



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Mulheres mastectomizadas
Acesso à informação e aprendizagem de capacidades

Mastectomized women

Access to information and learning of skills

Dissertação

Orientação:

Dissertação de Mestrado orientada pela Professora Doutora Olga Fernandes

Ilídia Maria Martins da Costa

PORTO / 2011

AGRADECIMENTOS...

A realização deste estudo, resulta sem dúvida de um esforço pessoal, mas estou certa que sem ajuda de algumas pessoas que me apoiaram e incentivaram, não seria possível a sua concretização.

À Professora Doutora Olga Fernandes, orientadora do estudo, agradeço pela disponibilidade, paciência e confiança, e acima de tudo pela transmissão de conhecimentos durante toda esta caminhada.

Aos participantes, que apesar do momento atribulado das suas vidas, de forma corajosa aceitaram relatar e partilhar as suas vivências, pois sem eles nada teria sido possível.

À Susana, que pela sua experiência me pôde ajudar nos momentos menos fáceis.

Por último, mas sempre os primeiros, ao Quim e aos nossos filhos pelo apoio incondicional, pela paciência e compreensão durante as minhas ausências.

“ (...) A consulta de grupo é uma espécie de sentença... ali as pessoas são informadas do que têm e do que vão fazer... eu acredito que haja pessoas que tenham muita força, mas também duvido que haja pessoas que ponham perguntas ali... não acredito que ninguém questione... não é pela falta de oportunidade, tem a ver com a dificuldade de digerir... é uma consulta de decisão (...)”.

(Mulher mastectomizada de 55 anos de idade e participante no estudo)

SIGLAS E ABREVIATURAS

ADN - Ácido desoxirribonucleico;

APER - Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação.

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Classification for Nursing Practice - ICNP®);

IPO - Instituto Português de Oncologia;

IPOP - Instituto Português de Oncologia do Porto;

POP - Portal de Oncologia Português;

RORENO - Registo Oncológico Regional do Norte;

TNM - Classification of Malignant Tumors;

ERRATA

Onde se lê:		Deve ler-se:
Diferentes tipos de tratamentos	p.22	Diferentes tipos de tratamento;
Lesão ou infecção o membro;	p.41	Lesão ou infecção do membro;
Maior capacitação desta;	p.67	Maior capacitação destas;
A que tinge um maior valor;	p.81	A que atinge um maior valor;
De edema inerente;	p.85	Do edema inerente;
Assim como dos exercícios a desenvolver;	p.98	Assim como os exercícios a desenvolver;
Verificar a razão desta tal facto	p.102	Verificar a razão de tal facto;
Conclusão IV: Sobre a aprendizagem de capacidades;	p.116	Conclusão V: Sobre a aprendizagem de capacidades;
Apenas algumas que treinam os exercícios;	p.117	Apenas algumas treinam os exercícios

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1 - MULHERES MASTECTOMIZADAS: DA DOENÇA AO TRATAMENTO	20
1.1- O Cancro da Mama: A Doença e Diagnóstico	23
1.2- Tratamento do Cancro da Mama	31
1.2.1 - Radioterapia	32
1.2.2 - Quimioterapia	33
1.2.3 - Hormonoterapia.....	34
1.2.4 - Imunoterapia	35
1.2.5-Cirurgia da mama: a mastectomia.....	36
2- COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO: O LINFEDEMA E A RIGIDEZ DO OMBRO.....	38
3 - DA INFORMAÇÃO: DO DEVER DE INFORMAR AO DIREITO DE INFORMAÇÃO.....	45
4 - APRENDIZAGEM DE CAPACIDADES E VALOR PARA A SAÚDE DA MULHER	49
4.1- Da Importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	56
CAPÍTULO II ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	60
1 - DESENHO DO ESTUDO	62
1.1 - Problemática e Finalidade do Estudo	65
1.2 - Questão de Investigação e Objectivos do Estudo.....	67
1.3 - Contexto do Estudo e População Alvo	68
1.4 - Recolha de Dados	70
1.4.1 - A Entrevista como Técnica de Recolha de Dados.....	71
1.5 - Método de Análise e Tratamento dos Dados - a Análise de Conteúdo	72
2 - QUESTÕES ÉTICO DEONTOLÓGICAS ASSOCIADAS AO ESTUDO	74
CAPÍTULO III ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	76
1 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	78
2- DOS PROCESSOS DE INFORMAR	80
3- DA INFORMAÇÃO AOS PROCESSOS DE INSTRUIR	93
4- DO PROCESSO DE INTERPRETAR	97
5-DA INFORMAÇÃO À CAPACIDADE PARA TREINAR OS EXERCÍCIOS.....	100
CAPITULO IV DOS RESULTADOS E DO DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE PARA APRENDER	104
CAPÍTULO V CONCLUSÕES E SUGESTÕES FUTURAS.....	112

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
ANEXOS	128
ANEXO I - GUIÃO DE ENTREVISTA	131
ANEXO II - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO SOBRE APLICAÇÃO DO ESTUDO À COMISSÃO DE ÉTICA DO IPO.....	134
ANEXO III - AUTORIZAÇÃO DA ESCOLA PORTUGUESA DE ONCOLOGIA DO PORTO E DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAUDE E DO DIRECTOR DA CLINICA DA MAMA IPO PORTO.....	139
ANEXO IV - CONSENTIMENTO INFORMADO.....	141
ANEXO V - TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA NÚMERO SEIS.....	143

LISTA DE DIAGRAMAS	Pág
DIAGRAMA 1: Equipa interdisciplinar responsável pela reabilitação da mulher mastectomizada: adaptado de Gobbi & Cavalheiro, (2009, p. 17)	50
DIAGRAMA 2: Desenho do estudo	64
DIAGRAMA 3: Diagrama síntese sobre o informar para prevenir complicações decorrentes do tratamento cirúrgico	91
DIAGRAMA 4: Exercícios instruídos	96
LISTA DE FIGURAS	
FIGURA 1: Anatomia da mama feminina: adaptada de OTTO, S. (2000)	24
LISTA DE GRÁFICOS	
GRÁFICO 1: Incidência de cancro e mortalidade ocorridas no ano de 2008: adaptado de GLOBOCAN 2008	22
GRÁFICO 2: Tumores mais frequentes no sexo feminino: adaptado do RORENO	23
GRÁFICO 3: Incidência de cancro de mama feminino na região norte de Portugal, por grupo etário no ano de 2006: adaptado de RORENO	27
LISTA DE QUADROS	
QUADRO 1: Estadiamento TNM para o cancro da mama: adaptado de Shirley E. Otto, 2000	26
QUADRO 2: Resumo dos exercícios a realizar no pós-operatório e sua Justificação	54
QUADRO 3: Resumo dos cuidados a ter com o membro homolateral à cirurgia	55
QUADRO 4: Caracterização da amostra - dados sócio-demográficos	79
QUADRO 5: Quadro síntese sobre o informar no que se refere ao diagnóstico e tratamento	83
QUADRO 6: Quadro síntese sobre o informar no que se refere às complicações que decorrem do tratamento cirúrgico	86
QUADRO 7: Quadro síntese sobre o informar no que se refere às complicações que decorrem do tratamento hormonal	88

QUADRO 8: Quadro síntese sobre o informar no que se refere à continuidade de cuidados	90
QUADRO 09: Quadro síntese sobre o instruir (formas de ensinar os exercícios do braço)	94
QUADRO 10: Quadro síntese sobre o interpretar (compreender e ser capaz de explicar os cuidados a ter e os exercícios a realizar)	99
QUADRO 11: Quadro síntese sobre o treinar (treino de exercícios ao braço)	102

RESUMO

O cancro da mama e tratamento adjuvantes acarretam para a mulher uma série de consequências de índole física e psicológica vastamente descritos na literatura. Alterações ao nível da concepção da saúde e das políticas de saúde quer a nível nacional quer internacional, centram o processo de cuidados na pessoa como parceira activa, detentora de capacidades e como tal responsável pela tomada de decisão livre e esclarecida sobre a sua saúde e tratamento. Na mulher mastectomizada com linfadenectomia podem acontecer alguns problemas físicos como a diminuição da amplitude do movimento, diminuição da força, rigidez articular, edema e linfedema do membro homolateral. No sentido de assegurar a continuidade de cuidados, é necessário que a reabilitação e a alta hospitalar destas mulheres sejam planeadas pela equipa inter/multidisciplinar da qual fazem parte os enfermeiros, para que possam ser informadas, instruídas e treinadas acerca dos cuidados a ter, assim como sobre os exercícios que previnam e recuperem a capacidade funcional do membro homolateral à mastectomia. Neste sentido, a aprendizagem de capacidades torna-se fundamental, sendo que intrinsecamente se associa aos processos de informar, treinar e de interpretar. A escolha do tema: mulher mastectomizada, acesso à informação e aprendizagem de capacidades, teve como objectivos perceber junto das mulheres mastectomizadas os processos indicados, perceber a relevância dessa informação para a aprendizagem de capacidades e adaptação à sua nova condição de saúde, que recursos e estratégias utilizaram para suprir as dificuldades. Realizou-se um estudo do tipo qualitativo, exploratório e descritivo, num hospital de oncologia, cuja população alvo foi constituída por mulheres da consulta da mama, já mastectomizadas e com tratamentos de quimioterapia e radioterapia. A amostra foi constituída por 12 mulheres que relataram o seu testemunho através de uma entrevista semi-estruturada. Os resultados revelaram que: 50% receberam informação sobre a doença; 83,3% informação sobre o tratamento e ambas pelo médico na consulta; 75% receberam informação dos enfermeiros no internamento sobre os cuidados a ter com o braço; 75% receberam um livro com exercícios ao braço, no serviço de fisioterapia; 66,6% receberam informação sobre cuidados a ter com o braço afectado, nomeadamente pesos e esforços relacionado com a prevenção de complicações; 16,6% assistiram à realização de exercícios por outras doentes e 33,3% à exemplificação feita pelo fisioterapeuta; dos exercícios instruídos o mais referido (50%) foi o da roldana e 25% diz compreender a importância dos exercícios;

Palavras-chave: mastectomia; informar; treinar, aprendizagem de capacidades.

ABSTRACT

Breast cancer and its treatment bring the woman several physical and psychological consequences widely described in literature. Changes at health concept and health policy level both in a nationally and internationally level, place the care process on the person as an active partner, holder of abilities and as such responsible for taking free and clarified decisions about their health and treatment. In the mastectomized woman with lymphedema can occur some physical problems like reduced movement range, reduced strength, joint stiffness, edema and lymphedema of the same side limb. In order to ensure the continuity of care, it is necessary that the rehabilitation and hospital clearance of women subject to surgical treatment will be planned by a multi/interdisciplinary team including nurses, so that, they can be informed, instructed and trained about what type of care they need, as well as about exercises that recover the functional ability of the limb. In this sense, the learning of abilities becomes fundamental, being intrinsically associated with informing, training and interpreting. The choice of theme: mastectomy women, information access and skill learning, had the goals of understanding with the mastectomy women the indicated processes, understanding the relevance of that information for the learning of abilities and adaption to their new health condition, what resources and strategies they used to overcome difficulties. A qualitative study was performed, exploratory and descriptive, in an oncology hospital, whose target population was made from women on breast consult, who already underwent mastectomy, chemotherapy and radiotherapy. The sample was made of 12 elements that accepted reporting their experience through a semi-structured interview.

Results: 50% got informed about the illness, 83,3% got informed about the treatment, and both given by the consult doctor; 75% got information from the nurses in internment about cares with the arm; 75% got a book with exercises, at the physical therapy service; 66,6% got information about weights and efforts related with complication prevention; 16,6% watched other patients exercise and 33,3% watched their physical therapist exemplify the exercises; the most referred exercise among them (50%) was the sheave and 25% say they understand the importance of exercising;

Keywords: mastectomy; inform; training, learning capabilities.

INTRODUÇÃO

“ (...) O mal é só esse, como é cancro assusta, eu vinha preparada para um cancro, e quando me dizem que é um tumor maligno, eu pensei que fosse uma coisa ainda muito pior (...)” .

(mulher mastectomizada de 33 anos de idade, e participante no estudo)

Em 2008 foram diagnosticados em todo o mundo cerca de 12.700 mil novos casos de cancro, tendo ocorrido cerca de 7,6 milhões de mortes. Nos homens a incidência de cancro é mais alta na América do Norte, Austrália, Nova Zelândia e no norte da Europa Ocidental, contribuindo para tal a alta incidência do cancro da próstata. No que se refere ao sexo feminino as maiores taxas de incidência registaram-se nas mesmas zonas referidas para o sexo masculino, e são uma consequência das elevadas taxas de cancro da mama nestas regiões (GLOBOCAN, 2008).

Dos tipos de cancro existentes, o cancro da mama é mundialmente o tumor maligno mais frequente nas mulheres, nomeadamente no mundo ocidental, podendo levar a altas taxas de morbimortalidade. A combinação de uma incidência elevada, de um aumento dos rastreios realizados e de um prognóstico favorável faz com que este tipo de doença seja a mais prevalente. A sua incidência é relativamente baixa antes dos 35 anos e apresenta uma taxa de incidência rápida e progressiva a partir dessa idade (Gobbi & Cavalheiro, 2009).

Considerando que o seu tratamento está intimamente ligado ao estágio da doença, é de extrema importância a sua detecção numa fase precoce, possibilitando assim um tratamento mais conservador, ou seja, menos mutilador causando menos angústia nas mulheres e, acima de tudo pode resultar num prognóstico mais favorável ao longo dos anos.

Esta doença não acarreta apenas implicações físicas, mas também psicológicas e emocionais, podendo não só alterar os relacionamentos pessoais, mas também limitar as mulheres nas suas actividades de vida diária, por vezes alterando a sua perspectiva de futuro (Gobbi & Cavalheiro, 2009).

Fazem parte do tratamento do cancro da mama várias modalidades terapêuticas, que podem ser utilizadas individualmente ou de forma combinada, e

podem ser: a cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e a terapia biológica ou imunoterapia.

Das várias cirurgias descritas e utilizadas no tratamento do cancro da mama, encontram-se a mastectomia radical, que pelos efeitos físicos devastadores tem sido substituída pela mastectomia radical do tipo modificada. Neste tipo de técnica as complicações mais frequentes no pós-operatório são: a aderência cicatricial, retracções, fibrose, dor na sutura operatória e região cervical, alterações posturais e respiratórias, diminuição da amplitude de movimento do braço, diminuição da força e encurtamentos musculares, necrose da pele, seroma e linfedema do braço (Gobbi & Cavalheiro, 2009).

O linfedema pode ser definido como um aumento anormal de proteínas e líquido no espaço intersticial, edema e inflamação crónica e está relacionado com a excisão dos gânglios linfáticos regionais o que implica que a drenagem linfática do membro se torne mais difícil, uma vez que esta passa a ser feita pelas vias linfáticas secundárias. A sua incidência está directamente relacionada com o tipo de cirurgia realizada pela mulher com cancro da mama, verificando-se uma maior incidência em cirurgias mais alargadas.

Em relação ao membro superior, as sequelas que poderão desenvolver-se estão normalmente associadas à imobilidade do mesmo, podendo levar ao que habitualmente se designa por síndrome do desuso, tendo como consequência o aparecimento do ombro congelado crónico.

Neste contexto, e uma vez que nos últimos anos as instituições de saúde preconizam internamentos cada vez mais curtos, levando a uma alta precoce, torna-se imperioso um plano estruturado e multidisciplinar, ou seja uma alta hospitalar planeada e sistematizada, garantindo um melhor esclarecimento à mulher mastectomizada para que seja assegurada a continuidade de cuidados no domicílio e reduzir as complicações que advêm do tratamento, nomeadamente do tratamento cirúrgico.

Por vezes as orientações para a alta são dadas no momento da saída do doente do próprio serviço, não tendo sido desenvolvidas durante o seu internamento, levando a que sejam transmitidas muitas informações ao mesmo tempo, dificultando a compreensão do doente podendo originar “mal-entendidos”. Segundo Huber (2003), cit. por Pompeo et al (2007), na maioria das vezes, as orientações para a alta são realizadas de forma mecânica e apressada, não considerando as condições específicas e as necessidades de cada doente, ao contrário do que relata a literatura que preconiza o início do planeamento da alta, a partir do momento em que o doente é admitido na instituição e desenvolvido durante todo o período de internamento.

O plano da alta é uma ferramenta utilizada no sentido de garantir a continuidade do cuidado após o internamento, pelo que o ensino para o plano de alta é parte integrante do processo educativo, incluindo orientações à mulher mastectomizada acerca do que necessita saber e compreender.

Neste sentido, a alta hospitalar requer um trabalho interdisciplinar, da qual a mulher faz parte integrante, onde haja uma interacção entre os profissionais envolvidos no processo saúde - doença e do qual fazem parte os enfermeiros e os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Do exposto, e como elemento integrante da equipa de enfermeiros que prestam cuidados a mulheres submetidas a tratamento cirúrgico por cancro da mama no Instituto Português de Oncologia do Porto, surge a vontade de conhecer melhor o contexto de aprendizagem destas mulheres, que orientações receberam, assim como identificar os profissionais que têm assumido essas orientações, segundo o relato das mesmas. Ou seja, queremos conhecer, e segundo os participantes, como aprendem, onde e com quem aprendem, se e que dificuldades sentiram, assim como as estratégias por eles utilizadas. Deste modo, pretendemos identificar áreas do plano da alta que possam ser melhoradas, com o objectivo de melhorar e facilitar a sua aprendizagem e compreensão.

A nossa escolha por um estudo de cariz exploratório e descritivo com base no paradigma qualitativo, prende-se com o facto de considerarmos que só desta forma será possível conhecer o fenómeno, a forma como é vivido e experienciado. Este trabalho promoveu uma pesquisa constante e um aprofundamento dos conhecimentos e será apresentado em cinco capítulos.

O enquadramento teórico, que serve de apoio ao nosso estudo, dando uma certa lógica ao problema de investigação e que na perspectiva de Fortin (1999) representa a ordenação de conceitos determinados na formulação do problema a investigar. Desenvolve-se ao longo do primeiro capítulo, que nas premissas indicadas destaca os temas, o cancro da mama, no qual daremos ênfase ao tratamento cirúrgico e suas complicações. No segundo capítulo faremos referência ao enquadramento metodológico onde serão abordados a pertinência, os objectivos e justificação do estudo, o método utilizado, o contexto de estudo, a população alvo, a técnica de recolha de dados e as questões Éticas e Deontológicas por nós acauteladas. No terceiro capítulo, apresentaremos a análise, interpretação e discussão dos dados, seguida dos resultados do desenvolvimento de capacidades para aprender pela mulher mastectomizada e integrados no quarto capítulo, e por último, e no quinto capítulo apresentaremos as conclusões do nosso estudo, assim como as nossas sugestões futuras.

Considerando a pertinência desta investigação, já anteriormente apontada, esperamos que possa contribuir para uma melhoria da assistência às mulheres com cancro da mama, nomeadamente no que se refere às complicações decorrentes do tratamento cirúrgico, e quem sabe, que possa despertar futuras investigações neste âmbito.

CAPÍTULO I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - MULHERES MASTECTOMIZADAS: DA DOENÇA AO TRATAMENTO

Cada ano que passa a American Cancer Society estima um elevado número de novos casos e de mortes expectáveis nos Estados Unidos relacionados com cancro. Embora se tenha evoluído no sentido da redução das taxas de incidência e melhoria da sobrevida, o cancro ainda é responsável por um elevado número de mortes seguido das doenças cardíacas em pessoas com idade inferior a 85 anos.

O Cancro da Mama é o cancro mais frequente no sexo feminino com uma estimativa de 1.380.000 novos casos de cancro diagnosticados em 2008 (23% de todos os cancros). As taxas de incidência variam entre 19,3 por 100.000 mulheres na África Oriental para 89,7 por 100.000 mulheres na Europa Ocidental. Em Portugal e no ano de 2008, os valores apontam para cerca de 60 novos casos por 100.000 mulheres, ou seja representa cerca de 27.7% do total de cancros no sexo feminino (GLOBOCAN, 2008).

Nenhuma parte do corpo representa um papel tão importante no corpo da mulher quanto a mama, dada a quantidade de significados que lhe são atribuídos como a atractividade, sexualidade e feminilidade e por isso mesmo, mulheres mastectomizadas podem sentir perda de papel em função dessas expectativas bem como perda de identidade (Kasper & Ferguson, 2002)

Esta doença surge de uma única célula que sofreu uma mutação, que se multiplicou, cujas descendentes foram sofrendo outras mutações até darem origem a uma célula cancerosa. Portanto, caracteriza-se pela proliferação celular anormal, cuja designação correcta é neoplasia. O termo normalmente utilizado no singular representa na prática mais de uma centena de diferentes doenças heterogéneas (Lopes, 2002).

Os cancros humanos são, em grande parte, de origem somática resultantes da interacção de factores genéticos e ambientais. No entanto, no caso do cancro hereditário, as mutações germinativas estão directamente associadas à

predisposição familiar para o desenvolvimento de tumores e, nesses casos específicos, o cancro é uma doença genética e hereditária (Guembarovski, 2008).

As células neoplásicas proliferam mais rapidamente do que as do tecido normal adjacente e não respondem aos sinais que controlam a divisão celular. Esta proliferação resulta numa massa anormal (tumor ou neoplasia), em que a malignidade das células é caracterizada pelo comportamento clínico da neoplasia, e não só pela existência de crescimento anormal, ou seja é caracterizada pelo crescimento e/ou disseminação incontroláveis (Schwartz, 1996).

O mesmo autor refere que a palavra cancro é um termo geralmente utilizado para descrever as neoplasias malignas com probabilidade significativa de recorrência local e/ou disseminação para outros sistemas ou órgãos podendo levar à morte do indivíduo. O potencial maligno de um tumor está relacionado com a sua capacidade de dissociar-se e disseminar a outras partes do corpo, esta pode ocorrer por disseminação directa, na qual a margem tumoral avança para dentro de outro tecido, vaso ou cavidade, ou disseminação através da corrente sanguínea ou linfática, verificando-se que os tumores que metastizam têm maior afinidade por determinados órgãos.

No mesmo livro há, ainda referência no que se refere à evidência em alguns estudos de que os gânglios linfáticos funcionem como uma barreira, embora que temporária para a disseminação tumoral. Num outro estudo foi possível constatar que a maioria das células que chegavam aos gânglios linfáticos invadia rapidamente os linfáticos eferentes e depois a corrente sanguínea. Pelo que a função dos gânglios linfáticos regionais de uma neoplasia é tão controversa como importante.

No gráfico 1, é possível visualizar, e segundo a Organização Mundial de Saúde (GLOBOCAN 2008), a incidência de cancro e mortalidade ocorridas no ano de 2008 em várias regiões do mundo. Do qual podemos constatar que há uma grande variância no que se refere à incidência em países como Austrália/Nova Zelândia e países do continente africano e asiático, contudo o número de mortes ocorridas nessas mesmas zonas apresentam aproximadamente os mesmos valores. Em Portugal e, segundo a Liga Portuguesa Contra o Cancro, a taxa de mortalidade por cancro tem aumentado e tal como noutros países do mundo, ocupa já o primeiro lugar entre as causas de morte que anteriormente era ocupado pelas doenças cardiovasculares (POP, 2011). No ano de 2005, e segundo a publicação do Registo Oncológico Nacional, foram diagnosticados 38.519 novos casos de cancro. Dos tumores com localizações comuns aos dois sexos, o cancro mais frequente foi o colorectal, seguido dos cancros da mama, da próstata, pele, brônquios e pulmão e estômago.

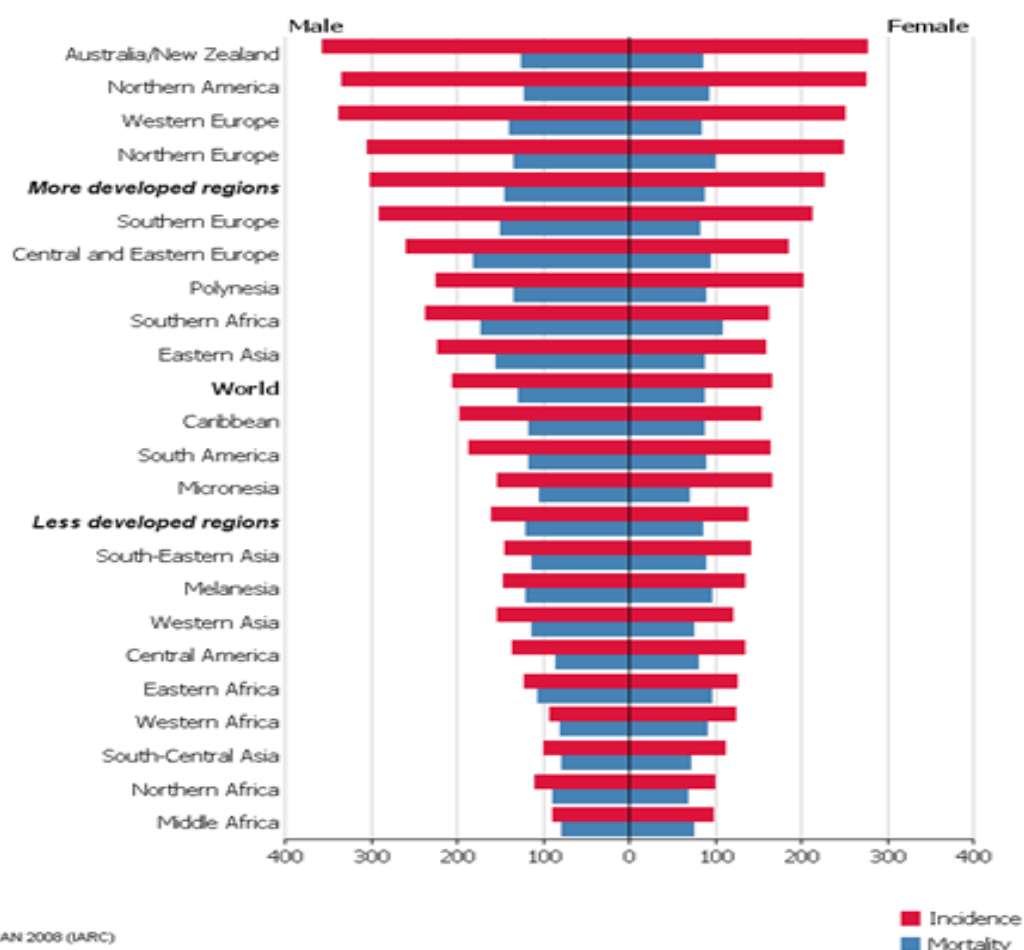


Gráfico 1 - Incidência de cancro e mortalidade ocorridas no ano de 2008: adaptado de GLOBOCAN 2008.

Em 2006, foram registados 86% de tumores malignos e 14% de carcinomas da pele não melanoma. Sendo que dos tumores malignos 7461 correspondem ao sexo masculino e 5680 correspondem ao sexo feminino. Ainda, e fazendo referência ao mesmo ano, os tumores mais frequentes no sexo masculino são o da próstata (24%), seguido do pulmão (11.4%), estômago e cólon com 10.1% cada (RORENO, 2010).

No sexo feminino os tumores mais frequentes na região norte e no ano de 2006 encontram-se representadas no gráfico seguinte. Podemos constatar que dos cancros diagnosticados em 2006, no sexo feminino, o cancro da mama ocorreu em quase 30% das mulheres da região norte do país, o que nos leva a pensar nestes números com algum cuidado e atenção.

Assim, ao longo deste capítulo abordaremos a problemática do cancro da mama, desde o rastreio ao diagnóstico da doença, abordando os diferentes tipos de tratamentos, dando especial atenção às complicações que decorrem do tratamento cirúrgico como o linfedema e rigidez do ombro.

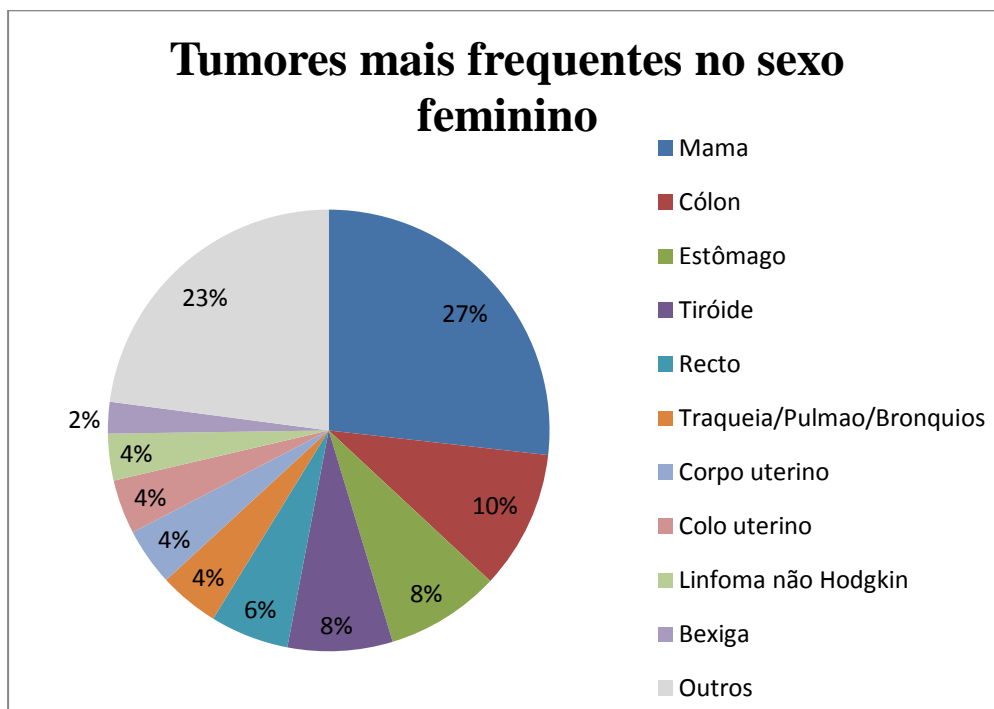


Gráfico 2 - Tumores mais frequentes no sexo feminino: adaptado do RORENO.

Nos capítulos seguintes, focaremos a nossa atenção em áreas como a aprendizagem de capacidades e questões que se relacionam com a gestão da saúde.

1.1- O Cancro da Mama: A Doença e Diagnóstico

A mama é uma glândula localizada na parede anterior do tórax, situada entre a segunda e sexta costelas, sobre o músculo peitoral, em que uma área de tecido mamário, chamada cauda de Spence, se estende para dentro da axila. A pele subjacente contém folículos pilosos, glândulas sudoríparas e glândulas sebáceas. A área pigmentada, à volta do mamilo, é conhecida como auréola. Esta glândula sofre diversas alterações ao longo do ciclo de vida da mulher, e podem ser provocadas por alterações hormonais como os níveis de estrogénio e progesterona que ocorrem desde a fase intra-uterina até à menopausa (Schwartz, 1996; Seeley, Stephens & Tate, 1997; Shirley E. Otto, 2000; Rothrock, 2008; Brunner & Suddarth, 2008).

Segundo os mesmos autores, os chamados ligamentos suspensores de Cooper são canais fibrosos que passam pelos tecidos glandular e gorduroso, desde a pele até ao músculo subjacente, sustentando a mama. Estes ligamentos

estendem-se da fáscia superficial do músculo grande peitoral até à pele que cobre as glândulas, o que explica que nas mulheres mais idosas, as mamas se encontrem mais descaídas devido ao enfraquecimento dos mesmos. Na mulher adulta, cada glândula mamária, é habitualmente, constituída por doze a vinte lóbulos organizados, cobertos por uma quantidade considerável de tecido adiposo. Os lóbulos de cada mama formam uma massa cónica, com o mamilo situado no vértice.

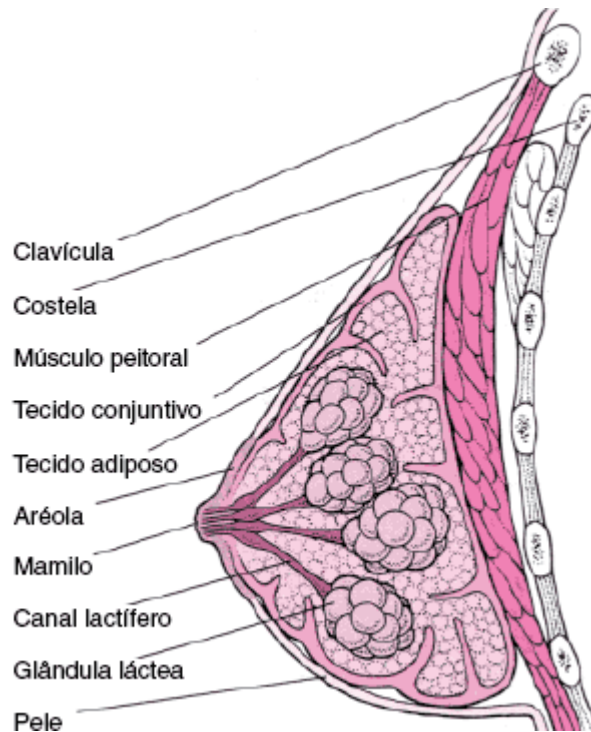


Figura 1 - Anatomia da mama feminina: adaptada de Shirley E. Otto, 2000

A mama é constituída por uma extensa rede linfática e vascular. O tecido da mesma estende-se à clavícula, esterno, músculo grande peitoral em direcção à axila. Os nódulos linfáticos axilares drenam aproximadamente 60% da linfa da mama e encontram-se distribuídos desde a parte baixa da axila, até à margem lateral do músculo pequeno peitoral (nível I), pelo ponto intermédio do músculo pequeno peitoral (nível II) e sobre a margem central do músculo pequeno peitoral (nível III). Os nódulos linfáticos localizados entre os músculos grande e pequeno peitoral são conhecidos como nódulos de Rotter. A restante linfa é drenada pelos nódulos mamários internos (Shirley E. Otto, 2000).

Os limites da drenagem linfática da axila não são bem demarcados, ou seja há uma considerável variação nas posições dos gânglios regionais, e segundo Schwartz (1996), na prática clínica os cirurgiões identificaram seis grupos essenciais: o *grupo da veia axilar* que recebem a maior parte da drenagem

linfática do membro superior; o *grupo mamário externo* que recebe a maior parte da drenagem linfática da mama lateral; o *grupo escapular* que recebem a linfa da porção pósterio - inferior do pescoço, da porção posterior do tronco e da porção posterior do ombro; o *grupo central* que recebe por sua vez a linfa dos três grupos precedentes, mas pode receber também linfa da mama; o *grupo subclavicular* que recebe linfa de todos os grupos de gânglios axilares e une-se a vasos eferentes dos gânglios subclaviculares para formar o tronco subclávio; e o *grupo interpeitoral* em que a linfa destes nódulos linfáticos passa directamente para dentro dos grupos central e subclavicular.

No que se refere à carcinogénese mamária, esta resulta de alterações genéticas múltiplas que fazem com que o epitélio mamário normal se altere sucessivamente em hiperplasia, hiperplasia atípica, carcinoma *in situ* e carcinoma invasivo. No entanto, não é consensual se a hiperplasia, a hiperplasia atípica e o carcinoma *in situ*, são lesões precursoras de carcinoma invasivo, ou se pelo contrário, este pode desenvolver-se directamente a partir de epitélio normal. Por outro lado, os cientistas ainda se questionam se os diferentes tipos histológicos de tumores da mama resultam de carcinogénese diferentes (Santos, 2011).

Os cancros primários da mama são agrupados em invasivos e não invasivos, se restritos aos canais e aos lóbulos é classificado como não invasivo ou carcinoma *in situ*. Se surgem no sistema ductal, é denominado como carcinoma ductal *in situ*, e carcinoma lobular *in situ* se surge no sistema lobular. Quando as células malignas penetram o tecido exterior dos canais ou dos lóbulos, o cancro é descrito como infiltrante ou invasivo. Na sua maioria, os cancros da mama são carcinomas e classificam-se como ductal ou lobular, e uma pequena percentagem são sarcomas e tumores metastáticos (Shirley E. Otto, 2000).

Segundo a mesma autora, de todos os carcinomas da mama, o carcinoma ductal infiltrante representa cerca de 80% e os carcinomas lobulares infiltrantes cerca de 10%. A doença de Paget do mamilo ocorre raramente, cerca de 1% a 2% dos casos, e está frequentemente associada ao carcinoma invasivo, assim como o carcinoma inflamatório que também é raro, apresentando-se como a forma mais maligna de cancro da mama e representa menos de 3% de todos os casos.

