

Cuidar integral da equipe multiprofissional: discurso de mulheres em pré-operatório de mastectomia

Multi-professional team care: discourse of women in preoperative mastectomy

Cuidado integral del equipo multiprofesional: discurso de las mujeres en el preoperatorio de mastectomía

Karla Tamyres Santos do Nascimento¹

Leila de Cássia Tavares da Fonsêca¹

Smalyanna Sgren da Costa Andrade¹

Kamila Nethielly Souza Leite¹

Ana Aline Lacet Zaccara¹

Solange Fátima Geraldo da Costa¹

1. Universidade Federal da Paraíba.

João Pessoa - PB. Brasil.

RESUMO

Objetivo: Investigar a atuação da equipe multiprofissional, no que tange a preparação de mulheres em pré-operatório de mastectomia. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada na clínica cirúrgica de um hospital público, em João Pessoa - PB. A amostra foi composta por sete mulheres que iriam se submeter à mastectomia. A coleta de dados foi iniciada após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa nº 751/10 e CAAE nº 0578.0.126.000-10, no período de fevereiro a maio de 2011, por meio da técnica de entrevista gravada. **Resultados:** Os dados obtidos foram analisados mediante a técnica do Discurso do sujeito coletivo, gerando quatro ideias centrais, destacando a atuação da equipe multiprofissional, contemplando orientações pertinentes ao procedimento cirúrgico, pré-operatórias, apoio psicológico, espiritual e nutricional. **Conclusão:** Conclui-se que existe a necessidade de uma maior integração da equipe multiprofissional, para propiciar melhor assistência à mulher no período pré-operatório de mastectomia.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Pessoal de Saúde; Mastectomia; Cuidados pré-operatórios.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate the multidisciplinary team regarding the preparation of women in preoperative from mastectomy. **Methods:** This is an exploratory study with qualitative approach, performed in the surgical clinic of a public hospital in João Pessoa - PB. The sample consisted of seven women who would make a mastectomy. Data collection was initiated in the period of February to May 2011, after obtaining the assent of the Committee for Research Ethics Nº 751/10 and Nº CAAE 0578.0.126.000-10, using the technique of recorded interview. **Results:** The data were analyzed using the technique of collective subject discourse, generating four central ideas highlighting the role of the multidisciplinary team comprising relevant guidance to the surgical procedure, preoperative psychological, spiritual and nutritional. **Conclusion:** We conclude that there is a need for greater integration of the multidisciplinary team to provide better care to women during preoperative care of mastectomy.

Keywords: Humanization of Assistance; Health Personnel; Mastectomy; Preoperative Care.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la actuación del equipo multiprofesional con respecto a la preparación de las mujeres en el preoperatorio de Mastectomía. **Métodos:** Estudio exploratorio, cualitativo, realizado en la clínica quirúrgica de un hospital público de João Pessoa (PB). La muestra fue compuesta por siete mujeres que iban a hacer una mastectomía. La recolección de datos ocurrió entre febrero y mayo de 2011, después de haber obtenido el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación Nº 751/10 y Nº CAAE 0578.0.126.000-10, utilizando la técnica de la entrevista grabada. **Resultados:** Los datos fueron analizados mediante la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo, generando cuatro ideas centrales que destacan el papel del equipo multidisciplinario, que incluye las orientaciones pertinentes para el procedimiento quirúrgico: preoperatorio; psicológica; espiritual; nutricional. **Conclusión:** Se hace necesaria una mayor integración del equipo multidisciplinario para ofrecer una mejor atención a las mujeres durante el cuidado preoperatorio de mastectomía.

Palabras-clave: Humanización de la Atención; Personal de Salud; Mastectomía; Cuidados Preoperatorios.

Autor correspondente:

Kamila Nethielly Souza Leite.

E-mail: ka_mila.n@hotmail.com

Recebido em 23/05/2013.

Reapresentado em 12/12/2013.

Aprovado em 20/12/2013.

