

**MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA DA MAMA
IMPORTÂNCIA DE UM PROGRAMA DE
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Tânia Marisa Pinto Rodrigues

PORTO | 2012

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA DA MAMA
IMPORTÂNCIA DE UM PROGRAMA DE
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação de Mestrado orientada pela Prof.^a Doutora
Bárbara Pereira Gomes

Tânia Marisa Pinto Rodrigues

PORTO | 2012

AGRADECIMENTOS

A concretização deste estudo resulta do trabalho, empenho pessoal e profissional, bem como do acompanhamento de várias pessoas significativas, que me apoiaram e incentivaram direta ou indiretamente. Como não as posso enumerar a todas, expresso o meu profundo e sincero agradecimento a algumas pessoas em particular:

À Professora Doutora Bárbara Gomes, por ter aceitado a orientação desta dissertação, pelo apoio neste percurso, palavras de incentivo, disponibilidade, pelo seu trabalho e por todo o acompanhamento que me prestou.

Ao Diretor do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar pela autorização para a realização do estudo, pela disponibilidade e colaboração prestada.

Aos profissionais da comissão de ética do Centro Hospitalar, pela simpatia e disponibilidade prestada, sempre que foram abordados.

A todas as mulheres que participaram neste estudo, tornando possível a realização deste trabalho, o qual espero que tenha contribuído ou continue a contribuir para melhorar o processo de reabilitação inerente à sua situação.

À minha família, em especial ao meu marido, Márcio e à nossa filha Beatriz, por toda a força e ajuda prestada ao longo de todo este percurso e pela compreensão durante as minhas ausências.

Índice

INTRODUÇÃO	11
PARTE I	14
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1. DOENÇA CRÓNICA	15
2. O CANCRO DA MAMA	19
2.1- Dados epidemiológicos do cancro da mama	22
3. TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA	25
4. COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO NO CANCRO DA MAMA	32
5. REABILITAÇÃO DA MULHER SUBMETIDA A CIRURGIA DA MAMA – O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO	48
PARTE II	54
ESTUDO EMPÍRICO	54
1. METODOLOGIA	55
1.2. Problema de investigação	55
1.3. Objetivos e finalidade do estudo	57
1.4. Tipo de estudo	58
1.5. Participantes do estudo	60
1.5.1. Caracterização das participantes	61
1.6. Instrumentos de recolha de dados	62
1.6.1. Entrevista	62
1.7. Procedimentos	64
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	67
2.1. Reação á notícia da cirurgia	69
2.2 - Quem informou sobre a necessidade de cirurgia	71
2.4 - Conhecimento sobre os cuidados a ter após o esvaziamento axilar ...	73

2.5 - Sentimentos após a cirurgia da mama.....	75
2.6 - Apoio familiar	78
2.7 - Limitações decorrentes da cirurgia.....	80
2.8 - Alterações ao nível da cicatriz	82
2.9 - Conhecimento sobre as complicações decorrentes do tratamento cirúrgico	84
2.10 - Conhecimento sobre os cuidados a ter após esvaziamento axilar.....	86
2.11 - Limitações após as sessões	90
2.12 – Cicatriz.....	92
CONCLUSÃO	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS	111
ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	112
ANEXO II – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	115
ANEXO III- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO Á COMISSÃO DE ÉTICA DO CENTRO HOSPITALAR	122
ANEXO IV- DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	126
ANEXO V- INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE	128
ANEXO VI- TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA Nº 6	130

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Fatores de risco do cancro da mama.....	22
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Incidência de cancro da mama feminino antes dos 65 anos em Portugal por região. Fonte: INE (2010).....	24
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização sociodemográfica das participantes	61
Quadro 2: Características clínicas das participantes	68
Quadro 3: Reação à notícia da cirurgia.....	69
Quadro 4: Quem informou sobre a necessidade de cirurgia.....	71
Quadro 5: Informação recebida	72
Quadro 6: Conhecimento sobre os cuidados a ter após o esvaziamento axilar ..	74
Quadro 7: Sentimentos após a cirurgia da mama	76
Quadro 8: Apoio familiar	79
Quadro 9: Limitações decorrentes da cirurgia	80
Quadro 10: Alterações ao nível da cicatriz	82
Quadro 11: Conhecimento sobre as complicações decorrentes do tratamento cirúrgico	84
Quadro 12: Conhecimento sobre os cuidados a ter após esvaziamento axilar ...	86
Quadro 13: Limitações após as sessões	90
Quadro 14: Cicatriz.....	92

RESUMO

O cancro da mama é uma das doenças com maior impacto na nossa sociedade, não só por ser frequente e, muitas vezes, associado a uma imagem de gravidade, mas essencialmente porque atinge e agride um órgão cheio de simbolismo, na maternidade e na feminilidade. É o cancro com maior taxa de incidência em Portugal (Portal de Oncologia Português, 2011). O presente estudo tem como objetivo: compreender a importância da implementação de um programa de intervenção à mulher submetida a esvaziamento axilar por cancro da mama em relação: às limitações nas atividades da vida diária sentidas pela mulher antes e após o programa de intervenção; cuidados relacionados com a sensibilidade, dor, mobilidade articular e edema antes e após o programa de intervenção; Informação retida pela mulher sujeita a esvaziamento ganglionar antes e após o programa de intervenção. Aumentando os ganhos em saúde pela diminuição de internamentos, da mulher, provocados pelas alterações cirúrgicas de cancro da mama. É feita uma abordagem de natureza qualitativa com carácter descritivo-exploratório. A partir de uma população alvo constituída por mulheres sujeitas a tratamento por cancro da mama, procedemos à delimitação de um grupo específico que obedeciam a critérios por nós estabelecidos, tais como: contexto institucional (Centro Hospitalar); mulheres com idade adulta e com capacidade de decisão autónoma; o tipo de tratamento efetuado (cirurgia à mama com disseção de nódulos linfáticos axilares); encaminhadas para consulta de Medicina Física e de Reabilitação e por último sem limitação osteoarticular instalada e não ter frequentado um programa de reabilitação. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a 10 mulheres, em duas fases distintas, uma primeira fase sem intervenção por parte de enfermagem de reabilitação e, numa segunda fase, após um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação, que compreendeu uma sessão de educação para a saúde sobre medidas de redução de risco de linfedema, exercícios de reabilitação e a da massagem da cicatriz e do braço, uma vez por semana durante um mês, no domicílio das utentes. Concluiu-se que o tratamento cirúrgico do cancro da mama acarreta para a mulher uma série de consequências a nível físico e psicológico; as informações recebidas sobre a cirurgia, vigilância de saúde e para a continuidade de cuidados, ficaram mais explícitas após a intervenção de enfermagem de reabilitação; as mulheres adquiriram uma série de conhecimentos e de habilidades relativas à ferida cirúrgica e aos exercícios com o braço, foi estabelecida uma relação de ajuda empática, que lhes permitiu expressar os seus sentimentos face à sua situação; fizeram referência a informações/orientações recomendadas pelos

enfermeiros no sentido de estarem advertidas sobre as complicações que podem decorrer em função do tratamento cirúrgico e outros tratamentos adjuvantes. Deste modo, as suas respostas sugeriram aumento de ganhos em saúde pela diminuição de internamentos provocados pelas alterações cirúrgicas. Sugere-se uma participação mais ativa dos enfermeiros e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em todo o processo de aquisição de habilidades/capacidades da mulher sujeita a cirurgia da mama; a sua preparação para a alta e o regresso ao domicílio devem ser preparados por uma equipa interdisciplinar. Deve apostar-se no ensino de exercícios que estas devem desenvolver para que se tornem capazes de gerir com toda a autonomia e *empowerment* o seu processo de saúde e bem-estar.

Palavras chave: Enfermeiro; Reabilitação; Mulheres com cancro da mama;

ABSTRACT

Women under breast surgery importance of a nursing intervention rehabilitation

Breast cancer is a disease with a major impact on our society, not only because it is common and often associated with an image of seriousness, but mainly because it reaches and strikes an organ full of symbolism, maternity and femininity. It is the cancer with the highest incidence rate in Portugal (Portuguese Oncology Portal, 2011). The present study aimed to: understand the importance of implementing an intervention program for women underwent axillary dissection in breast cancer relationship: ace limitations in activities of daily living experienced by women before and after the intervention program; related care with tenderness, pain, swelling and joint mobility before and after the intervention program; Information held by women subjected to lymph node dissection before and after the intervention program. Increasing health gains by reducing admissions, woman, caused by surgical alterations of breast cancer. An approach with a qualitative descriptive and exploratory nature. From a target population consists of women undergoing treatment for breast cancer, we proceed to the definition of a specific group who met the criteria established by us, such as institutional context (Hospital Center); women aged adult and capable of autonomous decision, the type of treatment used (breast surgery will dissection of axillary lymph nodes); referred for consultation of Physical Medicine and Rehabilitation and lastly without limitation osteoarticular installed and not having attended a rehabilitation program. Semi-structured interviews were conducted with 10 women in two distinct phases, a first phase without intervention by nursing and rehabilitation in a second phase, after a plan of rehabilitation nursing intervention, which included a session on health education measures to reduce the risk of lymphedema, rehabilitation exercises and massage the scar and arm, once a week for a month, the home of the users. We conclude that surgical treatment of breast cancer for women entails a number of consequences to physical and psychological level, the information received about surgery, health monitoring and continuity of care became more explicit after the nursing intervention rehabilitation; women gained a lot of knowledge and skills related to surgical wound and exercises with the arm, was established a relationship help empathic, which allowed them to express their feelings face to your situation; made reference to information / guidance Recommended by nurses in the sense of being warned about the complications that may arise due to the surgery and other adjuvant treatments. Thus, their responses suggested increased health gains by

reducing admissions caused by surgical alterations. advise a more active participation of nurses and nurse specialists in rehabilitation nursing throughout the process of acquiring skills / abilities of women subjected to breast surgery; their preparation for discharge and return home must be prepared by an interdisciplinary team . Should focus on the teaching of exercises they should develop to become able to manage with all the autonomy and empowerment process your health and wellness.

Keywords: Nurse, Rehabilitation, Women with breast cancer

INTRODUÇÃO

Este trabalho surgiu no âmbito do mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e tem como objetivo: compreender as repercussões de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação a mulheres submetidas a cirurgia da mama com esvaziamento axilar, a fim de se restabelecer ou minimizar as alterações posturais; evitar o aparecimento de linfedema; melhorar a autoestima e a autoimagem da mulher; aumentar os ganhos em saúde pela diminuição de internamentos, provocados pelas alterações cirúrgicas.

Este interesse deve-se, essencialmente, ao facto de esta patologia ser a mais frequente entre as mulheres e aos efeitos dos tratamentos, que provocam um impacto psicológico significativo, afetando a mulher em várias dimensões, nomeadamente na imagem corporal, relação interpessoal, atividades de vida diária e profissional.

O cancro da mama é a patologia oncológica que mais afeta a mulher, sendo uma importante causa de mortalidade e morbilidade. No Instituto de Oncologia do Porto reporta-se como o cancro de maior prevalência na população feminina, com 828 novos casos correspondendo a 33,6 % dos tumores malignos das mulheres são tumores da mama (Registo Oncológico do Instituto Português de Oncologia do Porto, 2006).

Contudo, o número de anos de vida potencialmente perdidos por tumor maligno da mama tem vindo a diminuir gradualmente, provavelmente devido a um diagnóstico mais precoce e a tratamentos mais eficazes. A evolução das taxas de mortalidade padronizadas por idade, no sexo feminino, em Portugal tem sofrido uma pequena estabilização. Os progressos verificados no diagnóstico precoce e na terapêutica tiveram como repercussão um aumento significativo da sobrevivência das mulheres com esta patologia (Silva, et al, 2007).

A mulher perante o diagnóstico do cancro da mama fica extremamente vulnerável face a uma dupla ameaça: por um lado, o diagnóstico sinónimo de morte

prematura, por outro, o esvaziamento axilar, símbolo de feminilidade e de expressão da sua sexualidade, com todas as suas incertezas, medos e fantasmas. A mulher vive momentos de angústia e sofrimento com o impacto do diagnóstico, com o tratamento e com a reabilitação, que lhe desencadeia um estado de vulnerabilidade e instabilidade emocional. Existe o medo da perda de papéis desempenhados até então no seu contexto familiar, profissional e social. Este medo e receio traduzem alterações na sua autoimagem e repercussões no relacionamento com os elementos que constituem o seu agregado familiar e rede social de amigos (Oliveira, 2004).

Como tal, é fundamental que os enfermeiros tenham sensibilidade para compreender e estabelecer uma relação terapêutica com a mulher sujeita a esvaziamento axilar e também com os elementos do seu agregado familiar mais próximos que com ela vivenciam as suas experiências de perda e de adaptação a uma nova realidade como mulher, que se vê confrontada com limitações físicas, contributivas de uma pior qualidade de vida.

Neste contexto, é importante a reabilitação da mulher submetida a cirurgia da mama, onde o enfermeiro desempenha um papel fulcral. Deste modo e de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 2), *“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”*.

Face ao exposto, objetiva-se com esta dissertação conhecer a perceção das mulheres sujeitas a esvaziamento axilar acerca de todo o processo cirúrgico (pré e pós operatório) e da sua reabilitação (antes e após a intervenção). Para se poder alcançar tal objetivo, recorreu-se a um estudo de natureza qualitativo, cujo instrumento de recolha de dados é a entrevista semiestruturada, aplicada a uma amostra de 10 mulheres submetidas a cirurgia da mama, utentes de um Centro Hospitalar. Os dados foram analisados de acordo com a metodologia de análise de conteúdo.

A recolha de dados foi realizada em dois momentos, uma primeira fase anterior á implementação do programa de intervenção por parte de enfermagem de reabilitação e, uma segunda fase, após um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação, que compreendeu uma sessão de educação para a saúde sobre medidas de redução de risco de linfedema, exercícios de reabilitação e a da

massagem da cicatriz e do braço, uma vez por semana durante um mês, no domicílio das utentes.

Em termos estruturais, esta dissertação contém duas partes distintas na sua natureza, mas complementares.

Na primeira parte, dedicada ao enquadramento teórico, começa-se por abordar a doença crónica, seguindo-se o cancro da mama, com referência a dados epidemiológicos. Tem lugar também os tipos de tratamentos do cancro da mama. Alude-se ainda às complicações decorrentes do tratamento cirúrgico no cancro da mama, às alterações biopsicossociais daí decorrentes. Aborda-se o linfedema e suas consequências, bem como as limitações do ombro. A revisão da literatura termina com a reabilitação da mulher submetida a cirurgia da mama, destacando-se o papel do enfermeiro de reabilitação.

Na segunda parte, reservada ao estudo empírico, descrevem-se todos os procedimentos metodológicos inerentes à investigação. Assim, formula-se o problema de investigação, a partir do qual se delinearão os objetivos do estudo. Segue-se a explicitação do tipo de estudo, a caracterização da amostra/participantes, a descrição do instrumento de recolha de dados, a entrevista semiestruturada, aludindo-se aos procedimentos efetuados. Faz a apresentação e discussão dos resultados. O trabalho termina com a conclusão, onde se tecem algumas considerações tidas como fulcrais que consubstanciam o estudo propriamente dito e as sugestões.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. DOENÇA CRÓNICA

A diminuição da mortalidade, em vários países, devido a infeções agudas, juntamente com o desenvolvimento dos cuidados de saúde, contribuiu para o aumento da esperança de vida, resultando igualmente num acréscimo da importância da doença crónica como parte da experiência de saúde da população, abarcando os efeitos do trauma, deficiências especiais em órgãos dos sentidos, doença mental, doenças crónicas, no meio ou no fim da vida, como, por exemplo, as doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais, bronquites, artrites, entre outras (Pereira, 2008).

As doenças crónicas são a principal causa de mortalidade e de morbilidade na Europa, há alguns anos atrás foram considerados um problema da população rica e idosa, hoje sabemos que dentro de países desenvolvidos as pessoas jovens e de meia-idade são afetadas.

No contexto europeu, as doenças crónicas têm tido um crescimento alarmante afetam mais de um terço da população (É tempo de agir! - Declaração para uma vida melhor, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) define doenças crónicas como “doenças de longa duração e progressão geralmente lenta”. Muitas vezes, os termos “doenças não transmissíveis” e “doença crónica” são tratados como intercambiáveis, mas dado os recentes avanços no tratamento de doenças transmissíveis esse uso já não é suficientemente preciso. Por exemplo, o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) tratada com medicamentos modernos tornou-se uma doença de longa duração e progressão geralmente lenta (Busse, et al, 2010).

As doenças crónicas têm tradicionalmente incluídas as doenças cardiovasculares, a diabetes *mellitus*, a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Com o aumento das taxas de sobrevivência, este tipo de doença inclui muitas variedades de cancro, vírus da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS),

distúrbios mentais (como depressão, esquizofrenia e demência) e deficiências, tais como a deficiência visual e as artroses. Muitas vezes, surgem associadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também às escolhas de estilo de vida, são fatores de risco comuns às doenças crônicas: *o tabagismo, o abuso de álcool, hábitos alimentares pouco saudáveis e déficit de atividade física* (É tempo de agir! - Declaração para uma vida melhor, 2011), *o comportamento sexual, bem como a predisposição genética* (Busse, et al, 2010).

Além disso, *“sabe-se que as famílias com menos rendimentos, os cidadãos pobres, os desempregados e os excluídos apresentam particular vulnerabilidade às doenças crônicas”* (É tempo de agir! - Declaração para uma vida melhor, 2011).

De acordo com o Despacho Conjunto n.º 861/99, alínea b), do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, a doença crônica *“é uma doença de longa duração com aspetos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e/ou laboral, que se manifeste particularmente afetado. A experiência de uma doença crônica de prognóstico pouco favorável elevará o nível de sofrimento e colocará a pessoa que apresenta a doença crônica “presa” à sua condição de doente. Esta situação conduzindo ao isolamento e ao desânimo pode diminuir a capacidade do doente crescer e viver o presente e investir, quer nos processos terapêuticos e aproveitar os recursos psicoafetivos e sociais, quer no futuro”*.

Segundo Busse, et al (2010), estas doenças necessitam de uma resposta a longo prazo e complexa, coordenada por diferentes profissionais de saúde com acesso aos medicamentos e aos equipamentos necessários, assistência social, mais cuidados de saúde. Perante este cenário, a gestão de doenças crônicas é cada vez mais considerada uma questão importante em que decisores políticos de toda a Europa estão à procura de intervenções e estratégias para a combater. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) define a gestão de doenças crônicas como a *“gestão contínua das condições durante um período de anos ou décadas”*.

Os autores supracitados referem ainda, que as projeções sobre mortalidade futura mostram que as doenças crônicas vão aumentar e continuarão a ser o maior contribuinte para a mortalidade e incapacidade em países desenvolvidos.

As doenças crônicas com expressão epidémica sofrem grande influência de quatro fatores de risco: alimentação desequilibrada em calorias e em composição; sedentarismo; tabagismo e abuso no consumo de álcool, que podem ser diminuídos já que dependem do comportamento.

O indivíduo com cancro deve ser considerado portador de doença crónica, conforme atesta a OMS (1995: 87): “ (...) *Que é percebida como uma ameaça na sua vida, pela dificuldade de prever o processo de doença, os efeitos no indivíduo do tratamento, e respetivas repercussões nas atividades de vida e doença, agravadas pelo timing da instituição de tratamento e seus objetivos: curativo, complementar ou paliativo. (...)*”.

A elevada mortalidade associada a uma elevada morbilidade provocada pelo cancro tem um enorme peso económico, com uma prevalência de 3-4% na população geral e de 10-15% nos idosos transformando-se numa doença que exige vigilância e tratamento prolongados (É tempo de agir! - Declaração para uma vida melhor, 2011).

Atualmente, a gestão do sofrimento e a qualidade de vida é melhor que no passado, o que não acontece com os custos do tratamento e dos efeitos secundários de longa duração, que continuam a aumentar na Europa a par da disponibilidade de novas terapêuticas.

Cerca de 30-40% dos tumores malignos são possíveis de prevenir, entre os vários fatores de risco para o desenvolvimento do cancro é de realçar o tabagismo (25-30%) excesso de peso, obesidade, défice de atividade física e abuso do consumo de álcool. (É tempo de agir! - Declaração para uma vida melhor, 2011).

Segundo os mesmos autores, “*Estima-se que a obesidade seja responsável por cerca de 4% dos cancros no homem e 7% na mulher, estando relacionada, em particular, com o risco acrescido de tumores da mama, do esófago, cólon e reto, assim como do endométrio e do rim*”.

A Chronic Disease Alliance (2010), menciona que os cancros com maior frequência de mortalidade são o cancro do pulmão (20%), cancro colo-rectal (12%), cancro de mama (7,5%) - 16% das mortes por cancro do sexo feminino apenas e cancro de estômago (7%).

A ameaça às nossas sociedades de doenças crónicas não - transmissíveis não pode ser exagerada. Até 40% da população da União Europeia acima de 15 anos referem um problema de saúde de longa data e duas em cada três pessoas que atingiram a idade de reforma têm pelo menos duas condições crónicas, que são responsáveis por 86% das mortes na Europa, no entanto são evitáveis. Políticas simples poderiam salvar milhões de vidas e cortar biliões de euros em custos diretos e indiretos (Chronic Disease Alliance - 2010).

É necessário unir esforços, uma abordagem intersectorial sustentada e estratégias transversais de toda a sociedade que levem ao desenvolvimento indispensável de políticas e de medidas para reverter o crescente aumento das doenças crónicas.

“Saúde equivale a riqueza, a prosperidade. Investir em saúde é investir nas pessoas e na economia” (É tempo de agir! - Declaração para uma vida melhor, 2011).

Os condicionalismos das doenças crónicas são complexos, multifatoriais e multissetoriais. Para a OMS (2005), um dos condicionantes do aumento de incidência e prevalência das doenças crónicas são os comportamentos de risco, como, por exemplo, a nutrição pouco saudável, a inatividade física, má gestão do stresse, etc.

Perante esta constatação, a saúde das pessoas com doenças crónicas não pode ser interpretada como algo de inato ou individual, pois relaciona-se com diferentes condicionalismos (fatores ambientais, condições de vida, ambiente social, estado mental e social, fatores familiares e psicológicos).

Nos países membros da OMS, em 2005, 35 milhões de pessoas morreram devido a doenças crónicas, o que significa que 60% das mortes a nível mundial foram provocadas por doenças crónicas e estima-se que, no ano 2020, as doenças crónicas serão responsáveis por 78% do peso global das doenças nos países desenvolvidos (Pereira, 2008).

Em Portugal, as doenças crónicas estão agrupadas em: neurológicas; metabólicas; respiratórias; renais; cardíacas; transmissíveis e oncológicas. Segundo Pereira (2008), as principais causas de morte no país são as doenças cardíacas e as oncológicas. Neste sentido, as doenças crónicas são a principal causa de morte da população portuguesa, ultrapassando as doenças agudas.

O Observatório Nacional de Saúde (2005) realizou um inquérito a nível de Portugal continental para estimar a prevalência autodeclarada de algumas doenças crónicas na Contributo para a implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde para a identificação de ganhos em saúde nas doenças crónicas população com mais de 64 anos, verificando-se que, num universo de 2820 indivíduos, 64%, refere possuir doença crónica.

Relativamente às doenças de declaração não obrigatória, a OMS indica que estas doenças como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, representam cerca de 59 % do total de 57 milhões de mortes por ano e 46 % do total de doenças, afetando países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento (Pereira, 2008).

2. O CANCRO DA MAMA

O cancro da mama é uma das patologias com maior impacto na nossa sociedade, não só por ser frequente e, muitas vezes, associado a uma imagem de gravidade, mas essencialmente porque atinge e agride um órgão cheio de simbolismo, na maternidade e na feminilidade (Portal de Oncologia Português, 2011).

Desde os tempos de Hipócrates que os doentes oncológicos reagem com medo, angústia e desespero ao diagnóstico de cancro, e na maioria das vezes este pânico arrasta-se por tudo o que envolve o doente (Santos, 2006).

Em termos etimológicos, a palavra cancro deriva do latim e significa caranguejo; o uso da palavra remonta ao século V a.C., tendo Hipócrates verificado que as veias que irradiavam dos tumores do peito se assemelhavam a um caranguejo (Pereira e Lopes, 2002).

Segundo Lello e Lello (1991), cancro (do latim *cancru*) é um tumor sólido, maligno, caracterizado pela proliferação incessante das células que o constituem e que geralmente degenera em úlcera. Mais recentemente, o cancro é definido por Manuila, et al, (2003) como um tumor maligno, isto é, constituído pela proliferação anárquica de células anormais, que invade as estruturas vizinhas e que tem tendência para produzir tumores secundários à distância (processo de metastização).

Através das várias definições apresentadas, constata-se surgirem vários termos associados ao cancro ou doenças oncológicas, tais como tumor e neoplasia. Tumor é considerado por Costa e Melo (1996), como um aumento de volume ou “inchaço” a nível dos tecidos. Neoplasia é a formação de tecidos moles, sem finalidade útil, prejudiciais para o hospedeiro e que vão competir com células normais no que diz respeito ao consumo de energia e substrato nutritivo. Estas podem ser malignas ou benignas, consoante a sua capacidade de disseminação e invasão de outros tecidos ou não (Manuila, et al, 2003).

Apesar do termo cancro ou doença oncológica ser de forma genérica utilizado no singular, alguns autores consideram mais apropriada a utilização do termo no plural, dado que ele encerra uma enorme variedade de doenças com características de cerca de cem tipos diferentes de cancro (Pfeifer, 2000). Essas doenças diferem especialmente em termos da sua localização e da rapidez de evolução do seu prognóstico, no entanto partilham características biológicas comuns (Santos, 2006).

A característica fundamental das doenças neoplásicas malignas situa-se no rápido e incontrolável crescimento celular, induzindo a formação tumoral. A maioria das células do corpo humano tem capacidade de se dividir. Sempre que algumas células são destruídas, as restantes do mesmo tipo dividem-se, até que seja restabelecido o número inicial. Esta substituição ordenada das células é controlada por um mecanismo que cessa a atividade quando o dano original foi corrigido. As células neoplásicas perdem a sua habilidade para cessar o processo reprodutivo celular, como seria esperado, ao atingirem um ponto particular no seu ciclo vital. A doença surge, podendo levar à morte, graças às alterações morfológicas e funcionais dos órgãos envolvidos (Keitel e Kopala, 2000).

As células neoplásicas malignas têm características diferentes das células envolvidas e dividem-se rapidamente, podendo invadir os órgãos anexos ou distribuem-se através da via sanguínea ou linfática até outras localizações corporais (metástases) (Santos, 2006).

Embora ainda não completamente esclarecido o fenómeno desencadeador desta alteração, pensa-se que os carcinogénicos¹ causem mutações genéticas do ADN². No entanto, são inúmeros os agentes biológicos protetores contra o desenvolvimento e reprodução dessas células oncológicas, com ênfase no sistema imunológico (Santos, 2006).

As neoplasias são neoformações de tecido anormal, que não respondem aos mecanismos normais de controlo da divisão celular e por isso se estendem para além dos limites dos tecidos. Esta perda de controlo da divisão também se pode associar a disfunção. A expressão fenotípica das neoplasias pode ser semelhante à dos tecidos de onde se originaram ou, pelo contrário, pode ser muito diferente. No primeiro caso, as neoplasias dizem-se bem diferenciadas. No

¹ Processo de transformação de células normais em células neoplásicas.

² Ácido desoxirribonucleico – molécula que contém informação genética e controla o funcionamento celular.

segundo caso dizem-se pouco diferenciadas. O termo anaplasia usa-se para definir o grau máximo da indiferenciação (Keitel e Kopala, 2000; Pfeifer, 2000).

Segundo Pfeifer (2000), as características de malignidade mais significativas são as seguintes: pleomorfismo; hiper Cromasia; aumento do índice mitótico e aparecimento de mitoses atípicas; aneuploidia; anormalidades dos cromossomas, numéricas e estruturais.

As células neoplásicas possuem ainda algumas características cinéticas, sendo as mais importantes: perda do controlo da proliferação; perda da capacidade de diferenciação; alterações e propriedades bioquímicas; instabilidade dos cromossomas e capacidade de metastização (Santos, 2006).

