



Universidade Federal
de Campina Grande

**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

CARLA FERNANDA CHAVES DE MORAIS

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA
MULHER COM CÂNCER DE MAMA**

**CAJAZEIRAS-PB
2013**

CARLA FERNANDA CHAVES DE MORAIS

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA
MULHER COM CÂNCER DE MAMA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof^a. Ms. Milena Silva Costa.

**CAJAZEIRAS-PB
2013**



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096

M827a Morais, Carla Fernanda Chaves de
 Atuação da enfermagem na assistência à saúde
da mulher com câncer de mama./Carla Fernanda
Chaves de Morais. Cajazeiras, 2013.
 59f : il.

Orientadora: Milena Silva Costa
Monografia (Graduação) – UFCEG/CFP

1. Câncer de mama 2. Saúde da mulher. 3.
Assistência de Enfermagem. I.Costa, Milena Silva.
II. Título.

UFCEG/CFP/BS

CDU- 618.19-006

CARLA FERNANDA CHAVES DE MORAIS

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA
MULHER COM CÂNCER DE MAMA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.^a Ms. Milena Silva Costa.

Aprovada em: ___/___/2013

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Milena Silva Costa
(Orientadora- UAENF/CFP/UFCG)

Prof.^a Ms. Roberta Romero de Miranda Henriques
(Examinadora- UAENF/CFP/UFCG)

Enfermeira Ms. Eliane de Sousa Leite
(Examinadora- UAENF/CFP/UFCG)

CAJAZEIRAS-PB

2013

Dedico este trabalho aos meus pais, mestres no ensinamento da vida, fonte de inspiração e exemplo de esforço e dedicação. A vocês que me conceberam amor, paz, carinho e conforto incondicionalmente.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

AGRADECIMENTOS

Em todos os momentos de nossa vida devemos agradecer os obstáculos ultrapassados, as vitórias alcançadas e a vida que Deus nos concedeu.

Neste momento aproveito a oportunidade para agradecer a todas as pessoas que me ajudaram e me apoiaram de alguma forma na execução desta monografia.

Agradeço a **Deus**, em primeiro lugar, por me conceder o dom de viver e lutar por meus objetivos. Sua benção em mim foi sustento, dando coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

À **mainha e painho** por todo amor dedicado. Mainha, muito obrigada por acreditar e investir em mim, o seu cuidado e dedicação me deram força para seguir essa jornada. Painho, obrigada pelo apoio ao longo desta data.

Ao meu **irmão** Thiago, ofereço um agradecimento mais do que especial, por ter me ajudado na construção deste trabalho. Você faz parte do que tenho de mais precioso em minha vida.

À minha **cunhada** Amanda, pelo carinho e incentivo sempre demonstrados.

Ao meu lindo, **Pedro Braga**, pessoa com quem amo compartilhar a vida. Obrigada pelo carinho e por sempre me incentivar nos estudos. Este momento não estaria tão completo sem a sua presença em minha vida.

À minha **família** (avôs, avós, tias, tios, primas e primos), que sempre acreditaram muito na minha formação.

À minha **orientadora**, professora Milena Silva Costa, pela sabedoria, dedicação, paciência e, sobretudo incentivo nas orientações, tornando possível a conclusão deste trabalho.

Às **professoras** Roberta Romero e Eliane Leite por aceitarem participar da minha banca.

Às minhas **amigas** Camila, Emanuelle e Aline que compreenderam e respeitaram as minhas ausências nos encontros durante a minha graduação.

Às minhas **companheiras de moradia**, Hyanne e Isadora por todos os momentos de alegrias e tristezas compartilhados.

Ao **Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo** que possibilitou a realização da coleta de dados deste estudo, bem como aos profissionais que anonimamente colaboraram para concretização do trabalho.

E a todos que fazem parte da minha vida e contribuíram direta ou indiretamente para concretização deste projeto.

“Não basta ensinar ao homem uma especialidade, porque se tornará assim uma máquina utilizável e não terá uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto”.

(Albert Einstein)

MORAIS, C.F.C. Atuação da Enfermagem na Assistência à Saúde da Mulher com Câncer de Mama. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2013.

RESUMO

O câncer de mama é um dos principais tumores que acometem as mulheres, sendo este muito temido entre elas por promover efeitos fisiológicos e psicológicos, sendo muito importante a assistência de enfermagem para contemplar todo o aspecto físico, emocional e social da paciente. O trabalho tem como propósito conhecer a assistência de enfermagem à mulher com câncer de mama no serviço de oncologia. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa; realizada em um hospital filantrópico de referência para oncologia no interior do Ceará. Participaram 17 profissionais de enfermagem, sendo 16 técnicos de enfermagem e um enfermeiro; a coleta de dados foi norteada por meio de um questionário autoaplicado nos meses de fevereiro e março; os dados qualitativos foram organizados e categorizados de acordo com a técnica de análise temática de conteúdo. A pesquisa seguiu a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados apontaram que a assistência estava predominantemente técnica, fato que pode está relacionado à maioria dos participantes serem técnicos de enfermagem. Os profissionais para amenizar as dores das pacientes procuravam conversar com as mesmas explicando o procedimento a ser realizado, ouvindo as queixas; administrando analgésicos; deixando a paciente confortável; pedindo ajuda dos familiares para está sempre presente durante os procedimentos realizados com a paciente; e tentando melhorar a autoestima da mulher. As facilidades encontradas para os cuidados à mulher com câncer de mama no serviço foram às orientações fornecidas sobre o tratamento, material de qualidade, equipe de enfermagem preparada, médicos clínicos e cirurgiões capacitados, confiança da cliente com a equipe de enfermagem, acesso ao tratamento após a alta, orientações com o curativo e o dreno principalmente após a alta e o fornecimento da maioria das modalidades de tratamento utilizadas no câncer de mama, não sendo preciso deslocamento para outros serviços. As dificuldades encontradas estavam relacionadas à condição de saúde da própria paciente, como o preconceito e o medo da desconfiguração pelo fato de precisar retirar a mama, a não aceitação da patologia e conseqüentemente a não colaboração com o tratamento, e o abandono do tratamento. Como sugestões citaram a necessidade de orientações e acompanhamento psicológico, nutricional e de serviço social antes e depois do tratamento, profissionais mais capacitados, maior número de leitos, palestras e orientações sobre o assunto. Considera-se que é de suma importância a atuação da equipe de enfermagem para as pacientes que enfrentam o câncer de mama, pois pode proporcionar a estas uma melhor qualidade de vida e um resultado positivo ao final do tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde da Mulher; Câncer de mama. Assistência de enfermagem.

MORAIS, C.F.C. Performance of Nursing in the health care of women with breast cancer. Final Paper (Nursing Graduate) – Training Center for Professors, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2013.

ABSTRACT

Breast cancer is one of the primary tumors that affect women, being this much feared among them by promoting physiological and psychological effects, because of this, the nursing care is important to contemplate all physical, emotional, and social aspect of patient. This work aims to know the nursing care of women with breast cancer in the oncology service. It is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach; held in a philanthropic hospital of reference for oncology in a small town of Ceará. 16 nurse technician and 01 nurse participated of the study; data collection was guided through a self-administered questionnaire in the months of February and March; the qualitative data were organized and categorized according to the technique of Thematic Content Analysis (TCA). The research followed the resolution 196/96 of the National Health Council. The results showed that the assistance was predominantly technical, because the majority of the participants were nurse technicians. To ease the pain of patients the professionals sought to talk with them explaining the procedures that would be performed, listening to complaints; administering analgesics; leaving the patient comfortable; asking the family to be always present during the procedures performed with the patient; and trying to improve the self-esteem of women. The facilities found for the care of women with breast cancer in the service were the guidelines provided about the treatment, the quality of material, the nursing staff prepared, clinical physicians and surgeons trained, the client's trust in the nursing staff, access to treatment after discharge, guidelines with the dressing and the drain especially after the discharge and providing most of the treatment modalities used in breast cancer, not being necessary to go to other health services. The difficulties found were related to the patient's own health condition, as the prejudice and fear of mangling by the fact of having to remove the breast, the non-acceptance of the condition and consequently the non-cooperation with the treatment, and the abandonment of treatment. As suggestions were cited the need of guidelines and psychological, nutritional and social assistance before and after the treatment, more trained professionals, a larger number of beds, lectures and guidance about the subject. The performance of nursing staff is of paramount importance for patients facing breast cancer, which can provide a better quality of life and a positive result at the end of the treatment.

KEYWORDS: Women's health. Breast cancer. Nursing care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDI: Carcinoma Ductal Invasor

CDIS: Carcinoma Lobular in Situ

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

ECM: Exame Clínico da Mama

INCA: Instituto Nacional do Câncer

OMS: Organização Mundial da Saúde

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 CONTEXTUALIZANDO SOBRE O CÂNCER DE MAMA	14
2.2 FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE MAMA.....	15
2.3 CLASSIFICAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	16
2.4 DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA	18
2.5 TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA	19
2.6 CONTEXTO FAMILIAR DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA.....	21
2.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER COM CÂNCER DE MAMA.....	22
3 METODOLOGIA	25
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	25
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA	25
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	26
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	26
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	26
3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	27
4 ANÁLISES E DISCUSSÕES	28
4.1 PERFIL SOCIAL E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES.....	28
4.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER COM CÂNCER DE MAMA NO SERVIÇO DE ONCOLOGIA.....	29
4.2.1 Categoria 1- Competências, Habilidades e Atitudes da Equipe de Enfermagem na Assistência à Mulher com Câncer de Mama.....	29
4.2.2 Categoria 2- Potencialidades para a Assistência à Mulher com Câncer de Mama.....	34
4.2.3 Categoria 3- Fragilidades para a Assistência à Mulher com Câncer de Mama.....	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE(S).....	47
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	49
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	51
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO	54
ANEXO(S).....	55
ANEXO A – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA.....	57
ANEXO B – FOLHETO EXPLICANDO O AUTO-EXAME DAS MAMAS.....	59

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é caracterizado por um desenvolvimento neoplásico, ou seja, uma multiplicação descontrolada e desordenada de células epiteliais mamárias, que possuem a capacidade de migrar e se implantar em gânglios linfáticos ou órgãos distantes, processo conhecido clinicamente como metástase (FREITAS et al, 2011).

Barbosa (2003) complementa dizendo que o câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos. A heterogeneidade deste câncer pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas.

No Brasil, o câncer de mama é mais frequente em mulheres do que em homens, apresentando curva ascendente a partir dos 25 anos de idade e concentrando a maioria dos casos entre os 45 e 50 anos. Representando, aproximadamente, 20% do total de casos diagnosticados e 15%, em média, das mortes por câncer no sexo feminino (INCA, 2008).

Segundo Ricci (2008), a etiologia do câncer de mama, é multicausal, ou seja, resulta da interação de vários fatores, os quais em maior ou menor extensão aumentam a probabilidade de o indivíduo vir a ter a doença, esses fatores são denominados fatores de risco.

Fortner et al. (2009) acrescentam falando que os principais fatores associados a um risco aumentado de desenvolver câncer de mama são: sexo feminino, menarca precoce (antes dos 11 anos), menopausa tardia (após os 55 anos), nuliparidade, primeira gestação a termo após os 30 anos, ciclos menstruais menores que 21 dias, mãe ou irmã com história de câncer de mama, na pré-menopausa, dieta rica em gordura animal, dieta pobre em fibras, obesidade, radiações ionizantes, etilismo e cor branca.

