da ansiedade e do sentimento de solidão, dificultando o tratamento. Quando o linfedema pós-mastectomia, a mulher requer um tempo maior para retornar plenamente a realização de suas atividades diárias, seja no trabalho ou em casa. sendo necessário que ela mude seu estilo de roupas, podendo trazer perda do interesse com sua aparência e comprometimento ainda maior da sua auto estima, prejudicando seu relacionamento interpessoal e sexual, podendo intensificar-se o desejo de morte (PANOBIANCO, 2002).

A função do enfermeiro nesse processo é assumir, apoiar e promover esforços na busca de uma melhor adaptação da mulher e a sua situação atual. É

necessário o acompanhamento no período de pré, trans e pós-operatório e também na preparação para alta. As pacientes necessitam de orientações e informações claras e objetivas para melhor compreensão do seu tratamento e consequências. Percebe-se a preocupação da mulher esta voltada mais para questão estética do que as complicações que pode vir causar se não houver um tratamento e cuidado adequado. **SAE**

4. CONCLUSÃO

O enfermeiro deve estar preparado para cuidar de forma humanizada, holística, ética e profissional, trazendo um retorno sempre para a melhoria na saúde do paciente, amenizando possíveis traumas existentes durante o tratamento da doença. E que apesar do número de sobrevida ter aumentado as mulheres ainda são amedrontadas, por falta de conhecimento e informações muitas vezes não fornecidas pelos profissionais. O conhecimento e a compreensão do linfedema tornam-se importante para o profissional e para o paciente proporcionando-lhe melhor assistência física, emocional e social. **Importância do trabalho**

REFERÊNCIAS

COLOCAR AS REFERENCIAS NA FORMA DE ABNT

AGUILLAR VLN, BAUAB SP. Rastreamento mamográfico para detecção precoce do câncer de mama. **Rev. Bras. mastol.** 2003; 13(2): 82-9;

ARAUJO HR, Costa LOBF, Costa HLFF et al. linfonodo sentinela: novos rumos no tratamento do cancer de mama. **rev. Bras. Masto** 2004 abr /jun;14(2):61 6;

ABREU E. KOIFMAN S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminina. **Rev.bras.cancerol.** 2002; 48(1): 113-31;

ANDREOLI TE, Griggs RC, Carpenter CCJ, Loscalzo J, Azevedo AI, Paulo AFD. Medicina interna básica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002.

ANJOS, Anna C. Y. & ZAGO, Márcia M. F. A experiênciada terapêutica oncológica na visão do paciente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2006; 14 (n1): 33-40.

BERGMANN A. Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2000. [acesso em 26 MAIO 2012]. Disponível em: URL: <http://saudepublica.bvs.br>.

BORGES, Fábio dos Santos. *Dermato-Funcional: Modalidades Terapêuticas nas Disfunções Estéticas*. São Paulo: Phorte, 2006.

BUCHHOLZ TA, AVRITSCHER R, YU TK. identifying the "sentinel lymph nodes" for arm drainage as a strategy for minimizing the lymphedema risk after breast cancer therapy. *breast cancer res treat*. 2009;116(3):539-4;

BITTENCOURT JFV, CADETE MMM. Vivências da mulher a ser mastectomizada: esclarecimentos e orientações. **Rev. Bras. Enferm**. 2002; 55(4): 420-23.

BARACHO E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

BONASSA EMA, Santana TR. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3a. ed. São Paulo: Atheneu; 2005.

BRASIL, Ministério da saúde. **Cadernos de atenção básica: controle dos cânceres do colo do útero e da mama numera 13**. Brasília 2006. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/docs/publicações/cadernos_ab/abcad_13.pdf>. acesso em 14 de nov 2012;

CHAPGAR AB, MCMASTERS KM. **trends in mammography and clinical breast examination: a population-based study**. *J surg res*. 2007; 140-214-19;

CAMARGO MC; MARX AG. **Reabilitação física no câncer de mama**. São Paulo: Roca; 2000;

CAMARGO TC, SOUZA IEO. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira do Hospital do Câncer III. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2003; 11(5): 614-21;

CORBELLINI V. Câncer de mama: encontro solitário com o temor do desconhecido. **Rev Gaúcha Enferm** [Internet]. 2001 [citado 2010 jul 04];22(1):42-68. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/revistagauchadeenfermagem/ojs/login.php>;

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. Makron Books, São Paulo, 4 ed, 1996. 209 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159/1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <www.portalcofen.gov.br> Acesso em 26 de maio de 2012;

FISHER B, Anderson S, Redmond CK, et al. Reanalysis and results after 12 years of follow-up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med* 1995; 33:1456-61

FOSTER PC, Benett AM, Dorothea E. Orem. In: George JB. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional* [tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell]. 4a ed. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2000. 375 p. p. 83-101. Acesso em 25/05/12. 2004;20(5): 1232-9;

FRASSON AL, ZERWES FP. **Câncer de mama**. In: Azevedo DR, Barros MCM, Muller MC, organizadores. *Psico-oncologia e interdisciplinaridade: uma experiência na educação à distância*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004. P. 95-108;

GEBRIM LH. [Breast cancer screening and stage at diagnosis]. **Rev Bras Ginecol Obstet**. [Editorial]. 2009;31(5):216-8.