Todos os cancros têm o seu início em células que perdem o controlo e tornam-se anormais. Estas células multiplicam-se e dividem-se formando um caroço de tecido extra que passa a ser designado de tumor, podendo ser maligno ou benigno. Acredita-se que os cancros da mama mais invasivos já estariam presentes 6 a 10 anos antes de serem detetados por palpação ou por mamografia (Odgen, 2004).

O cancro de mama é uma proliferação maligna das células epiteliais dos ductos ou lóbulos da mama, é um derivado da multiplicação desordenada em alta velocidade de células mamárias, em uma determinada região da mama, dando origem ao aparecimento de neoplasias malignas, as quais podem atingir tecidos circunjacentes e desencadear metástases (Cardozo, 2008), aparece sob a forma de nódulos, muitas vezes detetados pelo doente aquando a realização do autoexame.

A causa do cancro da mama continua a ser muito discutida, sendo ainda desconhecida. No entanto, são conhecidos vários fatores que predispõem o seu aparecimento.

Sommers (2007) considera que o maior risco é a história familiar de cancro da mama, não sendo esse fator sempre prevalente sugere os seguintes fatores de risco:

Tabela 1: Fatores de risco do cancro da mama

Ascendência europeia	Dietilestilbestrol (DES) de exposição
Idade superior a 40 anos	Consumo de álcool moderado
Historia pessoal de cancro da mama	Dieta rica em gordura
História de doença benigna da mama	Terapia de reposição hormonal prolongada
Nuliparidade e idade materna tardia	História de doença proliferativa benigna da mama
Menarca precoce antes dos 12 anos	Exposição a radiação e resíduos de pesticidas
Menopausa tardia após 55 anos	Mutação dos genes BRCA1 e BRCA2
Obesidade pós- menopausa	

Fonte: Sommers (2007).

A maioria das neoplasias da mama abrange as células dos ductos mamários. Por esta razão, o cancro da mama mais comum chama-se Carcinoma Ductal.

Segundo o mesmo autor, os carcinomas podem ser classificados segundo o local onde se encontram, podendo ser invasivos e não invasivos, assim como segundo o estágio:

Estadio I	tumores com menos de 2 cm, sem envolvimento de linfonodos
Estadio II	tumores com menos de 5 cm , com envolvimento de linfonodos axilares
Estadio III	tumores com tamanho superior a 5 cm , com invasão da pele ou da parede torácica , comprometendo linfonodos fixos na área clavicular, no entanto ainda sem evidencias de metástases
Estadio IV	tumores com tamanho incalculável, com presença de linfonodos cancerosos ou anormais e de metástases diferentes.

2.1- Dados epidemiológicos do cancro da mama

Em todo o mundo, milhões de pessoas morrem anualmente devido ao cancro. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o cancro é responsável por 10% de todas as mortes, e nos países ricos chega a corresponder a 18% dos óbitos. A tendência é de aumento das taxas de incidência e mortalidade secundárias ao cancro nos países pobres, enquanto tendência contrária é apontada nos países ricos. Pouco mais que o dobro das pessoas sobrevive (acima de 15 milhões), sofrendo de dor oncológica importante e perdendo um tempo precioso das suas vidas em consequência da dor e do sofrimento (Campos, 2005).

Em Portugal, segundo Barros, Lunet e Simões (2006), a patologia oncológica é um problema major, uma vez que, não há dados sólidos nem sobre a incidência, nem sobre a mortalidade “do” cancro. O risco que temos de vir a desenvolver um cancro durante a vida é de cerca de 50% e de vir a morrer de cancro de cerca de 25%. Diagnosticam-se, anualmente, em Portugal entre 40 a 45 mil novos casos de cancro, com um ligeiro predomínio nos doentes do sexo masculino. Esta incidência (mais de 400 novos casos por 100 000 habitantes por ano) é semelhante à observada nos restantes países da União Europeia (UE) e tem vindo a aumentar, moderadamente, nas últimas décadas como consequência do progressivo aumento da esperança de vida. Os cancros mais frequentes nos homens portugueses são, para além do cancro da pele, os do cólon e reto, próstata, pulmão e estômago. Na mulher, os cancros mais frequentes, excluindo de novo a pele, são os da mama, cólon/reto, estômago e útero. As maiores diferenças entre Portugal e a UE residem na muito maior incidência de cancro do estômago em doentes portugueses de ambos os sexos e a (ainda) menor incidência de cancro do pulmão, na mulher, em Portugal (Barros, Lunet e Simões, 2006).

Ao contrário do que sucede na maioria dos países da UE – em que a mortalidade por cancro, apesar do aumento da sua incidência, tem vindo a diminuir desde o início da década de noventa – a mortalidade por cancro continua a aumentar mais de 6% ao ano em Portugal, o que nos torna o país da UE em pior situação neste aspeto. A mortalidade (cerca de 20 a 25 000 falecimentos por ano devido a cancro) é mais elevada no homem do que na mulher (1,8 masculinos:1,0 femininos). Sendo os cancros mais mortais os do pulmão, cólon/reto e estômago. Depois da patologia cardiovascular aparece o cancro como segunda causa de morte (213,2 por 100.000 habitantes) (Direcção-Geral da Saúde, 2003).

A origem do cancro da mama continua desconhecida, no entanto, não distingue classes sociais e é rara em homens; a faixa etária com maior incidência varia dos 45 aos 55 anos, com tendência para o aumento nas faixas etárias mais jovens.

Em Portugal, surgem aproximadamente 4.500 novos casos de cancro da mama e todos os anos mata aproximadamente 1500 mulheres, é o cancro com maior taxa de incidência em Portugal (Portal de Oncologia Português, 2011).

É a causa de morte precoce mais frequente e evitável da União Europeia, constituindo um problema importante de saúde pública. Na Europa estima-se que 8 a cada 100 mulheres desenvolveram esta efemeridade antes dos 75 anos (Rodríguez, et al, 2006).

Em Portugal, a taxa de mortalidade padronizada por cancro da mama feminina, antes dos 65 anos, que se aproximava da meta estabelecida para 2010, aumentou em 2009 para 12,6 óbitos por 100 000 mulheres (Ministério da Saúde).

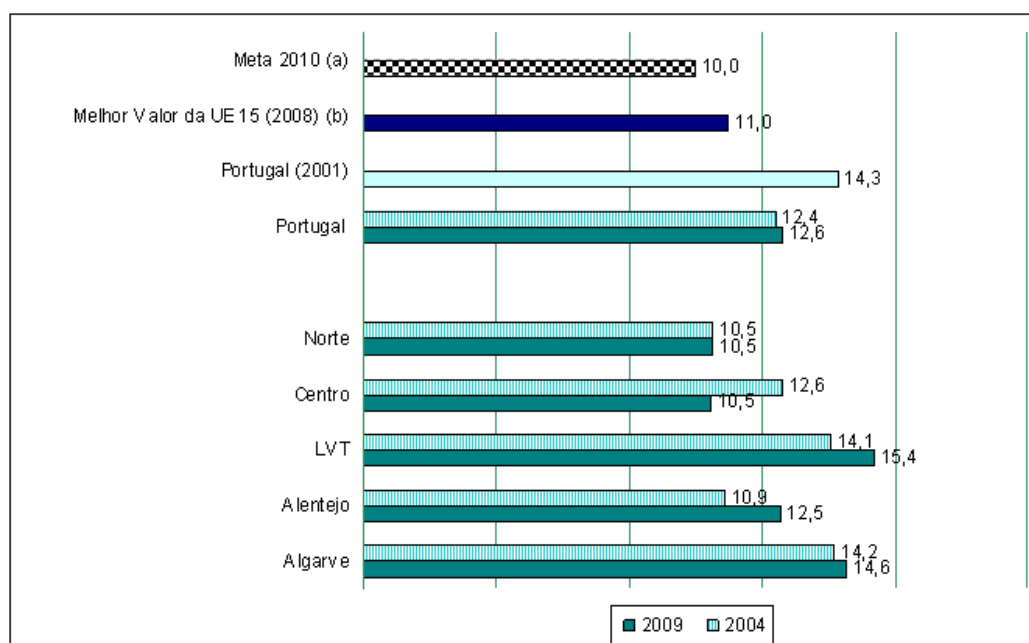


Figura 1: Incidência de cancro da mama feminino antes dos 65 anos em Portugal por região. Fonte: INE (2010). Elaborado por GIP/ACS a partir de informação disponível e não publicada.

Entre 2004 e 2009 apenas a Região Centro apresentou diminuição da taxa de mortalidade padronizada por cancro da mama feminina antes dos 65 anos (de 12,6 para 10,5 por 100 000 mulheres). Na Região Norte a taxa manteve-se em 10,5%000 e nas restantes Regiões aumentou, com destaque para LVT onde em 2009 este indicador atingiu 15,4%000 (ACS.MIN-SAÚDE).

Em 2008, a incidência do cancro da mama em mulheres é de 27,6%, com uma mortalidade de 16% sendo a prevalência (5 anos) de 38,2% (Globocan, 2008).

3. TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA

Ao longo dos anos a evolução da medicina tem possibilitado novas e mais eficazes formas de tratamento na doença oncológica, contudo o cancro continua a ser temido, provocando alterações no quotidiano do doente, a incerteza de cura, possibilidade de mortalidade, pelo medo e sofrimento físico.

Atualmente, graças a programas de diagnóstico e “screening” precoce a sobrevivência das mulheres aumenta, assim como o progresso em técnicas de diagnóstico e cirurgia tem tornado possível em muitos casos que não seja exigida a remoção completa da mama, permitindo que a cirurgia plástica de reconstrução imediata seja escolha da mulher (Martínez, 2006).

A decisão de tratamento baseia-se em características tumorais, experiência do cirurgião, preferência do doente, podendo ser afetada por vários fatores: idade, tamanho do tumor, localização, fatores socioeconómicos, raça e estado civil. A cirurgia é um dos tratamentos de escolha para o cancro da mama e, mesmo em face aos avanços tecnológicos, existe a possibilidade de que esse tipo de intervenção cirúrgica possa trazer complicações, tais como: linfedema, alteração postural, limitação da amplitude de movimento (ADM), perda ou diminuição da função e dor no membro homolateral após a cirurgia (Petito e Gutiérrez, 2008).

O tratamento do cancro da mama é baseado no estágio da doença. Nos últimos tempos o tratamento cirúrgico e as terapias coadjuvantes sofreram avanços significativos.

O tratamento passa muitas vezes pela cirurgia (por exemplo tumorectomia e mastectomia com ou sem dissecação de nódulos linfáticos), a terapia sistémica (quimioterapia, biológico e hormonal) e radiação, geralmente em combinação com protocolos de tratamento baseado no estágio da doença (Strayer e Schub, 2011).

Segundo os mesmo autores, deve incentivar-se a participação ativa nas decisões sobre o plano terapêutico e reforçar a educação, pré e pós-tratamento

particularmente as expectativas em relação à recuperação, os efeitos secundários do tratamento, a dor, nível de atividade e protocolos de terapia continuada.

Quimioterapia

A quimioterapia consiste na utilização de fármacos para matar as células cancerígenas. A quimioterapia para o cancro da mama é constituída, geralmente, por uma associação de fármacos, que podem ser administrados oralmente, sob a forma de comprimidos ou através de uma injeção intravenosa. Em qualquer das situações, os fármacos entram na corrente sanguínea e circulam por todo o organismo - terapêutica sistémica (Brunner & Suddarth, 2008).

Ao contrário da cirurgia e da radioterapia, que são tratamentos loco-regionais, este é uma forma de tratamento sistémico, afetando todo o organismo e não somente uma zona restrita. A ideia-base é de matar células que eventualmente já tenham atingido a circulação sanguínea e passado para órgãos-alvo. Esta terapêutica pode ser aconselhada de acordo com evidência de doença à distância ou mesmo sem essa evidência, neste caso, de acordo com alguns fatores presentes no tumor ou da própria doente, como a idade. Como regra geral deve-se ser mais agressivo em termos de tratamento em mulheres mais jovens (Otto, 2000).

A quimioterapia atua por inibição da multiplicação das células tumorais ou por inibição dos mecanismos de reparação dessas células. Consta habitualmente da associação de várias drogas, podendo ser utilizada uma única droga. É habitualmente administrada por via endovenosa em ciclos intervalados entre si de 3 a 4 semanas, num total de 4 a 8 ciclos consoante as drogas utilizadas e a resposta obtida (Brunner & Suddarth, 2008).

Pode ser utilizada como terapêutica inicial geralmente em casos de doença mais avançada ou em casos em que se quer reduzir as dimensões do tumor para se poder efetuar uma cirurgia conservadora da mama. Na grande maioria dos casos é utilizada como terapêutica complementar a procedimentos cirúrgicos, de acordo com diversos fatores indicadores da sua necessidade (Brunner & Suddarth, 2008).

Segundo Spence, et al, (2003) entende-se por quimioterapia antineoplásica o uso de substâncias químicas, utilizadas no tratamento de neoplasias malignas, que atuam durante o desenvolvimento das células com uma ação sistémica sobre

metástases ou micro metástases. O alvo da maioria das drogas citotóxicas é o metabolismo dos ácidos nucleicos e síntese proteica. A quimioterapia fundamenta-se na diferença de sensibilidade entre as células malignas e as células normais. Utilizada isoladamente ou associada com a radioterapia ou cirurgia, é considerada um elemento essencial no tratamento do cancro, sendo sentida como a forma mais perturbadora, pois os efeitos secundários convertem-se, na maioria das ocasiões, nas características psicológicas mais importantes da doença, a que o doente tem de dar resposta.

A decisão terapêutica é ponderada individualmente após comprovação anatomopatológica, sendo a histologia o fator que condiciona a opção terapêutica, considerando os seus benefícios e inconvenientes, além do estadio, idade, prognóstico, doenças concomitantes e desejo do doente (Otto, 2000).

Este tipo de tratamento, quando aplicado após tratamento cirúrgico definitivo, visa atuar enquanto a carga tumoral é pequena (micrometástases) e as células estão menos resistentes às drogas. São conhecidos os efeitos secundários da quimioterapia, sobretudo a nível da mucosa oral e gastrointestinal, efeitos hematológicos, neurológicos e cutâneos. A fadiga, a astenia e a xerostomia podem surgir igualmente como as flebites e flebotromboses. Os efeitos cutâneos são os que, por norma, desenvolvem grande ansiedade pela alteração da imagem corporal e do autoconceito (Otto, 2000; Brunner & Suddarth, 2008).

As intervenções de enfermagem no doente submetido a este tipo de tratamento exigem múltiplas estratégias de avaliação e intervenção. Neste sentido, o enfermeiro deve conhecer o estado da doente; o objetivo 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 a duração dos sintomas auxiliam a prevenção e o controlo (Otto, 2000).

Radioterapia

A radioterapia, ou terapêutica por radiações, consiste na utilização de raios altamente energéticos para matar as células cancerígenas. Faz-se, geralmente, depois de uma cirurgia conservadora da mama. Por vezes, dependendo da dimensão do tumor e de outros fatores, a radioterapia pode também ser usada

depois da mastectomia. A radiação destrói as células do cancro da mama que possam ainda ter ficado, depois da cirurgia (Otto, 2000).

Algumas mulheres com cancro da mama fazem radioterapia antes da cirurgia, para destruir células cancerígenas e diminuir o tamanho do tumor, ou seja, em contexto neoadjuvante. Esta situação é mais utilizada quando o tumor é grande ou a sua remoção por cirurgia não é fácil. Nestes casos, podem fazer apenas radioterapia (monoterapia), ou podem fazer radioterapia com quimioterapia ou terapêutica hormonal (Otto, 2000).

Para tratar o cancro da mama, Brunner e Suddarth (2008) referem dois tipos de radioterapia:

- **Radiação externa:** a radiação provém de uma máquina. Para a radioterapia externa, a mulher com cancro da mama vai para um hospital ou clínica. Geralmente, os tratamentos são realizados durante 5 dias por semana, durante várias semanas.
- **Radiação interna** (radiação por implante ou braquiterapia): a radiação provém de material radioativo contido em finos tubos de plástico, colocados diretamente na mama. Para fazer radiação por implante, a doente fica no hospital. Os implantes permanecem no local, ou seja, na mama, durante vários dias; são retirados antes de ir para casa.

Algumas mulheres com cancro da mama fazem os dois tipos de radioterapia.

Geralmente é uma terapêutica complementar a uma outra e só raras vezes será utilizada *per si*. Consiste na aplicação de radiações localizadas às áreas afetadas, ao contrário da quimioterapia e da hormonoterapia que influenciam todas as células do organismo (Otto, 2000).

Baseia-se no princípio de que altas doses de radiação podem destruir a habilidade das células para crescer e multiplicar. Tanto as células normais como as malignas são afetadas, tendo as células normais a capacidade de se regenerarem, enquanto as malignas são permanentemente afetadas, não se regenerando (Brunner & Suddarth, 2008).

Hormonoterapia

Dependendo do tipo de tumor pode ser necessário juntar drogas anti-hormonais ao tratamento. A hormonoterapia baseia-se no facto de que alguns tipos de tumor necessitam das hormonas femininas (estrogénios e progesterona) para crescerem (Brunner & Suddarth, 2008).

Sendo assim, podem utilizar-se drogas que diminuam os níveis de hormonas femininas e, assim, estar-se-á a combater o crescimento tumoral. Nem todos os tipos de tumor são passíveis deste tratamento. Através de uma análise efetuada ao tecido tumoral, pode ser detetada esta característica do tumor. Este tratamento atualmente é efetuado com o anti-estrogénio tamoxifeno na dose de 20 mg/dia durante habitualmente cinco anos (Brunner & Suddarth, 2008).

Deve ter-se em conta que este risco é relativamente pequeno quando comparado com o benefício que se irá obter em relação à doença mamária. Apesar dos períodos menstruais serem alterados com o uso do anti-estrogénio tamoxifeno, a mulher pode engravidar, pelo que deverão ser tomadas medidas adicionais para anticoncepção (nunca a pílula, uma vez que contém hormonas que se estão a combater com o anti-estrogénio tamoxifeno) (Kuehn, et al, 2001).

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

De acordo com Otto (2000), há estudos que comprovaram que mulheres que alteraram o seu tratamento, passando do tamoxifeno para o anastrozole, manifestam menos probabilidades de recidiva de cancro mamário, associada a uma menor probabilidade de desenvolver efeitos secundários como cancro do endométrio e trombozes venosas profundas.

Outro efeito secundário, este mais benéfico, é a diminuição dos níveis sanguíneos de colesterol, bem como a prevenção da osteoporose. A terapêutica hormonal impede que as células cancerígenas tenham acesso às hormonas naturais do nosso organismo - estrogénios e progesterona - que necessitam para se desenvolverem. Se os testes laboratoriais demonstrarem que o cancro da mama tem recetores hormonais, ou seja, que é positivo para os recetores hormonais, a mulher pode fazer terapêutica hormonal. Tal como a quimioterapia, a terapêutica

hormonal pode afetar as células de todo o organismo, pois tem atividade sistémica (Kuehn, et al, 2001).

A sua utilização previne recidivas locais e a possibilidade de ocorrência de um segundo tumor na mama contralateral. O tratamento a longo prazo, cerca de cinco anos, é o mais indicado. Os doentes necessitam de uma monitorização contínua, na medida em que podem ocorrer efeitos secundários como: alterações da coagulação sanguínea (muitas vezes responsáveis por tromboflebites, trombozes venosas profundas ou embolias pulmonares), sintomas de menopausa nas mulheres pré-menopáusicas (como alterações menstruais, secura vaginal e afrontamento), aumento de peso e um ténue aumento de risco do cancro endometrial (Otto, 2000).

Cirurgia

A cirurgia ao cancro da mama é o tratamento primário preferencial para controlar o cancro da mama local. Segundo Buckley e Schub (2012), os procedimentos cirúrgicos que são comumente realizados para doentes com cancro da mama incluem:

- Cirurgia conservadora (lumpectomia, mastectomia parcial, e mastectomia segmentar), é preservado a maioria do tecido da mama, é individualizado e removido o tumor e uma margem de tecido normal para cada doente; não é recomendado para mulheres com cancro da mama inflamatório (forma rara agressiva do cancro da mama em que as células cancerígenas bloqueiam os vasos linfáticos á volta da mama).
- Mastectomia, é uma série de procedimentos cirúrgicos em que toda a mama é removida, é utilizada para exérese de tumores maiores e em mulheres jovens com teste positivo para mutações nos genes de susceptibilidade AC-BRCA1 ou BRCA2. Podem ser realizadas três tipos de intervenções:
 - Mastectomia radical, envolve a remoção de toda a mama, nódulos linfáticos axilares e parede muscular subjacente, em versões modificadas de mastectomia poupadoras de pele, apenas são retirados toda a mama e nódulos linfáticos;

- Mastectomia total / mastectomia simples, envolve a remoção completa da mama, mas não os gânglios linfáticos - ou músculos peitorais;
- Mastectomia com preservação da pele, deixa um “envelope” para a reconstrução, poupa pele, o mamilo e o complexo aureolo-mamilar; comparado com a mastectomia convencional, não representa maior risco de recidiva regional, local ou sistêmica, podendo ser efetuada reconstrução mamária imediata.
- Cirurgia reconstrutiva, que pode ser imediata ou tardia, inclui as opções de inserção de expansores de tecido, a colocação de implantes de mama, ou realizar a reconstrução autóloga usando técnicas de retalhos diversos.

Esta última se realizada imediatamente após a mastectomia é associada a melhora da sobrevida, que pode ser devido ao fato de que as mulheres que escolhem a reconstrução da mama geralmente têm um maior nível socioeconômico, maior acesso aos cuidados de saúde, e um estilo de vida saudável (Bezuhly et al, 2009, cit. por Buckley e Schub 2012).

A biópsia do nódulo axilar linfático sentinela, fornece informações sobre o estadiamento da doença (ou seja, a obtenção de uma amostra para exame que, hipoteticamente, é o primeiro nódulo ou grupo alcançado pelas células cancerígenas de metástase do tumor primário) é comumente reconhecido como o tratamento ideal, mas a dissecação axilar do nódulo (isto é, a remoção de a partir pelo menos 6 gânglios linfáticos debaixo do braço), que está associada a efeitos secundários a longo prazo (por exemplo, linfedema), ainda é considerado o padrão de cuidados por muitos clínicos. Os autores supracitados referem ainda que cada doente deve ser educado sobre os riscos (os potenciais efeitos adversos do tratamento) e benefícios (o potencial para aumento da sobrevivência) de todas as opções de tratamento cirúrgico e estimulados a tomar uma decisão pessoal sobre o tratamento, incluindo o que é um esteticamente aceitável resultado da cirurgia.

O tratamento cirúrgico geralmente não é aconselhado para doentes com metástases de carcinoma da mama, no entanto, a remoção cirúrgica do tumor primário aumenta a sobrevida de mulheres.

Assim, é importante dar-se apoio emocional a familiares e doentes submetidas a tratamento cirúrgico para cancro da mama; incentivá-las a ser participantes ativas nas decisões sobre o plano de tratamento, incluindo as decisões relativas ao tratamento cirúrgico.

4. COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO NO CANCRO DA MAMA

A forma mais usada de tratamento para câncer de mama é a cirurgia, com ou sem dissecação de nódulos linfáticos axilares, sendo responsável por gerar comorbidades que causam grande temor entre as mulheres, provocando alterações psicológicas que afetam a percepção da sexualidade e a imagem pessoal, além dos desconfortos e debilidades físicas (Jammal, 2008)

As complicações pós-operatórias mais comuns são a redução de amplitude de movimento do ombro, fraqueza muscular nas extremidades superiores, linfedema, dor e dormência (Silva et al., 2008; Chan et al., 2010; Swisher, 2011).

Alterações bio-psico-sociais

As sobreviventes do cancro da mama experienciam perda total ou parte das suas mamas, de cabelo, ganho de peso e início de menopausa precoce. Estes efeitos secundários apresentam desafios psicológicos, sociais e culturais para essas mulheres para manter a sua identidade feminina e sexual. O fenómeno do cancro da mama é significativamente influenciado pelo contexto social e cultural em que ocorre (Mustian, 2002)

A identidade feminina, feminilidade, atratividade, sexualidade, nutrição e maternidade são algumas questões diretamente relacionadas com a mama (Manganiello, 2011), a sua perda pode ter consequências negativas para a imagem corporal e autoconceito da mulher.

A mastectomia é uma intervenção cirúrgica excessivamente traumatizante, sendo encarada pela mulher, muitas vezes como uma agressão, já que promove a

"amputação" de uma parte do seu corpo - a mama, levando muitas vezes ao aparecimento de sentimentos de perda que possivelmente, se refletirá na sua identidade feminina. Com a realização deste procedimento, a imagem corporal da mulher modifica-se radicalmente, na maioria das vezes, sem uma preparação suficiente para se adaptar à sua "nova imagem".

A perda de uma mama pode resultar em uma imagem alterada do corpo e do autoconceito. Além de símbolo sexual, desempenha uma tarefa importante e exclusiva da mulher: a amamentação, a sua perda constitui, portanto, uma mutilação irreparável em determinadas situações da vida. Ao ser relacionada com a integridade física, a construção da autoimagem fica possivelmente comprometida, o que pode modificar a identidade da mulher tanto nos aspetos sociais como sexuais. (Amâncio, Santana, e Costa, 2007).

Doentes mais jovens têm maiores preocupações sobre a imagem corporal e sexualidade.

O diagnóstico de cancro é descrito como um dos mais stressantes diagnósticos médicos que uma pessoa pode receber. Muitos doentes têm morbidades psiquiátricas, especialmente ansiedade e depressão. O tratamento da depressão em doentes com cancro da mama aumenta a qualidade de vida e pode aumentar a sobrevida. Com um diagnóstico precoce e encaminhamento atempado para um psiquiatra, os doentes podem ter uma vida mais confortável (Gumus, et al, 2010).

Segundo Mustian (2002), os profissionais de saúde adotaram uma prática holística sobre a experiência do cancro da mama e perspetivas biopsicossociais, como evidenciado pelo surgimento da qualidade de vida como o indicador primário da eficácia terapêutica. A qualidade de vida pode ser definida como um perçetual multidimensional e complexo conceito que inclui muitos fatores biopsicossociais, como capacidade psicológica, ajustamento social, e doença, relacionados com o tratamento dos sintomas.

Segundo o mesmo autor, com o aumento do número de sobreviventes de cancro da mama, a reabilitação tornou-se extremamente importante em que o foco de pesquisa passou de curar a doença a viver com a doença e as suas consequências. É necessário entender que ao contrário de tratamentos para a diabetes ou doença cardíaca, tratamentos para o cancro são mais tóxicos e intensivos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e terapia farmacêutica) muitas vezes resultam em uma quantidade de efeitos colaterais com impacto na qualidade de vida. Os efeitos psicossociais secundários mais frequentes do cancro da mama incluem depressão, ansiedade, stress, distúrbios do humor, diminuição da

autoestima, perda de senso de controlo, retirada conjugal e social, imagem corporal pobre, feminilidade e auto-depreciação diminuída e disfunção sexual (Glanz & Lerman, 1992; Penman, Bloom, & Fotopoulos, 1986; Roth, Weinstein, Portner, Glickman, Haslanger, & Wilkins, 1998).

Quanto aos efeitos colaterais físicos e funcionais do cancro da mama incluem diminuição da função cardiovascular, força diminuída, diminuição da função pulmonar, da massa magra do corpo, alteração de peso, dificuldade para dormir, fadiga, náuseas, vômitos, perda de cabelo, osteoporose e início precoce da menopausa.

Na vida social, o estigma que gira em torno da mulher mastectomizada é ainda muito forte, contribuindo para a sua marginalização. A nova imagem adquirida faz com que crie também uma nova identidade tanto social como sexual; socialmente, a mulher sente-se discriminada pela sociedade, pois, a depender do tratamento, pode ficar impedida de desempenhar papéis que anteriormente desempenhava; sexualmente, julga-se incompleta, mutilada, já que o órgão tem função relevante no ato sexual (Amâncio, Santana, e Costa, 2007).

A mulher experiencia preocupações psicossociais que incluem incertezas quanto ao futuro, medo de recorrência e impacto do cancro e do seu tratamento (Amâncio, Santana, e Costa, 2007).

