



Artigo de Revisão

EVIDÊNCIAS PARA O CUIDADO DA MULHER MASTECTOMIZADA NO PERIOPERATÓRIO

EVIDENCE FOR THE PERIOPERATIVE CARE OF MASTECTOMIZED WOMEN

EVIDENCIAS PARA LA ATENCIÓN A LA MUJER MASTECTOMIZADA EN EL PERIOPERATORIO

Carla Monique Lopes Mourão¹, Cristina Maria Galvão², Anna Paula Sousa da Silva³, Tiago Barreto de Castro e Silva⁴, Míria Conceição Lavinias Santos⁵, Ana Fátima Carvalho Fernandes⁶

Objetivou-se avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre os tipos de cuidados prestados à mulher submetida à mastectomia no perioperatório. Revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, LILACS e portal de periódicos SciELO, utilizando os descritores: preoperative care, preoperative period, intraoperative care, intraoperative period, postoperative care, postoperative period, perioperative care, perioperative period e mastectomy, publicados de 2000 a 2011. A amostra constituiu-se de sete artigos. As evidências apontaram como cuidado perioperatório de mastectomia o manejo farmacológico da dor, abordado nos diferentes períodos cirúrgicos. Apesar da dificuldade de apresentar um consenso da evidência para o cuidado perioperatório de mastectomia, observou-se preocupação por parte dos profissionais em minimizar/prevenir a dor pré, intra e pós-operatória. A enfermagem deve ater-se tanto à atualização dos tratamentos farmacológicos no manejo da dor quanto ao desenvolvimento de futuras pesquisas relacionadas ao cuidado de enfermagem no período perioperatório de mastectomia.

Descritores: Enfermagem Perioperatória; Mastectomia; Prática Clínica Baseada em Evidências.

This study aimed to evaluate the evidence available in the literature about the perioperative care provided to women submitted to mastectomy. An integrative review of scientific literature conducted in MEDLINE, CINAHL, LILACS, and SciELO databases, published from 2000 to 2011, using the controlled descriptors: preoperative care; preoperative period; intraoperative care; intraoperative period; postoperative care; postoperative period; perioperative care; perioperative period; and mastectomy. The sample of this review consisted of seven articles. The evidence pointed as perioperative care of mastectomy the pharmacological management of pain in different surgical periods. Despite the difficulty in presenting a consensus of evidence for perioperative care of mastectomy, there was concern on the part of professionals to minimize/prevent pre-, intra- and post-operative pain. Nursing should be aware, both of the update of pharmacological treatments in pain management and the development of future research related to nursing care in the perioperative period of mastectomy.

Descriptors: Perioperative Nursing; Mastectomy; Evidence-Based Practice.

El objetivo fue evaluar las evidencias disponibles en la literatura acerca de la atención prestada a la mujer sometida a mastectomía en el perioperatorio. Revisión integrativa de la literatura realizada en las bases de datos MEDLINE, CINAHL, LILACS y portal de revistas SciELO, utilizando los descriptores: *preoperative care, preoperative period, intraoperative care, intraoperative period, postoperative care, postoperative period, perioperative care, perioperative period y mastectomy*, publicados de 2000 a 2011. La muestra consistió en siete artículos. Los resultados apuntaron como medida de atención el tratamiento farmacológico del dolor. A pesar de la dificultad de presentar un consenso de la evidencia para el cuidado perioperatorio de mastectomía, se observó preocupación entre los profesionales para minimizar el dolor preoperatorio, intra y postoperatorio. La enfermería debe quedarse atenta a la actualización de tratamientos farmacológicos en el manejo del dolor para el desarrollo de futuras investigaciones relacionadas a la atención de enfermería.

Descriptores: Enfermería Perioperatoria; Mastectomía; Práctica Basada en Evidencias.