Entre as duas mamas existem pontos de ligação, através das quais pode ocorrer disseminação tumoral podendo ocasionar cancro bilateral. O cancro da mama simultâneo ocorre em menos de 1% dos casos, ocorre mais frequentemente em mulheres com idade inferior a 50 anos e é mais frequente quando o tumor da primeira mama é do tipo lobular. A incidência, numa fase posterior, na segunda mama é de 5 a 8%, sendo que a incidência de segundos cancros de mama aumenta

directamente com o tempo de vida da mulher após o primeiro diagnóstico - cerca de 1% ao ano (Way, 2004).

Sabe-se hoje que todos os tipos de cancro de mama têm origem genética, sendo que cerca de 90 a 95% decorrem de mudanças somáticas que ocorrem durante a vida, e 5 a 10% são hereditários, devido a uma mutação germinativa, que confere às mulheres maior susceptibilidade de desenvolver carcinoma mamário (Hack, L. F, 2009).

De acordo com o sistema de classificação TNM, o cancro da mama é frequentemente classificado em estádios, pelo que no quadro seguinte, e de uma forma sucinta, apresentamos o estadiamento TNM para o cancro da mama, em que (T) avalia o tamanho do tumor, (N) o envolvimento dos nódulos linfáticos regionais e (M) avalia a extensão da doença à distância ou metástases.

Estádio 0	Carcinoma <i>in situ</i> (Tis-N0-M0);
Estádio I	Tumor abaixo de 2cm com nódulos negativos (T1-N0 M0);
Estádio II A	Tumor de 0 a 2 cm com nódulos positivos ou de 2 a 5 cm, com nódulos negativos (T0-N1, T1-N1, T2-N0, todos M0);
Estádio II B	Tumor de 2 a 5 cm com nódulos positivos ou com mais de 5 cm com nódulos negativos (T2-N1, T3-N0, todos M0);
Estádio III A	Tumor com menos de 5 cm com nódulos móveis ou não móveis (T0-N2, T1-N2, T2-N2, T3-N1, T3-N2), todos M0;
Estádio III B	Tumor de qualquer tamanho com invasão directa à parede do tórax ou pele, nódulos positivos, com ou sem nódulos linfáticos mamários internos positivos (T4-qualquer N, qualquer T-N3, todos M0);
Estádio IV	Qualquer metástase distante (inclui nódulos bilaterais supraclaviculares).

Quadro 1: Estadiamento TNM para o cancro da mama: adaptado de Shirley E. Otto, 2000, p. 103)

Segundo a mesma autora, a avaliação da extensão da doença permite a escolha de uma terapia apropriada e determina todos os prognósticos, permitindo a comparação dos resultados das investigações relacionadas com o tratamento. A identificação dos estádios inicia-se, normalmente no pré-operatório com uma história minuciosa e um exame físico acompanhado por diferentes exames de diagnóstico.

A incidência desta doença aumenta com a idade e, aproximadamente 8 em cada 10 casos, são diagnosticados em idades superiores a 50 anos, contudo nos últimos anos, esta doença tem sido diagnosticado em mulheres cada vez mais jovens, com idades inferiores a 40 anos (POP, 2011). Em Portugal, dos registos da região norte do país, no que se refere ao ano de 2006 verificaram-se os resultados que se apresentam no gráfico seguinte:

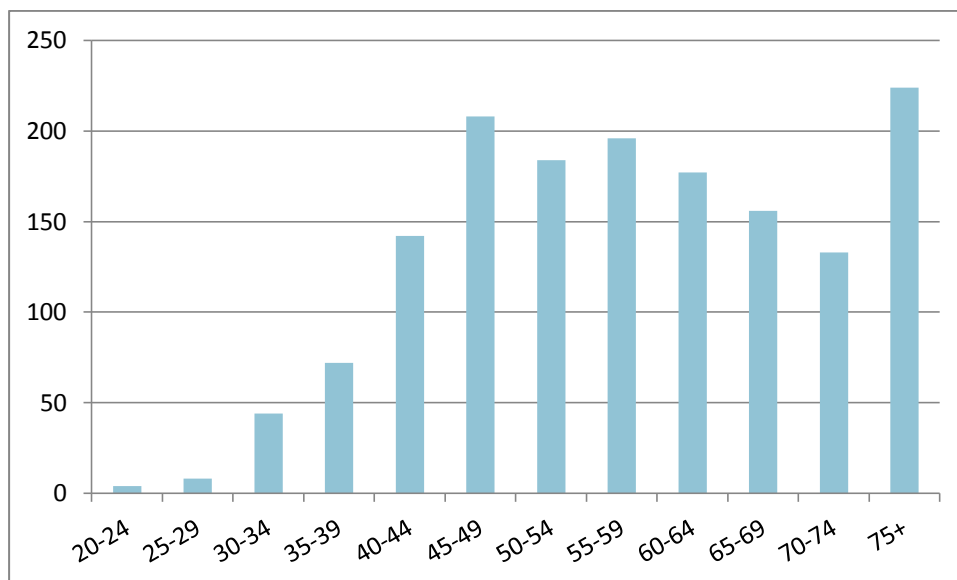


Gráfico 3: incidência de cancro de mama feminino na região norte de Portugal, por grupo etário no ano de 2006: adaptado de ROENO.

Podemos concluir que mulheres entre os 50 e 59 anos de idade são a faixa etária mais afectada por esta doença. No ano de 2008, a maior taxa de incidência desta doença foi registada na Europa, seguida pela Austrália, Nova Zelândia e América do Norte. Tem havido um aumento anual de 0.5% na taxa de incidência em todo o mundo, e estima-se que em 2030 possam existir 2,1 milhões de novos casos (GLOBOCAN, 2008).

Uma elevada incidência associada a um prognóstico favorável faz com que o cancro da mama seja o tipo de tumor com maior prevalência, estimando-se que a nível mundial se encontrem vivas cerca de 4,4 milhões de mulheres com esta doença, cujo diagnóstico foi feito nos últimos cinco anos (Bastos, 2007).

Para Bernardo (2006), *“todos os dias são detectados 13 novos casos de cancro da mama e em Portugal morrem diariamente quatro a cinco mulheres (...) em todo o mundo ocidental há referências da doença em idades cada vez mais jovens (...) todos os anos são detectados 4.200 novos casos”*. Para este especialista, coordenador do programa de exames de rastreio do cancro da mama na zona sul, os números reflectem uma epidemia e um problema da sociedade nacional.

Entre 2000 e 2006 foram diagnosticados 9539 casos de tumores da mama feminina, na região norte de Portugal (97,9% com informação completa de *follow-up*). A sobrevivência relativa global a 5 anos foi de 83,8%, enquanto a média europeia foi de 82,2% (EUROCARE-4; RORENO, 2011).

Os números apontados pelo Portal de Oncologia Português indicam que em Portugal: surgem aproximadamente 4.500 novos casos de cancro da mama por ano; uma em cada 10 mulheres irá desenvolver cancro da mama, em algum momento da sua vida; diariamente 11 a 13 mulheres são informadas de que têm a doença; esta mata, todos os anos, aproximadamente 1500 mulheres; morrem todos os dias 4 mulheres vítimas de cancro da mama e que aproximadamente 90% dos cancros da mama são curáveis, se forem detectados precocemente e tratados correctamente. (POP, 2011).

Em todo o mundo, o carcinoma da mama representa um problema epidemiológico. Dos estudos encontrados constatamos uma maior incidência nos países desenvolvidos em relação aos países menos desenvolvidos cuja incidência é menor, nomeadamente em determinadas regiões do continente africano, e nas regiões sul e oriental do continente asiático.

Tem-se verificado, nos últimos anos uma redução da mortalidade por cancro da mama associada, essencialmente a uma maior adesão aos rastreios mamográficos, assim como pela melhoria dos tratamentos disponíveis. Contudo, verifica-se que mulheres mais jovens têm pior taxa de sobrevivência em relação às mulheres que desenvolveram a doença numa fase mais tardia da vida.

O tamanho do tumor e as características do nódulo linfático, incorporados no sistema de estádios, têm sido reconhecidos como características patológicas, com especial importância na previsão da sobrevivência. Contudo, o sistema de estádios, apesar de orientar para um determinado tratamento, não proporciona dados que permitam concluir que umas mulheres, num determinado grupo e de um estágio particular, terão recorrência da doença e outras não (Shirley E. Otto, 2000).

A mesma autora faz referência a vários factores que poderão influenciar o prognóstico do cancro da mama, sendo que para alguns destes está, em investigação a sua interacção entre si, e a influência que cada um tem no crescimento tumoral, recorrência local, metástases ou em resposta à terapêutica. Os factores descritos pela mesma no seu livro (p. 104) são: “*Tamanho do tumor; envolvimento dos nódulos linfáticos; grau histológico e citológico; receptores de estrogéneo e progesterona; análise do conteúdo do ADN (ploide e fase S); invasão vascular e linfática; oncogenes; genes supressores tumorais; factores de crescimento epidérmico; catapsina D; necrose; margens de ressecção; resposta*

inflamatória; multicentricidade; componente de extensão intraductal e características demográficas”.

A presença de metástases de nódulos linfáticos axilares é o indicador mais importante de recorrência e sobrevida da doença. A mesma autora (p.105) refere que, *“Quando os nódulos linfáticos estão envolvidos, aumenta a probabilidade da presença de micrometástases à distância. A sobrevida é influenciada pelo número de nódulos linfáticos envolvidos. Da mesma forma, mulheres com um a três nódulos linfáticos envolvidos, têm mais hipóteses do que as mulheres com quatro ou mais. O envolvimento dos nódulos de nível I tem um prognóstico mais favorável do que o envolvimento de nódulos de nível III”.*

O número absoluto de gânglios linfáticos comprometidos por neoplasia metastática é o factor preditivo isolado mais importante da sobrevida de 10 e 20 anos (Schwartz, 1996).

A investigação científica tem levado a importantes avanços no conhecimento do cancro da mama, nomeadamente na descoberta de formas de prevenir, detectar, diagnosticar e tratar de forma segura e eficaz. No entanto, *“...apesar dos grandes avanços no tratamento do câncer de mama, tanto na doença avançada como na doença inicial, fatores preditivos de resposta a agentes antineoplásicos ainda não são conhecidos. A escolha do quimioterápico ideal ainda permanece sem suporte na literatura, e a constante busca de melhores resultados terapêuticos está pautada no melhor conhecimento da biologia da célula tumoral, quanto à sua agressividade e capacidade de progressão para os outros tecidos. A identificação do perfil gênico do tumor e o reconhecimento de quais genes estão superexpressos parece ser o melhor caminho a ser seguido, a fim de se obter um melhor resultado terapêutico”* (Tosello, 2007, p. 104).

Recentemente, na 102ª Reunião Anual Norte-Americana de Pesquisa do Cancro, em Orlando na Flórida, foi apresentada uma das maiores pesquisas genómicas já feitas sobre o cancro. Um grupo de cientistas nos EUA sequenciou os genomas completos de tumores de 50 doentes com cancro da mama e comparou os resultados com os ADN de pessoas sem a doença.

A comparação permitiu identificar mutações que ocorrem apenas nas células cancerígenas. A pesquisa revela, ainda uma grande complexidade nos genomas dos tumores e poderá auxiliar no desenvolvimento de novas alternativas de tratamentos. Matthew J. Ellis (professor da Escola de Medicina da Universidade de Washington, um dos líderes da pesquisa), afirmou que *“os genomas do cancro*

são extraordinariamente complicados, o que explica a nossa dificuldade em prever consequências e encontrar novos tratamentos” (POP, 2011).

Um outro estudo, que está a ser desenvolvido numa clínica espanhola, pretende comprovar a eficácia da aplicação de vacinas personalizadas para reduzir as recaídas em doentes que sofreram de cancro da mama.

O objectivo das vacinas tumorais é aumentar o reconhecimento imunológico específico das células tumorais pelo hospedeiro, ou seja o princípio que está por base neste tipo de vacinas é semelhante aquele que suporta o uso das vacinas bacterianas e virais. Deste modo, a apresentação de antigénios tumorais ao sistema imunitário provocará uma resposta específica ao tumor (Way, 2004).

Um fármaco antiestrogénico e, segundo um estudo da Faculdade de Medicina de Harvard, demonstrou uma “promissora” redução de 65% no risco de cancro da mama entre as mulheres pós-menopausa. O estudo clínico realizado no Canadá mostrou que o risco de cancro da mama em mulheres na menopausa diminui em 65% quando as mulheres foram medicadas com um fármaco oral que reduz a produção de estrogénio. Este fármaco *“mostrou não só uma impressionante redução do cancro da mama como também o aparecimento de excelentes efeitos secundários”*, pois neutraliza a produção de estrogénio *“sem as graves toxicidades observadas com o tamoxifeno”*, comentou o doutor Paul Goss, principal autor do estudo (POP, 2011).

Numa fase inicial e na sua maioria, os tumores mamários são assintomáticos. À medida que o tumor cresce pode surgir: protuberância mamária; uma área de endurecimento; dor; prurido; erosão superficial ou ulceração; alteração no tamanho ou forma da mama, depressão local da pele (indentação); secreção pelo mamilo, ou alteração do mamilo com inversão ou retracção; edema; dilatação dos vasos sanguíneos e alteração na cor da pele (exantema ou eritema). Dores ósseas ou de coluna, icterícia ou perda de peso podem resultar de metástases sistémicas, contudo estes sintomas raramente são encontrados numa observação inicial (Shirley E. Otto, 2000; Way, 2004; Brunner & Suddarth, 2008).

A doença maligna pode ser muito óbvia evidenciando-se uma massa com fixação à parede torácica, linfadenopatia axilar acentuada, linfadenopatia supraclavicular, edema do braço homolateral e metástases à distância. Ou, pode ser apenas um espessamento subtil de uma parte da mama sem outros sinais e sintomas presentes. As metástases levam ao comprometimento dos nódulos regionais, que podem ser clinicamente palpáveis, contudo estudos histológicos mostram que metástases microscópicas estão presentes em cerca de 30% das mulheres com nódulos clinicamente negativos. (Way, 2004).

A mamografia serve de suporte na detecção do cancro da mama antes de se tornar clinicamente palpável. Esta tem uma sensibilidade que varia entre 80% e 97% e depende de vários factores como: a idade da paciente (densidade mamária), tamanho do tumor e tamanho da mama, localização e aspecto mamográfico (Phipps, Long & Woods, 1990; Shirley E. Otto, 2000).

O auto-exame da mama, regular e cuidadoso, deve fazer parte da rotina da mulher, pois permite à mulher conhecer melhor a forma e superfície da sua glândula mamária, para que seja a primeira a detectar qualquer alteração uma vez que cerca de 90% das massas tumorais são detectadas pelas próprias (Way, 2004). Ainda, e sobre este assunto Shirley & Otto em 2000, refere que a conjugação da mamografia, do exame físico e do auto-exame regular devem ser incluídos no rastreio do cancro da mama, uma vez que a detecção precoce permite, às mulheres e aos profissionais de saúde, seleccionar as melhores opções de tratamento e de controlo de alguns tipos de cancro da mama de forma a proporcionarem um aumento da sobrevivência. Um primeiro sinal pode indicar a necessidade de utilização de outros meios disponíveis como exame clínico, avaliação citológica ou histológica. Todos estes procedimentos permitem a determinação de um diagnóstico definitivo, assim como a escolha da melhor estratégia de tratamento.

1.2- Tratamento do Cancro da Mama

A avaliação da extensão da doença permite planejar o tratamento mais apropriado, e estes podem ser utilizados a nível local ou sistémico, podendo muitas mulheres receber dois, três ou mais tipos de tratamento de forma conjugada.

O tratamento local consiste na remoção ou destruição do tumor numa área específica e é feito através da cirurgia e da radioterapia. Estes tratamentos mostram-se eficazes enquanto a doença ainda estiver confinada ao local de origem ou aos gânglios linfáticos regionais. O tratamento sistémico é utilizado para destruir ou controlar o cancro ao longo do corpo através da hormonoterapia, da quimioterapia e da terapia biológica. Por vezes o tratamento sistémico é utilizado para reduzir o tamanho do tumor antes do tratamento local (tratamento neo-adjuvante) ou como tratamento paliativo quando já há doença sistémica diagnosticada (Schwartz, 1996).

Neste sentido, os tratamentos podem ser curativos ou paliativos. Os primeiros são aplicados em doenças nos estádios I e II. As mulheres com tumores localmente avançados (estádio III), ou com tumores inflamatórios podem ser curadas com tratamentos combinados, mas na sua maioria o tratamento paliativo é tudo o que está ao seu alcance. Este último está indicado nas pessoas com doença no estágio IV e para mulheres previamente tratadas que desenvolvam metástases à distância ou que apresentem tumores irresssecáveis (Way, 2004).

A investigação recente aposta em tratamentos cada vez menos agressivos e com menos efeitos secundários. Por exemplo, no âmbito da imunologia e da genética está em estudo uma vacina, enquanto tratamento combinado com o tratamento padrão, em que as vacinas são elaboradas com células do sistema imune da pessoa e estimuladas com o seu próprio tumor para reduzir a progressão do cancro da mama num subgrupo determinado desta doença. Os resultados preliminares sobre um eventual aumento de respostas do tumor (redução de tamanho e, inclusive o desaparecimento) aos tratamentos combinados de quimioterapia e imunoterapia, deverão ser obtidos em Maio de 2012 (POP, 2011).

1.2.1 - Radioterapia

A radioterapia é o uso médico de materiais radioactivos como parte do tratamento do cancro para controlar células malignas. A radioterapia pode ser usada como tratamento paliativo (quando a cura não é possível e o objectivo é o controle local da doença e alívio dos sintomas) ou como tratamento terapêutico coadjuvante. É usada, também no pré-operatório com o objectivo de redução de massas tumorais para que possa ser possível a utilização da cirurgia. Cerca de 60% do total de pessoas com cancro são tratadas com esta modalidade de tratamento em algum momento durante a sua doença (Shirley E. Otto, 2000).

Segundo a mesma autora, existem duas modalidades de aplicação da radioterapia: por radiação externa (através de uma máquina - acelerador de partículas, 5 dias por semana e durante várias semanas; por radiação interna, ou seja a radiação é feita através de um implante ou braquiterapia. Nesta última modalidade a radiação provém de finos tubos colocados directamente na mama, e obriga a que a doente permaneça internada durante a sua aplicação. Os implantes permanecem no local, ou seja, na mama durante vários dias e são retirados antes da mulher ir para casa.

A radiação destrói a capacidade de crescimento e de multiplicação das células cancerígenas, contudo outras células são afectadas indirectamente quando atingidas pelos raios ou partículas ionizantes. Este tipo de tratamento tem demonstrado efeitos locais no cancro da mama e desempenha um papel importante no controlo local e regional da doença.

Os efeitos secundários inerentes aos tratamentos de radioterapia são localizados e dependem da área tratada, volume de tecido irradiado, fraccionamento, tipo de radiação, dose total e características específicas de cada indivíduo. Assim, da aplicação deste tratamento podem resultar alterações locais da pele (risco de infecção por fragilidade da pele), fadiga generalizada, dor relacionada com inflamação temporária dos nervos ou dos músculos peitorais no campo de radiação e supressão medular. A extensa radiação axilar pode provocar linfedema e/ou dificuldades relacionadas com a mobilização da articulação do membro homolateral (Shirley E. Otto, 2000).

Pelo que, e segundo a mesma autora, torna-se importante explicar à mulher a necessidade de manter ou recuperar a integridade da pele; prevenir a fragilidade da pele e infecção; minimizar a fadiga e manter as actividades quotidianas dentro do possível; manter o estado nutricional adequado; controlar ou minimizar a ansiedade e compreender o uso da radioterapia no tratamento do cancro da mama.

1.2.2 - Quimioterapia

O objectivo da quimioterapia é eliminar as metástases ocultas responsáveis pelas recorrências posteriores, enquanto são microscópicas e teoricamente mais vulneráveis aos agentes anti-neoplásicos. A quimioterapia é a utilização de drogas citotóxicas no tratamento do cancro, é um tratamento sistémico e proporciona cura ou controlo da doença (Brunner & Suddarth, 2008).

A combinação de drogas ocorre em cerca de 50 a 80% dos doentes. Este tipo de tratamento é normalmente utilizado como adjuvante da cirurgia, é administrado como tratamento sistémico, uma vez que o cancro da mama pode estender-se não apenas aos nódulos axilares, mas também a lugares distantes através da corrente sanguínea. A experiência clínica tem demonstrado que a quimioterapia adjuvante tem um papel importante na prevenção ou atraso do

desenvolvimento da doença metastática, aumentando a sobrevivência (Shirley E. Otto, 2000).

Este tipo de tratamento quando aplicado após tratamento cirúrgico definitivo, tem como finalidade actuar enquanto a carga tumoral é pequena (micrometástases) e as células estão menos resistentes às drogas. São conhecidos vários efeitos secundários da quimioterapia, nomeadamente a nível da mucosa oral e gastrointestinal, efeitos hematológicos, neurológicos e cutâneos. A fadiga, a astenia e a xerostomia também podem surgir, assim como as flebites e flebotromboses. Os efeitos cutâneos são os que, normalmente desenvolvem grande ansiedade pela alteração da imagem corporal e do auto-conceito (Schwartz, 1996; Shirley E. Otto, 2000; Brunner & Suddarth, 2008).

Segundo Shirley E. Otto (2000), as intervenções de enfermagem no doente submetido a este tipo de tratamento requerem múltiplas estratégias de avaliação e intervenção, pelo que o enfermeiro deve conhecer o estado do doente; o objectivo da terapêutica; a dosagem; via e duração do tratamento; os princípios da administração e os efeitos potenciais secundários. A avaliação e registo da frequência, gravidade, padrões e duração dos sintomas ajudam na prevenção e controlo.

Ainda, a mesma autora refere, no seu livro que a educação do doente e família, sobre os vários aspectos da quimioterapia, no que se refere nomeadamente, ao procedimento, aos efeitos secundários, potenciais toxicidades e, ainda cuidados de “follow-up”, requerem uma avaliação e intervenção por enfermeiros competentes.

1.2.3 - Hormonoterapia

A hormonoterapia é utilizada como tratamento adjuvante e permite controlar os tumores que apresentam receptores hormonais. Neste caso, o crescimento tumoral mostra uma significativa dependência dos níveis hormonais, pelo que o seu tratamento adjuvante utiliza os anti-estrogénios (como o tamoxifeno) como inibidores. Actuam ligando-se aos receptores estrogénicos, inibindo a síntese dos factores de crescimento deles dependentes. Ou seja, a terapia hormonal envolve o uso de medicamentos que competem com o estrogénio na ligação com os sítios receptores, ou bloqueando a produção de estrogénio - inibidores da aromatase (Shirley E. Otto, 2000; Way, 2004).

O anti-estrogénio *tamoxifeno* ainda é o mais indicado na adjuvância de mulheres na pré-menopausa e em grande parte das mulheres na pós-menopausa. O uso de inibidor de aromatase de terceira geração, como o *anastrozol* ou o *letrozol*, deve ser indicado nas mulheres na pós-menopausa com doença avançada e que já receberam tratamento prévio com *tamoxifeno* (Brunner & Suddarth, 2008).

A sua utilização, não só previne recidivas locais como também a possibilidade de ocorrência de um segundo tumor na mama contralateral. Estudos indicam que o tratamento a longo prazo, cerca de cinco anos é o mais indicado. Os doentes necessitam de uma monitorização contínua uma vez que podem produzir efeitos secundários como: alterações da coagulação sanguínea (muitas vezes responsáveis por tromboflebitides, trombozes venosas profundas ou embolias pulmonares); sintomas de menopausa nas mulheres pré-menopausicas (como alterações menstruais, secura vaginal e afrontamento); aumento de peso; e um ligeiro aumento de risco do cancro endometrial (Shirley E. Otto, 2000).

Alguns estudos demonstraram que mulheres que alteraram o seu tratamento, passando do *tamoxifeno* para o *anastrozole*, apresentam menos probabilidades de recidiva de cancro mamário, associada a uma menor probabilidade de desenvolver efeitos secundários como cancro do endométrio e trombozes venosas profundas.

1.2.4 - Imunoterapia

A imunoterapia ou terapia biológica é um tipo de tratamento relativamente novo, através de agentes biológicos e está a tornar-se cada vez mais usual, quer pela utilização de novos agentes, quer pela combinação entre si. Este tipo de tratamento tem como finalidade aumentar a imunidade do hospedeiro e intensificar a resposta de rejeição ao tumor (Schwartz, 1996). Isto é, representa uma tentativa de mobilizar os mecanismos naturais de defesa do corpo contra as células tumorais, com base na capacidade do sistema imune em diferenciar células tumorais e tecidos normais (Brunner & Suddarth, 2008).

Referindo-se à terapia direccionada, Brunner & Suddarth em 2008 descreve que no cancro da mama, o *Herceptin* é um anticorpo monoclonal que se liga a células do cancro mamário que expressam fortemente uma proteína denominada

de receptor de factor epidérmico de crescimento tumoral-2 (HER-2). Bloqueada esta proteína, esta substância diminui ou bloqueia o crescimento destas células. Sobre este tema o POP, em 2011 descreve que as terapêuticas dirigidas incluem os anticorpos monoclonais e terapêuticas com pequenas moléculas. Estes medicamentos identificam alvos nas células cancerígenas que ajudam o crescimento das mesmas, atacando-os e bloqueando o crescimento das células malignas, travando assim a sua disseminação sem prejudicar as células saudáveis.

Apesar do mundo de acção e do padrão de toxicidade desta modalidade de tratamento divergirem da quimioterapia, os enfermeiros devem valer-se da sua experiência para gerirem os efeitos secundários associados à quimioterapia, para que possam confrontar os desafios referentes aos efeitos secundários deste tipo de tratamento, podendo surgir febre, arrepios, tonturas, diaforese, mal-estar, urticária, prurido, náuseas, vômitos, dispneia, hipotensão, fadiga e reacções alérgicas. Este tipo de ocorrências podem surgir nas primeiras vinte e quatro horas a uma semana após o tratamento (Shirley E. Otto, 2000).

1.2.5-Cirurgia da mama: a mastectomia

O uso da cirurgia no tratamento do cancro da mama é uma técnica secular, contudo só no último século é que este tipo de tratamento tem demonstrado benefícios na sobrevivência dos doentes com cancro da mama, cujo principal objectivo visa controlar a doença a nível local e regional (Shirley e. otto, 2000).

Numa perspectiva histórica Kasper, em 2002 refere que Galen na antiga Grécia acreditava que o cancro, tal como todas as doenças, resultava do desequilíbrio dos quatro humores corporais, sangue, fleugma, bílis amarela e bílis negra. Segundo Martensen (1994), Galen terá sido o primeiro a conceptualizar o cancro da mama como uma manifestação localizada proveniente de uma doença sistémica que afectava todo o corpo. E, de acordo com Moulin (1983) citado por Kasper, Galen terá defendido que a mama deveria ser cortada quando o tumor se localizasse na sua superfície. A história relata os amplos debates que se desenvolveram ao longo dos tempos, problematizando a questão se o tumor da mama seria um fenómeno sistémico ou um fenómeno localizado e por isso passível de ser tratado com um tipo de cirurgia agressiva. Em 1800 a investigação sobre a problemática terá sido desenvolvida pelo alemão Rudolf Virchow que acreditava que o cancro se desenvolvia através de um conjunto de células isoladas, que se

tornavam doentes. Richard von Volkmann concluiu através da investigação que essas células se disseminavam localmente através dos tecidos linfáticos e sanguíneos (Baum, 1986; Moulin, 1983, citados por Kasper, 2002).

Ainda, e segundo o mesmo livro, estes achados encorajaram os cirurgiões no século dezanove, como o inglês Charles Moore a realizar o tratamento do cancro da mama através da cirurgia, removendo a mama, tecido gordo circundante e nódulos linfáticos subaxilares. Von Volkmann incluiu a remoção dos dois músculos peitorais. James Paget considerava esta cirurgia demasiado mutiladora e apenas retirava uma parte da mama. Em sua opinião e, na de outros cirurgiões, esta cirurgia tão alargada acelerava o processo de doença conduzindo a doente para um desfecho rápido e fatal (Lewison, 1955). Em 1980 William Halstead seguindo a Escola Germânica de Virchow, instituiu a cirurgia alargada para todos os casos de cancro da mama como prática comum. Halstead considerava que uma cirurgia meticulosa e cuidadosa que removesse a mama, nódulos axilares e os músculos peitorais removeria potencialmente todas as células oncológicas.

Contudo e, segundo Shirley E. Otto (2000) novos conhecimentos sobre a natureza desta doença, como uma doença sistémica no diagnóstico e ausência de suporte para a ideia de que os nódulos linfáticos servem como barreira às metástases, incentivaram a investigação, o aperfeiçoamento da técnica cirúrgica, assim como uma maior importância da utilização das terapias sistémicas adjuvantes. Pelo que, nos últimos vinte anos, a mastectomia radical vem sendo substituída pela mastectomia radical modificada.

No último século têm surgido grandes preocupações no sentido de tornar a cirurgia, utilizada no tratamento do cancro da mama, o menos agressiva e mutilante preservando o tecido mamário sempre que possível, uma vez que a tradicional mastectomia levava a altas taxas de morbilidade.

Os procedimentos cirúrgicos no tratamento do cancro da mama descritos por Bland (1994); Schwartz (1996); Marchant (1997) e Chaves (1999) Cit. por Bergmann (2000) e Shirley E. Otto (2000); podem implicar:

- Quadrantectomia - remoção de todo o quadrante mamário que contém o tumor juntamente com a pele subjacente e o revestimento acima do músculo grande peitoral.
- Mastectomia parcial, excisão alargada, ou ressecção limitada - excisão do tumor com grandes margens de tecido mamário normal;
- Lumpectomia, excisão ou tumorectomia - o tumor é removido deixando-se uma porção da mama. A tioletomia refere-se a uma excisão alargada com o mínimo de três centímetros de tecido mamário normal à volta do tumor;

- Mastectomia total simples - consiste na remoção da glândula mamária, incluindo o mamilo e auréola e todo o revestimento acima do músculo grande peitoral é removido. Os músculos da parede do tórax não são removidos, e os nódulos axilares são preservados;
- Mastectomia radical modificada, também referida como mastectomia total com dissecação dos nódulos axilares - a mama é removida total e juntamente com os nódulos linfáticos axilares e o revestimento por cima do músculo grande peitoral. O músculo grande peitoral não é removido, o pequeno peitoral pode ou não ser retirado; É denominada de mastectomia radical modificada tipo Patey, quando ocorre a preservação do músculo grande peitoral; e de mastectomia radical modificada tipo Madden quando são preservados os dois músculos peitorais;
 - Mastectomia radical - também denominada mastectomia radical de Halsted, consiste na remoção da glândula mamária, dos músculos peitorais e linfadenectomia axilar completa. Actualmente este procedimento é pouco utilizado, uma vez que se têm obtido resultados bastante satisfatórios com técnicas mais conservadoras;

Importa salientar que a linfadenectomia axilar consiste na retirada de todos os nódulos linfáticos da cadeia axilar, podendo ser realizada retirando nódulos do Iº nível (laterais ao bordo externo do músculo pequeno peitoral), Iº e IIº níveis (incluindo a remoção dos nódulos atrás do músculo pequeno peitoral), ou linfadenectomia radical (estendendo-se até ao músculo subclávio e entrada da veia axilar no tórax). A escolha do tipo de cirurgia (abordagem e ressecção) depende do estágio clínico da doença (tamanho do tumor, fixação, histologia, nódulos e metástases), dos resultados mamográficos, da localização do tumor, da história da doente, disponibilidade cirúrgica e perícia radioterapêutica, tamanho da mama, forma e preferência da doente (Shirley E. Otto, 2000).

2- COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO: O LINFEDEMA E A RIGIDEZ DO OMBRO

As complicações associadas à cirurgia podem ser a vários níveis: complicações locais, sistémicas e ainda físicas e psicológicas, podendo surgir imediata ou posteriormente à cirurgia.

A nível psicológico pode surgir tristeza, ansiedade, medo e depressão relacionada com alterações do corpo e imagem corporal, perturbações da imagem corporal, alterações de papéis sociais, problemas de índole sexual e ansiedade em relação aos resultados finais dos tratamentos realizados (Camargo, 2000; Brunner & Suddarth, 2008). Pelo que, o apoio psicológico, por parte dos profissionais, deve ser prestado à mulher e pessoa significativa, para que possam conhecer os meios e apoios sociais ao seu alcance. As alterações físicas associadas à mastectomia podem ser devastadoras, pelo que profissionais de saúde e doentes reconhecem cada vez mais as consequências psicossociais, pelo que deste modo, a reconstrução mamária tornou-se um elemento importante na reabilitação da mulher após a cirurgia (Shirley E. Otto, 2000).

A nível físico, no pós-operatório imediato pode surgir dor, febre, e hemorragia, que nas situações mais graves poderá conduzir ao choque hipovolémico. Estes sinais e sintomas requerem vigilância por parte dos enfermeiros durante o internamento da mulher, assim como outros que estão associados a qualquer tipo de intervenção cirúrgica como: hipotensão, retenção urinária, tromboembolismo, disrritmias, desequilíbrios hidro-electrolíticos, entre outros. Quando a mulher já se encontra no domicílio deve estar atenta a sinais como dor, febre, hematomas e infecção no local cirúrgico.

Numa fase mais tardia, e sobretudo se a cirurgia for acompanhada por radioterapia pode surgir: alteração da sensibilidade; linfedema; diminuição da amplitude de movimento da articulação do ombro relacionada com restrições impostas podendo levar a rigidez, muitas vezes associada a atrofia muscular e articular; diminuição da força do membro; retracção e fibrose cicatricial; fibrose da articulação escapuloumeral e alterações posturais, principalmente da coluna vertebral e região da cintura escapular provocadas, essencialmente pela desigualdade de peso provocando queda do ombro. (Araújo R.Z., Mamede M.V., cit. por Prado, 2004; Hack, L. F, 2009).

Shirley E. Otto (2000) descreve no seu livro que, ainda existem algumas controvérsias relacionadas com a identificação do momento “certo” para a iniciação da mobilização do braço e do ombro, do lado operado, após a cirurgia, quer seja uma mastectomia quer uma cirurgia conservadora da mama. A mobilização precoce do braço, no 1º ou 2º dia pós-operatório, levanta dúvidas relativas a uma maior possibilidade de exteriorização dos drenos, assim como a remoção mais tardia dos mesmos; a formação de seroma após a sua remoção, e um maior risco de comprometimento da cicatrização e infecção da ferida operatória. No que se refere à mobilização tardia, as preocupações prendem-se

com as dificuldades de mobilização do membro devido à falta de exercício, tendo como risco potencial tardio o desenvolvimento da imobilidade do ombro.

Contudo a evidência parece demonstrar que, no pós-operatório imediato, há exercícios que parecem indicados tais como: flexão e extensão das articulações do ombro, cotovelo e punho. Estes poderão ser aumentados gradualmente, por volta do 3º e 5º dias, com o objectivo de evitar e/ou melhorar: limitações do movimento; diminuição da força muscular; alterações posturais; aderências tecidulares; desconforto na área submetida à cirurgia; alterações na circulação sanguínea e linfática e linfedema (Shirley E. Otto, 2000; Prado, 2001; Rezende et al., 2006).

A prevalência dos sintomas físicos em seis meses ou mais, após a cirurgia é alta, 25% das mulheres desenvolvem linfedema; até 18% apresentam fraqueza muscular; mais de 20% têm rigidez e 40% têm dor na axila e/ou parede torácica (Merchant. et al., 2008).

A recuperação da funcionalidade do ombro e braço, assim como a prevenção do linfedema pode ser feita através de exercícios específicos para esta região. Nos primeiros seis meses após a cirurgia, a utilização de pesos deve ser evitada, sendo aconselhados exercícios de flexibilidade dentro das amplitudes “confortáveis”.

É defendido por vários autores que a capacidade cardiovascular também deve ser melhorada através de exercícios como caminhadas e natação que podem ser de 20 a 30 minutos por dia, três vezes por semana, podendo ser aumentada, gradualmente a intensidade e a duração do exercício.