Estudos anteriores realizados em diversos países concluíram que as mulheres submetidas a mastectomia sentiram que o seu funcionamento sexual foi afetado. A sexualidade representa um dos principais aspetos de relação entre uma mulher e o seu marido, sendo também importante para a qualidade de vida, que é afetada pela mastectomia (Manganiello, et al, 2011).

Segundo Manganiello, et al, (2011) estão associados á mastectomia graves problemas de funcionamento sexual, tais como o sentimento de mutilação e preconceitos relacionados á autoimagem (Duarte e Andrade, 2003) depressão e a conseqüente diminuição do desejo sexual, sentimento de repulsa sexual, insatisfação como nível de atividade sexual, dificuldades relacionadas á fadiga, orgasmo e dor, alterações no *status* hormonal e as dificuldades derivadas de secura vaginal (Holmberg, et al, 2001). As necessidades pessoais devem ser avaliadas considerando-se a cultura e o contexto étnico, porque as manifestações de disfunção sexual diferem entre as mulheres (Kneece, 2003).

O autor supracitado, refere que devem ser adotadas medidas que possam contribuir para melhorar a vida sexual da mulher promovendo uma melhor qualidade de vida, assim, os profissionais de saúde devem identificar os problemas relacionados á sexualidade e intimidade relatadas pelas mulheres pós mastectomia

e oferecer apoio específico para a adoção de estratégias práticas para melhorar a função sexual (Horder e Street, 2007). A sexualidade deve ser vista como um domínio dos cuidados de que precisa ser abordada com a mulher e o seu parceiro, superando a ideia de excluirmos os homens (Hoga et al, 2008; White,2006).

Segundo Manganiello, et al, (2010) a sexualidade em mulheres após esvaziamento axilar é significativamente mais afetada quando têm menor nível educacional, parceiros mais velhos e sem reconstrução mamária.

Ainda o mesmo autor faz referência de que o cancro da mama é cada vez mais vivido como uma experiência partilhada de uma família, porque a saúde psicológica e papéis de todos os membros da família são muitas vezes significativamente afetados pela experiência da doente. O diagnóstico do cancro da mama numa mulher que é mãe provoca perturbações na rotina familiar diária o que pode levar ao aumento do stresse e conflitos entre os membros da família. Familiares mais próximos estão particularmente em risco para uma difícil adaptação a um diagnóstico de cancro da mama, porque eles são mais propensos a experimentar as mudanças de papel, ser chamados a dar apoio emocional à mulher e ser confrontado com uma predisposição familiar para a doença. O funcionamento familiar positivo e o aumento da capacidade da doente de lidar com o stresse são fortes preditores de adaptação mais fácil da família durante o tratamento/recuperação (White, 2006).

O diagnóstico de uma mulher com cancro da mama tem uma profunda influência sobre seu relacionamento com seu parceiro, se tiverem um elevado nível de interdependência psicológica, os parceiros frequentemente experimentam um nível de angústia igual à da doente após o diagnóstico, as mulheres tipicamente veem os seus parceiros como a sua fonte mais importante de suporte (Strayer e Caple, 2012).

Segundo os mesmos autores, quanto ao impacto do cancro da mama – stress, nas crianças pode variar ligeiramente de acordo com sua idade e estágio de desenvolvimento, preocupam-se com a estabilidade do relacionamento dos pais e da continuidade da família, têm angústia relacionada a assumir tarefas adicionais, mudança de papéis, sentem-se isolados dos seus amigos, querem uma comunicação honesta sobre a condição da sua mãe e uma sensação de que eles estão a ser protegidos da notícia preocupante ou desagradável ou que informações sobre a doença da sua mãe está a ser subestimado em seu benefício, contínua preocupação sobre a possibilidade de recorrência de cancro da mama depois que a mãe foi tratada com sucesso. Em todos os membros da família, o apoio

psicossocial está diretamente relacionado com melhores habilidades de “coping”, menos sintomas de ansiedade ou depressão, e ajuste mais estável para o diagnóstico de cancro da mama e os papéis recém-assumidos. Os profissionais de saúde devem-se tornar bem informados sobre como o cancro da mama afeta a dinâmica do sistema familiar, para identificar e ajudar as famílias que estão a ter dificuldades de adaptação.

Linfedema

O linfedema do membro superior homolateral é uma das complicações do tratamento do cancro da mama (Andersen, et al, 2000). Caracteriza-se pela elevada concentração de proteínas devido a vários mecanismos fisiopatológicos, principalmente pela diminuição da reabsorção proteica. Conforme as proteínas se estagnam no espaço intersticial, a pressão osmótica mantém-se elevada e o edema é mantido, sendo que este aumento da concentração de proteínas favorece a organização (fibrose) do edema e atua como um estímulo que resulta num processo inflamatório crónico (Leduc, 1998).

O linfedema pode resultar em deformidade cosmética, perda de funcionalidade, desconforto físico, episódios recorrentes de erisipela e alterações psicológicas (Andersen, et al, 2000). Mayall (2000) define linfedema como a acumulação de líquido, altamente proteico, nos espaços intersticiais, devido a falhas de transporte por alterações da carga linfática, a deficiência de transporte ou a falha da proteólise extralinfática.

Após acontecer a obstrução linfática (linfadenectomia axilar), são ativados mecanismos compensatórios que visam evitar a instalação do edema, como, por exemplo, circulação colateral por dilatação dos coletores remanescentes; dilatação dos canais pré-linfáticos conduzindo a linfa a zonas íntegras; neo-anastomoses linfo-linfáticas ou linfo-venosas; aumento da capacidade de transporte por incremento do trabalho dos linfangions; e estímulo do mecanismo celular produzindo na região edemaciada um aumento da pinocitose e um acúmulo de macrófagos que atuam na proteólise extralinfática (Mortimer, 1999).

Estes mecanismos fazem com que o membro superior afetado permaneça sem edema, reestabelecendo-se a circulação linfática. Todavia, este equilíbrio pode

ser alterado por fatores como o “esgotamento” do mecanismo compensador; fibroesclerose dos linfáticos a partir da quarta década de vida; traumatismos locais; secções cirúrgicas de coletores; inflamações; esforço muscular excessivo; exposição a temperaturas altas e as alterações da pressão atmosférica. Então, a instalação de edema ocorre devido ao aumento do fluxo linfático, que supera ou reduz a capacidade de transporte a níveis inferiores aos da carga e fluxo linfático (Vogelfang, 1996).

Mortimer (1998) refere que inicialmente era aceite que a patogenia do linfedema, após o tratamento do cancro de mama, resultante da destruição do sistema linfático devido à cirurgia e/ou radioterapia. A linfocintigrafia demonstrou que durante a fase de latência, após o tratamento e antes do linfedema, verifica-se uma dilatação dos principais coletores linfáticos do braço, com manutenção do contraste no lado operado da axila. Por norma, a linfa do sistema superficial drena para o sistema linfático profundo pelas conexões que podem ser visualizadas. Quando existe linfedema, o sistema linfático profundo não pode ser visualizado, havendo muitas vias colaterais e fluxo retrógrado dos vasos profundos para os superficiais, indicando uma insuficiência valvular. Em geral, para produzir um linfedema é necessário muito mais que uma destruição tecidual, o que sugere a necessidade de fatores adicionais à obstrução linfática para a ocorrência do linfedema (Andersen, et al, 2000).

A patofisiologia do linfedema não consiste apenas numa simples obstrução linfática, mas num conjunto complexo de eventos que levam ao seu desencadeamento.

Tendo em conta a falta de uniformidade das metodologias e as várias definições de linfedema utilizadas nos vários estudos, a incidência varia substancialmente.

Assim, Tengrup, et al, (2000) encontraram 19% de incidência de linfedema em mulheres submetidas a tratamento ao cancro da mama, referindo a inexistência de correlação entre esta e a idade. Johansen, et al, (2000) observou uma percentagem de 11%, tendo encontrado uma relação com o aumento da idade, com a radioterapia e com a extensão da cirurgia.

Rietman, et al, (2003) numa revisão sistemática, observaram uma prevalência de linfedema que variou entre os 6 e os 41%. As utentes sujeitas a mastectomia apresentaram com maior frequência edema do membro superior, comparativamente com as sujeitas a cirurgia conservadora, pelo que concluíram

que o edema do membro superior tem uma correlação significativa com o esvaziamento ganglionar e a radioterapia. Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores, em que a incidência de linfedema após esvaziamento ganglionar axilar variou entre os 10 e os 37%, existindo também uma correlação significativa com a radioterapia (Ozaslan e Kuru, 2004).

Uma revisão de literatura efetuada por Meneses (2007) sugeriu ser necessária mais investigação para uma melhor compreensão da incidência e magnitude do linfedema do membro superior, bem como necessidade de criar instrumentos de avaliação válidos e fidedignos e para desenvolver protocolos de prevenção e intervenção baseados na evidência.

O linfedema pode ocorrer em qualquer área do membro superior e os seus sinais e sintomas incluem: sensação de peso ou tensão no membro; dor aguda; alteração de sensibilidade; dor nas articulações; aumento da temperatura local com ausência de sinais flogísticos; extravasamento de líquido linfático (linfocistos); sinal de *Steimer* positivo (prega cutânea); edema em dorso de mão; papilomatoses dermatológicas e alterações cutâneas (eczemas, micoses e queratosis, entre outras), conforme Andersen, et al, (2000).

O diagnóstico de linfedema pode ser obtido através de critérios subjetivos e objetivos, sendo realizado, na maioria dos casos, através da história e do exame físico (Rockson, et al, 1998). Os critérios subjetivos incluem questionários e entrevistas.

Por norma, são as doentes que notam as primeiras mudanças, através da dificuldade em colocar anéis, pulseiras e relógios ou ao vestir. Outras alterações relacionam-se com a aparência da pele, que se torna esticada, com ausência de dobras cutâneas e com sensação de espessamento e tensão. Ocasionalmente, também apresentam limitação dos movimentos da mão, cotovelo e ombro (Gerber, 1998).

As mulheres que relatam sintomas subjetivos de linfedema podem não apresentar linfedema ao exame físico, entretanto essa discordância não pode excluir o diagnóstico ou o potencial de progressão do linfedema. De fato, a apresentação única de sintomatologia sugestiva de linfedema autoriza uma intervenção terapêutica precoce (Rockson, et al, 1998).

O diagnóstico objetivo do linfedema na avaliação da doente através do exame físico, tem um peso maior (Rockson, et al, 1998). Entretanto, algumas vezes, é necessário o uso de investigações diagnósticas para excluir processos

malignos, preparar o tratamento cirúrgico, determinar o *status* vascular e fazer o diagnóstico diferencial com lipoedema, lipolinfedema, síndrome pós trombótica e insuficiência venosa crônica (Mortimer, 1999).

Entre os critérios objetivos usados na determinação do linfedema encontram-se os seguintes:

- Perimetria: a circunferência do membro é o método de maior utilização no diagnóstico de linfedema. Esta técnica inclui a medida da circunferência em tuberosidades ósseas ou a medida de segmentos equidistantes do braço. O membro contralateral é usado como controlo (Gerber, 1998);

- Volume: pode ser obtido de forma direta (imersão do membro em um cilindro milimetrado, observando-se a diferença da quantidade de água deslocada entre o membro afetado e o contralateral) ou indireta (mais rápida, barata e simples, podendo o volume ser estimado através de medidas de circunferência, tratando cada segmento do membro como um par de circunferências) (Casley-Smith, 1994).

- Linfocintigrafia isotópica: método confiável e de boa reprodutibilidade para confirmação do diagnóstico de linfedema. Produz uma avaliação adequada da função linfática e a visualização dos troncos linfáticos e linfonodos, sendo talvez o método melhor para avaliar a função do sistema linfático (Szuba e Rockson, 1998). Por outro lado, Leduc (2000) acredita que este método é desnecessário quando se pretende fazer o diagnóstico de linfedema, mas Borgeouis (1998) considera a importância deste método na determinação das implicações terapêuticas, podendo direcionar para o tratamento adequado;

- Ressonância magnética: pode ser usada para o diagnóstico diferencial do edema. Nos linfedemas a imagem revela uma distribuição característica de edema com um compartimento epifascial, expondo um padrão espesso na pele. A ressonância magnética também é importante na identificação dos linfonodos, pois amplia os troncos linfáticos, e na diferenciação das várias causas de obstrução nos linfedemas secundários. A informação anatómica pode completar a avaliação funcional promovida pela linfocintigrafia (Szuba e Rockson, 1998);

- Tomografia computadorizada: proporciona uma definição anatómica da localização do edema (subfascial e epifascial), e pode identificar espessamento de pele assim como características de “favo” nos tecidos subcutâneos do linfedema (Collins, 1995);

- Linfangiografia indireta: particularmente útil na visualização local do sistema linfático superficial e troncos linfáticos. Também pode ser útil na avaliação

da anatomia linfática anterior à cirurgia reconstrutora e na avaliação da anatomia linfática em doentes com alterações localizadas (Szuba e Rockson, 1998);

- Ultra-sonografia: instrumento não invasivo complementar para avaliação do membro. Essa técnica de imagem é aplicada no diagnóstico diferencial e na monitorização, embora seja necessário algum refinamento para caracterizar melhor a fibrose subcutânea que pode ser encontrada no linfedema (Szuba e Rockson, 1998).

Os linfedemas podem ser classificados de diferentes maneiras. Quanto à causa, podem ser:

- Primários: subdivididos em precoce (etiologia desconhecida, ocorre nos membros inferiores, podendo ser devido a equilíbrios hormonais, ou a falhas no desenvolvimento dos vasos linfáticos, ocasionando uma insuficiência de drenagem linfática) e congênito (aparece a partir do nascimento, sendo caracterizado por hipoplasia linfática, e por uma estrutura inadequada dos vasos linfáticos, que ocasionam linfangiectasia e consequente insuficiência valvular. Quando hereditário é denominado doença de *Milroy*) (Camargo e Marx, 2000);

- Secundários: decorrem de causas externas. As lesões teciduais graves podem levar ao desenvolvimento de linfedema quando afetam a estrutura e/ou funcionamento dos vasos linfáticos. A filariose, parasita inoculado pela picada de um mosquito infetado, quando penetra na pele, atinge os vasos linfáticos, sanguíneos e os linfonodos, preferencialmente na região inguinal e genitália externa, ocasionando um linfedema grave e progressivo. A insuficiência venosa crônica, quando grave, pode sobrecarregar o sistema linfático ou estar associada a uma insuficiência congênita dos vasos linfáticos. Nos casos de recidivas de erisipela, linfangite ou celulite, o linfedema pode ser instalado, devido a quadros infecciosos e inflamatórios. Nos tratamentos oncológicos, a ressecção de gânglios e vasos linfáticos constitui um obstáculo à circulação linfática, podendo desencadear o linfedema. Na ocorrência de tumores malignos pode haver disseminação de células cancerígenas, levando ao desenvolvimento de metástase estendendo-se à derme, epiderme e aos próprios vasos linfáticos, caracterizando um linfedema de instalação muito rápida. Os efeitos colaterais da radioterapia adjuvante ao tratamento oncológico, como fibrose e radiodermite, podem prejudicar a circulação linfática superficial, principalmente nas anastomoses interaxilares (Camargo e Marx, 2000).

Quanto ao momento de instalação e descobertas clínicas, esta classificação é caracterizada pelo momento de início após o tratamento e a sua associação às descobertas clínicas, sendo categorizados como³:

- Agudo: linfedema moderado e transitório que ocorre nos primeiros dias após a cirurgia como resultado da incisão dos canais linfáticos. Normalmente desaparece em algumas semanas com a elevação do membro e o bombeamento muscular;

- Agudo com sintomatologia álgica: ocorre entre 4 a 6 semanas de pós-operatório, resultante de linfangites ou flebites agudas. Pode ser tratado com sucesso com a elevação do membro e medicação anti-inflamatória;

- Agudo na forma de erisipela: ocorre, normalmente, após a picada de insetos ou pequenas lesões e queimaduras. Esta forma de linfedema requer elevação do membro e antibióticos.

- Crônico: forma mais comum, sendo usualmente insidioso, com ausência de dor, não sendo associado a eritemas. O linfedema crônico é irreversível (NCI, 1999).

O linfedema pode ser classificado quanto à intensidade, sendo este o critério mais comumente utilizado (Camargo e Marx, 2000), sendo estratificado como:

- Fase I: edemas que se desenvolvem após atividades físicas ou ao final do dia e melhoram espontaneamente ao repouso e aos estímulos linfáticos. Ocorre em consequência de um pequeno aumento de linfa intersticial e alguma estase nos vasos linfáticos;

- Fase II: espontaneamente irreversíveis, mas podem ser controlados com terapêuticas apropriadas. Possuem fibrose do fluido intersticial em algumas áreas, aumento da consistência da pele. O fluxo linfático apresenta-se mais lento, havendo um certo grau de estagnação da linfa nos coletores e capilares;

- Fase III: irreversíveis e mais graves, apresentam grau elevado de fibrose linfostática com grande estagnação da linfa nos vasos e capilares. Possuem alterações de pele importantes, tornando-se vulneráveis a erisipelas, eczemas, papilomatoses e fistulas linfáticas;

³ As formas agudas são condições temporárias, com menos de 6 meses sendo associadas a edemas depressíveis, sem alterações de pele.

- Fase IV: são as chamadas elefantíases, sendo irreversíveis e apresentam complicações como papilomatose, queratoses, fístulas linfáticas e angiomas. Traduz a total falência dos vasos linfáticos.

A classificação do linfedema segundo a topografia foi proposta por Vilanova (1982), que considera a distribuição topográfica do edema. O linfedema é estratificado em:

- Grau A: doentes que permanecem a maior parte do tempo sem edema, sofrendo de uma insuficiência linfática crônica e compensada, apresentando todas as medidas simétricas iguais e com ausência de edema em dorso de mão;

- Grau B: doentes permanentemente com edemas suaves, sem modificações estruturais da pele e do tecido celular, tendo pelo menos uma medida desigual no braço, antebraço ou mão. São subdivididos em B1 (aumento da circunferência do terço médio do braço), B2 (aumento da circunferência do terço médio do braço e terço superior do antebraço), B3 (aumento da circunferência do terço médio do braço, do terço superior e inferior do antebraço), B4 (aumento da circunferência em terço médio do braço, terço superior e inferior do antebraço e edema discreto ou grosseiro em dorso de mão);

- Grau C: doentes com modificações estruturais definitivas da pele e tecido celular, consistindo as verdadeiras elefantíases cirúrgicas, são subdivididas em C1 (sem comprometimento do plexo braquial) e C2 (com transtornos devidos a comprometimento braquial e sobrecarga, presença de transtornos subjetivos de dor e parestesias quase permanentes, apresentando dificuldades de movimentos, ausência dos grandes sulcos que separam os braços e as partes mais distais, aumento de volume de forma rápida, e braço com volumes grandes e flácidos).

Relativamente à classificação do linfedema quanto à escala clínica (NCI, 1999), é a seguinte: 1+: edema que é somente visível; 2+: depressão leve que é visível quando se pressiona a pele; 3+: sinal digital e profundo que volta ao normal entre 5 a 30 segundos; 4+: a extremidade pode ser 1,5 a 2 vezes o tamanho normal.

A classificação do linfedema através do julgamento clínico (Miller, et al, 1999) assenta nas características clínicas e nos vários níveis de severidade e complicações, tendo em conta a inspeção, palpação, mudanças com a elevação do membro e a função/ mobilidade articular dos membros (Miller, et al, 1999).

Consequências Do Linfedema

A presença do linfedema após o tratamento do cancro de mama representa uma série de problemas de ordem funcional, psicológica e social. As mulheres que apresentam linfedema após este tratamento apresentam problemas psicossociais e dificuldades nas rotinas diárias importantes, comparativamente com as que evoluem sem linfedema (Majeski, 2000).

Tobin (2000) demonstrou que estas mulheres apresentavam importantes morbidades psiquiátricas (ansiedade e depressão), além de dificuldades consideráveis na realização das suas atividades domésticas e relacionamentos familiares. Woods, et al, (1995) concluíram que o linfedema contribui para a alteração da imagem corporal, dificultando as relações pessoais e sexuais, causando sentimentos de: embaraço ao lembrar constantemente do tratamento realizado; raiva, ao sentir a inconveniência do linfedema quando a mulher estava na expectativa de retornar a sua vida normal; ressentimento pelos cuidados extras e tratamentos necessários para controlar o linfedema, não estando com o tempo totalmente livre para as atividades diárias, alterando a qualidade de vida dessas mulheres.

Resumidamente, as complicações do linfedema podem ser: infecciosas (linfangites, erisipelas e micóticas); tróficas (hiperqueratose, verrucosidades, fístulas linfáticas, úlceras, elefantíase e deformidades nas unhas); osteoarticulares (deformidades, calosidades e desvios de coluna); neoplásicas (síndrome de *Stewart-Treves*) e psicológicas (depressão, complexo de inferioridade e alterações na imagem corporal) (Vogelfang, 1996).

Esta prevenção pode ser conseguida através de uma série de cuidados, que iniciam a partir do diagnóstico de cancro de mama. As cirurgias devem ser o mais conservadoras possíveis e o linfonodo sentinela pode representar um importante aliado na diminuição do linfedema. A radioterapia axilar deve ser restrita a casos em que há um extenso comprometimento ganglionar, sendo a dose limitada a 45 - 50 Gy (Meek, 1998).

Após o tratamento cirúrgico, as doentes devem ser orientadas sobre os cuidados com a pele e o membro superior homolateral ao cancro de mama para evitar possíveis traumas e ferimentos. As orientações em relação à vida doméstica,

profissional e de lazer devem ser direcionadas às rotinas das doentes e devem ser ensinadas condutas alternativas quando forem realmente necessárias. Alguns estudos questionam a validade dos “manuais” de orientações para prevenção do linfedema, pois acreditam que não existe qualquer evidência sobre a validade destes cuidados (Harris e Niesen-Vertommen, 2000). Assim, devem ser tomados cuidados com o membro, porém não podem afetar e prejudicar a rotina de vida das mulheres.

Os exercícios devem ser iniciados precocemente, devendo ser recomendada a inclusão num programa de reabilitação o mais precoce possível. A auto-massagem linfática deve ser ensinada, com vista a melhorar as vias secundárias de drenagem da linfa. Os recursos fisioterápicos que provocam calor superficial e profundo (ondas curtas, micro-ondas, infravermelho, turbilhão, forno de *Bier*) não devem ser utilizados no lado afetado, pois favorecem a ultrafiltração arterial para o interstício, o que pode desencadear o linfedema (Camargo e Marx, 2000). As doentes obesas devem ser incentivadas a restringir o peso corporal (Meek, 1998).

Segundo o *National Health and Medical Research Council* (1995). As orientações para prevenção do linfedema incluem: não permitir retirar sangue, verificar a pressão sanguínea, dar injeções ou vacinas no membro afetado; não carregar nada pesado no membro afetado; não jardinar sem luvas ou meias longas; não lavar louças sem luvas; não deixar o braço ser queimado pelo sol; evitar cortes, queimaduras e picadas de inseto; usar roupas largas e joias folgadas; usar creme para manter a pele hidratada; procurar locais frescos durante o verão; se se cortar ou desenvolver uma infeção no braço homolateral á cirurgia, procurar o médico imediatamente para tomar antibióticos; evite viagens aéreas longas, praticar desportos que causem dor e segurar o cigarro do lado do braço afetado; manter o peso sob controlo; não retirar cutículas; evitar massagens intensas no membro afetado.

Limitações do movimento do ombro

Segundo Nesvold, et al, (2008) a dissecação da fáschia peitoral durante a mastectomia por vezes causa aderências entre o tecido subcutâneo e o músculo

subjacente, assim, os efeitos do pós-operatório explicam o aperto no peito, quando se faz a flexão do braço, referido pelas doentes submetidas a esvaziamento axilar.

Após a cirurgia à mama, muitas mulheres experienciam alterações/diminuição nos movimentos do ombro que podem substancialmente afetar o seu dia-a-dia e a sua qualidade de vida.

Os efeitos residuais da cirurgia ou da radioterapia podem afetar os movimentos da cintura escapular necessários para a elevação do braço. Normalmente, o úmero move-se suavemente em sincronia com a omoplata. Este ritmo é conseguido pelo “disparo” do músculo escapulo-umeral, em resposta a informação propriocetiva complexa, mantendo a cabeça do úmero dentro da fossa glenoide. Crosbie, et al, (2010) sugere que a perda da mama poderia afetar os movimentos do braço contribuindo também para sintoma a nível de tronco e braço, como consequência da cirurgia da mama podem surgir efeitos residuais, contractura dos tecidos moles e resultando numa postura e movimentos de defesa, refere ainda que estudos recentes revelam alterações significativas na elevação escapular durante a elevação do braço homolateral á cirurgia e que doentes com diminuição da mobilidade do ombro, têm mais frequentemente dor no pescoço, braço e ombro, do que na ferida operatória.

A redução da mobilidade do ombro pode alterar a postura corporal porque os doentes tentam compensar a diminuição da amplitude de movimento do ombro, podendo causar esforço dos músculos do ombro e do pescoço levando a mais experiências de dor (Lauridsen, et al, 2008).

Ainda segundo o mesmo autor, muitas mulheres experimentam sintomas tardios como consequência do tratamento cirúrgico do cancro da mama, como a diminuição da força do membro superior afetado; a redução da amplitude de movimento e o aumento do tónus muscular, referindo que a reabilitação podia tratar os sintomas tardios e evitar a sua aparição.

McAnawa e Harrisb (2002) referem que a mulher após cirurgia da mama pode desenvolver incapacidades músculo esqueléticas e que a reabilitação deve: facilitar a educação da doente; avaliar e tratar as disfunções músculo-esqueléticas, fornecerem prescrição de exercícios individualizados à doente, sendo membros valiosos de uma equipa multidisciplinar.

A reabilitação pode desempenhar um papel vital na otimização de resultados para as mulheres que se submeteram a este procedimento, através do cuidado pulmonar, educação de boa postura e mecânica corporal adequada e instrução individualizada de programas de exercícios terapêuticos (McAnawa e Harrisb, 2002).

McAnawa e Harrisb (2002) sugerem um programa de exercícios em casa, inicialmente concentra-se em profunda respiração, relaxamento, exercícios posturais e simples e do ombro, exercícios que diminuem apreensão e dor, melhoram a função pulmonar no pós-operatório e preparam a doente para a próxima série de exercícios.

De acordo com os autores supracitados, o tratamento médico e cirúrgico da axila é a fonte de problemas de longo prazo com o movimento do ombro e linfedema. Acrescentam ainda que as doentes que receberam terapia física pós esvaziamento axilar tinham uma amplitude de movimento do ombro melhor, alcançado melhores resultados funcionais do que as doentes que não receberam.

Boisán, Leal e López (2010), destacam três fatores diretamente relacionados com a funcionalidade do braço homolateral à cirurgia que diminui a sua qualidade de vida: presença de linfedema, tratamento com radioterapia e o tipo de intervenção cirúrgica, que afeta em maior ou menor a amplitude de movimento do braço, referindo que os tratamentos de reabilitação são uma ferramenta altamente eficaz sobretudo nas primeiras fases de recuperação.

Outra parte que se sabe que o exercício físico, bem orientado, é o aumento da capacidade funcional do braço homolateral à cirurgia, influenciando positivamente o pós-operatório das pessoas afetadas com cancro da mama, melhorando aspetos psicológicos e diminuindo parte dos efeitos secundários ao tratamento, como náuseas, dores corporais e fadiga, facilitando também a recuperação da disfunção biomecânica do membro superior. Esta alteração está associada a possíveis lesões dos tecidos, edema, danos no plexo braquial consequência de radioterapia a longo prazo e dor na parede torácica depois da mastectomia. Esta disfunção pode persistir durante longo tempo, provocando um detrimento importante na mobilidade dos membros superiores que se repercute negativamente na qualidade de vida dos doentes (Boisan, Leal e López, 2010).

Silva, et al, (2008) referem que o programa de reabilitação pós-operatório oferece informação e exercícios guiados, mobilização do braço, higiene da ferida operatória e formação de cicatriz, direitos sociais, e aspetos emocionais, que têm a maior impacto na qualidade de vida da mulher após dissecação de nódulos linfáticos axilares.

Os mesmos autores referem que a cirurgia com dissecação de nódulos linfáticos axilares reduz a amplitude de movimento da articulação do ombro, linfedema, dormência, diminuição da força muscular, sendo necessário efetuar terapia física para facilitar as atividades de vida diárias e aumentar a qualidade de vida da mulher.