DOI: 10.5935/1414-8145.20140062

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Em 2012, estimou-se para o Brasil, 52.680 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. No Estado da Paraíba, a taxa bruta de incidência, estimada para o ano de 2012, para neoplasia maligna de mama é de 32,41 casos para cada 100 mil habitantes. Em João Pessoa - PB, este índice quase dobra, 63,33/100 mil habitantes, taxa maior que a média nacional¹.

É um dos tipos de câncer mais temidos pelas mulheres, devido à sua alta frequência e efeitos psicológicos, tais como: alterações da sexualidade e da imagem corporal, medo de recidivas, ansiedade, dor e baixa autoestima². É importante ressaltar, que o conhecimento e a compreensão da mulher acerca dos fatores de risco para o câncer de mama têm relevância, à medida que alguns deles são passíveis de modificação. Deve-se considerar também, a relação entre o nível de conhecimento das mulheres e a adesão às práticas de rastreamento e detecção precoce, o que influencia diretamente o momento do diagnóstico da doença e seu prognóstico³.

No caso da mulher com câncer de mama, a equipe multiprofissional deve resgatar os valores humanos em seu processo de trabalho, desconstruindo o cuidado mecanizado e rotinizado, proporcionando uma práxis inovadora e transformadora da relação profissional e paciente⁴, permitindo a esta mulher um atendimento holístico, ou seja, promovendo o restabelecimento da saúde em seu sentido mais amplo: o indivíduo visto como um ser biopsicossocial e espiritual.

Sob essa ótica, humanizar a saúde compreende o respeito à unicidade de cada pessoa, personalizando a assistência⁵ e transformando as práticas de saúde no sentido de pautar o cuidado mais no sofrimento do que na doença, a ponto de esta prática reconhecer e lidar com a dor e aflição humana. Logo, a solidariedade à mulher em pré-operatório de mastectomia, envolve o trabalho em equipe, no sentido mais elementar da palavra, como um grupo integrado em prol de algo em comum, uma equipe agrupada, ou seja, unida em direção ao cuidado humanizado da paciente, e não como um grupo que cumpre suas funções de forma individual.

Acreditamos que este estudo implicará na difusão do conhecimento na temática, podendo influenciar novas pesquisas na área e ocasionar melhorias no cuidado humanizado da equipe multiprofissional frente à mulher mastectomizada. Com efeito, espera-se que os resultados, desta pesquisa, norteiem as práticas de saúde pautadas na importância e necessidade de vínculo da equipe multiprofissional, no sentido de valorizar o atendimento hospitalar diferenciado, a partir de estratégias voltadas ao acolhimento, cuidado humanizado, interdisciplinaridade, respeito, dignidade humana e ética profissional.

A relevância desta pesquisa centra-se no argumento de que a humanização da assistência, engloba também os cuidados pré-operatórios prestados aos pacientes, incorrendo na integração da equipe multiprofissional. Assim, a referida pesquisa

confinou do seguinte questionamento: O cuidado prestado pela equipe multiprofissional às mulheres em pré-operatório de mastectomia, se insere no contexto da Política Nacional de Humanização? Para responder a essa indagação, este estudo teve por objetivo investigar o discurso das mulheres em pré-operatório de mastectomia a respeito do cuidado prestado pela equipe multiprofissional.

METODOLOGIA

Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado na clínica cirúrgica de um hospital público, localizado na cidade de João Pessoa - PB. Participaram da pesquisa mulheres em pré-operatório de mastectomia, que relataram sobre o cuidado da equipe multiprofissional, durante o período de fevereiro a maio de 2011. Para seleção da amostra, utilizou-se a amostragem por acessibilidade, esta é bastante utilizada em pesquisas exploratórias e de natureza qualitativas⁶.

As sete mulheres se encontravam em período pré-operatório, para cirurgia de mastectomia e foram selecionadas a partir dos seguintes critérios: Ter idade maior ou igual a 18 anos; estar no pré-operatório na unidade cirúrgica da instituição elegida para o estudo no momento da coletados dados; apresentar diagnóstico concluso de câncer de mama e concordar participar do estudo.

