

UNIVERSIDADE FERDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INGRID SCHIERHOLT DA SILVA

QUALIFICAÇÃO DO MANUAL “CÂNCER DE MAMA: ORIENTAÇÕES PARA
PACIENTES E FAMILIARES”

Porto Alegre

2012

INGRID SCHIERHOLT DA SILVA

QUALIFICAÇÃO DO MANUAL “CÂNCER DE MAMA: ORIENTAÇÕES PARA
PACIENTES E FAMILIARES”

Trabalho de Conclusão de Curso de
Enfermagem da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para a obtenção do
título de Enfermeiro.

Orientadora: Eliane Pinheiro de Moraes

Co-orientadora: Dóris Baratz Menegon

Porto Alegre

2012

AGRADECIMENTOS

Um trabalho como este jamais é fruto de um esforço individual. Muitas pessoas tiveram algum tipo de contribuição, por isso devem ser lembradas.

Agradeço em primeiro lugar a Jesus, meu Senhor e melhor amigo, que merece toda honra e glória!!!

Ao meu pai por todo incentivo e apoio durante a minha formação.

À minha mãe pelo carinho, compreensão e amor em todos os momentos.

À minha irmã pela amizade e apoio, principalmente nos momentos mais críticos do curso.

Agradeço à minha orientadora Eliane por todo ensino, suporte e empenho durante o desenvolvimento deste trabalho.

À enfermeira Dóris pela amizade, pelo exemplo de profissionalismo e por me acolher como filha durante a minha graduação.

À Ana Carolina pela importante colaboração na produção e ilustração do manual.

À equipe de Serviço de Mastologia pela recepção e auxílio na construção do manual.

Meus sinceros agradecimentos às professoras Isabel e Anne Marie por concordarem em participar da banca.

Aos meus familiares e amigos de perto e de longe pela amizade, conselhos e amor.

RESUMO

O câncer de mama é a neoplasia mais comum na população feminina. A doença influencia a vida da mulher, comprometendo-a física, emocional e socialmente. Devido à malignidade da doença e o impacto do tratamento é importante fornecer orientações para um melhor enfrentamento das diversas etapas do tratamento e das repercussões do câncer. Uma estratégia utilizada é o uso de manuais educativos. Esses subsidiam as orientações verbais dos profissionais de saúde aos pacientes e familiares. Sabe-se que é necessário seguir critérios durante o processo de construção de um manual. O presente trabalho teve como objetivo elaborar e qualificar um manual de orientações para pacientes com câncer de mama e seus familiares. As etapas percorridas foram a revisão de literatura sobre o assunto; montagem de um manual piloto; qualificação deste com profissionais da área de saúde, pacientes com câncer de mama e seus familiares; revisão das sugestões recebidas e construção da versão final do manual. Como resultado, obteve-se o manual intitulado “Câncer de mama: orientações para pacientes e familiares”, que aborda as repercussões do câncer de mama, desde o diagnóstico até a reabilitação da paciente portadora da doença. Considera-se que esse manual possa contribuir para a promoção da saúde, prevenção das complicações, melhor reabilitação e redução das dúvidas.

Descritores: Câncer de mama. Manuais. Educação em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Breast cancer is the most common cancer in women. The disease affects a woman's life, affecting her physically, emotionally and socially. Because of the malignancy of the disease and the impact of treatment it is important to provide information to better cope with the various stages of the treatment and the impact of cancer. One possible strategy is the use of educational manuals. These subsidize the verbal instructions of health professionals to patients and families. It is known that the following criteria is required during the construction process of a book. This study aimed to develop and qualify a manual of guidelines for patients with breast cancer and their families. The steps followed were the review of literature on the subject; assembling a manual mode; its qualification with health care professionals, patients with breast cancer and their families; review the suggestions received and construction of the final version of the manual. As a result, we obtained the manual entitled "Breast cancer: guidelines for patients and families," which discusses the impact of breast cancer, from the diagnosis to rehabilitation of the patient with the disease. It is considered that this manual will contribute to health promotion, prevention of complications, better rehabilitation and reduction of the doubt.

Keywords: Breast cancer. Manuals. Health Education.Nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVO	9
3	REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1	O Câncer.....	10
3.2	O câncer de mama	11
3.2.1	Diagnóstico.....	12
3.2.2	Tratamento	13
3.2.2.1	Tratamento Cirúrgico	13
3.2.2.1.1	Reconstrução mamária	14
3.2.2.1.2	Cuidados após a cirurgia	15
3.2.2.2	Radioterapia	16
3.2.2.3	Quimioterapia.....	16
3.2.2.4	Hormonioterapia	18
3.2.3	Reabilitação	19
3.2.4	Nutrição.....	21
3.2.5	Qualidade de vida.....	22
3.2.6	Pós câncer de mama.....	23
3.3	Fatores terapêuticos de grupos	24
3.4	Elaboração de manuais.....	25
4	MÉTODO.....	26
4.1	Tipo de Estudo	26
4.2	Contexto	26
4.3	Sujeitos	26
4.4	Coleta das Informações	27
4.5	Análise das Informações	28
4.6	Aspectos Éticos	28
5	RESULTADOS.....	29
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
7	REFERÊNCIAS	33
	ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais de Saúde	38
	ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pacientes e familiares.....	39
	ANEXO C - Instrumento para avaliação do manual	40
	ANEXO D - Carta de aprovação do GPPG/HCPA	42
	APÊNDICE A – Câncer de mama: orientações para pacientes e familiares	43

1 INTRODUÇÃO

No contexto mundial, a neoplasia de mama é o segundo tipo mais frequente de neoplasia sendo o 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, sendo que no Rio Grande do Sul, a taxa estimada foi de 81,07 por 100.000 (INCA, 2012a).

No Brasil, a taxa de mortalidade por câncer de mama representa a primeira causa entre as mulheres, com 12,7 óbitos/100.000 mulheres no ano de 2010 (INCA, 2012a). O Rio Grande do Sul teve uma taxa de 18,76 óbitos/100.000 mulheres no ano de 2009 (INCA, 2008a). A magnitude da doença nos aspectos sociais, epidemiológicos e econômicos permitiu a inclusão da prevenção e controle do câncer de mama como uma das prioridades na Agenda de Saúde no Ministério da Saúde (INCA, 2011a).

A malignidade da doença e o impacto do tratamento remetem sua importância na vida das mulheres, sendo um problema que afeta diretamente a sua qualidade de vida. Os profissionais da saúde e a família são fundamentais para o enfrentamento e superação das diversas etapas do tratamento (INCA, 2011a).

Pinheiro *et al* (2008) referem que o sentimento da mulher acometida pela neoplasia de mama é de uma pessoa diferente e excluída da sociedade. A minimização da sensação de solidão pode ocorrer através da inserção em grupos de apoio. Os grupos trazem benefícios para as mulheres, pois neles existe a troca de experiência, o suporte para enfrentar barreiras e a superação de limites juntamente com outras mulheres que estão vivenciando ou vivenciaram a mesma experiência.

O desenvolvimento da psicoeducação em grupos terapêuticos iniciou na década de 1970, em oposição e alternativa aos tratamentos psicanalíticos longos e individualizados. Trata-se de um modelo de abordagem não-farmacológica com o objetivo de manter o indivíduo inserido na comunidade. Embora não seja considerada como uma modalidade de psicoterapia, a psicoeducação aborda aspectos afetivo-emocionais, amplia o conhecimento sobre a doença e seu tratamento e auxilia na compreensão da experiência vivida. Portanto, é um modelo de reabilitação psicossocial que pode ser desenvolvido individualmente ou em grupo (ANDRADE, 1999).

Outra estratégia que tem sido utilizada para o melhor entendimento do processo saúde-doença é o uso de manuais educativos. Esses subsidiam as orientações verbais dos profissionais de saúde aos pacientes e familiares, pois é um instrumento que facilita e uniformiza tais orientações, reforçando o cuidado em saúde (ECHER, 2005).

Echer (2005) relata que o desenvolvimento de um manual é feito em etapas. A primeira fase é a elaboração do projeto de desenvolvimento e sua submissão a um Comitê de Ética e Pesquisa. Posteriormente é feita a revisão de literatura sobre o assunto e as informações encontradas são transformadas numa linguagem acessível a todos, independentemente do grau de instrução das pessoas. Em seguida, é realizada a etapa de qualificação do manual, em que o manual piloto é avaliado por profissionais de saúde, pacientes e familiares. As sugestões feitas pelos avaliadores são analisadas e aquelas pertinentes são incluídas na versão final do manual.

Considerando os benefícios do uso de recursos como os materiais educativos e os grupos terapêuticos com abordagem psicoeducativa, foi criado no ano de 2009 o projeto de desenvolvimento “Psicoeducação para pacientes com Câncer de Mama do Hospital de Clinicas de Porto Alegre” (HCPA) com o intuito de criar um grupo para pacientes com câncer de mama com abordagem psicoeducativa e produzir um manual com orientações sobre o câncer de mama e qualificá-lo a fim de que auxilie na qualidade de vida das pacientes.

No ano de 2011 tive a oportunidade de iniciar a participação do referido grupo como bolsista e também realizei o estágio curricular no Serviço de Enfermagem em Mastologia do HCPA entre os meses de março a junho do ano de 2012. O contato com as pacientes permitiu perceber o quanto a qualidade de vida delas pode ser melhorada através da educação em saúde no grupo e o quanto o uso de um manual de orientações pode ser um recurso facilitador nesse processo. Dessa forma, este projeto relaciona-se a etapa de qualificação do manual piloto para pacientes com câncer de mama do HCPA e seus familiares, cujos temas são abordados nos grupos, concluindo, assim, todas as etapas de elaboração de manuais educativos proposto por Echer (2005).

2 OBJETIVO

Qualificar o manual com profissionais da área de saúde, pacientes e familiares, a fim de que possa ser utilizado como recurso educativo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão da literatura são abordados aspectos que auxiliaram na construção do manual “Câncer de mama: orientações para pacientes e familiares” que são: o câncer, o câncer de mama, os diagnósticos, os tratamentos, os cuidados pós-cirúrgicos, a reabilitação, a nutrição, a qualidade de vida, as orientações pós-câncer de mama e os fatores terapêuticos de grupos.

3.1 O CÂNCER

As células normais do corpo coexistem em perfeita harmonia com objetivo da manutenção da vida de acordo com as exigências específicas do corpo, como por exemplo, o crescimento celular. Este é um mecanismo de multiplicação celular em que as células crescem e sofrem mitoses de maneira ordenada. No entanto, 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 carcinogênese refere-se ao desenvolvimento de tumores malignos. Tumor maligno ou neoplasia maligna são caracterizados pela invasão dos tecidos circunvizinhos e pelo comprometimento à distância (metástase). Já o tumor benigno não é 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 tecidos adjacentes (INCA, 2008b; INCA, 2012b).

O primeiro estágio do câncer é o chamado câncer não invasivo ou carcinoma in situ, exceto para os cânceres do sistema sanguíneo. Nesse estágio, as células estão situadas na camada de tecido original e não se propagaram para outras camadas do órgão de origem. O prognóstico nesse estágio é positivo com elevada possibilidade de cura (MENKE *et al*, 2007; INCA, 2012b).

As características do câncer invasivo são a invasão das células cancerosas em outras camadas celulares do órgão de origem, infiltração na corrente sanguínea ou linfática e capacidade de se disseminar para outras partes do corpo (INCA, 2012b).

A evolução do tumor depende da velocidade do crescimento tumoral, do órgão-sede do tumor, dos fatores constitucionais do hospedeiro, das condições ambientais, entre outros (INCA, 2008b). Tais fatores possibilitam a detecção da fase do tumor. A fase que antecede o desenvolvimento da doença é a fase pré-neoplásica. A fase pré-clínica ou microscópica é caracterizada por ausência de sintomas, enquanto na fase clínica os sintomas estão presentes (INCA, 2012b).

O tumor maligno também é classificado segundo o seu grau de disseminação, ou seja, o seu estadiamento. O sistema de estadiamento preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) é chamado de Sistema Classificação dos Tumores Malignos (TNM). Esse sistema leva em conta as características do tumor primário (T), a extensão da disseminação em linfonodos regionais (N) e a presença ou ausência de metástases a distancia (M). Esses parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4 para o tumor primitivo; N0 a N3 para o comprometimento linfático; e de M0 a M1 para as metástases a distancia. A combinação das variantes T, N e M determina os estádios clínicos que variam entre I e IV na maioria dos casos. Além do TNM, a classificação das neoplasias malignas baseia-se também na localização, tipo histopatológico, produção de substâncias e manifestações clínicas do tumor, além do sexo, idade, comportamentos e características biológicas do paciente (MENKE *et al*, 2007; INCA, 2008b; INCA, 2012b).

3.2 O CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é uma doença heterogênea e complexa, que é caracterizado por diversas formas clínicas e morfológicas, com diferentes graus de agressividade tumoral e potencial metastático (MENKE *et al*, 2007; JÁCOME *et al*, 2011)

A etiologia do câncer de mama ainda é desconhecida. No entanto, alguns fatores parecem aumentar o risco para desenvolver a doença, como: sexo feminino; idade maior que 40 anos; antecedente pessoal de câncer de mama; histórico familiar (parente de primeiro grau) com a doença; nuliparidade; menarca precoce; menopausa tardia; uso crônico do álcool; diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*; mutação genética, entre outros fatores (INCA, 2004; MENKE *et al*, 2007).