¹Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: monique.enf@hotmail.com

²Enfermeira, Doutora, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: crisgalv@eerp.usp.br

³Enfermeira, Doutora, Professora, Faculdades Nordeste. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: annapaula_ufc@yahoo.com.br

⁴Enfermeiro, Mestre, Professor Auxiliar I, Universidade Federal de Tocantins. Palmas, TO, Brasil. E-mail: tiagobcs@uft.edu.br

⁵Enfermeira, Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: mlavinias@fortalnet.com.br

⁶Enfermeira, Doutora, Professor Titular, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: afcana@ufc.br

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. O número de casos novos de neoplasias mamárias para o Brasil em 2012 foi de 52.680, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres⁽¹⁾. Na atualidade, a cirurgia de mastectomia é utilizada como tratamento mais frequente nos tumores maiores que 3 e 4 cm, que impossibilitem o tratamento conservador dos carcinomas invasores⁽²⁾.

Para o sucesso do tratamento, é fundamental a atenção dos profissionais envolvidos no atendimento à mulher no período perioperatório, que se divide em pré-operatório, transoperatório e pós-operatório⁽³⁻⁴⁾. As inúmeras modificações na rotina das mulheres, devido à sua alteração física, psicológica ou social, pode se tornar uma ameaça a seu estado de saúde, o que exige dos enfermeiros um reconhecimento que, em todo o processo cirúrgico, são necessárias estratégias de cuidado para lidar com a situação⁽⁵⁾. O enfermeiro deve considerar que para o cuidado ao paciente e família ser eficaz, faz-se necessário um processo interativo, em que o profissional aplique além da habilidade técnica, conhecimentos e, sobretudo, sensibilidade com o indivíduo a ser cuidado em todos os períodos cirúrgicos⁽⁶⁾.

Nos casos específicos de mastectomia, o perioperatório é uma fase importante devendo haver desde a avaliação minuciosa do ombro e do membro superior, observando todos os movimentos da articulação escápulo-umeral até a existência de algum problema que possa influenciar na reabilitação pós-operatória, como por exemplo: bursite, capsulite, artrite⁽³⁾. A mulher deverá receber informações a respeito dos cuidados após a cirurgia, orientações e informações sobre as diferentes etapas de recuperação, de como será realizada a cirurgia, cuidados com o braço homolateral, exercícios que recuperem a capacidade funcional do braço e ombro, além de informações sobre

outros tratamentos como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia⁽³⁻⁶⁾.

Na Prática Baseada em Evidências (PBE), um dos principais objetivos é encorajar a utilização de resultados de pesquisa na assistência à saúde nos diferentes níveis de atenção, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica, uma vez que sua implementação proporciona a realização de intervenções de enfermagem baseada em pesquisas⁽⁷⁾.

O presente estudo justifica-se pela escassez de evidências na literatura que norteiem os tipos de cuidados despendidos a essa clientela na prática, assim, este estudo objetivou avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre os tipos de cuidado prestados à mulher submetida à mastectomia no período perioperatório.

MÉTODO

Revisão integrativa, na qual foram percorridas as seguintes etapas: seleção da hipótese ou da pergunta da revisão, escolha da amostra, categorização dos estudos, avaliação dos estudos, discussão e interpretação dos resultados e apresentação da revisão e síntese do conhecimento⁽⁸⁾. A pergunta norteadora para a elaboração da revisão integrativa foi construída através da estratégia PICO (P= *population*, I= *intervention*, C= *control*, O= *outcomes*)⁽⁹⁾ e consistiu em: Quais os tipos de cuidados perioperatórios prestados à mulher que se submete à mastectomia?

Para a seleção dos artigos incluídos, utilizou-se acesso *on-line* às bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System online (MEDLINE), que contém publicações multiprofissionais de mais de 70 países, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), base esta de referência para publicações na área da saúde com foco em enfermagem, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), que compreende a literatura relativa à saúde publicada na América Latina e

Caribe e o portal de periódicos Scientific Electronic Library Online (SciELO), que abrange publicações de periódicos do Brasil, Chile, Cuba, Espanha, Venezuela e outros países latinos.

Para as bases de dados MEDLINE e CINAHL utilizamos os seguintes descritores controlados: preoperative care, preoperative period, intraoperative care, intraoperative period, postoperative care, postoperative period, perioperative care, perioperative period e mastectomy, estes indicados no Medical Subject Headings (MeSH) e na List of Topical Subheadings do CINAHL Information System. Para as bases LILACS e SciELO utilizamos os descritores que se seguem: cuidados pré-operatórios, assistência pré-operatória, período pré-operatório, cuidados intraoperatórios, período intraoperatório, assistência pós-operatória, assistência no período pós-operatório, assistência perioperatória e mastectomia, contemplados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Todos os descritores foram cruzados utilizando os operadores booleanos "and", "or" e "not", até que se obtivessem artigos que correspondessem aos critérios de inclusão para o estudo.

Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2012. Os critérios de inclusão definidos foram: artigos completos que abordassem o cuidado à mulher submetida à mastectomia no perioperatório, publicados entre 2000-2011, em português, inglês ou espanhol, e com nível de evidência I, II e III. No nível I, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados (ECR) ou

oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ECR, no nível II as evidências derivam de pelo menos um ECR bem delineado e no nível III, são obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização⁽⁸⁾. Foram excluídas as revisões de literatura, cartas, editoriais, artigos sem resumo e estudos que não abordassem o cuidado na cirurgia de mastectomia.

Para a extração de dados dos artigos, foi utilizado um instrumento construído e validado em estudo realizado por enfermeiro⁽⁹⁾, o qual contempla: a identificação do artigo original, as características metodológicas do estudo, a avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados. Foi realizada categorização, organização e sumarização dos dados em quadro, e para a análise do delineamento dos estudos e do nível de evidência, utilizaram-se os conceitos propostos por estudiosos de enfermagem⁽⁹⁻¹⁰⁾.

RESULTADOS

Foram encontradas 331 publicações, das quais 232 (70,0%) foram excluídas por repetirem-se nas bases de dados, 38 (11,5%) foram publicadas em outros idiomas, 34 (10,2%) apresentavam descrição cirúrgica diferente da estudada, tais como reconstrução mamária, quadrantectomias e tumorectomias, 15 (4,5%) foram classificados em um nível de evidência diferente dos elencados nos critérios de inclusão e cinco (1,5%) não apresentavam resumo. Os detalhes são fornecidos na Figura 1.

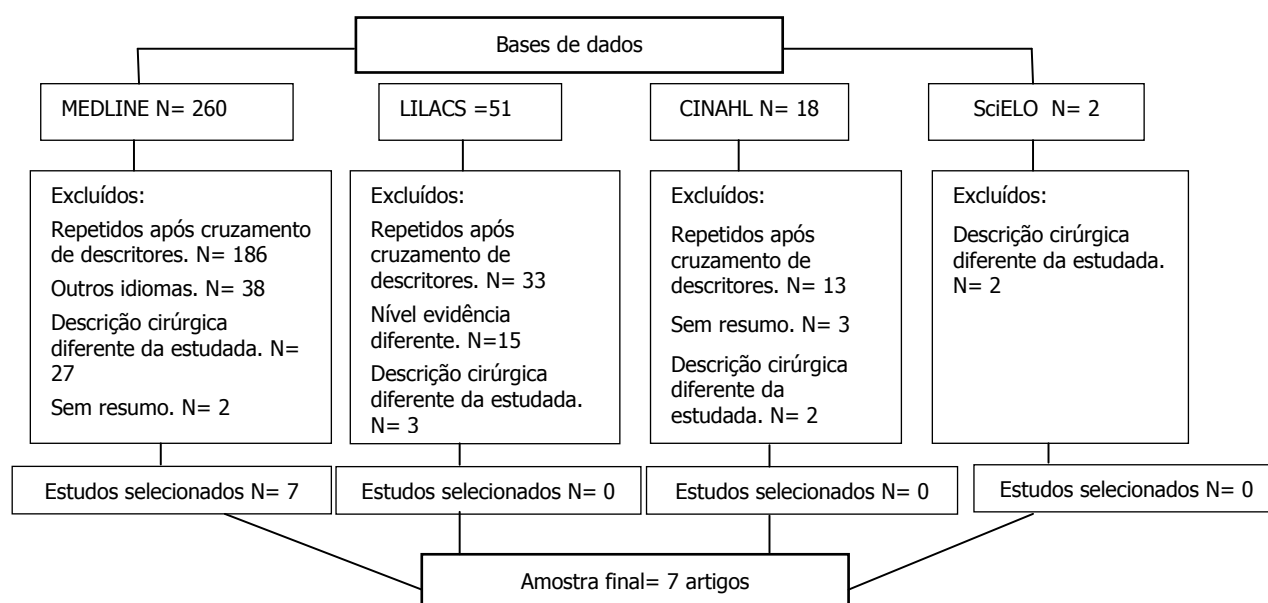


Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos. Fortaleza, 2012.