Almeida (2006) aborda que o aumento da ocorrência desse tipo de câncer, nas diversas populações, está relacionado a fatores que caracterizam os diferentes níveis de desenvolvimento sócio-econômico-cultural e a exposição aos poluentes ambientais determinados pelos estilos distintos de vida. Os fatores predisponentes podem ser alimentares, hormonais, reprodutivos e constitucionais.

No que se refere ao tratamento, o câncer de mama vai depender do estágio da doença, do tipo do tumor e do estado geral de saúde do paciente, sendo possível optar por um ou pela combinação de dois ou mais métodos (BONASSA, 2005).

De acordo com a necessidade da paciente, o médico poderá optar realizar métodos como a quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal ou cirurgia que podem ser administrados individual ou concomitantemente (ALMEIDA, 2006).

O prognóstico do câncer de mama depende da extensão da doença. Quando a doença é diagnosticada no início, o tratamento tem maior potencial curativo. Quando há evidências de metástases, o tratamento tem por objetivos principais prolongar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida (FREITAS et al., 2006).

Outro aspecto importante, é que o câncer de mama causa um impacto que afeta não apenas a mulher ou o homem, mas estende-se ao seu âmbito familiar (CAMARGO et al., 2003).

Barbosa (2003) afirma que a situação da doença afeta os relacionamentos interpessoais na família, visto que diante de todo o processo, as alterações de ordem física, emocional e social principalmente na vida da mulher, se estendem aos familiares.

Nesse mesmo sentido, Almeida (2006) complementa dizendo que a família deve exercer um papel primordial na vida desses pacientes, em especial as mulheres, oferecendo apoio e ajudando-as a suportarem melhor o diagnóstico da doença e superarem os transtornos advindos deste, como a perda da mama.

Para Silva et al. (2006), a família é o principal agente responsável pela promoção de conforto, apoio emocional, compreensão e segurança à paciente, sendo que para os familiares pode ser tão difícil enfrentar o câncer quanto o é para sua ente acometida.

E devido a todo esse processo delicado vivenciado pela mulher com câncer de mama, os profissionais de enfermagem devem estar preparados para transmitir segurança, tranquilidade e um menor desconforto para a paciente que se encontra em estado de saúde comprometida (ANJOS et al., 2006).

Nesse contexto torna-se necessário que pesquisas sejam realizadas para conhecer como está ocorrendo a assistência de enfermagem à mulher com câncer de mama.

Pressupõe-se que os profissionais de enfermagem desenvolvem suas competências, habilidades e atitudes durante a assistência à mulher com câncer de mama enquanto elas estão realizando a terapêutica específica. No entanto, em algumas ocasiões encontram-se limites para desempenhar suas atividades laborais por motivos relacionados a recursos humanos, materiais e/ou envolvimento psicológico com as pacientes.

Diante do exposto, surgiu uma indagação que se tornou questão condutora para o presente estudo: como os profissionais de enfermagem estão desenvolvendo a assistência à mulher com câncer de mama no setor de oncologia hospitalar?

A partir dessa pergunta, o estudo propõe como objetivo geral: conhecer a assistência de enfermagem à mulher com câncer de mama no serviço de oncologia. E os seguintes objetivos específicos: caracterizar o perfil profissional da equipe de enfermagem; desvelar as competências, habilidades e atitudes da equipe de enfermagem na assistência à mulher com câncer de mama; investigar as potencialidades e fragilidades para a assistência à mulher com câncer de mama.

A pesquisa justifica-se pelo fato da importância que se tem o processo de cuidar pela equipe de enfermagem à mulher em terapêutica para o câncer de mama, visto às altas incidências divulgadas nos estudos recentes sobre o assunto.

O estudo é relevante, pois busca conhecer as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no cuidado à mulher com câncer de mama. A partir dos resultados, será possível dar visibilidade as formas do cuidar e as principais dificuldades encontradas por tais profissionais para desempenharem os cuidados a essa clientela.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONTEXTUALIZANDO SOBRE O CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é uma neoplasia maligna, onde ocorrem rápidas transformações celulares de maneira desordenada e infiltrativa. Neste processo, as células cancerosas surgem em diversas partes do corpo, dando origem à característica principal desses tumores que é a metástase (BARROS, 2009).

O câncer de mama era considerado como uma doença comum apenas em países desenvolvidos até quatro décadas passadas. No entanto, a situação mudou, e atualmente pode ser observada com grande frequência nos países em desenvolvimento (INCA, 2011).

É de grande importância o conhecimento da distribuição da incidência e da mortalidade por câncer de mama nas mulheres, desde os aspectos etiológicos até os fatores prognósticos. Sendo relevante para o cálculo das estimativas dos novos casos e planejamento das ações que visam à prevenção e atenção em todos os níveis (BRASIL, 2006).

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres. Sendo raro antes dos 35 anos, alarga sua incidência na medida em que a faixa etária aumenta (INCA, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes mais nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes (BRASIL, 2006).

A OMS estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer de mama, 17 milhões de mortes por este câncer e 75 milhões de mulheres vivas, anualmente, com a doença. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média renda (INCA, 2011).

Gonçalves et al. (2009) falam que no Brasil, tem se dado uma atenção especial a esta neoplasia devido ao aumento das taxas de morbimortalidade; ao aumento da incidência em mulheres com faixa etária menor que 50 anos; e o diagnóstico em estágios avançados.

A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 11,1 óbitos/ 100 mil mulheres em 2007 (INCA, 2008).

Em virtude da descoberta tardia, a média de vida da mulher após cinco anos com a doença é de 61%. O diagnóstico tardio compromete o tratamento e a adaptação às diferentes

fases do desenvolvimento e em consequência interferindo também na qualidade de vida das pacientes (SILVA et al., 2006).

2.2 FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE MAMA

Apesar da etiologia do câncer de mama ainda não ser definida, alguns fatores parecem aumentar o risco para desenvolver a doença. Acredita-se que 90% a 95% deles sejam esporádicos (não-familiares) e decorram de mutações somáticas que se verificam durante a vida, e que 5% a 10% sejam hereditários (familiares) devido à herança de uma mutação ao nascimento (SMELTZER; BARE, 2005).

Essa predisposição genética e história familiar aumenta cerca de duas a três vezes, o risco de desenvolver o câncer de mama quando se trata de uma história desse tipo de câncer na pré-menopausa em parente de primeiro grau. Estando associado primeiramente com defeitos genéticos em BRCA1 e BRCA2 (FORTNER et al., 2009; INCA, 2011).

O BRCA1 e BRCA2 são genes supressores tumorais com herança autossômica dominante, de linhagem materna e paterna. O BRCA1 é responsável pelo câncer hereditário de mama e de ovário e o BRCA2 responsável pelo câncer de mama hereditário de início precoce, com risco menor de câncer de ovário (FREITAS et al., 2006).

A idade é um fator de risco primário de câncer de mama, pois aproximadamente 95% ocorrem em mulheres com mais de 40 anos de idade (SMELTZER; BARE, 2005).

Outro fator de risco é a exposição hormonal quando a mulher apresenta menarca precoce (<12 anos), menopausa natural tardia (>55 anos), idade materna tardia no primeiro nascimento e nuliparidade. A exposição à radiação ionizante está também associada a um aumento desse risco e é geralmente identificável uma década após exposição (FORTNER et al., 2009).

As mulheres com história de câncer de mama têm um risco de 0,5% a 1% por ano de desenvolver câncer na mama contralateral, além do risco de recorrência na mama tratada. A maioria das recorrências ocorre dentro dos primeiros cinco anos após o diagnóstico. Uma história pessoal de uma biópsia mamária benigna ou hiperplasia atípica também conferem um maior risco (FORTNER et al., 2009, p.56).

A questão da dieta e estilo de vida também têm grande influência devido às questões culturais presentes em diferentes áreas geográficas que têm alta incidência desse tipo

de câncer. Contudo os dados ainda são insuficientes para oferecer uma recomendação concreta sobre a dieta na redução do câncer de mama (BARROS, 2009).

Freitas et al. (2006) acrescentam como fatores de risco o uso crônico de álcool, tabagismo, a obesidade e a alta ingestão de gorduras. Gomes (2007) justifica os malefícios do álcool apontando que ele diminui a resposta imunológica e interfere na permeabilidade da membrana do tecido mamário.

2.3 CLASSIFICAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama faz parte de um grupo de neoplasias epiteliais malignas com grande heterogeneidade estrutural (BRASIL, 2002).

Aproximadamente, 90% de todos os cânceres de mama ocorrem nos ductos ou nos lóbulos, 80% de todos os casos têm início nas células de revestimento dos ductos mamários (carcinoma ductal) e 30% dos casos se inicia nos lóbulos (carcinoma lobular) (FREITAS et al., 2006).

De acordo com a classificação histológica, o câncer de mama é classificado em carcinoma intraductal ou *in situ*; carcinoma lobular *in situ*; carcinoma ductal invasor; carcinoma lobular invasor; carcinoma papilífero; carcinoma medular; carcinoma tubular; carcinoma muco-secretor e carcinoma Paget (BRASIL, 2002).

O carcinoma intraductal é aquele que não invadiu a membrana basal e, portanto, não tem capacidade de enviar êmbolos para o sistema vascular. É um tumor quase sempre descoberto em fase subclínica, por meio de mamografia, através da presença de microcalcificações. O seu tratamento atinge índice de curabilidade próximo de 100% e é baseado em quadrantectomia ou mastectomia, dependendo da extensão do próprio tumor (FREITAS et al., 2006).

O carcinoma lobular *in situ* (CDIS) de mama é uma forma muito inicial de neoplasia em que as células com características malignas não invadem a membrana basal subepitelial. Por isto não atingem veias e linfáticos, não dão metástases, e podem ser considerados como um pré-carcinoma (BARROS et al., 2001).

O carcinoma ductal invasor (CDI) é o maior grupo dos carcinomas invasivos da mama com 75 a 80% dos casos. Corresponde a um grupo heterogêneo de tumores sem características histológicas específicas. Em geral, o crescimento tumoral se acompanha de infiltração direta do estroma, provocando, reação desmoplástica com fibrose, distorcendo a

estrutura glandular, responsável pelo aspecto macroscópico e mamográfico de lesão estrelada (FREITAS et al., 2006).

O carcinoma lobular invasor é pouco frequente, não ultrapassando 5 a 10% na maioria das séries. A maioria das pacientes apresenta apenas um adensamento ou um endurecimento local mal definido, por vezes, surgindo como uma nodularidade palpável. Em lesões avançadas, pode haver retração de pele e fixação. Em geral, as calcificações não estão presentes na lesão, mas podem aparecer em lesões benignas adjacentes. É frequentemente, multicêntrico e com maior tendência à bilateralidade (BARROS et al., 2001).

O carcinoma tubular representa um dos tipos especiais de carcinoma ductal, muito bem diferenciado, constituindo 2% dos carcinomas da mama. Possui bom prognóstico e, para isso, a lesão deve ser constituída por, no mínimo, 75% de elementos característicos; caso contrário, é considerado carcinoma tubular misto. Histologicamente, a lesão é composta por proliferação de túbulos glandulares, de forma irregular, revestidos por uma única fila de células bem diferenciadas e homogêneas (BUIRAGO et al., 2011).