Os possíveis sintomas do câncer de mama palpável são o nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor mamária. Além do nódulo, outros achados são importantes na avaliação de uma mama, como alterações do contorno e da textura da mama e secreção mamilar (BRASIL, 2006a).

3.2.1 Diagnóstico

Para detecção precoce do câncer recomenda-se o rastreamento por meio do exame clínico da mama (ECM) e por meio da mamografia (MMG), para as mulheres a partir de 40 anos de idade (INCA, 2004).

O diagnóstico do câncer de mama é feito através de alguns métodos, associados ou não. O ECM constitui a base para a solicitação dos exames complementares e deve ser realizado adequadamente, pela inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e da mama com a paciente em decúbito dorsal (BRASIL, 2006a).

O diagnóstico das lesões palpáveis pode ser feito pela ultrassonografia (USG). É o método de avaliação por imagem das lesões, em mulheres com menos de 35 anos. A MMG, principal método de rastreamento do câncer da mama, é um procedimento que permite a descoberta de tumores. A recomendação é que seja realizada anualmente a partir dos 40 anos de idade (BRASIL, 2006a).

A confirmação de lesões suspeitas pode ser feita por diagnóstico citológico ou histológico. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) dispensa o uso da anestesia e permite o diagnóstico citológico das lesões (BRASIL, 2006a).

A punção por agulha-grossa (PAG) ou *core biopsy* é realizado sob anestesia local e permite o diagnóstico histopatológico e a dosagem de receptores hormonais. Também apresenta as características da neoplasia, do estado linfonodal, do comprometimento das margens cirúrgicas de ressecção e os resultados dos marcadores prognósticos avaliados por imunohistoquímica (BRASIL, 2006a).

A biópsia cirúrgica é indicada quando não foi realizada PAAF ou PAG ou quando há alguma incerteza nos resultados da biópsia por agulha. É indicada a investigação com PAAF, PAG ou biópsia cirúrgica em situações em que as lesões palpáveis têm a imagem negativa na mamografia ou ultra-sonografia (BRASIL, 2006a).

A biópsia do linfonodo sentinela é um procedimento com objetivo de identificar a presença de células cancerígenas nos linfonodos axilares, a fim de evitar a remoção total dos mesmos. Uma substância radioativa e/ou um corante são injetados próximo ao tumor através do sistema linfático. Os linfonodos sentinelas são os primeiros gânglios que recebem a linfa vinda do tumor e têm a maior probabilidade de conter células cancerosas caso o câncer tenha se espalhado pelo corpo. Se o câncer estiver presente nestes linfonodos é indicada a realização da dissecação de linfonodos axilares para constatar a quantidade de linfonodos comprometidos (ACS, 2012).

A linfadenectomia axilar é a remoção cirúrgica de um ou mais nódulos linfáticos da axila, também chamada de esvaziamento axilar. Esse procedimento é feito com o objetivo de pesquisar a invasão ou não pelo tumor nos nódulos linfáticos da axila, para posterior orientação sobre o tratamento (MELO, 2007). Caso células cancerígenas estejam presentes nos gânglios linfáticos, há uma maior chance de que essas tenham se espalhado através dos vasos sanguíneos para outras partes do corpo (ACS, 2012).

3.2.2 Tratamento

Existem algumas modalidades de tratamento, que podem ser utilizadas de forma associada ou não. As modalidades de tratamento são a cirúrgica e a radioterápica para o tratamento loco-regional e a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico (INCA, 2004).

3.2.2.1 Tratamento Cirúrgico

O tipo de procedimento cirúrgico depende do estadiamento clínico e do tipo histológico do tumor. A cirurgia pode ser conservadora ou não. A setorectomia e a tumorectomia constituem cirurgias conservadoras da mama, em que é feito a ressecção de um segmento da mama. Enquanto as modalidades de mastectomia são cirurgias não-conservadoras (INCA, 2004).

A tumorectomia é a exérese do tumor sem margens. Já a setorectomia é exérese do tumor com margens, ou seja, é a remoção do tecido mamário ao redor do tumor. Se células cancerígenas são encontradas na peça de tecido mamário removido, significa que as margens são positivas e que há presença de mais células cancerosas na mama da paciente. Nessa situação as opções são fazer uma nova setorectomia ou fazer a mastectomia (ACS, 2012).

A mastectomia simples ou total é a retirada da mama com pele e complexo aréolo-papilar. A mastectomia radical modificada é a retirada da mama com preservação de um ou dois músculos peitoral com linfadenectomia axilar (INCA, 2004).

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

Após a mastectomia ou setorectomia com linfadenectomia axilar ou reconstrução mamária com retalho transversal do músculo reto abdominal, é necessário a colocação de um ou mais drenos de sucção sobre a região torácica ou abdominal. O objetivo dos drenos é eliminar secreções que se acumulam durante o processo de cicatrização (ACS, 2012; INCA, 2011a). Após a linfadenectomia axilar, pode ocorrer a acumulação de proteína rica em líquido no braço, chamada de linfedema. Isso ocorre quando a drenagem linfática axilar a partir do braço é interrompida. É uma condição que traz prejuízo físico devido o comprometimento funcional do membro afetado, além de dor, desconforto e edema. O dano do linfedema não é apenas físico, é também emocional e a alteração da condição estética acaba gerando ansiedade, depressão e estresse (HARRIS *et al*, 2001; DENNIS, 1993).

3.2.2.1.1 Reconstrução mamária

É uma importante opção para pacientes após a mastectomia, pois auxilia a mulher mastectomizada a ajustar-se às alterações da imagem corporal devido à cirurgia. A reconstrução mamária pode ser realizada no mesmo ato cirúrgico da mastectomia ou meses a anos após o tratamento primário. Existem várias técnicas de reconstrução mamária. Uma delas é inclusão direta de uma prótese de silicone em localização subpeitoral. Algumas complicações podem surgir após o implante de prótese, como contratura capsular da prótese,

alteração da forma, dor local, infecções e ruptura do envelope de silicone com extravasamento de silicone-gel (CALIFORNIA, 2010; MENKE *et al*, 2007)

Outra técnica é o uso de expansor de tecidos. É indicada quando não há pele suficiente para obter um bom revestimento do implante, então, é colocado o expansor de tecidos que é gradualmente preenchido com uma solução salina até que o tecido esteja esticado suficientemente e, posteriormente, é substituído por prótese definitiva (CALIFORNIA, 2010; MENKE *et al*, 2007)

A utilização de retalhos miocutâneos provenientes do músculo reto abdominal ou do músculo dorsal são opções de reconstrução mamária. Uma parte de gordura, pele e músculo é transferida para área da mama. A técnica preferencial é a com retalho miocutâneo do reto abdominal (TRAM), pois fornece à neomama textura natural e proporciona à paciente o reencontro com valores importantes perdidos na mutilação da cirurgia radical. Por ser uma cirurgia mais elaborada, está sujeita a complicações circulatórias com chance de aparecer áreas de necrose, mais frequentes em fumantes e obesas. Outras complicações, como desconforto, hematoma, redução da força, problemas de cicatrização, são possíveis de acontecer (MENKE *et al*, 2007; CALIFORNIA, 2010)

A reconstrução do complexo aréolo-mamilar pode ser feita em ambulatório, após alguns meses da reconstrução mamilar. O novo complexo pode ser feito com parte do outro mamilo ou com enxerto de pele total da face interna da coxa ou por pigmentação, através de tatuagem (CALIFORNIA, 2010).

3.2.2.1.2 Cuidados após a cirurgia

As recomendações após a cirurgia são as seguintes: manter o uso do sutiã, pois faz parte do curativo, independente do tipo de cirurgia; realizar os exercícios indicados após 24 da cirurgia; verificar a data de consulta ambulatorial. Na linfadenectomia, é importante fazer o exercício com uso da ‘bolinha’ a fim de ajudar na reabilitação física e para prevenir o linfedema, principalmente do lado do braço operado (RABIN; FUNGHETTO, 2000).

Os cuidados indicados no retorno para casa são manter uma dieta normal, evitar mexer no curativo e cuidar para não molha-lo, permanecer usando sutiã, manter repouso relativo,

esvaziar o dreno quando necessário, evitar carregar peso, realizar os exercícios recomendados para o braço e usar medicação para analgesia (RABIN; FUNGHETTO, 2000).

3.2.2.2 Radioterapia

A radioterapia utiliza raios de alta energia que tem a capacidade de reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia ou para destruir as células remanescentes após a cirurgia. É indicada como parte integrante do tratamento após as cirurgias conservadoras, e é indicada após a mastectomia em alguns casos (INCA, 2004; ACS, 2012). A radioterapia pode ser interna ou externa.

A radioterapia interna é conhecida como braquiterapia em que a radiação é fornecida sob forma de fios, agulhas e pastilhas que são implantadas no tecido mamário próximo do tumor. Pode ser administrada juntamente com radiação externa com o objetivo de reforçar a radiação. A braquiterapia têm tido bons resultados, mas ainda não é melhor quanto a radioterapia externa (ACS, 2012).

Na radioterapia externa, marcas de tinta são feitas na pele e servem como guia para focar a radiação sobre a área desejada. O tratamento é iniciado após um mês da cirurgia e dura cerca de seis semanas. Cada aplicação duram poucos minutos e são realizadas de segunda a sexta-feira em ambulatório. Os possíveis efeitos colaterais são inchaço, queimadura e alterações na pele (ACS, 2012).

3.2.2.3 Quimioterapia

A quimioterapia é um tratamento sistêmico - por meio do uso de fármacos - para destruir as células cancerígenas. No câncer de mama, a quimioterapia reduz o volume tumoral e o risco de recidiva, e também trata o câncer que se espalhou pelo organismo (CALIFORNIA, 2010; INCA 2004; MENKE *et al*, 2007).

Após a cirurgia, em alguns casos é recomendada a terapia adjuvante sistêmica a fim de reduzir o risco de retorno do câncer. É uma medida de segurança caso células cancerígenas estejam presentes na corrente sanguínea, além de reduzir as taxas de mortalidade

(CALIFORNIA, 2010; INCA 2004; MENKE *et al*, 2007). Pacientes pré-menopáusicas com comprometimento axilar, pacientes pré-menopáusicas sem comprometimento axilar com presença de fatores de mau prognóstico e pacientes pós-menopáusicas com idade inferior a 70 anos possuem indicação para o tratamento quimioterápico adjuvante. No entanto, os benefícios para a paciente através dessa terapia devem ser considerados, a fim de evitar que os efeitos colaterais coloquem a paciente em risco maior que o da própria doença (MENKE *et al*, 2007).

Em alguns casos é possível utilizar a quimioterapia antes da cirurgia. Essa terapia chamada de terapia neoadjuvante tem o objetivo de reduzir o volume tumoral e possibilita a escolha da cirurgia conservadora em tumores inicialmente candidatos à mastectomia radical (CALIFORNIA, 2010; INCA 2004). Algumas vantagens dessa modalidade de quimioterapia são a monitorização *in vivo* da resposta tumoral à quimioterapia, maior número de cirurgias conservadoras e tratamento de micrometástases em pacientes com doença avançada. O esquema utilizado é a aplicação de três ou quatro ciclos no pré-operatório, seguidos de dois ou três ciclos de consolidação nos pós-operatório imediato, desde que as condições clínicas da paciente assim o permitam (MENKE *et al*, 2007).

A quimioterapia paliativa é a aplicação de fármacos antineoplásicos em pacientes portadoras de doença metastática ou pacientes com tumores muito avançados, tem o objetivo de diminuir ou eliminar a sintomatologia da doença. É recomendada desde que os potenciais benefícios do tratamento sejam superiores aos riscos e efeitos colaterais. Apesar de não haver aumento da sobrevida, a melhora da sintomatologia permite uma melhor qualidade de vida dessas pacientes (MENKE *et al*, 2007).

Os medicamentos quimioterápicos não atuam somente em células tumorais, mas sim em todas as células que se encontram em ciclo celular ativo. Dessa forma, o efeito de destruição se faz presente em todo o organismo (MENKE *et al*, 2007).

Os efeitos colaterais mais comuns são náuseas e vômitos, perda de apetite, alteração do peso, alterações nas unhas, alopecia, fraqueza e fadiga. Também pode ocorrer diarreia, constipação e estomatite, porém, são menos frequentes (CALIFORNIA, 2010). Náuseas e vômitos, geralmente, iniciam de 1 a 6 horas após a aplicação e podem durar até 48 horas. Alguns quimioterápicos utilizados produzem uma irritação nas paredes do estômago e intestino, causando tal sintoma. É recomendado o uso de medicações como profilaxia das náuseas e vômitos. Além do uso de medicações, é indicado evitar alimentos condimentados e carnes gordurosas e condimentados, e também aconselhado alimentar-se mais vezes por dia e

em pequenas quantidades em ambiente tranquilo e livre de odores, buscar ingerir alimentos frios ou em temperatura ambiente e bebidas gasosas, pois são bem tolerados, mastigar bem os alimentos, não realizar esforços físicos após as refeições (INCA, 2011b; MENKE *et al*, 2007).