Todos os artigos foram analisados por meio da leitura dos resumos e selecionados com base no objetivo e pergunta norteadora desta revisão. Do total de 331 artigos que foram analisados, sete artigos atenderam aos critérios de inclusão. Assim, encontrou-se como único tipo de cuidado perioperatório da cirurgia de

mastectomia o manejo farmacológico da dor. Dos estudos analisados, apenas um era nível de evidência III, os seis demais estudos eram nível de evidência II, de acordo com o referencial adotado⁽⁸⁾. O quadro 1 apresenta o sumário das características dos estudos.

Quadro 1 - Sumário das características dos estudos incluídos. Fortaleza, 2012

Título	Autor (es)	Ano/País	Delineamento	Desfechos
01. A single dose of preoperative gabapentin for pain reduction and requirement of morphine after total mastectomy and axillary dissection: Randomized placebo-controlled double-blind trial.	Grover VK, Mathew PJ, Yaddanapudi S, Sehgal S ⁽¹¹⁾	2009/Índia	Randomizado, duplo-cego e controlado por placebo	Tempo de resgate analgésico em minutos: Experimental= 37 min. Controle= 0 min. Consumo de morfina: Experimental = 4/25 Controle = 19/21
02. Reduction of postoperative nausea and vomiting and analgesic requirement with dexamethasone in women undergoing general anesthesia for mastectomy	Fujii Y, Nakayama M ⁽¹²⁾	2007/Japão	Randomizado, duplo-cego e controlado por placebo	Incidência de resgate analgésico: Experimental 1 (4mg de dexam.)= 21/30 Experimental 2 (8mg de dexam.)= 13/30 Controle = 25/30
03. The associations between severity of early postoperative pain, chronic postsurgical pain and plasma concentration of stable nitric oxide products after breast surgery	Iohom G, Abdala H, O'Brien J, Szarvas S, Larney V, Buckley E, et al ⁽¹³⁾	2006/Irlanda	Ensaio clínico randomizado	Incidência de dor crônica pós-mastectomia: Grupo S (Gerenciamento padrão da dor) = 12/15 Grupo N (Gerenciamento agressivo da dor)= 0/14
04. Evaluation of efficacy of the perioperative administration of venlafaxine xr in the prevention of postmastectomy pain syndrome	Reuben SR, Makari-Judson G, Lurie SD ⁽¹⁴⁾	2004/EUA	Randomizado, duplo-cego e controlado por placebo	Incidência de dor crônica pós-mastectomia: Experimental = 14/48 Controle = 34/47
05. Efficacy of intravenous ketoprofen for pre-emptive analgesia	Pryia V, Divatia JV, Sareen R, Upadhye S ⁽¹⁵⁾	2002/Índia	Randomizado, duplo-cego e controlado por placebo.	Tempo de resgate analgésico em horas: Experimental= 15,47 horas Controle= 4,22 horas
06. EMLA reduces acute and chronic pain after breast surgery for cancer	Fassoulaki A, Sarantopoulou SC, Melemini A ⁽¹⁶⁾	2000/Grécia	Randomizado, duplo-cego e controlado por placebo	Tempo de resgate analgésico em minutos: Experimental= 42 min. Controle= 31 min. Incidência de dor crônica: Experimental = 10/23 Controle = 20/22
07. Preoperative ropivacaine infiltration in breast surgery	Johansson A, Axelson J, Ingvar C, Luttröpp HH, Lundberg J ⁽¹⁷⁾	2000/Dinamarca	Randomizado, duplo-cego e controlado por placebo	Incidência de dor pós-operatória: Experimental= 28/30 Controle= 28/30

O estudo 01 evidenciou associação entre a administração de uma baixa dose de gabapentina no pré-operatório e resultados satisfatórios no pós-operatório. O consumo de morfina no pós-operatório foi 48% menor no grupo experimental que grupo controle e o tempo de solicitação do primeiro analgésico foi maior no grupo experimental.