O carcinoma medular representa até 7% dos carcinomas mamários. Ocorre principalmente em mulheres mais jovens (< 35 anos), sobretudo se pertencentes a famílias com alterações genéticas em BRCA-1 e BRCA-2. Macroscopicamente, são tumores bem-delimitados, circunscritos, densos com 2 a 3 cm de diâmetro, acinzentados, com consistência firme, sendo, muitas vezes, confundidos, no exame físico, com fibroadenomas. Histologicamente, é caracterizado por células pouco diferenciadas, alto índice mitótico, presença de um intenso infiltrado linfoplasmocitário. Apesar de suas características histológicas de neoplasia pouco diferenciada e ausência de receptores hormonais, o carcinoma medular é uma neoplasia com prognóstico relativamente favorável (MATHEUS et al., 2008).

O carcinoma mucinoso caracteriza-se pela presença de abundante secreção mucinosa no tumor, sendo que a quantidade relativa de mucina e de estroma determina a consistência da lesão, que pode ser macia, gelatinosa ou firme. Usualmente, o tumor é circunscrito e de aparência mucinosa ao corte. O bom prognóstico é reservado às formas puras de carcinoma mucinoso, sendo muito importante excluir as formas não puras (ZANETTI; SILVA, 2010).

O carcinoma papilífero constitui de 1% a 2% dos carcinomas mamários e caracteriza-se por uma arquitetura papilar do componente invasor e do intraductal. Ocorre mais frequentemente nas mulheres idosas (idade média entre 63 e 67 anos), geralmente na região central da mama e, com frequência, acompanhado de derrame papilar. Tem

crescimento lento, podendo, em alguns casos, comprometer toda a mama, principalmente quando for cístico e invadir a pele (KOIFMAN; ABREU, 2001).

O carcinoma de Paget caracteriza-se por alteração unilateral do mamilo e/ou da aréola, que pode incluir vesículas areolares recorrentes, eczema eritematoso crônico, lesão psoriática e até uma lesão erosiva. Prurido e aumento da sensibilidade são freqüentes. Geralmente, a lesão aparece na papila, estendendo-se à aréola e, raramente, à pele adjacente. Em praticamente todos os casos, é encontrada uma lesão maligna subjacente, sendo o carcinoma intraductal em 65% e o carcinoma ductal invasor em 30% das vezes. Aproximadamente 60% das pacientes com doença de Paget apresentam massa palpável, e as demais, geralmente, apresentam mamografias alteradas (FREITAS et al., 2006).

2.4 DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA

Quanto mais cedo for feito o diagnóstico de câncer de mama, maior a probabilidade de cura. Consiste no rastreamento que detectará a doença em sua fase pré-clínica, que é uma estratégia dirigida às mulheres na faixa etária em que o balanço entre benefícios e riscos do rastreamento é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade (THULER; MENDONÇA, 2005).

As principais modalidades de rastreamento incluem o exame clínico da mama, o autoexame da mama e a mamografia de rastreamento. As modalidades alternativas incluem o ultrassom e a imagem por ressonância magnética. E as modalidades diagnósticas incluem a mamografia diagnóstica e a biópsia da mama (BARROS, 2009).

Embora a mamografia seja a modalidade primária de rastreamento, menos de 40% das mulheres são submetidas a uma mamografia anual, apesar de ser recomendada para toda mulher a partir dos 40 anos de idade (BRASIL, 2006).

A ultrassonografia apesar de não ser um substituto para a mamografia tornou-se um exame feito para avaliar as lesões da mama. É utilizada para distinguir lesões císticas de sólidas e é usada mais frequentemente na avaliação de mulheres jovens, principalmente aquelas com menos de 40 anos (FREITAS et al., 2006).

A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio do câncer de mama e significa identificar este tipo de câncer em sua fase clínica precoce. Nesta estratégia destaca-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama (BRASIL, 2006).

Os sintomas do câncer de mama palpável são o nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor mamária; podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações ou um aspecto semelhante à casca de uma laranja; e ainda, surgir nódulos palpáveis na axila (BRASIL, 2006).

O exame clínico da mama (ECM) deve ser compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser incluso no exame ginecológico de rotina, ou na avaliação física anual. O Programa Nacional de Detecção Precoce de Câncer de Mama diz que o ECM serve para detectar aproximadamente 5% dos cânceres que não são visualizados na mamografia, oferecendo assim, a oportunidade de demonstrar a técnica de autoexame da mama e de encorajar as mulheres a realizarem o exame regularmente (FORTNER et al., 2009).

O exame consiste em inspeção e palpação da mama, com a paciente em posição supina e sentada, com as mãos acima da cabeça e depois nos quadris. Observa-se contorno, simetria e padrão vascular das mamas em busca de retrações cutâneas, edema ou eritema. Apalpa-se cada mama, axila e áreas supraclaviculares de forma circular, usando pressões leves, médias e profundas. Usa-se a polpa dos três dedos mediais para pesquisar a presença de massas. Para garantir que todo o tecido mamário seja examinado, percorre-se uma área retangular limitada superiormente pela clavícula, lateralmente pela linha mesoaxilar e inferiormente pela linha do sutiã. Avalia-se também presença de secreção mamilar, crostas ou ulcerações (FORTNER et al., 2009).

Esse mesmo exame pode ser realizado pela mulher em seu domicílio conforme Anexo B (INCA, 2002).

2.5 TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

O tratamento do câncer de mama deve ser feito por uma equipe multidisciplinar visando à integralidade da paciente. As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são o tratamento local (cirurgia e radioterapia) e o tratamento sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica) (INCA, 2009).

Almeida (2006) fala que o tratamento utilizado dependerá da extensão da doença e suas características. Assim, após a classificação do câncer de mama, é que vai ser definida a forma de tratamento a ser desenvolvida. Dentre os tipos de tratamento disponíveis encontram-se a quimioterapia, a radioterapia, a terapia hormonal e a cirurgia, que podem ser administrados individual ou concomitantemente.

Smeltzer e Bare (2005) definem os tipos de cirurgias que são as conservadoras que se divide em tumorectomia (exérese do tumor sem margens) e ressecção segmentar ou setorectomia (exérese do tumor com margens). E as não conservadoras que se divide em adenomastectomia subcutânea ou mastectomia subcutânea (retirada da glândula mamária, preservando-se pele e complexo aréolo-papilar); mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo aréolo-papilar); mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais com linfadenectomia axilar (radical modificada); mastectomia com retirada dos músculos peitorais com linfadenectomia axilar (radical).

Já a radioterapia utiliza raios de alta energia que tem capacidade de destruir as células cancerosas e impedir que elas se multipliquem. Sendo necessária ser feita depois da cirurgia conservadora da mama para diminuir a possibilidade de recidiva local e para erradicar quaisquer células cancerosas microscópicas residuais (BARROS et al., 2001).

A hormonioterapia tem como objetivo impedir que as células malignas continuem a receber o hormônio que estimula o seu crescimento. Esse tratamento pode incluir o uso de drogas que modificam a forma de atuar dos hormônios (INCA, 2006).

E a quimioterapia faz uso de drogas que agem na destruição das células malignas. Utilizando compostos químicos chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos (INCA, 2006).

Já Fonseca et al. (2000) complementam dizendo que a quimioterapia pode ser feita com a aplicação de um ou mais quimioterápicos. Sendo que o uso de drogas isoladas (monoquimioterapia) mostrou-se ineficaz em induzir respostas completas ou parciais significativas, sendo atualmente de uso muito restrito. Enquanto a poliquimioterapia tem mostrado sua melhor eficácia em atingir populações celulares em diferentes fases do ciclo celular, diminuir o desenvolvimento de resistência às drogas e promover maior resposta por dose administrada.

De acordo com as suas finalidades, a quimioterapia é classificada em curativa (usada com o objetivo de se conseguir o controle completo do tumor), adjuvante (com o objetivo de esterilizar células residuais locais ou circulantes, diminuindo a incidência de metástases a distância), neoadjuvante (para se obter a redução parcial do tumor) e paliativa (quando não tem finalidade curativa) (FORTNER et al., 2009).

Nos estágios I e II, a principal conduta é a cirurgia que consiste em erradicar a presença do câncer localizado. Os procedimentos mais utilizados para o tratamento local do câncer de mama invasivo são a mastectomia com ou sem reconstrução e a cirurgia de conservação da mama combinada à radioterapia (INCA, 2009).

No estágio III, o início do tratamento é o sistêmico, utilizando-se da quimioterapia, e logo após uma resposta adequada, segue-se com o tratamento local. No estágio IV, primeiro deve haver a confirmação cito ou histologicamente da doença metastática. A indicação hormonioterapia isolada deve ocorrer sempre que possível, sendo somente utilizada em tumores com receptor positivo. A modalidade principal nesse estágio é sistêmica (INCA, 2009).

Existem também modalidades que não são terapêuticas diretas, mas atuam como fatores protetores em relação ao desenvolvimento do câncer de mama como é o caso da prática de atividade física e alimentação adequada (INCA, 2009).

Prado et al. (2004) complementam dizendo que a prática de exercícios físicos relacionados com a reabilitação pós-mastectomia, são intervenções importantes na assistência pós-operatória à mulher pois têm como objetivo prevenir ou minimizar o linfedema ou perda de mobilidade no ombro.

2.6 CONTEXTO FAMILIAR DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama ainda é a doença temida pelas mulheres devido a sua alta frequência, evolução imprevisível e mutilação, que causa significativas alterações na autoimagem. A descoberta desencadeia de imediato uma reação emocional intensa. A paciente e sua família são cercadas por emoções como sofrimento, medo, raiva, angústia e ansiedade, além de prejuízos nas habilidades sociais e funcionais (ALMEIDA, 2006).

O impacto da doença e suas consequências, principalmente a mastectomia, afeta não somente a mulher, mas estende-se também ao seu âmbito familiar e social. Tais situações podem afetar o relacionamento familiar, devido às alterações físicas, emocionais e sociais que ocorrem na vida da mulher e se estende a sua família (MELO; SILVA; FERNANDES, 2005).

A família é um ponto de apoio fundamental para o crescimento interior da pessoa, é uma força positiva para as tomadas de decisões e transformação de conceitos e comportamentos. E é devido a isso que o oferecimento de cuidados e atenção à mulher por parte da família é de fundamental importância para uma recuperação mais rápida e menos traumática (ALMEIDA, 2006).

Esse apoio familiar permite à mulher manter certa estabilidade para lutar contra a doença, conseguindo suprir suas carências emocionais e alcançando uma melhor aceitação e orientação comportamental (BERVIAN; PERLINI, 2006).

O câncer traz mudanças afetivas na vida da pessoa, porque o diagnóstico altera a condição anteriormente estabelecida de atividade para colocá-la num lugar de passividade em relação à vida (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007, p.02).

Algumas mulheres, frente ao câncer de mama, possuem uma forma de reação diferente de outras. Para essas, o diagnóstico rápido significa a probabilidade de cura e retorno de suas vidas normais (REGIS; SIMÕES, 2005).