Swisher, et al (2011) salientam que a terapia física deve ser envolvida em ambas as fases pré e pós operatórias do tratamento do cancro da mama para atingir e manter o movimento do braço funcional completo e força. Referem ainda que os principais objetivos de um programa de reabilitação deve incluir educação do doente, aumento da mobilidade articular e exercícios aeróbicos e de treino de resistência melhorando aspetos de qualidade de vida, tais como: o humor e a autoconfiança. Os aspetos da educação passam por exercícios para casa, complicações pós operatórias e prognóstico para a função da extremidade superior.

5. REABILITAÇÃO DA MULHER SUBMETIDA A CIRURGIA DA MAMA – O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

A reabilitação é feita após o tratamento da doença e tem por objetivo prevenir e minorar o déficit funcional, bem como as possíveis complicações que podem surgir na sequência da cirurgia e as eventuais perturbações emocionais e sociais, procurando assim melhorar a qualidade de vida da mulher.

Nas mulheres com cancro de mama verifica-se uma alta prevalência de complicações músculo esqueléticas, pelo que a fisioterapia se apresenta como a primeira escolha para a resolução das mesmas. No entanto, continua a ser pouca a evidência sobre a eficácia e efetividade da fisioterapia na resolução das complicações pós cirurgia do cancro da mama com esvaziamento ganglionar axilar (Beurskens, et al, 2007).

A fisioterapia na reabilitação da mulher com cancro da mama submetida a cirurgia com esvaziamento ganglionar é essencialmente justificada por quatro razões (Ferrandez & Serin, 2006):

- risco de diminuição acentuada das amplitudes articulares da articulação do ombro, provocada pela cirurgia (cicatriz, complicações linfáticas precoces);

- imperativo radioterápico, ou seja, a radioterapia (RT) pode ser aplicada após a cirurgia ou quimioterapia. Para a realização deste tratamento, é necessário a doente ter amplitudes de abdução (90°) e rotação externa. O apoio precoce da fisioterapia permite que não seja dolorosa a posição de tratamento de RT, evitando que o início dos tratamentos seja adiado por impossibilidade de posicionamento;

- prevenção de linfedema e infeções subcutâneas, na medida em que estas doentes integram um grupo de risco de desenvolvimento de linfedema e infeções subcutâneas, pelo que o fisioterapeuta deve colaborar na prevenção;

- apoio psicológico através da relação que é estabelecida entre o fisioterapeuta e a doente, possibilitando o esclarecimento de dúvidas que podem beneficiar o seu estado emocional.

O apoio proporcionado pela fisioterapia é decisivo para o bem-estar físico e psicológico da mulher, existindo, atualmente, um consenso europeu sobre a intervenção do fisioterapeuta na reabilitação da mulher com cancro da mama, tendo em consideração os diferentes problemas inerentes à condição. Este consenso permitiu a elaboração de uma *guideline* que define os processos recomendados na intervenção do fisioterapeuta no pós-cirúrgico do cancro da mama: prevenção do linfedema, tratamento do linfedema, intervenção no internamento, tratamento de complicações específicas (Leduc, 2008).

O Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa participou na elaboração deste, colocando em prática os pressupostos dessa linha de orientação desde há alguns anos a esta parte, resumindo-se a sua intervenção nesta área específica ser resumida da seguinte forma:

- apoio após 24 horas de cirurgia (prevenção de linfedema / infeções subcutâneas e exercícios específicos), intervenção feita no decorrer do internamento;

- tratamento individual da mulher submetida a cirurgia a cancro da mama até obtenção da função normal, cujo início do tratamento individual é feito aproximadamente 3 semanas após a cirurgia;

- exercícios de grupo tendo visando o ganho de resistência, força, motivação, com início quando a doente tem amplitudes próximas do normal;

- apoio ao longo da realização da radioterapia (prevenção de complicações), ou seja, ao longo dos tratamentos de RT a doente deve manter um esquema de exercícios para prevenir o aparecimento de algumas complicações (diminuição de amplitudes, linfedema, dor);

- tratamentos de complicações que podem resultar das terapêuticas usadas, as quais podem surgir precoce ou tardiamente (meses ou anos após a realização das terapias oncológicas).

Este modelo, considerado pelo painel de peritos como o ideal, em Portugal não está implementado noutras unidades hospitalares.

Bendz e Olsen, (2002) referem que o apoio precoce da fisioterapia é decisivo para a melhoria da função do membro superior nas mulheres submetidas a cirurgia com esvaziamento axilar, tendo benefícios mínimos relativamente à prevenção do linfedema e perda de força de preensão da mão.

Gordon, et al, (2005) realizaram um estudo comparativo entre dois grupos de mulheres com cancro da mama, submetidos a programas de reabilitação e um grupo não intervencionado. Um dos grupos intervencionados recebeu o apoio precoce da fisioterapia e o segundo grupo cumpriu um programa de apoio psicológico e exercícios de grupo a partir das 8 semanas pós cirurgia. O grupo que recebeu o apoio precoce da fisioterapia foi o que apresentou melhores resultados a curto prazo a nível funcional, físico e nas outras dimensões da qualidade de vida. Um outro estudo realizado por Beurskens, et al, (2007) concluiu que a fisioterapia contribui para a redução da dor, melhoria da função do membro superior e melhoria da qualidade de vida após a cirurgia a cancro da mama com esvaziamento axilar. Moreira e Manaia (2005) também demonstraram haver um impacto positivo da fisioterapia sobre a limitação física, sexualidade e qualidade de vida global da mulher com cancro da mama submetida a este mesmo tipo de cirurgia.

Segundo Sturgeon, et al, (2009) a massagem terapêutica tem efeitos benéficos sobre a qualidade de vida da mulher com cancro da mama, reduzindo o impacto dos efeitos da quimioterapia e radioterapia, como, por exemplo, ansiedade, dor, náusea, dor e qualidade de sono. Para Hwang, et al, (2008) as doentes com cancro da mama submetidas a radioterapia, quando acompanhadas com um programa de exercícios moderados, podem ter benefícios a nível físico (aumento das amplitudes, diminuição da fadiga) e psicológico, melhorando a qualidade de vida.

O exercício pode ter benefícios, como sejam capacidade aeróbica, força muscular, massa muscular, gordura corporal, qualidade de vida, nos doentes com cancro da mama submetidos a quimioterapia adjuvante, todavia estes dependem de alguns parâmetros, como a idade, o estado civil, estado clínico e tipo de quimioterapia (Courneya, et al, 2008).

Em termos de reabilitação, o enfermeiro deve, ao nível do processo educacional, promover o autocuidado, ajudando a doente a adquirir novas informações, desenvolver novas competências, levando-a a adquirir formas competentes de conhecimentos e de capacidades relacionadas com as atividades funcionais, bem como desenvolver comportamentos adaptativos para lidar com a

doença ou incapacidade ou a evitar o seu agravamento. Como tal, é da responsabilidade de cada membro da equipa de reabilitação conhecer as técnicas de reabilitação e conhecer o processo de ensino e aprendizagem, no sentido de facultar experiências de aprendizagem individualizadas e centradas na pessoa doente.

De modo a que a mulher possa compreender a finalidade, os objetivos e aceitar os ensinamentos que lhe são dirigidos, esta deve ser parte integrante de todo o processo de reabilitação e tida como membro de uma equipa interdisciplinar, que se deve pautar pela comunicação fácil e assertiva, pelo sentido de autoridade e de responsabilidade mútuos, na medida em que as decisões, as responsabilidades, o planeamento e os resultados são esperados pelo grupo como um todo e não de membros específicos da equipa, impulsionando a reinserção da mulher nas suas atividades de vida diária, tendo sempre em conta as limitações e capacidades de cada uma.

Atendendo ao exposto, considera-se que os enfermeiros têm um papel relevante no processo de reabilitação das mulheres com esvaziamento axilar, uma vez que, conforme salientam Rezende, et al, (2005) a expectativa de sobrevivência de 17,5 anos para as mulheres torna imperativo o aperfeiçoamento das técnicas de reabilitação para lhes propiciar uma melhor qualidade de vida física e mental. Como tal, 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 sujeita a esvaziamento axilar, devendo dar-se continuidade dos cuidados no domicílio.

Os exercícios devem fazer parte das atividades de vida diária das mulheres, onde a postura corporal, os movimentos respiratórios durante a realização de cada exercício, seguidos de relaxamento, são fatores que o enfermeiro deve ponderar sempre. Rezende, et al, (2005) salientam que os exercícios, numa fase inicial, devem requerer menor força muscular, nomeadamente aqueles em que os músculos peitorais são de certa forma poupados. O aumento e a frequência dos exercícios devem ser graduais e de acordo com a tolerância de cada mulher, evitando bloqueios articulares, distensão e dor.

O enfermeiro deve ter igualmente em atenção que o intuito dos exercícios consiste em aumentar a circulação e a força muscular, evitar a rigidez articular e as contracturas e restaurar a amplitude total do movimento. Assim, a mulher tem de receber ensinamentos que a levem 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 no fim de 4 a 6 semanas (Brunner & Suddarth, 2008).

As mesmas autoras supracitadas referem que, na sua realização, a mulher deve ser incentivada pelo enfermeiro a usar os músculos dos dois braços o que favorece a correção postural. As atividades de autocuidado, como pentear-se e lavar os dentes, são terapêuticas do ponto de vista físico e emocional, visto que auxiliam na restauração da função do braço e propiciam a sensação de normalidade para a doente.

Para além da aprendizagem dos exercícios, o enfermeiro deve informar as mulheres sobre as tarefas que deverão evitar durante o período de cicatrização e de aquisição de mobilidade, fazendo-lhes ensinios práticos que são úteis na adaptação à sua nova condição, ou seja, esvaziamento axilar (Brunner & Suddarth, 2008). 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.

Neste âmbito, salienta-se que as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação propendem à promoção do diagnóstico precoce e de ações preventivas de reabilitação, como meio para se assegurar a manutenção das capacidades funcionais das doentes, prevenir complicações e evitar incapacidades, bem como proporcionar-lhes intervenções terapêuticas cujo objetivo é melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária e profissional, ou seja, minimizando-lhes o impacto das incapacidades instaladas. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001, p. 2), este profissional de saúde deve utilizar *“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”*.

Assim, reabilitar a mulher sujeita a esvaziamento axilar é um processo difícil e complexo, necessitando de esforços de cooperação de toda a equipa multidisciplinar, da doente e da sua família, sempre em associação aos tratamentos realizados. Por conseguinte, das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, referem-se: a capacitação da *“pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (...) a maximização da funcionalidade,*

desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3). A reabilitação precoce tem como objetivo prevenir complicações no pós-operatório, fomentar uma adequada recuperação funcional e proporcionar à mulher com esvaziamento axilar uma melhor qualidade de vida.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

Este capítulo contém as opções metodológicas que regem esta investigação. Deste modo, após se ter feito o quadro concetual, que contextualiza o estudo empírico, passa-se a fundamentar, em função dos objetivos delineados, a descrever as opções seguidas ao nível da investigação a realizar.

1.2. Problema de investigação

A escolha e formulação do problema de investigação consiste em dizer, de forma explícita, clara, compreensível e operacional qual a dificuldade com a qual nos confrontamos e que pretendemos resolver, limitando o seu campo e apresentando as suas características (Fortin, 2009).

A mesma autora refere que o objetivo da formulação do problema consiste em torná-lo individualizado, específico e único, sendo esta a fase mais delicada e talvez a mais complexa no processo de investigação. Ainda na perspetiva da autora citada, a formulação de um problema de investigação equivale ao desenvolvimento de um assunto através de uma apresentação lógica de ideias, de argumentos e de facto concernentes ao estudo que se deseja realizar, o que corresponde, no caso concreto, às perceções das entrevistadas acerca de todo o processo de tratamento cirúrgico da mama e cuidados a ter após o mesmo, bem como as suas perceções relativas às informações e ensinamentos após a intervenção junto das mesmas.

Face ao exposto, passa-se a contextualizar o problema de investigação.

A doença oncológica da mama assume uma preponderância cada vez maior entre as patologias crónico-degenerativas que afetam a mulher, devido à sua

elevada incidência em termos de morbi-mortalidade e às repercussões deixadas a nível físico, emocional e social, não só nesta mas também na sua família e respetiva rede social envolvente (Amorim, 2007).

A mesma autora supracitada salienta que a incidência do cancro no nosso país tende a aumentar gradualmente devido, entre outros fatores, a uma maior esperança de vida da população em geral, à diminuição da taxa de mortalidade por outras doenças, a novos estilos de vida e a modificações no meio ambiente.

O tratamento do carcinoma maligno (excetuando-se para o carcinoma lobular *in situ*) assenta não só no tratamento local da doença recorrendo à cirurgia e radioterapia, mas também no tratamento sistémico, fundamentalmente com hormonoterapia e/ou quimioterapia. As várias opções terapêuticas estão dependentes da classificação histológica do tumor e do seu grau/estádio, do nível dos recetores hormonais, da existência ou não de doença metastática e de outras doenças associadas, bem como da idade e do consentimento informado da doente (Amorim, 2007).

No que se refere à educação para a saúde no pós-operatório, cabe ao profissional de saúde em geral, e ao enfermeiro em particular, orientar a doente para a importância dos cuidados a ter.

As complicações tardias, específicas desta patologia, prendem-se com o aparecimento de hematomas no local da incisão, acompanhados ou não de dor, infeção da ferida operatória e linfedema que se caracteriza pelo aparecimento de edema do membro superior do lado operado, devido à obstrução das vias linfáticas, ao nível da axila, estendendo-se pelo braço e antebraço. Este deverá ser prevenido desde cedo através da observação e deteção de sinais inflamatórios, adotando posicionamentos corretos, preferencialmente com elevação do membro afetado, com o intuito de facilitar o retorno da linfa, promoção de exercícios de drenagem linfática e fisioterapia (Amorim, 2007).

Estes procedimentos devem ser perfeitamente justificados para que sejam compreendidos pela doente para, assim, se obter uma maior e melhor reabilitação.

Face ao exposto formula-se a questão de investigação, o fio condutor deste trabalho:

- Quais os efeitos de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação em mulheres submetidas a esvaziamento axilar por cancro da mama?

A problemática do estudo prende-se com a importância de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação (cf. Anexo II) a mulheres submetidas a esvaziamento ganglionar por cancro da mama. O programa de reabilitação pós-operatório, oferece informação, exercícios guiados, mobilização do braço, higiene da ferida operatória e formação da cicatriz, direitos sociais, aspetos emocionais, que têm maior impacto na qualidade de vida depois da dissecação de gânglios linfáticos axilares.

1.3. Objetivos e finalidade do estudo

Para a realização deste estudo é essencial a enunciação de objetivos que ajudem a interpretar com maior exatidão o que se visa com este trabalho.

Fortin (2009) reforça esta última ideia afirmando que a formulação de um objetivo consiste num enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação. Indicando conseqüentemente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do seu estudo. Para esta autora, formular um problema é todo um conjunto de exploração, identificação, descrição e explicação de um determinado fenómeno, que deve ser sumariamente formulado.

Deste modo, para a realização desta investigação e querendo aprofundar-se mais este estudo, traçamos os seguintes objetivos:

- Compreender a importância da implementação de um programa de intervenção à mulher submetida a esvaziamento axilar por cancro da mama em relação:

- Limitações nas atividades da vida diária sentidas pela mulher antes e após o programa de intervenção;

- Cuidados relacionados com a sensibilidade, dor, mobilidade articular e edema antes e após o programa de intervenção;

- Informação retida pela mulher sujeita a esvaziamento ganglionar antes e após o programa de intervenção;

- Avaliar os resultados da implementação do programa de intervenção, às mulheres submetidas a esvaziamento ganglionar por cancro da mama.

Pretende-se com este estudo atingir a seguinte finalidade: aumentar os ganhos em saúde pela diminuição de internamentos, da mulher, provocados pelas alterações cirúrgicas de cancro da mama.

1.4. Tipo de estudo

Enveredamos por um estudo de abordagem exploratória porque vamos explorar um fenómeno, permitindo entendê-lo. Em termos de metodologia recorreu-se à investigação qualitativa, cuja expressão “abarca” um conjunto de abordagens as quais, consoante os investigadores, tomam diferentes denominações.

Segundo Bogdan e Biklen (1994), a investigação qualitativa apresenta as seguintes cinco principais características:

- 1) A situação natural constitui a fonte de dados, sendo o investigador o instrumento-chave da recolha de dados;
- 2) A sua primeira preocupação é descrever e só secundariamente analisar os dados;
- 3) A questão fundamental é todo o processo, ou seja, o que aconteceu, bem como o produto e resultado final;
- 4) Os dados são analisados indubitavelmente, como se reunissem, em conjunto, todas as partes de um puzzle;
- 5) Diz respeito essencialmente ao significado das coisas, ou seja, ao «porquê» e ao «o quê».

O processo de investigação não é só um processo de aplicação de conhecimentos, mas também um processo de planificação e criatividade controlada. No que concerne à metodologia, procurou-se, em primeiro lugar, referenciar o que se entende por método. Segundo Tuckman (2002), um método é um conjunto de processos pelos quais se torna possível conhecer uma determinada

realidade, produzir um determinado objeto ou desenvolver certos procedimentos ou comportamentos.

O método científico caracteriza-se pela escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de uma determinada situação sob estudo e a sua escolha deve estar baseada em dois critérios básicos: a natureza do objetivo ao qual se aplica e o objetivo que se tem em vista no estudo (Fachin, 2001). Dentro do método científico pode optar-se por abordagens de carácter quantitativo ou qualitativo.

No presente estudo, desenvolveu-se uma abordagem qualitativa, frequentemente utilizada em estudos voltados para a compreensão da vida humana. Esta abordagem tem tido diferentes significados ao longo da evolução do pensamento científico. Mas pode dizer-se, enquanto definição genérica, que abrange estudos nos quais se localiza o observador no mundo, constituindo-se, portanto, num enfoque naturalístico e interpretativo da realidade (Bell, 2008).

Adotou-se uma “pesquisa qualitativa” procurando “compreender as percepções individuais”, não descurando, contudo, a relação entre cada indivíduo e realizando “medições com a ajuda de técnicas científicas” que são, comumente, conclusões quantitativas (Bell, 2008).

Na opinião de Bell (2008), o investigador deverá ter presente que “estilos, tradições ou abordagens diferentes recorrem a métodos de recolha de informação igualmente diferentes, mas não há abordagem que prescreva ou rejeite uniformemente qualquer método em particular”.

As pesquisas designadas de qualitativas são “pesquisas que, usando, ou não, quantificações, pretendem interpretar o sentido do evento a partir do significado que as pessoas atribuem ao que falam e fazem” (Chizzotti, 2006).

Neste sentido, pretendeu-se nesta investigação recolher dados que são, essencialmente, de carácter descritivo, tendo como interesse, acima de tudo, a compreensão das entrevistadas sobre o programa de reabilitação.

1.5. Participantes do estudo

Antes de se fazer a caracterização dos sujeitos da amostra, refere-se que, segundo Vaz Freixo (2011), uma amostra é constituída por um conjunto de “sujeitos retirados de uma população, consistindo a amostragem num conjunto de operações que permitem escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada”.

A descrição da amostra faculta uma ideia sobre a eventual generalização dos resultados. *“As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo (...)”* (Vaz Freixo, 2011).

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 (Centro Hospitalar);
- Mulheres com idade adulta e com capacidade de decisão autónoma;
- O tipo de tratamento efetuado (cirurgia da mama com exérese de gânglios linfáticos axilares);
- Utentes da consulta de Medicina Física e de Reabilitação;

Como critério de exclusão, estabelecemos:

- Limitação osteoarticular instalada;
- Tenha frequentado um programa de reabilitação.

A escolha do Centro Hospitalar, deve-se ao fato de ser o local onde desenvolvemos a nossa atividade profissional facilitando o acesso á amostra pretendida e posterior recolha de dados.

A amostra foi constituída por mulheres submetidas a cirurgia da mama num total de 10, às quais foram realizadas entrevistas semiestruturadas (cf. Anexo I) entre os meses de abril e de junho de 2012, em duas fases distintas, uma primeira fase sem intervenção por parte de enfermagem de reabilitação e, numa segunda fase, após um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação (cf. Anexo II), que compreendeu uma sessão de educação para a saúde sobre medidas de redução de risco de linfedema ,exercícios de reabilitação e a da massagem da cicatriz e do braço, uma vez por semana durante um mês, no domicílio das utentes.

1.5.1. Caracterização das participantes

De acordo com os dados expostos no Quadro 1, pode dizer-se que as idades das entrevistadas variam entre 25 e os 75 anos.

Em termos de habilitações literárias, predominam o 1º Ciclo do Ensino Básico, seguindo-se as que possuem o 3º Ciclo do Ensino Básico, as que concluíram o Ensino Secundário. As entrevistadas E9 é bacharel e a E1 é licenciada.

No que se refere ao seu estado civil, a maioria (n=5) é casada e/ou vive em união de facto. Havendo duas entrevistadas divorciadas, uma viúva e duas solteiras. Das 8 entrevistadas que tiveram filhos, a idade da primiparidade situa-se entre os 18 e os 33 anos.

Por fim, quanto à sua situação profissional, verificou-se que a maioria (n=4) está desempregada.

Das que estão no ativo, as profissões são as seguintes: professora, doméstica, comerciante, empregada de escritório e técnica oficial de contas.

Quadro 1: Caracterização sociodemográfica das participantes

ENTREVISTADAS	IDADE	HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	ESTADO CIVIL	IDADE COM QUE TEVE O 1º FILHO	PROFISSÃO
E1	47	Licenciatura	Solteira	-	Professora
E2	46	1º Ciclo	Viúva	20	Desempregada
E3	39	3º Ciclo	Divorciada	22	Desempregada
E4	75	1º Ciclo	Casada	21	Doméstica
E5	41	3º Ciclo	Casada	18	Costureira
E6	41	1º Ciclo	União facto	30	Desempregada
E7	51	1º Ciclo	Casada	26	Comerciante
E8	54	Ensino secundário	Divorciada	21	Empregada de escritório
E9	49	Bacharelato	Casada	33	Técnica Oficial de Contas
E10	25	Ensino secundário	Solteira	-	Desempregada

1.6. Instrumentos de recolha de dados

Nenhum método de recolha de dados pode ser considerado como perfeitamente adequado a uma investigação que a torna necessária ou ainda, como perfeitamente neutra. No entanto, cabe ao investigador recolher e seleccionar a informação pertinente para alcançar o objetivo que pretende, ou seja, nem toda a informação é importante para ajudar a responder à pergunta de partida, à problemática que se propõe estudar, mas a utilização dos instrumentos adequados podem conduzir a resultados de maior validade (Ketele e Roegiers, 1999).

Para a realização deste estudo foram utilizados como instrumentos: a entrevista semifechada/semiestruturada (cf. Anexo I).

1.6.1. Entrevista

Na investigação qualitativa “a entrevista surge com um formato próprio” (Bogdan e Biklen, 1994), ou seja, tem finalidades de investigação e é “desenhada” de acordo com a definição das categorias definidas pelo investigador. Centra-se em tópicos definidos num guião de entrevista, “oferecendo ao entrevistador uma amplitude de temas considerável, que lhe permite levantar uma série de tópicos e oferecem ao sujeito a oportunidade de moldar o seu conteúdo” (Bogdan e Biklen, 1994).

A entrevista permite uma maior proximidade entre quem investiga e quem tem a informação e, por isso, *“caracterizam-se pelo facto de os sujeitos estarem à vontade e falarem livremente sobre os seus pontos de vista* (Biggs, 1986, cit. por Bogdan e Biklen, 1994) [...] *Produzem uma riqueza de dados, recheados de palavras que revelam as perspetivas dos respondentes”*.

De acordo com Cunha (2009), *“é um instrumento primordial para a abordagem em profundidade do ser humano, quer pela compreensão rica que propícia, quer por ser um processo comum, tanto na observação direta intensiva, como na base da observação direta extensiva”*. A mesma autora acrescenta que este é um instrumento de recolha de dados da metodologia qualitativa, que serve

para se obter a informação verbal de um ou vários participantes. Resume-se a *“uma conversação, uma relação verbal, entre dois indivíduos, o investigador e a pessoa a interrogar e abrange tanto interações verbais, como não-verbais”* (Cunha, 2009).

A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os informantes, com o objetivo de recolher dados relativos às questões de investigação. Neste aspeto, Estrela (2008) ainda acrescenta que a recolha de dados de opinião, para além de fornecer pistas para a caracterização do processo em estudo, também dá a “conhecer, sob alguns aspetos, os intervenientes do processo” (Estrela, 2008). Citando ainda Bogdan e Biklen (1994) “a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo”.

De acordo com Cunha (2009), as entrevistas podem ser abertas, fechadas e semifechadas.

Assim, a entrevista aberta permite ao entrevistador propor um tema; desenvolvê-lo no fluir de uma conversa; as questões emergem do contexto imediato, havendo a necessidade de elaborar um guião/documento escrito com o objetivo e as linhas orientadoras. O entrevistador promove, encoraja e orienta a participação do sujeito, implicando a tomada de consciência dos entrevistados. Este tipo de entrevista apresenta os seguintes pontos (eventualmente) fortes: permite ao entrevistador ter uma boa perceção das diferenças individuais e mudanças e as questões podem ser individualizadas para melhor comunicação. Quanto aos seus pontos (eventualmente) fracos: requer muito tempo para obter informação sistemática e depende bastante das capacidades e treino do entrevistador (Bell, 2008; Cunha, 2009).

Ao contrário da entrevista aberta, a entrevista fechada/estruturada, é utilizada quando é importante minimizar a variação entre as questões postas ao entrevistado. É composta por questões fechadas, implicando que as questões sejam colocadas tal como foram previamente escritas, em que as categorias de resposta estão previamente definidas e a avaliação das respostas durante a entrevista é reduzida. No que se refere aos seus pontos (eventualmente) fracos, salienta-se a flexibilidade e a espontaneidade que são reduzidas; a redução ou anulação da possibilidade de aprofundar questões que não foram antecipadamente pensadas; as circunstâncias e os elementos pessoais que não são tomados em consideração. Os seus pontos (eventualmente) fortes referem-se aos seguintes: facilita a análise dos dados e permite a replicação do estudo (Bell, 2008; Cunha, 2009).

A entrevista elaborada para este estudo foi a semiestruturada/semifechada, pois organizaram-se algumas questões, que funcionaram como um guião da mesma.

Este tipo de entrevista caracteriza-se pela existência de um guião previamente preparado que serve de eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista, procurando-se garantir que os diversos participantes respondam às mesmas questões. Não exige uma ordem rígida nas questões e o seu desenvolvimento vai-se adaptando ao entrevistado, bem como permite que se mantenha um elevado grau de flexibilidade na exploração das questões. Apresenta pontos (eventualmente) fortes, tais como: otimização do tempo disponível; tratamento mais sistemático dos dados; especialmente aconselhada para entrevistas a grupos; permite seleccionar temáticas para aprofundamento e também possibilita introduzir novas questões. Quanto aos seus pontos (eventualmente) fracos, salienta-se o facto de requerer uma boa preparação por parte do entrevistador (Bell, 2008; Cunha, 2009).

1.7. Procedimentos

A primeira etapa para a recolha de dados foi a elaboração do guião da entrevista (cf. Anexo I)

A etapa seguinte consistiu no pedido de autorização para a realização da entrevista ao Diretor do serviço de Medicina Física e de Reabilitação, do Centro Hospitalar . Seguindo-se o pedido de autorização á comissão de ética da mesma instituição (cf. Anexo III).

Na realização deste estudo foram respeitados aspetos 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 proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal.

No primeiro contacto com as participantes foi-lhes entregue a declaração de consentimento informado (cf. Anexo IV) e a informação ao participante (cf. Anexo V), tal como o contacto telefónico, para que se houvesse alguma dúvida, a pudessem esclarecer. Foram informadas igualmente de que a sua participação no

estudo é voluntária, podendo cessar a sua colaboração a qualquer momento, sem, qualquer penalização ou prejuízo

As entrevistas foram respondidas oralmente, gravadas em suporte áudio e, posteriormente, transcritas para suporte digital, respeitando sempre todas as informações concedidas pelas participantes (cf. Anexo VI).