A alopecia costuma surgir 2 a 3 semanas após a aplicação do fármaco. É um efeito temporário e reversível, o cabelo torna a crescer após o término da quimioterapia. O uso de enfeites na cabeça pode ajudar a disfarçar essa alteração na imagem corporal (INCA, 2011b).

Alguns remédios podem causar diarreia e constipação. É recomendado optar por alimentos ricos em fibras, alimentos sem gorduras e sem condimentos, ingerir mais líquidos, realizar exercícios físicos leves (INCA, 2011b).

A estomatite é outro efeito que pode ocorrer. Nesse caso, é indicado manter a boca higienizada, utilizar escova de dente com cerdas macias ou de espuma, ou algodão com o dedo ou espátula; evitar alimentos ácidos, condimentados, de consistência dura e quentes; optar por alimentos gelados, líquidos e pastosos (INCA, 2011b).

A suspensão temporária da menstruação e a menopausa precoce nas mulheres também são efeitos colaterais da quimioterapia (INCA, 2011b).

Os efeitos adversos mais perigosos são a leucopenia, anemia e trombocitopenia. Nessas situações podem aparecer sintomas como cansaço, fadiga, falta de ar, palidez, febre, pintas avermelhadas na pele, manchas roxas e vermelhas e sangramentos. É recomendado manter adequada higiene corporal e bucal, evitar cortes ao depilar axilas e pernas, proteger a pele de ferimentos ao cortar as unhas, não espremer espinhas e cravos, optar por uma dieta saudável rica em legumes, verduras, frutas e cereais e pobre em gorduras, evitar ambientes fechados e pouco ventilados, procurar ter um bom sono e repouso (INCA, 2011b).

3.2.2.4 Hormonioterapia

A terapêutica endócrina é fundamentada na dependência dos tumores aos hormônios esteroides, pois estes influenciam a função e a anatomia da mama. A progesterona surge com os ciclos ovulatórios e desenvolve os lóbulos mamários, enquanto o estrogênio é o hormônio que inicia o desenvolvimento dos ductos mamários. Para a confirmação da existência de correlação do câncer com o hormônio, é feito um teste de sensibilidade. Caso o resultado do

teste hormônio-receptor seja positivo, significa que as células cancerígenas crescem na presença do hormônio (CALIFORNIA, 2010; MENKE *et al*, 2007).

Nessas situações é indicado o uso da terapia hormonal que tem a função de bloquear ou reduzir a quantidade de hormônio natural do organismo através do uso de moduladores seletivos de hormônio ou pela remoção cirúrgica dos ovários (CALIFORNIA, 2010).

O tamoxifeno é um antiestrogênio e tem sido a droga padrão para o tratamento do câncer no caso de receptor hormonal positivo. A ação é retardar a evolução do câncer, bloqueando o efeito do estrogênio nas células cancerígenas. Também reduz o risco de recidiva da neoplasia mamaria. É indicado também para pacientes com câncer metastático hormônio-dependente e para pacientes cujo risco de desenvolver câncer de mama é maior que a média. Nas pacientes pós-menopausicas com metástases axilares, a opção inicial é o uso do tamoxifeno durante cinco anos, reduzindo em 30% o risco de morte por câncer de mama nesse período. (CALIFORNIA, 2010; MENKE *et al*, 2007).

Os efeitos adversos do tamoxifeno são calorões, irregularidade menstrual, perdas sanguíneas vaginais e aumento de câncer de endométrio. No entanto, ele reduz o colesterol sanguíneo e reduz a taxa de perda óssea (CALIFORNIA, 2010; MENKE *et al*, 2007).

Os inibidores da aromatase como, o anastrozele e o letrozole são indicados como primeira linha de tratamento quando a paciente tem alguma restrição ao tamoxifeno. A ação desses medicamentos é bloquear a conversão periférica de estrona em estradiol e só é indicado na pós-menopausa (MENKE *et al*, 2007).

Para as pacientes na pré-menopausa, a abordagem indicada é a ablação ovariana, como o objetivo de reduzir do estrogênio circulante e é feito por ooforectomia, radioterapia ou pela droga goserilina (XAVIER *et al*, 2006).

3.2.3 Reabilitação

A fase de reabilitação funcional é importante e apresenta benefícios para a paciente submetida à cirurgia oncológica de mama (PETITO; GUTIERREZ, 2008). A imobilização prolongada, o tipo de cirurgia, a realização da linfadenectomia axilar, traumatismos no nervo torácico longo são fatores que colaboram para que a paciente desenvolva tendência a pouca movimentação do membro superior (SPRINGER *et al*, 2010; BARAUNA *et al*, 2004).

Algumas complicações como dor, dificuldade para movimentar o ombro, edema no braço e alteração da sensibilidade na parte interna e superior do braço são possíveis de ocorrer após a cirurgia da mama. A realização de exercícios físicos após a cirurgia pode diminuir a tendência dessas complicações pós-operatórias e reduzir os sintomas presentes, além de trazer benefícios na esfera psicológica, uma vez que propicia condições para que a paciente retorne o quanto antes às suas atividades de vida diária (INCA,2003;SPRINGER *et al*, 2010;BARAUNA *et al*, 2004; BERGAMANN *et al*, 2006). Dessa forma, após a cirurgia é indicado manter uma pequena elevação do braço operado, de maneira que a mão e o cotovelo estejam mais elevados que o ombro e apoiados sobre um travesseiro (QUADROS, 1998).

Assim que for possível é recomendado caminhar de forma natural, com os braços soltos ao lado do corpo e a coluna reta (INCA, 2003). No dia seguinte à cirurgia pode iniciar a realização de leves movimentos de dedos, punho, mão e cotovelo e repetir cada 10 vezes cada e três vezes ao dia. Os movimentos devem ser gradativos durante o período que estiver com os pontos. O fortalecimento do antebraço pode ser feito através do exercício com o uso de bolinha, que deve ser pressionada pela mão por alguns segundos (QUADROS, 1998; PETITO; GUTIERREZ, 2008).

Até a retirada do dreno pode se fazer alongamentos da região cervical e da cintura escapular, flexão e extensão dos ombros (PETITO; GUTIERREZ, 2008; INCA, 2003). Após a retirada do dreno, é recomendado fazer movimentos de abdução e adução dos ombros. Os exercícios devem ser feitos durante 10 segundos (PETITO; GUTIERREZ, 2008). É indicado fazer poucas repetições, iniciar com 10 repetições e aumentar gradativamente até 50 repetições cada um e realiza-los em frente a um espelho. A frequência dos exercícios é três vezes ao dia, nos três primeiros meses posteriores a cirurgia e eles devem ser realizados de forma apropriada (QUADROS, 1998; INCA,2003).

Algumas recomendações, como manter a pele hidratada e limpa, usar luvas de proteção ao fazer atividades do lar, usar dedal para costurar, usar barbeador elétrico para remoção de pelos da axila ou cortá-los com tesoura sem ponta ou usar cremes depilatórios são alguns cuidados a serem feitos a fim de reduzir riscos de infecção (QUADROS, 1998; INCA,2003).

Também é necessário evitar aplicar injeções do lado operados, aferir a pressão arterial, coletar sangue, retirar cutículas, queimar ou arranhar a pele, usar blusas com elástico, usar relógios, evitar substâncias irritantes na pele e evitar expor-se excessivamente ao sol e em ambientes propícios a ser picado por insetos. Outras contra- indicações como carregar objetos

pesados ou fazer esforços e movimentos repetitivos do lado operado (QUADROS, 1998; INCA,2003).

Ressalta-se observar sinais de infecção no braço como edema, calor local e hiperemia (QUADROS, 1998; INCA,2003).

3.2.4 Nutrição

Para melhorar a qualidade de vida e prevenir doenças, o Ministério da Saúde (MS) dá recomendações de uma alimentação saudável, com pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Dessa forma, é reduz o risco de gastrite e também é evita a ingestão de quantidade elevada de alimentos no mesmo momento (BRASIL, 2006b).

Os grãos integrais, legumes, frutas e verduras são ricos em minerais, vitaminas e fibras que ajudam a regularizar o funcionamento do intestino e melhoram a atividade imunológica. Métodos de cozimento com temperaturas baixas, como vapor, fervura, pochê, ensopado cozido ou assado são escolhas mais saudáveis. O arroz e o feijão são uma combinação completa de proteínas e devem ser ingeridos pelo menos cinco vezes por semana (BRASIL, 2006b).

O consumo diário de leite e derivados indicado é de três porções. Esses alimentos são fonte de cálcio e colaboram na formação e manutenção da massa óssea. Já a ingestão recomendada de carnes, peixes ou ovos são de uma porção diária. Tais alimentos são excelentes fontes de ferro e ajudam diminuir o risco da ocorrência de anemia (BRASIL, 2006b).

Alimentos com menor quantidade de gordura trans são escolhas mais adequadas dos grupos dos óleos e gorduras e seu consumo máximo diário é de uma porção. Assim como os alimentos do grupo dos açúcares e doces também é indicada uma porção diária (BRASIL, 2006b).

A redução do uso de sal na comida e de alimentos industrializados é importante, pois a ingestão elevada de sódio aumenta o risco de desenvolver doenças no coração e nos rins. Já o consumo de água deve ser de pelo menos dois litros por dia, principalmente no intervalo das

refeições. É recomendado evitar o consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo (BRASIL, 2006b).

Além de manter uma alimentação saudável, a prática de exercícios físicos por trinta minutos diários ajuda a melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2006b).

3.2.5 Qualidade de vida

O câncer de mama tem influência sobre toda a vida da mulher, pois a compromete física, emocional e socialmente (FERREIRA; MAMEDE, 2003; MENKE *et al*, 2007). É uma doença da família tanto quanto pessoal, afetando o funcionamento familiar e os papéis de gênero. Estes papéis de gênero são funções e comportamentos pré-determinados e impostos socialmente que devem ser assumidos em função do gênero (GIANINI, 2007). O impacto na família é refletido na alteração da rotina e a forma de reagir a esta nova situação depende do modo de ser de cada indivíduo e está relacionado ao grau de liberdade na família para expressar tais reações (OLIVEIRA; COSTA, NOBREGA, 2006).

Pinho *et al* (2007) afirmam que diferentes situações de ameaça são experimentadas pelas portadoras da neoplasia mamária, como o estado de depressão e de ansiedade acarretado pelo desconforto psicológico e também mudanças no estilo de vida causadas pelo desconforto físico e do medo relacionado ao sucesso do tratamento, da possível recorrência e o temor da morte. O quanto antes o câncer for detectado, mais eficaz será o tratamento e com altas chances de cura, pois a extensão da doença influencia no prognóstico (INCA, 2011b).

Apesar do diagnóstico, às vezes tardio, e de problemas de eficácia do tratamento, grande parte das mulheres acometidas por essa doença vive por muitos anos. Diante desse aumento de sobrevivência, a mulher precisa aprender a conviver na presença da doença e na constante insegurança do sucesso do tratamento e também como o medo do seu retorno (PINHO *et al*, 2007).

Dessa forma é de fundamental importância o suporte social e da família no processo de adaptação da paciente à doença. Algumas mulheres têm sentimentos de impotência pelo fato de terem que depender dos outros para ajudá-las no seu cuidado, elas acreditam que após a alta hospitalar podem assumir normalmente os seus papéis e cuidados com a família, porém, em geral, existem certas limitações para desenvolver alguns afazeres domésticos. Esses

sentimentos de incapacidade e de isolamento podem ser intensificados caso a família tenha atitudes superprotetoras. Outra situação é que algumas mulheres têm dificuldade de partilhar seus medos com intuito de proteger seus familiares. É necessário o estímulo da expressão de sentimentos e emoções para ajudar na organização de uma nova identidade e auxiliar no enfrentamento da doença. O apoio familiar contribui para aceitação da nova realidade, traz apoio, força e desperta coragem para seguir o tratamento da doença (PINHO *et al*, 2007 FERREIRA; MAMEDE, 2003; GIANINI, 2007).

A mulher com câncer de mama também precisa conversar com os filhos, eles percebem as mudanças na rotina da família. É importante que os filhos saibam simples informações sobre a doença e permitir que expressem suas emoções sobre a situação que a família está enfrentando (RABIN; FUNGHETTO, 2000).

O relacionamento conjugal é influenciado, pois o câncer de mama interfere na sexualidade, na autoimagem e na estética feminina. As mamas simbolizam a sexualidade e a feminilidade e as mulheres têm sentimentos de mutilação do órgão. Além disso, alguns efeitos secundários do tratamento, como a redução da libido sexual, menopausa precoce, dispareunia e a redução da sensibilidade ao toque na mama podem estar presentes de forma mais intensa em algumas mulheres (PINHO *et al*, 2007; ACS, 2012; GIANINI, 2007). A ansiedade e as preocupações relacionadas à sexualidade do casal são reduzidas quando é propiciado um momento de expressar tais sentimentos. Alguns parceiros podem ter medo de olhar e tocar o local da cirurgia. Dessa forma, é interessante que a mulher fale para o parceiro o que é confortável ou não a fim de restabelecer a intimidade entre eles (RABIN; FUNGHETTO, 2000; ACS, 2012).