Para outras, o diagnóstico é recebido com um impacto muito grande, talvez por não terem noção de que aquele nódulo poderia ser algo mais grave ou por usarem um sentimento de negação para anular os sintomas presentes, o que muitas vezes essas mulheres fazem para protelar a detecção precoce e que na verdade acabam só adiando um problema que quanto mais rápido for solucionado melhor para sua cura (CORBELLINI, 2001).

A mulher quando recebe a notícia de que está com câncer de mama passa por três etapas que são o recebimento do diagnóstico, a realização do tratamento longo e agressivo e a aceitação de uma nova imagem de seu corpo e a convivência com o mesmo (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

Quando se descobre que está com câncer de mama, algumas mulheres adquirem uma nova identidade, porque para elas, o seio é uma característica da sua estética corporal e está associado ao objeto de desejo e satisfação. Adquirir doença localizada neste local destrói todas as possibilidades de simbolização da mulher enquanto ser feminino (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

2.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER COM CÂNCER DE MAMA

A inserção da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico requer conhecimentos, habilidades e responsabilidades. Nesse sentido, as metas devem ser claras e direcionadas ao paciente, sua família e demais pessoas significativas, contemplando os aspectos físico, emocional, social e espiritual (PRADO; MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2004).

E é nesse contexto que o cuidado na enfermagem oncológica se dá numa relação comunicativa, de troca de idéias, emoções e sentimentos, ou seja, o cuidado consiste em confortar o paciente. E este está além de administrar um quimioterápico ou realizar uma secção de radioterapia, ele se estabelece numa relação de proximidade nas diversas etapas

vivenciadas pelos pacientes, incluindo o processo de morrer (PRADO; MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2004).

Biasoli (2000) complementa falando que o papel do enfermeiro é imprescindível na ação do cuidar, pois dentre suas competências está uma atuação direta em ações de prevenção primária e secundária no controle do câncer, desenvolvendo ações educativas, apoiando medidas legislativas e auxiliando no diagnóstico precoce. Além de prestar assistência no tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e atendimento aos familiares, e também no desenvolvimento de ações de integração junto aos profissionais da equipe multidisciplinar e a identificação de fatores de riscos ocupacionais para a prática de enfermagem na assistência ao paciente oncológico.

E para conseguir realizar essas ações, é de grande importância estabelecer uma comunicação técnica, popular, clara e compreensível para que se consiga a compreensão entre o paciente e o profissional. E que as ações deste demonstrem preocupação e respeito com a paciente e seu bem-estar (BERVIA; PERLINI, 2006).

O câncer ainda é entendido pelas pessoas, em geral, como sinônimo de dor, morte e sofrimento. Nesta perspectiva, cabe à enfermagem identificar suas próprias concepções relativas ao câncer e estabelecer estratégias de enfrentamento, visando uma assistência adequada e eficaz que possibilite minimizar o sofrimento de todos os envolvidos no processo de cuidar (SMELTZER; BARE, 2005).

Por isso é fundamental a compreensão de que o diagnóstico do câncer de mama retém um choque à saúde emocional feminina, dessa forma cabe à equipe de enfermagem apoiar a paciente por todo o processo de diagnóstico e estar presente em situações em que são comunicados os resultados de exames para o entendimento e compreensão de seu estado e necessidades, sem deixar de ressaltar os avanços feitos no diagnóstico precoce e opções de tratamento existentes, sempre envolvê-la no planejamento dos procedimentos que irão ser realizados, prepará-la para os efeitos da quimioterapia e informar os efeitos da radioterapia (CRESPO; LOURENÇO, 2007).

A enfermeira deve estar pronta para dar apoio ao paciente e sua família durante uma diversidade de crises físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais. O alcance dos objetivos almejados envolve oferecer um apoio realista aos clientes submetidos ao tratamento, usar modelos assistenciais e o processo de enfermagem como base desse tratamento (RECCO; LUIZ; PINTO, 2005, p.02).

A equipe de enfermagem deve também incentivar e encorajar as pacientes a praticar exercícios físicos relacionados com a reabilitação pós-mastectomia, bem como a orientação destes, são intervenções importantes na assistência pós-operatória à mulher, pois têm como finalidade prevenir ou minimizar o linfedema ou perda de mobilidade na região do ombro (PRADO; MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2004).

E durante o tratamento quimioterápico, as diversas reações como a queda de cabelo, inchaço e a fadiga podem ser minimizadas pelos profissionais de enfermagem através de medidas que mostrem como usar medicamentos que amenizem as consequências físicas, como o uso de antieméticos para evitar náuseas e vômitos durante o período de aplicação, ou ainda utilizando-se de outras medidas que não sejam as farmacológicas para melhorar a qualidade de vida física e psicológica da paciente (RÉGIS; SIMÕES, 2005).

Para esta paciente com câncer de mama, faz-se necessário também o planejamento de cuidado a assistência através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que serão importantes para o bem estar e qualidade de vida do cliente (BIASOLI, 2000).

Gonçalves et al. (2009) acrescentam dizendo que a primeira etapa do processo de enfermagem cabe à investigação que consiste em determinar o estado de saúde do cliente com a finalidade de mostrar as necessidades, as dificuldades, os medos e as reações humanas desse cliente. Já na segunda etapa que consta do diagnóstico de enfermagem, os dados coletados na primeira etapa serão analisados e interpretados de maneira fidedigna. Nessa etapa o enfermeiro terá que ter capacidade de análise, avaliação, síntese e de percepção ao interpretar os dados clínicos. Na terceira etapa é feito o planejamento da assistência, onde visa priorizar as necessidades do cliente; estabelecer os resultados esperados a serem alcançados com o cuidado e estabelecer as ações de enfermagem para o alcance dos resultados esperados. Na quarta etapa, é concretizado o plano de atendimento ou assistencial pelo roteiro que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades do ser humano. A quinta etapa é a avaliação da assistência de enfermagem que consiste no registro feito pelo enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente, instituindo medidas corretivas, e se for necessário, revê o plano de cuidados.

Segundo a Lei N° 7498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, cita que os Enfermeiros exercem dentre outras atividades o papel de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, cabendo-lhe também realizar consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem e cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de morte.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva possui como característica o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, como os questionários, que devem facilitar e descrever características dos indivíduos escolhidos para a pesquisa (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007).

A pesquisa exploratória possibilita ao investigador ampliar sua experiência em relação a determinado problema (LEOPARDI, 2002).

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, onde são de mesma natureza: ela se desenvolveu com empatia aos motivos, às interações, aos projetos dos autores a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um hospital filantrópico de referência para oncologia, localizado no extremo sul do Estado do Ceará. Esse hospital oferece assistência de alta complexidade às diversas situações clínicas e cirúrgicas, incluindo, a atenção à saúde das mulheres que fazem tratamento de câncer de mama, como por exemplo, quimioterapia, radioterapia, cirurgias; e conta com uma equipe multiprofissional que desempenha os cuidados de forma interdisciplinar.

A escolha deste local está relacionada ao fato de ser a referência de oncologia que atende às demandas de pacientes procedentes de diversos municípios cearenses e de outros estados circunvizinhos.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Neste estudo, a população foi composta por todos os profissionais de enfermagem do setor de oncologia do referido hospital, totalizando 19 técnicos de enfermagem e 01 enfermeiro. Para a seleção da amostra foram adotados os seguintes critérios de inclusão: todos os profissionais de enfermagem que estavam de plantão no setor de oncologia no momento da coleta dos dados e que já tinham o tempo mínimo de seis meses nesse setor. O critério

adotado para a exclusão foi apenas os profissionais que estavam de férias ou de licença médica durante o período da aplicação do questionário.

Considera-se, portanto, que três técnicos de enfermagem se recusaram a participar da pesquisa e 16 desses profissionais assim como um enfermeiro, devolveram o instrumento de coleta de dados, totalizando 17 sujeitos do estudo.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi norteada por meio de um questionário autoaplicado, contendo perguntas subjetivas sobre o perfil social dos profissionais de enfermagem; as competências, habilidades e atitudes da equipe de enfermagem na assistência à mulher com câncer de mama; e as potencialidades e fragilidades para a assistência à mulher com câncer de mama. O instrumento foi entregue aos profissionais de enfermagem junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após explanação dos objetivos.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para realização de coleta de dados, foi solicitado a autorização à direção do Hospital através de ofício; houve a submissão do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por via cadastro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil. Em seguida, as pesquisadoras realizaram uma visita aos participantes no setor de oncologia para solicitar a participação dos profissionais de enfermagem; explicaram a eles os objetivos da pesquisa e a relevância de sua participação; e pediram a sua autorização através da assinatura do TCLE. Após a assinatura, o questionário foi entregue a cada participante e foi agendada uma data de recebimento do instrumento.

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos foram organizados e categorizados de acordo com a técnica de análise temática de conteúdo, tendo como base a orientação de Bardin (2002), que divide e descreve essa fase do estudo nas seguintes etapas: *pré-análise*, que consiste na escolha dos documentos a serem analisados e retomados os objetivos iniciais da pesquisa. A segunda etapa é denominada de *exploração do material*, que possibilita a classificação dos dados com vistas a alcançar o núcleo de compreensão do texto. A terceira etapa é descrita como

tratamento dos resultados obtidos e interpretação, abordando a análise propriamente dita do estudo.

Considera-se que as respostas dos profissionais de enfermagem que participaram desse estudo foram analisadas com base na literatura pertinente e estudos realizados sobre a temática.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Este estudo foi desenvolvido observando os princípios éticos e legais da pesquisa conforme pressuposto na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que dita às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, incorporando os referenciais básicos da bioética, bem como os princípios éticos da autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 1996).

Para o estudo ser realizado, o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos por via Plataforma Brasil e da Comissão de Ética do Hospital que foi lócus da pesquisa para poder dar início à atividade de coleta de dados após a aprovação. Ressalta-se que o estudo não apresentou riscos físicos ou de constrangimento para os profissionais de enfermagem e nem ônus. O anonimato dos participantes foi preservado durante toda a pesquisa e na divulgação dos resultados. Para tanto, foi utilizado a letra "P" para representar o profissional de enfermagem e a sequência numérica de 1 a 17 que corresponde a ordem de devolução do questionário.

Os benefícios do estudo relacionaram-se a divulgação das formas de cuidar que a equipe de enfermagem estava desenvolvendo com mulheres com câncer de mama que realizaram terapêutica nos serviços de oncologia.

4 ANÁLISES E DISCUSSÕES

4.1 PERFIL SOCIAL E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 17 profissionais de enfermagem (um enfermeiro e 16 técnicos de enfermagem), que estavam na faixa etária entre 23 e 48 anos; sendo seis do sexo masculino e 11 do sexo feminino.

Diante do resultado, percebeu-se que a maioria dos participantes eram técnicos de enfermagem e profissionais do sexo feminino, o que era esperado, pois os técnicos de enfermagem prevalecem na categoria profissional e a predominância entre as mulheres deve-se ao fato de que a enfermagem sempre teve forte influência na figura de Florence Nightingale e historicamente, elas também eram vistas como detentoras do cuidado doméstico e que assumiam, mesmo que de forma indireta, a responsabilidade pessoal pela saúde de alguém, criança ou idosos, o que caracteriza muito o modelo da enfermagem.

Lopes e Leal (2005) confirmam falando que retomando os aspectos sócio e histórico já existia uma visão relacionada com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos, associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde. Acrescentam dizendo que a enfermagem nasceu como um serviço organizado pelas instituições religiosas, onde estas incentivavam seu exercício institucional exclusivo e ou majoritariamente feminino e caritativo.