Salienta-se que foram efetuadas duas entrevistas a cada mulher, uma antes da intervenção do plano de enfermagem de reabilitação e outra após a intervenção do plano de enfermagem de reabilitação.

De forma a garantir o anonimato e sigilo das entrevistadas, não apenas por uma questão ética, o que por si só é muito importante, mas sobretudo para os preservar neste processo de investigação, foi atribuído a cada entrevistada um código que apenas é do conhecimento da investigadora. Nas unidades de registo constantes dos Quadros e no restante texto que acompanha a análise dos dados, as participantes são identificadas, por exemplo, E1; E2.

Uma outra etapa fundamental consistiu na elaboração das categorias e subcategorias. A análise das informações implica a sua organização. Uma forma de o fazer é através da sua categorização segundo determinado sistema de codificação. Para que este procedimento se revele eficaz, importa que o sistema de codificação *“capte a informação importante dos dados a codificar”* e que permita *“recolher informação útil para descrever e compreender o fenómeno que se estuda”* (Lessard-Hébert, et al., 2005). Consiste na organização das informações, sem no entanto se induzirem desvios no material em análise, mas de tal forma que permita revelar *“índices invisíveis ao nível dos dados brutos”* (Bardin, 2004). Esta análise de conteúdo pode ser realizada de duas formas, segundo um sistema de categorias existente ou segundo um sistema de categorias que emerge *“da classificação analógica e progressiva dos elementos”* (Bardin, 2004) ou ainda, como referem Carmo e Ferreira (1998), *“a definição das categorias, pode ser feita a priori ou a posteriori”*.

Delineou-se nesta fase metodológica uma abordagem exploratória, elencada numa categorização *a posteriori*. Configurou-se em *“procedimentos abertos”* ou procedimentos exploratórios em *“que nenhum quadro categorial teórico serve de suporte à análise”* (Ghiglione e Matalon, 1993).

A estruturação inicial das categorias de análise foi emergindo de uma primeira leitura das transcrições das entrevistas. Salienta-se que, durante o processo de análise das informações, teve-se sempre em consideração a questão de investigação para as quais se pretendia respostas e os próprios objetivos do estudo. Contudo, procurou-se manter alguma abertura em relação a este referencial

para a eventualidade de surgirem dados que levantassem outras questões, que eventualmente possam ser plasmadas noutros estudos.

De seguida, aquando do processo de categorização das unidades de registo, as categorias e subcategorias foram subdivididas, fundidas e ajustadas consoante as imposições dos dados, apresentados em quadros.

No intuito de se oferecer uma compreensão do trabalho desenvolvido e dada a importância das categorias criadas no contexto de análise das informações, sintetizou-se alguns dos aspetos considerados fundamentais neste domínio. O princípio da exclusão mútua baseia-se no pressuposto de que cada elemento de análise se encontra apenas codificado em apenas uma das categorias. De acordo com Bardin (2004), este princípio depende do princípio da homogeneidade, que foi também respeitado, visto que para cada um dos conjuntos categoriais só funciona apenas com “*um registo e com uma dimensão de análise*” (p. 120). A adequação de cada uma das categorias ao material em análise justificou a pertinência da sua criação. Por outro lado, procurou-se, tanto quanto possível, a criação de categorias não dotadas de qualquer espécie de ambiguidade, para que a codificação fosse a mais objetiva e fiel possível, relativamente às ideias expressas pelas intervenientes.

As maiores alterações na organização inicialmente proposta foram implementadas na categorização dos dados das entrevistas. De forma gradual, foi-se intervindo cada vez menos na estrutura que foi emergindo a partir da proposta inicial. O tratamento dos dados relativos às entrevistas resultou num processo de refinamento e consolidação das categorias encontradas ou, como referem Lessard-Hébert, et al, (2005) pela “*saturação teórica*” ou “*saturação da amostra*”.

Pelo exposto, conclui-se que o processo de análise das informações recolhidas através das entrevistas consistiu num trabalho exaustivo e sistemático, de organização dos elementos em torno de uma estrutura flexível de categorias, que se foi ajustando até se verificarem alguns princípios, como o da exclusão mútua, da homogeneidade, da pertinência, da objetividade, fidelidade e da produtividade (Bardin, 2004).

Em suma, a análise dos dados das entrevistas consistiu na procura de um discurso singular a partir dos discursos de cada uma das entrevistadas. Aquando da análise, procurou-se fazer “*falar*” o “*material recolhido*” de forma a libertar as categorias que permitissem sintetizar o conteúdo dos discursos das participantes.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados resultantes do fenómeno observado no decorrer da colheita de dados são analisados e apresentados de forma a facultar uma ligação lógica com o objeto de estudo e do problema proposto, segundo se trate de explorar ou de descrever os fenómenos (Vaz Freixo, 2011).

Neste ponto do trabalho apresentam-se as categoriais, subcategorias e as unidades de registo, cuja apresentação é feita em tabelas, onde constam a frequência, seguidas da sua análise interpretativa, de forma a facilitar a sua leitura. A análise dos dados das entrevistas consistiu na procura de um discurso singular a partir dos discursos de cada uma das entrevistadas. Aquando da análise, procurou-se fazer “falar” o “material recolhido” de forma a libertar as categorias que permitissem sintetizar o conteúdo dos discursos das participantes.

Começa-se por apresentar os dados que se referem à fase anterior ao programa da intervenção de enfermagem de reabilitação, numa segunda fase apresentamos os dados após o programa de intervenção.

Primeira fase

Esta primeira fase refere-se ao momento prévio da aplicação do plano de intervenção do enfermeiro de reabilitação, a partir dos quais emergem as seguintes categorias:

- Reação à notícia da cirurgia;
- Quem informou sobre necessidade de cirurgia;
- Informação recebida;
- Conhecimento sobre os cuidados a ter após esvaziamento axilar;
- Sentimentos após o esvaziamento axilar;
- Apoio familiar;

- Limitações decorrentes da cirurgia;
- Complicações provocadas pela abordagem cirúrgica – cicatriz.

Pela análise do Quadro 2, pode dizer-se que quatro das participantes foram sujeitas a Mastectomia e seis foram sujeitas a diagnóstico de tumorectomia, todas com exérese de gânglios linfáticos axilares. No que se refere ao braço dominante, quase todas as entrevistadas são dextros, exceto a E4 que referiu o esquerdo. Relativamente ao braço afetado, 5 entrevistadas referem o braço direito e as outras 5 o braço esquerdo. Verificou-se que o tempo de realização da cirurgia situa-se entre 1 mês até 3 anos, com predomínio das participantes que foram sujeitas à mesma há 1 mês. Apenas 4 entrevistadas (E1, E2, E3 e E7) referiram antecedentes familiares oncológicos, nomeadamente cancro da mama, por parte de familiares diretos. Apurou-se que 4 participantes (E1, E4, E8 e E9) têm antecedentes pessoais de outras doenças, tais como: apendicectomia, patologia cardíaca, cancro de mama há 10 anos e colecistectomia, cirurgia ao fémur, histerectomia.

Quadro 2: Características clínicas das participantes

ENT.	DIAGNÓSTICO	BRAÇO DOMINANTE	BRAÇO AFETADO	TEMPO DA CIRURGIA	HISTÓRIA FAMILIAR DE DOENÇA ONCOLÓGICA	ANTECEDENTES PESSOAIS
E1	Tumorectomia à esquerda com exérese de gânglios linfáticos	Direito	Esquerdo	1 mês	Irmã mais velha- ca mama	Apendicectomia
E2	Tumorectomia à esquerda com exérese de gânglios linfáticos	Direito	Direito	1 mês	Tia do lado materno	-
E3	Mastectomia com exérese de gânglios linfáticos axilares com linfedema instalado	Direito	Direito	7 meses	Pai e família do pai, mas não cancro da mama	-
E4	Tumorectomia com exérese de gânglios linfáticos axilares com algum grau de linfedema instalado	Esquerdo	Esquerdo	3 anos	-	Patologia cardíaca
E5	Tumorectomia com exérese de gânglios linfáticos axilares	Direito	Esquerdo	1 mês	-	-
E6	Mastectomia com exérese de gânglios linfáticos axilares	Direito	Esquerdo	7 meses	-	-
E7	Mastectomia com exérese de gânglios linfáticos axilares	Direito	Direito	2 anos	Irmã e prima em 1º grau com cancro da mama	-
E8	Mastectomia com exérese de gânglios linfáticos axilares, recidiva (primeira há cerca de 10 anos)	Direito	Esquerdo	2 meses	-	Cancro de mama há 10 anos
E9	Tumorectomia com exérese de gânglios linfáticos axilares	Direito	Direito	1mês	-	Colecistectomia , cirurgia ao fémur, histerectomia
E10	Tumorectomia com exérese de gânglios linfáticos axilares	Direito	Direito	1 mês	-	-

2.1. Reação á notícia da cirurgia

O Quadro seguinte representa a unidade de análise relativa à reação que a notícia da cirurgia provocou nas entrevistadas. Pretende compreender-se a reação que as mulheres tiveram quando foram informadas da necessidade de tratamento cirúrgico, nomeadamente esvaziamento axilar.

Quadro 3: Reação à notícia da cirurgia

Categoria	Subcategorias	Indicadores de resposta
Reação à notícia da cirurgia	Surpresa	<i>"(...) em termos de surpresa (...) cada uma das etapas quase que é uma surpresa porque nós estamos sempre convencidos que não temos nada, que o exame seguinte vai anular o anterior e não é isso que acontece, vai confirmando (...) foi uma surpresa". E1</i> <i>"Foi [surpresa] não estava a contar...". E5</i> <i>"Foi [uma surpresa] porque não estava a contar com isso, nem eu nem o médico". E7</i> <i>"Foi surpresa..." E8,E9</i>
	Espectável	<i>"Não, a cirurgia surpresa não foi, porque quando descobriram que eu estava com este problema depois eu tinha que fazer a cirurgia (...)".E2</i>
	Choque	<i>"...choque, não esperava". E8</i>

Dos excertos de discurso das participantes evidenciam-se diferentes formas de reação à notícia da cirurgia, enquanto para algumas mulheres a notícia foi uma surpresa, conforme o demonstra o discurso seguinte:

"Foi [uma surpresa] e muito porque eu não estava a contar com isto..." (E6).

Para outras doentes foi um choque:

"Foi um choque, não contava..." (E4);

Estas reações das mulheres à notícia da cirurgia estão em conformidade com as etapas referidas por Kubler-Ross (1969, cit. por Moreira 2002), pois, segundo a autora, relativamente às etapas psicológicas que o doente oncológico

vivência no seu percurso para assumir a sua doença e o tratamento, as mesmas podem ser negação/choque, raiva, negociação, depressão e aceitação.

Por norma, face à notícia de cirurgia da mama, a mulher revela uma reação de choque, seguindo-se uma fase de negação em que tende a evitar falar da doença oncológica, tem dificuldade em interiorizar que está doente. Nesta fase procura negar a doença e a própria situação inerente à mesma, as suas consequências, os seus próprios receios e sentimentos face à cirurgia, conforme se verificou através das unidades de registo de algumas das entrevistadas.

Uma das entrevistadas, refere que :

“Foi [uma surpresa], não estava nada à espera, ainda para mais tão nova e sem cancro da mama na família”. (E 10)

Apesar de ter cancro da mama geralmente resultar em grande stress para cada paciente afetado, a resposta psicológica a um diagnóstico e tratamento de cancro da mama em curso varia bastante entre as pessoas, que podem experimentar sintomas de choque, entorpecimento emocional, ansiedade, angústia e / ou depressão, em qualquer fase seguinte ao diagnóstico (Caple e Schub, 2012).

Os autores supracitados, mencionam ainda que as mulheres que são mais jovens no momento do diagnóstico de cancro da mama (<55 anos) são mais propensas do que as mulheres mais velhas a experimentarem angústia emocional, depressão, e pobre qualidade de vida, desafios relacionados que diferem dos de pacientes mais velhos, incluindo as preocupações sobre a fertilidade, menopausa precoce, o aumento da angústia sobre a sexualidade.

Santos (2006) refere que as implicações psicossociais da doença oncológica são tão graves como as físicas. São inquestionáveis as consequências do diagnóstico, do tratamento e da vivência da própria doença oncológica sobre o bem-estar emocional dos doentes, como se verificou nos discursos das intervenientes E6 e E4.

A doença oncológica reveste-se de um carácter muito estigmatizante na sociedade, sentida sobretudo pelo doente e pela família, com níveis de mortalidade significativos variando conforme a patologia em causa e o estágio em que se encontra. Este facto, relacionado, *grosso modo*, com a incerteza do diagnóstico, prognóstico e com o sofrimento físico e psicológico, levantam importantes questões a nível da qualidade de vida dos indivíduos (Twycross, 2003; Santos, 2006).

2.2 - Quem informou sobre a necessidade de cirurgia

Com esta categoria pretende-se saber quem informou as mulheres entrevistadas acerca da necessidade de cirurgia, cujos segmentos dos discursos se encontram no Quadro 4.

Quadro 4: Quem informou sobre a necessidade de cirurgia

Categoria	Subcategorias	Indicadores de resposta
Quem informou sobre a necessidade de cirurgia	Médico	<i>“Foi o cirurgião, portanto o médico que iniciou o processo é que me foi informando sobre essas coisas (...)”</i> .E1 <i>“Foi o Dr. Fogo aqui no centro de mama (...)”</i> .E2 <i>“Foi o médico”</i> E3, E4,E5,E7 <i>“Foram os médicos ...”</i> . E6 <i>“Foi o médico do hospital”</i> . E8 <i>“Os médicos do centro de mama”</i> . E9 <i>“Foi a médica do centro da mama”</i> . E10

Pela análise das respostas dadas pelas entrevistadas revela que todas foram informadas pelos médicos sobre a necessidade de cirurgia.

2.3 - Informação recebida

Apresentamos a unidade de análise concernente à categoria *informação recebida*. Salienta-se a importância do dever da informação por parte dos profissionais de saúde sobre todos os procedimentos a que o doente está sujeito.

Certo é que a pessoa ao passar da condição de saudável para a posição de doente, necessitando de ser submetida a uma intervenção cirúrgica, desenvolve, segundo Gomes (2009), *“um processo carregado de forte componente emocional. Ao abandono do seu papel na sociedade e família junta-se a dificuldade de encarar o seu novo papel e a própria situação”*. Segundo este autor, o medo do desconhecido, os sentimentos de insegurança, a dependência, entre outros, são causa de ansiedade para o doente, sendo fundamental os profissionais de saúde

estabelecerem uma relação de proximidade, tentando colmatar as necessidades de cuidados que o doente expresse, nomeadamente as de informação.

Quadro 5: Informação recebida

Categoria	Subcategorias	Indicadores de resposta
Informação recebida	Esvaziamento axilar	<p>“O médico falou sobre todas as possibilidades. Portanto, na altura ainda não sabíamos se havia necessidade de esvaziamento, só na altura da cirurgia é que pronto se aperceberam (...)”.E1</p> <p>“Que ia ficar ... sem o peito”. E3</p> <p>“Que ia perder a mama...”. E4</p> <p>“...tirar a mama...”. E6,E7,E8</p>
	Diferentes etapas do tratamento	<p>“Que ia ficar sem cabelo...”. E3</p> <p>“...possibilidade de fazer quimioterapia...” E9</p> <p>“...vou fazer quimioterapia e radioterapia...”. E10</p>

Segundo os depoimentos das entrevistadas, da categoria *Informação recebida* emergiram duas subcategorias:

- esvaziamento axilar ;
- informações recebidas sobre as diferentes etapas do tratamento.

Acrescenta-se o facto de a entrevistada (E1) ter referido que recebeu muita informação, mas que não a conseguiu reter.

Neste sentido importa salientar a importância da transmissão de informações às mulheres, mas de uma forma assertiva e clara, numa linguagem que as mesmas entendam e as possam interiorizar, o que está patente nos discursos:

“... fazer o esvaziamento axilar ...” (E9)

“(...) o médico alertou-me para todas as situações possíveis (...) mas há algumas coisas que não retemos, porque é muita informação (...) o médico pôs-me a par de tudo o que poderia surgir e o grupo de enfermeiras também, da mama do S. João, falaram comigo (...) alertaram para uma serie de situações que poderiam acontecer”.(E1)

Cada doente deve ser educado sobre os riscos e benefícios de todas as opções de tratamento (Buckley e Schub, 2012). Numa primeira instância, a clarificação das informações assume-se como uma estratégia para esbater o estado emocional negativo e stressante da mulher face à cirurgia e às suas consequências em termos físicos. É que a grande maioria das doentes sente dificuldades em exercer o seu direito de pensar e agir independentemente e de estabelecer o controlo da situação. Numa segunda fase, a apreensão dessas informações são deveras importantes para que as mulheres possam saber claramente quais os cuidados a ter, garantindo-se, deste modo, uma reabilitação mais eficaz.

As duas entrevistadas inframencionadas, fazem referência á informação que receberam, e o que mais lhe chamou á atenção foi:

“As diferentes fases da quimioterapia...” (E5)

“... fazer os tratamentos, quimioterapia e radioterapia...” (E8)

Numerosos fatores influenciam a resposta psicológica de um paciente com cancro da mama incluindo a fase da doença, as opções de tratamento (por exemplo, cirurgia, radiação e / ou quimioterapia) e os efeitos secundários adversos, o tempo de passagem para o diagnóstico seguinte, o estilo de lidar, estado de linha de base psicossocial, espiritual, crenças, idade ao diagnóstico, saúde geral, resposta anterior ao stress, experimentam efeitos colaterais relacionados com o tratamento (por exemplo, dor, fadiga, ondas de calor, diminuição da função física), mudanças na imagem corporal e sexualidade, sentimentos de vulnerabilidade e medo de recorrência e morte por cancro da mama. (Caple e Schub, 2012).

2.4 - Conhecimento sobre os cuidados a ter após o esvaziamento axilar

Quando quisermos perceber quais os conhecimentos que as entrevistadas consideram ter apreendido sobre os cuidados a ter após o esvaziamento axilar, constatou-se que as entrevistadas referiram os cuidados a ter na prevenção de linfedema, ou seja, cuidados com os movimentos, não pegar em pesos, fazer esforços e apanhar sol, como se pode observar no quadro seguinte:

Quadro 6: Conhecimento sobre os cuidados a ter após o esvaziamento axilar

Categoria	Subcategorias	Indicadores de resposta
<p>Conhecimento sobre os cuidados a ter após o esvaziamento axilar</p>	<p>Prevenção de linfedema</p>	<p><i>“ter cuidado [com os] movimentos (...)”</i>.E1 <i>“Cuidado com queimaduras, com picadelas, arranhões, com isso tudo para o braço não inchar porque depois fico com problemas”</i>. E2 <i>“Não fazer esforços”</i>. E3, E5 <i>“Não podia fazer muitos esforços, pegar em pesos nesta mão e que não me podia expor ao sol”</i>. E4 <i>“... a gente tem de evitar de ter certos esforços, de pegar em certas coisas, de fazer certos serviços...”</i>. E7 <i>“Sei... que não se pode fazer os esforços habituais, pegar em pesos...”</i>. E8 <i>“...sei que não posso fazer movimentos bruscos e que não posso pegar em pesos...”</i>. E9 <i>“Sei que não devo fazer esforços, pegar em pesos e apanhar sol...”</i>. E10</p>
	<p>Desconhecimento</p>	<p><i>“É assim, não sei”</i>. E6</p>

Gomes (2009) refere que as informações, que são transmitidas ao doente sobre a cirurgia, devem ter por base o seu conhecimento e as suas necessidades de informação sobre todo o processo pré e pós-operatório. Esta será uma forma de os profissionais de saúde refletirem sobre as suas práticas diárias, contribuindo para cuidados de saúde numa perspetiva holística respeitando a individualidade de cada pessoa, levando-a a ser ativa na sua reabilitação.

As complicações associadas à cirurgia podem ocorrer a vários níveis: complicações locais, sistémicas e ainda físicas e psicológicas, com ocorrência imediata ou posterior à cirurgia.

A prevalência dos sintomas físicos em seis meses ou mais, após a cirurgia é alta. Neste contexto, Merchant, et al, (2008) com base no seu estudo, referem que 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. Como tal, as mulheres devem ser informadas dos meios para poderem ter uma melhor recuperação da funcionalidade do ombro e do braço, assim como a prevenção do linfedema que 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”.

A entrevistada (E 6) referiu não possuir quaisquer conhecimentos sobre os cuidados a ter após a cirurgia: “*É assim, não sei*”. Este último depoimento reforça a necessidade de se estar mais atento a fim de se saber se a mulher está ou não na posse de informações e de conhecimentos que a ajudem na sua recuperação, para que se possam evitar complicações, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

O tratamento para o cancro da mama, especialmente a cirurgia, acarreta para a mulher uma série de consequências de ordem física e emocional, das quais destacam-se as que estão relacionadas ao desempenho das suas atividades de vida diária e dos seus papéis sociais. A reabilitação da mulher submetida ao esvaziamento axilar requer, portanto, uma assistência multiprofissional, na qual é grande a importância do papel da enfermagem (Talhaferro, Lemos e Oliveira, 2007).

2.5 - Sentimentos após a cirurgia da mama

No que se refere aos sentimentos manifestados pelas mulheres entrevistadas após o esvaziamento axilar, intenta-se saber como estas se sentiram face à família e amigos, em relação à sua imagem corporal e de que modo este acontecimento pôde interferir, inclusive, no âmbito profissional.

É importante conhecer-se o que as mulheres sentiram face ao esvaziamento axilar, porque esta será uma forma de o enfermeiro de reabilitação estar na posse de conhecimentos que o ajudarão na intervenção com cada mulher, atendendo à sua individualidade, vista como um todo biopsicossocial.

Os enfermeiros prestam cuidados às pessoas considerando-as um sistema aberto, confrontando-se com diferentes situações para as quais desenvolvem diferentes saberes. A relação de ajuda e a comunicação são exemplos de saberes que, ao serem adquiridos e aplicados, proporcionarão à pessoa cuidados de enfermagem de excelência (Moniz, 2003).

A enfermagem também é a arte e a ciência do cuidar de pessoas. Para que isso seja viável, é necessário um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado. É necessário que haja uma troca de informações e de sentimentos entre essas pessoas. O ato de cuidar estabelece uma relação muito próxima, muitas vezes íntima, de contacto físico intenso e permeado por várias sensações e sentimentos (Riley, 2004).

Quadro 7: Sentimentos após a cirurgia da mama

Categoria	Subcategorias	Indicadores de resposta
Sentimentos após a cirurgia da mama	Aceitação da imagem corporal	<p><i>"(...) nunca tive problema em que vissem a cicatriz (...)".E1</i></p> <p><i>"... o meu marido deu-me todo o apoio possível e ainda dá...". E4</i></p> <p><i>"Senti-me bem, ele dá-me apoio, diz que vai passar". E5</i></p> <p><i>"... senti-me bem, não me senti inferiorizada...porque toda a gente me apoiou, toda a gente estava do meu lado". E7</i></p> <p><i>"... tenho tido muito apoio do marido, aliás, ele tem-me acompanhado sempre". E9</i></p> <p><i>"com a família senti-me bem, todos me apoiaram...". E10</i></p>
	Negação da imagem corporal	<p><i>"...choque, sentia que não me estava a sentir bem à beira deles". E3</i></p> <p><i>"Foi muito difícil, tinha muita vergonha... não é fácil escondo do meu marido e filho". E6</i></p>
	Integrada profissionalmente	<p><i>"... no trabalho também me senti bem...". E7</i></p> <p><i>"Senti-me bem, tive muito apoio ... no trabalho. Senti-me bem, tive muito apoio ... dos amigos...". E8</i></p>

Quanto aos sentimentos manifestados pelas entrevistadas, após a cirurgia da mama, face à família, amigos e trabalho, afirmaram não ter quaisquer receios perante a família, pelo contrário, foram muito apoiadas, particularmente pelo marido e filhos, dando-se como exemplo algumas unidades de registo:

"Correu bem, a família apoia sempre (...)".(E2)

"Senti-me bem, tive muito apoio em relação ao marido, aos filhos...".(E8)

Os profissionais de saúde devem apoiar a doente e estimular a família para que possam ajudar a mulher nesta nova etapa da sua vida, de modo a que as alterações físicas associadas à mastectomia não sejam tão devastadoras (Otto, 2000).

Quer a nível profissional, quer perante os amigos, mencionaram que não se sentiram constrangidas perante as mesmas situações:

“... no trabalho também me senti bem...”. (E7)

“Senti-me bem, tive muito apoio ... no trabalho...tive muito apoio ... dos amigos...”. (E8)

No período após a cirurgia da mama, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir a sua vida profissional, social, familiar e nas atividades de vida diária, visto que, em geral, sentem dificuldade em lidar com o próprio corpo e sentem muitos desconfortos/limitações físicas, incluindo dor. (Duarte e Andrade, 2003).

O processo de reabilitação pelo qual a mulher passa após a cirurgia, que envolve a reaprendizagem de habilidades físicas e de habilidades para redescobrir seu papel dentro da família, comunidade e sociedade, é visto por Prado (2004) como um processo de enfrentamento, que pode ser definido como um conjunto de esforços das quais a mulher se socorre para lidar com um determinado problema. Segundo a autora, esse enfrentamento é contextual visto que, as limitações, os fatores pessoais, as exigências situacionais e os recursos que a mulher dispõe, influenciam a seleção das estratégias de enfrentamento e o significado que esta atribui ao contexto da doença

Apurou-se também que algumas das entrevistadas referiram que entraram numa fase de negação da imagem corporal, daí não se sentirem bem consigo mesmas nem com os que as rodeavam:

“(...) o meu problema não era bem com eles [família], era mais comigo porque eu tive muita dificuldade em começar a tocar, a fazer a massagem que me aconselhavam que me metia muita confusão (...) O olhar ao espelho não era muito fácil nos primeiros dias (...)”(E1)

Os depoimentos demonstram claramente que a cirurgia à mama tem repercussões psicológicas, podendo surgir tristeza, ansiedade, medo e depressão relacionada com alterações do corpo e da imagem corporal, perturbações da imagem corporal, alterações de papéis sociais e ansiedade em relação aos resultados finais dos tratamentos realizados (Camargo e Marx, 2000; Brunner &

Suddarth, 2008). Deste modo, 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.

Para uma das entrevistadas, a não integração à nova imagem corporal é mais marcada, citando:

“Embora, custa muito, não sou capaz de estar virada ao espelho e ver , custa muito, quando calha olhar, porque pronto, as lágrimas me caem, porque não me estou a ver .(...) eu vestia-me eu andava, eu dava gosto de me vestir e agora não.” (E6)

Benoit, 1988, (cit. por Amorim, 2007) afirma que a perda pessoal é uma perda vivida por um indivíduo, que pode resultar de uma perda de parte do corpo e pode pôr em risco a integridade pessoal. Como tal, a perda de uma mama por doença neoplásica envolve dois importantes conceitos que estão inteiramente ligados à alteração da imagem corporal e ao desgosto da perda. Para além de refletir uma perda física com implicação na autoimagem da mulher pode ter subjacente a alteração dos objetivos e planos, a angústia de um encurtamento de vida e de um futuro sofrimento.

Em síntese, as repercussões após a cirurgia da mama na vida da mulher acarretaram vários tipos de formas para se poder enfrentar a situação, o que varia de acordo com a singularidade de cada caso. É evidente que a experiência é ampla e distinta para cada mulher, envolvendo implicações na vida diária, além das relações entre ela e as pessoas do seu convívio, sendo de crucial importância o suporte social e o papel da enfermagem na tentativa de resgatar o conceito que a própria mulher tem de si mesma e para que possa seguir os cuidados de forma mais eficaz.

2.6 - Apoio familiar

No quadro seguinte estão as respostas obtidas ao apoio familiar que as mulheres receberam, tendo emergido as seguintes subcategorias: apoio psicológico, material, ajuda nas atividades de vida diária, acompanhamento nas

consultas/tratamentos. É de extrema importância o apoio familiar prestado às mulheres com esvaziamento axilar, ou seja, quanto maior a funcionalidade familiar maior a função emocional e a sua reabilitação.