Para viabilizar a coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista gravada, por meio de um formulário semiestruturado, contendo questões pertinentes ao objetivo do estudo. O material empírico foi analisado qualitativamente, por meio da técnica de análise do discurso do sujeito coletivo, proposta por Lefèvre e Lefèvre⁷.

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo consiste na análise do material verbal coletado, extraído-se dos depoimentos ideias centrais e/ou ancoragens e as suas correspondentes expressões-chaves. Desta maneira, o DSC visa dar a luz ao conjunto de individualidades significativas que fazem parte do imaginário social⁷.

Trata-se de um discurso concebido na primeira pessoa do singular a partir das falas que mais se repetem, podendo suprimir o exagero de repetições ao longo da construção, para conferir coerência ao discurso final. A referida técnica foi operacionalizada em quatro etapas. Na primeira etapa, foi efetivada a seleção das expressões-chave de cada discurso individual, obtidas, a partir de cada questão subjetiva, proposta para os estudos. Na segunda, identificaram-se as ideias centrais que cada um dos participantes envolvidos apresentam em seu discurso e as expressões-chave para cada resposta de uma dada questão, formando, assim, a síntese do conteúdo dessas expressões⁷.

Na terceira etapa, agruparam-se as ideias centrais semelhantes ou complementares, que envolviam as mesmas respostas de um determinado questionamento, transcrevendo-se, literalmente, os termos empregados pelos participantes. A quarta etapa compreendeu a estruturação do discurso-síntese, ou Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), mediante o agrupamento das ideias centrais afins, o que representa um só discurso, como se todos tivessem sido proferidas por apenas um indivíduo⁷.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), com certidão de nº 751/10, CAAE nº 0578.0.126.000-10. Vale ressaltar que durante a coleta de dados, foram realizadas orientações às participantes quanto à finalidade da pesquisa, garantia de sigilo, possibilidade de desistência e solicitação de anuência, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme determina a Resolução 466/12 que versa sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Em relação à caracterização da amostra, uma (14%) mulher estava na faixa etária entre 30-49 anos e seis (86%) apresentava idade acima de 50 anos. Quanto ao estado civil, três (43%) eram solteiras e quatro (57%) eram casadas ou viviam em uniões estáveis. Uma (14%) mulher não possuía filhos, duas (29%) possuíam dois filhos, três (43%) têm de 3-4 filhos e uma (14%) mais de quatro filhos.

No que tange a escolaridade, uma (14%) era analfabeta, quatro (57%) possuíam o ensino fundamental incompleto e duas (29%) com ensino superior completo. A renda familiar era menor que um salário mínimo para uma (14%) mulher, de até um salário mínimo para três (43%) mulheres e de 2-3 salários mínimos para três (43%) mulheres. Em relação à orientação religiosa, cinco (71%) eram católicas e duas (29%) protestantes.

A partir da análise do material empírico, foi possível a construção de quatro ideias centrais: Orientações do procedimento cirúrgico: Atuação do médico; Orientações pré-operatórias: Atuação do enfermeiro; Apoio Psicológico e Espiritual: Atuação do Psicólogo; e Orientação nutricional: Atuação do Nutricionista.

O discurso adiante foi gerado a partir do questionamento: Qual o cuidado pré-operatório prestado pelo (a) Médico (a)?

Orientações do procedimento cirúrgico: Atuação do médico

[...] ela disse que se retirar só o nódulo vai ficar uma cicatriz muito feia, vai precisar mexer na axila e era melhor que tirasse total [...]; disse que tem que tirar tudo; [...] ela disse que tinha que tirar, tirasse somente um quadrante; [...] falou que eu ia fazer a cirurgia e que como estava no início, tirando a mama eu ia ficar curada, porque se você tirar a metade pode comprometer depois; [...] a médica falou que ia ser feito a cirurgia, ia tirar uma mama, que eu tinha que fazer uma biópsia, para saber se ia ter que tirar as glândulas da axila [...]; Ela explicou que ia tirar a mama porque tomou conta da mama toda precisando retirar tudo. [...] Que eu ia decidir se queria fazer a mastectomia; [...] perguntou se eu aceitava ai eu disse: eu aceito [...] ela disse que tinha que tirar, tirasse somente um quadrante, mas eu num quis não, quis tirar logo toda [...] Perguntou se eu concordava.