Lopes e Santos (2010) acrescentam que Florence Nightingale é considerada a matriarca da Enfermagem moderna e abriu caminhos para uma nova representação social da mulher e profissionalização da enfermagem.

No tocante à atuação dos participantes no setor de oncologia do referido hospital, predominou o período de mais de seis anos de trabalho no serviço; apenas três já haviam realizado especialização na área; e antes de serem admitidos no setor, 11 fizeram treinamento.

Pelo exposto, observou-se que a maioria (14) dos profissionais que trabalham no setor de oncologia não têm a especialização na área, o que pode deixar a desejar a atuação das atividades laborais, visto que o aperfeiçoamento na área proporciona o desenvolvimento profissional e a maturidade na carreira, além de aquisição de uma competência técnica, reflexiva e crítica, garantindo uma melhor sistematização de enfermagem e um melhor aperfeiçoamento na área.

Percebe-se também que a especialização do profissional pode trazer um grande retorno tanto para ele quanto para a empresa, pois um profissional mais qualificado terá uma

motivação maior e o seu resultado na execução das tarefas será maior e mais produtivo, conseqüentemente a maior produtividade do empregado poderá contribuir efetivamente para os resultados da organização.

Chiavenato (2000) reforça que a competência é crucial para que o profissional de enfermagem desenvolva sua função de forma eficiente, contudo, ao adquirir essa capacitação em sua formação inicial, é importante destacar que ela deve permanecer de forma constante.

Marras (2001) também fala que a especialização na área tem como finalidade melhorar o desenvolvimento profissional, o desempenho das suas funções e a otimização no trabalho, contribuindo assim para melhores resultados dentro do setor.

4.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER COM CÂNCER DE MAMA NO SERVIÇO DE ONCOLOGIA

4.2.1 Categoria 1- Competências, Habilidades e Atitudes da Equipe de Enfermagem na Assistência à Mulher com Câncer de Mama.

As competências, habilidades e atitudes da equipe de enfermagem são importantes para o resultado satisfatório da assistência ofertada às mulheres que se encontram em tratamento para o câncer de mama.

Nessa perspectiva, percebeu-se durante essa pesquisa, que os cuidados que a equipe de enfermagem estava desenvolvendo enfocava a semiotécnica como, por exemplo, administração de medicamentos, verificação dos sinais vitais, não verificação da pressão arterial no braço onde foi retirada a mama, cuidados com o dreno (desprezar e medir o débito) e com curativos (troca diária); orientações sobre a cirurgia e cuidados pós-cirúrgico; apoio psicológico; ajuda na deambulação; cuidados quanto à higienização; e orientações para a alta hospitalar:

“Orientar a paciente sobre a cirurgia, o procedimento a ser feito e os cuidados após cirurgia.” (P3)

“Apoio psicológico, administração de medicamentos, curativos, verificação de sinais vitais e orientações de manuseio com o dreno.” (P2)

“Temos vários cuidados como: nunca verificar a PA no braço da mama que foi retirada, cuidados com dreno, troca de curativo diariamente, higienização e etc.” (P7)

“Medicação conforme prescrição, ajudar o paciente a deambular, orientações quanto aos curativos após alta.” (P9)

Os resultados apontaram que a assistência estava predominantemente técnica, fato que pode estar relacionado ao fato de a maioria dos participantes serem técnicos de enfermagem. Porém, é necessário somar a tais cuidados, a sistematização da assistência de enfermagem, o cuidado holístico, a elaboração do planejamento e protocolos terapêuticos, a sensibilidade para captar as necessidades da paciente em todas as fases de seu tratamento, a formulação e implementação de materiais e manuais educativos aos clientes e familiares adequando-os a sua realidade social.

Nessa perspectiva, Camargo e Souza (2003) diz que devemos olhar a paciente não apenas como objeto do assistir, mas como sujeito do nosso cuidado que merece um olhar de natureza compreensiva e ao mesmo tempo ter a oportunidade de recorrer à equipe de enfermagem, não para agir ou pensar por ela, mas para auxiliá-la em suas dificuldades, dúvidas, medos e ansiedades, deixando sempre claro que ela tem a responsabilidade final sobre si mesma. Desse modo a equipe de enfermagem estará ajudando a cliente a decidir-se sobre seu próprio destino.

Melo (2002) diz que para as ações de enfermagem às mulheres com câncer de mama em tratamento oncológico é importante elaborar intervenções a partir de diagnósticos de enfermagem, o que será possível estabelecer uma assistência planejada que contribuirá com a resolutividade das questões encontradas e estimular à mulher, comportamentos que favoreçam para aquela situação, auxiliando na manutenção da sua integridade física.

Para Riquelme et al. (2006), a equipe de enfermagem deve permitir que a mulher exponha suas dúvidas, anseios e expectativas, procurando identificar e interferir nos aspectos que poderão prejudicar o seu tratamento e a recuperação física, e também desenvolver e planejar ações que atendam às necessidades dessas clientes, para assim ter uma visão geral de suas necessidades básicas, dando conforto e atenção, sabendo escutar as suas opiniões, promovendo a diminuição de seu sofrimento, atentando sempre para a melhora do tratamento até a reabilitação.

Nesse contexto, o estudo investigou sobre a interação e comunicação da equipe com a paciente e seus familiares, encontrou-se que estava de forma satisfatória, pois os profissionais procuravam sempre responder as dúvidas da paciente e de seus familiares desde a admissão da mulher até sua alta; os profissionais afirmaram que orientavam sobre todo o procedimento a ser feito, procuravam ser alegres e atenciosos com a paciente e seus familiares; orientavam quanto à patologia, normas do setor e cuidados específicos.

“O cliente e seus familiares são orientados quanto a patologias, normas do setor e cuidados que serão prestados ao paciente.” (P14)

“Procuro ser e estar sempre alegre e atencioso com a paciente e familiares para amenizar o problema.” (P12)

“Orieto sempre o paciente sobre todo o procedimento a ser feito, tanto para ele como para os familiares.” (P16)

“A comunicação acontece desde a admissão do paciente até a sua alta, de modo a tirar algumas dúvidas da mesma e acalmá-la.” (P2)

Os profissionais foram condizentes com a interação e comunicação com as pacientes, mostrando que existe uma relação de cuidado entre o profissional, paciente e família, o que é muito importante para que as dúvidas, anseios e necessidades destes sejam esclarecidos. Nota-se também, que essa comunicação é uma importante ferramenta na assistência de enfermagem, pois permite a personalização da assistência oferecendo cuidado necessário, humanizado e competente.

A comunicação é um importante instrumento do cuidado em saúde, principalmente quando se trata de pacientes que estão passando pelo enfrentamento do diagnóstico do câncer. Nesta situação, interação e comunicação são consideradas processos importantes por provocar ações e reações entre indivíduos para o estabelecimento de uma cadeia recíproca de comportamentos e opiniões (SILVA; ZAGO, 2005).

Mas para que ocorra essa comunicação é necessário que o enfermeiro e sua equipe tenham conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e tenham habilidades de relacionamento interpessoal para atuar positivamente na assistência à paciente. Ou seja, esses profissionais devem saber escutar, falar quando necessário, dar oportunidade para a paciente fazer seus questionamentos, mostrar respeito, serem honestos, dar tempo suficiente para a conversa, mostrar interesse, e entre outras habilidades (PONTES et al., 2008).

Os profissionais têm que entender também que essa comunicação e interação não é simplesmente uma troca de mensagens entre eles e a paciente, mas sim uma atitude que deve ser planejada e individualizada, não sendo realizada somente por impulsos e de forma intuitiva. Ou seja, eles devem conhecer o significado das mensagens enviadas pela paciente para então, elaborar um plano assistencial adequado para atender às necessidades dessa mulher (ARAÚJO; SILVA, 2007).

A categoria contemplou também sobre os procedimentos técnicos aplicados na assistência à mulher que está em tratamento de câncer de mama, já que faz parte das

competências, habilidades e atitudes desses profissionais. Encontrou-se a administração de medicamentos, realização da radioterapia, punção de acesso venoso periférico, realização de curativos diários, administração de quimioterápicos, cuidados no manuseio com o dreno, medição do débito do dreno, observação do aspecto da secreção do dreno, realização de banho no leito, verificação dos sinais vitais.

“Administração de medicamentos, realização da radioterapia, punção de acesso venoso periférico.” P7

“Realizamos troca de curativos da ferida operatória, verificamos sinais vitais, administração de medicamentos conforme prescrição médica e realização de banho no leito.” P13

“Fazemos curativos diários, administrações de radioterapia ou quimioterapia, orientações sobre o dreno sempre medindo o débito e observando o aspecto do mesmo.” P1

“Nossos cuidados no pré e pós-operatório são: administração de medicamentos, curativos, punção venosa, administração de quimioterápicos, orientações com o dreno.” P6

Diante das falas, os participantes citaram procedimentos técnicos básicos e necessários em relação à assistência à mulher com câncer de mama, porém, é importante acrescentar outros procedimentos segundo a literatura pertinente, como a monitorização da paciente, atuação na reabilitação pós-operatória, atuação na prevenção de complicações decorrentes do tratamento, o direcionamento do autocuidado da mulher após a alta.

Para Alcântara, et al. (2004), as ações dos profissionais de enfermagem que atuam no setor de oncologia englobam o atendimento ao cliente na recepção ou portaria de entrada, administração de medicação, verificação de sinais vitais, consulta de enfermagem, gerência de serviços.

Já Oliveira, Cruz e Matsui (2011) dizem que os procedimentos vão além dos citados por Alcântara que são conhecer os fundamentos de oncologia clínica, cirúrgica e hematológica em todo ciclo vital; prestar assistência de enfermagem identificando as diversas fases do tratamento oncológico: radioterapia, quimioterapia e oncologia cirúrgica; aplicar técnicas específicas de curativos em oncologia; monitorar o paciente oncológico; identificar sinais e sintomas de emergência oncológica e alterações no padrão da normalidade; prestar assistência de enfermagem no manejo da dor; atuar na reabilitação pós-operatória.

O Ministério da Saúde enfatiza mais a questão do pós-operatório, em que se deve avaliar a ferida operatória e orientar para a alta, direcionando a mulher para o autocuidado

(cuidados com o sítio cirúrgico, dreno, além do membro homolateral). Sendo importante também o seguimento ambulatorial da ferida operatória avaliando e realizando os curativos, retirando o dreno, realizando punção de seroma e acompanhamento a mulher durante todo o período de cicatrização (BRASIL, 2004).

A dor também deve ser amenizada em todos os momentos, seja ela causada pela doença, seja ela causada pelos procedimentos semiotécnicos. Dessa forma, essa pesquisa contemplou as formas que os profissionais de enfermagem utilizam para amenizar tais procedimentos dolorosos do tratamento para o câncer de mama e encontrou que eles procuram conversar com a paciente explicando o procedimento a ser realizado, ouvindo as queixas da mesma; administram analgésicos quando necessário; deixam a paciente mais confortável possível para esta se sentir mais segura; pedem ajuda dos familiares para estarem sempre presentes durante os procedimentos realizados com a paciente; acalmam para amenizar o sofrimento; fornecem apoio psicológico e tentam melhorar a autoestima da paciente.