A intervenção precoce reduz as sequelas do tratamento e propicia melhor qualidade de vida à mulher. O plano de cuidados traçado cuidadosamente por uma equipe multidisciplinar pode oferecer também suporte adequado desde o início do tratamento. Uma estratégia bastante utilizada são os grupos, que possibilitam a troca de energia, de solidariedade e da vivência de cada uma que se encontra neste momento frágil de suas vidas (FERREIRA; MAMEDE, 2003).

3.2.6 Pós câncer de mama

A mulher que completou o tratamento receberá acompanhamento cuidadoso da equipe médica com objetivo de verificar todos os efeitos a longo prazo, sinais de recorrência do câncer, sintomas referidos pela paciente, além de propiciar apoio psicológico e social. Nas consultas, o exame clínico das mamas será realizado e exames complementares serão solicitados conforme a necessidade (MENKE *et al*, 2007).

Em geral, as consultas são a cada três meses nos primeiros dois anos, quando é mais frequente a recorrência, e a cada seis meses no três anos seguintes. O exame clínico trimestral com mamografia e ecografia mamária semestral nos primeiros dois anos, posteriormente é indicado a revisão clínica semestral complementada por mamografia anual (CALIFORNA, 2010; MENKE *et al*, 2007).

A terapia de reposição hormonal é um fator de risco estabelecido para desenvolver câncer de mama. Portanto os riscos e benefícios do uso dessa terapia devem ser discutidos e avaliados antes de iniciar a reposição hormonal (WANNMACHER; LUBIANCA, 2004; CHLEBOWSKI *et al*, 2010).

3.3 FATORES TERAPÊUTICOS DE GRUPOS

A participação de mulheres em grupos de apoio permite que elas possam trocar experiências, receber e oferecer suporte social, sair da exclusão social, receber informações e realizar atividades de lazer. O suporte social percebido na constatação de que não estão sozinhas e pela chance de externar seus sentimentos, serve de sustento para a continuidade do processo de recuperação e adaptação à nova condição. Em relação a sua imagem pessoal, o grupo serve de referência e modelo inspirador para a elaboração da autoimagem, melhorando assim a autoestima (PINHEIRO *et al*, 2008).

Os grupos oportunizam a aprendizagem sobre as possíveis complicações da doença, exposição a fatores de risco e esclarecimentos quanto aos direitos como mulheres mastectomizadas. As atividades educativas e informativas reforçam o domínio do corpo e adoção de medidas preventivas. As informações sobre a doença e o tratamento, favorecem a promoção da saúde, permitindo que as mulheres tornem-se mais independentes para o cuidado de si mesmas e para realização de outras atividades relacionadas ao ambiente e a família (PINHEIRO *et al*, 2008, FERREIRA; MAMEDE, 2003).

3.4 ELABORAÇÃO DE MANUAIS

Na elaboração de manuais de orientações de cuidados em saúde, alguns critérios são necessários, como a construção de projeto de desenvolvimento, a busca do conhecimento científico do tema a ser trabalhado, o uso de uma linguagem acessível, a escolha de informações relevantes, a participação de profissionais, pacientes e familiares e, por fim, a atualização constante e com rigor científico para garantir a qualidade do manual (ECHER, 2005).

Echer (2005) define alguns passos para a construção de manuais. O primeiro passo é a elaboração do projeto de desenvolvimento e sua submissão a um Comitê de Ética e Pesquisa, o que proporciona a realização de trabalhos com melhor qualidade e aumenta a possibilidade de captação de recursos financeiros. O passo seguinte é a revisão de literatura especializada, o que traz reconhecimento do valor da equipe de profissionais e também traz segurança aos usuários. Posteriormente, é importante transformar a linguagem das informações encontradas na literatura em uma linguagem acessível e de fácil compreensão para todas as camadas da sociedade. Ainda é necessário que seja feita a seleção das informações que irão constar no manual, porque ele precisa ser atrativo e objetivo. É importante também procurar ilustrar as orientações, para torná-lo mais descontraído, interessante e de fácil entendimento.

A etapa de qualificação do manual tem o objetivo de avaliar o conteúdo construído. Os manuais podem ser qualificados por diferentes profissionais, pacientes e familiares. Essa fase de qualificação exige que os pesquisadores estejam abertos a críticas para elaborar algo que atenda as necessidades e expectativas das pessoas. Nessa etapa é feita assinatura do termo de consentimento livre e informado pelos participantes e é feita a entrega do manual juntamente com um questionário de avaliação do conteúdo, da clareza das instruções e com um espaço para outras sugestões. Neste momento é agendada uma entrevista para que os participantes possam opinar sobre sua percepção a cerca do material (ECHER, 2005).

A elaboração do manual feita em equipe multidisciplinar é uma oportunidade de uniformizar e oficializar as condutas no cuidado ao paciente. A participação de pacientes e familiares que vivenciaram de alguma maneira o tema abordado é fator importante para o pesquisador e para equipe envolvida, pois é um momento em que o pesquisador percebe a distância entre o que foi escrito e o que foi compreendido (ECHER, 2005).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo de desenvolvimento metodológico com o foco na elaboração, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e de estratégias metodológicas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O método utilizado para o aperfeiçoamento do manual seguiu as orientações propostas por Echer (2005). Segundo a autora, o questionário permite a avaliação do conteúdo, a clareza das instruções e sua relevância como um todo. Trata-se de um processo de modificação e correção do texto segundo as observações sugeridas pelos participantes avaliadores.

4.2 CONTEXTO

O projeto de desenvolvimento de “Psicoeducação para pacientes com Câncer de Mama do Hospital de Clínicas de Porto Alegre” é realizado no Serviço de Mastologia do HCPA desde o ano de 2009. As pacientes em atendimento no ambulatório de Mastologia do HCPA são convidadas a participar do grupo. A atividade psicoeducativa é organizada em grupos, e operacionalizada em seis encontros, tendo duração de uma hora e meia por encontro. A coordenação é feita por enfermeiras do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública

4.3 SUJEITOS

A amostra foi constituída de profissionais de saúde que atuam no HCPA, pacientes submetidas ao tratamento de câncer de mama na referida instituição e seus familiares. Totalizando, 16 pessoas, assim distribuídas: um residente do serviço de mastologia, um

residente do serviço da psiquiatria, dois mastologistas, um psiquiatra, dois enfermeiros, cinco pacientes e quatro familiares.

4.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta das informações foi realizada, conforme as etapas propostas por Echer (2005), que orienta os passos para a elaboração e qualificação de manual. Essas orientações serviram de guia e possibilitaram chegar numa versão final do manual que alcançasse o máximo dos objetivos propostos para qualifica-lo como útil, acessível e de fácil compreensão.

A revisão de literatura corresponde a uma das etapas de construção do material. Para obtenção das informações, foram utilizados os seguintes recursos: pesquisa em teses, dissertações, revistas, jornais e periódicos de leitura corrente. O levantamento de dados foi através de banco de dados informatizados da Biblioteca Virtual de Saúde acessando o Sistema Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e também por meio do Google acadêmico. Ainda foram utilizados livros e manuais nacionais e internacionais. Os materiais consultados foram nos idiomas Português e Inglês, no período entre o ano de 1999 e 2012.

A literatura referente aos temas abordados no manual é amplamente difundida tanto a nível nacional quanto internacional, por isso não foi realizada uma pesquisa exaustiva. A estratégia utilizada foi a leitura seletiva, que segundo Gil (2002) é o momento em que são selecionados os materiais pertinentes à pesquisa. Foram selecionados para este estudo 17 artigos, teses e dissertações, quatro manuais nacionais e dois manuais internacionais e dois livros.

Foram distribuídos aos participantes, o manual piloto, o instrumento para avaliação do manual (ANEXO C) e os termos de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A e B). Estes fizeram a leitura cuidadosa do texto, apontaram modificações e/ou sugestões no mesmo.

O contato com as pacientes e familiares ocorreu durante a realização do grupo de psicoeducação para pacientes com câncer de mama no HCPA e/ou nas consultas no ambulatório de mastologia e os profissionais foram convidados em seus serviços. Após esse

primeiro momento, foi agendado um segundo encontro, no qual o participante verbalizou sua impressão e sugestão sobre o manual e também devolveu o manual piloto e do instrumento de avaliação.

4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A análise das informações do instrumento de avaliação foi realizada por meio da tabulação das respostas obtidas, utilizou-se o programa computacional Excel 2007.

As sugestões pontuadas ao longo do manual piloto foram direcionadas conforme a sua semelhança. Modificações no sentido de incluir ou excluir informações correspondem ao grupo de inclusão e de exclusão, respectivamente. Enquanto as propostas a fim de substituir algum termo utilizado por outro, foram direcionadas ao grupo de substituição. E também nas situações em que as informações foram interrogadas, essas foram incluídas no grupo chamado observação. A partir disso, os responsáveis pelo projeto maior analisaram tais sugestões, após consenso, as alterações consideradas pertinentes foram incluídas na versão final do manual.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com o exigido, o projeto maior no qual se inseriu este, foi encaminhado para análise e apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sendo aprovado com o número 09278. Todos os participantes desta fase do projeto assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido onde confirmaram sua permissão legal na participação, quando foi garantido o anonimato dos mesmos. O trabalho foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa da Escola da Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/UFRGS). Entende-se que o benefício desse estudo foi a produção de um manual com linguagem acessível e de fácil compreensão, e risco quanto ao tempo gasto para a leitura e análise do manual.

5 RESULTADOS

O resultado deste trabalho foi a elaboração de um manual intitulado “Câncer de mama orientações para pacientes e familiares”, cuja finalidade é fornecer informações, esclarecer dúvidas e colaborar para melhorar a qualidade de vida da paciente e seus familiares.

O manual piloto foi construído embasado na a revisão da literatura e na experiência dos profissionais. Nessa fase, uma das dificuldades foi estabelecer um padrão de linguagem compreensível, com informações suficientes e necessárias. No entanto, o objetivo era que o manual pudesse reduzir dúvidas de forma objetiva, mas sem perder o valor das informações de acordo com a proposta de Echer (2005).

Uma dificuldade encontrada em um dos assuntos abordados no manual foi em relação aos exercícios de reabilitação. Devido à variedade de exercícios existentes, na literatura não existe consenso que estabelece os mais adequados e a periodicidade da realização dos mesmos (PETITO; GUTIERREZ, 2008). Os exercícios incluídos no manual foram os que já são utilizados e indicados na rotina do serviço do HCPA,¹ sendo que os exercícios são preconizados tanto pelo manual de orientações fisioterápicas (INCA, 2003) quanto pelo programa de exercícios para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama (PETITO; GUTIERREZ, 2008).

A partir dessa etapa concluída, foi dado seguimento para etapa seguinte, a submissão do manual piloto aos participantes avaliadores. Esta foi fundamental para a criação da versão final do manual através das sugestões, dúvidas e impressões feitas pelos participantes.

Na questão número um, que avalia as orientações contidas no manual, os 16 avaliadores responderam que as orientações são “importantes”. A resposta da questão que avalia a linguagem foi de 14 como “acessível”, um “não acessível”, sendo que um participante não respondeu. A questão sobre a redução das dúvidas através da leitura, 15 responderam que a leitura “contribuiu”, apenas um participante optou por não responder.

A avaliação da qualidade das informações foi de “adequada”, para 13 avaliadores. Enquanto a sobre quantidade de informações foi de 10 como “adequada”, de cinco como “pouco adequada” e de um como “não adequada”.

Quanto ao tamanho e estilo de letra e a forma de disposição das informações foram respondidas como “adequado” por 12 participantes, três “pouco adequado” e um “não adequado”.

Quanto ao uso de gravuras para melhor entendimento do texto, 12 concordam, dois não responderam e dois responderam que as gravuras “às vezes” colaboram.

Dos 16 participantes, 10 responderam que “sempre” localizaram as informações facilmente no manual, sendo que três responderam que “na maioria das vezes”, um respondeu que “raramente” e dois optaram por não responder. Dessa forma, a disposição dos textos foi alterada, além de incluir um sumário a fim de facilitar a localização dos textos.

A última questão é a respeito da colaboração das informações para o autocuidado. As respostas foram 14 para opção que aprova a construção para o autocuidado.

No questionário foi previsto espaços para a escrita de sugestões e comentários. Todos os pacientes avaliadores fizeram comentários, como os seguintes: “com ele aprendi muitas coisas”; “porque com as informações a gente aprende a dar mais valor para vida”; “a orientação e a linguagem do manual é muito importante para os esclarecimentos de dúvidas e recuperação do paciente”. E dois familiares também fizeram comentários afirmando que o manual estava muito bom.

Quatro dos sete profissionais de saúde utilizaram o espaço e fizeram sugestões acerca da extensão do manual, da exclusão de informações muito técnicas, do uso de termos simples e da ordem dos assuntos em capítulos.

Em relação à análise do manual piloto, todos profissionais de saúde que avaliaram o manual sugeriram modificações no próprio manual. As sugestões foram direcionadas para os grupos denominados inclusão, exclusão, substituição ou observação, conforme o tipo de sugestão.