No estudo 02, avaliou-se a eficácia de dexametasona para reduzir a requisição de analgésicos em mulheres submetidas à mastectomia. Resultou-se que a necessidade de analgésico para dor insuportável foi menor em pacientes, recebendo dexametasona de 8 mg do que naqueles do grupo controle ou do grupo de 4 mg, sugerindo que a dosagem de 8 mg era eficaz para o controle da dor pós-operatória.

No estudo 03, comparou-se o efeito de dois esquemas analgésicos e da concentração de óxido nítrico (NO) na probabilidade de desenvolver dor crônica pós-cirúrgica (CPSP). Porém os autores não encontraram associações entre NO e desenvolvimento posterior de CPSP. Uma limitação do estudo 03 referiu-se ao fato de não ter sido duplo-cego, devido a considerações éticas, e, portanto, esteve sujeita a vieses.

No estudo 04, verificou-se a eficácia analgésica da administração de venlafaxina perioperatória à dor aguda e crônica após cirurgia de mastectomia. Os resultados demonstraram que a administração de venlafaxina na noite anterior à cirurgia não teve resultado na dor pós-operatória imediata e na quantidade de uso de analgésicos, porém reduziu significativamente a incidência de síndrome da dor pós-mastectomia em seis meses de pós-operatório de mastectomia.

No estudo 05, a investigação determinou a possibilidade da infusão preventiva de cetoprofeno intravenoso para resultar no alívio da dor no pós-operatório de mastectomia. O estudo 06 buscou determinar se a aplicação de *Eutectic Mixture Of Local Anesthetics* (EMLA) perioperatória em creme na área da

mama e axila reduzia a necessidade de analgésicos, bem como a dor após a cirurgia, e ao final, o estudo evidenciou a redução da necessidade de analgésicos no pós-operatório e a incidência e intensidade da dor crônica.

O estudo 07 investigou se a infiltração pré-operatória com ropivacaína em conjunto com a mastectomia melhora o gerenciamento da dor pós-operatória. Porém os autores não encontraram diferenças no tratamento da dor pós-operatória entre 3,75 mg/ml ropivacaína (grupo de intervenção) e infiltração com solução salina (grupo controle) antes da mastectomia. Os dados mostram necessidades pós-operatórias semelhantes de analgésicos.

DISCUSSÃO

A preocupação com o bem-estar do paciente e a sua qualidade de vida está diretamente ligada a um fator essencial: o controle da dor. Considerando os prejuízos econômicos, sociais e emocionais que a dor causa à população mundial, a comunidade científica resolveu, há algum tempo, alertar médicos, enfermeiros e pacientes sobre a importância de identificar, valorizar e tratar de forma correta esse sintoma. No entanto, ainda existem mitos em relação ao uso de medicamentos e técnicas analgésicas. O presente estudo evidenciou o manejo farmacológico da dor como um dos cuidados perioperatórios de mastectomia nos anos abordados, contudo, o cuidado multiprofissional não se restringe somente ao manejo deste sinal vital.

A dor pode ser vista como o produto final de um sistema de transmissão passiva de um sinal periférico através da medula espinhal até o centro de dor no cérebro. Ademais, a transmissão de substâncias nocivas aferentes (exemplo - provocada pela incisão intra-operatória) para a medula espinhal induz a um estado prolongado de sensibilização neural central ou hiperexcitabilidade, que amplifica as entradas posteriores da ferida e ocasiona a dor pós-operatória⁽¹⁸⁾.

No estudo 01, os autores associam a administração de gabapentina no pré-operatório e resultados satisfatórios no pós-operatório. A gabapentina é um anticonvulsivante que age sobre os canais de sódio, e é comprovadamente eficaz no tratamento da dor neuropática, conforme vários ensaios clínicos randomizados controlados bem conduzidos⁽¹⁹⁻²¹⁾. Uma meta-análise comparando gabapentina, pregabalina e duloxetina confirmou a eficácia na dor neuropática do primeiro medicamento, embora não tenha havido diferenças entre eles em termos de efeitos adversos⁽²⁰⁾. Após a mastectomia, as mulheres podem apresentar vários tipos de dor neuropática ou desconforto, incluindo neuralgia intercostobraquial, dor de mama fantasma ou de neuroma local e, em estudo recente, foi evidenciado que a utilização profilática de gabapentina por via oral antes de mastectomia reduz o consumo total de morfina como também a incidência da dor pós-operatória⁽²²⁾ corroborando com o estudo 01.