O Discurso do Sujeito Coletivo das mulheres participantes da pesquisa, no tocante ao repasse de instruções pré-operatórias pelo profissional médico, revela uma comunicação pautada somente no procedimento cirúrgico. Apesar de valorizar a autonomia da paciente quanto ao tipo de cirurgia, deixa claro que o discurso destes profissionais ainda se encontra distante do que é incentivado pelas práticas de saúde, quanto ao acolhimento e humanização, que envolve outros aspectos relacionados ao bem-estar da mulher frente ao diagnóstico de câncer de mama.

O médico, como membro da equipe multiprofissional, fica com a responsabilidade de comunicar o diagnóstico de câncer de mama para a paciente. Com relação à comunicação de más notícias, deve-se pensar na paciente como um ser que tem suas peculiaridades e sentimentos, principalmente, se acontecer de forma brusca, terá sua dimensão emocional afetada, repercutindo negativamente em seu funcionamento biológico e dificultando o processo de tratamento e recuperação.

Em um estudo comparativo, as respostas de mulheres mostraram que no momento do diagnóstico e definição da terapêutica, raramente possuem autonomia no processo de tomada de decisão. Ressalta-se que a maioria das técnicas cirúrgicas desconsidera a paciente como sujeito e pessoa do seu processo de tratamento. A importância de informações sobre a doença, tratamento e suas consequências são fundamentais. As orientações devem ser repassadas no sentido de abranger aspectos relacionados à prevenção, ao tratamento e suas implicações para a vida da mulher⁸.

Estes aspectos são considerados imprescindíveis para diminuir a ansiedade e o medo frente ao diagnóstico e tratamento. Dessa forma torna-se mais humano o tratamento cirúrgico. A paciente necessita ter preparo emocional e as orientações devem ser completas. A pesquisa sugere, que o atendimento prestado pelo profissional médico não seja somente comunicar o tipo de cirurgia e em que consiste e sim, explicar cada etapa, o motivo e as reais necessidades do procedimento cirúrgico, os cuidados antes, durante e depois da cirurgia e suas consequências, a fim de que a paciente possa estar ciente do seu tratamento, colaborando na sua recuperação⁸.

O tratamento precoce do câncer de mama resulta em aumento nas taxas de sobrevivência, porém ainda existe um sentimento de vulnerabilidade, devido à possibilidade de recidivas e/ou morte. A comunicação eficaz durante o tratamento permite uma melhor recuperação das mulheres mastectomizadas, provocando uma diminuição da ansiedade e medo⁹.

Além disso, estudo evidencia que pacientes recém-diagnosticadas com câncer de mama necessitam de apoio, para entender a informação médica complexa, lidar com seu diagnóstico e tomar decisões de tratamento difícil. À medida que os pacientes recebem de seus médicos informação útil e apoio emocional, é provável que aumente seu nível de confiança¹⁰.

Assim, ressalta-se a importância de estimular a valorização da medicina em seu caráter mais humano, especialmente, em

momentos em que as informações desvelam a gravidade de um diagnóstico ou aproximação de um desfecho fatal¹¹. Evidencia-se que alguns médicos atuam de maneira condizente aos princípios da humanização, ao enxergar o outro como um ser holístico e ao compreender a paciente, atendendo não somente suas necessidades biológicas, mas também, procurando esclarecer dúvidas e ansios quanto ao tratamento e recuperação da cirurgia, preparando-as, psicologicamente, para todo o processo.

A seguir, o discurso das mulheres a partir do questionamento: Qual o cuidado pré-operatório prestado pela equipe de enfermagem?