Dada a natureza deste estudo, de seguida iremos abordar de forma mais específica as complicações físicas inerentes ao braço do lado operado, como o linfedema e rigidez do braço.

O linfedema

Após a mastectomia, associada à excisão ou radiação dos gânglios axilares adjacentes, as doentes podem desenvolver linfedema do membro superior, perda de mobilidade do ombro e como consequência uma diminuição do uso funcional do braço e da mão. A remoção dos gânglios axilares interrompe e dificulta o fluxo da linfa, o que por sua vez pode levar ao linfedema do membro superior. A radiação pode causar fibrose na área da axila, levando à obstrução dos vasos linfáticos, proporcionando uma acumulação de linfa no braço e na mão. O uso reduzido do braço nas actividades funcionais e a posição do membro superior em posição

pendente pode também contribuir para o desenvolvimento de linfedema no pós-operatório (Kisner & Colby, 2005).

O linfedema resulta então como consequência da remoção em bloco das vias linfáticas dentro do campo de ressecção do tumor mamário primário. O aumento subsequente da pressão hidrostática plasmática, que resulta da remoção destes canais, pode surgir logo após o acto cirúrgico, após irradiação da zona, ou devido à progressão descontrolada do tumor.

Os sintomas mais comuns são: aumento do tamanho do diâmetro do membro; tensão da pele e risco de colapso e infecção da pele; rigidez e diminuição da amplitude de movimento, nomeadamente nos dedos, punho e cotovelo; distúrbios sensoriais na mão e uso reduzido do membro superior nas actividades funcionais. De acordo com o aumento do volume do membro, um aumento do braço menor que 10% pode considerar-se pouco significativo, enquanto um aumento de mais de 80% é classificado como muito grave (Bland & Copeland, 1994; Kisner & Colby, 2005).

Pode ocorrer edema transitório do membro logo após a cirurgia enquanto a circulação colateral não tenha assumido por completo esta função, o que normalmente acontece durante um mês. Elevar o braço acima do coração várias vezes ao dia, assim como a realização de exercícios que promovam o bombeamento muscular suave (cerrando e abrindo os dedos da mão) podem ser suficientes para tratar o edema transitório (Kottke, 1994; Brunner & Suddarth, 2008).

A incidência do linfedema varia conforme a extensão da cirurgia axilar, idades mais avançadas, a obesidade, presença de doença axilar extensa, tratamento com radiação, e lesão ou infecção o membro. Este pode ocorrer logo após o tratamento cirúrgico, durante os tratamentos de radioterapia ou, meses ou anos após o término dos tratamentos (Brunner & Suddarth, 2008; Leal et al, 2009).

Dos estudos encontrados, e relativamente à sua incidência esta varia substancialmente, pelo que descrevemos apenas alguns dos exemplos. Assim, numa revisão sistemática, Rietman et al (2003), observaram uma prevalência de linfedema que variou entre os 6 e os 14%. Os mesmos autores concluíram que existe uma correlação significativa entre linfedema, esvaziamento axilar e tratamento de radioterapia.

Way descreve no seu livro, em 2004 que este pode ocorrer em cerca de 5 % das mulheres após mastectomia radical modificada e em cerca de 10 a 30% das mulheres após mastectomia radical. As mulheres submetidas a mastectomia parcial associada a radiação axilar podem desenvolver edema crónico do braço em 10 a 20%. O uso criterioso da radioterapia, com campos de tratamento

cuidadosamente planeados para poupar a axila, pode diminuir muito a incidência de edema. Num outro estudo, e segundo o *Journal of Surgical Oncology* (2008), o linfedema pode ocorrer em 12 a 28% dos casos.

O edema tardio, ou secundário, do braço pode desenvolver-se anos após o tratamento, como um resultado de recorrência axilar ou de infecção da mão ou do braço, com obstrução dos canais linfáticos. O edema, a infecção do braço, ou da mão do lado operado devem ser tratados imediatamente com fármacos, repouso e elevação do membro, e nalguns casos a realização de exercícios que promovam a drenagem linfática (Bland & Copeland, 1994).

Souza, et al. (2007), referindo-se a estudos de outros autores, afirma que o linfedema pode ocorrer em qualquer momento após a cirurgia por cancro da mama e a sua incidência varia entre 6 e 38%, não sendo conhecido nenhum tratamento efectivo, e o uso combinado de diferentes estratégias terapêuticas, apenas soluciona parcialmente o problema.

Para DeLisa (1992), o posicionamento do membro, a manutenção de total amplitude de movimentos e exercícios isométricos são parte importante do tratamento do linfedema após tratamento cirúrgico por cancro da mama.

Em 1994, Kottke defende que um programa de tratamento de linfedema consiste, essencialmente em cinco passos: 1- explicação aos doentes dos factores causadores do linfedema, para que seja assegurada uma completa cooperação; 2- tratamento inicial vigoroso da infecção, e pronto tratamento da infecção subsequente caso esta ocorra; 3- ênfase no cuidado apropriado da mão e braço; 4- provisão de uma manga ou luva longa elástica de pressão graduada, feita sob medida, que deve ser usada continuamente, excepto quando o doente se encontra no leito; 5- O doente deve ser encorajado ao uso normal do membro, dentro do que considera tolerável, com elevação moderada do braço, quando se senta por um longo período ou se deita.

Leal e outros em 2009, numa revisão sistemática da literatura concluíram que o linfedema uma vez instalado, pode ser controlado mas não tratado, ou seja pode ser reduzido significativamente na primeira semana de tratamento, sendo que após a terceira semana, a redução pode ocorrer de maneira menos significativa. A partir deste momento, o tratamento deve ser continuado numa fase de manutenção da redução já conseguida anteriormente, evitando a incidência de infecções e promovendo a melhoria da qualidade de vida. Os estudos parecem demonstrar que os resultados são mais satisfatórios quando o tratamento é iniciado logo que se detectem os primeiros sinais de linfedema, uma vez que nesta fase, ainda não há fibrose e o tecido elástico é funcional.

O mesmo artigo refere que das terapias existentes, a terapia complexa descongestiva é a principal terapêutica para o linfedema. Esta consiste num método que combina a drenagem linfática manual, mangas compressivas, exercícios miolinfocinéticos, cuidados com a pele e cuidados nas actividades de vida diária. A drenagem linfática manual consiste num conjunto de manobras lentas, rítmicas e suaves que seguem o sentido da drenagem fisiológica, cujo objectivo é descongestionar os vasos linfáticos e melhorar a absorção e transporte de líquidos. Os exercícios terapêuticos desta técnica ajudam a mover e drenar o líquido linfático para reduzir o edema e melhorar o uso funcional do membro envolvido. Os seus efeitos, que favorecem a diminuição do linfedema, baseiam-se na compressão dos vasos colectores durante a contracção muscular, na redução da hipomobilidade dos tecidos moles e linfoestagnação, no fortalecimento e na prevenção da atrofia muscular.

Também Veiros et al (2007), num artigo de revisão refere que em relação ao tratamento do linfedema do membro superior, as terapêuticas médicas e cirúrgicas utilizadas até ao momento têm mostrado pouca eficácia, pelo que a reabilitação precoce se apresenta como primeira escolha. São várias as técnicas de reeducação que se podem utilizar tais como: a elevação do membro, a mobilização articular, a pressoterapia com recurso a mangas compressivas e compressão pneumática, a drenagem linfática manual, a terapia física complexa, entre outros.

A Rigidez do ombro

Dos tratamentos cirúrgicos mais alargados pode resultar alteração da fisiologia normal das estruturas da cavidade axilar, uma vez que a lâmina celulo adiposa e a aponeurose superficial são removidas, resultando em restrição articular com quadro algico. A referida lâmina, que é uma bolsa de gordura que favorece os movimentos do ombro, é responsável pelo deslizamento das estruturas da axila entre si sem restrições. Com o esvaziamento axilar esta serosidade é retirada, ocasionando aderências e dificuldades na mobilidade do ombro. Pode haver também, secção do nervo torácico longo, ocorrendo diminuição da força do músculo serrátil anterior e conseqüente alteração na rotação e estabilização da omoplata para cima, resultando em limitação da abdução activa do braço. Este processo leva a uma reacção de defesa muscular, o que provoca com alguma frequência dores e espasmo muscular a nível da região cervical (Campanholi, 2006). Neste sentido, as mulheres submetidas a tratamento cirúrgico por cancro

da mama podem apresentar: dor e espasmo muscular na região do pescoço e do ombro decorrentes da defesa muscular; os músculos elevatórios da omoplata encontram-se frequentemente sensíveis à palpação e podem restringir o movimento activo do ombro; o uso diminuído do membro superior devido à dor que ocorre no pós-operatório, predispõe a doente ao desenvolvimento de ombro congelado crónico e aumenta a probabilidade de linfedema na mão e no braço (Kisner & Colby, 2005).

Os mesmos autores descrevem no seu livro alguns dos factores que contribuem para uma possível restrição da mobilidade do ombro após cirurgia por cancro da mama, sendo: dor na sutura logo após a cirurgia ou associada à demora na cicatrização da ferida; defesa muscular e hipersensibilidade do ombro e da musculatura cervical posterior; necessidade de restrição de amplitude de movimento do ombro até que o dreno cirúrgico seja removido; fibrose dos tecidos moles da região axilar devido à radioterapia; aderências na parede torácica; fraqueza temporária ou permanente dos músculos da cintura escapular; ombros curvados e postura cifótica ou escoliótica do tronco associada a idade ou dor da ferida cirúrgica; linfedema e sensação de peso no membro superior; uso reduzido da mão e braço homolateral nas actividades funcionais.

Assim, as restrições de movimento podem estar relacionadas com a dor, com a tensão existente ao nível da cicatriz, e com lesões nervosas decorrentes do acto cirúrgico, pelo que podemos dizer que a rigidez do ombro está, normalmente associada à ausência de movimentos imposta no pós-operatório, podendo levar ao chamado “síndrome do desuso”, que tem como consequências a atrofia muscular e articular, exigindo de igual modo tratamento através de exercícios específicos realizados com o membro afectado. Rietman et al, num dos seus estudos publicados em 2003, concluiu que a prevalência da limitação das amplitudes articulares variou entre os 2 e os 51% dos doentes, em que uma limitação mais acentuada (mais de 50% de diminuição) foi encontrada em 2% das doentes. O mesmo estudo permitiu concluir também que as amplitudes articulares eram significativamente menores nas mulheres que tinham sido submetidas a mastectomia quando comparadas com as que foram sujeitas a um tratamento mais conservador.

Assim, os exercícios activos realizados pelas mulheres que foram submetidas a cirurgia por cancro da mama, com orientação de profissionais competentes, serão decisivos na reabilitação da amplitude de movimento da cintura escapular e na diminuição de complicações (Silva et al, 2004; Lauridsen et al, 2005).

3 - DA INFORMAÇÃO: DO DEVER DE INFORMAR AO DIREITO DE INFORMAÇÃO

“No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem e; d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (Código Deontológico do Enfermeiro - do dever de informação - artigo 84.º, 2005).

O dever da informação assenta sobre bases sólidas, como são os princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da Pessoa. No que se refere ao, *“respeito pelo direito à autodeterminação, pode entender-se que tal significa o respeito pelo princípio da autonomia e considerá-la não em termos absolutos, mas como um valor, como algo que deve ser protegido, apoiado e promovido, já que se enraíza na liberdade individual e no respeito pelas decisões que cada um toma acerca de si, conquanto sejam livres e esclarecidas”* (código deontológico, 2005, p.109-110).

No que se refere à alínea c), anteriormente descrita, o código deontológico refere que os enfermeiros estão também obrigados a atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem, dando respostas com responsabilidade e cuidado. Na área da explicação podemos incluir explicitações de mensagens, encaminhamento e validação de ensinamentos, indo de encontro ao solicitado em relação aos cuidados de enfermagem (p. 113).

A informação que é dada ao doente, no contexto da prestação de cuidados de saúde, visa proporcionar e potencializar a manutenção da sua independência. Também Dias, para a relevância da informação dada ao doente diz que: *“a informação a dar ao doente não é um fenómeno de tudo ou nada, de dar informação numa única comunicação e apenas para cumprir um requisito de carácter legal”*. Terá que ter um carácter contínuo, ser alvo de uma avaliação sistemática e que deverá ser fornecida ao longo do processo de doença. (Dias, 1997, p. 72).

No que se refere ao direito à informação, e segundo a carta dos direitos dos doentes em vigor e publicada pela Direcção-Geral da Saúde salientamos o seguinte: *“ (...) o doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu*

estado de saúde, (...) e de reabilitação e terminais; à prestação de cuidados continuados; a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados; ser informado sobre a sua situação de saúde (...)”. Neste sentido, a comunicação é uma das mais importantes habilidades que os enfermeiros precisam de dominar, pois é através dela que estes estabelecem um relacionamento com os cidadãos permitindo que desenvolvam comportamentos saudáveis. Segundo o código deontológico dos enfermeiros, informar baseia-se em comunicar, e resulta em grande parte das competências e habilidades comunicacionais de cada um.

Potter, (1998) refere que, a competência de um profissional depende da sua habilidade em transmitir mensagens com significado, na hora adequada e de forma correcta, conforme as necessidades da pessoa, e da habilidade de compreender o que lhe está a ser transmitido. A comunicação terapêutica envolve interações planeadas e deliberadas que promovem um relacionamento de ajuda, em que a comunicação efectiva é necessária para o papel do profissional em ajudar a pessoa a adaptar-se às mudanças resultantes das alterações na saúde.

Segundo Wilson-Barnett (2000), Cit. por Serra (2005, p.60), cada vez mais as pessoas procuram fazer perguntas, mas *“o cenário ou ambiente dos serviços de saúde organizados parece frequentemente lutar contra a comunicação aberta e o acesso à informação pelos seus utentes”*. Ainda, segundo Serra e citando Wilson-Barnett (2000), Dias (1999), o fornecimento de informação ao doente tem como principal vantagem permitir que este faça um “mapa cognitivo” da situação, do seu processo de doença de modo a que possa compreender melhor o que se passa à sua volta, diminuindo sentimentos de insegurança e ansiedade, permitindo-lhe preparar melhor o futuro.

A comunicação entre profissional de saúde, nomeadamente os enfermeiros, e utente tem sido discutida e analisada por vários autores, mas continua a verificar-se que apesar de os enfermeiros serem os profissionais de saúde que mais tempo passam com os doentes, a rotina na prática dos cuidados a que muitas vezes estão sujeitos não implica necessariamente melhor e mais informação.

Todas as oportunidades que o enfermeiro tenha de contactar com a pessoa, quer esteja doente ou não, deve ser considerada uma oportunidade para a educação para a saúde. Segundo Brunner & Suddart (2008), embora as pessoas tenham o direito de decidir se querem aprender ou não, os enfermeiros têm a responsabilidade de apresentar a informação que motive as pessoas a reconhecer a necessidade de aprender. Do qual resulta que sem o conhecimento e treino de capacidades adequado, as pessoas não podem tomar decisões informadas a respeito da sua saúde.

Bland e Copelend (1994), referem que em relação à mulher mastectomizada, a informação que lhe é dada reveste-se de grande importância, uma vez que a mulher mal informada pode ficar mais ansiosa e mais deprimida, nomeadamente no pós-operatório.

O doente oncológico e, segundo Dias (1997), desenvolve estratégias para lidar com a situação, das quais pode ser uma maior procura de informação, quer ao nível dos profissionais de saúde, ou mesmo através de pessoas que tenham vivido experiências semelhantes, procurando uma forma de controlar a situação. Neste sentido, “ *a doença oncológica parece ter-se convertido num stressor e a informação num mecanismo de coping*” (p. 107).

Ribeiro (1998) refere que a informação que é dada ao doente vai dotá-lo de maior capacidade de participação na decisão médica. Numa época em que há um crescente reconhecimento do direito da participação dos doentes nas decisões em que estão envolvidos, a informação que lhes é dada assume grande relevo. Neste sentido, torna-se importante que os enfermeiros não só criem oportunidades para que as mulheres possam fazer perguntas, mas também que estejam devidamente preparados para que possam responder adequadamente, indo de encontro às necessidades das mesmas.

Ainda, segundo Oliveira (2004), e baseando-se em estudos de diferentes autores, refere que as mulheres demonstram ter grandes necessidades de informação, verificando-se que as mulheres mais novas manifestaram maior necessidade de serem informadas; outras manifestaram desejo em terem oportunidade de participar nas decisões acerca do tratamento, contudo a participação na tomada de decisão não conduz necessariamente a uma melhor adaptação; outros estudos vieram inferir que as mulheres mastectomizadas possuíam informação muito limitada acerca da doença e dos tratamentos realizados. Um dos aspectos mais referido pelas mulheres prendia-se com o facto de estas sentirem maior necessidade de informação no que diz respeito aos tratamentos a que estavam a ser submetidas, para além das informações relativas à doença e aos exames de diagnóstico.

No entanto, e segundo os mesmos autores, parece ainda haver um pequeno número de pessoas que não quer tomar conhecimento de qualquer acontecimento que possa tornar-se angustiante, pelo que a informação não representa um recurso que possa ajudar a tolerá-lo.

Neste sentido, uma pessoa que não quiser aprender tem poucas possibilidades de sucesso na aprendizagem, e mesmo que aprenda, não significa que esteja assegurado o cumprimento das acções e prescrições dos profissionais

de saúde, ou seja, não significa que haja adesão *-processo de seguir fielmente as directrizes ou orientações* (Brunner & Suddart, 2008, p. 42).

Transmitir informação de forma eficaz implica que haja aprendizagem por parte do receptor, pois aprendizagem “ (...) *é um processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência*”. Convergindo no sentido da aprendizagem de capacidades, esta é um tipo de “*Aprendizagem com as características específicas: Aquisição do domínio de actividades práticas associada a treino, prática e exercício*. (CIPE, versão 1.0, 2006, p. 84-85).

As pessoas sabem, actualmente mais sobre a sua saúde e procuram envolver-se de uma forma mais activa na manutenção de todo este processo. Assim, aprender resulta da aquisição de novos conhecimentos, ou habilidades através da prática reforçada e da experiência, ou seja a aprendizagem só acontece quando a informação é prática e útil para quem aprende.

Deste modo, para que as mulheres mastectomizadas possam aprender é necessário que recebam informação variada, nomeadamente a que se refere às complicações que decorrem do tratamento cirúrgico, ser instruída e treinada sobre novas habilidades que terá que desenvolver no futuro, assim como ser capaz de compreender e de explicar tais mudanças. Pelo que Potter (2005), descreve que a educação da pessoa abrange três propósitos importantes, dos quais destacamos o que ela descreve como “*enfrentamento da limitação funcional*”, pois muitas pessoas têm necessidade de aprender a conviver com alterações permanentes na sua condição de doente. Assim, novos conhecimentos e habilidades são, frequentemente necessárias para que este continue a desempenhar as suas actividades pessoais e laborais. Dias (1997), considera ser importante ser dada aos doentes a possibilidade de fazerem parte das decisões terapêuticas e de avaliarem essas mesmas decisões, tomando conhecimento dos riscos e dos benefícios relativos à qualidade de vida. A mesma autora refere ainda que muitas vezes o doente não interioriza o que lhe é dito, contribuindo para tal diversos factores: a ansiedade, o nível cultural, a idade, entre outros.

Ainda a mesma autora refere que, “*os profissionais de saúde não dão oportunidade aos doentes para se envolverem na prestação de cuidados. Os doentes não têm geralmente oportunidade de falar abertamente, não sendo cuidadosamente escutados nem estimulados a colocar questões sobre as suas próprias dúvidas*” (p. 101).

Vários factores interferem na necessidade de aprendizagem dos quais destacamos: a fase da doença, o grau de incapacidade do doente perante situações novas e os tratamentos a que é sujeito. Assim, deve ser avaliado pelo

enfermeiro o nível de conhecimento da pessoa sobre a sua doença, os tratamentos necessários e as suas implicações, assim como a identificação de conhecimentos e habilidades a transmitir à pessoa.

Neste sentido, devem ser estabelecidos os objectivos da aprendizagem, identificando a finalidade e os resultados esperados, para que possam ser estabelecidas prioridades. Após definição dos objectivos, o enfermeiro estabelece um plano de ensino, que integra princípios básicos de ensino, e desenvolve um plano organizado e oportuno (Potter, 2005)

Phaneuf em 2001, refere alguns factores que influenciam a aprendizagem, dos quais destacamos o que a autora designa de “*motivação da pessoa para aprender*”, pois consideramos que um mesmo assunto pode motivar necessidades de aprendizagem diferentes nas diferentes fases da doença. Uma avaliação do plano desenvolvido pode indicar novas necessidades de aprendizagem, pelo que “*o processo de ensino nunca termina, é um processo contínuo e dinâmico*” (Potter, 2005, p. 503).

Neste sentido, a aprendizagem ocorre quando o indivíduo executa tarefas que necessitaram de ser realizadas por si mesmo, consoante a sua necessidade para se tornar competente.

4 - APRENDIZAGEM DE CAPACIDADES E VALOR PARA A SAÚDE DA MULHER

“ O ensino e aprendizagem são inseparáveis de cuidados de saúde de qualidade. No serviço de reabilitação, o processo centra-se na necessidade de o indivíduo incorporar no seu estilo de vida o comportamento adaptativo” (Hoeman, 2000, p. 145).

Segundo a mesma autora e citando Diehl (1989), em reabilitação o processo educacional promove o auto-cuidado, ajudando o doente a adquirir novas informações, desenvolver novas competências, aplicar de forma competente os conhecimentos e capacidades às actividades funcionais, desenvolver comportamentos adaptativos para lidar com a doença ou incapacidade e evitar o agravamento da incapacidade. Assim, é da responsabilidade de cada membro da equipa de reabilitação, não só conhecer as técnicas de reabilitação mas também

conhecer o processo de ensino - aprendizagem, no sentido de proporcionar experiências de aprendizagem individualizadas e centradas na pessoa doente.

Neste sentido, e para que a mulher possa perceber a finalidade e os objectivos, e deste modo aceitar as instruções que lhe são dirigidas, ela deve ser parte integrante, não só de todo o processo de reabilitação, mas também como membro de uma equipa interdisciplinar, que tem como principais características a comunicação fácil e eficiente, o sentido de autoridade e responsabilidade mútuos, pois decisões, responsabilidades, planeamento e resultados são esperados pelo grupo como um todo e não de membros específicos da equipa, promovendo deste modo a reinserção da mulher nas suas actividades, considerando as suas limitações e capacidades, como exemplifica o gráfico seguinte:

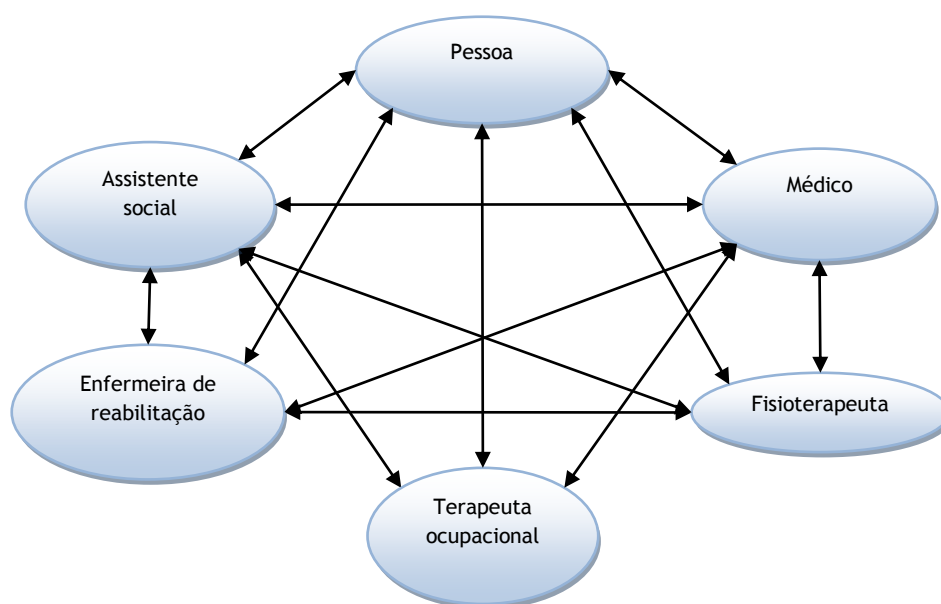


Diagrama 1: Equipa interdisciplinar responsável pela reabilitação da mulher mastectomizada: adaptado de Gobbi & Cavalheiro, 2009, p. 17

O processo de desenvolvimento de capacidades/habilidades abrange diferentes áreas, tais como: a transmissão de informações acerca das diferentes etapas da recuperação; exercícios para recuperar a capacidade funcional do braço e ombro; cuidados após a cirurgia e prevenção de linfedema; reabilitação psicossocial, nomeadamente relacionada com alterações da auto-imagem e sexualidade; e reabilitação profissional ou ocupacional (Mamede, et al, 2000; Soares e Frazão, 2001).

Não existe um momento ideal para transmitir informação. No que se refere à preparação para a alta, esta deve iniciar-se o mais cedo possível, a partir do momento da admissão do doente, onde os profissionais de saúde, nomeadamente

os enfermeiros devem ser capazes de reconhecer as necessidades da pessoa, bem como os seus recursos existentes, de modo a planear as intervenções capazes de o ajudar (Hesbeen, 2003).

Neste sentido, a aprendizagem deve ser um momento contínuo e constante, desde o primeiro contacto com o hospital, passando pelo internamento, alta e consultas de vigilância, pois haverá sempre dúvidas e necessidades de informação, pelo que este processo deve ter início o mais cedo possível, para que as dificuldades sejam colmatadas em tempo útil. A antecipação das necessidades de aprendizagem, pelos enfermeiros, antes que elas ocorram melhora os resultados e facilita a aprendizagem (Potter, 2005).

Partilhamos destas duas opiniões, e defendemos que os enfermeiros têm um papel importante no processo de reabilitação da mulher, uma vez que, e segundo Rezende e outros (2005), a expectativa de sobrevivência de 17,5 anos para as mulheres torna imperioso o aperfeiçoamento das técnicas de reabilitação para proporcionar uma melhor qualidade de vida física e mental. Neste sentido, o processo de reabilitação deve iniciar-se logo no primeiro contacto com a instituição, preparação para o internamento, no pós-operatório, na preparação da alta e regresso a casa da mulher mastectomizada (continuidade de cuidados no domicílio).

Para Mamede (1991), os exercícios devem fazer parte das actividades de vida diária das mulheres, onde a postura corporal, os movimentos respiratórios durante a realização de cada exercício, seguidos de relaxamento, são aspectos importantes a considerar. Refere ainda que os exercícios realizados numa fase inicial devem exigir menor força muscular, especialmente aqueles em que os músculos peitorais são de certa forma poupados. Segundo a mesma, o aumento e a frequência dos exercícios deve ser gradual e de acordo com a tolerância de cada mulher, evitando bloqueios articulares, distensão e dor.

A finalidade dos exercícios e segundo Brunner & Suddarth (2008), consiste em aumentar a circulação e a força muscular, evitar a rigidez articular e as contracturas, e restaurar a amplitude total do movimento, pelo que a doente é instruída a realizar os exercícios de amplitude do movimento em casa, 3 vezes ao dia e durante 20 minutos, até que a amplitude esteja restabelecida, podendo acontecer ao fim de 4 a 6 semanas.

Segundo as mesmas autoras, na sua realização a doente é incentivada a usar os músculos dos dois braços o que favorece a correcção postural. As actividades de autocuidado como pentear-se e lavar os dentes, são terapêuticas do ponto de vista físico e emocional, porque auxiliam na restauração da função do braço e proporcionam sensação de normalidade para a doente. Embora seja

recomendada limitação no levantamento de peso (mais de 2,2 a 4,5 kg) durante 4 a 6 semanas, as actividades habitualmente desenvolvidas no domicílio devem ser promovidas no sentido de ser mantido o tónus muscular. A caminhada rápida, o uso de bicicleta e os exercícios de alongamento podem ser iniciados logo que a mulher se sinta confortável ao realiza-los.

Petito (2008), no seu estudo refere que da literatura consultada, esta é unânime em destacar a importância da realização de exercícios físicos para que sejam prevenidas complicações decorrentes do tratamento cirúrgico, contudo não existe consenso sobre quais os exercícios mais indicados, a periodicidade da realização dos mesmos, assim como a duração do programa de exercícios. Da pesquisa realizada, o estudo refere que todos os programas descritos incluem a realização dos movimentos de flexão, extensão, abdução e adução da articulação do ombro, visando a recuperação da amplitude de movimento. Alguns autores, referidos no estudo indicam a realização de exercícios para fortalecimento muscular, exercícios isométricos numa fase inicial do programa, ou de faixas elásticas a partir da quarta ou sexta semana. Assim, dos estudos prospectivos de intervenção e seguimento seleccionados, todos eles propõem exercícios para recuperação da amplitude do movimento do ombro do membro homolateral à cirurgia e prevenção de linfedema através de diferentes exercícios realizados diariamente e de forma progressiva, desde o 1º dia do pós-operatório, dando especial relevo aos movimentos de alongamento e relaxamento da região cervical e cintura escapular, flexão e abdução do ombro. Sendo que a extensão do ombro foi menos referida nos estudos encontrados pela autora.

Deste modo, podemos concluir que existe uma série de exercícios que são recomendados para as mulheres submetidas a tratamento cirúrgico por cancro da mama, cuja finalidade é a prevenção de disfunção ou manutenção de normalidades, força, resistência, mobilidade e flexibilidade, relaxamento, coordenação e habilidade.

Assim, e segundo DeLisa 1992, Shirley E. Otto 2000 e Kisner & Colby 2005, no que se refere ao membro homolateral à cirurgia, as intervenções de enfermagem são:

No pós-operatório imediato, o braço homolateral deve ser posicionado ligeiramente elevado, em abdução de 90 °, com o cotovelo livre e não preso à parede torácica, apoiado numa almofada de forma a favorecer a drenagem do mesmo da zona distal para a zona próximal, até que a doente inicie a deambulação, ou sempre que esteja deitada. Estão indicados também exercícios que promovam a contractilidade muscular do membro (abrindo e fechando os

dedos da mão) uma vez que a contracção muscular favorece a drenagem fisiológica do membro.

Numa fase inicial, enquanto a mulher ainda está internada e enquanto mantém os drenos, os exercícios recomendados são: exercícios respiratórios uma vez que estes promovem o relaxamento e, a respiração abdominodiafragmática auxilia o movimento do fluido linfático pelas diferenças de pressões intra-abdominal e intra-torácica; prevenção de edemas através do posicionamento do membro; incentivo à marcha para que sejam evitados tromboembolismos; prevenção de deformidades posturais através do alinhamento dos ombros e do tronco; mobilização/técnicas de relaxamento da coluna cervical; mobilização activa do antebraço, punho e dedos; exercícios isométricos e auto-massagem do membro superior durante o banho;

Numa segunda fase, enquanto a mulher ainda tem pontos, mas sem drenagens, está indicada a mobilização do ombro até 90° seguido de descoaptação, isto é, relaxamento do membro e retorno à posição inicial; o início de actividades de vida como, pentear-se e cuidados de higiene pessoal; reforço da importância do posicionamento; reabilitação ocupacional/ vocacional, contudo estão contra-indicados movimentos rápidos e de repetição, assim como actividades com carga.

Numa fase mais tardia, quando há ausência de drenagens e pontos, na presença de boa evolução cicatricial (cerca de três semanas após a cirurgia), deverão ser realizados exercícios que promovam a mobilidade e fortalecimento da cervical, do ombro e do braço; exercícios de alongamento e de relaxamento e massagem da cicatriz.

Assim, na preparação da alta hospitalar deve ser explicado à mulher que foi submetida a mastectomia, e compreendido pela mesma, que a realização dos exercícios deverá continuar no mínimo durante seis semanas após a cirurgia, podendo prolongar-se até aos seis meses para completa aquisição da mobilidade e flexibilidade (Shirley E. Otto, 2000).

Também Kottke (1994, p. 1128), realça a importância do cuidado apropriado ao membro afectado, podendo ser feito de uma forma mais perceptível para a mulher, através de uma lista do que “fazer e não fazer”. Em 1992 Joel DeLisa já mencionava no seu livro que na alta hospitalar deve ser dado à mulher um programa domiciliário, com instruções claras sobre exercícios de amplitude de movimento a serem realizados 2 a 3 vezes ao dia, pelo menos durante 6 meses a um ano depois da cirurgia.

Deste modo, devem ser compreendidos e treinados pela mulher os seguintes exercícios que a seguir apresentamos no quadro 2, assim como a sua finalidade:

Exercícios	Justificação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Flexão e hiper-extensão da cabeça; ▪ Inclinação lateral à direita e à esquerda; ▪ Rotação à direita e à esquerda; ▪ Adução das omoplatas (colocação dos antebraços ao nível do peito, um sobre o outro; ▪ Levar a mão à cabeça (movimento de pentear-se); ▪ Trepar na parede; ▪ Braços ao nível do peito e pressionar as palmas das mãos e de seguida relaxar; ▪ Abdução dos membros até 90⁰ e rodar para trás e de seguida para a frente; ▪ Abdução do membro a 90⁰ e rodar o punho; ▪ Elevar os braços, colocar atrás da cabeça e rodar os ombros; ▪ Rotação interna e externa do braço com abdução a 90⁰ e flexão do cotovelo a 90⁰; ▪ Balançar os braços para a direita e para a esquerda com flexão do ombro a 180⁰; ▪ Colocar uma mão ao nível da cabeça e a outra na parte posterior do tronco, alternando; ▪ Colocar os braços atrás da nuca com as mãos entrelaçadas e aproximar os cotovelos; ▪ Utilizar uma toalha para fazer a flexão e extensão dos braços, podendo subir e baixar a toalha na parte posterior do tórax ao nível da omoplata. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevenir a tensão e a defesa muscular da musculatura cervical; ▪ Promover a correcção postural da coluna cervical e relaxamento; ▪ Prevenir deformidades posturais; ▪ Prevenir ou minimizar o linfedema no pós-operatório; ▪ Prevenir restrições de mobilidade do membro superior; ▪ Recuperar a força e o uso funcional no membro superior afectado; ▪ Melhorar a tolerância e a sensação de bem-estar e reduzir a fadiga;

Quadro 2: Resumo dos exercícios a realizar no pós-operatório e sua justificação.

Todos os exercícios devem ser iniciados de uma forma suave e lenta flexibilizando os músculos, para que voltem ao seu movimento normal sem provocar dor. É mais importante que sejam feitos de uma forma mais leve e com uma frequência diária, do que a impossibilidade da sua realização por fadiga. Cada exercício deverá ser realizado quatro vezes ao dia (Shirley E. Otto, 2000).

Estes exercícios têm como finalidade prevenir ou diminuir complicações como: complicações osteomioarticulares; evitar aderências cicatriciais, seroma e

deiscência; manutenção ou aumento da amplitude de movimento articular; manutenção ou aumento da força muscular; prevenção do linfedema; diminuição de algias; reeducação postural; melhorar a motivação global e incentivar a auto-estima, para que a mulher possa voltar à sua rotina normal; e prevenir alguns problemas relacionados com prováveis lesões neurológicas, alterações da sensibilidade, infecções e “omoplata alada” (Chaves et al, 1999, cit por Bergmann, 2000).

Para além da aprendizagem dos exercícios, a mulher deve ser informada das tarefas que deverá evitar durante o período de cicatrização e de aquisição de mobilidade, assim como conselhos práticos que serão, certamente úteis na adaptação à sua nova condição de mulher mastectomizada (quadro 3). Dos quais destacamos e, segundo Shirley E. Otto, 2000; Brunner & Suddarth (2008):

- Nas tarefas domésticas evitar varrer, aspirar, preparar alimentos com materiais cortantes, cozinhar e pegar em pesos superiores a 2,2 a 5 kg (1);
- Evitar transportar objectos do lado operado;
- Evitar medir a tensão, evitar picadas como vacinas, injeções ou tirar sangue no membro homolateral;
- Evitar conduzir nas primeiras semanas;
- Usar luvas na cozinha para evitar queimaduras, nomeadamente no forno;
- Usar luvas sempre que, nas tarefas domésticas utilize abrasivos como detergentes e palhade-aço;
- Usar luvas específicas para a jardinagem;
- Usar dedal em trabalhos manuais como a costura;
- Não usar anéis ou mangas da roupa apertados;
- Não cortar as peles das unhas na mão do membro do lado operado;
- Usar cremes depilatórios na axila do lado operado, em detrimento da cera e da lâmina;
- Proteger o membro do sol, nomeadamente a área da pele que esteve sujeita a radiações;
- Usar sabonetes ou cremes com pH neutro para a pele na higiene diária, assim como hidratar regularmente o membro do lado operado;
- Sempre que estiver sentada, apoiar o braço num ponto mais elevado, no sentido de favorecer a drenagem linfática do membro;
- Vigiar a cicatriz e área circundante;
- Sempre que surja algum ferimento, queimadura ou arranhão no membro homolateral, devem ser desinfectados imediatamente. No caso de manterem sinais inflamatórios, deve recorrer ao médico para que seja instituída terapêutica apropriada.