Avaliou-se a eficácia de dexametasona para reduzir a requisição de analgésicos em mulheres submetidas à mastectomia no estudo 02. Ensaios clínicos randomizados realizados entre os anos de 1996 e 2001 sobre administração de esteroides de dose única no período perioperatório tem demonstrado que a dexametasona tem efeito analgésico em diversos tipos de cirurgias⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

O estudo 03 não demonstrou associação entre a concentração de óxido nítrico (NO) e o desenvolvimento de dor crônica pós-cirúrgica (CPSP). A dor crônica é onerosa para a sociedade em termos de sofrimento e incapacidade. É uma morbidade de alta incidência e afeta qualitativamente a vida dos pacientes, embora muitas vezes negligenciada pela equipe multiprofissional. Diferentes estudos revelam que a produção de óxido nítrico (NO) está relacionada à indução e à manutenção da dor crônica, os níveis plasmáticos encontram-se elevados em mulheres com dor crônica, principalmente a dor de origem visceral e tal fato pode ser considerado como um fator de seguimento para pacientes com dor

crônica, visto que pode ser utilizado como um marcador sérico para a doença⁽²³⁻²⁴⁾.

Os resultados do estudo 04 demonstraram que a administração perioperatória de venlafaxina na noite anterior à cirurgia não obteve efeito imediato sobre a dor pós-operatória e o uso de analgésicos, porém reduziu significativamente a incidência de síndrome da dor pós-mastectomia em seis meses de pós-operatório de mastectomia. Estudos recentes apontam que ao contrário de outras técnicas analgésicas utilizadas para a mastectomia, a administração perioperatória de venlafaxina foi incapaz de demonstrar redução significativa na incidência de dor pós-operatória aguda⁽²⁵⁻²⁷⁾.

A investigação presente no estudo 05 determinou a possibilidade da infusão preventiva de cetoprofeno intravenoso para resultar no alívio da dor no pós-operatório de mastectomia. A analgesia preventiva não apenas reduz a nocicepção e o estresse durante a cirurgia, mas impede criação de sensibilização central, resultando em diminuição da intensidade da dor e menor necessidade de analgésicos, mesmo após o efeito analgésico dos agentes utilizados⁽²⁶⁾. Embora o papel da analgesia preventiva com anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) tenha sólida base teórica, os resultados de alguns estudos que administrou cetoprofeno para prevenir a dor pós-operatória não têm sido animadores em seus resultados, visto que outros AINEs foram mais eficazes⁽²⁷⁻²⁸⁾.

No estudo 06 os autores demonstraram que o uso de EMLA reduz a necessidade de analgésicos durante os primeiros dias de pós-operatório. Assim, enfatiza-se a possibilidade do uso de EMLA para evitar a gênese de dores crônicas pós-mastectomia. Estudos semelhantes demonstraram que a utilização do EMLA no período perioperatório mostrou-se útil em outras cirurgias e que diferentes sítios e duração de aplicação devem ser estudados para otimizar o seu efeito⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Corroborando com o estudo 07, que não evidenciou diferenças no manejo da dor pós-operatória entre

ropivacaína e infiltração da ferida com solução salina antes da mastectomia, um estudo recente⁽²⁸⁾ que teve como objetivo observar a presença de dor pós-operatória, a necessidade de analgésicos e o tempo de permanência hospitalar em mulheres mastectomizadas que receberam diferentes anestésicos, entre eles a ropivacaína, no bloqueio interpleural, obteve como resultado que as pacientes que apresentaram dor pós-operatória necessitaram somente de analgésico comum (dipirona), e que todas tiveram alta hospitalar com 24h de pós-operatório, não conferindo poder analgésico residual ou diminuição da dor pós-operatória com o uso da droga em questão.