Quadro 8: Apoio familiar

Categoria	Subcategorias	Indicadores de resposta
Apoio familiar	Psicológico	<p>“...o marido e o filho davam-me muita ajuda, falavam comigo...”. E6</p> <p>“... toda a família me ajudou a superar isto tudo...”. E7</p> <p>“... a família também me ajudou muito...”. E8</p> <p>“a minha família e o meu namorado têm-me apoiado...”. E10</p>
	Material	“(.) a nível material (...).”E1
	Ajuda nas atividades de vida diária	<p>“(.) fazer o jantar, a todos os níveis como irem-me buscar a casa para ir trabalhar (...).”E1</p> <p>“Em casa a família toda...”. E3</p> <p>“aqui em casa, quem me tem ajudado... é a minha mãe ... é ela que me ajuda no banho... a pôr os cremes...”. E9</p>
	Acompanhamento nas consultas/tratamentos	“(.) acompanhamento às consultas (...).”E1

No que se refere ao tipo de apoio recebido pela família, emergiram 4 subcategorias, conforme se apresenta e comprova com algumas unidades de registo:

- Apoio psicológico:

“(.) a nível psicológico (...).”E1

- Apoio material: “(.) a nível material (...).”E1

- Ajuda nas atividades de vida diária:

“(.) a minha mãe, por exemplo tenho almoçado e jantado sempre na minha mãe, tenho uma irmã minha que me ajuda em tudo o que não posso lá em casa (...).”E2

- Acompanhamento nas consultas/tratamento:

“(.) Eu tenho uma sobrinha minha (...) que anda comigo sempre para todo o lado (...) é a que traz aqui sempre, venho sempre de carro com ela fica o

tempo das consultas à minha espera, já marquei a quimioterapia para as segundas porque é quando ela esta de folga e pode vir comigo (...).E2

Como se pode observar, o suporte social obtido junto da família reforça aspetos positivos, como o partilhar informações, o auxílio demonstrado nos períodos de crise e na capacidade de enfrentar problemas. Concretamente, a disponibilidade deste apoio parece aumentar a vontade de viver, o autoconceito e a autoestima da mulher, o que contribui favoravelmente para o sucesso do processo de reabilitação (Amorim, 2007).

2.7 - Limitações decorrentes da cirurgia

Segue-se a unidade de análise das limitações decorrentes do tratamento cirúrgico, segundo a perspetiva das mulheres entrevistadas. Em termos práticos, é de suma importância que o enfermeiro de reabilitação tenha conhecimento das limitações sentidas pelas mulheres, como forma de se poder intervir eficazmente.

Quadro 9: Limitações decorrentes da cirurgia

Categoria	Subcategorias	Indicadores de resposta
Limitações decorrentes da cirurgia	Cansaço	<i>“...sinto-me cansada mais rapidamente do que me sentia em primeiro.....” E1</i> <i>“...canso-me muito...” E6</i>
	Limitação dos movimentos	<i>“... custa-me varrer...não consigo pegar numa vassoura como gostava. “... para ir buscar qualquer coisa mais acima pego numa cadeira, quando tenho mais dificuldades e o braço prende-me aqui em baixo”. E2</i> <i>“...custa-me fazer o que queria, limpar tudo e não posso...”. E4</i> <i>“... faço as coisas com a mão direita...”. E5</i> <i>“... não consigo partir carne... ”E7</i> <i>“... talvez as domésticas, a passar a ferro e com o aspirador, como se faz os movimentos mais longos...”. E8</i> <i>“Nas atividades de casa não faço nada e não posso conduzir...”. E9</i>

Verificou-se que todas as participantes sentem limitações decorrentes do tratamento cirúrgico: limitações dos movimentos e cansaço na realização das atividades de vida diária.

Panobianco e Mamede (2002), através do seu estudo com 17 mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama, concluíram que, no fim do terceiro mês de pós-operatório, todas as mulheres apresentaram complicações e intercorrências, interligadas ou não entre si, o que vem ao encontro dos discursos das intervenientes:

“Sinto mais dificuldade em levantar o braço, por exemplo, ir buscar um copo que está num armário mais alto...”. (E10)

De acordo com o mesmo estudo, 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 infeção; 41.1% apresentou aderência; 11.8% desenvolveu processo inflamatório no local de inserção do dreno e 5.9% desenvolveu celulite.

Os autores supracitados salientam que a informação sobre a prevenção de complicações representa um marco importante em todo o processo de reabilitação da mulher submetida a tratamento cirúrgico, na medida em que as sequelas, como o linfedema e a diminuição da amplitude de movimento do ombro do braço afetado podem desencadear desconforto físico e emocional, muitas dessas mulheres desenvolvem depressão, ansiedade necessitando de apoio psicológico e psiquiátrico. A mulher pode perder o interesse por atividades sociais e apresentar maior dificuldade na realização das atividades de vida diária e laboral, conforme se verificou no presente estudo:

“Não posso fazer nada agora, não posso vestir-me sozinha, não consigo tomar banho também, é tudo com o braço esquerdo...”. E3

Segundo Lauridsen, et al,(2008) muitas mulheres experimentam sintomas tardios como consequência do tratamento cirúrgico do cancro da mama, como a diminuição da força do membro superior afetado; a redução da amplitude de movimento e o aumento do tónus muscular, referindo que a reabilitação podia tratar os sintomas tardios e evitar a sua aparição.

Silva, et al, (2008), citam que a cirurgia com dissecação de nódulos linfáticos axilares reduz a amplitude de movimento da articulação do ombro, linfedema, dormência, diminuição da força muscular, sendo necessário efetuar terapia física

para facilitar as atividades de vida diárias e aumentar a qualidade de vida da mulher.

2.8 - Alterações ao nível da cicatriz

No Quadro 10 estão expostas as subcategorias que emergem das complicações pela abordagem cirúrgica – cicatriz, sendo esta uma outra informação que o enfermeiro de reabilitação deve possuir para poder transmitir ensinamentos às mulheres, levando-as a ser proactivas no seu autocuidado e, por consequência, a ter uma autoimagem mais positiva.

Quadro 10: Alterações ao nível da cicatriz

Categoria	Subcategorias	Indicadores de resposta
Alterações ao nível da cicatriz	Parestesias	<i>“Não tenho sensibilidade total, mas já começo a ter mais sensibilidade...tenho mais uma impressão...”</i> . E1
	Autoimagem	<i>“Horível, está feia”</i> . E3 <i>“Não sou capaz de estar virada ao espelho e ver”</i> . E6 <i>“...como vê eu ganhei queloides, isto está uma vergonha, por acaso não é um sítio que a gente não ande exposta...não gosto da cicatriz...”</i> . E7
	Dor	<i>“A cicatriz... quando está mau tempo dói”</i> . E4 <i>“... sinto muita, muita, muita dor, não posso estar muito tempo deitada para o lado da costura, porque magoa-me mesmo”</i> . E7 <i>“...tenho alguns piquinhos, mas é bastante suportável”</i> . E9
	Aderências tecidulares	<i>“Repuxa a pele, repuxa muito a pele, sinto que tenho ali um rolo a repuxar a pele”</i> . E8
	Sem desconfortos	<i>“Não sinto nada...”</i> . E2 <i>“é assim para agora não sinto nada...”</i> . E5

No que se refere ao que as entrevistadas sentem em relação à cicatriz (física e psicologicamente), emergiram 5 subcategorias: parestesias; autoimagem; dor; aderências tecidulares e sem desconfortos.

Uma das entrevistadas refere duas das muitas alterações que podem ocorrer ao nível da cicatriz:

“Sinto alguma dor(...)sensação de repuxar, encortiçada que não me deixa levantar o braço”.(E10)

Convém por isso reforçar a importância do tratamento fisioterapêutico que tem como objetivos controlar a dor no pós-operatório, prevenir ou tratar linfedema e alterações posturais, promover o relaxamento muscular, manter a amplitude de movimento do membro superior envolvido, melhorar o aspeto e maleabilidade da cicatriz, prevenindo ou tratando as aderências (Pereira, Vieira e Alcântara, 2005).

Daqui decorre o pressuposto que é extremamente importante o papel da equipa de profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, que devem refletir e reformular as suas práticas de relação e de intervenção junto das mulheres, numa perspetiva de efetiva cooperação e equilíbrio (Sampaio, 2006).

Segunda fase

Refere-se à implementação do plano de intervenção de enfermagem de reabilitação e às categorias emergentes após a sua implementação:

- Conhecimento sobre as complicações decorrentes do tratamento cirúrgico;
- Conhecimento sobre os cuidados a ter após esvaziamento axilar;
- Limitações após as sessões (do plano de intervenção de enfermagem de reabilitação);
- Cicatriz.

2.9 - Conhecimento sobre as complicações decorrentes do tratamento cirúrgico

No Quadro seguinte constam as subcategorias (metástases, linfedema, etapas do tratamento) que emergiram à presente categoria, sendo estas complicações decorrentes do tratamento cirúrgico informações a que as mulheres devem ter acesso, como forma de evitarem riscos e melhorar a sua qualidade de vida.

Quadro 11: Conhecimento sobre as complicações decorrentes do tratamento cirúrgico

Categoria	Subcategorias	Indicadores de resposta
Conhecimento sobre as complicações decorrentes do tratamento cirúrgico	Metástases	<i>"...poderia surgir metástases nos gânglios ...".</i> E1
	Linfedema	<i>"O que mais me chamou à atenção...foi os edemas que se pode ganhar no braço".</i> E2 <i>"mas agora este edema do braço que não me deixa fazer uma vida normal, se calhar se me tivessem alertado para isto, o peito posso fazer reconstrução, mas o braço, como disse agora é para a vida este inchaço".</i> E3 <i>"... o braço inchado, agora fica para toda a vida e é o que me custa mais, estar a pensar nisso".</i> E6 <i>"...foi o risco do braço inchar e eu não poder fazer as minhas coisas...".</i> E7 <i>"...foi o edema do braço..."</i> E8 <i>"...não sabia que o risco de ter edema era para sempre, pensava que era só uma fase transitória, que poderia nunca mais vir a ter...".</i> E9 <i>"...o edema do braço chama-me muito à atenção, se acontecer é para sempre...".</i> E10
	Etapas do tratamento	<i>"... que poderia ter de fazer quimioterapia, foi o que me marcou mais".</i> E1 <i>"mais atenção foi os tratamentos, a quimioterapia... vai-me custar esse período, a gente fica sem cabelo, tem que ter os cuidados...".</i> E5

Verificou-se que, após a intervenção, a maioria das entrevistadas referiu ter ficado a saber que o linfedema depois de reorganizado é uma consequência para toda a vida decorrente do tratamento cirúrgico. Uma das entrevistadas (E1) mencionou que, apesar do excesso de informação, a que reteve foi acerca da possibilidade de surgir metástases nos gânglios e, como consequência, ter de fazer quimioterapia, sendo este um tratamento também referenciado pela interveniente E5.

Como forma de mostrar o anteriormente mencionado por uma das informantes transcreve-se o indicador de resposta:

“...o que me chamou mais atenção foi o que poderia acontecer, digamos comigo mesma, recebi uma serie de informações que depois tive que voltar a reler que não valorizei tanto, depois ficamos muito ansiosos que não conseguimos reter tudo, em todas as situações eu tentei que fosse sempre alguém comigo porque eu sabia que não conseguia ficar com a informação, se calhar não é muita mas como são informações novas e como tem muito a ver connosco e como mexem muito connosco não conseguimos reter a informação...”. (E1)

Nesse processo de reabilitação, a mulher deverá receber informações no que respeita aos cuidados após a cirurgia, orientações e informações sobre as diferentes etapas de recuperação, cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia, exercícios que recuperem a capacidade funcional do braço e do ombro, além de informações sobre outros tratamentos, como radioterapia e quimioterapia (Duarte e Andrade, 2003).

“... os cuidados com o braço foi depois de estar a fazer este trabalho, foi agora que eu soube, nem sabia o que isto era, nem nada”. (E4)

O linfedema ocorre significativamente após o tratamento do câncer de mama, afeta física, psicológica, e o funcionamento sexual. Cerca de 28% dos sobreviventes com cancro da mama desenvolvem linfedema. (...) O linfedema é crônico e desfigurante. Diretrizes de redução de risco podem diminuir o risco de linfedema. As enfermeiras devem informar os pacientes com cancro da mama sobre o risco de linfedema (Ridner, et al, 2002). A entrevistada (E4), como se pode verificar, refere que até ao momento desconhecia as medidas de redução de risco de linfedema, sendo portanto gravosa esta situação que pode por falta de informação acarretar consequências negativas para a qualidade de vida da mulher.

2.10 - Conhecimento sobre os cuidados a ter após esvaziamento axilar

Como se tem vindo a referir, é fulcral transmitir-se informações necessárias e práticas a estas mulheres, para que possam deixar de ser vistas como meras recetoras passivas de informação, mas que as processem de forma ativa, interagindo com o meio/estímulos, que podem ajudar a resolver as situações decorrentes do tratamento cirúrgico. Estas informações transformam-se em conhecimentos práticos que assume particular importância quando se trata de doenças como o cancro e a reabilitação da pessoa afetada e sujeita a cirurgia.

Quadro 12: Conhecimento sobre os cuidados a ter após esvaziamento axilar

Categoria	Subcategorias	Indicadores de resposta
<p>Conhecimento sobre os cuidados a ter após esvaziamento axilar</p>	<p>Prevenção de linfedema</p>	<p>“...os cuidados que devo ter com o braço a nível dos esforços...”. E1</p> <p>“...cuidados a ter com o braço, pronto para ele não inchar...”. E2</p> <p>“...os esforços que não podia pegar em pesos, mas peguei... agora sei do risco de linfedema, agora já estou mais informada porque se não fosse a vir-me dizer o que é que eu tinha que fazer eu continuava na mesma, se tivesse essa informação á uns tempos atras não tinha feito as asneiras, pega em pesos...”. E4</p> <p>“...foi de não andar a fazer força. Ter cuidado com o braço ... com pegar em pesos, não fazer esforços, estar alerta a alguns sinais no braço”. E5</p> <p>“...os esforços...com o braço...”. E6</p> <p>“...Sei lá, passar a ferro, por exemplo, limpar os vidros...no meu emprego é estar sempre a levantar o braço para estar com a faca a cortar. Ou mesmo que não se levante o braço para cortar, mesmo puxar a faca para cortar o bife fazer os movimentos...não usar água muito quente no banho...”. E7</p> <p>“...ter cuidados com os vapores, não ir a saunas...não pegar em pesos, não fazer movimentos rotativos, repetitivos, não usar roupa apertada... e a axila não usar desodorizantes e a nível de depilação não usar gilete...”. E9</p>

		<i>"...prevenção do edema do braço crónico..."</i> . E10
	Prevenção de lesões	<i>"... devo proteger o braço de me magoar, lesões..."</i> . E1
	Massajar/higienizar a cicatriz	<i>"...devo massajar a cicatriz..."</i> . E1 <i>"...Massajar a cicatriz, que também esta melhor..."</i> . E3 <i>"... ter cuidado...com a cicatriz..."</i> E5 <i>"...chegar o máximo de creme possível que é o que eles me mandam chegar..."</i> . E7 <i>"...cuidados com a cicatriz..."</i> . E8; E10
	Aprendizagem de exercícios que promovem a mobilidade articular	<i>"...devo fazer exercício físico para reabilitar digamos o movimento do braço...para reabilitar o máximo possível..."</i> . E1 <i>"cuidados a ter com o braço... movimentos, os exercícios, fazer a reabilitação para conseguir mexer melhor o braço para levar o braço melhor acima que era o que tinha mais dificuldade e agora não tenho..."</i> . E2
	Prevenção de queimaduras solares	<i>"...foi que não podia apanhar sol..."</i> . E4; E7 <i>"...ter cuidado...com o sol..."</i> . E5; E9 <i>"...cuidados com o calor..."</i> . E6

Quanto à informação recebida e retida sobre os cuidados a ter após esvaziamento axilar, após a intervenção, emergiram 5 subcategorias:

- Prevenção de linfedema;
- Prevenção de lesões;
- Massajar/ higienizar a cicatriz;
- Aprendizagem de exercícios que promovem a mobilidade articular;
- Prevenção de queimaduras solares.

Como forma de reforçar as informações recebidas, acrescenta-se que todas as entrevistadas referiram que tiveram sempre o apoio familiar e dos profissionais de saúde, tal como já tinham referido na primeira entrevista, ou seja, antes da intervenção. Após as sessões, reforçaram as informações mencionadas, que constituíram as subcategorias supracitadas, bem como os ensinamentos dados pela enfermeira e o apoio psicológico proporcionado pela mesma, conforme se pode observar nas seguintes unidades de registo:

“...a enfermeira Ana ajudou-me imenso porque, além de fazer exercícios quando veio cá a casa, ajudou-me imenso porque falava imenso comigo e consegui falar é verdade coisas que sentia que com pessoas de família é mais difícil é mais complicado ajudou-me imenso em questões de eu poder falar sobre o meu problema, eu falei abertamente sobre o receio de ter mesmo em outros sítios problemas destes. A enfermeira Ana ajudou-me imenso. Foi bom”.(E2)

Uma das entrevistadas com linfedema instalado refere:

“...agora sei o que não podia fazer, os cuidados a ter com o braço, sei exercícios para fazer para me sentir melhor do ombro, como fazer quando tenho o braço mais pesado, que é deitar e ficar com o braço mais elevado, ao nível do coração e abrir e fechar a mão, sinto-me melhor com isso”.(E3)

Veiros, Nunes e Martins, (2007) referem 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.

Como tal, a drenagem linfática manual consiste num conjunto de manobras lentas, rítmicas e suaves que seguem o sentido da drenagem fisiológica, cujo objetivo 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 coletores durante a contração muscular, na redução da hipomobilidade dos tecidos moles e linfoestagnação, no fortalecimento e na prevenção da atrofia muscular (Veiros, Nunes e Martins, 2007).

Como tal e atendendo aos dados apurados sobre o facto de as mulheres, após a intervenção, ficarem mais conhecedoras do que é o linfedema, refere-se que este uma vez organizado 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 infeções e promovendo a melhoria da qualidade de vida da mulher (Leal, et al, 2009). Os estudos parecem demonstrar que os resultados são mais satisfatórios quando o

tratamento é iniciado logo que se detetem os primeiros sinais de linfedema, uma vez que nesta fase, ainda não há fibrose e o tecido elástico é funcional.

Apesar de hoje em dia existir muito mais informação sobre os cuidados a ter após cirurgia da mama com exérese de gânglios linfáticos axilares, são muitas as mulheres que ainda os desconhecem, como podemos verificar:

“...não posso fazer os esforços...passar a ferro com esta mão, com este braço... não posso fazer sauna e hidromassagem...tirar o sangue neste braço... medissem-me as tensões também não sabia, foi a Sra. enfermeira que me disse agora, eu não sabia”. (E8)

Assim sendo, o enfermeiro deve informar sobre as opções para os cuidados pessoais, tais como: manter a pele limpa e hidratada; evitar traumatismos cutâneos; usar luvas de proteção ao realizar as atividades domésticas; não usar água quente e saunas; uso de manga compressiva durante as viagens aéreas; evitar usar objetos que provoquem compressão do braço, assim como injeções; evitar movimentos bruscos, repetidos e de longa duração e evitar transportar objetos pesados no braço homolateral á cirurgia.

Por outro lado, Esteves (1999) apresenta elementos básicos de informação à pessoa ao longo da sua doença sendo eles: os procedimentos efetuados ou a efetuar ao doente a sua justificação, os exames realizados e a explicação do diagnóstico, bem como o tratamento e os resultados esperados.

A transmissão da informação permite uma relação terapêutica entre o doente e a equipa de saúde eficaz e eficiente. Proporciona a integração da pessoa com doença oncológica no seu meio sócio-familiar e um maior conhecimento do seu funcionamento biológico (Esteves, 1999).

De acordo com Amorim (2007), é essencial um esforço para um trabalho em conjunto entre a mulher e quem lhes presta cuidados, dar-lhe informação é benéfico do ponto de vista do seu ajustamento psicossocial e, obviamente, relevante em termos da qualidade global da prestação de cuidados de saúde.

Uma das entrevistadas, refere como conhecimento de cuidados a ter após o esvaziamento axilar:

“...exercícios para melhorar o movimento do braço.” (E10)

Ainda que a reabilitação física se inicie no hospital, onde a equipa de profissionais de saúde deve trabalhar em conjunto com a doente e com a família, capacitando-os para a prevenção de limitações funcionais, ela deve continuar após a alta hospitalar, pois, como afirma Sampaio (2006), a atividades de vida diária são a melhor e a natural forma de diminuir essas limitações.

Assim, os exercícios ativos 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), como se poder aferir pela citação:

... o facto de a enfermeira ter vindo cá ajudou, sem dúvida, porque eu estou com problemas em levantar o braço e agora com a massagem e com os exercícios já consigo levantar, já fazer mais movimentos sem me doer tanto. Esclareceu dúvidas que tinha, nos exercícios e na mastectomia também me esclareceu, porque fiquei a saber mais coisas que não sabia”.(E8)

De acordo com todas as premissas expostas, com as unidades de registo das participantes e ainda de acordo com os estudos encontrados, como são exemplo Bergmann, et al, (2006) que, por meio do seu estudo, confirmaram a importância da reabilitação na prevenção, minimização e no 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 atividades de vida diária, garantindo uma melhor qualidade de vida à mulher.

2.11 - Limitações após as sessões

No Quadro que se segue apresentamos a categoria referente às limitações sentidas pelas mulheres entrevistadas após as sessões de intervenção, realizadas de forma individualizada.

Quadro 13: Limitações após as sessões

Categoria	Subcategorias	Indicadores de resposta
Limitações após as sessões	Dificuldade nas AVD	<p>“...sinto-me cansada mais rapidamente do que me sentia em primeiro e, obviamente, que sinto que em termos físicos...” E1</p> <p>“...ainda me sinto muito limitada...” E3</p> <p>“...atividades que me sinto mais limitada...é levantar o braço, ainda sinto dificuldade...” E4</p> <p>“é a levantar o braço...” E5</p> <p>“...em arrastar as coisas tirar uns cortinados e meter outros isso é ai que me custa mais...” E6</p> <p>“...agora na minha profissão eu não posso descansar eu não posso dizer assim ao cliente, olhe espere um bocadinho que eu estou com o braço cansado...” E7</p>

		<p>“...sei lá a aspirar, sempre que faço força a esticar o braço que é a coisa que tenho mais dificuldade...”. E8</p> <p>“...a nível de condução, porque no sábado peguei no carro e senti que ainda estava muito, do braço, não ia, e depois em todas, penso que um pouquinho de todas as atividades...”. E9</p>
	Sem limitações articulares	<p>“Neste momento já não me sinto limitada”. E2</p> <p>“agora sinto-me melhor, já levanto melhor o braço, e não tenho tanto medo de o mexer, como tinha no início, já disse cá em casa que consigo fazer de tudo, o que não conseguir mesmo peço ajuda, mas não tem sido preciso, sinto-me melhor...”. E10</p>

As entrevistadas admitiram que ainda sentem dificuldades para realizar as atividades de vida diária e, inclusive, profissionais, como foi o caso da entrevistada:

“...agora na minha profissão eu não posso descansar eu não posso dizer assim ao cliente, olhe espere um bocadinho que eu estou com o braço cansado...”.
(E7)

Porém, há a salvaguardar que estas entrevistadas afirmaram que melhoraram muito após as sessões, conforme se demonstra com algumas unidades de registo:

“...melhorei muito desde que comecei a fazer os exercícios, mais porque no início fiquei com receio de mexer o braço de me aleijar, de me doer, mas depois de falarem comigo, tentei fazer as coisas por mim, poucas coisas, porque este edema no braço é também um peso deixa-me cansada, mas consigo lavar os dentes que não conseguia antes, limpo o pó, já me visto quase sozinha, tomo banho agora com pouca ajuda quase só para lavar as costas. Poucas coisas que, para mim, já são grandes coisas, pois eu não conseguia fazer nada, quem me fazia tudo era a minha cunhada”.(E3)

“Nesta parte do tratamento que estou a fazer, as vindas a casa, eu melhorei até digo à minha filha que melhorei bastante. Foi uma ajuda muito grande, se fosse logo no início talvez não tivesse este problema agora, estava informada e, assim, evitava e fazia os exercícios que devia de fazer, assim como não estava informada, abusei”. (E4)

McAnawa e Harrisb (2002), referem que o tratamento médico e cirúrgico do cancro da mama é a fonte de problemas de longo prazo com o movimento do ombro e linfedema e que a reabilitação pode desempenhar um papel vital na otimização de resultados para as mulheres através do cuidado pulmonar, educação de boa postura e mecânica corporal adequada e instrução individualizada de programas de exercícios terapêuticos, sugerindo um programa de exercícios em casa. Acrescentam ainda que as doentes que receberam terapia física pós

esvaziamento axilar tinham uma amplitude de movimento do ombro melhor, alcançado melhores resultados funcionais do que as doentes que não receberam.

Boisán, Leal e López, (2010) são da mesma opinião, referindo que os tratamentos de reabilitação são uma ferramenta altamente eficaz sobretudo nas primeiras fases de recuperação; o exercício físico bem orientado, aumenta a capacidade funcional do braço homolateral à cirurgia, influenciando positivamente o pós-operatório das pessoas afetadas com cancro da mama, melhorando aspetos psicológicos e diminuindo parte dos efeitos secundários ao tratamento, como náuseas, dores corporais e fadiga, facilitando também a recuperação da disfunção biomecânica do membro superior.

As entrevistadas E2 e E10 afirmaram que já não se sentem limitadas no seu quotidiano, o que se deve igualmente às informações e aos ensinamentos recebidos durante as sessões do plano de intervenção de enfermagem de reabilitação.

2.12 – Cicatriz

Procurou-se saber como se sentiam as mulheres em relação à cicatriz, após o programa de intervenção de enfermagem de reabilitação, como forma de se perceber se as informações transmitidas foram apreendidas e se estas sentiram que receberam apoio prestado contribuiu para uma aceitação da mesma, aumentando, deste modo, a sua autoimagem positiva.

Quadro 14: Cicatriz

Categoria	Subcategorias	Indicadores de resposta
Cicatriz	Benefícios da massagem	<p>“...agora consigo massajar e ver se esta tudo direitinho... Tal como a enfermeira referiu quando começou a fazer a massagem, ajudou a melhorar o movimento do braço...”. E1</p> <p>“... a partir da reabilitação que fiz com a enfermeira Ana já não tenho o carocinho que tinha já não o sinto e sinto que mexo melhor o braço; penso que foi da massagem e dos exercícios...”. E2</p> <p>“...mas sinto-me melhor com as massagens, tenho feito duas vezes por dia e tenho sentido melhor, parece que não repuxa tanto, até sinto uma picadelas que antes não sentia, parecia tudo encortiçado tem feito bem as massagens. Depois da enfermeira me explicar porque devia fazer as, massagens tenho feito e sinto-me melhor”. E3</p> <p>“A massagem na cicatriz ajudou...senti melhoras...”. E5</p>

		<p>“...A massagem ajuda, faz-me doer um bocadinho eu prefiro aguentar a dor, porque eu sei que me esta a fazer bem, mas que me ajuda muito ajuda, isso é verdade, sinto-me muito bem...”. E7</p> <p>“...Com as massagens parece que não fica tão dura a cicatriz, sinto que não repuxa assim tanto. No braço tenho mais sensibilidade, quando faz as massagens sinto leveza, parece mais leve, sinto-me bem”. E8</p> <p>“Alguma sensibilidade, também com estas massagens que vou tendo e muito nomeadamente a nível de mama, porque tinha aquela grossura ali na mama e que entretanto já quase não tem...”. E9</p> <p>“Sinto-me também melhor, já não repuxa tanto e isso vê-se já levanto melhor o braço penso que também tem a ver com isso [massagem]...mas sinto melhor que no início, principalmente depois da massagem, ajuda muito”. E10</p>
	Negação	<p>“...a cicatriz é feia, ainda não consigo ver-me ao espelho...”. E3</p> <p>“A minha cicatriz é muito chata...digo-lhe uma coisa, é um sitio que não se vê, se fosse um sitio que se visse então era um trauma, a minha costura era um trauma...acho que é uma deficiência isto [ter cicatriz queloide]. E7</p>
	Dor	<p>“Ainda tenho dor ao massajar e assim ainda tenho dor, se não me embarrar ali, ainda vou andando, senão, e é por isso que uso a camisola ao invés que é para não me roçar ali e tem a sua lógica”. E4</p> <p>“...dói-me muito...”. E6</p> <p>“...agora tenho uns picos e noto mesmo quando vou a nadar...pronto, dói-me aquilo que não me doía, nunca tive dores na cirurgia na mama eu tinha dores, era no braço bastantes e atrás (omoplata). Agora realmente ... começou-me a doer, nada que não possa, muito ligeiro mas sinto, sinto, sinto.” E9</p>
	Aderências tecidulares	<p>“...penso que tenho um bocadinho de fibrose, prende e está um bocadinho dura...”. E8</p>

Pela análise do quadro que se refere ao que as entrevistadas sentem, física e psicologicamente, face à cicatriz após as sessões, constatou-se que reforçaram as melhorias decorrentes dos ensinamentos ao nível da massagem, diminuindo as aderências tecidulares, aumentando o seu conforto, a sensibilidade e os movimentos do braço.