Quadro 3 - Resumo dos cuidados a ter com o membro homolateral à cirurgia.

- (1) Determinadas tarefas como a elevação de pesos acima de 5kg, ou determinados movimentos obrigam a uma maior tensão no membro pelo que devem ser evitados até quatro a seis semanas após a cirurgia.

4.1- Da Importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

“O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (Ordem dos enfermeiros, 2010, p. 2).

Como especialidade multidisciplinar, a reabilitação engloba um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que visam ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência, podendo contribuir, deste modo, para a máxima satisfação da pessoa, preservando a sua auto - estima. As intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação visam promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas. Para tal, *“utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados, e na reintegração das pessoas na família e na comunidade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 2.)

Na mesma linha de pensamento em 2010 (P.1), e segundo a APER (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação), os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação têm como principal propósito,

“Promover acções para a prevenção e tratamento da doença e para a promoção dos processos de readaptação da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, não só com o intuito de manter as suas capacidades funcionais como, fundamentalmente, otimizar a qualidade de vida dos utentes, família e comunidade (...) actuando na saúde e na doença, aguda ou crónica, contribuem para maximizar o potencial funcional e de independência física, emocional e social das pessoas, minimizando as incapacidades, nomeadamente através da reeducação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, treino de actividades de vida diária, ensino sobre optimização ambiental, utilização de ajudas técnicas”.

O conceito de reabilitação está intimamente relacionado com qualidade de vida, cujo objectivo primário está relacionado com a recuperação total da função do órgão e caso não seja possível, a manutenção da funcionalidade permanece como objectivo. Considerando-se a alta incidência do cancro da mama, a grande possibilidade de uma longa sobrevivência, a desestruturação que o diagnóstico e o tratamento provocam, têm levado a um maior investimento na qualidade de vida das mulheres. Os procedimentos cirúrgicos, sejam curativos ou paliativos, estão associados ao risco inerente de complicações que serão alvo de um processo de reabilitação, pois qualquer mulher com cancro da mama tem direito a voltar às suas actividades normais logo que possível. Contudo, a sua recuperação depende de vários factores, como o estágio da doença, do tipo de tratamento efectuado, características individuais, entre outros.

Reabilitar a mulher mastectomizada é um processo difícil e complexo, necessitando para tal dos esforços de cooperação de toda a equipa multidisciplinar, do doente e da sua família, associados aos tratamentos realizados. Pelo que, das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, salientamos: a capacitação da “(...) *peessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania*”, assim como, a maximização da “*funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (...)*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3). A reabilitação precoce tem como objectivo prevenir complicações no pós-operatório, promover adequada recuperação funcional e, consequentemente proporcionar melhor qualidade de vida às mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama.

Tem havido alguma dificuldade, por parte dos investigadores, na associação entre a realização dos exercícios com as possíveis complicações do pós-operatório, contudo reúnem consenso quanto ao tipo de exercícios, bem como a forma como devem ser efectuados. A mulher submetida a cirurgia por cancro da mama requer uma assistência multidisciplinar, na qual o enfermeiro assume especial relevo, cuja intervenção deve começar no pré-operatório no sentido de serem conhecidas alterações pré-existentes, e identificar os possíveis factores de risco para as complicações pós-operatórias.

No âmbito dos cuidados hospitalares, e segundo a APER (2010), é já reconhecida a importância dos enfermeiros especialistas em reabilitação, na prevenção de complicações e no desenvolvimento de maior independência funcional, resultando em ganhos de saúde. Assim, e segundo a mesma associação, os cuidados prestados por aqueles profissionais contribuem para ganhos em saúde adicionais, dos quais destacamos: a diminuição da necessidade de recurso aos

cuidados de saúde, nomeadamente aos serviços de urgência; a diminuição do número de episódios de internamento; a diminuição da demora média de internamento e dos recursos que lhe estão associados; o aumento do nível de independência das pessoas e das famílias; a diminuição da incidência e prevalência de problemas de saúde associados à inactividade, de entre os quais as deformidades osteoarticulares e hipotonicidade muscular; a diminuição da dependência funcional e social; a diminuição da morbilidade; a diminuição dos gastos em apoios sociais e de saúde na comunidade/domicílio; a adequação do ambiente, habilitação, com menor dependência sócio-económica e a optimização da reintegração do utente no seio familiar e social.

Segundo a Direcção-Geral da Saúde (carta dos direitos e deveres dos doentes), o doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais. Contudo, medidas economicistas levam a internamentos cada vez mais curtos o que remete os enfermeiros para a necessidade de programar cuidados que visem a promoção da autonomia, autocuidado e independência da pessoa doente num curto espaço de tempo.

Os internamentos reduzidos podem dificultar a aprendizagem e treino de capacidades, podendo resultar em maiores constrangimentos da pessoa na adaptação à sua condição de doença. O tempo de internamento reduzido é também um obstáculo à identificação de necessidades da mulher mastectomizada, agravado pela dificuldade na partilha de informação entre o internamento e a consulta da mama e a partilha de informação com o centro de saúde após a alta.

CAPÍTULO II ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 - DESENHO DO ESTUDO

Considerando as características específicas desta problemática, a nossa opção focaliza-se numa abordagem de carácter qualitativo, uma vez que pretendemos recorrer às ideias dos próprios participantes, ao testemunho dos seus processos para descrever o que aconteceu em contextos naturais, no seu próprio mundo, salientando os processos e significados serão capturados em termos de quantidade, intensidade ou frequência (Polit, Beck e Hungler, 2004; Ribeiro, 2010).

Das várias definições de investigação qualitativa, salientamos a de Ribeiro (2010, p. 65) e referindo-se a Grbich (1999) como,

“As técnicas e métodos de observação, documentação, análise e interpretação de atributos, características e significados de fenómenos contextuais, específicos e gestálticos, que são estudados, através de abordagens que procuram descobrir os pensamentos, percepções e sentimentos experimentados pelos informantes, com vista a que os inquiridores não descubram a informação por detrás do espelho mas que, antes ela seja criada pela acção dos inquiridores com o objecto (construto) em inquirição”.

Deste modo, e ainda segundo Ribeiro (2010), a investigação qualitativa tem como objectivo estudar as pessoas nos seus contextos naturais, recolhendo dados que emergem naturalmente, assumindo e defendendo uma forte ligação entre os dados da investigação com as circunstâncias onde se desenvolvem.

O mesmo autor refere, ainda que os dados provêm essencialmente do trabalho de campo, em que o investigador é, frequentemente um observador participante. Pelo que a investigação qualitativa envolve proximidade, é um trabalho interactivo, exige contacto face a face com um indivíduo ou com um grupo, o que permite desenvolver uma ideia aprofundada do modo como as pessoas pensam, sentem, interpretam, experimentam os acontecimentos, pelo que: “ (...) o grande objectivo desta metodologia é compreender o significado do fenómeno em estudo, tomando a perspectiva única dos indivíduos estudados, e no contexto onde ocorrem os fenómenos, permitindo considerar a complexidade dos fenómenos em estudo (...)”(p. 66). O estudo é descritivo, uma vez que “(...)

consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta (...)” (Fortin, 1999, p.163), e com a finalidade de “(...) *observar, descrever e documentar os aspectos da situação (...)*” (Polit, Beck e Hungler, 2004, p. 177). É exploratório, atendendo a que, dada a pesquisa realizada e o tema específico em questão não foram encontrados estudos, nomeadamente em Portugal e especificamente ligados à Enfermagem de Reabilitação. Ainda, e segundo Ribeiro (2010) referindo-se a outros autores, acredita que a avaliação qualitativa pode chegar mais perto da perspectiva do indivíduo através da observação e entrevista detalhada; que os investigadores que recorrem a esta perspectiva estão interessados em aspectos individualizados, ideográficos, centrados no caso em estudo envolvendo e incluindo o mundo social; valorizam descrições detalhadas do mundo social; assumem que a realidade nunca pode ser totalmente compreendida, pelo que a investigação só permite uma aproximação a essa realidade, e por último defendem que há múltiplas e variadas histórias do mundo social.

Os métodos qualitativos: centram-se no todo da experiência humana, no sentido atribuído pelos indivíduos que vivenciam essa experiência, permitindo uma compreensão mais alargada e um aprofundamento dos comportamentos profundos; assumem uma perspectiva holística integrativa; tendem a utilizar processos de recolha de informação, de interpretação e de elaboração teórica, indutivos e interactivos (Chamberlain, et al. 1997, cit. por Ribeiro, 2010; Fortin, 1999; Polit, Beck & Hungler, 2004).

Nesta mesma linha de pensamento, também Bogdan e Biklen (1994), referem que os estudos qualitativos dão-nos informações sobre um determinado fenómeno, falam-nos das particularidades de uma experiência, e são utilizados para descrever e melhorar a compreensão de experiências humanas, tentando compreender o todo do fenómeno, mais do que os conceitos específicos. Tendo como principal vantagem colher informações ricas e detalhadas, mantendo intactas as perspectivas dos participantes. Pelo que a investigação qualitativa assenta em cinco princípios fundamentais (p. 47):

i) “Na investigação qualitativa a fonte directa dos dados é o ambiente natural, constituindo o investigador, o instrumento principal; o investigador assume que o contexto em que ocorre o fenómeno influencia o comportamento pelo que este tem uma visão contextual;

ii) ”A investigação qualitativa é descritiva, os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não de números. Tentam analisar os dados em

toda a sua riqueza, respeitando a forma como foram registados ou transcritos. Ao abordar os dados recolhidos o investigador aborda o mundo de forma minuciosa;

iii) Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos, é mais importante saber como é que o fenómeno acontece, do que o que acontece;

iv) Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva, pois não há hipóteses de confirmar ou infirmar os dados confirmados previamente, ao contrário as abstrações são construídas à medida que os dados se vão agrupando;

v) O significado é de importância vital na abordagem qualitativa, isto porque os investigadores estão interessados no modo como as diferentes pessoas dão sentido às suas vidas”. Neste sentido, e face aos objectivos desta investigação pretendemos um estudo que descreva as narrativas das inquiridas tal como foram verbalizadas, centralizando-se no específico, no peculiar, procurando a compreensão dos fenómenos dando ênfase ao seu significado.

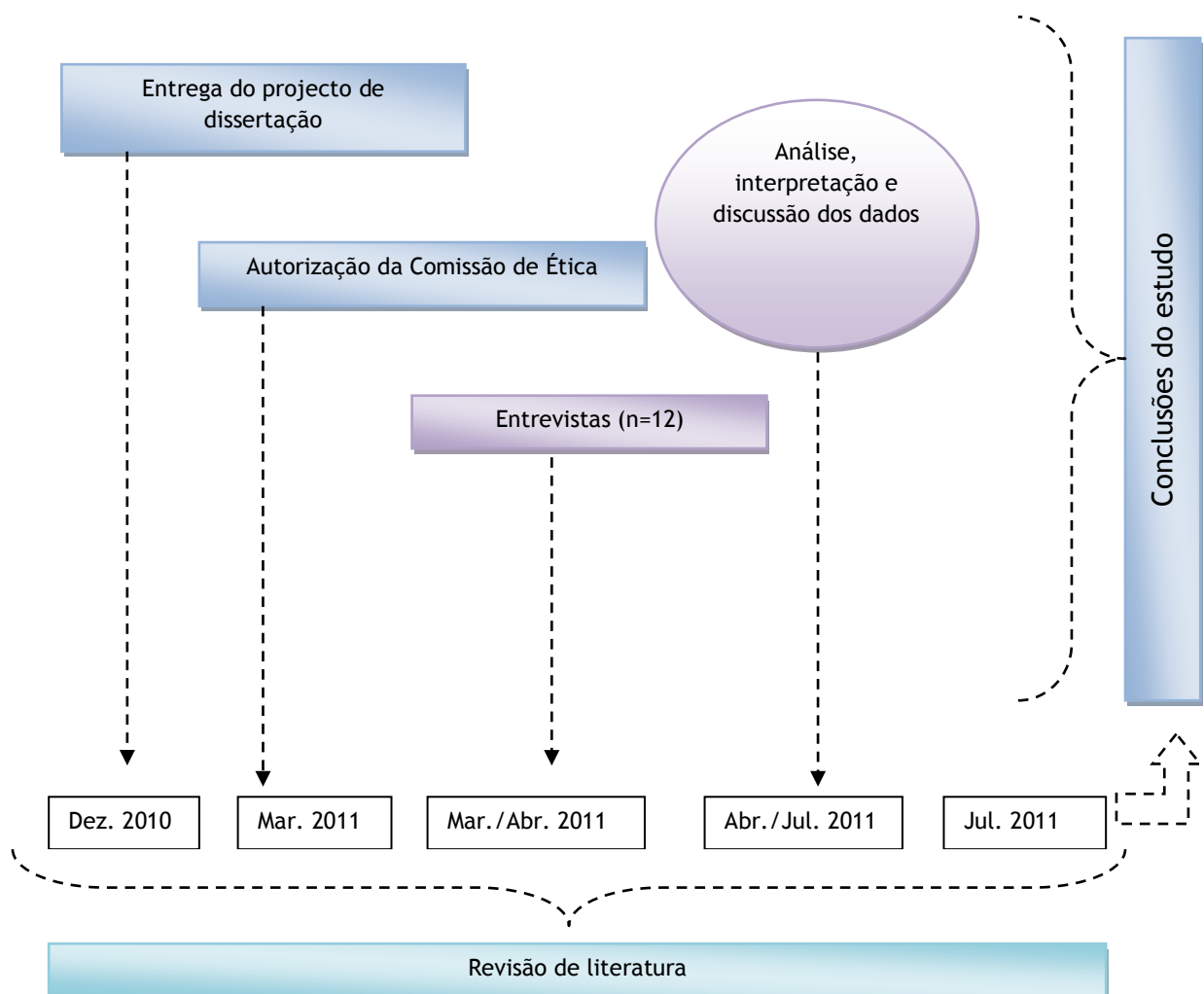


Diagrama 2: Desenho do estudo.

Terminaremos o capítulo com o desenho do estudo de forma a descrever os momentos e fases que o orientam conforme diagrama 2.

1.1 - Problemática e Finalidade do Estudo

Tal como já foi referido anteriormente, o cancro da mama é o tipo de cancro mais comum no sexo feminino. A combinação de uma elevada incidência, associado a uma detecção precoce, e de um prognóstico favorável, faz com que o cancro da mama seja o tumor com maior prevalência. No entanto, como os tratamentos realizados são invasivos, agressivos e susceptíveis de deixar sequelas, o número de mulheres a viver com sequelas por cancro da mama está a aumentar.

Dos tratamentos realizados, o tipo de cirurgia (se acompanhada por esvaziamento ganglionar axilar), associada a radioterapia, pode trazer como possíveis sequelas linfedema do membro superior, diminuição da amplitude de movimento das articulações, alterações sensitivas e desalinhamento postural. O linfedema é das complicações mais difíceis de tratar, podendo desenvolver-se logo após a cirurgia, durante a radioterapia ou muitos meses ou anos após a conclusão do tratamento.

A prática de exercícios específicos, associados aos cuidados inerentes, relacionados com a reabilitação da mulher em tratamentos por cancro da mama, bem como a orientação destes, são intervenções importantes na assistência prestada à mulher pois têm como finalidade prevenir ou minimizar potenciais sequelas como perda de mobilidade do membro superior e linfedema.

O cancro da mama tem surgido ultimamente em mulheres cada vez mais jovens. O desconhecimento da doença, a ideia de sofrimento e de morte muitas vezes associada a este tipo de doença, o choque e o stress que, normalmente se seguem à comunicação do diagnóstico, assim como a falta de uma relação de confiança, pode tornar difícil a tarefa de pensar em todas as perguntas e dúvidas que quer esclarecer, pelo que deve existir um plano de informação a ser transmitido à doente. Assim,

“A informação constitui uma premissa essencial em contexto de saúde. Resulta por um lado, da necessidade de informação por parte do doente, que recorre, para o efeito, a várias estratégias de recolha da mesma e por outro lado, da obrigatoriedade dos profissionais de saúde em informar os doentes sobre a sua situação clínica” (Melo, 2005, p.53).

A informação potencializa o poder da mulher sobre a sua saúde, no sentido de estar atenta a sinais e sintomas que podem ser indicativos de alterações do seu estado de saúde, ou de complicações decorrentes do tratamento a que foram submetidas. Algumas dessas complicações são dolorosas, ou inclusivamente conduzem a incapacidades. Quando a pessoa é informada torna-se consciente de alguns problemas, que pode ajudar a gerir, com benefícios para o seu bem-estar e para a gestão da saúde (recursos hospitalares e da comunidade). Pelo que, no caso da mulher mastectomizada, não chega informar, é necessário dotá-la de habilidades e de capacidades específicas que tendem a capacitá-la para vigiar a sua saúde e deste modo minimizar os riscos já definidos.

A forma como a informação e o treino de capacidades é realizado, o teor, isto é o conjunto de itens que fazem parte da sua preparação podem não estar adequados aquilo que ela deseja aprender, uma vez que, e segundo Oliveira (2004, p. 67) citando Galloway e outros “ a *informação que a mulher pode desejar ou precisar pode não coincidir com aquela que os profissionais de saúde pensam que ela precisa, o que pode gerar uma diminuição da eficácia da informação dada, uma vez que não é validada pela mulher*”. Neste sentido, a consciencialização do processo de doença, assim como o conhecimento dos diferentes tratamentos e seus efeitos secundários por parte da mulher, aliados a uma informação motivadora e em tempo oportuno por parte dos profissionais de saúde, poderá resultar em maior adesão e conseqüentemente em maior eficácia.

A informação reduz a incerteza, e é um factor importante no que se refere à ajuda aos doentes oncológicos, no entanto prestá-la é uma tarefa difícil exigindo perícia, treino e audácia por parte dos profissionais de saúde. Como já foi referido, os internamentos hospitalares são tendencialmente mais reduzidos, pelo que a informação a ser transmitida aos utentes deve fazer parte de todo o processo e deve começar desde o primeiro contacto que este tem com os serviços de saúde.

Após vários anos de experiência profissional num serviço de cirurgia por onde passaram centenas de mulheres que foram submetidas a mastectomia radical, constatamos que a preparação para a alta é pensada e planeada segundo critérios da instituição ou dos profissionais como uma atitude individual, e que pouco se prendem com as complicações físicas e motoras que podem surgir a médio e a longo prazo. Queremos com isto dizer, que de acordo com os registos do serviço, os internamentos das mulheres submetidas a mastectomia radical tem uma demora média de aproximadamente 5 dias.

Na formação inicial, licenciatura, os estudantes aprendem que é necessário fazer uma determinada informação à mulher mastectomizada. Contudo, no

decurso do internamento, na grande maioria das situações, essa informação não é realizada. Também na carta de alta segue informação sobre a vigilância da ferida, estando omissa a informação sobre os cuidados inerentes à vigilância de complicações a nível do braço e ombro.

Há uma intenção dos enfermeiros para informar as clientes sobre as complicações decorrentes deste tipo de tratamento, porém constata-se que quem passa a informação é na maioria das vezes a associação “vencer e viver”, que visita as doentes e estas seguem para a fisioterapia, onde são os fisioterapeutas que orientam os exercícios.

Estamos certos que a actuação dos profissionais de saúde é cada vez mais fundamentada e que para tal recorrem à investigação. Em termos de investigação é necessário que,

“Se procure progredir no sentido de questionar e conhecer as situações vividas no contexto da prestação de cuidados do ponto de vista dos doentes. A investigação tem estado quase exclusivamente centrada naquilo que pensam, que dizem ou fazem os profissionais de saúde.”
(Canário, 2005, prefácio do livro - Aprender a ser doente -de Miguel Serra, 2005).

Do exposto surge a necessidade de sabermos como é construído o processo de aprendizagem de habilidades/capacidades tendentes a minimizar o risco de linfedema e da rigidez do ombro. Acreditamos que qualquer contributo para um melhor conhecimento e compreensão desta problemática poderá conduzir para a melhoria da informação desde que estas são admitidas na instituição. Assim, como a melhoria dos sistemas de informação entre hospital e Cuidados de Saúde Primários podendo ainda diminuir a morbilidade associada ao cancro da mama.

Como fim último esperamos que os enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, possam repensar e até melhorar a sua intervenção junto das mulheres contribuindo assim para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e uma maior capacitação desta.

1.2 - Questão de Investigação e Objectivos do Estudo

De acordo com as afirmações acima citadas, que justificam a importância e a pertinência do estudo, e de acordo com a escolha do tema, as questões que orientam a investigação são:

Que informação sobre os problemas físicos, decorrentes da mastectomia radical, verbalizadas pelas mulheres assistidas na 2ª consulta da mama (pós - operatório), no IPOP (Instituto Português de Oncologia do Porto)? Como aprenderam a desenvolver capacidades para a continuidade de cuidados e completo bem-estar?

Dado que, e segundo Fortin (1999), os objectivos de um estudo são enunciados declarativos que precisam a orientação da investigação, indicando o que o investigador tem intenção de fazer ao longo do percurso de investigação, delineamos assim, os seguintes objectivos:

- Perceber junto das mulheres mastectomizadas que informação lhe foi dada, por quem, e em que momento de contacto com o IPOP (se na consulta e/ou durante o internamento, se no momento da alta);
- Identificar com a mulher mastectomizada as principais dúvidas que lhe poderão ter surgido quando lhe é comunicado o diagnóstico, os possíveis tratamentos e quando lhe é comunicada a alta;
- Perceber junto das mulheres mastectomizadas como é que essa informação foi relevante para a aprendizagem de capacidades e adaptação à sua nova condição de mulher mastectomizada;
- Perceber junto das mesmas em que medida é que essa informação foi relevante para a continuidade de cuidados, assim como, possíveis dificuldades sentidas no domicílio, os recursos e estratégias por elas utilizadas.

1.3 - Contexto do Estudo e População Alvo

A Consulta da Mama do IPOP recebe as mulheres com diagnóstico de cancro da mama de forma a dar resposta a todas as necessidades inerentes a este tipo de doença. As consultas desenvolvem-se no pré e pós-operatório. No pós-operatório têm, normalmente uma frequência de 3 em 3 meses durante os primeiros 2 anos, de 6 em 6 meses até aos primeiros 5 anos, e uma vez por ano após 5 anos, podendo ser ajustadas sempre que se justifique. Neste espaço existe consulta médica, de enfermagem, assim como o apoio e orientação das voluntárias do movimento “Viver e Vencer”. Foi neste espaço que após consulta dos ficheiros, e depois de definida a nossa população, pudemos seleccionar a amostra pretendida.

Uma população é o conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios, a amostra de um estudo é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (Fortin, 1999).

Diz-se representativa se as suas características se assemelham o mais possível às da população alvo. O processo pelo qual é definida a amostra designa-se por amostragem e, atendendo à natureza exploratória do estudo, ao carácter qualitativo das suas metodologias e a dificuldade de selecção por métodos probabilísticos, que permitissem obter a melhor representatividade possível, optamos por recorrer ao método não probabilístico e intencional para selecção da mesma.

Isto porque, *“a amostragem não probabilística é um procedimento pelo qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra”* (Fortin, 1999, p. 208). Neste sentido, e partilhando da mesma opinião de Ribeiro (2010), temos consciência de que o problema principal da amostra intencional ou não probabilística é que se desconhece quanto representativa ela é de uma população ou universo.

Dos tipos de amostras não probabilísticas ou intencionais referidas por vários autores, pretendemos o que Polgar e Thomas (1988), cit. por Ribeiro (2010) chamam de *amostra accidental*, em que os indivíduos que fazem parte da amostra se encontram mais “a jeito” para a investigação.

Deste modo, a partir de uma população alvo constituída por todas as mulheres sujeitas a tratamento por cancro da mama, procedemos à delimitação de um grupo específico de mulheres que obedeciam a critérios estabelecidos:

- O tipo de tratamento efectuado (mastectomia radical e linfadenectomia);
- Contexto institucional - Consulta da Mama IPO do Porto;
- Mulheres com idade adulta e com capacidade de decisão autónoma;
- Operadas há mais de três meses e menos de um ano.
- Submetidas aos três tipos de tratamento (cirurgia, quimioterapia e radioterapia)
- Que incluísse elementos das diferentes faixas etárias.

Como critérios de exclusão estabelecemos:

- Mulheres que apresentassem qualquer tipo de incapacidade impeditiva de responder à entrevista;
- Mulheres cujo contacto não estivesse actualizado na sua ficha clínica;
- Mulheres que não tivessem sido submetidas a mastectomia radical com linfadenectomia.

A escolha do IPO do Porto prendeu-se com o facto de ser o local onde desenvolvemos a nossa actividade profissional facilitando deste modo o acesso à amostra pretendida e posterior recolha dos dados.

A população de acesso foi constituída pelas mulheres submetidas a mastectomia radical, e nesse sentido foram realizadas 12 entrevistas semi-estruturadas a mulheres submetidas ao referido tratamento entre Março e Dezembro de 2010 (ANEXO V).

1.4 - Recolha de Dados

No dia foi-lhes entregue o consentimento informado, conforme contacto telefónico, para que se houvesse lugar a alguma dúvida, pudessem esclarecê-la melhor, e o consentimento informado para a cedência da entrevista foi assinado (ANEXO IV).

As entrevistas foram gravadas, pois a gravação em áudio trouxe vantagens permitindo a sua transcrição na íntegra sem termos necessidade de recorrermos à escrita durante as entrevistas, contudo foram feitas algumas anotações durante as mesmas no sentido de ficarem registadas anotações que diziam respeito a expressões faciais, posturas, gestos, silêncios, e que em caso de dúvida pudessem ajudar a uma melhor interpretação do discurso das participantes.

Decorreram entre 1 de Abril e 15 de Maio de 2011 e tiveram uma duração entre 30 a 60 minutos, não por serem entrevistas diferentes, mas pelo facto de algumas participantes serem mais conversadoras que outras e sentirem maior à vontade para exprimir as suas ideias. Após a conclusão de cada entrevista, estas foram transcritas na íntegra para suporte informático, segundo a gravação e as anotações realizadas em bloco, e em que cada entrevista foi codificada com um número.

O tamanho da amostra nos estudos de natureza qualitativa tende a ser pequena, em virtude da grande quantidade de dados que ocasionam (Streubert e Carpenter, 1995, cit. por Wood, 2001). Os participantes vão sendo acrescentados à amostra até que a análise de dados revele a saturação dos mesmos, ou seja, já não surgem novos dados durante o processo de análise. Neste sentido, a adequação e a qualidade dos relatos é uma preocupação mas a saturação dos dados em análise é um princípio orientador do número de entrevistas a realizar (Polit, Beck & Hungler, 2004).

1.4.1 - A Entrevista como Técnica de Recolha de Dados

Os dados podem ser colhidos de diferentes formas junto dos sujeitos, pelo que cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém aos objectivos e finalidade do estudo. É ainda, a forma considerada mais fácil, e melhor para abordar o objecto de estudo. No sentido de colher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes, utilizaremos a entrevista como instrumento de colheita de dados (Fortin, 1999).

Segundo Bodgan (1994, p. 134), “ (...) a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo (...)”.

Contudo, pretendemos um método que nos permita alguma flexibilidade, em que o conjunto de questões não é feito numa ordem específica e formuladas de determinada maneira. Pelo contrário, o investigador inicia com uma questão geral e permite que o entrevistado conte a sua história de um modo natural, narrativo. Assim, dentro deste método pretendemos utilizar a entrevista semi-estruturada, de forma a ser utilizada uma lista de tópicos previamente escritos, que devem ser respondidos de forma a garantir que todas as áreas das questões sejam cobertas. E, em que o entrevistador encoraja os entrevistados a falar livremente sobre todos os tópicos que fazem parte da lista (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Este tipo de entrevista implica recolha de grande quantidade de dados de pequenas amostras ou de caso único, dados esses que poderão ser registados de diversas formas, com diversos tipos de registo, e que posteriormente terão que ser descodificados e organizados para darem sentido à investigação e para apresentação dos resultados (Ribeiro, 2010).

Na realização da entrevista a formulação das questões foi deixada à disposição do investigador. Foi elaborado um guião que forneceu ao investigador uma lista dos pontos essenciais a serem explorados, tendo em conta as grandes linhas dos temas a explorar. Ainda, e segundo os mesmos autores, a entrevista permite ao entrevistado descrever o que é importante para si, sem que lhe seja fornecida a opinião do investigador.

O guião de entrevista foi elaborado com base na literatura consultada, nomeadamente a que se refere à informação que é dada às mulheres mastectomizadas, bem como a forma como esta é percebida pelas mesmas para

que possam gerir o seu processo de doença. Foi validado pela investigadora e pela orientadora do estudo, e de seguida foi aplicado a três mulheres que serviram de treino e preparação para o investigador perceber a adequação das perguntas no sentido de dirigir para as respostas determinadas pelos objectivos do estudo. Das três entrevistas realizadas concluímos que as duas primeiras não davam respostas a tais pressupostos, pelo que não foram incluídas no estudo. Após reformulação do guião verificamos que a terceira respeitava os critérios por nós estabelecidos pelo que foi posteriormente incluída.

O guião de entrevista é constituído por duas partes: a primeira destina-se à caracterização das participantes (dados sócio-demográficos); a segunda sob a forma de questões relacionadas com o tema, visa compreender como acedem à informação, desde a consulta, internamento, preparação para a alta e domicílio. E ainda sob o tipo de exercícios que realizam, como os aprendem e como lhes dão uso no domicílio (ANEXO I).

As mulheres foram contactadas previamente pelo investigador via telefone, momento no qual eram explicados os objectivos e a finalidade do estudo e era definido o dia, a hora e o local da entrevista sempre de acordo com a disponibilidade do entrevistado, assim como a confirmação do anonimato na utilização dos dados. Como a área geográfica não fazia parte dos critérios de inclusão do estudo, optamos por marcar as entrevistas no IPO conforme a data em que as participantes teriam de se deslocar a este hospital.

1.5 - Método de Análise e Tratamento dos Dados - a Análise de Conteúdo

“Sempre que o investigador não se sente apto a antecipar todas as categorias ou formas de expressão que podem assumir as representações ou práticas dos sujeitos questionados, recorrerá a perguntas abertas sendo as respostas depois sujeitas a análise de conteúdo” (Vala1986, p. 107). Para Bowling (1998), cit. por Ribeiro (2010), a codificação dos dados é uma fase decisiva da investigação qualitativa. Podendo entender-se por codificação a organização de “secções dos dados” em categorias desenvolvidas quer previamente, quer durante a análise dos mesmos. Ao apresentar os dados de forma organizada/por categoria, o investigador está já a realizar a sua codificação, parte constante da análise de

conteúdo. Este processo consistiu na leitura dos textos que resultaram das entrevistas, na identificação das unidades significativas e organização por temas.

De acordo com Fortin (1999, p. 364), a análise de dados é um *“conjunto de métodos que permitem visualizar, clarificar, descrever e interpretar os dados recolhidos junto dos participantes”*. Quivy & Campenhoudt, (1998) realçam que a fase exploratória de uma investigação serve para a descoberta de ideias e de pistas, ajudando o investigador a evitar as armadilhas da ilusão da transparência e a descobrir o que pode estar escondido por detrás das palavras, entre as linhas e para lá dos estereótipos. Lawrence Bardin (2004, p.37) preconiza a análise de conteúdo como técnica caracterizando-a como *“um conjunto de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”*. Nesta premissa utilizaremos a metodologia de análise prevista por esta investigadora.

Após a transcrição das entrevistas e da leitura atenta das mesmas, seguimos a organização e identificação sistemática dos temas encontrados e começamos a organizar as categorias. Para Vala (1986, p. 113) *“... a escolha das categorias é talvez o momento mais delicado, do ponto de vista do trabalho do analista a escolha das unidades de análise e a sua identificação é sem dúvida a tarefa que mais dificuldades operacionais suscita”*. Bardin (2004, p.111) define categorização como *“...uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento, segundo o género, com os critérios previamente definidos”*. Assim, na identificação das categorias foram tidas em conta as seguintes qualidades descritas por esta autora (p. 113, 114): i) *“A exclusão mútua - esta condição estipula que cada elemento não pode existir em mais de uma divisão; ii) A homogeneidade - (...) um único princípio de classificação deve governar a sua organização (...); iii) A pertinência - uma categoria é considerada pertinente quando está adaptada ao material de análise escolhido, e quando pertence ao quadro teórico definido (...); iv) A objectividade e a fidelidade - (...) as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises (...); v) A produtividade - (...) um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados férteis (...)”*.

A categorização do material em análise foi realizada segundo o critério semântico e lexical, em que o primeiro corresponde a uma categorização por área temática, e o segundo classifica as palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinónimos e dos sentidos próximos (Bardin, 2004). Os dados

serão organizados por categorias em quadros com as unidades de texto que as contextualizam e ainda com a identificação da intensidade com que são referidas pelos participantes isto é, o número de vezes que surgem nos textos (*n*) e a percentagem (%) na globalidade do estudo. Seguiram-se categorias pré estabelecidas em função da literatura para o objecto em análise - a aprendizagem de capacidades.

2 - QUESTÕES ÉTICO DEONTOLÓGICAS ASSOCIADAS AO ESTUDO

Só foi possível desenvolver este estudo após autorização formal da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto e da Comissão de Ética para a Saúde, assim como do Director da clínica da mama do referido hospital, no sentido de serem consultados os ficheiros da referida consulta, assim como a utilização do espaço da mesma para possível marcação com as participantes (ANEXO II e ANEXO III)

Na realização do estudo existem aspectos éticos que terão de ser respeitados, “ (...) *pois a investigação aplicada a seres humanos, pode por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa*” (Fortin, 1999, p.116).

Neste sentido, e ainda segundo a mesma autora, terão que ser protegidos os direitos e liberdades das pessoas que participam nos estudos, pelo que foram determinados pelos códigos de ética cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, e que são os seguintes: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal.

No sentido de documentar o processo de consentimento foi pedido às mulheres, que aceitaram participar no estudo, que assinassem o formulário de consentimento, uma vez que “*o consentimento significa que os participantes têm informações adequadas em relação à pesquisa; compreendem a informação e têm o poder da livre escolha, podendo assim participar voluntariamente na pesquisa ou declinar a participação*” (Polit, Beck & Hungler, 2004, p.87).

O formulário de consentimento incluía informações como: finalidade do estudo, da participação voluntária dos participantes, da possibilidade de recusa a qualquer pergunta, da garantia da confidencialidade e o anonimato das declarações, assim como a ausência de prejuízo para os participantes que queiram abandonar o estudo em qualquer altura. Era ainda pedida autorização para proceder à gravação das entrevistas (ANEXO IV).

O rigor ético implica o sigilo e o anonimato dos participantes pelo que os nomes dos envolvidos foram substituídos por letras e números. Desde o primeiro contacto tivemos a preocupação de criar um ambiente acolhedor, com base no respeito e cordialidade que fosse propício ao desenvolvimento de um testemunho sincero.

Os participantes foram contactados previamente via telefone onde, após identificação da autora e dos objectivos do estudo, lhes era pedida a sua colaboração. Nesse momento eram marcados o dia, a hora, e locais mais adequados para a realização das entrevistas. No dia definido, as mulheres foram uma vez mais informadas dos objectivos do estudo, foi-lhe pedida autorização para proceder à gravação da entrevista em formato áudio, foi-lhes comunicado que a participação era voluntária, assim como da possibilidade de desistência a qualquer momento da entrevista, não sofrendo qualquer tipo de consequências, mantendo-se a confidencialidade dos dados.

Foi-nos solicitado por alguns participantes o esclarecimento de algumas dúvidas no que se refere ao seu processo de saúde/doença, pelo que para o efeito lhes foi facultado algum tempo antes ou após as entrevistas.