“Explicamos os procedimentos que serão realizados, fazendo-a entender a importância dos mesmos para o seu tratamento.” (P4)

“Sempre orientamos os procedimentos que vão ser realizados, pedimos sempre para os familiares estarem próximo ou falar com a mesma, sendo sincero e passando confiança e segurança para todos os procedimentos realizados.” (P17)

“Tento melhorar a autoestima da paciente devido à mastectomia, dando apoio psicológico, explico sempre ao cliente o que será realizado e tento acalmá-lo sempre para amenizar seu sofrimento.” (P5)

“Converso com o paciente e explico o procedimento a ser realizado, ouvindo as queixas da mesma e administrando analgésicos quando necessário e procuro deixar a paciente o mais confortável possível para se sentir mais segura.” (P1)

Os informantes discorreram sobre a importância de esclarecer o processo pelo qual a paciente irá passar durante os procedimentos, como uma forma de amenizar a dor. Considera-se de suma importância que a escuta a paciente, a ajuda dos familiares, o apoio psicológico, a administração de analgésicos, a avaliação da paciente no momento em que ela é admitida são fatores que contribuem para a prevenção ou minimização da dor.

Para Barreto et al. (2008) é importante esclarecer as clientes sobre as técnicas invasivas às quais serão submetidas, bem como sua importância e desconfortos. O que é indispensável, pois visa prevenir o medo, a ansiedade, facilitando na participação e colaboração da cliente com os procedimentos a serem realizados.

Segundo Barbosa (2008) é importante que a equipe de enfermagem observe as complicações clínicas que a mulher possa apresentar, intervindo assim nos efeitos colaterais da terapia, participando da reabilitação e provendo conforto e cuidado que proporcione maior qualidade de vida à mulher.

Para Otto (2002), a equipe de enfermagem deve descrever as rotinas pós-operatórias antes da cirurgia para um melhor preparo da cliente contribuindo até para sua cooperação; estabelecer posições de conforto para a cliente; reforçar a importância da deambulação precoce, da tosse e da respiração profunda; orientar a cliente quanto aos cuidados com o braço e exercícios após cirurgia e fornecer informações sobre as sensações notadas pela cliente após a cirurgia, como a parestesia da face interna da região superior do braço e aumento da sensibilidade cutânea.

4.2.2 Categoria 2- Potencialidades para a Assistência à Mulher com Câncer de Mama

As facilidades encontradas para os cuidados à mulher com câncer de mama no serviço, citadas pelos participantes, foram as orientações fornecidas sobre o tratamento, material de qualidade, equipe de enfermagem preparada, médicos clínicos e cirurgiões capacitados, confiança da cliente na equipe de enfermagem, acesso ao tratamento após a alta, orientações com o curativo e o dreno, principalmente após a alta, e o fornecimento da maioria das modalidades de tratamento utilizadas no câncer de mama, não sendo preciso deslocamento para outros serviços. Porém, alguns depoentes disseram que o serviço ainda precisa da presença de uma psicóloga.

“Torna-se mais fácil para a paciente, porque neste serviço temos a maioria das modalidades de tratamento utilizadas hoje em câncer de mama, não sendo preciso deslocamento para outros serviços.” (P8)

“As pacientes são bem orientadas em relação ao seu tratamento, temos uma equipe de enfermagem preparada e ótimos médicos tanto clínicos como cirurgiões.” (P10)

“Temos material de qualidade, orientamos o curativo e o dreno principalmente quando o paciente recebe alta, acesso ao tratamento mesmo após a alta.” (P14)

“Temos a confiança do cliente na equipe de enfermagem, excelentes profissionais tanto os médicos como a equipe de enfermagem, porém precisamos de uma psicóloga no setor.” (P16)

Diante das falas, percebe-se que neste setor os profissionais desfrutam de várias facilidades para implementação das ações do cuidar a mulher que está em tratamento para o câncer de mama, porém, chamou-se a atenção, a participação mais efetiva do profissional psicólogo, já que este é um dos membros integrantes essenciais nos cuidados terapêuticos da mulher com câncer de mama.

Para Miranda (2000) atualmente com o grande número de casos de câncer de mama, se faz necessário a formação de grupos de ajuda para que a paciente tenha um melhor suporte psicológico e emocional, com o propósito de reintegração à sociedade, melhor qualidade de vida e resgate de sua autoestima. Dentre os profissionais integrantes do grupo, está o psicólogo.

Straub (2005) aponta a precisão de intervenções que enfoquem o suporte social e emocional, além da necessidade do acesso às informações para que permita a essa mulher certo grau de controle sobre o tratamento e a capacidade de expressar seus sentimentos e emoções, facilitando até sua adesão ao tratamento.

Para Peres e Martins (2000), o acompanhamento através de um psicólogo pode ser considerado uma ação terapêutica às pacientes com câncer de mama quando se procura gerar modificações na ordem da subjetividade das pacientes, dando a esta atenção, apoio e mostrando que a doença pode ser enfrentada com otimismo.

Beck et al. (2009) diz que é importante que a enfermagem tenha um importante papel na implantação da humanização nos serviços de saúde, seja na assistência direta aos usuários ou na educação em serviço com os membros da equipe contribuindo dessa forma para a qualidade da assistência em saúde.

Nesse sentido, os fatores de humanização que os profissionais do setor de oncologia consideraram mais importantes foram a atenção, o carinho, o respeito, a confiança, o companheirismo, o diálogo, a interação com o paciente e família, acolhimento espiritual, humanização da equipe, dedicação, conforto, a escuta e apoio psicológico.

“Trabalhamos sempre com muito amor, respeito e confiança, procuramos ser amigos, irmão desses pacientes, tratando todos com muito carinho.” (P9)

“Aqui atentamos o máximo para que a paciente sinta-se em casa, sempre explicando todos os procedimentos a serem realizados e de alguma forma deixando-a mais tranquila e confortável.” (P11)

“Procuramos dar muito apoio psicológico, espiritual, procuramos saber escutar e falar na hora certa.” (P15)

“Tratamos o paciente sempre com muita dedicação, atenção, amor, companheirismo. O diálogo entre paciente e profissional também é muito importante.” (P1)

Notou-se que os profissionais de enfermagem citaram vários fatores de uma assistência humanizada, mas ainda faltou a questão do trabalho coletivo. É importante também levantar os pontos críticos do funcionamento da instituição e dessa forma propor uma agenda de mudanças que possa beneficiar os usuários e os profissionais de saúde daquele setor no quesito humanização.

Para Oliveira et al. (2006), ainda existem muitos locais com falta de condições técnicas, seja de capacitação, seja de materiais, que tornam os setores desumanizantes pela má qualidade, resultante no atendimento e sua baixa resolubilidade. Essa falta de condições técnicas e materiais também podem induzir à desumanização na medida em que profissionais e usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva, piorando assim, a situação.

Segundo Costa et al. (2003), a assistência humanizada inclui o estar junto de forma calorosa, ouvir, buscar a compreensão de necessidades, buscando ir além do assistir ao paciente, levando os profissionais a buscar fazer sempre o melhor.

4.2.3 Categoria 3- Fragilidades para a Assistência à Mulher com Câncer de Mama

As dificuldades encontradas para os cuidados à mulher com câncer de mama nesse serviço citadas pelos participantes, estavam relacionadas à condição de saúde da própria paciente, como o preconceito e o medo da desconfiguração pelo fato de precisar retirar a mama, a não aceitação da patologia e conseqüentemente a não colaboração com o tratamento, e o abandono do tratamento.

“A maior dificuldade que encontramos é a aceitação da doença e do tratamento, pois muitas das pacientes acabam desistindo do tratamento.” (P16)

“As maiores dificuldades são o preconceito e o medo da mutilação, o que acaba abalando muito o seu psicológico.” (P8)

“A questão da estética por conta da mulher perder a mama e também o medo da não aceitação do companheiro.” (P5)

As respostas demonstraram que muitas vezes, a mulher com câncer de mama torna-se uma pessoa com comprometimento físico, psicológico e social, seja devido à doença ou pelo tratamento. Aceitar essa nova condição e adaptar-se à nova imagem do seu corpo exigem uma compreensão e esforço muito grande para o qual nem sempre estão preparadas.

Devido aos significados e representações que o seio tem para a sociedade em relação à maternidade, a mulher que tem seu seio “mutilado”, pode passar a ter a visão de impossibilidade de continuar sendo acolhedora e nutridora de seus filhos, levando a sentimentos de baixa autoestima, de inferioridade e medo de rejeição por parte do parceiro.

Portanto, as respostas encontradas são esperadas pelos autores da literatura pertinente à temática, visto que, segundo Silva (2008), a primeira preocupação da mulher e sua família após receberem o diagnóstico do câncer de mama é a questão da morte. Em seguida surge a preocupação com o tratamento e condições econômicas para realizá-lo; e quando o tratamento está sendo realizado, as preocupações se voltam para a mutilação, a desfiguração e suas consequências para a vida sexual da mulher.

Comin et al. (2008), reforçam dizendo que mesmo quando o tratamento não exige a retirada da mama, ou seja, permite a preservação desta, nota-se que mesmo assim, os sentimentos de medos, angústias e tristezas estão presentes.

Rossi e Santos (2003) enfatizam mais a questão da importância do apoio psicológico, já que o diagnóstico e o tratamento para o câncer de mama geram situações de crise nas mulheres, portanto esse apoio vai ter a função de estimular a expressão dos sentimentos e emoções, aumentando a autoestima e a autoconfiança da paciente. Nota-se que, com o apoio de um psicólogo, ou mesmo emocional de familiares, de amigos e da sociedade, a mulher com câncer de mama poderá se fortalecer para o enfrentamento da doença com mais qualidade de vida e uma melhora nos seus relacionamentos.

É importante ressaltar, que a participação do profissional psicólogo não foi apontada pelos participantes do estudo, ficando a lacuna do seguinte questionamento: Será que existe esse profissional atuando no referido serviço de saúde?

A partir de tais fragilidades solicitou-se que os profissionais de enfermagem listassem sugestões para minimizar essas dificuldades e eles citaram a necessidade de orientações e acompanhamento psicológico, nutricional e de serviço social antes e depois do tratamento, profissionais mais capacitados, maior número de leitos, palestras e orientações sobre o assunto.

“Deveria ter um acompanhamento com pessoas mais instruídas e preparadas para o tratamento dessas pacientes, como psicólogo, nutricionista, serviço social e entre outros, assim estas teriam uma melhor resposta ao tratamento.” (P7)

“O setor precisa implantar palestras e orientações sobre o câncer de mama para uma melhor aceitação, compreensão dessas pacientes.” (P17)

“Há uma necessidade em aumentar o número de leitos por conta da alta demanda, também são necessários ter profissionais mais capacitados.” (P4)

Notou-se que ainda há uma carência no setor quanto ao acompanhamento psicológico das pacientes, déficit de profissionais especializados na área, déficit de leitos. Há uma necessidade também de palestras informativas e educativas, sendo estes fatores necessários para um bom funcionamento deste setor.

Nesse contexto, Romano (2008), diz que é fundamental que a equipe de psicologia encontre tempo para escutar as angústias e também possa acolher as falas das pacientes voltadas para uma perspectiva mais animadora da realidade vivenciada.