No grupo de inclusão as sugestões foram desde gramaticais à inclusão de conteúdo específico relacionado ao câncer de mama. Por exemplo, na frase “é uma doença resultante da divisão e multiplicação desordenada das células em lugar do corpo e que pode invadir outras regiões”, o uso do pronome relativo ‘que’, foi incluído devido a sugestões de três dos avaliadores.

Outra sugestão de inclusão proposta por três participantes foi de enfatizar a frase “quem recebe a radiação não se torna radioativo”. Essa inclusão foi aceita, pois os

profissionais de saúde observam que algumas mulheres pensam que estão “radioativas”, após o tratamento da radioterapia.

As sugestões de exclusão foram identificadas quando havia um traço sobre a frase ou quando ao lado do texto estava escrito a palavra ‘excluir’. Não houve muitas sugestões de exclusão. Um exemplo de exclusão foi no texto que aborda assuntos da hormonioterapia, em que o manual piloto continha algumas indicações do uso, porém estavam de forma técnica. O aceite dessa exclusão foi devido à especificidade da indicação do uso, pois a informação poderia gerar dúvidas.

As alterações de substituição do texto abrangeram questões de gramática e de conteúdo. Ao longo do texto, os pesquisadores destacaram e reescreveram a frase. Por exemplo, inicialmente um dos tópicos sobre o risco de desenvolver câncer de mama foi escrito da seguinte maneira “câncer de mama prévio”. Um avaliador escreveu de outro modo “história pessoal de câncer de mama anteriormente”, enquanto outro a reescreveu “já ter sido tratada por câncer de mama”. As duas sugestões contem o mesmo significado, a escolha da segunda foi por parecer mais compreensível e ter um consenso dos pesquisadores do projeto.

No grupo das observações, os apontamentos que questionavam a informação, seja pelo uso de termos técnicos, seja pelo uso da forma gramatical. Ao longo do texto, um avaliador destacou que algumas informações se repetiam. A partir dessas observações, o conteúdo foi revisado, para evitar o uso de termos difíceis e para evitar a repetição.

Echer (2005) sugere o uso de ilustrações nos manuais, pois facilitam a compreensão do conteúdo. Dessa forma, as ilustrações foram incluídas no manual, as quais foram baseadas em figuras presentes na literatura (INCA, 2003; PETITO; GUITERREZ, 2008; QUADROS, 1998). Uma pessoa com habilidades artísticas desenhou as figuras em um papel, posteriormente, foi feito a digitalização das mesmas e inseridas no manual.

Todas as sugestões e impressões de inclusão, exclusão, substituição e observações foram analisadas pelos responsáveis do projeto maior. A etapa de qualificação do manual foi finalizada após aprovação e inclusão das modificações pertinentes na versão final do manual (APÊNDICE A), o qual pode ser encaminhado e impresso pela gráfica do HCPA mediante apoio financeiro previsto junto ao Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de manuais educativos é uma estratégia essencial no apoio terapêutico de pacientes e seus familiares. Muitas dúvidas e temores são vivenciados pelos pacientes, como não entender a doença, o motivo da escolha do tratamento e as orientações acerca da recuperação. Dessa forma, o manual constitui-se de um recurso que facilita o fornecimento de informações de maneira clara, podendo reduzir os temores e ajudar na recuperação da paciente.

Durante o desenvolvimento das minhas atividades de estágio curricular de enfermagem no Serviço de Mastologia do HCPA e na participação dos grupos para as pacientes com câncer de mama, percebi o auxílio do manual na qualidade de vida das pacientes. O vínculo construído entre eu e as pacientes e os familiares possibilitou observar o quanto as dificuldades enfrentadas por eles durante e após o tratamento são influenciadas pela clareza das informações. As pacientes que participaram como avaliadoras do manual piloto, após a leitura do conteúdo, comentaram o melhor entendimento sobre a doença e expressaram a necessidade da divulgação dessas informações para outras pacientes.

O meu estágio curricular também permitiu o estreitamento de vínculo com os profissionais de saúde, principalmente com os que trabalham na área de mastologia, que possibilitou maior suporte durante as fases de elaboração e finalização do manual.

Acredito que as propostas de conteúdo selecionadas para compor o manual irão colaborar na promoção a saúde e reinserção social, profissional e familiar da paciente. Este é um instrumento que precisa periodicamente passar por revisões apuradas a fim de torná-lo sempre atualizado e útil. Espero que o manual seja mais uma forma de tecnologia educacional e esteja sempre ao alcance dos pacientes e dos profissionais de saúde.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.M. et al. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.9, n.5, 2001. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7800.pdf>>. Acesso em 15 jun 2012.

ACS. (AMERICAN CANCER SOCIETY). **For women facing breast cancer**. Atlanta. 2012. Disponível em <<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003176-pdf.pdf>>. Acesso em 15 jun 2012.

ANDRADE, A.C.F. A abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. **Rev Psiquiatr Clin**, v.26, n.6, 1999. Disponível em < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n6/art303.html> >. Acesso em 15 jun 2012.

BARAUNA, M.A *et al.* Avaliação da amplitude de movimento do ombro em mulheres mastectomizadas pela biofotogrametria computadorizada. **Rev Bras Cancerol**, v.1, n.50, 2004. Disponível em < http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/ARTIGO3.pdf >. Acesso em 15 jun 2012.

BERGMANN, A. *et al.* Fisioterapia em Mastologia: rotinas do Hospital do Câncer III/INCA. **Rev Bras Cancerol**, v.1,n.52,2006. Disponível em < http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/conduas.pdf > Acesso em 15 jun 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: **controle dos cânceres do colo do útero e da mama número 13**. Brasília, 2006a. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd13.pdf>. Acesso em 15 jun 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira : **promovendo a alimentação saudável**. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília, 2006b. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf>. Acesso em 15 jun 2012.

CALIFORNIA. California Department of Health Services. **A woman's guide to breast cancer diagnosis and treatment**. California, 2010. Disponível em < http://www.mbc.ca.gov/publications/breast_cancer_english-web.pdf >. Acesso em 15 jun 2012.

CHLEBOWSKI, R.T. *et al.* Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women. **JAMA**, v.34, n.15, 2010. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20959578>>. Acesso em 15 jun 2012.

DENNIS, B. Acquired lymphedema: a chart review of nine women's responses to intervention. *Am J Occup Ther*, v.47, n.10, 1993. Disponível em <<http://ajot.aotapress.net/content/47/10/891.full.pdf+html>>. Acesso em 04 jul 2012.

ECHER, C.I. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.13, n. 5, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a22.pdf>>. Acesso em 15 jun 2012.

FERREIRA M.L.S.M.; MAMEDE, M.V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.11, n.3, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16538.pdf>>. Acesso em 15 jun 2012.

GIANINI, M.M.S. **Câncer e gênero: enfrentamento da doença**. 2007. 101f. Tese (Mestrado) - Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_arquivos/22/TDE-2008-08-26T06:57:07Z-6254/Publico/Marcelo%20Marcio%20Siqueira%20Gianini.pdf>. Acesso em 15 jun 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002, 175p.

HARRIS, S. R. et al. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 11. Lymphedema. *JAMC*, v.2, n.164, 2001. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC80678/pdf/20010123s00017p191.pdf>>. Acesso em 04 jul 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Orientações fisioterápicas: **mastologia**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/exercicios_mastectomizadas.pdf>. Acesso em 15 jun 2012.

_____. O controle do câncer de mama. **Documento de consenso**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <<http://www.redesaude.org.br/portal/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/normas-tecnicas/012.pdf>>. Acesso em 15 jun 2012.

_____. **Atlas da Mortalidade por Câncer**. Rio de Janeiro, 2008a. Disponível em <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo07.action>>. Acesso em 15 jun 2012.

_____. Ações de enfermagem para o controle do câncer: **uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro, 2008b. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf>. Acesso em 15 jun 2012.

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Rio de Janeiro, 2011a. Disponível em <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncc_mama.pdf>. Acesso em 15 jun 2012.

_____. Cuidados após cirurgia de mama com esvaziamento axilar: **orientações aos pacientes**. Rio de Janeiro, 2011b. Disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=108>. Acesso em 15 jun 2012.

_____. **Estimativa 2012**. Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2012a. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=mapa.asp&ID=13>>. Acesso em 15 jun 2012.

_____. ABC do câncer: **abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: 2. ed. rev. e atual., 2012b. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_abc_2ed.pdf>. Acesso em 15 jun 2012.

JÁCOME et al. Detecção do Câncer de Mama: conhecimento, atitude e prática dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.2, n.57, 2011. Disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v02/pdf/06_artigo_deteccao_cancer_mama_conhecimento_atitude_pratica_medicos_enfermeiros_estrategia_saude_familia_mossoro_RN_brasil.pdf>. Acesso em 16 jun 2012.

MELO, E.M. **Avaliação de orientações sistematizadas de enfermagem no pós-operatório de mulheres submetidas à mastectomia**. 2007. 113p. Tese (Doutorado) –Departamento Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007. Disponível em <http://www.repositorio.ufc.br:8080/ri/bitstream/123456789/2067/1/2007_tese_emmelo.pdf>. Acesso em 15 jun 2012.

MENKE et al. **Rotinas em mastologia**. Porto Alegre: ARTMED, 2007, 270p.

OLIVEIRA, N.F.S; COSTA, S.F.G; NOBREGA, M.M.L. Diálogo vivido entre enfermeira e mães de crianças com câncer. **Rev. Eletr. Enf.**, v.1, n.8, 2006. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/937/1140>>. Acesso em 15 jun 2012.

PETITO, E.L; GUTIERREZ, M.G.R. Elaboração e validação de um programa de exercícios para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.3, n.54, 2008. Disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v03/pdf/revisao_2_pag_275a287.pdf>. Acesso em 15 jun 2012.

PINHEIRO, C.P.O et al. Participação em grupo de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.16, n.4, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000400013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 15 jun 2012.

PINHO, L.S et al. Cancer de mama: da descoberta à recorrência da doença. **Revista eletrônica de Enfermagem**, Fortaleza, v.09, n.01, 2007. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7143/5056>>. Acesso em 15 jun 2012.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Compreensão do Delineamento da Pesquisa Qualitativa. In: _____ **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Ed ARTMED, 2004.

QUADROS, L.G.A. Reabilitação funcional. Grupo de apoio às pacientes com câncer de mama. **Departamento de ginecologia da Universidade Federal de São Paulo**. São Paulo, 1998. Disponível em <<http://www.unifesp.br/dgineco/reabilitacao.htm>>. Acesso em 15 jun 2012.

RABIN, E.G; FUNGHETTO, S.S. Câncer de mama: **tratamentos e cuidados**. Serviço de Mastologia. Porto Alegre: Novartis, 2000, 23p.

SPRINGER, B.A et al. Pre-operative assessment enables early diagnosis and recovery of shoulder function in patients with breast cancer. **Breast Cancer Res Trea.**, v.1, n.120, 2010. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940708/?tool=pubmed>>. Acesso em 15 jun 2012.

WANMACHER, L; LUBIANCA, J.N. Terapia de reposição hormonal na menopausa: evidências atuais. **Uso racional de medicamentos**. Brasília, v.1, n.6, 2004.

Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_TRH_0504.pdf >.
Acesso em 15 jun 2012.

XAVIER et al. Hormonioterapia no câncer de mama. In: FREITAS F, *et al.* **Rotinas em ginecologia**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais de Saúde

Projeto de desenvolvimento: Psicoeducação em Câncer de Mama / GGPG 09-278

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais de Saúde

Convidamos você a participar do estudo: Psicoeducação em Câncer de Mama – Manual de orientações cujo objetivo é construir um material educativo que possa servir para orientar os pacientes sobre diagnóstico, tratamento e suas repercussões.

Sua participação consiste na leitura do manual, pontuando aspectos que necessitam ser melhorados e resposta a um questionário sobre a adequação do conteúdo do mesmo. O inconveniente será o tempo gasto na leitura do manual e no contato com os pesquisadores. Os benefícios é a de que você estará contribuindo com a sua experiência para que os pacientes recebam orientações sobre a doença e tratamentos.

Pelo presente consentimento, declaro que autorizo a minha participação neste projeto, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento os objetivos e a justificativa do questionário a que responderei e dos benefícios deste projeto de pesquisa. Fui igualmente informado: da garantia de requerer resposta a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo a minha atividade profissional, da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade na publicação dos resultados.

O pesquisador responsável por este projeto é a enfermeira Dóris Baratz Menegon, (Coren/RS 26566) fone: 33598103, também fazem parte deste projeto a enfermeira Emi Thomé, os médicos Ana Bitelbrunn, Miriam Brustein e profº Carlos Menke.

Nome e assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: / /

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pacientes e familiares

Projeto de desenvolvimento: Psicoeducação em Câncer de Mama / GGPG 09-278

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pacientes e familiares

Convidamos você a participar do estudo: Psicoeducação em Câncer de Mama – Manual de orientações cujo objetivo é construir um material educativo que possa servir para orientar os pacientes sobre diagnóstico, tratamento e suas repercussões.

Sua participação consiste na leitura do manual, pontuando aspectos que necessitam ser melhorados e resposta a um questionário sobre a adequação do conteúdo do mesmo. O inconveniente será o tempo gasto na leitura do manual e no contato com os pesquisadores. Os benefícios é a de que você estará contribuindo com a sua experiência para que os pacientes recebam orientações sobre a doença e tratamentos.