GUTTIÉRREZ MGR, PINELLI FGS, AREIAS VL, BARBI T. Avaliação de um programa educativo sobre os cuidados com o sistema de drenagem para cuidadores de mulheres mastectomizadas. **Acta paul. enferm**. 2004; 17 (4): 412-18;

GUYTON AC. **Tratado de fisiologia médica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. São Paulo: Roca; 2000. Guanabara Koogan. 2002

GEBRI LH, Kemp C, Nazario ACP, Ribalta JCL. **Câncer de mama**. In: Forones NM, Jesus-Garcia Filho R, Tadokoro H, Freire CAR, organizadores. *Guia de oncologia*. Barueri: Manole; 2005. p. 69-88;

HARRIS SR, Hugi MR, Olivotto IA, Levine M. **Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer**: 11. Lymphedema. *CMAJ*. 2001;164(2):191-9;

HARRIS SR, HUGI MR, OLIVOTTO IA, LEVINE M. **Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer**: 11. Lymphedema. *CMAJ* 2001;164(2):191-9. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hölzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J*. 2004;10(3):223-31;

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (Brasil). **Orientações fisioterápicas: mastologia**. Rio de Janeiro 2003. Disponível em < <http://www1.inca.gov.br/publicações/exercícios-mastectomizados.pdf>1.acesso em 13 de Nov. 2012;

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (2009). Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Retirado em 11/06/2011, de [http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5.9\(2\)](http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5.9(2)) : 47-53;

Jesus LLC, LopesRLM.considerando o cancer de mama e a quimioterapia na vida da mulher.**Rev latino-am Enfermagem** UERJ 2003;11:208-11.

LEITE RC, Oliveira C, Ribeiro L. **Câncer de mama: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Prestígio; 2002.

LUINI A, Gatti G, Zurrida S, Galimberti V, Paganelli G, Naninato P, et al. The sentinel lymph node biopsy under local anesthesia in breast carcinoma: experience of the European Institute of Oncology and impact on quality of life. *Breast Cancer Res Treat*. 2005;89(1):69-74.

MACLEAN RT, Tatemichi SR. Breast cancer-related lymphedema: women's experiences with an underestimated condition. *Can Fam Physician*. 2005;51:246-7.

MUSRE OP. câncer de mama. **Epidemiologia y factores de riesgo**. CAD med. Soc.(Chile)2007; 47(1): 18-30;

MENDONÇA GAS, SILVA AM, CAULA WN. Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama admitidas no instituto nacional do câncer, Rio de Janeiro, **Brasil** 2004.

MOURÃO CML, Silva JGB, Fernandes AFC, Rodrigues DP. Perfil de pacientes portadores de câncer de mama em Disfunções Estéticas. São Paulo: Phorte, 2006. oncológica. 3a. ed. São Paulo: Atheneu; 2005 um hospital de referência no Ceará. **Rev Rene** 2008

PINHO LS, CAMPOS ACS, FERNANDES AFC, LOBO AS. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. **Rev. Eletrôn. Enf.** 2007 [citado 2008 jul 25]; 9(1): 154-165. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a12.htm;

PANOBIANCO MS, MAMEDE MV. complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. **Rev. latino-am Enfermagem** 2002; 6(2)

RODRIGUES IG. **Cuidados paliativos: análise de conceito [dissertação]**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004. (acesso em 20/05/12);

RADÜNZ V. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológica e o self da enfermeira**. 2ª ed. Goiânia: AB; 1999.

SZUBA A, Strauss W, Sirsikar SP, Rockson SG. **Quantitative radionuclide lymphoscintigraphy predicts outcome of manual lymphatic therapy in breast cancer-related lymphedema of the upper extremity**. *Nucl Med Commun* 2002;23(12):1171-5.

SMETZER SC, BARE BG, BRUNNER E, SUDDARTH- **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 8ª Ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 1999.

SONTAG S. La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas. Madrid: Taurus; 1996.

SANT'ANNA DB. **A mulher e o câncer na história**. In: Gimenes MG, organizador. A mulher e o câncer. São Paulo: Editorial Psy; 1997. p. 43-70;

SMIDT ML, Janssen CMM, Barendregt WB, Wobbles T, Strobbe, LJ. **Sentinel lymph node biopsy performed under local anesthesia is feasible**. *Am J Surg*. 2004;187:684-7.

SANTOS MLSC, PADILHA MICS. As posturas compassivas na enfermagem: o sofrimento que permeia o cuidar. **Rev.bras.enfermagem**. 2002; 55(5): 542-8(acesso em 20/05/2012);

SMELTZER SC, Bare B. Brunner & Suddarth **Tratado de enfermagem. Médico-cirúrgico**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002(acesso em 20/05/12).

WHITE CA, BODY images in oncology. In CASH TF, PRUZINSKY T. **BODY IMAGE: A Handbook of the Body, Research and Clinical Practice**. New York/London: the Guilford press: 2002, p 379-386;

YEN TW, FAN X, SPARAPANI R, LAUD PW, WALKER AP, NATTINGER AB. **A contemporary population-based of lymphedema risk factors in older women with breast cancer**. *ann surg oncol*.2009;16(4):979-88.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR) Instituto nacional do câncer. Estimativas de câncer no **Brasil**. Rio de janeiro (RJ): Inca 2008.