Cavalcanti et al. (2010) fala que atualmente é de grande importância a especialização de profissionais, devido a ampliação dos conhecimentos e concepções na área, preparando-os dessa forma para intervir e transformar a prática e também devido ao crescimento da demanda para a enfermagem na área de oncologia.

Camargo e Souza (2003) falam que apesar do direcionamento técnico e científico da consulta de enfermagem, as orientações aos clientes e suas famílias devem ser realizadas através de palestras, recursos audiovisuais, folders, e em conjunto com toda a equipe, são direcionadas à vivência dos diversos tipos de modalidades terapêuticas para o câncer de mama.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos dados obtidos, evidenciou-se que a maioria dos profissionais de enfermagem do setor de oncologia do referido hospital não tem especialização na área, sendo este um fator relevante, visto a grande importância para uma melhor sistematização e acompanhamento da paciente.

Notou-se que a assistência de enfermagem estava predominantemente técnica, o que mostra a necessidade de uma melhor sistematização da assistência, de um cuidado mais holístico e humanizado, elaboração do planejamento assistencial e protocolos terapêuticos.

O diálogo da equipe de enfermagem, como base para a educação e o cuidado, facilitou a interação paciente-profissional, esclarecimento de dúvidas, anseios, necessidades, preocupações da paciente, laços de confiança e um maior apoio no enfrentamento da dor e das situações que elas apresentavam desde o surgimento da doença, perpassando pelo processo de tratamento, até a reabilitação.

Os procedimentos técnicos realizados na assistência à mulher resumiram a administração de medicamentos, radioterapia, punção de acesso venoso periférico, curativos, administração de quimioterápicos, cuidados no manuseio com o dreno, medição do débito do dreno, observação do aspecto da secreção do dreno, realização de banho no leito, verificação dos sinais vitais.

Os profissionais encontraram facilidades e dificuldades para a promoção do cuidar a tais mulheres, sendo a principal dificuldade a limitação da participação do psicólogo no setor, tornando-se assim, como uma das sugestões para a melhoria assistencial.

Pôde-se notar a presença da humanização durante as respostas dos profissionais, pois é importante considerar que as ações de enfermagem vão muito além dos procedimentos técnicos realizados, sendo o cuidado, o enfoque principal e não a cura. Neste contexto, o profissional deve adequar-se às necessidades pessoais, emocionais e espirituais da mulher, aumentando assim a autoestima e o êxito na recuperação da paciente.

Salienta-se que durante a pesquisa, algumas dificuldades foram encontradas no seu percurso de execução, como por exemplo, a recusa de três profissionais da equipe de enfermagem do setor de oncologia em participar da pesquisa, a dificuldade de devolução do questionário em virtude do tempo limitado destes, devido às suas atribuições ocupacionais, e as idas até o setor nos três turnos diários para contemplar a participação máxima dos profissionais.

A partir do estudo, pode-se notar a importância que a equipe de enfermagem tem diante de todo o processo vivenciado por pacientes que enfrentam o câncer de mama, podendo proporcionar a estas uma melhor qualidade de vida e um resultado positivo ao final do tratamento.

Sendo assim, sugere-se que os profissionais que trabalham nessa área procurem sempre estar se capacitando através de cursos de aperfeiçoamento e de educação permanente, pois se exige do profissional conhecimento técnico-científico e habilidades interpessoais para estabelecerem um vínculo terapêutico.

Considera-se ainda, que esse estudo não pretende encerrar a temática e que os resultados apresentados se referem ao setor de oncologia de um hospital, o que pode ser diferente em setores oncológicos de hospitais distintos. Logo, sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos em lócus diferentes para que seja possível conhecer a atuação da equipe de enfermagem na atenção à saúde da mulher com câncer de mama, haja vista, ser um tema de grande relevância para a saúde da população feminina brasileira.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, L.F.L.; MALVEIRA, E.A.P.; BEQUE, G.V. Enfermeiras cuidando em oncologia ambulatorial: a consulta de enfermagem e o sentido do cuidar. **Revista de Enfermagem UERJ**. v.12, p.259-264, 2004. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n3/v12n3a02.pdf>>. Acesso em: 23 Mar. 2013.

ALMEIDA, R.A. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. v.9, n.2, p.99-113, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582006000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 Fev. 2013.

ANJOS, A. C. Y; ZAGO, M. M. F. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: v.14, n.01, jan/fev 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a05.pdf>>. Acesso em: 08 Jan. 2013.

ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v.41, n.3, p.668-674, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/17.pdf>>. Acesso em: 16 Mar. 2013.

BARBOSA, A. M. **Câncer, direito e cidadania**. 6 ed. São Paulo: Arx, 2003.

BARBOSA, J.R.G. **A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas**. Monografia, Licenciatura em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2008. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/686/1/Monografia.pdf>>. Acesso em: 07 Mar. 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARRETO, R.A.S. et al. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 10, n.1, p.110-123, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a10.pdf>. Acesso em: 23 Mar. 2013.

BARROS, A.C.S.D. et al. **Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2001. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/arquivos/diretrizes/024.pdf>>. Acesso em: 12 Ago. 2012.

BARROS, S.M.O. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2009.

BECK, C.L.C. et al. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.30, n.1, p.54-61, 2009. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDoQFjAB&url=http%3A%2F%2Fseer.ufrgs.br%2FRevistaGauchadeEnfermagem%2Farticle%2Fd>>

ownload%2F5102%2F6561&ei=HMd5UabfN4P68gSAvYDIAw&usg=AFQjCNEMvr5ahdG11g8shIfXiV4RoPsoNw&sig2=tctsHTET3wvsVknvSB76Sg>. Acesso em: 22 Mar. 2013.

BERVIAN, I. P.; PERLINI, N. M. O. G. A família convivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro: v. 52, n. 2, p. 121-128, 2006. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo1.pdf>. Acesso em: 19 Nov. 2012.

BIASOLI, R. **Diagnóstico ao paciente oncológico: o cuidado de não transformar essa notícia em identidade**. Prática Hospitalar. v. 2, n. 7, p.22-24, 2000.

BONASSA, E.M.A.; SANTANA, T.R. **Enfermagem em Terapêutica Oncológica**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96**. Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CONEP, 1996.

BUITRAGO, F.; UEMURA, G.; SENA, M.C.F. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.48, n.1, p.113-131, 2011.

CAMARGO, T.C.; SOUZA, I.E.O. A pesquisa de enfermagem no Instituto Nacional de Câncer: trajetória, tendências e perspectivas. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.49, n.3, p.159-166, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v03/pdf/ARTIGO2.pdf>. Acesso em: 10 Ago. 2012.

CAMARGO, T.C.; SOUZA, I.E.O. Atenção à Mulher Mastectomizada: Discutindo os Aspectos Ônticos e a Dimensão Ontológica da Atuação da Enfermeira no Hospital do Câncer III. **Revista de enfermagem Latino-Americana**. São Paulo: v.11, n.5, p.614-621, set/out, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000500008&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 Mar. 2013.

CAVALCANTI, V.G.S.; VIANA, L.O.; GARCIA, N.I. As Especialidades e os Nexos com a Formação Continua do Enfermeiro: Repercussões para a Atuação no Município do Rio de Janeiro. Enfermería Global. **Revista Electrônica Cuatrimestral de Enfermería**. n.19, jun. 2010.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos**. 6ed. São Paulo: Atlas, 2000.

COMIN, F.S.; SOUZA, L.V.; SANTOS, M.A. Tomar-se psicólogo: experiência de estágio de psico-oncologia em equipe multiprofissional de saúde. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**. v.9, n.2, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167933902008000200010&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 Mar. 2013.

CORBELLINI, V.L. Câncer de mama: encontro solitário com o temor do desconhecido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 22, n. 1, p. 42-68, 2001. Disponível em: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/851/1028>>. Acesso em: 12 Jul. 2012.

COSTA, C.A.; FILHO, W.D.L.; SOARES, N.V. Assistência Humanizada ao Cliente Oncológico: reflexões junto à equipe. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 56, n.3, p.310-314, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a19v56n3.pdf>>. Acesso em: 17 Mar. 2013.

FONSECA, S.M.; MACHADO, R.C.L.; PAIVA, D.R.S.; ALMEIDA, E.P.M.; MASSUNAGA, V.M.; JÚNIOR, W.R.; KOIKE, C.T.; TADOKORO, H. **Manual de Quimioterapia Antineoplásica**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed., 2000.

FORTNER, K.B.; SZYMANSKI, L.M.; FOX, H.E.; WALLACH, E.E. **Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.43-56.

FREITAS, F.; MENKE, C.H.; RIVOIRE, W.A.; PASSOS, E.P. **Rotinas em Ginecologia**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.419-436.

FREITAS, F.; MENKE, C.H.; RIVOIRE, W.A.; PASSOS, E.P. **Rotinas em Ginecologia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 554-575.

GONÇALVES, L.L.C. et al. Mulheres Portadoras de Câncer de Mama: Conhecimento e Acesso às Medidas de Detecção Precoce. **Revista Enfermagem UERJ**. v.17, n.3, p.362-367, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a11.pdf>>. Acesso em: 13 Jul. 2012.

GOMES, I. L. **Fisiopatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

KOIFMAN, S.; ABREU, E. Fatores Prognósticos no Câncer da Mama Feminina. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.48, n.1, p. 113-131, 2001. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/revisao.pdf>. Acesso em: 16 Set. 2012.

LEOPARDI, M. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2. ed. rev. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação, 2002.

LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Porto Alegre, n.24, p.105-125, jan/jun, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 13 Mar. 2013.

LOPES, L.M.M.; SANTOS, S.M.P. Florence Nightingale - Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. **Revista de Enfermagem Referência III**. n.2, p.181-189, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a19.pdf>>. Acesso em: 13 Mar. 2013.

MARRAS, J.P. **Administração de Recursos Humanos: do Operacional ao Estratégico**. 4ed. São Paulo: Futura, 2001.

MATHEUS, V.S.; KESTELMAN, F.P.; CANELLA, E.O.; DJAHJAH, M.C.R.; KOCH, H.A. Carcinoma medular da mama: correlação anátomo-radiológica. **Revista Radiologia Brasileira**. v.41, n.6, p.379-383, nov/dez, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842008000600007>. Acesso em: 27 Ago. 2012.

MELO, E.M. et al. Mulher Mastectomizada em Tratamento Quimioterápico: Um estudo no Comportamento das Perspectivas do Modelo Adaptativo de Roy. **Revista Brasileira de Cancerologia**. V.48, n.1, p.21-28, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/artigo1.pdf>. Acesso em: 18 Mar. 2013.

MELO, E.M.; SILVA, R.M.; FERNANDES, A.F.C. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 51, n. 3, p. 219-225, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/artigo4.pdf>. Acesso em: 19 Jun. 2012.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S.F; GOMES, R.. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 13. **Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controler_cancer_colo_uterio_mama.pdf>. Acesso em: 17 Ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer**. Rio de Janeiro: INCA; 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do Câncer de mama-Documento de Consenso**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf>>. Acesso em: 20 Jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer – Pro-Onco. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. 3ª ed. Rio de Janeiro, Pro-Onco, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA; 2002. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/cancer/aula11.pdf>. Acesso em: 15 Out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas 2008 – Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>>. Acesso em: 27 Nov. 2012.