CONCLUSÃO

As evidências apontaram o manejo farmacológico da dor como o tipo de cuidado prevalente no período perioperatório de mastectomia nos anos pesquisados. O tipo de cuidado apontado foi evidenciado nos diferentes períodos cirúrgicos, porém, houve uma diversidade dos tipos de fármacos utilizados e, em grande parte dos estudos, houve divergências e divisão de opiniões entre os autores e estudos subsequentes, dificultando o consenso sobre qual a droga melhor utilizada para o manejo da dor, o que, apesar de não ser o objetivo inicial deste estudo, encoraja o desenvolvimento de pesquisas futuras. Contudo, observou-se preocupação por parte dos profissionais médicos em minimizar/prevenir a dor pré, intra e pós-operatória.

Ao realizar o exercício de cruzamento de descritores na busca pelo cuidado de enfermagem no período perioperatório de mastectomia no início do estudo, não foi encontrado resultado no período selecionado, demonstrando a baixa produção científica da enfermagem perioperatória na área, tanto nacional quanto internacional em um campo em que o enfermeiro é um dos principais atores na promoção da saúde e bem-estar da mulher que se submete à mastectomia. O estudo tem como limitação a não delimitação do tipo de

cuidado nos descritores, visto que pelo fato de não encontrarmos descrição sobre o cuidado de enfermagem específico durante as buscas iniciais, utilizamos descritores e uma pergunta norteadora que abrangeu a busca e dificultou o consenso voltado à enfermagem.

Assim, o presente estudo contribuiu com uma evidência atual dos tratamentos farmacológicos no manejo perioperatório da dor, algo que é importante para a enfermagem e para as demais áreas que atuam na assistência ao paciente oncológico. Encorajamos o desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao cuidado de enfermagem no período perioperatório de mastectomia, visto que o processo de cuidado de enfermagem é amplo e não deve se deter somente à resolução imediata da sintomatologia aguda proveniente do processo cirúrgico.

AGRADECIMENTOS

Pesquisa realizada com o apoio da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento por meio da concessão de bolsa de mestrado acadêmico.

COLABORAÇÕES

Galvão CM, Fernandes AFC e Santos MCL contribuíram com a orientação e concepção do trabalho. Mourão CML, Silva APS e Silva TBC contribuíram para a concepção, análise, interpretação dos dados e redação do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer (BR). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
2. Leite FMC, Amorim MHC, Castro DS, Primo CC. Coping strategies and the relationship with sociodemographic conditions of women with breast cancer. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(2):211-17.
3. Zandonai AP, Cardozo FMC, Kodato S, Nieta ING, Sawada NO. Quality of life in cancer patients: integrative review of Latin American literature. *Rev Eletr Enf [periódico da internet]*. 2010 [citado 2012 set 24];