Pelo presente consentimento, declaro que autorizo a minha participação neste projeto, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento os objetivos e a justificativa do questionário a que responderei e dos benefícios deste projeto de pesquisa. Fui igualmente informado: da garantia de requerer resposta a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo a minha atividade profissional, da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade na publicação dos resultados.

O pesquisador responsável por este projeto é a enfermeira Dóris Baratz Menegon, (Coren/RS 26566) fone: 33598103, também fazem parte deste projeto a enfermeira Emi Thomé, os médicos Ana Bitelbrunn, Miriam Brustein e profº Carlos Menke.

Nome e assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: / /

ANEXO C - Instrumento para avaliação do manual¹

QUESTIONÁRIO

Melhorando estas orientações

Gostaríamos de melhorar as instruções deste Manual Educativo, e para isso, as suas sugestões serão muito importantes.

1. As orientações contidas neste manual são:

importantes pouco importantes não são importantes

2. A linguagem usada neste material é:

acessível pouco acessível não é acessível

O que pode ser melhorado?

3. A leitura deste Manual Educativo contribuiu para diminuir suas dúvidas?

contribuiu contribuiu pouco não contribuiu

O que pode ser acrescentado ou melhorado?

4. A qualidade das informações está:

adequada pouco adequada não está adequada

O que pode ser modificado?

¹ Instrumento extraído do manual de Echer IC, Guaragna B, Cruz ALP, *et al.* HIV/AIDS: orientação para pacientes e familiares. Porto Alegre (RS): HCPA; 2006

5. O manual dispõe de muita informação? Seu tamanho é:

adequado pouco adequado não está adequado

6. O tamanho e estilo da letra:

adequado pouco adequado não está adequado

7. A forma de disposição das informações:

adequado pouco adequado não está adequado

O que pode ser modificado?

8. As gravuras contribuem para o melhor entendimento do texto?

sim não às vezes

9. As informações são facilmente localizadas no manual?

sempre na maioria das vezes raramente

10. Você considera que as informações contidas no manual favorecem o autocuidado?

sim não às vezes

Por quê?

Este espaço está reservado para suas sugestões, a fim de melhorarmos este livreto:

Agradecemos a sua colaboração!

ANEXO D - Carta de aprovação do GPPG/HCPA**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 09-278

Versão do Projeto: 01/09/2009

Versão do TCLE: 15/09/2009

Pesquisadores:

DORIS BARATZ MENEGON

EMI DA SILVA THOME

ANA CRISTINA DA COSTA BITTELBRUNN

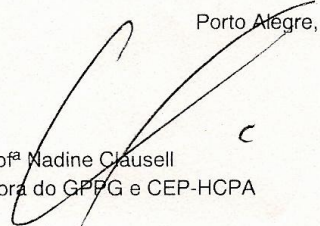
MIRIAM GARCIA BRUNSTEIN

CARLOS HENRIQUE MENKE

Título: PROJETO DE DESENVOLVIMENTO: PSICOEDUCAÇÃO PARA PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 15 de setembro de 2009.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

APÊNDICE A – Câncer de mama: orientações para pacientes e familiares

Câncer de mama
Orientações para pacientes e familiares



Serviço de Mastologia

Serviço de Enfermagem em Saúde Pública



**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO
ALEGRE (HCPA)**

Presidente

Prof. Amárico Vieira de Macedo Neto

Vice Presidente Médico

Prof. Sérgio Pinto Ribeiro

Vice Presidente Administrativo

Bel. Tanira Andreatta Torrely Pinto

**Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pós
Graduação**

Prof^a Nadine Oliveira Clausell

Coordenadora do Grupo de Enfermagem

Prof^a Maria Henriqueta Luce Kruse

Chefe do Serviço de Mastologia

Dr. Jorge Villanova Biazús

**Chefe do Serviço de Enfermagem em Saúde
Pública**

Prof^a Elizeth Heldt

Junho/2012

Equipe do Serviço de Mastologia

Dr. Jorge Villanova Biazus

Dr. José Antônio Cavalheiro

Dr. Rodrigo Cericatto

Dra Ana Cristina Bittelbrunn

Dr. Fernando Schuh

Enf. Doris Baratz Menegon

Câncer de mama
Orientações para pacientes e familiares

Autores

Ingrid Schierholt da Silva¹

Doris Baratz Menegon²

Emi Simplicio da Silva³

Ana Cristina Bittelbrunn⁴

Eliane Pinheiro de Moraes⁵

¹Acadêmica de enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS).

²Enfermeira do ambulatório de Mastologia do Serviço de Saúde Pública do HCPA.

³Enfermeira do ambulatório de Psiquiatria do Serviço de Saúde Pública do HCPA.

⁴Médica geneticista do Serviço de Mastologia do HCPA.

⁵Professora orientadora do Trabalho de Conclusão “Qualificação do manual: câncer de mama orientações para pacientes e familiares”. EEUFRGS.

Ilustradora

Ana Carolina Bueno Pina

Sumário

Apresentação.....	6
1 O que é o Câncer?.....	7
2 E o que é câncer de mama?.....	7
2.1 Como a doença aparece?.....	8
2.2 Quais são os sinais e sintomas?.....	9
2.3 Como é feito o diagnóstico?.....	9
3 Quais são os tipos de tratamento?.....	11
3.1 Quais os tipos de tratamentos cirúrgicos?.....	11
3.2 E o que é reconstrução da mama?.....	14
3.3 Quais são as orientações para cirurgia?	15
4 Quais são os cuidados indicados durante a reabilitação?	17
4.1 Quais são os exercícios pós-cirurgia?	18
5 Quais são as recomendações nutricionais? ...	22
6 O que é quimioterapia?	24
7 O que é radioterapia?	27
8 O que é hormonioterapia?	28
9 Qual a importância do envolvimento da família?.....	28
10 Quais são os cuidados no acompanhamento pós-câncer de mama?	31
Referências.....	33

Apresentação

Este manual contém informações básicas desde o diagnóstico até a reabilitação do câncer de mama.

O material foi construído através de estudos, da experiência dos profissionais e das sugestões de pacientes e de familiares com o objetivo de facilitar informações, reduzir medo e ansiedade apresentados pelas pacientes e familiares durante o tratamento.

Esperamos que este manual contribua para esclarecer suas dúvidas e facilitar a sua reabilitação.

1 O que é o Câncer?

É uma doença resultante da divisão e multiplicação desordenada das células em um lugar do corpo e que pode invadir outras regiões.

As células do corpo normalmente se dividem de forma controlada. Novas células são formadas para substituir células velhas ou que sofreram danos. No entanto, às vezes, quando células se dividem e se multiplicam rapidamente, elas formam uma massa, também chamada de tumor. Tumores podem ser benignos ou malignos.

Tumor benigno não é câncer. As células de tumores benignos não invadem tecidos ao redor, nem tem capacidade de se disseminar para outras partes do corpo.

Tumor maligno é câncer. As células de tumores malignos infiltram tecidos ao redor. Elas também podem se separar do tumor principal e se espalhar para outras partes do corpo, pelos vasos sanguíneos ou pelos vasos linfáticos, isso é chamado de metástase.

2 E o que é câncer de mama?

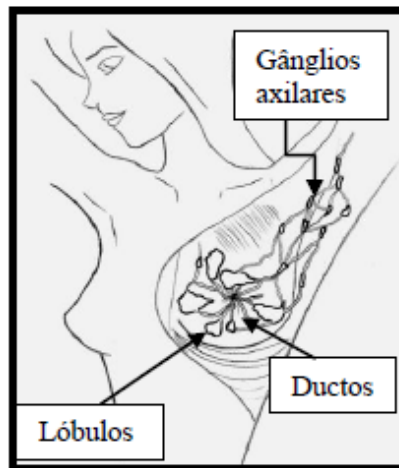
Quando um tumor maligno origina-se na mama, ele é chamado de câncer de mama.

Nem todos os cânceres de mama são semelhantes. Eles não são todos compostos do mesmo tipo de células. Cânceres de mama também

diferem em localização na mama. A maioria dos cânceres de mama se origina dos ductos lactíferos (canais de leite) e são chamados de carcinoma ductais. Uma pequena porcentagem dos cânceres de mama se origina nos lóbulos (áreas produtoras de leite) e são chamados de carcinoma lobulares.

Quando o câncer está confinado dentro dos ductos ou lóbulos, ele é chamado de não-invasivo ou câncer “in situ”. Quando o câncer cresce nos tecidos ao redor é chamado de câncer invasivo.

Cânceres de mama também são diferentes



quanto ao estágio. Estádio é um termo usado para descrever a extensão de um câncer. Para o câncer de mama, o estágio é determinado pelo tamanho do tumor primário e a presença ou ausência de células tumorais nos linfonodos e outros locais do corpo.

Se este câncer se espalhar para outras partes do corpo, ele continua sendo chamado de câncer de mama. Por exemplo, se o câncer se dissemina para o pulmão, ele é chamado de “metástase pulmonar de câncer de mama”, ao invés de câncer de pulmão.

2.1 Como a doença aparece?

As causas exatas do surgimento do câncer de mama ainda não são conhecidas. Todas as mulheres têm risco de desenvolver a doença. Alguns fatores parecem aumentar o risco de câncer de mama como, por exemplo:

Já ter sido tratada previamente por câncer de mama;
História de parentes com câncer de mama;
História reprodutiva (nunca ter engravidado, nunca ter parido ou ter tido seu primeiro filho após os 30 anos);
Mulheres que iniciaram seus períodos menstruais antes dos 12 anos de idade;
Mulheres com menopausa após os 52 anos;
Consumo regular de bebidas alcoólicas.

2.2 Quais são os sinais e sintomas?

As formas de apresentação mais comum do câncer de mama são nódulo ou tumor no seio, alteração dos contornos da mama, espessamento da pele, secreção mamilar, associado ou não à dor mamária.

2.3 Como é feito o diagnóstico?

O que mais comumente acontece é palpar um caroço, que pode aparecer no auto-exame, na consulta com o ginecologista ou na mamografia de rotina. Quando se encontra um nódulo, fazem-se outros exames para verificar que tipo de nódulo é.

No exame clínico da mama (ECM) pode ser identificadas alterações na mama através da inspeção visual, palpação das mamas e dos linfonodos axilares e supraclaviculares.

A mamografia (MMG) é a radiografia da mama que permite detectar o câncer mamário em estágio precoce, recomenda ser feito em mulheres a partir dos 40 anos de idade. A ultrassonografia (USG) é o método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis, em mulheres com menos de 35 anos.

O autoexame da mama, o exame da mama e a mamografia são maneiras de detectar pequenos tumores, que tem maior potencial de cura.

Caso haja lesões suspeitas, a confirmação do diagnóstico pode ser feita por biópsia do tecido.

A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) permite o diagnóstico citológico e costuma ser realizada em lesões palpáveis.

A punção por agulha grossa (PAG) permite o diagnóstico histopatológico, uma agulha de biópsia é introduzida na lesão e um fragmento central de tecido é retirado para exame histológico.

A biópsia cirúrgica é indicada quando não foi realizada PAAF ou PAG ou quando há alguma incerteza nos resultados da biópsia por agulha.

A biópsia do linfonodo sentinela é um procedimento com objetivo de identificar a presença de células cancerígenas no primeiro gânglio na região axilar para onde o tumor mandaria células.

3 Quais são os tipos de tratamento?

Os tratamentos são a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a terapia hormonal. Os tipos de tratamento podem ser usados isolados ou associados.

3.1 Quais os tipos de tratamentos cirúrgicos?

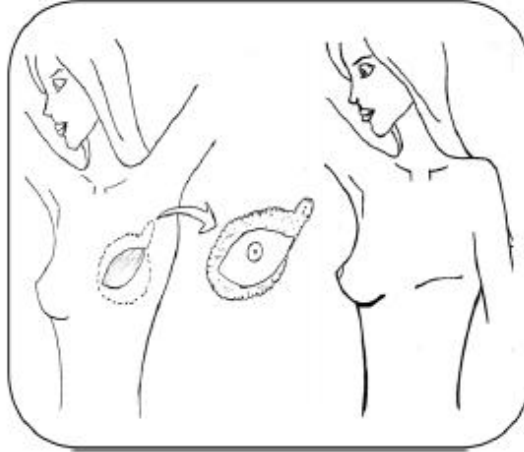
Os tipos de cirurgia são os seguintes:

- **Setorectomia ou tumorectomia:**

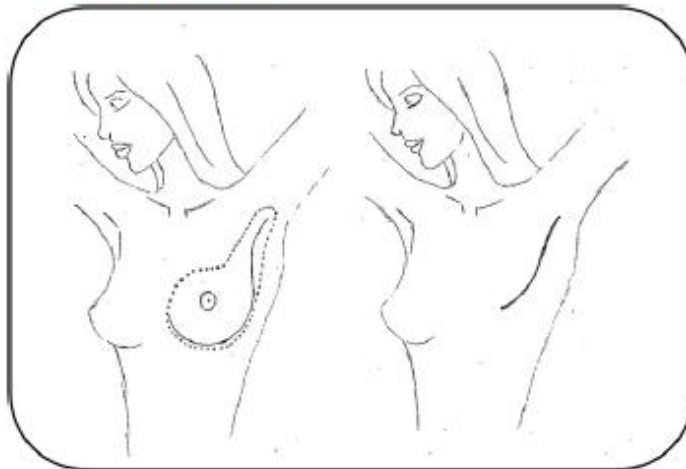
Retirada parcial da mama junto com pesquisa em linfonodo sentinela, também chamada de tratamento conservador porque preserva a maior parte da mama.