MIRANDA, T.C.C. **Papel do grupo de auto-ajuda no câncer de mama**. 2000. Disponível em: <<http://basesd.birme.br/cgi-bin/wyisind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 16 Ago. 2012.

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A Humanização na Assistência à Saúde. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. v.14, n.2, p.277-280, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>>. Acesso em: 10 Mar. 2013.

OLIVEIRA, S.C.; CRUZ, S.C.G.R.; MATSUI, T. **Curso de Especialização Profissional de Nível Técnico em Enfermagem**. São Paulo: FUNDAP, 2011. Disponível em: <http://tecsaude.sp.gov.br/pdf/livro_do_aluno_oncologia.pdf>. Acesso em: 12 Nov. 2013.

OTTO, S.E.; **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.

PERES, R.S.; MARTINS, E.J.S. Ressaltando os aspectos psicológicos em uma proposta de atendimento psicossocial a pacientes oncológicos. **Revista Psico**. v. 31, n.2, p.195-208, jul/dez, 2000.

PONTES, A.C.; LEITÃO, I.M.T.A.; RAMOS, I.C. Comunicação Terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 61, n.3, p.312-318, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006>. Acesso em: 18 Mar. 2013.

PRADO, M.A.S.; MAMEDE, M.V.; ALMEIDA A.M.; CLAPIS, M.J. A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.12, n.3, p.494-502, mai/jun 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300007>. Acesso em: 8 Jul. 2012.

RECCO, D.C.; LUIZ, C.B.; PINTO, M.H. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**. v.12, n.2, abr/jun, 2005. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/5.pdf>. Acesso em: 4 Jan. 2013.

REGIS, M.F.S.; SIMÕES, S.M.F. Diagnóstico de Câncer de Mama: Sentimentos, Comportamentos e Expectativas de Mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 7, n. 1, p.81-86, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/851/1029>>. Acesso em: 17 Jul. 2012.

RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIQUELME, E.B.; SEPÚLEVA, P. B.; VARGAS, V.X.; Atención de Enfermaría em lãs Pacientes com Câncer de Mama. **Revista Médica Clínica Las Condes**. V.17, n.4, p. 244-247, 2006. Disponível em: <http://www.clc.cl/Home.aspx?aspxerrorpath=/area_academica/Areaacademica/Revista-Medica.aspx>. Acesso em: 14 Mar. 2013.

ROMANO, Bellkiss Wilma (org). **Manual de Psicologia Clínica para Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

ROSSI, L.; SANTOS, M.A. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia Ciência e Profissão**. v.23, n.4, p. 32-40, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n4/v23n4a06.pdf>>. Acesso em: 12 Mar. 2013.

SILVA, L.C. Câncer de Mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**. v.13, n.2, p.232-236, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000200005>. Acesso em: 15 Mar. 2013.

SILVA, R. C. F. da; HORTALE, V. A. Cuidados Paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Caderno de Saúde Pública**. v. 22, n. 10, p. 2055-2066, 2006.

SILVA, V.C.E.; ZAGO, M.M.F.; A Revelação do diagnóstico de Câncer para profissionais e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.58, n.4, p.477-478, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400019&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 Mar. 2013.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10 ed. Guanabara: Koogan, 2005.

STRAUB, R.O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

THULER, L.C.; MENDONÇA, G.A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo mulheres brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.27, n.11, nov. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032005001100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 Jul. 2012.

VALLE, J.C. **Câncer de Mama Locorregional Avançado**. São Paulo: Medsi, 1999.

VIEIRA, C.P.; LOPES, M.H.B.M.; SHIMO, A.K.K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v.41, n. 2, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000200020&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 Jun. 2012.

ZANETTI, J.S.; SILVA, A.R. Carcinoma Mucinoso Invasor da Mama e seus Diagnósticos Diferenciais em Biópsia. **Revista Brasileira de Patologia e Medicina Laboratorial**. v.46, n.2, p.99-104, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-24442010000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 Set. 2012.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

QUESTIONÁRIO

Perfil social dos profissionais de enfermagem.

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Categoria profissional: () Auxiliar de enfermagem () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro(a)

Tempo de trabalho nesse serviço de saúde: () 6 meses a 2 anos () 2-4 anos () 4-6 anos () mais de 6anos

Tem alguma especialização na área: () Não () Sim Qual? _____

Antes de ser admitido no setor, você fez algum treinamento: () Não () Sim

Competências, habilidades e atitudes da equipe de enfermagem na assistência à mulher com câncer de mama.

1. Descreva quais os cuidados que você realiza à mulher que está em tratamento de câncer de mama.
2. Como ocorrem a sua interação/comunicação com a paciente, os familiares da mesma e os demais profissionais?
3. Quais os procedimentos técnicos aplicados na assistência à mulher que está tratamento de câncer de mama?
4. De que forma você procura amenizar os procedimentos dolorosos do tratamento para o câncer de mama?

Potencialidades para a assistência à mulher com câncer de mama.

1. Quais as facilidades encontradas para os cuidados à mulher com câncer de m nesse serviço?
2. Que fatores de humanização você considera mais importante no setor de oncologia?

Fragilidades para a assistência à mulher com câncer de mama.

1. Quais as dificuldades encontradas para os cuidados à mulher com câncer de mama nesse serviço?
2. Quais as sugestões você daria para minimizar tais dificuldades?

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Prezado (a) Sr (a).

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo, então leia atentamente e caso tenha dúvidas, vou esclarecê-las. Se concordar, o documento será assinado e só então daremos início à pesquisa. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Milena Silva Costa, CPF 859.694.943-72, e Carla Fernanda Chaves de Moraes, professora e acadêmica de enfermagem respectivamente, da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG estão realizando a pesquisa intitulada "ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA", na qual tem como objetivo conhecer a assistência de enfermagem à mulher com câncer de mama no serviço de oncologia.

Para isso, está desenvolvendo um estudo que consta das seguintes etapas: elaboração do projeto, submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa para aprovação, coleta de dados através da aplicação de um questionário, análise dos dados, apresentação dos resultados. Por essa razão, convidamos você à participar da pesquisa.

Sua participação consistirá em responder a um questionário que contém perguntas sobre o perfil social dos profissionais de enfermagem; as competências, habilidades e atitudes da equipe de enfermagem na assistência a mulher com câncer de mama; e as potencialidades e fragilidades para a assistência à mulher com câncer de mama. Este questionário será entregue no serviço de oncologia para que em casa ou em outro local, você possa responder com tranquilidade. Posteriormente, em data agendada solicitamos a devolução do mesmo. A pesquisa não expõe a riscos físicos e/ou de constrangimento, pois você poderá responder em casa, mantendo-se assim sua privacidade. Nos casos em que o questionário causar algum constrangimento, eu Milena Silva Costa serei a responsável por qualquer tipo de encaminhamento necessário.

Através de suas respostas, será possível conhecer a assistência de enfermagem a mulher que realiza tratamento para câncer de mama nesse setor hospitalar, tornando-se assim, como benefícios do estudo.

Toda informação que você nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. As respostas serão confidenciais e o seu nome não aparecerá no questionário inclusive quando os resultados forem apresentados.

Sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a responder o questionário.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar por Milena Silva Costa ou Carla Fernanda Chaves de Moraes na Rua: Sérgio Moreira de Figueiredo s/n – Casas Populares. Telefone: 5322000. Cajazeiras – PB, no horário de segunda a sexta feira, de 8:00h às 17h.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP escolhido pela Plataforma Brasil.

Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que segue abaixo, recebendo uma cópia do mesmo.

Local e data

Assinatura das Pesquisadoras

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, _____, portador (a) do Cadastro de Pessoa Física (CPF) número _____, após leitura minuciosa do TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelas pesquisadoras.

Estou ciente que:

I) O estudo se faz necessário para que possam conhecer a assistência de enfermagem à mulher com câncer de mama.

II) A participação neste projeto não tem nenhum custo para mim;

III) Tenho a liberdade de desistir ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;

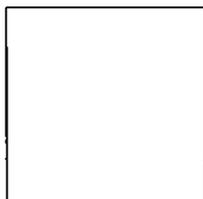
IV) A desistência não causará nenhum prejuízo a mim e não irá interferir no meu trabalho;

V) Os resultados obtidos durante esta pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meu nome seja mencionado.

Não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para participar voluntariamente da pesquisa "ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA", assinando o presente documento em duas vias de igual teor e valor para ficar de posse de um e o outro ficar de posse das pesquisadoras.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante



Impressão dactiloscópica

Assinatura das Pesquisadoras

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

ANEXO(S)

ANEXO A - DECLARAÇÃO

HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO
AVENIDA CORONEL JOÃO COELHO, 299
BAIRRO CENTRO – BARBALHA - CE
FONE: 3532-7100 CEP: 63180-000

DECLARAÇÃO

Eu, _____, Diretor da Unidade:
Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “Atuação da Enfermagem na Assistência à Saúde da Mulher com Câncer de Mama”, que será realizada com os profissionais de enfermagem do setor de oncologia do referido hospital, com abordagem qualitativa, no período de janeiro a fevereiro de 2013, tendo como pesquisadora Carla Fernanda Chaves de Moraes, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG e orientadora Prof^ª Ms. Milena Silva Costa.

Barbalha-CE, ____ de _____ de 2012.

Dr. Antônio Helson Viana de Brito
Diretor Técnico do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

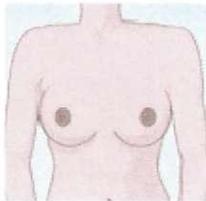


Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

1. Na frente do espelho

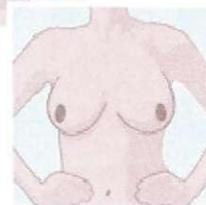
Fique de frente para o espelho com os braços ao longo do corpo.



Olhe para suas mamas e procure por caroços, depressões, formas anormais ou quaisquer outras alterações de aparência.

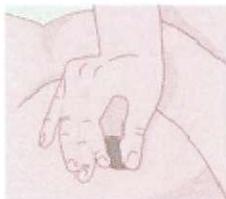


Repita o procedimento com os braços elevados acima da cabeça.



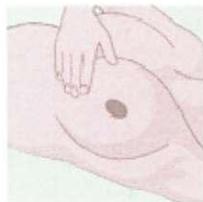
Com as mãos nos quadris e com seus músculos peitorais esticados, procure por caroços ou alterações.

2. Deitada



Deite-se de barriga para cima em uma posição confortável e coloque um travesseiro embaixo de seu ombro esquerdo. Examine toda a sua mama com a mão direita.

Deite-se de barriga para cima em uma posição confortável e coloque um travesseiro embaixo de seu



Mantenha os dedos esticados em cima de seu seio e pressione firmemente de modo delicado, médio e forte, em movimentos circulares menores e maiores.

Após, coloque o travesseiro embaixo do ombro direito e examine sua mama direita.

3. No chuveiro



Ao tomar banho, verifique se há caroços ou endurecimento em suas mamas e axilas. Se as mãos estiverem ensaboadas deslizarão mais facilmente sobre a pele molhada.

Examine suas mamas usando o mesmo procedimento que na posição deitada.

Fonte: Folheto explicativo sobre o auto-exame das mamas. INCA, 2002.

ANEXO B
EXPLICAÇÃO SOBRE O AUTO-EXAME DAS MAMAS