CAPÍTULO III
ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

1 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Após a transcrição das entrevistas segue-se a análise. Começaremos pela caracterização da amostra. Na consulta dos ficheiros, no registo de doentes intervencionados na instituição, constatamos que o que se encontrava descrito como mastectomia radical não se referia ao tipo de mastectomia radical tipo Halsted, mas sim ao tipo de cirurgia designado como mastectomia radical modificada, uma vez que aquele tipo de cirurgia, normalmente não é realizado.

Das 12 mulheres entrevistadas, a média de idades foi de 43,25; a moda 52 e a mediana 44,5, sendo a idade mais jovem de 24 anos e a de maior idade de 57 anos. A média do tempo de internamento cirúrgico foi de 5,4 dias. Todas as mulheres realizaram os três tipos de tratamentos (cirurgia, quimioterapia e radioterapia), três encontravam-se a realizar este tipo de tratamento e uma encontra-se ainda a realizar tratamento de quimioterapia. Dos 12 participantes, uma aguardava iniciar tratamento hormonal. Constatamos que 75% das mulheres tinham sido operadas à mama direita, e apenas 25% à mama esquerda.

Dos participantes 25% cuidam de familiares dependentes, o que lhes exige movimento e esforço do braço afectado para cuidados de higiene, alimentação e mobilização para o auto-cuidado desses familiares, que uma das participantes vive sozinha, as restantes vivem com familiares, e que 50% têm ou tiveram familiares ou pessoas significativas com cancro. A escolaridade destas mulheres tem uma grande amplitude, entre o ensino básico e o ensino superior e, todas sabiam ler e escrever. Da ocupação profissional constatamos que apenas uma se encontrava em situação de desemprego (à procura de 1º emprego após terminar ensino superior), e uma tinha duplo emprego.

No que se refere à actividade física, 50% praticava regularmente exercício físico, e os restantes 50% não praticavam nem nunca o tinham praticado.

LOCALIZAÇÃO DO CANCRO	n	%
Mama direita	9	75
Mama esquerda	3	25
TRATAMENTOS REALIZADOS	n	%
Cirurgia	12	100
Radioterapia	9	75
Quimioterapia	12	100
Hormonoterapia	1	8.3
GRUPO ETÁRIO	n	%
20 - 29 anos	2	16,6
30 - 39 anos	3	25
40 - 49 anos	2	16,6
50 - 59 anos	5	41,6
ESTADO CIVIL	n	%
Solteira	3	25
Casada/União de facto	6	50
Divorciada/Separada	3	25
ESCOLARIDADE	n	%
Ensino primário - 4º ano de escolaridade	2	16,6
Ensino secundário - 9º a 12º ano	6	50
1º ciclo - licenciatura	3	25
2º Ciclo - licenciatura - mestranda	1	8.3
COABITAÇÃO	n	%
Vive Sozinha	1	8,3
Vive acompanhada	11	91,6
ANTECEDENTES FAMILIARES E/OU PESSOAS SIGNIFICATIVAS COM CANCRO	n	%
Sim	6	50
Não ou desconhece	6	50
PESSOAS A CARGO	n	%
Sim	3	25
Não	9	75
ACTIVIDADE PROFISSIONAL E/OU OCUPACIONAL	n	%
Comerciante	1	8,3
Empregada de balcão	2	16,7
Auxiliar de lar	1	8,3
Inspectora da qualidade	1	8,3
Empregada de escritório	1	8,3
Assistente de administração escolar	1	8,3
Assistente de consultório médico	1	8,3
Educadora de infância	1	8,3
Professora	1	8,3
Licenciada desempregada	1	8,3
Psicóloga/Formadora	1	8,3
REALIZA ACTIVIDADE FÍSICA REGULAR	n	%
Sim	6	50
Não	6	50

Quadro 4: Caracterização da amostra - dados sociodemográficos.

Todas as mulheres realizaram a entrevista após contacto telefónico prévio, conhecimento do estudo e regras do mesmo. Permitiram a gravação das suas entrevistas, tendo assinado o consentimento. De acordo com o guião da entrevista

(em anexo) e objectivos do estudo, foram relatando o seu processo de saúde, as vivências relativas ao internamento e tratamentos até ao momento da entrevista. O contacto inicial permitiu “quebrar o gelo” próprio do impacto entre duas pessoas praticamente desconhecidas. Nenhuma delas tinha sido nossa doente, embora soubessem que eu era enfermeira.

Ao longo dos seus relatos, na entrevista foi-nos possível identificar de que forma estas mulheres viveram e sentiram a sua condição de saúde, como foi o processo de consciencialização da doença, assim como foi perceber as dúvidas que lhe foram surgindo ao longo deste processo, lidar com elas, nomeadamente com o processo de internamento, como receberam informação sobre a condição clínica, de que forma acederam a essa informação, e de que forma a utilizaram para adquirir conhecimento, capacidades e habilidades para se adaptarem à sua nova condição de mulher mastectomizada, podendo gerir e decidir sobre a saúde de forma a minimizarem o risco de linfedema do braço e a rigidez do ombro do lado afectado, resultantes da doença e seu tratamento.

Transcritas as entrevistas, realizada a sua leitura *flutuante*, no sentido de identificar temas, organizamos a análise de conteúdo. Ao longo deste relatório do estudo, serão mencionadas em quadro e por categoria, como já referido, unidades de texto (UT) para que seja compreendido o verdadeiro sentido das ideias expressas pelos participantes.

Apresentaremos os quadros por categorias, subcategorias e unidades de texto que as fundamentam. As categorias num total de 4 serão apresentadas na sequência: Informar; Instruir; Interpretar e Treinar.

2- DOS PROCESSOS DE INFORMAR

Informar é um conceito com o qual, segundo a CIPE, International Classification for Nursing Practice (ICNP®), com as seguintes características definidoras “ acção de *comunicar alguma coisa a alguém*” (2006, p. 136). Essa comunicação pode acontecer em diferentes momentos, pode promover a informação, conhecimento, tomada de consciência, a aprendizagem de algo e ser desenvolvida por vários agentes.

A capacidade de aprender é uma constante na nossa vida, resultando da interacção em que é notoriamente captada informação. A aprendizagem é um processo dinâmico, activo e intencional. A pessoa deixa de ser vista como receptora passiva de informação, processa-a de forma activa, interagindo com o meio/estímulos, que podem ser simples problemas do dia-a-dia ou situações de doença. O processo de interpretação e compreensão que se segue depende em muito do valor afectivo da situação para a pessoa, mas também da forma como a informação vai completar as experiências e conhecimentos anteriores. Neste sentido, pode considerar-se a aprendizagem um processo contínuo e cumulativo (Pinto, 2003).

Vários são os profissionais de saúde que desempenham o papel de transmissor de informação, com maior ou menor frequência, de forma consciente ou simplesmente no contacto com as pessoas com quem interagem, procurando através das palavras e acções influenciar, num certo sentido as acções dos outros. Neste âmbito, Teixeira J. (1999), numa análise feita ao livro “A esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro da mama” de Maria do Rosário Dias (1997), refere que a informação em saúde, não só é geralmente pouco investigada, como constitui uma dimensão fundamental no âmbito da promoção da qualidade dos cuidados de saúde que são prestados. Assim, a transmissão de informação em saúde, é uma questão actual e, ao mesmo tempo, assume particular importância quando se trata de doenças como o cancro.

Da análise das entrevistas, os participantes referem ter recebido informação sobre: diagnóstico médico, sobre os tipos de tratamento, sobre as complicações que decorrem do tratamento cirúrgico, sobre as complicações que decorrem do tratamento hormonal, preparação para a alta/continuidade de cuidados; assim como informação sobre cuidados a ter e exercícios a realizar no domicílio com o membro superior homolateral. Referem ter recebido também informação no que se refere a estratégias a serem desenvolvidas pelo casal no âmbito da sexualidade, assim como os processos que lhes parecem mais eficazes no processo de informar.

No quadro seguinte está representada a análise relativa à categoria informar. A análise e interpretação sistemática revela que toda a informação dita/recebida pelos participantes, a que se refere à comunicação do diagnóstico e dos possíveis tratamentos, representa maior intensidade em detrimento de outras. O que quer dizer que esta informação é a mais relatada e a que tinge um maior valor percentual no conjunto dos dados codificados.

CATEGORIAS	UNIDADES DE TEXTO	n	%
Categoria 1 - Informar			
1.1 - Sobre o Diagnóstico médico - a doença			
1-Informação dada pelo médico na consulta	<i>“(…)</i> Vários médicos e todos me diziam o mesmo, o que tinha era um tumor(…)” E3: [48-49]; <i>“(…)</i> Ela disse-me logo que era um tumor maligno(…)” E6: [64-65];	6	50
2-Informação procurada pela pessoa através da Internet	<i>“(…)</i> Trouxe os exames comigo eu li todos os relatórios, e como li tudo, eu na net conseguia saber muita coisa(…)” E10: [115-117];	3	25
3-Informação obtida através de consulta de livros	<i>“(…)</i> Procurei em livros (…) <i> procurava saber: o cancro da mama, o que era? O que poderia acontecer? (…)</i> Ao ver o que era, o que é que podia acontecer, se já tinha nas axilas, nos gânglios, procurava isso tudo (…)” E4: [131-135];	1	8.3
Categoria 1 - Informar			
1.2 - Sobre o tratamento			
1-Informação dada pelo médico na consulta	<i>“(…)</i> Na primeira consulta o médico explicou-me tudo bem, disse-me que os nossos tratamentos eram bons(…)” E1: [31-32]; <i>“(Disseram-me (…)</i> os tratamentos que tinha que fazer (…) <i> portanto ele disse-me logo o que eu ia fazer (…)</i> em princípio ia ter que fazer a mastectomia e o esvaziamento da axila(…)” E5: [30-31; 33-34; 37-38];	10	83.3
2-Informação dada pela enfermeira na consulta de enfermagem	<i>“(…)</i> Normalmente a enfermeira recapitulava o que a médica nos dizia, como o tipo de tratamentos(…)” E6: [116-118];	1	8.3
3-Informação obtida através da Internet	<i>“(…)</i> O que é que faziam? O que era a quimio, o que era a rádio?(…)” E4: [132-133]; <i>“(…)</i> Depois fiz pesquisa na internet, vi que se podia fazer reconstrução(…)” E11: [44];	4	33.3

4- Informação dada pelo médico no internamento	<i>“(….)Mas depois de ser operada é que soube o resultado da análise é que me disseram mesmo(…)”</i> E2: [20-22];	1	8.3
5- Informação dada pelo médico na consulta no pós-operatório	<i>“(….)Passado 15 dias vim a outra consulta (...) e ela disse: vai fazer quimioterapia, vai fazer 6 ciclos(…)”</i> E3: [89-90];	3	25
6- Informação dada na fisioterapia	<i>“(….)Ela também me explicou que se eu fizesse RT, que eu iria fazer fisioterapia(…)”</i> E6: [202-203];	1	8.3

Quadro 5 - Informar no que se refere ao diagnóstico e tratamento.

Sobre o diagnóstico médico da doença a informação, é adquirida por três processos: i) através da informação médica na primeira consulta (50%); ii) através da procura de informação sobre o “cancro” em internet (25%), ou procurando informação em livros (8.3%). Ainda sobre o tratamento e na categoria informar, a informação sobre os tratamentos para incutir coragem sobre a sua eficácia e efeitos continua a ser dada pelo médico na consulta em cerca de (83.3%) dos casos; iii) em (8.3%) a informação médica é recapitulada pela enfermeira na consulta de enfermagem; iii) é obtida pelos participantes através da internet para perceber melhor os tratamentos em cerca de (25%), e, para descodificar os resultados das análises e relatórios em cerca de (8.3%); iv) na consulta médica do pós-operatório o médico explica os tratamentos e o modo como os vai fazer em cerca de (25%); v) o fisioterapeuta que explica a importância da fisioterapia para o problema (8.3%).

No sentido de identificar as fontes utilizadas pelas mulheres para aquisição de conhecimentos sobre o cancro da mama, Godinho e Koch (2005) concluíram no seu estudo que a televisão era o meio mais utilizado pelos participantes para adquirir conhecimento sobre esta doença (26.5%), seguida pelas revistas (16.8%), relacionamento interpessoal (16.2%), médicos assistentes (15.8%), jornais (12.2%), rádio (8.4%) e internet (3.9%). Este estudo não vai de encontro aos resultados da nossa investigação uma vez que em relação à informação sobre a doença, uma percentagem significativa dos participantes teve acesso a este tipo de informação através do médico que os assistia.

Neste âmbito, em declarações à agência Lusa (Jornal Expresso, Novembro de 2008), José C. A. Martins, docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, afirmou, e segundo resultados da sua tese de doutoramento que “apesar

de todos (os doentes oncológicos questionados) afirmarem a importância do direito à informação, e de 87.5 por cento dos inquiridos desejarem ser completamente informados sobre a sua situação de saúde, é opinião dos inquiridos que, muitas vezes tal não acontece". No estudo que inquiriu doentes internados num hospital oncológico, enfermeiros e população em geral, o investigador concluiu que os doentes não se sentem satisfeitos com a informação que têm sobre a doença, e que tal facto pode ter reflexos significativos nos níveis de ansiedade e depressão, assim como na percepção do seu estado de saúde e ocorrência de sintomas.

Deste modo, a informação verbal cuidada, acompanhada por panfletos, livros ou outros meios de transmissão de informação permitem o reforço da mesma promovendo uma melhor compreensão por parte de quem a recebe. Uma das principais conclusões de um estudo apresentado no 3º Health Economics Fórum/Novos Horizontes em Oncologia, revela que o cancro da mama preocupa mais de metade dos portugueses, e que estes manifestam algum desconforto relativamente à informação que dispõe sobre a área oncológica. A Internet é apontada como a principal fonte de informação sobre o cancro, e é utilizada especialmente pelos indivíduos mais jovens, com maiores habilitações literárias e com maiores rendimentos (POP, 2011).

Como já referimos anteriormente, durante o processo de reabilitação, a mulher que é submetida a tratamento por cancro da mama requer uma intervenção multi/interdisciplinar, onde ela deve receber informação no que diz respeito a cuidados após a cirurgia, orientações e informações sobre as diferentes etapas de tratamento, assim como informações sobre outros tipos de tratamento como a radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia. No que se refere à intervenção dos enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, esta deve receber informação sobre os cuidados com o braço homolateral à cirurgia, assim como sobre os exercícios que promovam a recuperação da capacidade funcional do braço e do ombro.

Deste modo, a mulher deve ter conhecimento das complicações e das estratégias que pode utilizar no sentido de evitar ou minimizar os riscos que decorrem do tratamento cirúrgico. Deve, também ser incentivada a realizar actividades domésticas ou laborais, que requerem o uso do braço para que seja mantido o tónus muscular, sem nunca esquecer que devem ser evitadas lesões na mão e braço, assim como o uso de roupa adequada. Ou seja, deve proteger o braço de lesões e infecções, e deve estar ciente das actividades ou gestos que provocam muita pressão sobre o membro afectado, uma vez que uma má drenagem do membro provocada pela ressecção cirúrgica dos nódulos linfáticos

aumenta o risco de infecção e fica menos sensível a temperaturas extremas (Shirley E. Otto, 2000; Brunner & Suddarth, 2008). Assim, e sobre as complicações que podem decorrer do tratamento cirúrgico obtivemos os seguintes resultados apresentados no quadro 6.

Sobre o informar, complicações que decorrem do tratamento cirúrgico ou outro a que sejam propostas, as participantes referem vários momentos: i) na consulta de enfermagem como preparação pré-operatória em que lhes é transmitido os cuidados a terem com o braço, para não picar, não pegar em pesos e não medir a pressão arterial nesse membro em cerca de (16.6%); ii) no internamento os enfermeiros reforçam uma informação mais vasta (ver quadro 6) em cerca de (75%), enquanto que os médicos numa informação mais moderada o fazem em cerca de (16.6%); iii) a informação prossegue na preparação para a alta quando a pessoa se desloca à fisioterapia onde a necessidade do exercício do braço é transmitida em cerca (de 8.3%) pelo fisiatra e em cerca de (25%) pelo fisioterapeuta que fala sobre cuidados com as ondas de calor e o pegar em pesos; iv) é referida uma informação simpática pelo movimento voluntário “Viver e Vencer” por cerca de (25%) dos participantes que para além da palavra comunica sobre a forma de um panfleto que informa sobre cuidados e exercícios para o braço; v) na consulta médica da mama de follow-up em cerca de (8.3%) é transmitido pelo médico de edema inerente ao esvaziamento subjacente ao esvaziamento axilar, bem como na consulta médica da radioterapia relativamente aos efeitos da radiação sobre a circulação do braço e sequente edema em cerca de (8.3%).

CATEGORIAS	UNIDADES DE TEXTO	n	%
Categoria 1 - Informar			
1.3- Complicações que decorrem do tratamento cirúrgico			
1- Informação dada na Consulta de enfermagem no pré operatório como preparação para o internamento;	“(…)Não picar (...), não pegar em pesos, não medir a tensão (...) E4: [28-30];	2	16.6
2- Internamento (enfermeiros);	“Enfermeira informou-me (...) o que eu podia ou não fazer com o braço (...) pra não aquecer coisas no forno, dos pesos, de pôr a mala do lado, as picadas, as pressões, até de cozinhar com luvas” E10: [239-244];	9	75

3-Internamento (médicos);	“A médica disse-me pra não mexer muito o braço” E11: [87];	2	16.6
4- Informação dada pelo <u>fisiatra, fisioterapeuta</u> na fisioterapia ainda durante o internamento e como preparação para a alta	“(...)Disseram que o braço podia inchar e podia haver complicações mais sérias, se o braço inchasse depois era complicado que ele vá ao sítio(...)” E8: [121-123]; “(...)Só depois na consulta de medicina física (...) só aí é que eu fiquei a saber de não poder fazer esforços, de não poder pegar em pesos, de não poder apanhar ondas de calor e ondas de frio, de não poder usar nada deste lado, nem apertado, nem pulseiras, nem carteira (...)” E6: [156-162];	1	8.3
		3	25
5-Internamento “Movimento viver e vencer”	“(...)Depois quem me falou do braço, dos cuidados que tinha que ter e dos exercícios no início foram as voluntárias(...)” E11: [81-82];	3	25
6-Na consulta médica da mama; (follow-up)	“(...)E falaram-me dos cuidados que tinha que ter com o braço, foram os médicos(...)” E11: [61-62];	1	8.3
7- Informação dada pelo <u>médico</u> na consulta médica de radioterapia sobre cuidados a ter com o braço para diminuir o risco de edema;	“(...)Ao fazer a radioterapia, a médica disse que já com o esvaziamento, portanto, já havia uma percentagem de risco de, mas que com a radioterapia essa percentagem iria aumentar (...)” (inchaço do braço) E7: [68-71];	1	8.3
Categoria 1 - Informar			
1.4- Complicações que decorrem do tratamento hormonal			
CATEGORIAS		UNIDADES DE TEXTO	
		n	%
1- Informação dada na consulta da mama (enfermagem), no pós-operatório;	“(...)Enfermeira disse pra eu comer iogurtes, leite, queijo... que tenho que fazer o papanicolau, e estou à espera de um exame aos ossos(...)” E9: [398-400];	1	8.3

Quadro 6 - informar sobre o que se refere às complicações que decorrem do tratamento cirúrgico e hormonal

Ainda relativamente à informação sobre complicações que decorrem do tratamento, uma das participantes refere ter recebido informação de enfermagem

no sentido de ter uma boa alimentação e cuidados ao corpo. A análise pressupõe um interesse particular da equipa de enfermagem para informar as mulheres sobre como diminuir o risco de complicações do braço, evitar fontes de calor, não fazer esforços, não lesionar a pele, não pressionar circularmente o braço. Pelo que, não vai de encontro aos resultados de um estudo realizado por Pompeo e outros, publicado em 2007, onde segundo o relato dos participantes 83,72% receberam orientações para a alta hospitalar: 48,84% receberam orientações transmitidas pelo médico e 72,08% não relataram a participação do enfermeiro no processo de preparação para a alta. Segundo estes mesmos participantes, tais orientações são realizadas individualmente e segundo a visão de cada profissional.

Tendo em conta o contexto do estudo, as complicações que decorrem do tratamento hormonal não faziam parte das perguntas do guião de entrevista, contudo aspectos relacionados com este tratamento foram referidos por um dos participantes

Como já dissemos anteriormente o tratamento cirúrgico do cancro da mama, acarreta para a mulher uma série de consequências a nível físico e psicológico, pelo que quisemos saber que informações receberam como preparação para a alta, para a sua vigilância de saúde e para a continuidade de cuidados, uma vez que teriam de adquirir uma série de conhecimentos e habilidades relativas à ferida cirúrgica, aos exercícios com o braço (utilidade e frequência da sua realização).

CATEGORIAS	UNIDADES DE TEXTO	n	%
Categoria 1 - Informar			
1.5 - Informar para a alta e continuidade dos cuidados			
1-sobre o tratamento da ferida (internamento enfermeiros)	“(…)Entregaram-me uma carta para ir fazer o penso ao posto médico(…) E1: [69-70]. “(…)Da equipa da enfermagem só me lembro de me darem indicações sobre o penso(…)” E11: [118-119];	6	50
2-sobre drenos (internamento enfermeiros)	“(…)Os enfermeiros explicaram-me pra ter cuidados, também me explicaram por causa dos drenos, com havia de fazer (...) vigiar os drenos(…)” E8: [97-98];	1	8.3

3-Sobre sinais de infecção-febre (internamento enfermeiros)	<i>“(...)Se tivesse febre(...)” E8: [98-99]</i>	1	8.3
4- Sobre exercícios com o braço afectado (internamento fisioterapeutas);	<i>“(...)Deram-me um livro com os exercícios”, E2: [56-57]; “(...)Deram-me um panfleto com os cuidados todos, com os exercícios... eu fui ver algumas vezes(...)” E8: [132-133]; “(...)Disseram que era pró braço não ficar preso, o músculo... não prender(...)” E8: [119-120]; “(...)Quando tirasse os drenos podia começar... levantando o braço, na parede... o da corda na porta(...)” E8: [129-131]; “(...)Disseram para fazer 5 vezes cada exercício, e para fazer durante o dia até me sentir bem(...)” E10: [99-100];</i>	12	100
5- Sobre exercícios com o braço afectado (Internamento voluntariado do “movimento viver e vencer”).	<i>“(...)Acho que me foi dado um papelinho pelas voluntárias, com vários exercícios(...)” E12: [139-140]; “(...)Disseram-me para fazer exercícios numa parede, com uma vara para levantar os braços (...) numa mesa com o braço apoiado e rodar(...)” E11: [97-99];</i>	3	25
6-sobre tipo de exercícios (enfermeira da consulta de radioterapia após a alta	<i>“(..)Explicou-me que podia pôr roupa a secar, que podia levantar os dois braços, e não só um; explicou-me a fazer exercícios com o bastão e com roldanas, e que devia fazê-los todos os dias(...)” E1: [41-44];</i>	1	8.3

Quadro 7: quadro síntese sobre o informar no que se refere à continuidade de cuidados e preparação para a alta.

Nesta subcategoria da categoria informar pretendeu analisar-se qual a informação para a alta e para a continuidade de cuidados que foi dada a estes participantes: i) (50%) referiram que lhe foi dada uma carta para entregar ao médico e à equipa de enfermagem para ir fazer o penso; ii) (8.3%) referiu que levou um dreno na ferida para casa e que lhe foi explicado de forma oral como deveria proceder para vigiar os drenos; iii) (8.3%) referiu que deveria vigiar a febre como sinal de infecção. Para além destas informações para a alta que

disseram terem sido dadas pelos enfermeiros levaram informações sobre exercícios para o braço afectado. 100% referiram que lhes disseram que os exercícios eram importantes para o músculo não ficar preso, para os realizar cinco vezes durante o dia e que estes poderiam ser iniciados depois da extracção dos drenos. Também o movimento do voluntariado viver e vencer, explicou o tipo de movimentos com o braço a cerca de (25%) dos participantes. 8.3% referiu que a enfermeira da consulta de radioterapia explicara o exercício de bastão e roldana e a vantagem de os realizar diariamente.

Um dos participantes referiu o interesse dos enfermeiros em tentar perceber a forma como lidava com o seu corpo, a deformação do seu corpo e a sexualidade. Referiu-se ainda ao aspecto de não deixar que tivesse alta sem trazer uma prótese mamária de algodão.

No sentido de garantir a continuidade de cuidados, e preparação para a alta a informação mais referida foi relativa ao fornecimento de um livro com informações sobre os cuidados e os exercícios que deveriam manter no domicílio. Não podemos deixar de salientar que três (25%) dos participantes referem ter recebido informação relativa aos exercícios com o braço afectado, do grupo de voluntárias do movimento “viver e vencer”, durante o internamento, não existindo qualquer referência no que se refere aos enfermeiros. Indo mais uma vez de encontro ao trabalho de Pompeo (2007). Ainda neste âmbito, um estudo realizado com 324 mulheres e publicado em 2000, observaram-se os seguintes resultados: 70% receberam indicações limitadas sobre alguns exercícios físicos, das quais 37.96% foram dadas pelo médico e 32.09% foram dadas pelos enfermeiros. Os exercícios referidos no mesmo estudo referem-se ao exercício com “*a bolinha (41.9%) e elevar o braço (55.86%)*”. Os mesmos autores concluíram que os enfermeiros devem estar mais atentos à preparação das doentes para o seu processo de reabilitação, o que nos parece não ser visível no nosso estudo onde deviam ser discutidos aspectos importantes como orientações para o auto-cuidado; à realização das tarefas diárias; aos exercícios físicos e cuidados específicos com o membro superior do lado operado, prevenindo desta forma o aparecimento de linfedema, rigidez do ombro, alterações posturais, entre outros (Mamede et al, 2000).

Da mastectomia resulta, inevitavelmente alteração da imagem do corpo da auto-estima, do autoconceito, podendo desencadear na mulher sentimentos de medo e rejeição por parte do companheiro, pelo que se torna importante a orientação que é dada pelos profissionais de saúde nesta área. Apesar de esta problemática não fazer parte deste estudo, consideramos importante referir que uma participante partilhou com a enfermeira orientações, no internamento, que

se prendiam com as estratégias que poderia desenvolver no relacionamento sexual, de forma a minimizar o impacto causado pelo tratamento mutilador do corpo que é a mastectomia. Parece-nos, também importante referir que o participante em questão é uma pessoa jovem (33 anos). Um estudo publicado em 2003 e realizado com mulheres com idades entre os 37 e 55 anos concluiu que após a mastectomia, as mulheres apresentam algumas limitações das quais a exposição do próprio corpo. No entanto, algumas dessas mulheres “*produziram diversos modos de (re)significarem e expressarem a sua sexualidade de uma forma potencializadora para as suas relações cotidianas*” (Duarte, 2003, p.155).

Nas perguntas que desenvolvemos junto dos participantes quisemos, e ainda nesta categoria, saber de que forma poderíamos informar melhor, ou seja, que de uma forma espontânea nos dessem sugestões. Os resultados encontram-se no quadro seguinte.

Sobre os processos de informar, poucos apresentam sugestões (apenas 25%), dos quais um (8.3%) refere sentir necessidade de uma linha de apoio mais directa, através da qual possa esclarecer as suas dúvidas de uma forma rápida e eficaz.

CATEGORIAS	UNIDADES DE TEXTO	n	%
Categoria 1 - Informar			
1.6 - Melhores processos de informar			
1-Necessidade de linha de apoio/ Suporte digital	<p>“Apenas ter uma linha com quem a gente soubesse com estava a falar e saber a quem estamos a perguntar (...) liguei praqui e passava pra um e depois pra outro” E1: [90-93]</p> <p>“Se fosse através de imagens num CD ou DVD, isso talvez fosse melhor, sem dúvida... até a postura, às vezes estamos a fazer os exercícios e a postura pode não ser a correcta” E5: [89-92];</p>	3	25

Quadro 8: quadro síntese sobre melhores formas de informar.

Uma segunda sugestão tinha a ver com a informação em suporte de papel, em que dois participantes (16.6%) referem que a informação em suporte digital poderia tornar-se mais atractiva e motivadora, o que poderia contribuir para um aumento da frequência da realização dos exercícios, assim como da sua eficácia.

Ainda sobre este tema (informar), as mulheres submetidas a tratamento cirúrgico por cancro da mama com ressecção ganglionar devem receber informação sobre a especificidade de cuidados relativos ao braço do lado da mastectomia, para que tenham acesso à informação que permita conhecer e tomar as decisões mais adequadas à continuidade dos cuidados necessários e à promoção da sua saúde enquanto mulher mastectomizada. No diagrama seguinte apresentamos as informações que os participantes retiveram e que comunicaram com mais ênfase nas suas entrevistas.

A questão de evitar pesos e esforços tais como não pegar em bebés ao colo e não colocar a carteira desse lado do corpo é referida por 66.6% dos participantes. As fontes de calor, isto é estar em frente ao fogão e ao forno é referido por cerca de 25%. A avaliação da pressão arterial ou então trazer pulseiras ou objectos que apertem o braço, picar a pele, quer com injeções, vacinas, análises ou até jardinagem devem ser evitados no dizer de cerca de 33.3% dos participantes. As picadas foram especificamente referidas por 41.6% dos participantes, jardinagem, cortes, arranhões e cortes das unhas no sentido de serem evitadas infecções foram referidas por 50%, actividades domésticas aspirar e passar a ferro por 8.3% e conduzir automóvel na fase inicial do pós-operatório por 16.6%.

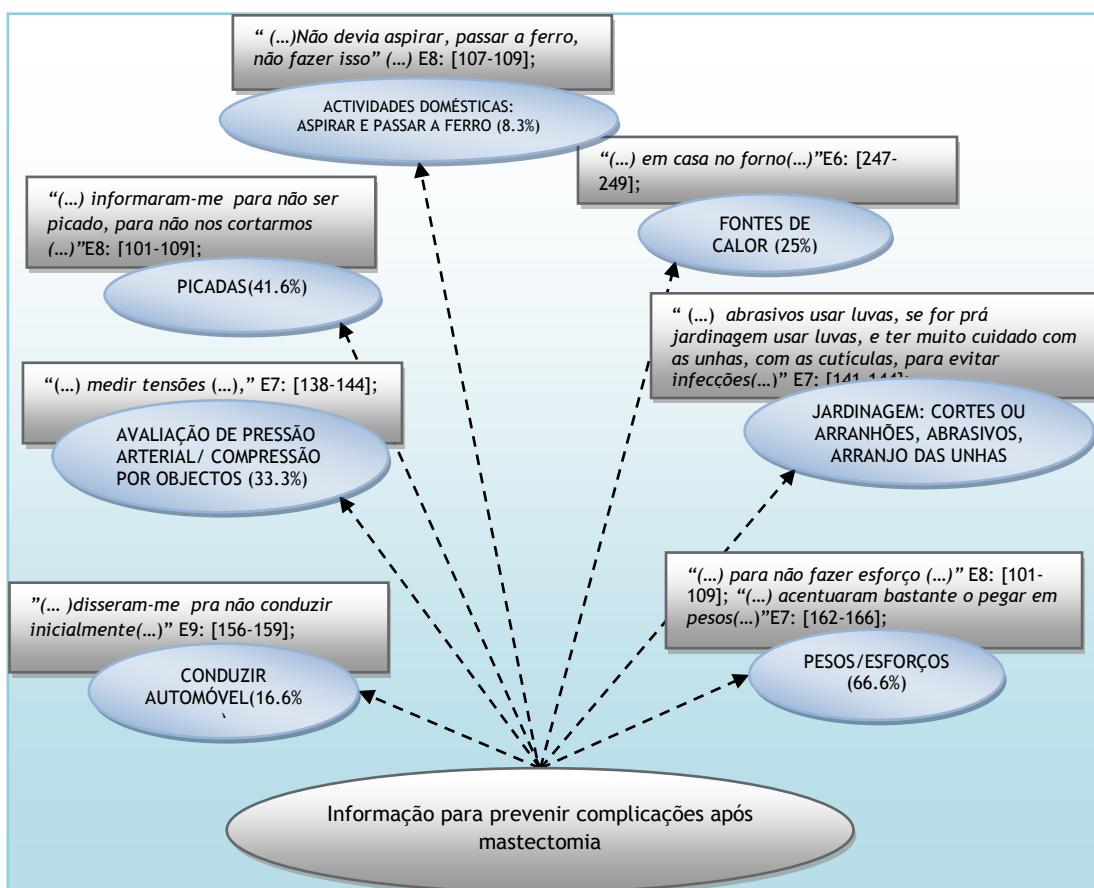


Diagrama 3: Diagrama síntese sobre o informar para prevenir complicações decorrentes do tratamento cirúrgico.

Panobianco e Mamede (2002) realizaram um estudo com 17 mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama, e concluíram que ao fim do terceiro mês de pós-operatório todas as mulheres apresentaram complicações e intercorrências, interligadas ou não entre si. Sendo que das mulheres que desenvolveram edema (64.7%): 41.1% apresentou seroma; 47% apresentou deiscência; 41.1% referiu dor; 64.7% referiu limitação de amplitude de movimento; 23.5% teve infecção; 41.1% apresentou aderência; 11.8% desenvolveu processo inflamatório no local de inserção do dreno e 5.9% desenvolveu celulite.

Os mesmos autores referem que a informação sobre a prevenção de complicações representa um marco importante em todo o processo de reabilitação da mulher submetida a tratamento cirúrgico, uma vez que sequelas como o linfedema e diminuição da amplitude de movimento do ombro do braço afectado podem desencadear desconforto físico e emocional, muitas dessas mulheres desenvolvem depressão, ansiedade necessitando por vezes de apoio psicológico e psiquiátrico. A mulher pode perder o interesse por actividades sociais, pode apresentar maior dificuldade na realização das actividades de vida diária e laboral. Também Anke Bergmann e outros (2005) referem que as mulheres que realizaram linfadenectomia axilar devem receber informações específicas no que se refere aos cuidados ao membro superior homolateral, contudo deve-se ter o cuidado de não provocar sensação de incapacidade e impotência funcional na mulher, pelo que estas devem ser informadas sobre as opções para os cuidados pessoais tais como: manter a pele limpa e hidratada; evitar traumatismos cutâneos; usar luvas de protecção ao realizar as actividades domésticas; não usar água quente e saunas; uso de manga compressiva durante as viagens aéreas; evitar usar objectos que provoquem aperto do braço, assim como picadas; evitar movimentos bruscos, repetidos e de longa duração e evitar carregar objectos pesados no lado da cirurgia.

Deste modo podemos afirmar que na globalidade os participantes fazem referência a informações/orientações recomendadas na literatura no sentido de estarem advertidas sobre complicações que podem decorrer em função do tratamento cirúrgico e outros tratamentos adjuvantes.

3- DA INFORMAÇÃO AOS PROCESSOS DE INSTRUIR

A reabilitação da mulher mastectomizada envolve processos de adaptação do seu quotidiano, assim como a realização de exercícios que promovam a sua autonomia, minimizando os efeitos decorrentes dos tratamentos cirúrgicos e, deste modo evitando complicações. Neste sentido, a informação que lhe é transmitida é preciosa, deve apelar à sua compreensão e reflexão, proporcionando e facilitando o desenvolvimento pessoal, a capacidade de iniciativa, discernimento e decisão. É através da informação e dos instrumentos que lhe são fornecidos, que a equipa de saúde possibilita um portefólio informativo que permite à pessoa uma escolha consciente e tomada de decisão.

Os processos de instruir incorrem na cedência de conhecimentos e orientação de capacidades que permitem a aprendizagem de algo entendido “*como o processo de construção e assimilação de uma nova resposta, isto é, um processo de adequação do comportamento, seja ao meio, seja ao projecto perseguido por cada interessado*” (Berbaum, 1993, p. 13). Mas, vários são os factores, já amplamente estudados por diferentes autores, que influenciam a aprendizagem, dos quais destacamos a aprendizagem por observação de comportamentos referida por Bandura (2005). Em paralelismo podemos dizer que aquele que informa/forma desenvolve um processo de aprendizagem de uma forma sistemática, visando proporcionar a transmissão e aquisição de competências que confirmam às mulheres o domínio de um conjunto de habilidades que lhes permitem uma melhor apropriação/capacitação à sua nova condição de mulher mastectomizada.