- **Mastectomia simples:** retirada total da mama.



- **Mastectomia radical modificada:** consiste na retirada total da mama junto com os gânglios da axila.



O procedimento de retirada dos gânglios da axila é chamado de linfadenectomia axilar ou de **esvaziamento axilar**. É necessário seguir orientações para evitar o surgimento de infecções e também controlar os efeitos colaterais da cirurgia, como o inchaço (linfedema) do braço operado.

Cuidados para prevenir infecções e inchaço no braço operado:

- manter a pele hidratada e limpa;
- usar luvas de proteção ao fazer atividades do lar;
- usar dedal para costurar;
- usar barbeador elétrico para remoção de pelos ou corta-los com tesoura sem ponta ou usar cremes depilatórios.

Evitar do lado do braço operado:

- injeções;
- verificar a pressão arterial;
- coletar sangue;
- retirar cutículas;
- queimaduras;
- machucar o braço, principalmente cortes;
- usar blusas ou relógios apertados;
- exposição ao sol por muito tempo;
- carregar ou empurrar peso.



3.2 E o que é reconstrução da mama?

É uma importante opção para pacientes que foram submetidas à mastectomia, pois auxilia a mulher mastectomizada a ajustar-se às alterações da imagem corporal devido à cirurgia. A reconstrução mamária pode ser realizada no mesmo ato cirúrgico da mastectomia (reconstrução imediata) ou meses a anos após o tratamento primário (reconstrução tardia).

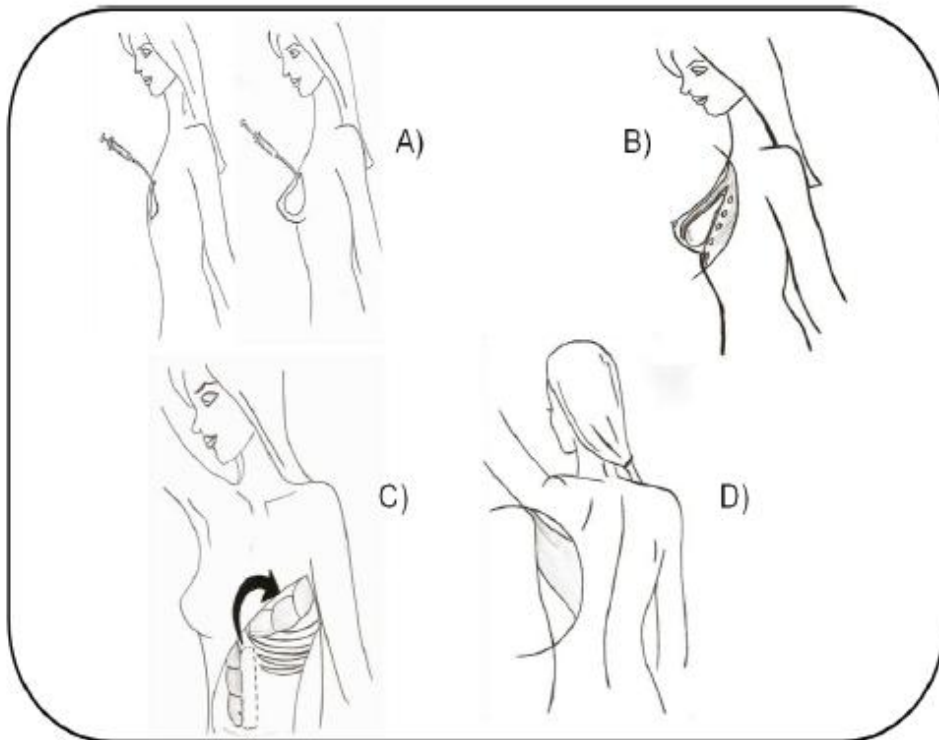
A reconstrução imediata não é adequada para todas as pacientes e deve ser discutida com equipe antes.

A reconstrução do complexo aréolo-mamilar pode ser feita após alguns meses da reconstrução mamilar. O novo complexo pode ser feito com parte do outro mamilo ou com enxerto de pele da virilha ou por pigmentação por tatuagem

A sensibilidade de uma mama reconstruída não é a mesma do tecido mamário original da mulher, a sensibilidade ao toque é diminuída. No entanto, a mama reconstruída tem tamanho e contorno normais.

Existem várias técnicas de reconstrução mamária e a escolha da técnica utilizada é discutida com a paciente e com a equipe médica. As técnicas de reconstrução mamária utilizadas no serviço de mastologia do HCPA são as seguintes:

- A) Colocação de expansor de tecidos
- B) Colocação de prótese de silicone
- C) Utilização do músculo abdominal e de gordura
- D) Utilização do músculo dorsal



3.3 Quais são as orientações para cirurgia?

Admissão da paciente:

- pode ser na unidade de internação ou no bloco cirúrgico ou no CCA ;
- trazer sutiã cirúrgico (com abertura na frente, sem armação, sem bojo);
- trazer os exames;
- estar em jejum de 12 horas (inclusive água, chiclete, bala).

**Sala de recuperação:**

- a paciente pode estar com o dreno de sucção.

Em caso de cirurgia de mastectomia, a paciente pode receber uma prótese temporária externa.

Recomendações durante a internação:

- manter o uso do sutiã, pois faz parte do curativo, independente do tipo de cirurgia;
- realizar os exercícios indicados após 24 da cirurgia.

Quando foi realizado linfadenectomia, é importante fazer o exercício com uso da 'bolinha' a fim de ajudar na reabilitação física e prevenir o inchaço do braço (linfedema), principalmente do lado do braço operado.

Alta hospitalar:

- a paciente pode estar com o dreno de sucção e/ou com a prótese temporária externa (mastectomia);
- verificar a data de consulta ambulatorial.

Cuidados no retorno para casa:

- manter uma dieta normal;
- não mexer no curativo e não molha-lo;
- permanecer usando sutiã;
- manter repouso relativo;
- esvaziar o dreno quando necessário;
- evitar carregar peso;
- realizar os exercícios recomendados para o braço;
- usar medicação para dor.

4 Quais são os cuidados indicados durante a reabilitação?

A fase de reabilitação é uma fase importante e apresenta muitos benefícios para a paciente e para a família. A imobilização prolongada, o tipo de cirurgia, a retirada dos linfonodos da axila são fatores que colaboram para que a paciente desenvolva algumas complicações como dor e limitação do movimento do ombro, inchaço no braço e alteração da sensibilidade do braço.

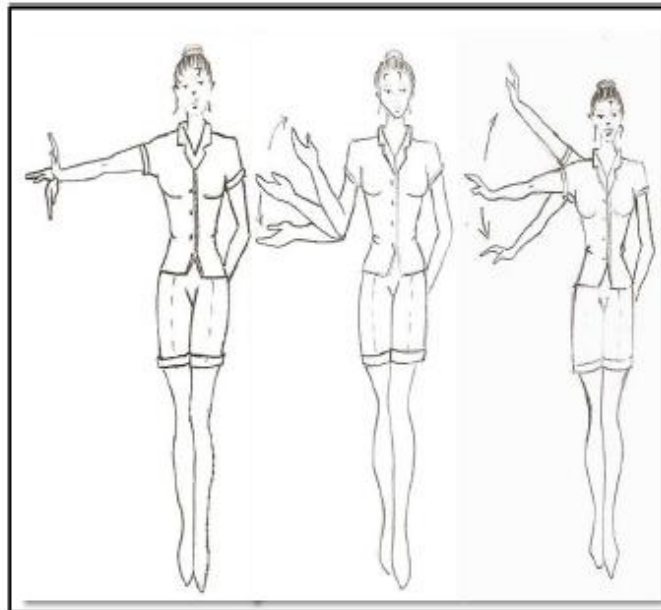
A atividade física antes, durante e após o tratamento é uma grande aliada, pois reduz os sintomas, melhora a autoestima da paciente e ajuda

o retorno das atividades diárias. A realização das atividades deve ser conforme orientação médica.

4.1 Quais são os exercícios pós-cirurgia?

Após a cirurgia é indicado manter uma pequena elevação do braço operado, de maneira que a mão e o cotovelo estejam mais elevados que o ombro e apoiados sobre um travesseiro.

No dia seguinte à cirurgia é recomendado realizar leves movimentos de dedos, mão, cotovelo e ombros. Repetir 10 vezes o movimento e fazer 3 vezes ao dia.

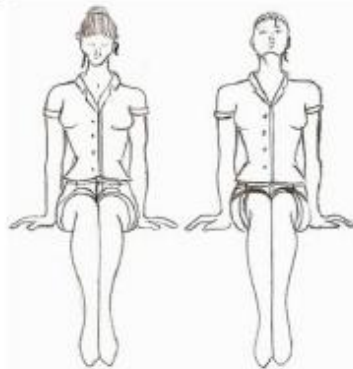
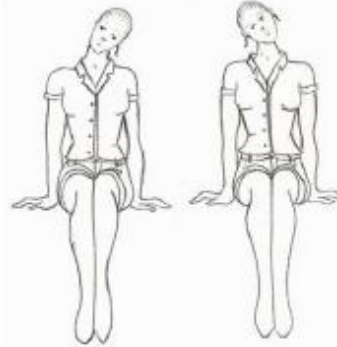




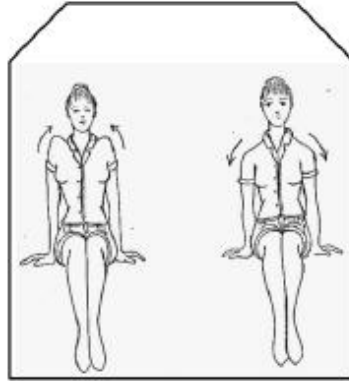
O fortalecimento do antebraço pode ser iniciado com o uso de uma bolinha. Fazer movimentos de aperto por alguns minutos.

Assim que for possível é interessante caminhar de forma natural, com os braços soltos ao lado do corpo e a coluna reta.

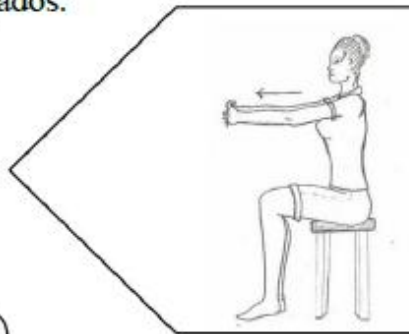
Até a retirada do dreno e dos pontos pode se fazer alongamentos no pescoço. Fazer movimentos em círculos com a cabeça para um lado e para o outro e também para frente e para trás



Outro movimento que pode ser feito é levantar e abaixar os ombros vagarosamente.



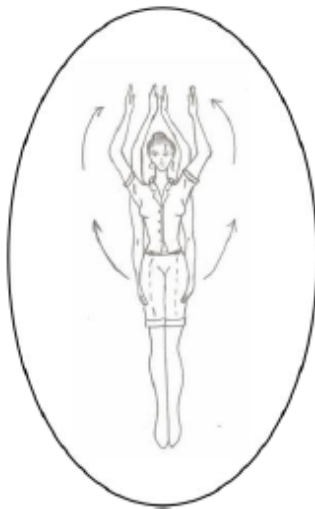
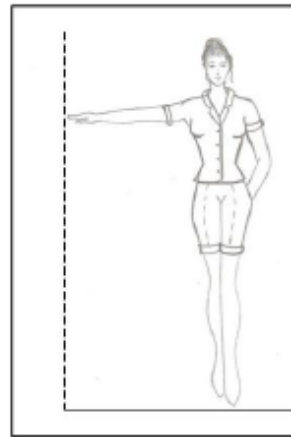
Esticar os braços para frente com os dedos entrelaçados.



Movimento chamado “sutiã”: colocar os braços para trás e tentar encostar uma mão na outra.

Após a retirada do dreno e dos pontos, é recomendado fazer os seguintes movimentos:

Movimento chamado “Formiguinha”: esticar os braços e fazer movimento de escalada dos dedos na parede.



Movimento chamado “cruz”: colocar as palmas das mãos para dentro, elevar os braços acima da cabeça.

Movimento chamado “pegar a orelha”: elevar o braço do lado operado e passar por cima da cabeça e tentar tocar com os dedos a orelha do lado oposto.



Inclinar-se com o corpo para frente e mover os braços como pêndulo



Os exercícios devem ser feitos durante 10 segundos e não devem causar cansaço nem dor. É indicado fazer poucas repetições, iniciar com 10 repetições e aumentar gradativamente até 50 repetições cada um. A frequência dos exercícios é 3 vezes ao dia, nos 3 primeiros

meses posteriores a cirurgia.

5 Quais são as recomendações nutricionais?

Fazer pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pular as refeições.