Orientações pré-operatórias: Atuação do enfermeiro

[...] Ela fez um monte de perguntas, essa aí da religião e essas coisas [...] ficou aqui comigo, fez minha ficha [...] só fazendo as perguntas. [...] passou assim: que eu não iria comer, que eu iria tirar o que eu tinha trazido de acessórios, prótese e essas coisas que tiver [...] ela disse sobre alimentação que não era para comer, que fez até ontem [...] orientou para quando eu fosse pra o bloco cirúrgico, retirar os dentes, a aliança e os brincos que eu tenho [...] disse que era pra retirar o relógio, a calcinha; [...] ela disse: fique calma viu, se não a pressão vai subir [...] verificou a pressão e disse que estava um pouquinho alta.

Neste DSC, podemos perceber que as participantes do estudo enfatizaram o papel do profissional de enfermagem, como aquela pessoa que utiliza um instrumento de coleta de dados, afim de reunir informações sobre seu estado de saúde Informa acerca dos cuidados antes da cirurgia e acompanha diretamente o quadro clínico da paciente, mediante verificação de sinais vitais.

Sabe-se que o histórico de enfermagem é um instrumento presente em algumas clínicas para o desenvolvimento da consulta de enfermagem, durante o momento da admissão hospitalar. Nessa ocasião, o profissional enfermeiro recebe o paciente e o encaminha à sua enfermaria e respectivo leito. Na internação deve haver interação do enfermeiro com o paciente, na intenção de buscar informações acerca do motivo do internamento, queixas, antecedentes pessoais e familiares, doenças pré-existentes, hábitos alimentares, entre outros.

As instruções sobre retirada de objetos, acessórios e peças íntimas, bem como certificação do jejum e mensuração de sinais vitais fazem parte da função da equipe de enfermagem. Essas intervenções, antes da cirurgia, são essenciais para o bom curso da operação. Entretanto, semelhante ao profissional médico, a equipe de enfermagem parece ter se limitado ao repasse de informações de forma mecânica e não individualizada.

A atuação do enfermeiro, quando iniciada desde a fase pré-operatória, tem o potencial de tornar o momento cirúrgico mais tranquilo, o que repercute em uma boa recuperação da paciente. Pesquisas apontam que o papel do enfermeiro no

cuidado a paciente com câncer de mama é reduzir estressores intrínsecos ao processo cirúrgico, afetando diretamente a adaptação física, psicológica e social de tais mulheres e ajudando a prevenir e superar a depressão e ansiedade^{12,13}. O enfermeiro deve estar presente, também, no compartilhamento de informações acerca do procedimento cirúrgico e das intervenções de enfermagem que irão prepará-lo para a cirurgia.

O paciente deve ser o foco central da assistência de enfermagem, desse modo, conhecer sua opinião sobre os cuidados que estão sendo prestados é essencial. O tratamento carinhoso e atencioso é sentido pelo paciente cirúrgico durante todas as fases do processo operatório, o que confirma a necessidade do cuidado humanizado e consolida um plano de cuidados focalizado¹⁴.

Sob essa ótica, o cuidado de enfermagem à mulher com câncer de mama, não deve se restringir apenas a coleta de informações no momento da internação, nem a transmissão de orientações no pré-operatório, mas deve focar em uma assistência humanizada e voltada a compreensão do ser humano.

O enfermeiro tem um papel fundamental na equipe multiprofissional, agindo como incentivador de práticas humanizadas, no processo de cuidado com pacientes internos e, principalmente, com aqueles que estão passando por um procedimento considerado mutilador, como as mulheres deste estudo, que ao se submeterem a cirurgia de câncer de mama, podem sofrer com a retirada do seio, algo brusco e angustiante.

Assim, pode-se afirmar que a enfermagem tem o papel de atender às necessidades biopsicossociais dos pacientes, tornando o período de internação um momento agradável, garantindo a estabilidade biológica e emocional das mulheres, o que facilitará o pré-operatório da mastectomia.

Adiante, o discurso das mulheres quanto ao questionamento: Qual o cuidado pré-operatório prestado pelo (a) serviço social?