Podemos então dizer que quando nos referimos a processos de instruir, estamos perante uma “*Acção de Ensinar com as características específicas: Fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa*” (CIPE, 2006, p. 137). Pela natureza do nosso trabalho (enfermagem de reabilitação), podemos dizer que para instruir estas mulheres, os enfermeiros vão ter de ensinar de forma sistematizada sobre complicações decorrentes da mastectomia com ressecção ganglionar e tipos de exercícios já descritos no enquadramento teórico. Daqui, a principal característica, será indubitavelmente a questão do que “ensinar” e a forma sistematizada de o fazer.

Do relato das mulheres quisemos saber das informações/ensinos que tiveram, o que lhes foi transmitido para as instruir na realização de um conjunto de exercícios. No quadro seguinte resumimos a análise relativa à forma de instruir os exercícios, onde destacamos duas subcategorias que estão relacionadas com o assistir, por parte da mulher mastectomizada à realização dos mesmos por outras mulheres na mesma condição de doença, e a segunda prende-se com a explicação/exemplificação dos exercícios pelos fisioterapeutas.

CATEGORIAS	UNIDADES DE TEXTO	n	%
Categoria 2 - Da informação ao processo de instruir			
Subcategoria - Formas de ensinar/instruir os exercícios do braço			
1-Assistir (à realização dos exercícios por outras doentes);	<i>“(…)<i>Eu fui a uma preparação, ainda estava internada (…)</i> na medicina física (…). Vi colegas que já não tinham os drenos a fazer os exercícios(…)”</i> E4: [60-61];	1	8.3
2-Explicar o exercício (exemplificar o exercício na fisioterapia pelo fisioterapeuta);	<i>“(…)<i>O fisioterapeuta é que me fala dos exercícios e os explicou (…)</i> o terapeuta é que exemplificou(…)”</i> E3: [225-229]; <i>“(…)<i>e a fisioterapeuta também exemplificou para vermos (…)</i> cinco vezes cada exercício, 5 vezes por dia(…)”</i> E4: [62-69];	4	33.3

Quadro 9: Quadro síntese sobre o instruir (formas de ensinar os exercícios do braço).

De acordo com as unidades de texto um dos participantes (8.3%) puderam assistir à realização dos exercícios por outras doentes e quatro (33.3%) puderam assistir à exemplificação dos mesmos pelo fisioterapeuta enquanto ainda se encontravam internadas. No quadro apresentado constatamos que são valorizadas pelos fisioterapeutas duas formas de ensinar, o assistir, colocar a pessoa dita aprendente a observar a realização dos exercícios por outras doentes, e ainda explicar demonstrando isto é exemplificando o exercício pretendido pelo próprio terapeuta. Reflectindo sobre os aspectos referidos pelos cinco dos doze participantes compreendemos que estamos perante um modelo instrucional que se encaixa perfeitamente na teoria social cognitiva (TSC) de Bandura. A relevância desta teoria de aprendizagem que inspirou diversas investigações em diversas áreas clínicas nomeadamente na psicologia clínica, na patologia, no trabalho e

desporto (François e Botteman, 1996; François e Langlier, 2000; François Aissani, 2000), cit. por Carré & Moisan, 2002.

A teoria social de Bandura é para o autor uma das principais componentes da motivação humana. Define-a como a crença de um indivíduo que põe à prova as capacidades e comportamentos que considera úteis para a aprendizagem em função de resultados visíveis. A TSC trabalha os juízos que as pessoas podem fazer relativos às suas capacidades para organizar uma acção, melhor dizendo para adquirir uma performance. Mais ainda esta teoria trabalha as crenças sobre as suas próprias capacidades de forma a mobiliza-las através da motivação, dos recursos cognitivos que possui em função dos comportamentos necessários para que no atingimento da capacidade/habilidade possa controlar ela própria os acontecimentos da sua vida. Nas pessoas as crenças constituem o mecanismo mais central, mais importante na gestão do EU. De forma particular a utilização desta teoria influencia a performance a escolha das actividades, a persistência da pessoa, o tipo de pensamento sobre a acção e as reacções emocionais face aos obstáculos. De notar os recursos privilegiados por Bandura para trabalhar o ensino/instrução das pessoas sobre a sua saúde: i) as crenças sobre a própria eficácia que podem ser segundo o autor desenvolvidas por modelagem através do assistir/tomar conhecimento sobre as experiências realizadas por outras pessoas; ii) a persuasão verbal, o encorajamento do profissional incutindo sentimentos de eficácia em que apesar do tempo que a pessoa possa levar para desenvolver a acção ele vai ser capaz; iii) trabalhar os estados psicológicos experimentados em certas situações que podem ser interpretados pela pessoa como dificuldade para conseguir o resultado final; iv) trabalhar as manifestações somáticas de stress que muitas vezes as pessoas associam à ausência de capacidade. Importante também e segundo esta teoria que o indivíduo integre as informações dado que esta integração mobiliza as capacidades cognitivas de atenção de memória, de inferência, de síntese e até de poder de comparação comparando um primeiro momento de eficácia com um segundo. A eficácia da aprendizagem segundo Bandura depende também da atenção aos diferentes índices de eficácia e da forma como trata a informação no sentido de fazer a sua própria auto-avaliação.

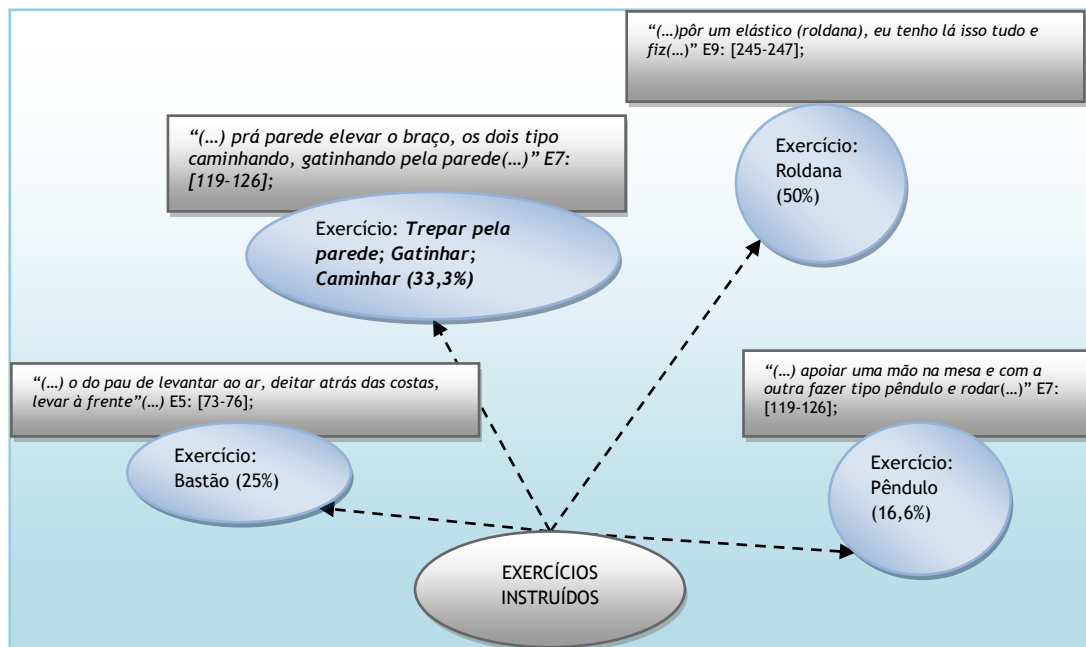


Diagrama 4: Exercícios instruídos.

Nesta categoria, quisemos ainda saber, e segundo o relato dos mesmos, quais os exercícios instruídos nesse momento de formação.

No que se refere aos exercícios instruídos, são referidos 4 tipos, suscitando o relato dos participantes que a sua instrução terá ocorrido de forma sistemática, no que se refere ao exercício da “roldana”, do “tregar na parede” com os membros superiores, ao exercício com o “bastão” e ao exercício do “pêndulo”. Sendo que o primeiro é referido por seis participantes (50%), o segundo por quatro (33.3%), o terceiro por três (25%) e o quarto é referido apenas por dois participantes (16.6%). A interpretação que fazemos é que nem todos são instruídos com o mesmo tipo de exercícios porque alguns dos exercícios são mais referenciados pelos participantes.

Em função da análise e interpretação dizemos que os participantes apenas foram instruídos sobre os exercícios a realizar aquando da preparação para a alta ou no momento desta. Apesar das suas limitações físicas, existência de uma ferida torácica em processo de cicatrização poderiam ter iniciado tal instrução no pós-operatório imediato, no local de internamento pelos enfermeiros, nomeadamente especialistas em enfermagem de reabilitação, onde eram instruídos exercícios de movimentos activos do membro superior (limitados a 90⁰), exercícios de contracção muscular, exercícios de relaxamento cervical, mobilização da omoplata, e o correcto alinhamento da coluna quando iniciassem levante. Contudo, concordamos que na preparação da alta exista outro momento de formação/instrução, e que as mulheres possam ser seguidas posteriormente no

serviço de medicina física e reabilitação de forma a perceber a evolução do seu estado de saúde, a capacidade para executar os exercícios e interesse da pessoa.

Nestas premissas e ainda de acordo com os estudos encontrados concordamos com Anke Bergmann e outros, num estudo publicado em 2005, onde é referida a importância da reabilitação, na prevenção, minimização e tratamento dos efeitos adversos do tratamento do cancro da mama. Sendo que esta pode ser realizada em diferentes fases da doença, favorecendo o regresso às actividades de vida diária e uma melhor qualidade de vida.

Contudo os mesmos autores e numa tentativa de equilibrar risco/benefício relativamente à mobilização do membro superior descrevem que *“a aderência dos retalhos cutâneos e a cicatrização da ferida operatória são prejudicadas pelas forças tensionais provocadas pelas incursões respiratórias e movimentos do ombro”*. Apesar disso a literatura evidencia que a contração muscular aumenta a circulação de retorno promovendo a drenagem linfática fisiológica. A imobilização total do membro superior favorece a aderência da ferida cirúrgica, diminuindo a formação de seroma, contudo pode levar a retracções importantes, limitando a amplitude de movimento e consequentemente aumentando o risco de outras complicações.

Assim, e segundo os mesmos autores, no sentido de prevenir complicações relacionadas com a restrição articular e linfedema, sem aumentar o risco de formação de seroma, a mobilização do braço deve ser iniciada no primeiro dia pós-operatório, limitada a 90^o de flexão, abdução e rotação externa do ombro homolateral à cirurgia, respeitando o limite de tolerância da doente. Caso não haja contra - indicações, a mobilização completa da amplitude articular pode ser iniciada após a remoção dos drenos e dos pontos.

Também Rezende e outros numa investigação em 2006, avaliaram a associação entre o tipo de exercícios realizados, direccionados ou livres, com a incidência de complicações, em que das 60 mulheres observadas no pré-operatório, nos 14, 28 e 42 dias no pós-operatório, os resultados indicam que as complicações não foram influenciadas pela forma e tempo em que são treinados os exercícios.

4- DO PROCESSO DE INTERPRETAR

Interpretar e, segundo a CIPE (2006, p. 135), é a *“ Acção de Avaliar com as características específicas: Compreender ou explicar alguma coisa”*, pelo que quisemos perceber de que forma as mulheres compreendem e explicam a

importância dos cuidados a ter com o membro homolateral, assim como os exercícios por elas realizados.

A avaliação faz parte integrante dos processos formativos, e tem como finalidade validar os conhecimentos, as capacidades e as aptidões adquiridas e/ou desenvolvidas pelos participantes. Neste ponto podemos dizer que a avaliação de todo este processo desde a transmissão da informação até à fase da interpretação permite-nos em primeiro lugar avaliar os resultados da aprendizagem, através da confirmação dos saberes e dos desempenhos da cada mulher, e em segundo lugar, permite-nos avaliar o processo formativo desenvolvido na instituição pelos vários intervenientes, de onde podem emergir novas necessidades de formação.

Assim, a avaliação tem um lugar importante pois permite-nos identificar se as finalidades, metas e objectivos foram atingidos, e em que medida, pelo que quisemos saber de que forma compreendem e são capazes de descrever a importância dos exercícios a desenvolver assim como dos exercícios a desenvolver.

CATEGORIAS	UNIDADES DE TEXTO	n	%
Categoria 3 - Interpretar			
1-Compreendi os cuidados a ter (não faço tanto esforço com o braço)	<i>“(…)Em casa algumas coisas adaptei-as, mas tenho que continuar a fazê-las, não faço com tanta regularidade, nem tão rápido como fazia (…)é mais devagar e pra não forçar tanto a direita, hoje limpo o quarto, amanhã a cozinha, depois o quarto... o que eu evitei mesmo (...) de passar a ferro(…)” E6: [425-435];</i>	11	91.6
2-Compreendi os exercícios ao braço (compreendi a importância dos exercícios)	<i>“(…) Disseram-me que o braço podia inchar e que depois era muito difícil desinchar, e que se não fizesse os exercícios podia ter dores no ombro(…)”. E2: [90-92];</i>	3	25
3-Ser capaz de explicar os cuidados a ter (sei quais os cuidados a ter)	<i>“(…)Ter muitos cuidados com os cortes para não infeccionar, hidratar muito bem, principalmente este braço, os detergentes usar sempre luva(…)” E6: [166-169];</i> <i>“(…) faço tudo de uma maneira diferente (...), jardinagem não faço, aspirar peço para me trazerem as coisas e faço com o outro braço, cozinhar cozinho com luvas, acabo por ter luvas</i>	8	66.6

	<i>em todo o lado, na casa de banho, na cozinha(...)</i> ” E10: [261-265];		
4-Ser capaz de avaliar benefícios dos exercícios ao braço (explica o benefícios dos exercícios)	<i>“(….)Mas estou melhor, já aperto o soutien, já penteio o cabelo (risos), lavo a cabeça, ponho creme, (...)</i> ” se não fizesse os exercícios podia ter dores no ombro E2: [61-63; 91-92];	6	50

Quadro 10: Sobre o interpretar, compreender e ser e ser capaz de explicar os cuidados a ter e os exercícios a realizar

Dos doze participantes percebemos que 91.6% interpretaram a necessidade dos cuidados transmitidos sobre o braço adaptando as suas tarefas domésticas, realizando-as de uma forma mais lenta, não fazendo essas tarefas com a regularidade com que as faziam evitando passar a sua roupa com o ferro eléctrico: i)66.6% interpretaram que os cuidados a ter com o braço eram importantes para prevenir a infecção do mesmo. Por isso hidratavam bem a pele, usavam luvas para proteger a pele dos detergentes, evitavam picar-se aquelas que gostavam de fazer jardinagem com o sentido de prevenir o risco de infecção; ii) 25% interpretaram a importância dos exercícios referindo que o facto de os realizar teria importância para o braço não inchar e para o ombro não doer; iii) os benefícios do exercício foram ainda corroborados por cerca de 50% referindo que os resultados desses exercícios permitiram uma maior amplitude de movimento do braço e da articulação escapulo-umeral de forma a permitir, com resultados evidentes que foram apertar o soutien, lavar e pentear o cabelo.

Da informação recebida, aquela que provocou mais impacto nos participantes relaciona-se com a informação sobre os cuidados a ter com o membro em detrimento daquela que se relaciona com os exercícios e sua importância, pelo que há uma maior percentagem dos que compreendem e sabem explicar os cuidados a ter com o braço em detrimento dos que compreendem os exercícios e são capazes de avaliar os seus benefícios.

Esta análise pode ser um reflexo da informação que receberam, das interações de que foram alvo, dos momentos de informação assim como das estratégias utilizadas no processo de informar. De referir que tendo em conta o “momento” em que é transmitida a informação, esta pode tornar-se mais ou menos significativa para quem a recebe. Estudo realizado por Gutiérrez e outros (2007), refere o facto de que nos meses após o tratamento cirúrgico, as principais preocupações das mulheres e dos familiares estarem voltadas para a recuperação

pós-operatória e para os resultados dos tratamentos propostos, fazendo com que se focalizem mais neste tipo de informação e no cumprimento das orientações que visem atingir esses resultados. Hora nesta perspectiva os resultados que se podem verificar a curto, médio e longo prazo centram-se aquando da alta nos ganhos em saúde a curto prazo, no âmbito da investigação que estamos a desenvolver é normal que os participantes interpretem com maior facilidade os benefícios relacionados com os cuidados à ferida cirúrgica e ao braço afectado.

5-DA INFORMAÇÃO À CAPACIDADE PARA TREINAR OS EXERCÍCIOS

Treinar e, segundo a CIPE é a “*Acção de Instruir com as características específicas: Desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa*” (2006, p. 137). Neste sentido, e em paralelismo com a formação para adultos, podemos dizer que treinar está relacionado com a formação prática, realizada em contexto hospitalar, sob a orientação de um profissional competente, que visa consolidar as competências e os conhecimentos previamente adquiridos, de modo a facilitar adaptação da mulher, promovendo o bem-estar e o auto-cuidado, prevenindo complicações e promovendo a readaptação funcional.

Treinar os exercícios implica que a mulher se sinta pessoalmente mais implicada na acção, isto é que tenha interpretado os seus benefícios, uma vez que, segundo alguns estudos, retemos: 10% do que lemos; 20% do que ouvimos; 20% do que vemos; 50% do que vemos e ouvimos simultaneamente; 80% do que dizemos; e 90% do que dizemos enquanto fazemos algo em que reflectimos e participamos pessoalmente. Deste modo, as mulheres ao sentirem que estão implicadas pessoalmente, sentem-se mais animadas em participar em todo o processo de aprendizagem.

Contudo para que a reabilitação consiga alcançar os resultados esperados, além de ser iniciada de imediato, deve contar com a adesão das mulheres. Aderir ao tratamento significa concordar com o mesmo e segui-lo conforme recomendado. Uma vez que, e segundo a Organização Mundial da Saúde, a adesão é um importante indicador da efectividade do sistema de saúde e ressalta que a

qualidade do relacionamento entre a equipa de saúde e utente é um dos factores determinantes da adesão. Vários são os factores que influenciam a adesão ao tratamento e por outro lado, a mudança de comportamento em saúde implica que os utentes percebem e acreditem que a prática de determinadas acções lhes trará benefícios, ou seja, que serão capazes de evitar complicações ou reduzir a sua gravidade (Gutiérrez et al., 2007).

Assim, quisemos saber o número de casos a taxa de adesão aos exercícios propostos, que exercícios foram treinados pelas mulheres por nós inquiridas, assim como o local onde desenvolveram esse treino e cujos resultados se apresentam no quadro seguinte.

CATEGORIAS	UNIDADES DE TEXTO	n	%
Categoria 4 - Treinar			
Subcategoria - Treinar exercícios do braço			
1-Local (em casa)		6	50
Roldana	<i>“(…)O meu marido colocou umas roldanas no tecto e quando me levanto faço logo(…)”</i> E1: [46-47]	3	25
“Tregar na parede”	<i>“(…)Fazia em casa mais o da parede(…)”</i> E8: [133-134];	3	25
2-Local (na fisioterapia)		2	16.6
“Tregar na parede”	<i>“(…)Os exercícios de tregar pela parede fazia cá, só quando fazia a RT(…)”</i> E1: [48-49];	1	8.3
Bastão	<i>“(…)Explicou-me o do pauzinho, o da vara, eu fiz esse lá”</i> E6: [211];	1	8.3
Frequência			
Ocasional	<i>“(…)Nos inícios tinha muitas dificuldades em fazê-los, o ombro não</i>	2	16.6

	<i>acompanhava o outro, agora já consigo fazer melhor. Quando estou mais em baixo não faço, quando me lembro faço, mas também não é todos os dias(...)</i> ”. E2 [57-60];		
Diariamente	<i>“(…)</i> Quando me levanto faço logo(...)” E1:46-47); <i>“(…)</i> Fazia algumas vezes por dia, umas cinco vezes por dia(...)” E8: [136];	8	66.6

Quadro 11: Quadro sobre o treinar efectivo (treino de exercícios ao braço).

Sobre o treinar os participantes referem fazê-lo essencialmente em casa cerca de 50% e na fisioterapia o que representa cerca de 16.6%. Dos exercícios treinados em casa os mais referidos são os exercícios da roldana (25%), sendo que os participantes desenvolvem diferentes formas de os realizar como a aplicação das roldanas por um familiar ou a utilização de substitutos como o uso de um cinto sobre a porta ou a fita do roupão. Estas pessoas fazem os exercícios de livre vontade e sozinhas. O exercício de trepar na parede representa cerca de 25%. O treino de exercícios na fisioterapia é feito quando os participantes iniciam tratamento de radioterapia. O motivo pelo qual devem realizar na fisioterapia é porque e como já referimos no capítulo primeiro, o exercício muscular proporcionado por estes exercícios promove a drenagem linfática, estimula a circulação reduzindo os efeitos nefastos da radioterapia e o risco de edema do braço. Os participantes referem que os exercícios que são treinados na fisioterapia é o trepar pela parede e o exercício do bastão sendo que qualquer um destes dois exercícios ocupa uma percentagem de 8.3%. Percebe-se pelo relato dos participantes uma fraca adesão logo seria interessante em estudos posteriores verificar a razão desta tal facto.

Relativamente ao número de vezes que os participantes treinam os exercícios, 16.6% referem que os treinam ocasionalmente, referindo estes participantes que os motivos estão relacionados com cansaço, e dor no ombro. Ora, estas razões podem estar relacionadas com a cirurgia que devido à dor conduzem a uma menor mobilização do braço e por conseguinte à rigidez do ombro e ao cansaço que está associado e descrito na literatura ao tratamento de radioterapia. Ainda, 66.6% referem que treinam diariamente os exercícios.

Panabianco e Mamede (2002) identificaram no seu estudo vários factores que podem influenciar o aparecimento de linfedema do braço, dos quais destacamos a não realização dos exercícios com o braço do lado operado em cerca

de 76.5% dos participantes. Os mesmos autores referem que os exercícios terapêuticos (treinos?) são um factor importante na prevenção do linfedema e da limitação da mobilidade do ombro do membro superior do lado operado, uma vez que foram identificadas no seu estudo, e das mulheres que desenvolveram edema (11), nove (81.8%) apresentou limitação de amplitude do membro, acrescentando-se ao facto de que dez (90.9%) das mulheres não faziam (treino) exercícios regulares.

Jammal (2008) num artigo de revisão de literatura cita o estudo de Silva et al. de 2004 referindo que as mulheres submetidas aos exercícios, referidos como tratamento fisioterápico, diminuem o seu tempo de recuperação e retornam mais rapidamente às suas actividades quotidianas. Na perspectiva deste estudo as mulheres readquirem amplitude de movimentos de braço, força, melhor postura, coordenação de movimentos, auto-estima reduzindo as complicações pós-operatórias.

CAPITULO IV
DOS RESULTADOS E DO DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE
PARA APRENDER

Nos contextos de saúde, nomeadamente no que importa aos ambientes de cuidados relativos às pessoas portadoras de cancro da mama e tipos de tratamento adjuvantes, a informação tem como finalidade proporcionar e potencializar o conhecimento sobre o processo, a tomada de decisão da pessoa, a manutenção da autonomia e independência para que possa gerir sinais e sintomas e utilizar os recursos disponíveis de forma eficaz e eficiente.

O Conselho Internacional de Enfermagem e a Ordem dos Enfermeiros preconizam a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), para o exercício profissional dos enfermeiros como forma de identificar áreas de atenção dos cuidados de enfermagem, potencializando a continuidade de cuidados, o planeamento, a execução, os registos e os ganhos em saúde. Nesta medida aquilo que é o alvo de atenção dos cuidados de enfermagem começa a ser diagnosticado e registado pelos enfermeiros permitindo uniformidade de linguagem entre o grupo profissional e ainda a investigação sobre os fenómenos de enfermagem.

Foi nesta perspectiva que nos comprometemos, neste estudo em entender o fenómeno designado como APRENDIZAGEM DE CAPACIDADES (CIPE, 2006, p. 85) por um grupo de mulheres mastectomizadas.

Dado que o citado fenómeno se caracteriza pela aquisição de saberes que permitem às mulheres mastectomizadas treino e a prática dos exercícios recomendados na literatura como os mais adequados: i) para a prevenção do edema/linfedema; ii) manutenção da funcionalidade do membro; iii) prevenção de deformidades posturais, entendemos partir para a análise dos dados obtidos através de entrevista a doze mulheres mastectomizadas sobre os processos de informação, os processos de instruir, os processos de interpretar e finalmente o resultado final - a consciencialização da importância do treino efectivo dos exercícios práticos recomendados pela equipa de saúde para o despiste e minimização das complicações inerentes a esta patologia e seu tratamento.

Relativamente aos resultados apresentados consideramos este estudo com validade interna sendo que para Guba e Lincoln (1991) a validade interna de um estudo diz respeito às construções e reconstruções do investigador isto é, ao

processo de codificação e a forma como ele tenta reproduzir os fenómenos em estudo sob o ponto de vista dos participantes.

Uma das formas de obter a credibilidade dos resultados segundo os autores é submetê-los à aprovação dos próprios participantes, dado que a forma como eles relatam as suas vivências tem a ver com as suas próprias culturas que eventualmente podem ser distorcidas pelo próprio investigador. Admitimos que não realizamos este processo pela simples razão que o espaço para a execução do estudo e relatório subsequente não permitem em termos de tempo, voltar a contactá-los para perceber se de facto os resultados obtidos eram exactamente o que queriam dizer nos seus relatos. Outro processo para permitir perceber a credibilidade dos resultados é o *peer defriefing* traduzido por revisão por pares. Este processo consiste em permitir que um par (um colega) que seja um profissional fora do contexto mas que tenha um conhecimento geral da problemática do processo de pesquisa e da análise de dados, que seja capaz de escutar as ideias e preocupações do investigador, possa proceder à análise dos dados e possa pronunciar-se. Neste sentido o processo foi emparceirado pela orientadora da dissertação.

Dado que somos enfermeira na área da oncologia e convivemos de perto com estas questões e, dado que a orientadora do estudo é também uma pessoa com prática e interesse nesta área, consideramos que os resultados obtidos têm critério de credibilidade.

Relativamente à transferibilidade ou validade externa que se refere à possibilidade dos resultados obtidos num determinado contexto poderem ser aplicados num outro contexto, diremos que não. As razões prendem-se com os contextos que têm que ser idênticos, como os participantes que têm de reunir condições sociodemográficas e culturais idênticas e, devem atender à dinâmica prevista para a aprendizagem de capacidades: quem são os profissionais envolvidos; quais são os processos de informar; como é desenvolvida a dinâmica entre a equipa; como está organizado o serviço de atendimento às mulheres mastectomizadas, entre outros aspectos.

Em síntese diríamos como refere Coutinho e Chaves (2002), diferentes contextos, diferentes condições conduzem a diferentes interpretações.

Os estudos de natureza qualitativa questionam a objectividade das realidades encontradas nos estudos. Um dos argumentos pode ser conforme Denzin & Lincoln (2000), que diferentes investigadores conduzem diferentes interpretações dado que pessoas diferentes podem encontrar múltiplas dimensões e diferentes dimensões no fenómeno em estudo. É nesta perspectiva que emerge o conceito de triângulação cuja perspectiva pode ser entendida como uma

combinação de pontos de vista, uma combinação de materiais empíricos e outros, cujo objectivo é construir uma estratégia capaz de acrescentar rigor, amplitude e profundidade à investigação. Aqui temos a dizer que a questão tempo foi crucial e limitativa sendo que a triangulação possível dos dados foi a confrontação dos resultados obtidos entre investigador e o orientador da investigação.

Assim e no que concerne aos resultados obtidos é fundamental problematizar as questões fundamentadas com a credibilidade do estudo, a transferibilidade dos resultados e a triangulação de dados. Especificamente sobre os resultados diríamos então.

Sobre os processos de informar

De toda a informação a que os participantes tiveram acesso aquela que se relaciona com a comunicação do diagnóstico e os possíveis tratamentos, transmitida essencialmente pelo médico, é a que causa maior impacto e produz mais efeitos, nomeadamente na procura de outras fontes de informação como a internet, no sentido de saberem mais, ou apenas para confirmarem áreas relacionadas com os temas em questão ou especificamente resolverem os medos, reduzirem ou aumentarem a ansiedade. O conhecimento do diagnóstico não é uma questão simples, pelo contrário, implica um processo de aceitação e de trabalho sobre a esperança que pode ser ou não potencializador da adesão à terapêutica e à coragem para continuar a viver.

O diagnóstico de uma doença oncológica implica um acompanhamento contínuo e requer por parte dos doentes um conhecimento e aprendizagem, pelo que pode socorrer-se de vários meios de transmissão de informação nomeadamente os profissionais de saúde. Deste modo é da competência destes reunir habilidades para que possam transmitir informação com significado, na hora adequada e certa, de forma correcta, conforme as necessidades da pessoa, e da habilidade de cada um em compreender o que lhe é transmitido. Neste sentido, a comunicação terapêutica envolve interacções planeadas em conjunto, que promovam relação terapêutica para que o profissional possa efectivamente ajudar a pessoa a adaptar-se aos constrangimentos que ocorrem com a doença e tratamento.

No que se refere às complicações decorrentes do tratamento cirúrgico, a maioria compreende e sabe explicar os cuidados a ter e, tenta seguir as indicações que são transmitidas, essencialmente pelos enfermeiros durante o internamento. No que se refere à realização dos exercícios que promovam a drenagem do membro homolateral, a manutenção da funcionalidade do mesmo, assim como a

prevenção de complicações como a diminuição da força, rigidez articular, alterações posturais e linfedema, este tipo de informação foi transmitida essencialmente pelo serviço de medicina física e reabilitação.

Em relação à informação relativa à continuidade de cuidados, isto é a preparação para a alta após o internamento cirúrgico, os participantes referem ter recebido informação que se relacionava com o tratamento da ferida, durante o internamento, e que esta lhes foi dada de forma oral e através da carta de alta pelos enfermeiros. Consideramos que a informação para a alta é insuficiente.

No que se refere aos exercícios com o membro a serem mantidos no domicílio, a informação foi-lhes dada maioritariamente pelo serviço de medicina física e reabilitação, quando em nossa opinião estes deveriam ter sido iniciados durante o internamento e os ganhos em saúde, supervisionados pelo enfermeiro de reabilitação.

Sobre as complicações decorrentes do tratamento cirúrgico, a maioria refere ter recebido informação sobre esforços com o braço homolateral, seguida daquela que se refere a actividades como a jardinagem e actividades domésticas que envolvam o uso de abrasivos e objectos cortantes. Concordamos com esta informação.

Não discutimos a importância que representa para estas mulheres a visita das voluntárias do movimento “Viver e Vencer”, no que se refere ao apoio, incentivo e motivação de alguém que viveu a mesma experiência. Elas são, sem dúvida muito importantes pelos relatos de vida, pelo apoio e pela orientação em áreas sociais existentes na comunidade e que são de extrema importância em todo este processo. Os testemunhos de vida permitem a construção de um conhecimento desconhecido até ao momento pelo sujeito e nesta medida, a possibilidade de antecipar e pensar a forma de gerir os problemas que se aproximam.

Contudo a informação de carácter médico e de enfermagem não deve ser descorada por quem tem o dever de a fazer, dado que uma percentagem de participantes refere ter recebido apenas desta associação informação relativa a cuidados e exercícios ao braço.

Sobre os processos de instruir

Para que se aprendam capacidades para além da informação, os participantes precisam de ser instruídos, isto é receber “informação sistematizada” sobre a forma de como realizar os exercícios, para que possam ser compreendidos, motivando-os para a iniciativa e interesse dos mesmos. Uma pequena percentagem de participantes assistiu à realização dos exercícios

desenvolvida por outras doentes, e um pequeno grupo assistiu à sua explicação e demonstração feita pelo fisioterapeuta. Em nossa opinião a metodologia é apropriada, assemelha-se de um modo ao modelo descrito pela teoria de Bandura, desconhecemos porque não investigado, se as premissas subjacentes ao modelo anteriormente descrito (modelo de instrução) foi ou não trabalhado da forma indicada. Da mesma forma custa-nos que estas intervenções sejam realizadas por profissionais não enfermeiros e que possivelmente não deterão nas suas práticas o paradigma holístico sobre os cuidados e que integra o exercício profissional de enfermagem.

No que se refere ao tipo de exercícios instruídos, metade dos participantes faz referência ao exercício da roldana, sendo que existem outros exercícios, que no nosso entendimento deveriam ser realizados, dado que cada conjunto de exercícios tem objectivos próprios.

Sobre os Processos de Interpretar

Mas que interpretações fazem os participantes de toda a informação que receberam, nomeadamente a que se relaciona com as complicações decorrentes do tratamento cirúrgico? Ou seja, de que forma compreendem e explicam a importância dos cuidados a ter com o membro homolateral, assim como os exercícios que devem manter após a alta? Os resultados indicam que a quase totalidade dos participantes compreende os cuidados a ter, contudo uma menor percentagem é capaz de os explicar, assim como uma percentagem ainda mais pequena é capaz de avaliar os benefícios dos exercícios ao braço afectado, e capaz de os manter no seu dia-a-dia. Ora parece-nos que aqui falta algum diálogo com as pessoas no sentido de percebermos a consciência sobre os processos e sobre aquilo que os enfermeiros podem fazer neste âmbito. Não há promoção da saúde, não há capacitação, não há *empowerment* sem que tenhamos trabalhado a interpretação dos factos com as pessoas no sentido da sua consciencialização dos processos.

Sobre os processos de treinar

No que se refere ao treino de habilidades, formação prática no sentido de serem consolidadas as capacidades/habilidades e os conhecimentos para a função, metade dos participantes treina alguns dos exercícios em casa, e destes mais de metade fá-lo diariamente, sendo o exercício da roldana e o de trepar a parede com o braço do lado afectado os mais referidos. Necessário referir que as

participantes que referem este aspecto citam o suporte familiar, especificamente o marido ou companheiro como motor desta função.

Em relação ao momento em que todo este processo de aprendizagem se inicia os resultados não são iguais para as diferentes participantes. Diríamos que há necessidade de estabelecer fases que pode ser o pós-operatório, a previsão da alta e a preparação do regresso ao domicílio. Alguns dos participantes referem que não foi dada prioridade a este tipo de informação uma vez que as suas preocupações do momento se prendiam com os resultados dos tratamentos efectuados, pela ansiedade de começar o tratamento seguinte o mais rápido possível, assim como planear estratégias de adaptação à sua nova condição de mulher mastectomizada. Assim, também a aprendizagem de capacidades e estratégias a desenvolver, deverão contemplar a fase emocional e física em que se encontra a mulher. Trabalhar informação sem que esta demonstre disponibilidade mental e física, revelou-se neste estudo ineficaz.

Como tal, a informação relativa a esta problemática revelou-se menos importante durante a fase de internamento e ainda durante algumas fases de tratamento em que devido ao cansaço gerado pelos efeitos do tratamento sobre o organismo a mulher se mostrou menos disponível para ouvir, ou realizar as recomendações dadas pelos vários profissionais. Em nossa opinião sempre que estes aspectos forem avaliados, o aconselhamento deverá ser feito não apenas ao próprio mas ao cuidador informal que pode ser o marido ou a pessoa significativa.

CAPÍTULO V
CONCLUSÕES E SUGESTÕES FUTURAS

A realização deste estudo permitiu-nos conhecer um fenómeno que apesar de o vivermos dia a dia, ao longo de vários anos, nos escapam os pormenores - a informação que na generalidade as mulheres mastectomizadas recebiam e em que medida essa informação possibilitou a aprendizagem de capacidades para gerirem o seu processo de saúde. Melhor dizendo, possibilitou-nos perceber como é que as mulheres com cancro da mama em fase de tratamento, foram informadas para os cuidados inerentes a ter após uma mastectomia radical, com vários tratamentos como a radioterapia, a quimioterapia, os efeitos que determinam sobre a energia da pessoa, e a aprendizagem de habilidades e capacidades para que possam vigiar a sua saúde, treinar os exercícios que promovam a sua recuperação, adaptação e regresso à sua vida quotidiana.

Dos resultados emergem as conclusões, que apresentaremos de seguida, que nos permitem dar resposta aos nossos objectivos.

Importa repetir que o diagnóstico de uma doença crónica como o cancro exige do próprio, uma actualização e reforço de conhecimentos constante, para que possa decidir e colaborar ou não, nas diferentes etapas que se vão desenvolvendo na luta contra a doença.