Uma das entrevistadas salientou que, numa fase inicial (após a cirurgia) não conseguia “olhar ao espelho”, ou seja, encontrava-se numa fase de negação, alterando portanto a sua autoimagem. Contudo, após as sessões, a sua atitude modificou, agora consegue tocar a cicatriz e efetuar massagem que não conseguia até então:

“...após a cirurgia não conseguia tocar sequer, tinha, não sei se era receio ou o que era, se era medo de me confrontar com a própria situação. Acho que demorou cerca de um mês a conseguir tocar normalmente como toco outra parte do corpo...”(E1)

Contrariamente, as informantes E3, E6 e E7 continuam na fase de negação, sem conseguirem ver a cicatriz ao espelho, inclusive, esta última refere mesmo que se trata de uma “deficiência”, sugerindo portanto uma continuidade da fase de negação.

Apurou-se que as intervenientes E4, E6, E9 e E10 continuam a sentir dor na cicatriz, apesar das melhorias, bem como se verificou que a interveniente E8 disse que ainda tem aderências tecidulares.

Estes depoimentos sugerem a eficácia do esclarecimento de dúvidas, através da transmissão de informações à mulher, bem como a importância dos ensinamentos de forma individualizada, resultando na melhoria da sua reabilitação.

Amorim (2007) reforça a necessidade de lhe ser dada informação, referindo que, quando a mulher não está a par ou não está corretamente informada, tende a ficar mais ansiosa e deprimida. Os enfermeiros devem estar atentos às reais necessidades destas mulheres, pois nem sempre as necessidades sentidas por estas são coincidentes com aquelas que os profissionais de saúde pensam que elas necessitam.

Por outro lado, e tendo em conta o facto de se ter apurado que algumas entrevistadas começaram a ter uma autoimagem positiva face à cicatriz, após a intervenção, e partindo-se da evidência de que ainda há outras entrevistadas que continuam a ter uma autoimagem negativa, importa reforçar que os profissionais de saúde devem recorrer à escuta ativa, num ambiente de uma relação empática que proporcione à mulher expressar os seus sentimentos e emoções, sendo esta uma forma de as apoiar psicologicamente a aceitar a sua nova imagem corporal. Uma das entrevistadas continua na fase de negação, citando:

“Da cicatriz, é assim, olhar para o espelho não, que eu não consigo...muito eu não me estou a ver, embora quando a gente vamos ao banho e a gente se limpa não é, dá aquela sensação de olhar para o espelho mas eu já fico de costas porque eu já sei”. (E6)

A cirurgia da mama causa transformações dolorosas na vida das mulheres, como as alterações da sua autoimagem, da sua autoestima e o comprometimento da sua sexualidade, visto que a mama é um órgão repleto de simbolismo para a mulher, feminilidade, sexualidade e maternidade. A amputação de tal membro pode

deixar a mulher mutilada, carregando fortes repercussões emocionais. O autoconceito encontra-se afetado na decorrência das alterações na imagem corporal e das modificações devastadoras na aparência física e sua função (Sampaio, 2006).

Nesta perspectiva, há a necessidade de se compreenderem os sentimentos e as repercussões psicológicas na mulher submetida a cirurgia da mama face aos vários aspectos inseridos na sua vivência, como o relacionamento familiar e o funcionamento social e a imagem corporal, com ganhos de mais qualidade de vida.

Os primeiros meses de reabilitação após a cirurgia da mama são caracterizados pelo movimento de reorganização para uma reinserção no mundo individual, social e espacial, visto que a mutilação dela decorrente favorece o surgimento de muitas questões na vida das mulheres, especialmente aquelas relacionadas com a imagem corporal. A forma como a mulher percebe e lida com essa nova imagem e como isso afeta a sua existência, são pontos cruciais para um entendimento da nova dinâmica que a vida dessas mulheres assume (Bervian e Girardon-Perlini, 2006).

No seu cotidiano, a mulher submetida a cirurgia da mama convive com transtornos emocionais, cognitivos, comportamentais e físicos, condicionados pelo facto de a sua vida estar ligada a uma doença grave. Nesse contexto, os profissionais de saúde devem planejar o seu cuidado com base nos aspectos físicos e psíquicos da pessoa. Portanto, esses cuidados deverão consistir em algo mais do que os procedimentos técnicos, um cuidado que vislumbre as diversas necessidades pessoais afetadas pela doença e tratamento.

Uma entrevistada refere que a cicatriz:

“...Ainda me dói por vezes...”. (E10)

Os resultados encontrados no presente estudo corroboram o que Kisner e Colby (2005) descrevem sobre alguns dos fatores 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 atividades 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 ato 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 afetado. Rietman, et al, (2003) num dos seus estudos publicados em 2003, concluíram 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.

A entrevistada E6, refere após o plano de intervenção de enfermagem de reabilitação:

“...ajudou muito, mais conforto, ao esticar já não sinto aquela sensação de repuxar...já me sinto assim, mais ao leve já me sinto mais aliviada”. (E6)

Assim, o tratamento fisioterapêutico tem como objetivos controlar a dor no pós-operatório, promover o relaxamento muscular, melhorar o aspeto e maleabilidade da cicatriz prevenindo ou tratando aderências, entre outros. (Pereira; Vieira e Alcântara, 2005).

CONCLUSÃO

Ainda que esteja perante o final desta dissertação, a mesma assume-se, simultaneamente, como o início de novas dúvidas, indicações e abertura para novas pesquisas. Assim, passa-se a fazer o resumo sucinto do caminho percorrido.

Através do quadro conceptual, verificou-se que o cancro da mama é uma das causas de morte mais frequentes em mulheres dos 35 aos 75 anos de idade, nos países industrializados da Europa, não sendo Portugal exceção.

Cirurgicamente pode ser efetuada para o tratamento do cancro da mama uma tumorectomia (cirurgia conservadora da mama) ou mastectomia (total, radical ou com preservação da pele), com ou sem esvaziamento axilar radical, de acordo com a localização do tumor e dos gânglios linfáticos afetados na axila homolateral.

O tratamento cirúrgico é extremamente agressivo e traumático para as mulheres, com reações emocionais negativas e respostas psicológicas específicas, geralmente associadas às mudanças na identidade da mulher, em concreto nos aspetos íntimos da feminilidade, sexualidade, maternidade e imagem corporal, mas também ao medo quanto aos tratamentos, à dúvida e à ansiedade.

Neste contexto, ganha muita relevância o papel do enfermeiro de reabilitação, o que foi confirmado com os resultados obtidos nas entrevistas, particularmente na segunda fase. Diz-se isto porque se apurou que as entrevistadas afirmaram ter sido melhor esclarecidas quanto aos cuidados a ter para que a sua reabilitação decorra de forma mais eficiente. As mesmas, na globalidade, afirmaram que, com a intervenção *in loco*, foram-lhes dadas informações e realizados ensinamentos que resultaram em mais conhecimento acerca das complicações e das estratégias que podem utilizar no sentido de evitar ou minimizar os riscos que decorrem do tratamento cirúrgico. Bergmann, et al, (2006) confirmaram a importância da reabilitação na prevenção, minimização e no 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 atividades de vida diária, garantindo uma melhor qualidade de vida à mulher.

Os dados empíricos permitiram atingir os objetivos inicialmente formulados.

Como tal, verificou-se que o impacto da notícia da cirurgia nas entrevistadas provocou surpresa e choque, à exceção de uma que referiu que a notícia de cirurgia não constitui qualquer surpresa, estando já a contar com tal tratamento.

A análise das respostas dadas pelas entrevistadas revelou que as informações recebidas foram ao nível do esvaziamento axilar e sobre as diferentes etapas do tratamento, tendo-se destacado o facto de uma entrevistada ter referido que recebeu muita informação, mas que não a conseguiu reter.

Quanto aos conhecimentos que as entrevistadas têm sobre os cuidados após o esvaziamento axilar, constatou-se que as doentes referiram a prevenção de linfedema, ou seja, agressões ao membro homolateral à cirurgia, tais como cuidados com os movimentos, não pegar em pesos, fazer esforços e apanhar sol.

Quanto aos sentimentos manifestados pelas entrevistadas, após a cirurgia da mama, face à família, amigos e trabalho, afirmaram não ter quaisquer receios perante a família, pelo contrário, foram muito apoiadas, particularmente pelo marido e filhos.

Verificou-se que todas as participantes disseram sentir limitações decorrentes do tratamento cirúrgico: limitações dos movimentos, da força muscular e cansaço nas atividades de vida diária

Devoogdt, et al, (2011) refere que a enfermeira, fisioterapeuta, médico de família, cirurgião de mama, o oncologista e radioterapeuta tem de informar o paciente regularmente sobre o uso do membro superior. No período pós-operatório, o paciente tem de ser estimulado a continuar a mover o braço e não manter o braço imóvel (Karki, et al, 2004). Diretrizes de redução de risco tem de ser referidas para evitar linfedema: o paciente tem de ter cuidado com a pele, tem de evitar trauma e lesão do braço envolvido, tem de evitar movimentos vigorosos contra resistência, como esfregar o chão, tem que manter um peso ideal, tem que a constrição de membros por roupa ou joias e tem de evitar extremos de temperatura (Ridner, 2002).

No que se refere ao que as entrevistadas sentem em relação à cicatriz (física e psicologicamente), salienta-se: as parestesias; a autoimagem negativa; as aderências tecidulares e sem desconfortos.

Concluiu-se que o tratamento cirúrgico do cancro da mama acarreta para a mulher uma série de consequências a nível físico e psicológico, bem como se

verificou que as informações recebidas sobre a cirurgia, vigilância de saúde e para a continuidade de cuidados, ficaram mais explícitas após a intervenção, uma vez que, segundo os seus depoimentos, estas adquiriram uma série de conhecimentos e de habilidades relativas à ferida cirúrgica e aos exercícios com o braço, para além de lhes ter sido facultado uma relação de ajuda empática, que lhes permitiu expressar os seus sentimentos face à sua situação.

Em suma, pode afirmar-se que, na globalidade, as participantes fizeram referência a informações/orientações recomendadas pelos enfermeiros no sentido de estarem advertidas sobre as complicações que podem decorrer em função do tratamento cirúrgico e outros tratamentos adjuvantes. Deste modo, as suas respostas sugeriram aumento de ganhos em saúde pela diminuição de internamentos provocados pelas alterações cirúrgicas.

Após a implementação do plano de intervenção verifica-se: um aumento do conhecimento sobre complicações decorrentes do tratamento cirúrgico e medidas de prevenção de linfedema após cirurgia da mama com exérese de gânglios linfáticos axilares; melhoria das limitações na realização das atividades de vida diária; diminuição de aderências tecidulares, maior conforto, aumento da sensibilidade e melhor amplitude articular do membro homolateral à cirurgia.

Mediante estes resultados e tendo em conta a experiência profissional, sugere-se que, atendendo à natureza do trabalho (enfermagem de reabilitação), para se instruir estas mulheres, os enfermeiros as ensinem de forma sistematizada sobre as complicações decorrentes do esvaziamento axilar e acerca dos tipos de exercícios descritos no enquadramento teórico. A principal característica será incontestavelmente a questão do que “ensinar” e a forma sistematizada de o fazer. Para que a reabilitação consiga alcançar os resultados postulados, esta tem de ser iniciada de imediato, contando com a adesão das mulheres, ao tratamento, concordando com o mesmo e segui-lo conforme recomendado.

Sugere-se também que se fomente uma participação mais ativa dos enfermeiros e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em todo o processo de aquisição de habilidades/capacidades da mulher sujeita a cirurgia da mama. Como tal, a sua preparação para a alta e o regresso ao domicílio devem ser preparados criteriosamente por uma equipa interdisciplinar sobre o informar, *standard* para instruir, enfatizando-se a quantidade e qualidade das informações de modo que as mulheres as saibam interpretar. Deve apostar-se no

ensino de exercícios que estas devem desenvolver para que se tornem capazes de gerir com toda a autonomia e *empowerment* o seu processo de saúde e bem-estar.

Espera-se que esta investigação forneça pistas atualizadas de reflexão, propiciadoras de uma maior compreensão ou, melhor dizendo, de uma compreensão diferente da problemática em estudo. O enunciado destas 'conclusões' assume, pois, uma natureza hipotética e propedêutica a posteriores desenvolvimentos que o tempo e as circunstâncias se encarregarão de elucidar.

Como o produto de todo o processo científico decorre num ambiente de colaboração inter pares e porque o resultado de qualquer investigação deve estar aberto à comunidade, este trabalho será devolvido a todos, em particular às participantes que nele tiveram envolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMÂNCIO, V. M.; SANTANA, N.; COSTA, S.- Mulher mastectomizada e sua imagem corporal . *Revista Baiana de Enfermagem* . Salvador. v. 21, nº. 1, (2007) p. 41-53.

AMORIM, C.S.M.B.F. - *Doença Oncológica da Mama - Vivências de Mulheres Mastectomizadas*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto. 2007.

ANDERSEN, L. [et al] - Treatment of Breast-Cancer-related Lymphedema with or Without Manual Lymphatic Drainage. *Acta Oncológica*. 39(3): (2000) p.399-405.

BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARROS, H.; LUNET, N.; SIMÕES, M.S. - *Cancro em Portugal* Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto, (2006). [Em linha] Disponível em <<http://www.ipatimup.pt/medprev/paper3.pdf#search='o%20cancro%2em%20portugal>>.

BELL, J. - *Como realizar um projeto de Investigação – Trajetos*. Lisboa: Gradiva. 2008.

BENDZ, I. e OLSEN, M. - Evaluation of immediate versus delayed shoulder exercises after breast cancer surgery including lymph node dissection – a randomized controlled trial. *The Breast*.11: (2002); p. 241-248.

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

BERVIAN, P.I.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. - A família (com)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 52 (2): (2006).p.121-128.

BEURSKENS, C. [et al] - The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomized controlled study. *BMC Cancer*. (2007).7:166.

BOGDAN, R; BIKLEN, S.K. - *Investigação qualitativa em educação uma introdução a teoria e aos métodos*. Porto. Porto Editora, 1994.

BOISÁN, N.Tomé., LEAL,S.Diez., LÓPEZ, J.García- Influencia de la práctica de actividad física en la calidad de vida y la movilidad del hombro de mujeres operadas

de câncer de mama. *Fisioterapia : revista de salud, discapacidad y terapéutica física*. Vol.32(5) (2010) p.200-207.

BOURGEOIS, P. [et al.]- Imaging techniques in the management and prevention of posttherapeutic upper limb edemas. *Cancer*. 83: (1998); p.2805-13.

BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D. - *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Editora Guanabara Koogan, 2008.

BUCKLEY,L.L; SCHUB,T; - *Breast Cancer: Treatment with Surgery*. [Em linha]. Cinahl Information Systems (Glendale, California), 2012 Jul 20 (2p) (14 ref). [Consult. 23 de Julho de 2012]. Disponível na Internet: <http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=5625697c-13a5-4bdd-a1a3-68e4ea85a046%40sessionmgr113&vid=7&hid=102>

BUSSE, R.; [et al] - *Tackling Chronic Disease in Europe Strategies, Interventions and Challenges; World Health Organization 2010, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*; ISBN 9789289041928; [Em linha]. [Consult. 10 Fevereiro2012]. Disponível na internet : <http://www.dgs.pt/> - Saúde de A a Z ; Doenças crónicas;

CAMARGO, M. e MARX, A. - *Reabilitação física no câncer de mama*. Editora Roca. São Paulo, 2000.

CAMPOS,S. - *Dor: Câncer e Dor*. 2005; [Em linha]. Disponível em: <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias.php?noticiaid=14094&assunto=Dor> r

CAPLE,C; SCHUB,T; - *Breast Cancer: Psychological Adjustment*. [Em linha]. Cinahl Information Systems (Glendale, California), 2012 Jan 13 (2p) (11 ref). [Consult. 1 de Abril 2012]. Disponível na Internet: <http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=5625697c-13a5-4bdd-a1a3-68e4ea85a046%40sessionmgr113&vid=6&hid=>

CARDOZO, CT, [et al] - Atuação Fisioterapêutica na Reabilitação de Pacientes Mastectomizadas , *Prática Hospitalar* Ano X, nº 60, Nov-Dez 2008.

CASLEY-SMITH, J. - Measuring and representing peripheral oedema and its alterations. *Lymphology*, 27: (1994). p.56-70.

CHIZZOTTI, A. - *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais*. Petrópolis: Vozes, 2006.

CHRONIC DISEASE ALLIANCE - *A Unified Prevention Approach - The Case For Urgent Political Action To Reduce The Social And Economic Burden Of Chronic*

Disease Through Prevention. Junho, 2010; [Em linha].[Consult. 10 Fevereiro 2012]. Disponível na internet : <http://www.dgs.pt/> - Saúde de A a Z ; Doenças crónicas;

COLLINS, O.S. - Abnormalities of lymphatic drainage in lower extremities: a lymphocintigraphic study. *J Vasc Surg*; 9:145-52, 1995.

COSTA, J. A.; MELO, A. S. – *Dicionário de Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora, 1996.

COURNEYA, K. [et al] - Moderators of the effects of exercise training in breast cancer patients receiving chemotherapy. *Cancer*. 112: (2008)p.1845-1853.

CROSBIE, J. [et al] - Effects of Mastectomy on Shoulder and Spinal Kinematics During Bilateral Upper-Limb Movement. *Physical Therapy*. 90(2010) p.679-692.

CUNHA, M.J.S. - *Investigação Científica. Os passos da Investigação Científica no Âmbito das Ciências Sociais e Humanas*. Vila Real: Ousadias, 2009.

DEVOOGDT N., . [et al] -Short- and long-term recovery of upper limb function after axillary lymph node dissection. *European Journal of Cancer Care*. 20 (2011) p.77–86.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Risco de Morrer em Portugal*. DSEPS: Divisão de Epidemiologia e Bioestatística, Lisboa 232, 2003.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. - Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas a sexualidade. *Estudos de Psicologia*. 8 (1), (2003) p.155-163.

É TEMPO DE AGIR! - DECLARAÇÃO PARA UMA VIDA MELHOR- *Abordagem das doenças crónicas através da prevenção*. (2011); [Em linha] [Consult. 10 Fevereiro2012]. Disponível na internet : <http://www.dgs.pt/> - Saúde de A a Z ; Doenças crónicas;

FERRANDEZ, J. e SERIN, D. - *Rééducation et Cancer du sein*. Paris: Masson, 2006.

FORTIN, M. F. – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009, ISBN: 978-989-8075-18-5.

FORTIN, M. F. – O contributo da investigação no desenvolvimento dos conhecimentos em ciências de enfermagem. *Revista de investigação em enfermagem*, Coimbra: n.º 1 (Fevereiro 2000) p. 61-68.

FORTIN, M. F. - *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência, 1999, ISBN: 972-8383-10-X.

GERBER, L. - A review of measures of lymphedema. *Cancer*. 83: (1998) p.2803-4.

GHIGLIONE, R. e MATALON, B. - *Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora, 1993.

GLOBOCAN 2008 – *International Agency for Research on Cancer (World Health Organization): Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008*. [Em linha]. [Consult. 1 de Abril 2012]. Disponível na Internet: <http://globocan.iarc.fr/>

GOMES, NC.P.R. – *O Doente Cirúrgico no Período Pré-Operatório: da informação recebida às necessidades expressas*. Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009.

GORDON, L. [et al] - The impact of rehabilitation support services on health-related quality of life for women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 93 (2005) p. 217-226.

GUMUS, M., [et al] - Factors that Affect Patients Decision-Making about Mastectomy or Breast Conserving Surgery, and the Psychological Effect of this Choice on Breast Cancer Patients. *Breast Care*. (2010) 5:p.164–168.

HARRIS, S.R. e NIESEN-VERTOMMEN, S.L. - Challenging the myth of exercise-induced lymphedema following breast cancer: a series of case reports. *Journal of Surgical Oncology*. 74 (2): (2000). p.95-9.

HWANG, J. [et al] - Effects of supervised exercise therapy in patients receiving radiotherapy for breast cancer. *Yonsei Medical Journal*. 49: (2008) p.443-450.

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.

JOHANSEN, J. [et al.] - Treatment of morbidity associated with the management of the axilla in breast-conserving therapy. *Acta Oncológica*. 39(3): (2000) p.349-54.

KARKI, A. [et al.] - *Physiotherapy for the functioning of breast cancer patients, in department of health sciences*. Faculty of sport and health sciences of the University of Jyväskylä: Jyväskylä, 2005.

KEITEL, M. A.; KOPALA, M. - *Counselling women with breast cancer: A guide for professionals*. London: Sage Publications, 2000.

KETELE, J.M.; ROEGIERS, X. - *Metodologia da recolha de dados. Fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudos de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

KISNER, C.; COLBY, L.A. – *Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas*. Barueri, SP: Manole, 2005.

KORNUSKY, Jennifer; - *Lymphedema, Cancer-Related: Managing*. [Em linha]. CINAHL Nursing Guide, Cinahl Information Systems, (Glendale, California); 2012 Feb 17 (6p). [Consult. 1 de Abril 2012]. Disponível na Internet:

<http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=5625697c-13a5-4bdd-a1a3-68e4ea85a046%40sessionmgr113&vid=14&hid=101>.

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.

LAURIDSEN, M.C., [et al] – Shoulder disability and late symptoms following surgery for early breast cancer. *Acta Oncológica*. 47: (2008) p.569-575.

LELLO, J.; LELLO E. - *Dicionário Enciclopédico Luso – Brasileiro*. Porto: Artes Gráficas, 1991.

LEAL, N. [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.

LEDUC, O. - European consensus: rehabilitation after breast cancer treatment. *The European Journal of Lymphology*, 19: (2008) p.13-20.

LEDUC, O. [et al.] - The physical treatment of upper limb edema. *Cancer*. 83: (1998) p. 2835-9..

LESSARD-HÉBERT, M. [et al] - *O Pólo Técnico das Metodologias Qualitativas: As Técnicas de Recolha de dados. Investigação Qualitativa – fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.

MAJESKI, J.,R.M. Cutaneous angiosarcoma in an irradiated breast after breast conservation therapy for cancer: association with chronic breast lymphedema. *J Surg Oncol*, v.74, n.3, (Jul, 2000) p.208-12.

MANGANIELLO, A., [et al] - Sexuality and quality of live of breast cancer patients post- mastectomy; *European Journal of Oncology Nursing* 15: (2011) p.167-172.

MANUILA, L.; MANUILA, A.; LEWALLE, P.; NICULIN, M. - *Dicionário médico*. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.

MARTÍNEZ, I. M.; [et al] - Rol del fisioterapeuta en las opciones quirúrgicas de reconstrucción postmastectomía; *Fisioterapia*;28(5): (2006) p.232-9.

MAYALL, R. - *Linfangiopatias e hitopatologia*. In: *Linfangites e erisipelas*. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2000.

MCANAWA, MB; Harris, KW- The Role of Physical Therapy in the Rehabilitation of Patients with Mastectomy and Breast Reconstruction. *Breast Disease*. 16 (2002); p.163–174.

MEEK, A.G. - Breast radiotherapy and lymphedema. *Cancer*. 83 (12): (1998) p. 2788-97.

MENESES, K.D. - Upper extremity lymphedema after treatment for breast cancer: a review of the literature. *Ostomy Wound Manage*, 53(5): (2007) p.16-29.

- MERCHANT, C.R. [et al] - Decreased muscle strength following management of breast cancer. *Disability & Rehabilitation* . Vol. 30, Issue15, p.1098-1105; 2008.
- MILLER, A. [et al] - A universally clinical classification of lymphedema. *Angiology*. 50 (3): (1999) p.189-92.
- MONIZ, J.M.N. - *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Lisboa: Lusociência, 2003.
- MOREIRA, E. e MANAIA, C. - Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do hospital universitário da universidade estadual de londrina. *Ciências Biológicas e da Saúde*, 26: (2005) p.21-35.
- MOREIRA, L.F. - *O câncer no paciente idoso. Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.
- MORTIMER, P. - The Pathophysiology of Lymphedema. *Cancer*. 28: (1999) p.2798-2802.
- MUSTIAN, K. M.; KATULA, J. A.; GILL, D. L.; - Exercise:Complementary Therapy for Breast Cancer Rehabilitation; *The Haworth Press, Inc* ; 2002
- NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI) (1999). *Lymphedema*. [Em linha]. [Disponível em <http://www.cancernet.nci.nih.gov>, consultado a 18/07/2012].
- NATIONAL HEALTH And MEDICAL RESEARCH COUNCIL (1995). [Em linha]. [Disponível em <http://www.health.gov.au/nhmrc>, consultado a 18/07/2012].
- NESVOLD, I.L. V.; [et al] - Arm and shoulder morbidity in breast cancer patients after breast-conserving therapy versus mastectomy;. *Acta Oncológica*. 47: (2008) p. 835_842.
- ODGEN, J. – *Compreender o Cancro da Mama*. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.
- *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.
- 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.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 2010. [Em linha] Disponível em: <http://www.Ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/ Legislacao OE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao aprovadoAG20Nov2010.pdf>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL Da SAÚDE - *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*, 10ª Revisão. v. 1. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1995.
- OTTO, S. E. – *Enfermagem em Oncologia*. Loures: Lusociência, 2000.
- OZASLAN, C. e KURU, B. - Lymphedema after treatment of breast cancer. *Am J Surg*, 187(1): (2004), p. 69-72.

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-Agosto 2002), p. 544-51.

PEIFER, K. - *Cirurgia. Enfermagem em Oncologia*. Loures: Lusociência, 2000.

PEREIRA,C. M. A.; , Vieira, E.O. R. Y.;, Alcântara, P. S. M.- Avaliação de protocolo de fisioterapia aplicado a pacientes mastectomizadas a Madden ; *Revista Brasileira de Cancerologia* 51(2):(2005) p.143-148.

PEREIRA, C.S.M. - *Contributo para a implementação da classificação internacional de funcionalidade para a identificação de ganhos em saúde nas doenças crónicas*. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa, 2008.

PEREIRA, M.G. e LOPES C. - *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

PETITO, E. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. – Elaboração e Validação de um Programa de Exercícios para Mulheres Submetidas à Cirurgia Oncológica de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*54(3), (2008) p. 275-287.

PINTO, B. M. [et al]- Exercise Participation After Diagnosis Of Breast Cancer: Trends And Effects On Mood And Quality Of Life. *Psycho-Oncology*. 11: (2002) p.389–400.

POP - Portal de Oncologia Português [Em linha]. [Consult. 15 de março de 2012]. Disponível na Internet: <http://www.pop.eu.com/portal/publico-geral/tipos-de-cancro/cancro-da-mama.html#numeros>

PRADO, M.A. [et al] - A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção e benefícios. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. Nº12 (Maio-Junho 2004) p.494-502.

RELATÓRIO DE PRIMAVERA - *Gestão da mudança na saúde*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

REGISTO ONCOLÓGICO DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO- 2006. Editado pelo Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil. Centro Regional de Oncologia do Porto, EPE.

REZENDE, [et al] - Two exercise schemes in postoperative breast câncer: comparasion of efects on shoulder movement and lymphatic disturbance. *Tumori*. 92(1) (2006) p.55-61.