Apoio Psicológico e Espiritual: Atuação do assistente social

[...] Falou que eu ficasse calma, que ninguém quer isso, mas aconteceu [...] me deu muita força conversou comigo, me ajudou muito, porque deu uma palavra de incentivo, de vitória [...] deu conselhos, que se pegasse com Deus e que Ele estava a frente de tudo.

Neste discurso, fica evidente a referência da intenção do profissional de serviço social no sentido de fortalecer a confiança no procedimento cirúrgico, na qual seriam submetidas. Essas falas revelam a importância da assistência social, voltada à escuta qualificada, favorecendo uma reação de abertura da paciente a apreender as palavras, desse profissional como forma de incentivo a vencer essa fase difícil da vida, através da espiritualidade e da formação do vínculo afetivo.

Assim, o atendimento à paciente com câncer de mama, pautado nos benefícios proporcionados pela utilização de estratégias positivas de *coping* espiritual, estão de acordo com estudo que aponta. Por exemplo: maior adesão ao tratamento, facilitação do acesso a redes de suporte e integração social,

produção de sentido e propósito da vida, aumento do nível de esperança e redução de sintomas depressivos¹⁵, como resultados da abordagem dessa dimensão. Entretanto, oferecer um cuidado que abranja os aspectos biopsicossociais e espirituais apresenta-se ainda como um desafio para o profissional responsável pela assistência ao paciente com câncer.

Dentro desse contexto, cada dia torna-se mais relevante a existência de uma equipe multiprofissional, para atender os pacientes oncológicos, no que diz respeito às orientações, encaminhamentos e tratamentos com o escopo de gerar resultados positivos. E para o sucesso do atendimento, a equipe deve atuar nos campos socioeconômico, educativo e reabilitacional, através do contato íntimo com o paciente e sua família, devendo conhecer a clínica, o diagnóstico, os tratamentos coadjuvantes, a fim de intervir nos aspectos psicossociais, para ser um profissional determinante no sucesso do tratamento¹⁵.

Sobre esta temática, um estudo enfatiza a necessidade de apoio social oferecido por toda a equipe multidisciplinar e de uma terapêutica com psicólogos, para além do apoio da família e do companheiro, que também possuem papel importante na adaptação dos pacientes¹⁶. Outra pesquisa associa o apoio social à redução da gravidade da depressão e da ansiedade, além disso, sugere que quanto maior o número de pessoas oferecendo esse suporte social seja familiares, amigos ou assistente social, maior será o nível de bem-estar psicológico da paciente¹⁷.

O profissional de serviço social é um membro da equipe multiprofissional, que através da conversa, pode sanar as dúvidas e encaminhar o paciente para o setor necessário. É mediante o diálogo que o serviço social pode identificar as dificuldades e as várias necessidades do paciente, apoiando-o e estabelecendo um vínculo, neste caso, com indivíduos que irão se submeter a uma cirurgia para excisão de câncer de mama.

Essa conversa com as pacientes pode ser essencial para uma maior estabilidade emocional e aumento de sua confiança, tornando o processo de pré-operatório menos traumático. Nota-se que todos os profissionais da saúde, como pessoas integrantes de uma equipe de multiprofissional, devem contribuir para uma melhor adaptação dos pacientes, mais especificamente, dessas mulheres que estão em pré-operatório, processo considerado bastante delicado.

A ideia central adiante foi construída a partir da indagação: Qual o cuidado pré-operatório prestado pelo (a) nutricionista (a)?

Orientações sobre hábitos alimentares: Atuação do nutricionista

[...] ela perguntou se o intestino era bom, se eu tomava leite, qualquer comida que não fazia mal sabe [...] o que era que eu gostava de comer, se eu comia de tudo [...] perguntou sobre minha alimentação [...] perguntou o que eu iria comer; [...] disse: você vai comer hoje porque amanhã você não vai comer, vai comer só depois [...] Ela me orientou para eu ficar sem comer até a hora da cirurgia [...] falou que era pra eu ficar sem comer ontem de 10 horas da noite até hoje.