Segundo a Constituição da Republica Portuguesa (Carta dos Direitos dos Doentes), o doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde e tem o direito a dar ou a recusar o seu consentimento. Aqueles que aceitam submeter-se a tratamento cirúrgico com linfadenectomia precisam de desenvolver todo um processo de aquisição de conhecimentos/capacidades que lhes permitam não só decidir se querem ou não correr o risco e ainda quais os cuidados com a sua saúde para uma melhor adaptação à nova condição do seu corpo, do seu espírito e até da sua família. São inúmeras as variáveis em jogo para a sua decisão e os profissionais de saúde devem estar atentos e sensíveis a isso. A informação, a instrução, a interpretação dos processos, são aspectos que devem ser considerados no planeamento dos cuidados de saúde, para que as pessoas alvo de uma mastectomia com linfadenectomia e tratamentos coadjuvantes possam ter conhecimento e sensibilidade para gerir sinais e sintomas como edema/linfedema; alteração da funcionalidade do membro homolateral, tensão muscular e alterações posturais.

Conclusão I: Informar sobre o tratamento.

Para além de conhecer a sua condição de saúde a mulher com cancro a mama tem o direito de decidir sobre o tratamento que possa incapacitá-la para o resto da sua vida. Tem o direito de decidir depois de devidamente informada das consequências impostas pelos tratamentos e das limitações que daí poderão resultar e que poderão ou não tornar-se permanentes. Tem o direito de saber quais as alternativas para gerir sinais e sintomas. Tem o direito de decidir se quer, ou não deixar que a doença percorra o seu percurso de uma forma natural.

Conclusão II: Momento da informação.

Os momentos em que ocorre a informação são influenciados pelos contextos de cada pessoa, ou seja a vivência das diferentes fases da doença. Promove a adesão a um determinado tipo de informação em detrimento de outros, como refere a seguinte participante que passamos a citar, referindo-se ao dia em que teve alta e esteve na consulta de fisioterapia do hospital antes do seu regresso ao domicílio: “(...) *podiam estar a falar de coisas muito importantes, mas estavam-me a passar um bocado ao lado, porque queria era ir-me embora (...)*”, (E4:238-240).

Assim, o momento de informação sobre os cuidados inerentes ao tratamento cirúrgico por cancro da mama deve ser desenvolvido tendo em conta a singularidade que cada mulher representa. Dos resultados entendemos que não há momentos “chave”, mas que deve iniciar-se logo no pré-operatório, consulta, e continuar no pós-operatório imediato segundo recomenda a literatura atentando á cognição da mulher, á sua energia, á sua motivação e interesse para ouvir a informação. Apesar de considerarmos que a informação a gerar deve ser de entendimento de toda a equipa de saúde, merece-nos destaque a importância crucial que a enfermagem, nomeadamente a enfermagem de reabilitação pode ter nestes processos. Para que cada mulher que é submetida a tratamento cirúrgico por cancro da mama com linfadenectomia possa interpretar da forma mais adequada o que é melhor para a sua saúde evitando ou reduzindo incapacidades e promovendo a sua autonomia.

Conclusão III: Dificuldade em seguir as indicações que foram desenvolvidas nos processos de informar, instruir e treinar

Importa salientar que apesar dos processos desenvolvidos, existem condicionantes que não permitem a adesão e cumprimento das informações

desenvolvidas ao longo dos processos de informar, instruir e treinar, das quais destacamos o relato da participante da entrevista doze: *“(...)foram-me dadas imensas indicações em relação ao braço, cuidados a ter...Se eu segui algum? Não, nenhum(...) O meu filho tem 15 anos, tem paralisia cerebral, não anda(...)”*, (128-131); *“(...) “também nunca fiz exercícios nenhuns (...) depois fui trabalhar e andava na minha vida (...) sentia-me a recuperar”,* (139-143).

Concluimos que os processos inquinaram por falta de um standard do que deve ser informado, instruído ou treinado com estas mulheres, espartilhando-se algo que sendo do âmbito do exercício profissional do enfermeiro, sobretudo de enfermagem de reabilitação passa a ser informado pelo voluntariado ou treinado pelo fisioterapeuta.

Sugere-se um trabalho em que se reflecta sobre a melhor forma para desenvolver capacidades nestas mulheres - informação, processos de instruir e exercícios relacionados.

Conclusão IV: Partilha de Informação

Há uma necessidade premente de articulação entre os vários profissionais no meio hospitalar, para que a informação se desenvolva de forma sistematizada, utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, assim como a necessidade de articulação com os Cuidados de Saúde Primários, para que possam acompanhar as capacidades desenvolvidas pela mulher mastectomizada, e deste modo a assistência prestada possa ir de encontro às necessidades das mesmas sem que estas tenham de recorrer ao hospital sempre que algo corre mal ou necessitam de uma informação. Isto porque, do relato dos participantes, a partilha de informação a que nos referimos e que fazem parte das competências dos enfermeiros, apenas dizia respeito aos cuidados à ferida cirúrgica. Melhor dizendo, nenhuma das mulheres refere que da informação da carta de alta entregue naqueles serviços, fazia parte informação transmitida e relativa à aquisição de capacidades sobre a vigilância de sinais e sintomas, ou que tipo de informação sobre este aspecto lhe tinha sido transmitida, bem como capacidade e recurso para o treino dos exercícios.

Conclusão IV: Sobre a aprendizagem de capacidades

Do estudo também concluimos que não há uma adesão significativa dos participantes em relação ao treino dos exercícios recomendados na literatura.

Conforme encontramos apenas algumas que treinam os exercícios, esta fraca adesão pode estar relacionada com vários factores como a informação, o momento da informação, a inexistência de um padrão comum de capacidades a desenvolver ou performance a atingir. Não pudemos concluir se as metodologias de ensino desenvolvidas são adequadas, mas pudemos concluir que o trabalho sobre o desenvolvimento de capacidades para a gestão de sinais e sintomas pela própria mulher e da importância dos exercícios tendentes a reduzir o linfedema do braço não foi referido pelos participantes neste estudo.

As sugestões que propomos:

1. Prática Clínica

Parece-nos importante fomentar uma participação mais activa dos enfermeiros e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em todo o processo de aquisição de habilidades/capacidades da mulher mastectomizada, pelo que a sua preparação para a alta e regresso ao domicílio deve ser preparado cuidadosamente por uma equipa interdisciplinar sobre o informar, standard para instruir, aspectos a atender para perceber a interpretação das mulheres acerca da informação transmitida e acertar o tipo de exercícios que esta deve desenvolver para que se torne capaz de gerir com toda a autonomia e *empowerment* o seu processo de saúde e bem-estar.

Potencializar os processos de partilha de informação hospital/Cuidados de Saúde Primários e o *eHealth*.

2. Para a formação de Enfermeiros

Em relação à formação parece-nos importante realçar a importância da formação acerca desta problemática - a aprendizagem de capacidades, quer na formação inicial dos enfermeiros, quer na formação dos enfermeiros especialistas reflectindo conceitos standards de intervenções que gerem cuidados de enfermagem adequados e que potencializem esta área. Sendo que a formação e a actualização constante deve ser uma premissa na prática de enfermagem fundada na investigação sobre estes processos. Só investigando este fenómeno sobre mulheres com cancro da mama e tornando-nos agentes mais pró-activos no seu processo de reabilitação é que podemos conseguir em conjunto ganhos em saúde e economia na saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDURA, Albert - *A evolução da teoria social cognitiva*. In: Smith, K.G.; Hitt, M.A. *Great minds in management*. Oxford University Press, 2005.

BARAÚNA, Mário Antônio [et al.] - Avaliação da Amplitude de Movimento do Ombro em Mulheres Mastectomizadas Pela Biofotogrametria Computadorizada. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 50(1), 2004, p. 27-31.

BARDIN, Laurence - *Análise de conteúdo*. 3ªEd. Lisboa: Edições 70, 2004.

BASTOS, J.; BARROS, H.; LUNET, N. - Evolução da Mortalidade por Cancro da Mama em Portugal (1955-2002). *Acta Med. Port.* Nº20. 2007, p.139-44.

BERBAUM, J. - *Aprendizagem e Formação*. Porto: Porto Editora, 1993.

BERGMANN, Anke [et al.] - Morbidade após o tratamento para câncer de mama. *Fisioterapia Brasil*. Vol.1, nº 2 (Nov/Dez, 2000), p.101-108.

BERGMANN, Anke - Prevalência de Linfedema Subsequente a Tratamento Cirúrgico para Câncer de Mama. Dezembro, 2000. Dissertação de Mestrado.

BERGMANN, Anke [et al.] - Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III/INCA. *Revista Brasileira de cancerologia*. Vol.52, nº1. 2006, p.97-109.

BLAND, Kirby I. ; COPELAND, Edward M. - *A Mama: Tratamento Compreensivo das Doenças Benignas e Malignas*. S. Paulo: Manole, 1994.

BOGDAN, R; BIKLEN, S.K. - *Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994.

CAMARGO, Marcia C. ; MARX, Angela G. - *Reabilitação Física no Câncer de Mama*. 1ª ed. São Paulo: Rocca, 2000.

CAMPANHOLI, L.L.; GÓES, J.A.; ALVES, L.G.B.; NUNES, L.C.B.G. Análise Goniométrica no Pré e Pós-Operatório de Mastectomia com Aplicação de Protocolo Fisioterapêutico. Vol.2, nº1 (Jan/Mar 2006), p.14-23. RUBS, Curitiba

CARRÉ, P., MOISAN, A. - La Formation Autodirigée: Aspects psychologiques et Pédagogiques. France: L' Harmattan, 2002.

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0, 2006. ISBN: 92-95040-36-8

COUTINHO, C.P. e CHAVES, J.H. - O estudo de caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal. *Revista Portuguesa da Educação*. 15 (1), p.221-44, 2002.

DELISA, Joel A. - *Medicina de Reabilitação: Princípios e Prática*. Vol.2. S. Paulo: Manole, 1992

DEVITA, V.T.Jr. ; HELLMAN, S. ; ROSENBERG, S.A. - *Cancer: Principles e Practice of Oncology*. 7ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

DIAS, Maria do Rosário - *A esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro da mama*. 1ª ed. Lisboa: ISPA, 1997.

FABRY, H.F.J [et al.] - Cosmetic outcome of breast conserving therapy after sentinel node biopsy versus axillary lymph node dissection. *Breast Cancer Research and Treatment*. Nº 92 (2005), p. 157-62.

FERREIRA, Mª de Lurdes S.M. ; MAMEDE, Marli V. - Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* . Vol. 11, nº 3 (Maio-Junho 2003), p. 299-304.

FORTIN, Marie-Fabienne - *O processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.

GOBBI, F.C.M.; CAVALHEIRO, L.V. - *Fisioterapia Hospitalar: Avaliação e Planejamento do Tratamento Fisioterapêutico*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

GODINHO, E.R.; KOCH, H.A. - Fontes utilizadas pelas mulheres para aquisição de conhecimentos sobre câncer de mama. *Radio I Bras*. Vol.38, nº3 (2005), p. 169-173.

GONÇALVES, Paulo José Parente - *A acessibilidade à informação nas unidades de internamento hospitalar na perspectiva do doente*. Porto, 1999. Tese de Mestrado.

GUEMBAROVSKI, Roberta, L.; CÓLUS, Ilce M.S. - Câncer: uma doença genética. *Departamento de Biologia Geral - CCB. Universidade Estadual de Londrina* .2008.

GUTIÉRREZ, M.G.R. [et al.] - Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. *Acta Paulista de Enfermagem* . Vol.20, nº3 (2007), p. 249-54.

HACK, Lucas Flocke - Análise do comportamento motor de uma paciente submetida à mastectomia radical. *Revista brasileira em Promoção da Saúde*. Vol.22, nº1 (2009), Universidade de Fortaleza Brasil, p.61-65.

HAYES, Sandra C. [et al] - Lymphedema After Breast Cancer: Incidence, Risk Factors, and Effect on Upper Body Function. *Journal of Clinical Oncology*, nº21, vol.26, (July 20), 2008, p.3536-3542.

HESBEEN, Walter - *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência, 2003.

HOEMAN, Shirley P. - *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2000.

JAMMAL, M.P.; MACHADO, A.R.M.; RODRIGUES, L.R. - Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama: Artigo de Revisão. *O mundo da Saúde*. Vol. 32, nº4 (2008), p. 506-10

JÚNIOR, Ruffo de Freitas [et al.] - Linfedema em Pacientes Submetidas à Mastectomia Radical Modificada. *RBGO*. Vol. 23, nº4 (2001), p. 205-208.

KARADIBAK, D. ; YAVUZSEN, T. ; SAYDAM, S. - Prospective Trial of Intensive Decongestive Physiotherapy for Upper Extremity Lymphedema. *Journal of Surgical Oncology*. Nº. 97 (2008), p. 572-77.

KASPER, Anne S. ; FERGUSON, Susan J. - *Breast Cancer: Society, Shapes an Epidemic*. New York: Palgrave, 2002

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn A. - *Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas*. 4ª ed. Barueri, SP: Manole, 2005.

KOTTKE, Frederic J.; LEHMANN, Justus F. - *Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen*. 4ª ed. Vol. 2. São Paulo: Manole, 1994.

LAURIDSEN, M.; CHRISTIANSEN, P.; HESSOV, I. - The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: a randomized study. *Acta Oncológica*. 44 (2005) p. 449-457.

LEAL, Nara [et al] - Tratamentos fisioterapêuticos para o linfedema pós-câncer de mama: uma revisão de literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Nº.5, vol.17 Ribeirão Preto Sept. /Oct. 2009.

LINCOLN, Y. e GUBA, E. - *Naturalistic Inquiry*. New York. Sage: 1991.

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith - *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, A.A.; OLIVEIRA, A.M.; PRADO, C.B.C. - Principais genes que participam da formação de tumores. *Revista de biologia e ciências da terra*. Vol.2, nº 2 (2002).

MCNEELY, M. L [et al.] - Effect of Acute Exercise on Upper-Limb Volume in Breast Cancer Survivors: A Pilot Study. *Physiotherapy Canada*. Vol.61, nº4 (2009), p. 244-51.

MELO, M^a da Luz - *Comunicação com o doente - certezas e incógnitas*. 1ª ed. Loures: Lusociência, 2005.

MERCHANT, C.R. [et al] - Decreased muscle strength following management of breast cancer. *Disability & Rehabilitation* . Vol. 30, Issue15, 2008, p.1098-1105.

NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. - *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

OLIVEIRA, Irene Maria da Silva - *Vivências da mulher mastectomizada: abordagem fenomenológica da relação com o corpo*. Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. Porto: 2004.

OLIVEIRA, Mariana [et al.] - Exercícios para membros superiores durante radioterapia para câncer de mama e qualidade de vida. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetricia* . 32 (3), 2010, p. 133-138.

OTTO, Shirley E. - *Enfermagem em Oncologia*. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2000.

PADILHA, José Miguel dos Santos Castro - *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa - conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde*. Porto, 2006. Tese de Mestrado.

- PANOBIANCO, M.S.; MAMEDE, M.V. - Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. *Revista Latino-Am.Enfermagem* . Vol.10, nº4 (Junho-Agosto2002), p. 544-51
- PECKHAM, M. ; PINEDO, H.M. ; VERONESI, H. - *Oxford Textbook of Oncology*. Vol. II. Nova Iorque: Oxford University Press, 1995.
- PETITO, Eliana L. ; GUTIÉRREZ, Maria Gaby R. - Elaboração e Validação de um Programa de Exercícios para Mulheres Submetidas à Cirurgia Oncológica de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 54(3), p. 275-287 (2008).
- PETREK, Jeanne [et al.] - lymphedema in a Cohort of Breast Carcinoma Survivors 20 years after Diagnosis. *Journal Cancer*. Vol. 92, nº 6 (Sep. 2001), p.1368-1377.
- PETRONILHO, Fernando - *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau, 2007. Tese de Doutoramento.
- PHANEUF, Margot - *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- PHIPPS, W.J. ; LONG, B.C. ; WOODS, N.F. - *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 1ªed. 4º vol. Lusodidacta, 1990.
- PINTO, Jorge - *Psicologia da Aprendizagem: Concepções, teorias e Processos*. 1ª ed. Coleção Aprender. Instituto do Emprego e Formação Profissional: Dezembro 2003.
- POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- POMPEO, Daniele [et al.] - Actuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*. 20 (3), p. 345-50 (2007).
- POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. - *Grande Tratado de Enfermagem Prática: Conceitos Básicos, Teoria e Prática Hospitalar*. 3ª ed. São Paulo: Editora Santos, 1998.
- POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. - *Fundamentos de Enfermagem*. 6ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- PRADO, Maria Antonieta et al - A prática da actividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção e benefícios. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. Nº12 (Maio-Junho 2004), p.494-502.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van - *Manual de Investigação em Ciências Sociais: Trajectos*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998.

REZENDE, L.F.; FRANCO, R.L.; GURGEL, M.S.C. - Fisioterapia aplicada à fase pós-operatória de câncer de mama: o que considerar. *Revista de ciências médicas, Campinas*. 14(3), p. 295-302 (Maio/Jun.,2005).

REZENDE, Laura [et al.] - Exercícios Livres Versus Direcionados nas Complicações Pós-operatórias de Câncer de Mama. *Revista Associação Médica Brasileira*. 52(1), p. 37-42 (2006).

RIBEIRO, José Luís Pais - *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª ed. Oliveira de Azeméis: Legis Editora/Livpsic, 2010.

RIBEIRO, José Luís Pais - *Psicologia e Saúde*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 1ª ed. Estudos 6: Lisboa, 1998.

RIETMAN, J.S. [et al.] - Short-term morbidity of the upper limb after sentinel lymph node biopsy or axillary lymph node dissection for Stage I or II breast carcinoma. *Cancer*. 98(4), 2003, p. 690-6.

RIETMAN, J.S [et al.] - Treatment-Related Upper Limb Morbidity 1 Year after Sentinel Lymph Node Biopsy or Axillary Lymph Node Dissection for Stage I or II Breast Cancer. *Annals of Surgical Oncology* . Nº 11 (Nov. 2004), p. 1018-24.

RIETMAN, J.S [et al.] - Long term treatment related upper limb morbidity and quality of life after sentinel lymph node biopsy for stage I or II breast cancer. *Journal of Cancer Surgery*. Nº32 (Jan. 2006), p. 148-152.

ROTHROCK, Jane C.; McEWEN, Donna R. - *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. 13ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008.

SAGEN A.; KARESEN R.; RISBERG M.A. - Physical activity for the affected limb and arm lymphedema after breast cancer surgery. A prospective, randomized controlled trial with two years follow-up. *Acta Oncologica*, vol.48, 2009; p. 1102-10.

SANTOS, Célia Samarina Vilaça de Brito - *Doença oncológica: representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida do doente e família*. Coimbra: Formasau, 2006.

SCHWARTZ, Seymour, I. - *Princípios de cirurgia*. 6ª ed. Vol. I, México: Interamericana. McGraw-Hill, 1996.

SEELEY, R.R. ; STEPHENS, T.D. ; TATE, P. - *Anatomia & Fisiologia*. 1ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 1997.

SERRA, Miguel Nunes - *Aprender a ser doente: processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar*. Loures: Lusociência, 2005.

SILVA, M.P.P [et al.] - Movimento do ombro após cirurgia por carcinoma invasor da mama: estudo randomizado prospetivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90º no pós-operatório. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Vol. 26, nº 2(2004), p. 125-30.

SMELTZER, Suzanne, C. [et al.] - Brunner & Suddarth - *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*. Vol. I, 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SOARES, Gonçalo; FRAZÃO, Stela. - *Guia da mulher submetida a cirurgia da mama*. Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil: Serviço de Medicina Física e Reabilitação.Lisboa, Novembro, 2001.

SOUSA, Liliana - *Sobre... Vivendo com cancro: o doente oncológico e a sua família*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi editores, 2007.

SOUZA, V. P [et al] - Fatores Predisponentes ao Linfedema de Braço Referidos por Mulheres Mastectomizadas. *Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro*. Vol.15, nº1 (jan/mar. 2007), p. 87-93.

TEIXEIRA, José A. Carvalho - A esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro da mama. *Análise Psicológica*. Vol.17, nº3 (Set.1999), p. 559-60.

TOSELLO, Célia - Câncer de Mama: Situação Atual e Perspectivas. *Prática Hospitalar*. Ano IX, nº 51 (Mai-Jun. 2007), p. 101-104.

VALA, J. - *A análise de conteúdo*. In SILVA, A. S. & Pinto. J. M. (Eds). *Metodologias das Ciências Sociais*. 6ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 1986.

VEIROS, I.; NUNES, R.; MARTINS, F.- Linfedema do Membro Superior. *Acta med. Port.*, nº20, 2007, p.335-340.

WAY, Lawrence W.; DOHERTY, Gerard M. - *Cirurgia: Diagnóstico & Tratamento*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.: 2004.

ANDERSON, Trine R.; RULAND, Cornelia M. - Cancer patients' questions and concerns expressed in an online nurse-delivered mail service: preliminary results.*Centre for Shared Decision Making and Nursing Research, Rikshospitalet University Hospital H F [Em linha]*. Vol. 146, 2009, p. 149-53. [Consult. 23 Nov.

2010]. Disponível na Internet:
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=17&sid=1ab4f957-3a26-4e7480eaed16e178132b%40sessionmgr13&vid=5&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=19592825>

Associação Portuguesa Dos Enfermeiros de Reabilitação (APER) - Contributos Para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 [Em linha]. 2010. [Consult. 20 Abril 2011]. Disponível na Internet:
http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/PNS2011_2016.pdf

GLOBOCAN 2008 - International Agency for Research on Cancer (World Health Organization): Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008. [Em linha]. [Consult. 20 Maio 2011]. Disponível na Internet: <http://globocan.iarc.fr/>

LACOMBA, María Torres [et al.] - Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *BMJ*. [Em linha]. 2010; 340:b5396. [Consult. 30 Junho 2011]. Disponível na Internet: <http://www.bmj.com/content/340/bmj.b5396.abstract>

LASINSKI, Bonnie, B., MA, PT, CLT LANA - Lymphedema and Exercises - Exercise for Lymphedema Benefits Supported by Studies. [Em linha]. [Consult. 6 Dez. 2010]. Disponível na Internet:
<http://www.lymphedema-therapy.com/lymphedema-exercise.html>

MAMEDE, M.V. - Reabilitação de Mastectomizadas: um novo enfoque assistencial - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, universidade de São Paulo. Tese, 1991. [Consult. 06 Julho 2011]. Disponível na Internet: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=143664&indexSearch=ID>

MAMEDE, Marli [et al.] - Orientações Pós Mastectomia: O Papel da Enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Vol. 46, nº1 (Jan/Fev/Mar 2000), p. 57-62. [Consult. 06 Julho 2011]. Disponível na Internet: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=279246&indexSearch=ID>

MARTINS, José Carlos Amado - *Doentes oncológicos querem mais informação sobre o seu estado*. [Em linha]. Diário Digital / Agência Lusa. [Consult. 30 Junho 2011]. Disponível na Internet: <http://aeiou.expresso.pt/saude-estudo-universitario-revela-que-doentes-oncologicos-querem-mais-informacao-sobre-o-seu-estado=f452048>

POP- Portal de Oncologia Português [Em linha]. [Consult. Dez. 2010 a Julho 2011]. Disponível na Internet: <http://www.pop.eu.com/>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Portal da saúde. Direitos e Deveres do Utente. [Em linha]. [Consult. 10 Dez. 2010]. Disponível na Internet: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/direitosdeveresdoente.htm>

PRADO, MAS - Aderência à atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama. [Em linha]. Dissertação. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2001. [Consult. 06 Julho 2011]. Disponível na Internet: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-12032002-102415/pt-br.php>

RORENO - Registo Oncológico Regional do Norte: ano de 2008. [Em linha]. [Consult. 14 Dez. 2010]. Disponível na Internet: http://www.ipoporto.min-saude.pt/Estatistica/registoncologico/?sm=9_3

SANTOS, Catarina Gomes Rodrigues - *Avaliação da patogenicidade de mutações germinativas de significado desconhecido nos genes BRCA1 e BRCA2 em famílias Portuguesas*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. [Em linha]. 2011. [Consult. 20 Maio 2011]. Tese de Mestrado. Disponível na Internet: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9163>

ANEXOS

	pág.
ANEXO I - GUIÃO DE ENTREVISTA	140
ANEXO II - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO SOBRE APLICAÇÃO DO ESTUDO À COMISSÃO DE ÉTICA DO IPO - PORTO	143
ANEXO III - AUTORIZAÇÃO DA ESCOLA PORTUGUESA DE ONCOLOGIA DO PORTO E DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE E DO DIRECTOR DA CLÍNICA DE MAMA DO IPO -PORTO	148
ANEXO IV - CONSENTIMENTO INFORMADO	150
ANEXO V - TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA NÚMERO SEIS	152

ANEXO I
GUIÃO DE ENTREVISTA

GUIÃO DE ENTREVISTA

Título do Estudo: acessibilidade à informação pela mulher mastectomizada desde o internamento à alta, para a continuidade de cuidados.

Entrevistador: investigador e autor do estudo.

Local da entrevista: a designar pelo entrevistado.

Data e hora: a determinar.

Duração da entrevista: cerca de 30 minutos.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Este documento destina-se à recolha de dados para a realização de um trabalho de pesquisa sobre acesso à informação por parte das mulheres submetidas a cirurgia radical por cancro da mama.

Pedimos a sua colaboração, respondendo de forma sincera aos itens seguintes. Garantimos desde já o anonimato. Gratos pela sua ajuda e disponibilidade.

ENTREVISTA Nº _____

1. Residência

Rua/Lugar: _____

Freguesia: _____

Concelho: _____

2. Contacto: Telefone: _____ Outro _____

3. Data de nascimento: ___/___/___

4. Estado civil:

a. Solteira _____

b. União de facto _____

c. Casada _____

d. Viúva _____

e. Outra situação _____

5. Profissão/ocupação:

a. Doméstica _____

b. Agricultora _____

c. Professora _____

- d. Médica___
 - e. Enfermeira___
 - f. Operária fabril___
 - g. Reformada___
 - h. Outra (especificar) _____
6. Que formação académica tem?
- a. Sem estudos (não sabe ler nem escrever) ___
 - b. Sem estudos (sabe ler e escrever) ___
 - c. Ensino primário (4º ano de escolaridade) ___
 - d. Ensino secundário (9º a 12º ano) ___
 - e. 1º ciclo ___
 - f. 2º ciclo ___
7. Pratica exercício físico com regularidade? _____

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Como se sente relativamente à sua situação de saúde?

Na primeira consulta o que lhe foi explicado, recorda-se?

Quantas consultas teve após a alta do serviço de internamento?

Quer relatar-me quanto tempo durou o seu internamento e como decorreu o tratamento cirúrgico?

Durante o seu internamento surgiram-lhe dúvidas sobre algum assunto?

Como as resolveu? A quem perguntou?

Que informação lhe foi dada como preparação para a alta?

Como foi dada essa informação? Qual o local? Quem lha deu?

Já em casa, como se adaptou, sentiu dificuldades? Como as ultrapassou?

Procurou informação? Quem lha forneceu?

Quais os aspectos informativos que considera importantes dar às senhoras antes da alta?

De que forma acha que podemos informar melhor, quer dar sugestões?

ANEXO II

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO SOBRE APLICAÇÃO DO ESTUDO À COMISSÃO DE ÉTICA DO
IPO - PORTO**

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO (IPOP)

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Acessibilidade à informação, pela mulher mastectomizada desde o internamento à alta, para a continuidade de cuidados

Ilídia Maria Martins da Costa

Sob a orientação da Professora Doutora Olga Fernandes – ESEP

Porto, Dezembro de 2010

ENQUADRAMENTO

O presente estudo surge no âmbito da dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, em que a problemática se prende com a acessibilidade à informação por parte da mulher mastectomizada e a sua influência no seu processo de adaptação à sua nova condição de mulher mastectomizada.

Das patologias oncológicas descritas no Registo Oncológico de 2008, o cancro da mama representa cerca de 38,2% dos tumores nas mulheres na região do Norte do país (RORENO).

A cirurgia, e sobretudo se acompanhada por radioterapia, pode determinar complicações físicas, imediata ou tardiamente à cirurgia tais como: diminuição da amplitude da articulação do ombro; diminuição da força do membro homolateral; linfedema e variados graus de fibrose da articulação escapuloumeral (Araújo R.Z.; Mamede M.V., Cit. Por Prado M.A.S., 2004, p.495).

Estudos recentes vêm contrariar atitudes e procedimentos que eram defendidos no sentido de limitar a actividade do membro homolateral da mulher mastectomizada. Tais estudos vêm reformular as recomendações feitas a essas mulheres, dando-lhes a

probabilidade de se reabilitar, ao invés de serem proibidas de realizarem determinadas tarefas (Portal de Oncologia Português, 2010).

Estarão bem preparadas as mulheres quando regressam a casa? Terão elas adquirido informação durante o internamento? Que estratégias utiliza no domicílio para responder de forma eficaz às dificuldades sentidas? Estas questões levam-nos à problemática do presente estudo “a acessibilidade à informação pela mulher mastectomizada”.

A equipe de saúde e, nomeadamente os Enfermeiros, desempenham um papel estratégico na partilha de informação com os doentes, de modo a que estes consigam adaptar-se aos desafios de saúde com que se deparam após a alta hospitalar (Petronilho, 2007,p.18).

A escolha do tema, *acessibilidade à informação pela mulher mastectomizada desde o internamento à alta, para a continuidade de cuidados.*, tem como finalidade permitir conhecer de que forma é percebida, pelas mulheres mastectomizadas, a informação que é dada durante o internamento, e na consulta para a continuidade de cuidados.

De acordo com a finalidade apresentada, perspectivamos a seguinte questão norteadora para o estudo:

Quais as necessidades de informação sobre os problemas físicos, decorrentes da mastectomia total com ressecção ganglionar subaxilar, verbalizadas pelas mulheres assistidas na 2ª consulta da mama (pós - operatório), no IPOP? De que forma acederam à informação para a continuidade de cuidados e completo bem-estar?

ASPECTOS RELATIVOS AO DESENHO DO ESTUDO

Em função da natureza das questões enunciadas, desenhamos um estudo de carácter **descritivo-exploratório**. Descritivo porque “consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta” (Fortin, 1999, p.163). Exploratório, atendendo a que, dada a pesquisa realizada e o tema específico em questão não foram encontrados muitos estudos, nomeadamente em Portugal e especificamente ligados à Enfermagem de reabilitação.

Pretende-se um estudo de natureza qualitativo em que a investigação é baseada na realidade e pontos de vista daqueles que estão sob estudo. Realidade e pontos de vista que não são conhecidos ou compreendidos inicialmente (Lincoln e Guba, 1985), Cit. por Polit, Beck & Hungler, 2004, p.200.

População e amostra: A partir de uma população alvo constituída por todas as mulheres sujeitas a tratamento por cancro da mama, procedemos à delimitação de um grupo específico de mulheres que obedeciam a particularidades por nós estabelecidas, tais como: contexto institucional (IPOP); mulheres com idade adulta e com capacidade de decisão autónoma; o tipo de tratamento efectuado (mastectomia total com esvaziamento ganglionar subaxilar); e por último que tenham sido operadas há mais de três meses e menos de um ano.

Método de colheita de dados: Pretendemos um método que nos permita alguma flexibilidade, pelo que utilizaremos a entrevista semi-estruturada conforme anexo.

Método de análise de dados: Os dados recolhidos serão transcritos e sujeitos a análise de conteúdo.

Contexto da realização do estudo: Consulta da mama do IPO do Porto no período de Fevereiro a Maio de 2011.

Aspectos éticos: Na realização deste estudo serão respeitados aspectos éticos determinados pelos códigos de ética, tais como: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal. Segue em anexo o consentimento que será pedido às senhoras que aceitem participar no estudo.

Implicações para a prática: Os resultados deste estudo serão colocados ao dispor da instituição. Os resultados poderão ser incorporados em projectos futuros relacionados com a informação para a continuidade de cuidados, tendo em vista a melhoria da acessibilidade à mesma por parte das mulheres mastectomizadas.

Contactos: Ilídia Maria Martins da Costa; Tlm: 966484819;

e-mail: lykcosta@hotmail.com

Referências Bibliográficas:

FORTIN, Marie-Fabienne - *O processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.

PETRONILHO, Fernando - *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau, 2007. Tese de Doutoramento.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRADO, M.A.S Et al - A prática da actividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. *Revista Latino-Americana Enfermagem* [Em linha]. nº12 (Maio-Junho 2004), p.494-502. [Consult. 6 Dez. 2010]. Disponível na Internet:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300007&lng=en&nrm=iso

RORENO - Registo oncológico regional do norte: ano de 2008. [Consult. 14 Dez. 2010]. Disponível na Internet: http://www.ipoportor.min-saude.pt/Estatistica/registoncologico/?sm=9_3

POP- portal de oncologia português - *Levantar pesos pode beneficiar sobreviventes de cancro da mama*. [Consult. 14 Dez. 2010]. Disponível na Internet: <http://www.pop.eu.com/news/3712/5/Levantar-pesos-pode-beneficiar-sobreviventes-de-cancro-da-mama.html>

A requerente

ANEXO III

**AUTORIZAÇÃO DA ESCOLA PORTUGUESA DE ONCOLOGIA DO PORTO E DA COMISSÃO
DE ÉTICA PARA A SAÚDE E DO DIRECTOR DA CLÍNICA DE MAMA DO IPO - PORTO**



IPO PORTO
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO I.P. EPE

Escola Portuguesa de Oncologia do Porto

Exma. Senhora
Enf^a Ilidia Maria Martins Costa
Unidade de Cuidados Intermédios
IPOPFG, EPE

Porto, 2011/03/14

Assunto: Autorização de recolha de dados

Relativamente ao assunto em epígrafe e após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde e do Director da Clínica de Mama, informamos se encontra devidamente autorizada a recolha de dados pretendida.

Apresentamos os melhores cumprimentos,

Enf.^a Formacao Monteiro
Enf.^a Costa
N.º M.º 42

Prof. Doutor Rui Henriques
Director da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto

Escola Portuguesa de Oncologia do Porto (EPOP)
Rua Dr. António Bernardino de Almeida 4200-072 PORTO - Tel. 225 084 000 - Extensão 5204
Fax: 225 084 022 - E-mail formacao@ipoporto.min-saude.pt

ANEXO IV
CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CARA PARTICIPANTE,

Sou enfermeira no IPO do Porto e estou a desenvolver, como aluna do mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, um estudo que tem como objectivos: perceber que informação lhe foi dada para a continuidade de cuidados, por quem, e em que momento de contacto com o IPO; identificar as principais dúvidas que lhe surgiram quando lhe foi comunicada a alta; perceber em que medida essa informação foi importante para a continuidade de cuidados, assim como as estratégias utilizadas perante eventuais dificuldades.

Esta investigação é importante, porque visa conhecer o “ponto de situação” sobre a percepção da informação pela mulher mastectomizada, de que forma é procurada e utilizada para que possa minimizar os efeitos dos tratamentos, nomeadamente no que se refere às limitações físicas.

A sua participação no estudo não envolve qualquer risco, sendo apenas solicitada a sua colaboração na elaboração de uma entrevista que terá um tempo aproximado de trinta minutos, e que pretendo que seja gravada para posterior transcrição e análise dos dados.

Os dados serão sujeitos a absoluta confidencialidade e será garantido o anonimato.

A sua participação no estudo é voluntária, podendo cessar a sua colaboração a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalização. Assim, solicito-lhe o seu consentimento por escrito, em como aceita participar no estudo depois de devidamente informada e esclarecida.

Muito obrigada pela sua colaboração

A investigadora, Ilídia Maria Martins da Costa

Declaro que compreendi tudo quanto me foi explicado e que estou consciente da minha participação no estudo.