Dar preferência aos grãos integrais e as frutas frescas e vegetais. Frutas, verduras, legumes e cereais integrais contêm nutrientes, tais como vitaminas A, C e E antioxidantes, assim como fibras e outros compostos, que auxiliam as defesas

naturais e ajudam a regularizar o funcionamento do intestino.

Consumir diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis. Métodos de cozimento que usam baixas temperaturas são escolhas mais saudáveis, como vapor, fervura, pochê, ensopado, cozido ou assado.

Comer feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.

A alimentação deve conter baixo teor de gordura, consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Ficar atento aos rótulos dos alimentos e escolher aqueles com menores quantidades de gorduras trans.

Evitar refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação.

Diminuir a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evitar consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas industrializadas, molhos e temperos prontos.

Beber pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. Dar preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.

6 O que é quimioterapia?

Utilização de medicamentos que agem na destruição das células malignas. Pode ser aplicada nos músculos, nas veias ou por via oral. Pode ser feita na internação ou no ambulatório e neste caso, a paciente deve vir acompanhada. A



medicação e a duração do tratamento vão variar de acordo com a doença e a reação à quimioterapia. Em geral são quatro aplicações de quimioterápicos de 3 em 3 semanas, cada aplicação dura de 1 à 2 horas.

É importante lembrar que a quimioterapia não vai agir somente nas células doentes, mas em todas as células do corpo.

Efeitos colaterais: variados, duram pouco, podem ser prevenidos e tratados.

Mais comuns:

- Enjôo e vômito;
- Feridas na boca (mucosite oral);
- Queda de cabelo e de outros pelos do corpo;
- Falta de menstruação;
- Anemia;

- Manchas nas unhas e na pele.

Para diminuir os efeitos colaterais:

Enjôo e vômito

- Procurar fazer várias refeições ao dia, em pequenas quantidades;
- Tomar líquidos sem gás e gelados;
- Comer alimentos frios;
- Evitar alimentos gordurosos e com excesso de temperos;
- Descansar quando tiver sono e após as sessões da quimioterapia;
- Tomar medicação para enjoo e vômitos conforme a prescrição.

Feridas na boca

- Lavar a boca após as refeições, com uma colher rasa de bicarbonato de sódio em um copo pequeno de água filtrada e fervida;
- Ingerir líquidos, vitaminas de frutas, sopas passadas na peneira ou batidas no liquidificador, se for difícil mastigar por causa das feridas;
- Não comer alimentos temperados ou muito quentes;
- Não comer frutas ácidas;
- Não usar escova de dente dura para evitar sangramento na gengiva.

Quedas de cabelo e de outros pelos do corpo

Nem todos os medicamentos causam este problema que é passageiro. O cabelo e os pelos voltam a crescer assim que o tratamento termina ou até antes.

Não há o que fazer para diminuir esse efeito, mas enfeites (como lenço, peruca, chapéu) podem ajudar a disfarçar.

Falta de menstruação

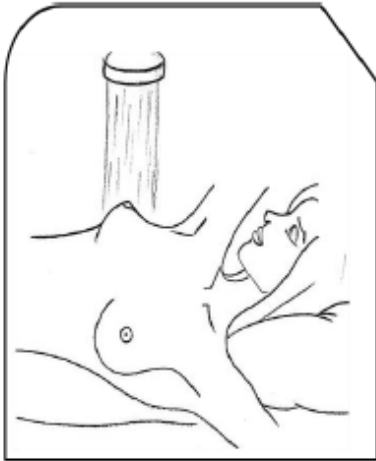
- Não é definitiva, nem significa problema;
- Evitar engravidar, pois os medicamentos usados podem causar riscos na formação do bebê;
- Os métodos anticoncepcionais devem ser discutidos para cada caso.

O tratamento quimioterápico faz com que a imunidade fique fragilizada, portanto, para a proteção:

- Lavar as mãos com sabão antes das refeições; antes e depois de ir ao banheiro e ao chegar da rua;
- Evitar lugares muito cheios e pouco ventilados;
- Evite entrar em contato com pessoas portadoras de doenças contagiosas, incluindo a gripe;
- Evitar cortes ao depilar axilas e pernas;
- Não retirar cutículas;
- Não espremer cravos, espinhas ou furúnculos;
- Passar creme ou óleo na pele de todo o corpo

para evitar ressecamentos.

7 O que é radioterapia?



Utiliza raios de alta energia que têm a capacidade de destruir as células cancerosas e impedir que elas se multipliquem. Da mesma forma que a cirurgia, a radioterapia é um tratamento local, pode ser externa ou interna e habitualmente é utilizada como complemento cirúrgico

podendo ser antes ou depois da cirurgia, ou em caso de retorno da doença.

Para o início do tratamento, é feita marcação com tinta na pele, para que a aplicação seja realizada sempre no mesmo local. Geralmente, as aplicações duram 15 minutos e devem ser feitas diariamente (de segunda a sexta-feira), variando de 25 a 30 aplicações.

Quem recebe a radiação não se torna radioativo!

Geralmente este tratamento não apresenta complicações, a pele fica apenas com o aspecto de uma queimadura.

Outras informações lhe serão passadas antes

do início das sessões de radioterapia, caso você tenha indicação de fazer.

8 O que é hormonioterapia?

A hormonioterapia, ou terapia hormonal visa evitar que o tumor de mama cresça, se espalhe ou retorne. Na maioria das vezes é feita com medicamentos que alteram a ação dos hormônios. A terapia hormonal pode evitar que os hormônios naturais do corpo atinjam as células de câncer, deixando de estimular o seu crescimento e permitindo controle de seu crescimento.

Utilizado como complemento de cirurgia dependendo da situação, algumas vezes não tem indicação.

Nas pacientes que ainda menstruam a retirada dos ovários pode ser utilizada como forma de hormonioterapia. Quando se opta pela utilização de medicação, esta é administrada por períodos prolongados e os efeitos colaterais são bem tolerados.

9 Qual a importância do envolvimento da família?

O câncer de mama tem influência sobre toda a vida da mulher, pois compromete física, emocional e socialmente. Não é uma doença só da mulher, é também da família. O funcionamento

familiar, a rotina e os papéis de cada um da família são afetados.

Ansiedade, depressão e insegurança são sentimentos que a paciente pode sentir devido a intensas alterações no estilo de vida, físicas, emocionais e familiares. E também possa sentir medo do sucesso do tratamento, da possível recorrência do câncer e também temor da morte.

Dessa forma é de fundamental importância que a paciente possa contar com o apoio da família e amigos durante o processo de adaptação. Expressar sentimentos de medo, raiva, angústia.

É indicado conversar sobre a doença, convidar familiares para estar acompanhar nas consultas médicas.

O sentimento de impotência pode ser sentido, pois a paciente, por um tempo, terá algumas limitações para desenvolver alguns afazeres domésticos e cuidados com a família. Apesar disso, é importante continuar se envolvendo com a família e não se isolar.

O apoio da família e amigos vão dar força e despertar coragem para enfrentar nova realidade.

As crianças percebem as mudanças na rotina da família. É interessante conversar com os filhos. É importante que os filhos saibam simples informações sobre a doença e permitir que eles expressem suas emoções sobre a situação que a família está enfrentando

O relacionamento conjugal é influenciado, pois o câncer de mama interfere na sexualidade, na autoimagem e na estética. As mamas simbolizam a

sexualidade e a feminilidade e as mulheres têm sentimentos de mutilação do órgão. Além disso, alguns efeitos secundários do tratamento como, a redução do desejo sexual, menopausa precoce, dor na relação sexual e a redução ao toque na mama podem estar presentes de forma mais intensa em algumas mulheres.

A ansiedade e as preocupações relacionadas à sexualidade do casal são reduzidas quando é criado um momento de expressar tais sentimentos. Alguns parceiros podem ter medo de ver e tocar o local da cirurgia e esse medo pode ser reduzido quando o casal conversa sobre isso.

Outro sentimento presente é o luto, que é uma reação natural e esperada. O luto começa, normalmente, com um estado de choque e atordoamento, com repetida rememoração da perda acompanhada do sentimento de tristeza e de choro, aos poucos, a pessoa acaba se consolando. O luto evolui e o processo passa a ser de lembranças de cenas agradáveis e desagradáveis, nem sempre seguidas de tristeza e choro. A mulher com câncer de mama passa por vários lutos ao longo das etapas do processo de tratamento: pela possibilidade de ter câncer, quando tem o diagnóstico, quando do tratamento cirúrgico, luto gerado pela perda da imagem corporal, outro nas possíveis limitações que terá em consequência da cirurgia e o luto causado pelos tratamentos quimioterápicos, radioterápicos e hormonioterápicos.

Um plano de cuidados traçados cuidadosamente por uma equipe multidisciplinar

pode oferecer também suporte adequado desde o início do tratamento. Uma estratégia bastante utilizada são os grupos. Os grupos possibilitam a troca de energia, de solidariedade e da vivência de cada uma que se encontra neste momento frágil de suas vidas.

10 Quais são os cuidados no acompanhamento pós-câncer de mama?

Após completar o tratamento, a paciente continuará recebendo o acompanhamento cuidadoso da equipe com objetivo de verificar todos os efeitos em longo prazo, sinais e sintomas e receber apoio psicológico. Nas consultas, o exame clínico das mamas será realizado e outros exames serão solicitados conforme a necessidade. Em geral, o exame clínico é feito a cada 3 meses e a mamografia e ecografia mamaria semestral nos primeiros dois anos. Posteriormente é indicada a revisão clínica semestral complementada por mamografia anual

A terapia de reposição hormonal é um fator de risco estabelecido para desenvolver câncer de mama. Portanto os riscos e benefícios do uso dessa terapia devem ser discutidos e avaliados antes de iniciar a reposição hormonal.

Ser feliz é encontrar força no perdão,
esperanças nas batalhas,
segurança no palco do medo, amor nos
desencontros. É agradecer a Deus
a cada minuto pelo milagre da vida.
Fernando Pessoa

Referências

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **For women facing breast cancer**. Atlanta. 2012. Disponível em <<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003176-pdf.pdf>>. Acesso em 15 jun 2012.

BERGMANN, A. Fisioterapia em Mastologia: rotinas do Hospital do Câncer III/INCA. **Rev Bras Cancerol**, v.1,n.52,2006. Disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/conduas.pdf> Acesso em 15 jun 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: controle dos cânceres do colo do útero e da mama número 13**. Brasília, 2006a. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd13.pdf>. Acesso em 15 jun 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira : promovendo a alimentação saudável**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2006b. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf>. Acesso em 15 jun 2012.

CALIFORNIA. California Department of Health Services. **A woman's guide to breast cancer diagnosis and treatment**. California, 2010. Disponível em <http://www.mbc.ca.gov/publications/breast_cancer_english-web.pdf>. Acesso em 15 jun 2012.

FERREIRA M.L.S.M.; MAMEDE, M.V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.11, n.3, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16538.pdf>>. Acesso em 15 jun 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil).
Orientações fisioterápicas: mastologia. Rio de Janeiro, 2003.
Disponível em <
http://www1.inca.gov.br/publicacoes/exercicios_mastectomizadas.pdf>. Acesso em 15 jun 2012.

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama.** Rio de Janeiro, 2011b. Disponível em
<http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncc_mama.pdf>. Acesso em 15 jun 2012.

_____. **ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer.** Rio de Janeiro: 2. ed. rev. e atual., 2012.
Disponível em <
http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_abc_2ed.pdf>.
Acesso em 15 jun 2012.

MENKE et al. **Rotinas em mastologia.** Porto Alegre: Ed ARTMED, 2007, 270p.

PETITO, E.L.; GUTIERREZ, M.G.R. Elaboração e validação de um programa de exercícios para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.3, n.54, 2008. Disponível em <
http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v03/pdf/revisao_2_pag_275a287.pdf>. Acesso em 15 jun 2012.

Melhorando estas orientações¹

Gostaríamos de melhorar as instruções deste Manual Educativo, e para isso, as suas sugestões serão muito importantes.

1. As orientações contidas neste manual são:

importantes pouco importantes não são importantes

2. A linguagem usada neste material é:

acessível pouco acessível não é acessível
O que pode ser melhorado?

3. A leitura deste Manual Educativo contribuiu para diminuir suas dúvidas?

contribuiu contribuiu pouco não contribuiu
O que pode ser acrescentado ou melhorado?

4. A qualidade das informações está:

adequada pouco adequada não está adequada

O que pode ser modificado?

5. O manual dispõe de muita informação? Seu tamanho é:

¹ Instrumento extraído do manual de Echer IC, Guaragna B, Cruz ALP, *et al.* HIV/AIDS: orientação para pacientes e familiares. Porto Alegre (RS): HCPA; 2006

adequado pouco adequado não está adequado

6. O tamanho e estilo da letra:

adequado pouco adequado não está adequado

7. A forma de disposição das informações:

adequado pouco adequado não está adequado

O que pode ser modificado?

8. As gravuras contribuem para o melhor entendimento do texto?

sim não às vezes

9. As informações são facilmente localizadas no manual?

sempre na maioria das vezes raramente

10. Você considera que as informações contidas no manual favorecem o auto-cuidado?

sim não às vezes

Por quê?

Este espaço está reservado para suas sugestões, a fim de melhorarmos este livreto:

Agradecemos a sua colaboração!