A atuação do profissional de nutrição é essencial à continuidade do preparo das pacientes na realização do procedimento cirúrgico, a que se refere a história clínica dietética. Nesse sentido, muitas alterações metabólicas e da composição corporal, podem ocorrerem pacientes com câncer de mama, em decorrência da injúria cirúrgica, como resultado de necessidades nutricionais especiais.

Com um aporte nutricional inadequado, os pacientes podem evoluir para um estado de desnutrição. Para tanto, um estudo identificou que a estimativa energética é um fator decisivo no prognóstico do paciente. Considerando que é de competência do nutricionista a prescrição dietética, sendo importante e essencial a presença do nutricionista na equipe multiprofissional, para atender a mulher desde seu internamento pré-operatório¹⁸.

É importante enfatizar que as demais profissões incluídas no formulário, como psicologia e fisioterapia, não foram mencionadas, quando as mulheres foram indagadas a respeito das informações, que receberam da equipe multiprofissional.

Torna-se imprescindível a atuação do psicólogo, oferecendo suporte e orientações a essas mulheres, desde o período da confirmação do diagnóstico, em virtude da variação dos sentimentos, que elas manifestam durante o decorrer da patologia, até o findar do tratamento. Além disso, acreditamos que o fisioterapeuta também deveria estar presente, de modo a prestar sua assistência antes e após a realização da cirurgia, devido ao tempo de imobilidade dos membros superiores, visando minimizar e prevenir as possíveis sequelas. Convém mencionar que a pesquisa apresenta como limitação, um número reduzido de participantes, o que impede a generalização dos resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo revelaram a importância da composição de uma equipe multiprofissional comprometida com o bem-estar de pacientes em pré-operatório de mastectomia. Os discursos revelaram que cada profissional atuou em seu campo de trabalho, sem transparecer um maior envolvimento com os demais integrantes da equipe de saúde.

A Medicina, a Enfermagem, o Serviço Social e a Nutrição realizaram intervenções de acordo com suas competências, demonstrando a compreensão desses profissionais em uma atuação reducionista e mecânica, como reflexo das concepções repassadas pelas instituições formadoras.

O principal entrave da equipe multiprofissional, nesta pesquisa, não foi evocar suas capacidades em fornecer informações preparatórias ao processo cirúrgico, que são necessárias no decorrer, satisfatório, da operação, mas a sensação de desarticulação dos membros da equipe, no sentido de não favorecer uma assistência integral e comprometida com a individualidade de cada paciente em pré-operatório de mastectomia.

A comunicação entre os profissionais de saúde é relevante para a prática do acolhimento, sendo o contrário uma caracterização da descontinuidade da atenção às demandas em saúde, que favorece uma construção defeituosa da humanização, como percebido neste estudo. Entretanto, esta pesquisa foi realizada

com um grupo pequeno de mulheres, cujas conclusões devem ficar restritas ao espaço da investigação, não devendo ser generalizadas para todo o contexto nacional.

Sugere-se aos profissionais de saúde inseridos em equipes multiprofissionais, um maior envolvimento entre seus membros mediante reuniões periódicas, para fornecer a paciente em pré-operatório de mastectomia, um atendimento em sua completude, através de troca de informações de caráter técnico e humanístico, considerando necessidades biopsicossociais.