A participante,

_____ Porto, ___de _____ de

2011

ANEXO V
TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA NÚMERO SEIS

CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE, DO LOCAL E DO MOMENTO DA ENTREVISTA

DIAGNÓSTICO	CA da mama direita.
IDADE	33 Anos.
ESCOLARIDADE	12º ano.
ESTADO CIVIL	Solteira.
PROFISSÃO	Empregada de balcão, actualmente de baixa médica.
DATA DA CIRURGIA	04 de Outubro de 2010, esteve 5 dias internada e sem intercorrências. Alta há 6 meses.
TRATAMENTOS REALIZADOS	Quimioterapia, aguarda iniciar Radioterapia e actualmente a realizar hormonoterapia.
AGREGADO FAMILIAR	Vive com namorado e 2 filhos (13 e 3 anos).
LOCAL DA ENTREVISTA	Num dos gabinetes da consulta da mama, antes da consulta.
ANTECEDENTES FAMILIARES E/OU PESSOAS PRÓXIMAS COM CANCRO	Desconhece.

ENTREVISTA

		Memo
1	P1- Como se sente em relação à sua situação de saúde?	
2	Fisicamente, no dia de hoje, como já passou a quimio,	
3	eu digo: nada deve ser pior que a quimio. Se eu aguentei	
4	a quimio agora aguento qualquer coisa que me digam pra	
5	fazer, porque todos os tratamentos que me disseram é	
6	pra fazer isto, concorda ou não, eu digo sempre que sim.	
7	Porque os médicos acham que tem que ser feito, eu faço.	
8	Fisicamente a quimio custou-me bastante, se tem que	
9	ser, tem que ser... falta a radio, se tenho que fazer a	
10	radio, eu faço a radio, se falta fazer tratamento hormonal	
11	eu faço... e tudo o que tenha que ser feito, custe ou não	
12	custe, eu faço.	
13	Psicologicamente há dias que me custa mais, e outros dias	
14	que não... é tudo junto...	
15	É a vida que mudou, é tudo junto... mesmo fisicamente a	
16	gente a olhar pra nós, sem o peito...	
17	Na quimio ficava muito cansada pela vida que a gente	
18	leva... não tinha muitas ajudas. O que a gente precisava	
19	era de... porque se eu fosse sozinha nem que eu ficasse	
20	em casa de manhã à noite sozinha, deitada ou... comer ou	
21	sem comer, a gente desenrascava-se, mas tendo filhos,	
22	tendo o nosso dia-a-dia, ter que levar à escola... Ainda por	
23	cima a pequenita precisa de muita atenção, levar à ama,	

<p>24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72</p>	<p>ir buscar, dar de comer... tinha dias que eu não conseguia mesmo.</p> <p>E depois, da cabeça a gente não tem paciência, custou-me, com a quimio custou-me bastante. A primeira semaninha eu nem conseguia levantar a cabeça, eu queria e não tinha forças... mas tinha de ser eu tinha de fazer as coisas, eu tinha que fazer as coisas em casa, eu tinha que arrumar, eu tinha que fazer de comer.</p> <p>Além disso, eu não tenho mais ajudas, porque a pessoa com quem eu estou não ajuda nada, não entende... em vez de nos pôr pra cima só nos põe pra baixo, embora isso é um caso à parte...</p> <p>No meu caso foi isso, não me ajudou nada porque desde que fiquei doente, não sei, não sei, se é a maneira dele de reagir à doença, ou qualquer coisa, porque também ele nunca me acompanhou a nenhum tratamento, em vez de me ajudar, ele afastou-se, não me ajudou em nada, não me apoia em nada, nisso não tive sorte, mas de resto é o de menos isso... todo o mal fosse esse...</p> <p>P2- Quando lhe é comunicado o diagnóstico e lhe comunicam os possíveis tratamentos, quais são as principais dúvidas que lhe surgem?</p> <p>Eu senti um caroço no peito, só que não fui logo, só ao fim de 2, 3 meses é que fui à médica. Também, entretanto a minha médica de família estava para se reformar, eu não tinha consultas, era preciso ir pra vagas, e depois eu também não podia faltar no trabalho, porque eu tinha dois empregos. Entrava às seis da manhã e só saía às dez da noite, e não tinha tempo para ir ao médico e fui deixando andar, deixando andar...</p> <p>Depois quando fui já nem tinha médico de família, mas depois foi tudo muito rápido, porque no laboratório ao fazer a mamografia, a Dra. de lá viu que já não era muito normal e fez-me logo o relatório na hora, e pediu-me logo pra ir ao médico.</p> <p>E depois o médico mandou-me logo o fax praqui e pouco tempo depois chamaram-me e foi tudo muito rápido.</p> <p>Pra já não tenho que dizer de nada nem de ninguém aqui do IPO, são muitos directos, mas é o que tem que ser mesmo, não há rodeios.</p> <p>Eu vim à 1ª consulta que era pra fazer a biopsia, e depois da biopsia é que se tinha o resultado, mas não foi preciso isso, a médica com a mamografia na mão, ela disse-me logo: que era um tumor maligno, mas mesmo assim, no dia fez-me a biopsia só pra confirmar... ela disse-me logo, o que era e que tinha que ser operada...</p> <p>Ainda voltei a vir a outra consulta, que me aconselharam, que no meu caso era melhor tirar o peito todo, porque o meu era muito central, era mesmo por trás do bico, que</p>	<p>“chora”</p>
---	--	----------------

73	mulheres que só tiram um bocado têm mais probabilidade	
74	de voltar a aparecer e assim... Elas aconselharam-me que	
75	era melhor tirar o peito... embora me dessem a escolher e	
76	tudo... mas eu disse, tem que ser, tem que ser, se é pra	
77	tirar todo, tiro todo.	
78	Informaram-me de tudo realmente, disseram-me, isto foi	
79	em Agosto ou Setembro, depois vim fazer exames e	
80	análises e assim e depois fui logo operada.	
81	O mal é só esse como é cancro assusta, só que eu vinha	
82	preparada para um cancro, e quando me dizem que é um	
83	tumor maligno eu pensei que fosse uma coisa ainda muito	
84	pior. Quando é tudo a mesma coisa, é tudo uma doença,	
85	e a gente só pergunta: “mas eu vou morrer”?	
86	Desde que fiquei doente foi a única vez que eu chorei, foi	
87	quando me disseram “tumor maligno” na consulta. A	
88	médica também me aconselhou a não vir sozinha, vir	
89	sempre acompanhada e assim, mesmo até porque depois	
90	“a menina nem ouve mais nada, nem retém informação	
91	nenhuma, o acompanhante ainda absorve mais	
92	informação e tudo”.	
93	Ela também me explicou que, não há certezas de nada...	
94	porque a todas as consultas que vim até ser operada, não	
95	era sempre a mesma, eu apanhei vários médicos, só	
96	depois é que foi sempre a Dra.xxx que me seguiu depois	
97	nos tratamentos.	
98	Uma vez foi um médico, depois uma médica, depois eram	
99	muitos, calhou-me sempre vários mas todos... depois cada	
100	um... um dizia umas coisas, outros diziam outras, mas	
101	sempre perguntei... a minha ideia era: “tou doente, vou	
102	morrer”? E foram eles que me responderam: “a gente não	
103	tem certezas de nada, porque a menina também pode	
104	sair à rua e ser atropelada e morreu... a gente tá aqui é	
105	pra tratar, para futuramente não voltar a aparecer”.	
106	Porque também me disseram que é como se já estivesse	
107	curada, já fui operada, já retirei tudo, os tratamentos	
108	que estou a fazer é para futuramente não voltar a	
109	aparecer, para se houver ainda aquela célula ainda	
110	espalhada que tivesse escapado... acho que era essa coisa	
111	que a gente pensava...”a gente vai morrer”?	
112	A gente ouve tanta história, de pessoas que sim, que	
113	conseguiram ultrapassar, mas muitas que desde que	
114	descobriram têm 2/3 meses e ... vão, independentemente	
115	da idade, foi o que eu disse, se eu tivesse cinquenta,	
116	sessenta... hoje em dia não há idade pra isso.	
117	Além dos médicos também tive consulta com os	
118	enfermeiros, normalmente era... o que a médica nos dizia	
119	também... depois eu ia ter com a enfermeira e	
120	normalmente a enfermeira recapitulava o que a médica	
121	nos dizia, como o tipo de tratamentos... sempre fui à	

122	enfermeira, de cuidados a ter depois, de tudo.... Sempre	
123	fui aos enfermeiros...	
124	Antes da cirurgia pouca coisa foi (refere-se ao que lhe foi	
125	dito pelos enfermeiros), porque eu estava bem, eu sentia-	
126	me bem, embora o cansaço e os sintomas que me davam,	
127	eu pensei que eram sintomas normais do dia-a-dia de	
128	qualquer pessoa porque eu sentia-me muito cansada e às	
129	vezes doía-me o braço mas nunca... O meu trabalho assim	
130	o exigia, o cansaço e as dores no corpo, essas coisas... mas	
131	de enfermeiros, realmente lembro-me mais depois da	
132	operação. Antes não me lembro tanto do que é que eles	
133	me possam ter dito.	
134	Explicaram-lhe que teria que fazer esvaziamento	
135	axilar?	
136	Sim, sim. Isso não (refere-se às consequências que advêm	
137	do esvaziamento), porque na altura explicaram-me, até	
138	foi a ginecologista porque eu fui a uma consulta de	
139	ginecologia, ela é que me explicou, assim em termos... em	
140	calão, não é, prá gente perceber palavras médicas... dos	
141	gânglios, das axilas... ela explicou-me temos o grau I, o II	
142	e o III, ela assim... se tiver no I e se já não tiver no II, já	
143	não tem necessidade de tirar o II e o III, se só tiver no I...	
144	ela assim a explicar. E eu perguntei: mas a gente precisa	
145	disso pra alguma coisa? Dos gânglios, isso não nos vai	
146	fazer falta pra nada? E disseram-me que não. Foi outro	
147	médico que me disse que não, que não era preciso pra	
148	nada, que não tinha problemas nenhuns, que eu tinha	
149	uma vida normal e essas coisas.	
150	P3- Quando é internada, surgem-lhe dúvidas, tem	
151	receios ou medos?	
152	Só quando eu fui operada é que estava comigo... porque	
153	sinceramente na operação o médico não veio ter comigo e	
154	me disse: olhe fez-se isto, fez aquilo, não. Só quem	
155	estava, os meus acompanhantes na altura é que	
156	esperaram pelo médico depois da operação, pra saber se	
157	correu tudo bem, o que é que foi feito. Ele é que lhes	
158	disse, porque ela lhe perguntou, a minha colega. E ele	
159	disse então que acabou por tirar, que acabou por fazer	
160	esvaziamento completo porque achou que tinha no nível	
161	I, mas achou que era mais seguro, não sei... ele que tirou	
162	todos.	
163	Só depois na consulta de medicina física é que fui à	
164	enfermeira da fisioterapia (refere-se à fisioterapeuta), é	
165	aí é que me explicaram mesmo os prós e os contras. Só aí	
166	é que eu fiquei mesmo a saber de não poder fazer	
167	esforços, de não poder pegar em pesos, de não poder	
168	apanhar ondas de calor e ondas de frio, de não poder usar	
169	nada deste lado, nem apertado, nem pulseiras, nem	
170	carteira... tanta coisa, tanta coisa que eu então... não é	

171	bem assim então, uma vida normal e que não fazia falta	
172	nenhuma. Porque só aí é que eu percebi que os gânglios,	
173	isso do esvaziamento axilar, que é as nossas defesas do	
174	braço... só aí é que eu entendi... ter muitos cuidados com	
175	os cortes para não infeccionar, hidratar muito bem,	
176	principalmente este braço, os detergentes usar sempre	
177	luva... só aí mesmo é que fiquei a perceber.	
178	Só fui à medicina física passados uns tempos depois da	
179	alta, porque eu tive alta num sábado... depois recebi um	
180	postal, já estaria em casa prá aí a um mês.	
181	Vai para casa sem saber destes cuidados, que	
182	indicações específicas lhe dão quando lhe comunicam a	
183	alta?	
184	Também não mexia o braço, não fazia nada. Na altura	
185	eles, os cuidados foi em relação à cicatriz, ao penso, de ir	
186	ao centro de saúde, de mudar o penso, não molhar o	
187	penso, se molhasse para ir mudá-lo... a enfermeira, ainda	
188	quando eu saí, ela fez-me uma protesezinha de algodão	
189	para eu ir mais ao menos, para que eu saísse... e então aí	
190	é que ela também me disse: “quando for à medicina	
191	física, há-de vir a uma consulta de fisioterapia”, foi assim	
192	qualquer coisa que ela disse, “também lhe vão ensinar os	
193	exercícios pra fazer em casa, mas eu posso já dizer-lhe	
194	alguns prá menina ir treinando”, ela também me indicou	
195	alguns exercícios que eu pudesse fazer em casa pra mover	
196	o braço, e assim... mas de resto, ela não... para não pegar	
197	em pesos no braço, sim senhora... mas também porque eu	
198	não mexia o braço, porque eu vinha de uma operação, eu	
199	associei que também seria disso, porque eu vinha de uma	
200	operação, e mexeram-me aqui e mexeram-me aqui	
201	(indica a zona mamária e axilar à direita).	
202	E também os primeiros tempos, eu tinha muitas dores,	
203	muitas dores e só tomava o ben-u-ron, pensei que não	
204	podia tomar mais nada, que era normal. Pensei que era	
205	normal, tive que vir aqui às urgências para me darem	
206	mais qualquer coisa, porque por muito que eu quisesse	
207	fazer exercícios, eu não conseguia porque eu não	
208	conseguia mexer o braço porque tinha muitas dores.	
209	E foi só mesmo... eu lembro-me que foi a enfermeira da	
210	fisioterapia (refere-se novamente à fisioterapeuta).	
211	Eu fui e depois ela também me explicou que se eu fizesse	
212	RT, que eu iria fazer fisioterapia, foi aí também que eu	
213	fiquei a saber. Eu fui à medicina física primeiro, o Dr. viu-	
214	me, tava muito bem, tava a evoluir o braço, tava tudo	
215	direitinho, tava tudo muito bem e depois é que fui à	
216	enfermeira de fisioterapia, e aí é que ela me explicou	
217	essas coisas todas... os exercícios e os cuidados que eu	
218	tinha que ter com o braço.	
219	Lá não fiz nenhuns, porque também tinha lá doentes a	

220	fazer. Ela explicou-me o do pauzinho, o da vara, eu fiz	
221	esse lá, mas depois ela também me explicou vários, do da	
222	porta, de fazer assim na parede (exemplifica), mas não	
223	pratiquei lá, só em casa, e foi como ela me disse, se eu	
224	fizesse radio tinha que ir lá à fisio.	
225	Em casa disseram-me pra fazer 5 vezes cada um, 5 vezes	
226	ao dia. Na altura ainda fazia... eu mexo bem o braço, eu	
227	sinto ainda... não é dores, é uma impressão. Eu fui ao	
228	médico da fisio e ele disse-me que era normal da quimio	
229	isto voltar outra vez pra trás.	
230	Porque eu estava muito bem, mas depois senti isto, esta	
231	parte sempre gelada, dorida, não tenho sensibilidade...	
232	mas ele disse que estava tudo bem, que era normal da	
233	quimio...	
234	Mas alguns eu faço em casa, o levantar, e assim... mas não	
235	faço a maior parte... eu também disse isso ao médico, eu	
236	não faço 5 vezes ao dia, ma como eu faço o dia-a-dia que	
237	a gente leva já obriga a mover o braço, estender a roupa,	
238	eu já não subo, nem desço o estendal pra levantar o	
239	braço, eu já faço isso nessas coisinhas mínimas... mesmo	
240	na rua, ainda hoje vim a pé, a subir a Circunvalação e	
241	vinha com a garrafa da água na mão e vinha a fazer assim	
242	com o braço (exemplifica fazendo o exercício do	
243	pêndulo). Mas sinceramente, não faço 5 vezes ao dia,	
244	todos os dias. Tipo o da porta... não... porque eu acho	
245	também que o braço evoluiu bastante. Se eu sentisse que	
246	estava preso, quando eu já não consegui fazer isto (faz	
247	flexão do ombro), ah tenho que fazer os exercícios pra	
248	conseguir levantar mais... como eu acho que ele já está	
249	quase normal como este, não via necessidade mesmo de	
250	fazer.	
251	Faço, eu não uso a carteira deste lado, eu não pego nada	
252	com este braço... porque o meu medo... porque eles	
253	depois explicaram-me que ele podia inchar, e inchando...	
254	o que eu posso fazer é vir logo cá às urgências e eles, por	
255	exemplo se inchar até aqui, o que eles podem fazer é,	
256	daqui prá frente não incha mais, mas o que já inchou, não	
257	sai, não desaparece, mais... foi na fisioterapia que me	
258	disseram.	
259	E com esse meu receio, eu não me esforço. Pesos, nada...	
260	em casa no forno, se eu assar, tentar evitar ou pedir a	
261	alguém que tire... o meu forno é fácil, é baixinho, dá para	
262	abrir e deixar sair o quente e com este braço (refere-se	
263	ao contralateral) eu tiro as coisas porque são levezinhas...	
264	não uso a carteira deste lado, eu é raro andar ao sol,	
265	passo bastante creme, faço a depilação como ela me	
266	explicou porque não posso utilizar a gilete, nem com	
267	cera, é só com o vitezinho... pra já ainda não preciso, mas	
268	já o comprei, já pra essas coisas...	

269	Evito pegar na mina filha ao colo, e quando pego é	
270	sempre com este, não pego na bacia da roupa porque	
271	tenho tudo na marquise e não tenho que levar a bacia, é	
272	tudo próximo... tive que comprar um carrinho das	
273	compras, já pra trazer mais de uma vez, mas com este	
274	braço (refere-se ao contralateral).	
275	Durante o internamento, eu julguei que vinham ter	
276	comigo, o médico... porque eu sinceramente, eu não sei	
277	se o médico que me operou, se era o médico que me	
278	vinha ver todos os dias... eu não sei se era ou não, e	
279	também era tipo uma... como a gente diz, visita de	
280	médico... ele chegava lá e via o papel que estava lá	
281	pendurado, porque era dos drenos, e quem me explicou	
282	mesmo foi uma enfermeira, porque eu ouvia a conversa	
283	com ele, o médico e o enfermeiro... “ah, ainda tem estes	
284	valores, se ontem tinha 100, hoje só tem 150”... essas	
285	coisas. E eu tive de perguntar, então se o líquido é	
286	sempre o mesmo no frasco, como é que eu me vou	
287	embora?	
288	A enfermeira, depois é que me explicou... então, quando	
289	eu deixasse de drenar é que eu podia-me ir embora.	
290	Porque o médico podia-me ter dito: olhe, fizemos isto,	
291	fizemos aquilo, correu tudo muito bem, tive que fazer	
292	mesmo o esvaziamento porque achei isto, porque achei	
293	aquilo, ou durou uma hora, ou durou menos que uma	
294	hora... qualquer coisa assim. Sinceramente... era que tava	
295	tudo a correr muito bem... eu estava bem, eu sentia-me	
296	bem... e tinha vezes que eu nem o via porque eu tava no	
297	banho.	
298	Nunca tive o à vontade de lhe perguntar nada, porque	
299	muitas vezes as dúvidas vinham depois de ele ir embora...	
300	porque afinal não me disse nada... então eu tenho de	
301	perguntar isto e aquilo... depois disso dos drenos perguntei	
302	a uma enfermeira, porque era isso que me metia muita	
303	confusão, o que era aquilo?	
304	Porque não percebia, nunca tinha sido operada, nunca	
305	tinha passado a experiência com ninguém... e não sabia o	
306	que era aquilo, e ela é que me explicou que eu tinha um	
307	aqui do peito e outro da axila, e para que era, e como é	
308	que funcionava... então pra eu poder ir embora. Porque	
309	ela disse enquanto tiver esses valores ainda passa aqui o	
310	fim-de-semana, se calhar só vai segunda, porque o	
311	médico tava a contar com isso, que eu só fosse segunda.	
312	Mas sábado, ele chegou lá e: “ah, já só tem estes valores,	
313	então pode ir embora... pronto e foi assim.	
314	Eu só tinha essa dúvida por acaso ela explicou-me... elas	
315	são todas... tipo... porque é um bocado confuso... é como	
316	lhe digo eu não sei... só quando foi do parto, e era chegar	
317	e ir embora e não foi nada de especial... mas como eram	

318	todas tão atenciosas e era muito entra e sai das	
319	enfermarias que eu não sabia distinguir o que era uma	
320	bata branca, o que era aquelas roupas azuis, ou que é as	
321	verdes... eu não sabia o que era uma enfermeira, uma	
322	doutora, ou uma voluntária, ou uma empregada de	
323	limpeza... pra mim era tudo igual... elas tratavam-nos	
324	todas da mesma maneira, como nós a elas, realmente, eu	
325	ainda hoje não sei, se eu vir... o que é uma	
326	enfermeira...tenho dificuldade em identificar porque eu	
327	vejo passar e há muitos tons... e não sei.	
328	Quando já está em casa tem dúvidas? A quem recorre?	
329	Realmente a nossa dúvida sempre quando... porque uma	
330	coisa é termos... quando a pessoa está internada, a gente	
331	só quer ir pra casa, e quando vamos pra casa só queremos	
332	voltar pró hospital. Nota-se logo a diferença... porque	
333	aqui... no primeiro dia até banho me deram porque eu	
334	precisava mesmo de uma ajuda. E é uma coisa a gente	
335	estar sentada e chamarem-nos pra comer, é só sentar e	
336	comer, e temos uma dor... olhe dói-me isto, e ela: “é	
337	normal, é normal doer... olhe a gente dá-lhe mais esta	
338	medicação”.	
339	Em casa é sempre, não sei... porque eu andei uma semana	
340	com as dores a pensar que era normal. Eu tomava ben-u-	
341	ron prás dores e não me passava... oh, é normal... é	
342	normal, e aguentei, até que não aguentei mais... foi uma	
343	enfermeira no centro de saúde porque elas não me	
344	atenderam lá, e disseram: “ah tá no IPO, eles lá têm	
345	urgências, eles lá atendem. E depois quando cheguei	
346	aqui, a médica também não gostou até disse que ia ligar	
347	pró centro de saúde porque não é bem assim... portanto	
348	não tinha ninguém a quem perguntar se era normal, se	
349	não era... ou olhar e ver que estou mais escura... ou... eu	
350	até pensei que tinha pontos, afinal não tinha pontos, foi	
351	tudo colado...	
352	Dúvidas... depois, quando posso fazer a reconstrução...	
353	mesmo lá, a enfermeira que me fez a prótese ela também	
354	me disse, ela também me aconselhou, pra fazer a minha	
355	vidinha normal, mesmo em casa, mesmo com o meu	
356	parceiro, par eu não o pôr de parte, porque muitas	
357	mulheres faziam amor ou de camisola, ou de top... ela	
358	nisso a que me ajudou... ela disse, há muitas mulheres	
359	que nem querem fazer a reconstrução, outras mulheres	
360	depois querem. Isso depois mais tarde a menina faz, e	
361	fica igual e faz a vida normal, e assim... ela também me	
362	estava a preparar pra eu ir pra casa... porque em casa	
363	depois custou-me... mas, eu queria tudo muito rápido,	
364	depois eram os de fora, os meus amigos, a minha família	
365	a dizer: “tens que ter calma, tu foste operada, isso ainda	
366	está muito fresco, ainda é muito recente”. Porque eu	

367	queria levantar, já queria mexer braço, já queria ir prá	
368	rua, já queria pegar no carro... a enfermeira também me	
369	falou de conduzir... ao fim de um mês, ou ao fim de dois	
370	meses, já não me lembro bem... sei que eu peguei no	
371	carro ao fim de 20 dias porque já estava muito bem, por	
372	acaso consegui que isto andasse muito bem... porque eu	
373	tinha que começar a vir às consultas.	
374	Dúvidas... eu sei que estou bem, principalmente agora que	
375	acabou a quimio, é o que eu digo, se eu aguentei a	
376	quimio, aguento tudo o que vier por aí, mas eu sabendo...	
377	se os médicos me dissessem: “olhe não é uma doença	
378	incurável, não tem tratamento, pedimos desculpa mas,	
379	podemos é amansar os seus últimos dias, assim... não, não	
380	foi isso que me disseram... estamos a curá-la, pra ficar	
381	boa... tirando esse medo, a gente só pensa mesmo: “ai	
382	quando é que vai nascer o cabelo, ai quando é que eu	
383	ganho uma cor, quando é que me saiem estes inchaços,	
384	quando é que eu volto ao peso normal, quando é que eu	
385	faço a reconstrução, quando é que eu tiro o cateter”... é	
386	só mesmo isso, é a gente ter pressa que isto passe.	
387	Em casa é mesmo isso, é quanto tempo tem que passar	
388	até eu conseguir fazer as coisas, porque eu tinha dores,	
389	não me conseguia mexer, a dormir pra este lado cansava-	
390	me... é o ter que fazer as coisas em casa...porque no fim-	
391	de-semana eu ainda podia ter o apoio da minha mãe, mas	
392	ela também trabalha, também tenho duas irmãs menores	
393	e durante a semana eu passava os dias sozinha.	
394	As miúdas iam prá escola, mas chegava a hora de elas	
395	virem da escola e era complicado ter que fazer de	
396	comer... e os primeiros dias foi mesmo só com um braço,	
397	porque eu não fazia mesmo nada com este... mas mesmo o	
398	mover-me eu queixava-me muito... Eu bem tento com este	
399	(refere-se ao esquerdo) mas não tenho força... a minha	
400	persiana da sala é muito grande e eu não a consigo abrir,	
401	porque não quero forçar este e não tenho força com	
402	este...tenho que fazer exercícios para tentar fortalecer	
403	este (refere-se ao esquerdo).	
404	Dúvidas é mesmo quanto tempo vai passar... é ir à	
405	consulta e saber como é que correu a operação, saber...	
406	porque depois eu tive que fazer exame aos ossos, pra	
407	saber se estava nos ossos, a gente queria saber os	
408	resultados, quando vai fazer esses exames todos...	
409	Não tive muitas dúvidas em casa... era pensar o que é que	
410	vem a seguir porque eu quase todas as semanas tinha uma	
411	consulta disto, daquilo, ou é um exame destes ou	
412	daqueles, e depois querer saber...	
413	Antes da operação tinha uma dúvida, porque eu não sabia	
414	muito bem que tratamentos é que ia fazer. Eu falei com	
415	médicos da radioterapia e eles não sabiam muito bem se	

416	eu fazia quimio, ou radio, ou as hormonas. Se eu fazia só	
417	quimio, ou não fazia nada... só depois... também era	
418	dúvida que eu tinha, qual era o tratamento que eu iria	
419	fazer.	
420	Deram-me o nº do IPO e também me disseram que se eu	
421	precisasse, eu podia ligar para perguntar. Porque muitas	
422	vezes eu ligava, a menina encaminhava-me sempre ou	
423	para as urgências... tipo, eu ficava muitas vezes doente da	
424	garganta, e eu ligava pra cá e dizia que estava a ser	
425	seguida aí no IPO, mesmo antes, e mesmo depois de fazer	
426	a quimio, e ela dizia-me: “só um momento que eu vou	
427	passar ao médico das urgências”. Porque eu não sabia se	
428	vinha cá ou ia ao médico do sasú. Atendia-me depois o	
429	médico das urgências, e ele dizia-me: “a menina pode cá	
430	vir, venha cá que é atendida”. E já por duas vezes que	
431	vim cá da garganta, porque quando eu fui pra casa	
432	informaram-me da febre, se eu tivesse febre, mais que	
433	38° e se não baixasse com ben-u-ron que eu podia ligar	
434	para o IPO, e elas que me informavam o que é que eu	
435	deveria fazer. Se vinha cá ou se fazia em casa alguma	
436	coisa que elas me indicassem.	
437	Já fiz marcações pelo telefone, às vezes não posso cá vir,	
438	quando era da quimio, às vezes não conseguia sair de	
439	casa, às vezes ligava e dizia tinha uma consulta e não fui,	
440	pode-me marcar outra vez, ou então, tive de ir aí marcar	
441	e tenho necessidade de marcar uma, e por acaso pelo	
442	telefone... tentavam sempre resolver... às vezes não	
443	conseguiam dar essa informação e ligavam ou com uma	
444	enfermeira ou com o médico, sempre foram muito	
445	prestáveis.	
446	Em casa algumas coisas adaptei-as, mas tenho que	
447	continuar a fazê-las, não faço com tanta regularidade,	
448	nem tão rápido como fazia, porque antigamente era	
449	capaz de pegar no aspirador e aspirar a casa toda de uma	
450	vez, hoje também estou em casa e tenho mais tempo,	
451	mas hoje limpo a sala, amanhã limpo a cozinha... como é	
452	com a esquerda, embora eu use a direita, só que canso-	
453	me muito do braço.	
454	Como uso mais a esquerda é mais devagar e pra não	
455	forçar tanto a direita, hoje limpo o quarto, amanhã a	
456	cozinha, depois o quarto... o que eu evitei mesmo, eu	
457	deixei mesmo de passar a ferro. Eu posso precisar prá	
458	miúdas e é na hora. Precisas destas calças? Então a mãe	
459	passa-te estas calças, só passei aquelas, não esforcei o	
460	braço, não tive ali muito tempo, então eu passo na hora o	
461	que é mais urgente. Porque aquelas horas de estar a	
462	passar a ferro e grandes quantidades, isso é que eu deixei	
463	mesmo de passar, porque eu tenho receio que o meu	
464	braço inche. Porque se me dissessem que pode acontecer,	

465	mas tem solução, eu facilitava mais, mas como eu sei que	
466	depois não tem solução, o meu receio é esse, é o meu	
467	braço inchar e depois não ter solução. Porque depois eu	
468	também não tenho defesas neste braço.	
469	Fui à internet, mais de início, quando soube da doença e	
470	quando soube que ia tirar o peito...porque na mamografia	
471	dizia-me um R II no esquerdo e um R IV na direita, e	
472	aquilo... o que é isso de R IV? E depois vamos à internet	
473	pesquisar e dá só níveis até R VI, eu pensei se o máximo é	
474	R VI e eu tenho um R IV, meu Deus, que será isto?	
475	Porque no centro de saúde foi tudo muito rápido, foi	
476	mandar o fax pró IPO, porque já é um R IV, e a gente fica	
477	na ideia, “já estou às portas da morte”. E a internet	
478	ajuda, ajuda por um lado e não ajuda por outro, porque a	
479	gente só vê relatos de pessoas que passaram pior que eu,	
480	imagens que assusta muito mais do que sermos	
481	confrontadas directamente e nos dizer... e a gente	
482	pergunta isto... eu sou sincera, eu sempre que vinha às	
483	consultas eu pensava: “eu vou perguntar isto, e isto, e	
484	isto... e acabava, no final não perguntava nada, era	
485	sempre isso. Em casa parecia que apareciam as dúvidas	
486	todas e... mas sempre relacionadas com a operação, como	
487	é que se faz, o que é o cancro da mama, o que é um	
488	carcinoma...	
489	Fui também ao movimento Viver e Vencer, porque vieram	
490	lá à enfermaria as voluntárias, vinham muitas, falávamos	
491	de muitas coisas, às vezes nem eram relacionados com a	
492	gente estar doente ou internadas, só prá nos distrair a	
493	mente e a gente passar o tempo. Mas depois tive uma	
494	voluntária que me explicou tudo... mais a mim que eu já	
495	ia sair. Da prótese, depois da prótese, pra eu poder pedir	
496	a prótese de silicone à médica, podia depois pedir a	
497	peruca se eu quisesse, onde a podia ir buscar. Depois ela	
498	esteve a dizer-me que tinha sido operada à uns anos, e	
499	que andou 2 anos com o cateter, e que nem se lembrava	
500	que ele estava ali, do braço, não fazer esforços, ter	
501	atenção em casa, não fazer nada, não descascar batatas.	
502	E não se preocupe, vai ficar tudo bem... elas por acaso são	
503	um espectáculo, já era uma senhora de idade, mas muito	
504	simpática, e animam-nos.	
505	Elas deram-nos um livrinho, que tinha um relato de uma	
506	senhora que até foi ela que iniciou cá em Portugal...	
507	parece que não mas isso ajuda-nos... às vezes até na sala	
508	de espera, a gente ouvir elas a falar... quem vai entrar, ou	
509	quem vai a sair, também ajuda a gente ouvir os relatos	
510	das outras pessoas.	
511	Em relação ao braço, no internamento era sempre nesta	
512	mão que tinha que ter a saca (refere-se ao membro	
513	contralateral), também não estar assim (com membro	

514	junto ao tronco e com flexão do cotovelo). Eu também	
515	estava na cama ou na cadeira, deram-me uma	
516	almofadinha para poder apoiar o braço... mas cuidados	
517	não me lembro de nenhum em especial...	
518	P4- Acha, que podemos informar melhor? Quer dar	
519	sugestões?	
520	Se me falhasse alguma coisa é porque eu não perguntava,	
521	porque tudo que eu perguntava também me indicavam,	
522	informavam-me... como eu lhe disse até na ginecologia, se	
523	eu calhasse de perguntar... ela tudo que soubesse, a	
524	médica também me disse... mas se ouve alguma falha foi	
525	minha... o complicado pra mim, no inicio foi não ser	
526	sempre a mesma médica. Depois de eu ter a minha	
527	médica, sempre era mais fácil, porque ela já sabia o que	
528	é que já tinha dito... porque nas primeiras consultas	
529	apanhei médicos diferentes... e cada uma tinha uma ideia,	
530	isto antes de ser operada... porque umas diziam-me pra	
531	tirar o peito todo, outras diziam-me pra eu escolher,	
532	outras diziam-me depois vai-se ver, só depois de mexer...	
533	depois dos tratamentos, um dizia isto, outro dizia aquilo,	
534	porque eles não sabiam ainda o que é que eu tinha... Por	
535	isso é que eu ia à internet, por não ter um médico... desde	
536	que passei a ter sempre a mesma médica nas consultas,	
535	sempre foi mais fácil eu perguntar...mesmo a Dra.	
536	perguntava: “percebeu? Precisa de saber mais alguma	
537	coisa, ou tem alguma dúvida, ou tá tudo bem consigo, o	
538	que precisa, o que não precisa, como correu... realmente	
539	não tenho o que dizer da minha médica.	
540		
541	E todos os tratamentos que ela decidiu ser feito, ela	
542	sempre... porque é melhor pra si, acha que sim, ou que	
543	não... e eu sim senhora, concordo sempre com tudo que	
544	ela me diz... mesmo a radioterapia, eu tive que lhe dar	
545	autorização, porque eu disse: “eu preciso de dar	
546	autorização”? Eu não sabia...se dizem que tem que ser	
547	feito... eles explicaram dos tratamentos, dos prós e dos	
548	contras, isto e daquilo... é chato, mas tem que ser, tem	
549	que ser.	
550		
551	Da minha experiência, do internamento e tudo... no meu	
552	caso eu fui bem atendida, eu fui bem tratada, eu comia	
553	tudo para que elas não ralhassem comigo...mesmo que não	
554	gostasse eu comia e não sei... acho que não, não tenho	
555	nenhuma reclamação...	
556		
557	Foi só mesmo disso do esvaziamento, eu só soube depois,	
558	porque tava mesmo na ideia que ia ser uma coisa	
559	normalíssima, nem ia reparar que tinha feito o	
560	esvaziamento, porque nem sabia o que era isso...foi isso, e	
561	do médico não ter vindo ter comigo e dizer-me essas	
562	coisas...só depois de eu ser operada na primeira consulta é	
563	que vim saber disso... que fiz o esvaziamento total, e que	
564		

565	estava no primeiro grau e que não estava no resto... eu	
566	sabia porque a minha colega perguntou ao médico e ela	
567	disse-me, porque senão eu não sabia... e como aquilo vai	
568	pra análise, a gente fica a imaginar, que resultado é que	
569	vai dar... e será que ainda não está tudo passado...	
570	Elas também podem não se lembrar de dizer, se a gente	
571	não perguntar...não sei a minha cabeça também já não é o	
572	que era...	
573		
574	Fui à internet saber o que era isso, um R IV, e também o	
575	que era isso da reconstrução...a gente ouviu tantos casos,	
576	daqui, acolá, de gente que está tanto tempo à espera,	
577	de gente que faz na hora, que tira e que põe ao mesmo	
578	tempo. Tenho essas dúvidas também mas se calhar essas	
579	ainda não perguntei.	
580		
581	Porque não entendia como é que não tendo nada aqui,	
582	como é que iam criar uma coisa aqui, mas se calhar não é	
583	como eu vi... e isso também ainda ninguém me	
584	falou...quando tiver que ser é.	