RICHMAN, S.; SCHUB,T. - *Breast Cancer: Chemotherapy Treatment Effect on Cognitive Function*. [Em linha]. CINAHL Nursing Guide, Cinahl Information Systems, (Glendale, California); 2011 Dec 02 (2p). [Consult. 1 de Abril 2012]. Disponível na

Internet: <http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=5625697c-13a5-4bdd-a1a3-68e4ea85a046%40sessionmgr113&vid=30&hid=103>

RIDNER, S.H.; MSHA, MSN, RN, ACNP - Breast Cancer Lymphedema Pathophysiology and Risk Reduction Guidelines. *ONF.* – VOL 29, NO 9; (2002) p.1285-1293.

RIETMAN, J.S. [et al] - Late morbidity after treatment of breast cancer in relation to daily activities and quality of life: a systematic review. *Eur J Surg Oncol.* 29(3): (2003) p.229-38.

RILEY, J.B. - *Comunicação em Enfermagem*. Loures, Lusociência, 2004.

ROCKSON, S. [et al] - Workgroup III - Diagnosis and management of lymphedema. *Cancer.* 83 (1998) p.2882-5.

RODRÍGUEZ, M.C.Silva.; Candal, C. Vieiras.; Zas, M. Mourelle.; Ares, G. Paseiro.;- Tratamiento postoperatorio en el paciente diagnosticado de câncer de mama; *Fisioterapia*;28(5): (2006) p. 240-8.

SAMPAIO, A.C.P. (2006). *Mulheres com câncer de mama: análise funcional do comportamento pós-mastectomia*. [Em linha] Tese de Mestrado, Universidade Católica de Campinas. Acesso em 18.07.2012. [Disponível em <http://dominiopublico.mec.gov/download/texto/cp000360.pdf>

SANTOS, C. - *Doença oncológica – Representação, coping e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau, 2006.

SILVA, M.; JENERAL, R.; DUARTE L. - Mulheres mastectomizadas: estranhas no ninho - *Revista Nursing*: (2007). p.334-337.

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 2125-30; 2004.

SILVA, M.P.P., [et al] - Implications of a Postoperative Rehabilitation Program on Quality of Life in Women with Primary Breast Cancer, *Annals of Surgical Oncology*; volume 15, number 12; 2008.

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

SOMMERS, MS.- *Diseases & Disorders: A Nursing Therapeutics Manual*. 4th ed, [Em linha]. F.A. Davis Company, (Philadelphia, Pennsylvania); 2007. Nursing Reference Center. [Consult. 5 de Dezembro 2010]. Disponível na Internet: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=2011533210&lang=pt-br&site=nrc-live>.

STRAYER, D. A.; CAPLE, C. - *Breast Cancer in Women: the Effect on the Family*. [Em linha]. Cinahl Information Systems (Glendale, California), 2012 Apr 6 (2p) (8 ref). [Consult. 12 de Abril 2012]. Disponível na Internet: <http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=5625697c-13a5-4bdd-a1a3-68e4ea85a046%40sessionmgr113&vid=18&hid=2>.

STRAYER, D. A; RICHMAN,S;- *Breast Cancer: Treatment with Systemic Therapy*. [Em linha]. Cinahl Information Systems (Glendale, California), 2012 Jan 6 (2p) (12 ref). [Consult. 10 Janeiro 2012]. Disponível na Internet: <http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=5625697c-13a5-4bdd-a1a3-68e4ea85a046%40sessionmgr113&vid=20&hid=101>.

STRAYER, D. A., SCHUB, T. - *Breast Cancer*. [Em linha]. Cinahl Information Systems, October 7, 2011. [Consult. 1 de Abril 2012]. Disponível na Internet: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=5000000723&lang=pt-br&site=nrc-live>>Breast Cancer.

STRAYER, D. A; SCHUB,T - *Breast Cancer: Prevention*. [Em linha]. CINAHL Nursing Guide, Cinahl Information Systems, (Glendale, California); 2012. [Consult. 1 de Abril 2012]. Disponível na Internet: <http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=5625697c-13a5-4bdd-a1a3-68e4ea85a046%40sessionmgr113&vid=28&hid=23>.

STURGEON, M. [et al]. - Effects of therapeutic massage on the quality of life among patients with breast cancer during treatment. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15: (2009)p.373-380.

SWISHER, A.K, [et al]. - Are physical therapists in West Virginia prepared to manage the rehabilitation needs of women following modified radical mastectomy for breast cancer? *Rehabilitation oncology*. April, 2011.

SZUBA, A.; ROCKSON, S. - Lymphedema: classification, diagnosis and therapy. *Vascular Medicine*, 3: (1998) p.145-56.

TALHAFERRO, B. [et al]. Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. *Arquivo de Ciência e Saúde*,;14(1): (jan-mar 2007) p.17-22..

TENGRUP, I. [et al] - Arm morbidity after breast-conserving therapy for breast cancer. *Acta Oncológica*, 39(3): (2000) p. 393-7.

TOBIN, [et al] - The psychological morbidity of breast cancer - related arm swelling. *Cancer*, 72 (11): (2000) p.3248-52.

TUCKMAN, B.W. - *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

TWYCROSS, R. - *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.

VAZ-FREIXO, M. João – *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget, 2011.

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

VILANOVA, D. [et al] - Una nueva clasificacion del edema braquial post-mastectomia. *Prensa Med Argent*, 69: (2000) p.106-12.

VOGELFANG, D. - *Linfologia Básica*. São Paulo: Editora Ícone, 1996.

WHITE-GUTHRO, M; ;GROSE,S - *Carcinoma in situ, Ductal: Treatment*. [Em linha]. CINAHL Nursing Guide, Cinahl Information Systems, (Glendale, California); 2012 Mar 02 (2p).). [Consult. 1 de Abril 2012].Disponível na Internet: <http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=5625697c-13a5-4bdd-a1a3-68e4ea85a046%40sessionmgr113&vid=32&hid=103>.

WOODS, M. [et al] - The psychosocial morbidity of breast cancer patients with lymphedema. *Cancer Nursing*, 18 (6): (1995) p.467-71.

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

GUIÃO DE ENTREVISTA

Título do Estudo: *Aplicação de um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação a mulheres submetidas a mastectomia.*

Entrevistador: investigador e autor do estudo.

Local da entrevista: Serviço de Medicina Física e de Reabilitação.

Data e hora: a determinar.

Duração da entrevista: cerca de 30 minutos.

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. Idade _____
2. Género
Masculino ____
Feminino ____
3. Habilitações literárias
1º ciclo- 4º ano _____
2º ciclo- 5 e 6 anos _____
3º ciclo- 7,8,9 anos _____
Secundário- 10, 11,12 ____
Ensino superior- _____
I-ciclo- Licenciatura _____
II-ciclo- Mestrado _____
III- ciclo- Doutoramento _____
4. Estado civil
Casado- _____
Solteiro- _____
Divorciado- _____
Viúvo- _____
União de facto- _____
5. Idade em que teve 1º filho _____
6. Profissão _____

7. Braço afetado
Dextra _____
Esquerdina _____
8. Tempo de mastectomia _____
9. Antecedentes familiares de
cancro _____
10. Antecedentes
pessoais _____

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A mastectomia foi uma “surpresa” para si?

Que informação recebeu? O que sabe e quem a informou sobre a mastectomia?

O que reteve da informação recebida?

O que sabe sobre cuidados a ter após a mastectomia?

Como se sentiu após a mastectomia, com o seu marido, filhos, família, trabalho?

Que tipo de ajuda lhe forneceram? Quem a ajudou mais neste trajeto?

Em que atividades se sente mais limitada?

O que sente ao nível da cicatriz?

**ANEXO II – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

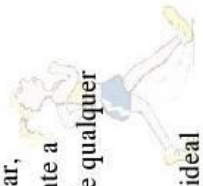
Programa de intervenção

Avaliação inicial	<ul style="list-style-type: none">• Conhecimentos sobre medidas de prevenção de linfedema;• Mobilidade articular;• Cicatrização da sutura;
Atividades de ensino	<ul style="list-style-type: none">• Sessão de educação para a saúde, sendo fornecido panfleto sobre medidas de prevenção de linfedema;• Sessão de exercícios (19) de reabilitação uma vez por semana durante um mês;• Massagem da cicatriz e face interna do braço homolateral á cirurgia;• Disponibilidade para esclarecer dúvidas;
Avaliação final	<ul style="list-style-type: none">• Conhecimentos sobre medidas de prevenção de linfedema;• Mobilidade articular;• Sentimentos após a cirurgia;• Tipo de apoio recebido;• Presença de aderências tecidulares;

✚ Usar roupa e jóias que não sejam restritivas, soutien bem ajustado e sem aros;

✚ Pratique exercício regular, construindo gradualmente a duração e intensidade de qualquer actividade;

✚ Manter o peso corporal ideal através de uma alimentação saudável e exercício aeróbico leve várias vezes por semana.



Estratégias de Redução de Risco de Linfedema



Elaborado por: Tânia Rodrigues

Aluna do 2º ano de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Dezembro de 2011

O QUE É O LINFEDEMA?

É o edema crónico do membro superior (braço) como resultado do armazenamento de líquido linfático secundário a uma obstrução dos vasos linfáticos.

É importante a identificação precoce dos sintomas, tratamento imediato e adopção

DE COMPORTAMENTOS DE

REDUÇÃO DE RISCO AO LONGO DA VIDA, tais como:.

- Alertar os profissionais de saúde sobre o risco de linfedema;
- Inspeccionar o braço diariamente (tamanho, forma, textura, dor, sensação de aperto e firmeza);
- Sinais de alerta (vermelhidão, dor, erupção cutânea, aumento da temperatura da pele, febre ou sintomas de gripe), contactar um profissional de saúde.**

- Todas as colheitas de sangue, injeções, perfusões sanguíneas e avaliação de tensão arterial devem ser efectuadas no membro não afectado.

- Cuidar da pele diariamente, mantendo-a macia e hidratada.

- Empurre as cutículas para trás ao invés de as cortar;

- Use luvas de protecção (jardinagem, lavar pratos, ou fazer trabalhos domésticos) e dedal quando coser á mão;

- Prefira uma máquina de barbear ou creme depilatório a uma gilete para a depilação das axilas;

- Aplique protector solar FPS 15 e /ou repelente de insectos para evitar queimaduras e picadas;

- Evite arranhões ou mordeduras de animais de estimação;**

- Limpar qualquer corte com água e sabão, aplicar uma pomada antibacteriana e colocar um penso estéril;

- Evitar extremos de temperatura e exposição prolongada ao calor (por ex. sauna, hidromassagem);

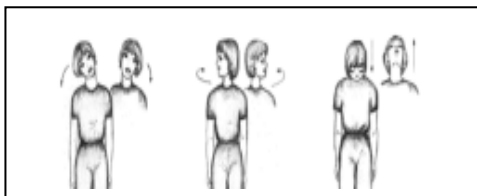
- Usar luvas que cubram os braços quando usa o forno;

- Evitar movimentos repetitivos, trabalho pesado e uso excessivo do membro afectado;

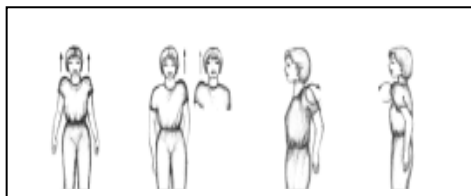
- Usar o braço não afectado para transportar compras, crianças e volumes pesados; evitando sacolas com alças;

- Se o braço começar a doer, deve deitar-se e levantar o braço acima do nível do coração por 45 minutos 2-3 vezes ao dia, abrir e fechar a mão 15-25 vezes;

Exercícios de reabilitação á mulher submetida a mastectomia



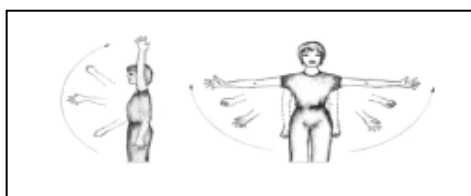
1- Alongamento dos músculos do pescoço.



2 - Elevação, rotação interna e externa dos ombros.



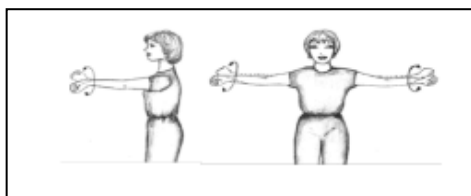
3 - Flexão e extensão dos cotovelos em uma posição neutra, a 90 graus e faixa de ombro máximo de movimento (ADM).



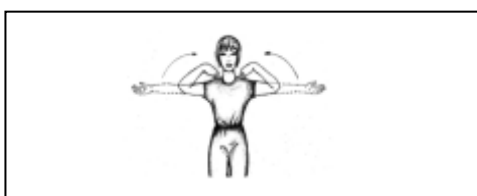
4 - Flexão e extensão dos ombros a ROM que acompanha máximo exercícios metabólicos.



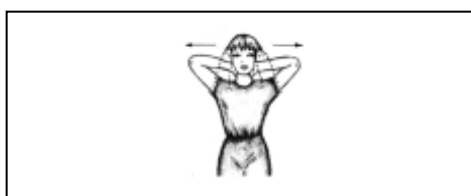
5 - Exercício ativo-assistido de flexão de ombro tocar a cabeça.



6 - Rotação do punho em flexão e abdução do ombro.



7 - Flexão e extensão dos cotovelos em abdução do ombro



7 - Flexão e extensão dos cotovelos em abdução do ombro



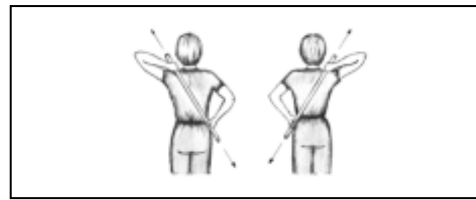
9 - Abdução do ombro com os cotovelos flexionados



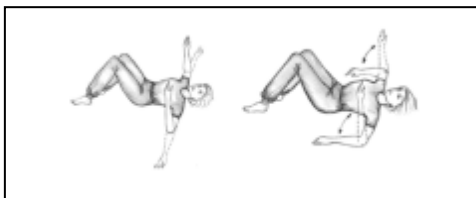
10 - Extensão dos ombros usando uma bengala.



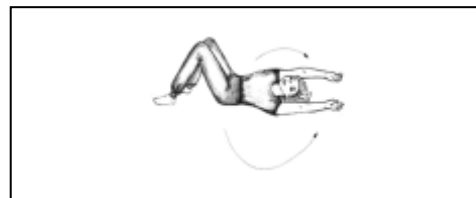
11 - Flexão do início do cotovelo na posição de exercício 10



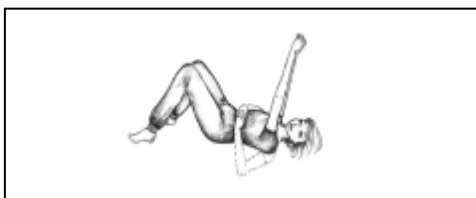
12 - Diagonal de correr com uma mão acima do ombro e outro no nível da cintura.



13 - Flexão e extensão do cotovelo com os ombros em abdução . E rotação Interna e externa do ombro em abdução.



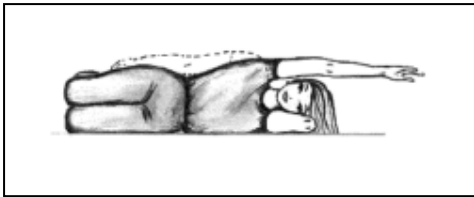
14 - Abdução do ombro - exercício ativo livre



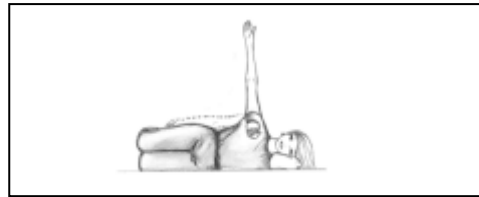
15 - Ombro flexão exercício ativo-assistido mantido por 1 minuto



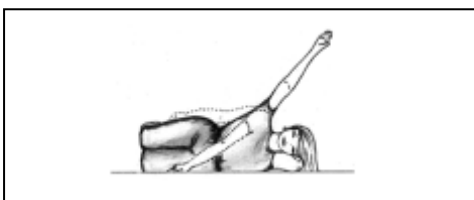
16 - Abdução e adução do ombro com os cotovelos flexionados.



17 - Abdução do ombro - alongamento mantido por 10 segundos



18 - Abdução lateral do ombro - alongamento mantido por 10 segundos.



19 - Funcional diagonal do ombro - combinação de flexão e abdução do ombro - alongamento mantido por 10 segundos.

Resende, et al, 2006, cit . por Oliveira, et al, 2009

**ANEXO III- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO Á COMISSÃO DE ÉTICA
DO CENTRO HOSPITALAR**

À EX.ma COMISSÃO DE ÉTICA

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO – EPE

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Aplicação de um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação a mulheres submetidas a mastectomia.

Tânia Marisa Pinto Rodrigues

Sob a orientação da Professora Doutora Bárbara Gomes– ESEP

Porto, Dezembro de 2011

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 perceção da mulher submetida a mastectomia sobre cuidados de enfermagem de reabilitação após um programa de intervenção.

O cancro da mama é uma das doenças com maior impacto na nossa sociedade, não só por ser frequente e, muitas vezes, associado a uma imagem de gravidade, mas essencialmente porque atinge e agride um órgão cheio de simbolismo, na maternidade e na feminilidade. Em Portugal, surgem aproximadamente 4.500 novos casos de cancro da mama e todos os anos mata aproximadamente 1500 mulheres. É o cancro com **maior taxa de incidência** em Portugal. (Portal de Oncologia Português, 2011)

A deteção precoce e avanços no tratamento do cancro da mama tem resultado em um aumento do número de sobreviventes. (LEE, et al 2010)

A forma mais usada de tratamento cirúrgico para câncer de mama é a mastectomia radical modificada, com ou sem dissecação de nódulos linfáticos axilares.

A cirurgia frequentemente gera comorbidades que causam grande temor entre as mulheres, provocando alterações psicológicas que afetam a perceção da

sexualidade e a imagem pessoal, além dos desconfortos e debilidades físicas (NOGUEIRA et al, 2005, cit por JAMMAL, et al , 2008)

As complicações pós-operatórias mais comuns são a redução de amplitude de movimento do ombro, fraqueza muscular nas extremidades superiores, linfedema , dor e dormência .(SILVA,et al,2008; CHAN,et al, 2010; SWISHER,AK, 2011,)

Para estas complicações os tratamentos de terapia física são a alternativa mais comum seguida pelos pacientes, demonstrando-se que é uma ferramenta altamente eficaz sobretudo nas 1ª fases de recuperação (BOISAN, LEAL, LOPEZ,2011)

CINAR, et al, (2008) refere que os clínicos, devem recomendar ao paciente consultas de Medicina Física e Especialidade em Reabilitação, no pós - operatório, devendo ser acompanhados de perto.

Para SILVA et al 2008, o programa de reabilitação pós-operatório, oferece informação, exercícios guiados, mobilização do braço, higiene da ferida operatória e formação de cicatriz, direitos sociais , aspetos emocionais , que têm maior impacto na qualidade de vida da mulher depois de dissecação de gânglios linfáticos axilares. Os exercícios de reabilitação são essenciais para minimizar as complicações pós-operatórias, facilitando as atividades de vida diária e aumentando a qualidade de vida da mulher.

A escolha do tema, *Aplicação de um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação a mulheres submetidas a mastectomia*, tem como finalidade compreender as repercussões, de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação, a mulheres mastectomizadas..

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

Qual a percepção da mulher submetida a mastectomia sobre cuidados de enfermagem de reabilitação após um plano de intervenção? Que conhecimentos tem a mulher sobre: cuidados a ter após a mastectomia (estratégias de redução de risco de desenvolver linfedema e limitações físicas)?

ASPECTOS RELATIVOS AO DESENHO DO ESTUDO

Em função da natureza das questões enunciadas, desenhamos um estudo de carácter **descritivo-exploratório**. Descritivo porque visa obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre fenómenos em que existam poucos trabalhos de investigação. A maior parte dos estudos descritivos limitam-se a caracterizar o fenómeno pelo qual alguém se interessa. (FORTIN ,1999: 161)

Exploratório, atendendo a que, foram encontradas poucas referências bibliográficas sobre o tema em estudo, nomeadamente em Portugal ligados à Enfermagem de reabilitação

Desenvolvemos um estudo de natureza qualitativo por ser centrado 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 perspetiva holística integrativa; tendem a utilizar processos de recolha de informação, de interpretação e de elaboração teórica, indutivos e interativos (CHAMBERLAIN, et al. 1997, cit. por RIBEIRO 2010)

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 (Centro Hospitalar); mulheres com idade adulta e com capacidade de decisão autónoma; o tipo de tratamento efetuado (mastectomia total com disseção de nódulos linfáticos axilares); encaminhadas para consulta de Medicina Física e de Reabilitação e por último sem anterior limitação osteoarticular .

Método de colheita de dados: Pretendemos um método que nos permita alguma flexibilidade, pelo que utilizaremos a entrevista semi-estruturada a ser aplicada antes e após o plano de intervenção conforme anexo.

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

Contexto da realização do estudo: Consulta de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar , no período de Janeiro a Maio de 2012.

Aspectos éticos: Na realização deste estudo serão respeitados aspetos 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 proteção 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 mulheres que aceitem participar no estudo.

Implicações para a prática: Os resultados deste estudo serão colocados ao dispor da instituição, poderão ser incorporados em projetos futuros relacionados com as repercussões de um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação, a mulheres mastectomizadas.

Contactos: Tânia Marisa Pinto Rodrigues Tlm:914017442;

e-mail: tmarisaprodrigues@gmail.com

ANEXO IV- DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CARA PARTICIPANTE,

Sou enfermeira no Centro Hospitalar S. João e estou a desenvolver, como aluna do mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, um estudo que tem como objetivo: compreender as repercussões, de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação, a mulheres mastectomizadas. Esta investigação é importante, porque visa restabelecer ou minimizar as alterações posturais; Evitar o aparecimento de linfedema; Melhorar a auto estima e auto-imagem da mulher mastectomizada; Aumentar os ganhos em saúde pela diminuição de internamentos, provocados pelas alterações cirúrgicas.

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 também pedir a sua autorização para poder gravar a entrevista para posterior transcrição.

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, Tânia Marisa Pinto Rodrigues

Porto, ___ de _____ de 2012

ANEXO V- INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

CARA PARTICIPANTE,

Sou enfermeira no Centro Hospitalar S. João e estou a desenvolver, como aluna do mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, um estudo que tem como objectivo: compreender as repercussões, de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação, a mulheres mastectomizadas. Esta investigação é importante, porque visa restabelecer ou minimizar as alterações posturais; Evitar o aparecimento de linfedema; Melhorar a auto estima e auto-imagem da mulher mastectomizada; Aumentar os ganhos em saúde pela diminuição de internamentos, provocados pelas alterações cirúrgicas.

Esta investigação foi aprovada pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João – EPE.

A sua participação no estudo não envolve qualquer risco, sendo apenas solicitada a sua colaboração e participação num plano de intervenção de enfermagem de reabilitação que terá a duração de um mês, uma vez por semana (cerca de trinta minutos) e na elaboração de uma entrevista antes e um mês após do plano de intervenção, assim como pedir a sua autorização para poder gravar a entrevista para posterior transcrição.

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, Tânia Marisa Pinto Rodrigues

Porto, ___ de _____ de 2012

ANEXO VI- TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA Nº 6

Mastectomia com exérese de gânglios linfáticos axilares, com linfedema instalado

- 1- Foi, e muito, porque eu não estava a contar com isto, e é por isso que eu hoje eu estranho, porque já me apareceu a 1ª vez , só retirei o nódulo e prontos ao fim de 2 anos veio novamente, só que desta vez está-me a custar muito, é diferente, porque tirei a mama toda.
- 2- Ora bem, quem me informou, foi assim, fiz a biopsia e tal quando eu , quando o medico vira-se a dizer que eu tinha que fazer, foi um choque não estava a contar, pensava que só ia mesmo, que tinha que retirar o nódulo e pronto . mas quando ele disse isso (mastectomia) fiquei chocada não estava a contar e esta a ser muito difícil. Sei pouco, ou nada , (sobre a mastectomia) não.. é assim, são coisas que eu gostava de saber mais mas ao mesmo tempo não.. (está em negação)
- 3- O que me chamou atenção foi não ter uma coisa que nasceu comigo não é , e agora retirei e está-me a custar muito (o facto de não ter mama) .
- 4- É assim, não sei...
- 5- É assim , foi muito difícil.. tinha muita vergonha que ainda hoje eu tenho que não é fácil escondo do marido, do filho, embora que eles sabem, mas para mim é muito difícil. Muito mesmo, não me estou a ver assim (esta a ser difícil encarar esta situação..) e muito.
- 6- Nisto quem me ajudou muito, muito foi o marido e o filho, a mais, mais, pronto eles os dois, pronto olhava e tinha que ter força, tinha que ter vontade tinha e disse que eu vou curar e vou superar isto tudo, por eles, eu acho que eles merecem. (no hospital ofereceram-lhe ajuda?) sim, sim , muita ajuda falavam comigo, e tudo , tem calma, tem isto e aquilo, mas é assim, falar é uma coisa de sentir é outra.
- 7- Ora bem, esticar o braço, canso-me muito, tirar os cortinados eu não posso, tenho que chamar aqui a minha irmã que não posso, como ela já veio de os tirar e de os por , pronto, estender a roupa com muita dificuldade que eu não posso levantar, de resto vou fazendo aos poucos, limpar o pó, aspirar e fazer o jantar e o almoço. Mas tem de ser tudo muito com calma. Embora, custa muito, não sou capaz de estar virada ao espelho e ver , custa muito, quando calha olhar, porque pronto, as lágrimas me caiem, porque não me estou a ver . (sente alterações de sensibilidade?) sim, sim, muito

8- porque agora, eu vestia-me eu andava, eu dava gosto de me vestir e agora não.

2ª fase

- 2- A cirurgia.. foi o médico. (que informação recebeu?) informação, prontos que eu ia ser operada e isso e pronto e tive de ir...(linfedema) é um caso que eu penso que eu tenho medo ,mas ás informações que a sra enfermeira me deu eu já me sinto bem, sinto-me pronto bem e isso, mas isto é bom. (quem falou??) foi a medica, eu fui começar a radio, e ela que não podia que eu tinha isso, que não podia. E então estou á espera .(não lhe disse cuidados??)não, não, nada, só recebi essas informações com a enfermeira.
- 3- O que me assustou, pronto, foi ter o que tenho e o braço inchado, agora fica para toda a vida e é o que me custa mais é estar a pensar nisso.
- 4- Todos, não é os cuidados, os esforços, e pronto, tenho que ter aquele cuidado todo com o braço , com o calor, isso tudo. Da axila, tudo.
- 5- Com o meu filho pronto senti-me assim um bocado em baixo e com o meu marido ainda mais porque não estava habituada é uma coisa que nos retiram e mesmo eu não me sinto bem assim, quero fazer depois .. quero me sentir como eu me sentia á uns anos, é muito complicado. Muito mesmo não me estou a habituar á ideia. No trabalho prontos andava a fazer as limpezas, mas é como eu digo também me sentia, quando eu fui da primeira vez sentia que a ainda a tinha (mama) agora não retiraram, é pior.
- 6- Foram os enfermeiros, as medicas, pronto, deram-me uns conselhos e prontos que mais tarde eu ia ter igual , não sei que e não sei que mais e pronto embora que me custe muito , mas pronto a gente tem que pensar nisso. (estas seções que estive comigo contribuíram para a ajudar?) sim, sim, muito, muito. (em que) em fazer a ginástica , massajar, sinto-me bem.
- 7- Eu acho que pronto em algumas, assim em arrastar as coisas tirar uns cortinados e meter outros isso é ai que me custa mais. (após as seções sente-se melhor?) Sinto-me melhor , no braço, já vai um bocadinho mais a cima e já me sinto bem.
- 8- Da cicatriz, é assim, olhar para o espelho não, que eu não consigo, a mim me dói muito eu não me estou a ver, embora quando a gente vamos ao banho e a gente se limpa não é, dá aquela sensação de olhar para o espelho mas eu já fico de costas porque eu já sei.(a massagem?) ajudou muito, mais conforto, ao esticar já não sinto aquela sensação de repuxar, e no braço igual, já me sinto assim, mais ao leve já me sinto mais aliviada.