Além disso, a inserção de um grupo de mulheres pós-mastectomizadas e em pré-operatório, com a presença de vários profissionais da saúde, em suas diferentes categorias, com o compromisso de realização de encontros periódicos é uma iniciativa salutar para modificações nas práticas de saúde no serviço em questão.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ); 2011 [citado 2012 ago 25]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
2. Silva PA da, Riul SS. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. *Rev. bras. enferm.* [on line]. 2011 dez; [citado 2012 out 12]; 64(6):1016-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a05.pdf>.
3. Batiston AP, Tamaki EM, Souza LA de, Santos ML de M dos. Conhecimento e prática sobre Fatores de Risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. *Rev. bras. saude mater. infant.* [on line]. 2011 jun; [citado 2012 out 12]; 11(2): 163-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n2/a07v11n2.pdf>.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Incidência do câncer no Brasil: estimativa 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010>
5. Waldow VR, Borges RF. Caring and humanization: relationships and meanings. *Acta paul. enferm.* [on line] 2011; [citado 2012 out 12]; 24(3): 414-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000300017&script=sci_arttext.
6. Richardson RJ, Peres JJAS, Wanderley JCV, Correia LM, Peres MHM. Pesquisa Social: métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2011. p.157-73.
7. Lefevre F, Lefevre AMC. Pesquisa de Representação social - um enfoque quantitativo. Série Pesquisa. Brasília (DF): Liber Livro; 2010. p.74-86.
8. Alves PC, Silva APS, Santos MCL, Fernandes AFC. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. *Rev. Esc. Enferm. USP* [on line]. 2010 dez; [citado 2012 out 12]; 44(4): 989-995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/19.pdf>.
9. Silva G da, Santos MA dos. Stressors in Breast Cancer Post-Treatment: a Qualitative Approach. *Rev. latino-am. enfermagem* [on line] 2010 ago; [citado 2012 Out 12]; 18(4): 688-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/05.pdf>.
10. Arora NK, Gustafson DH. Perceived Helpfulness of Physicians' Communication Behavior and Breast Cancer Patients' Level of Trust Over Time. *J. Gen. Intern. Med.* [on line]; 2009; [citado 2013 nov 29]; 24(2): 252-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2628992/?tool=pubmed>
11. Araujo MMT de, Silva MJP da. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. *Texto & contexto enferm.* [on line]. 2012 mar; [citado em 2012 out 12]; 21(1): 119-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a14v21n1.pdf>
12. Christófor BEB, Carvalho DS. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Rev. Esc. Enferm. USP* [on line] 2009 mar; [citado 2012 out 12]; 43(1): 14-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/02.pdf>.
13. Malak AT; Gumus AB. Nursing interventions and factors affecting physical, psychological and social adaptation of women with breast cancer. *Asian Pac. J. Cancer Prev.* 2009; 10(1): 173-6.
14. Lopes MHBM de, Moura AA de, Raso S, Vedovato TG, Ribeiro MAS. Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de mastectomia. *Esc Anna Nery.* 2013 abr/jun; 17 (2): 354-60.
15. Gobatto CA, Araujo TCCF de. Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. *Rev SBPH* [on line]. 2010 jun; [citado 2012 out 12]; 13(1): 52-63. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a05.pdf>.
16. Jorge LLR, Silva SR da. Evaluation of the Quality of Life of Gynecological Cancer Patients Submitted to Antineoplastic Chemotherapy. *Rev. latino-am. enfermagem* [on line]. 2010 out; [citado 2012 out 12]; 18(5): 849-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/03.pdf>.
17. Robles R, Morales M, Jiménez LM, Morales J. Depression and anxiety in women with breast cancer: the rol of affectivity and social support. *Psicooncología.* 2009; 6(1): 191-202.
18. Riboldi BP, Contini BS, Fernanda T, Silva LS, Oliveira VR, Cunha FM, et al. Nutrição e neuro cirurgia: Uma revisão. *J. Bras. Neurocir.* [periódico na internet]. 2011; [citado 2012 set 5]; 22(2): 38-43. Disponível em: https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:ldyj11hef_uj:www.abnc.org.br/ed_art_down.php%3fid%3d623+nutri%3%a7%3%a3o+e+neuro+cirurgia:+uma+revis%3%a3o&hl=ptbrsd=adgesizij_kzojbumpmbkzx6d3z5oybuvi3w_dyds2dovj8d1ftmlpbbaslbjxqr-d0whuotelajcbg799xui3izfwyd3crpbhilti_cff9f6ap4_rebyivslutnketuylmrr&sig=ahietbrfevcji59cfxg3gnah2ee8htk8cg.