- 12(3): [cerca de 10 p]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a20.htm
4. Christóforo BEB, Carvalho DS. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1):29-33.
 5. Mourão CML, Silva JGB, Fernandes AFC, Rodrigues DPR. Perfil de pacientes portadores de câncer de mama em um hospital de referência no Ceará. *Rev Rene*. 2008; 9(2):47-53.
 6. Primo CC, Leite FMC, Amorim MHC, Sipioni RM, Santos SH. Using the International Classification for Nursing Practice in the care of women with mastectomy. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(6):803-10.
 7. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
 8. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987; 10(1):11.
 9. Ursi ES, Galvão CM. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14(1):124-33.
 10. Polit DF, Beck CT, Hungler BF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2011.
 11. Grover VK, Mathew PJ, Yaddanapudi S, Sehgal S. A single dose of preoperative gabapentin for pain reduction and requirement of morphine after total mastectomy and axillary dissection: randomized placebo-controlled double-blind trial. *J Postgrad Med*. 2009; 55(4):257-60.
 12. Fujji Y, Nakayama M. Reduction of postoperative nausea and vomiting and analgesic requirement with dexamethasone in women undergoing general anesthesia for mastectomy. *Breast J*. 2007; 13(6):564-7.
 13. Iohom G, Abdalla H, O'Brien J, Szarvas S, Larney V, Buckley E, Butler E, Shorten GC. The associations between severity of early postoperative pain, chronic postsurgical pain and plasma concentration of stable nitric oxide products after breast surgery. *Anesth Analg*. 2006; 103(4):995-1000.
 14. Reuben SS, Makari-Judson G, Lurie SD. Evaluation of efficacy of the perioperative administration of venlafaxine XR in the prevention of postmastectomy pain syndrome. *J Pain Symptom Manage*. 2004; 27(2):133-9.
 15. Pryia V, Divatia JJ, Sareen R, Upadhye S. Efficacy of intravenous ketoprofen for pre-emptive analgesia. *J Postgrad Med*. 2002; 48(2):109-12.
 16. Fassoulaki A, Sarantopoulos C, Melemeni A, Hogan Q. EMLA reduces acute and chronic pain after breast surgery for cancer. *Reg Anesth Pain Med*. 2000; 25(4):350-5.
 17. Johansson A, Axelson J, Ingvar C, Luttrupp HH, Lundberg J. Preoperative ropivacaine infiltration in breast surgery. *Acta Anaesth Scand*. 2000; 44(9):1093-8.
 18. Bani-Hashem N, Hassam-Nasab B, Pour EA, Maleh PA, Nabayi A, Jabbari A. Addition of intrathecal Dexamethasone to Bupivacaine for spinal anesthesia in orthopedic surgery. *Saudi J Anaesth*. 2011; 5(4):382-6.
 19. Schestatsky P. Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática. *Rev HCPA Fac Med Univ Fed Rio Gd Sul*. 2008; 28(3):177-87.
 20. Quilici S, Chancellor J, Löthgren M, Simon D, Said G, Le TK, et al. Meta-analysis of duloxetine vs. pregabalin and gabapentin in the treatment of diabetic peripheral neuropathic pain. *BMC Neurol*. [Periódico na internet] 2009 [cited 2012 jun 13];9:6-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2663537/pdf/1471-2377-9-6.pdf>
 21. Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Jackson AC, Houlden RL. Nortriptyline and gabapentin, alone and in combination for neuropathic pain: a double-blind, randomized controlled crossover trial. *Lancet*. 2009; 374(9697):1252-61.
 22. Butt A, Mohammad K, Ommid M, Ahmad M, Jehan N, Qazi S. A randomized double blind placebo controlled study of prophylactic gabapentin for prevention of postoperative pain and morphine consumption in patients undergoing mastectomy. *Internet J Anesthesiol*.

- [periódico na Internet]. 2011 [citado 2013 jun 12]; 30(1) [cerca de 10 p]. Disponível em: <http://www.mdlinx.com/surgery/news-article.cfm/3790499/mastectomy>
23. Kraychete DC, Gozzani JL, Kraychete AC. Dor neuropática - aspectos neuroquímicos. *Rev Bras Anesthesiol*. 2008; 58(5):44-9.
24. Garcia-Larrea L, Magnin M. Physiopathologie de la douleur neuropathique: revue des modèles expérimentaux et des mécanismes proposés. *Presse Med*. 2008; 37(2):315-40.
25. Burton AW, Fanciullo GJ, Ralph M, Beasley D, Fisch MJ. Chronic pain in the cancer survivor: a new frontier. *Pain Med*. 2007; 8(2):189-98.
26. Lavand'homme P. Postcesarean analgesia: effective strategies and association with chronic pain. *Curr Opin Anaesthesiol*, 2006; 19(3):244-8.
27. Schnaider TB, Vieira AM, Castilho DG, Brandão ACA. Analgesia em procedimentos cirúrgicos de câncer de mama com bloqueio interpleural. *Rev Dor*. 2010; 11(1):5-11.
28. Vigneau A, Salengro A, Berger J, Rouzier R, Barranger E, Marret E et al. A double blind randomized trial of wound infiltration with ropivacaine after breast cancer surgery with axillary nodes dissection. *BMC Anesthesiol*. 2011; 24(11):23-7.
29. Mejía NG. Analgesia multimodal postoperatoria. *Rev Soc Esp Dolor*. 2008; 12(2):22-8.
30. Belzarena SD. Estudo comparativo entre anestesia peridural torácica e anestesia geral em mastectomia oncológica. *Rev Bras Anesthesiol*. 2008; 58(6):122-26.