

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**A MULHER MASTECTOMIZADA –
O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA
PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Professora Doutora Bárbara Pereira Gomes

Coorientação:

Professora Doutora Cândida Pinto

Maria João Lima de Freitas Camões

Porto | 2014

AGRADECIMENTOS

Com a apresentação deste trabalho expressei os meus agradecimentos a todos a queles que de alguma forma o tornaram possível. Em particular...

À Professora Doutora Bárbara Pereira Gomes e à Professora Doutora Cândida Pinto pela ajuda, disponibilidade, orientações imprescindíveis e sobretudo pela partilha de conhecimento e sem os quais este trabalho não seria hoje uma realidade.

À Instituição onde foi desenvolvido a investigação.

Aos Enfermeiros que aceitaram participar no estudo tornando possível a sua concretização.

Aos Amigos pela amizade, pelo conforto, pelo apoio e essencialmente pelo alento nos momentos de desânimo.

Aos meus Pais por tudo...

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS - American Cancer Society

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cit. – Citado

Ed. - Edição

Et al. – e outros

ICN – International Council of Nurses

Nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – Página

s/d – Sem data

TNM – Classification of Malignant Tumors

Rev. – Revista

[S.l.] – *Sine Loco*

Vol. – Volume

WHO – World Health Organization

º - Graus

% - Porcento

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	13
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1. DOENÇAS CRÓNICAS.....	19
1.1 Autocuidado no Doente Crónico	20
1.2 Cancro.....	24
1.2.1 <i>Cancro da Mama</i>	28
1.2.2 <i>Complicações da Cirurgia Mamária</i>	31
1.2.3 <i>Reabilitação da Mulher Mastectomizada</i>	34
CAPITULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	41
2. METODOLOGIA	43
2.1 Questão de Investigação.....	43
2.2 Objetivos e Finalidade do Estudo	44
2.3 Tipo de Estudo.....	45
2.4 Participantes	46
2.4.1 <i>Caraterização dos Participantes</i>	47
2.5 Instrumento de Recolha de Dados	48
2.6 Procedimento de Recolha de Dados	49
2.7 Análise e Tratamento dos Dados.....	50
2.8 Considerações Éticas.....	52
CAPITULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	53
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	55
3.1 Identificação das Necessidades	57
3.2 Fatores Dificultadores no Processo do Autocuidado	63
3.3 Intervenções Promotoras do Autocuidado.....	71
3.4 Avaliação das Intervenções	80

CONCLUSÃO	83
BIBLIOGRAFIA	87
ANEXOS	95

Anexo I – Guião da entrevista

Anexo II – Pedido de autorização para aplicação das entrevistas dirigido ao
Diretor da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto

Anexo III – Resposta ao pedido de autorização para aplicação das entrevistas

Anexo IV – Declaração de consentimento informado

Índice de diagramas

Diagrama 1 - Categorias e subcategorias resultantes da análise de dados.....	56
Diagrama 2 - Identificação das necessidades	58
Diagrama 3 - Fatores dificultadores no processo do autocuidado.....	63
Diagrama 4 - Intervenções promotoras do autocuidado	71
Diagrama 5 - Avaliação das intervenções	80

RESUMO

O cancro da mama e os tratamentos que lhe estão associados afetam a condição de saúde física, psicológica e social da mulher, com compromisso do autocuidado. No âmbito do seu exercício profissional compete aos profissionais de enfermagem, e particularmente aos da área de enfermagem de reabilitação a promoção do autocuidado no sentido de promover o bem-estar e qualidade de vida.

Objetivos: conhecer as intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas à mulher submetida a mastectomia; identificar as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros na sua implementação; analisar as sugestões dos enfermeiros de reabilitação relativamente às intervenções implementadas e refletir sobre o papel da enfermagem de reabilitação como meio de promoção da independência da mulher após cirurgia à mama por doença oncológica.

Método: estudo qualitativo, exploratório e descritivo, recorrendo-se a uma amostra intencional constituída por nove enfermeiros de reabilitação. Para a colheita de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, sendo os dados submetidos à análise de conteúdo segundo Bardin (2013). Dessa análise emergiram as seguintes categorias: *identificação das necessidades, fatores dificultadores no processo do autocuidado, intervenções promotoras do autocuidado e avaliação das intervenções.*

Resultados: concluiu-se que os enfermeiros procedem à identificação inicial das necessidades da mulher mastectomizada através: da *observação* e a *anamnese*. A comunicação terapêutica surge como uma estratégia de identificação dessas necessidades durante o internamento. Os principais fatores dificultadores no processo do autocuidado identificados foram a *progressão da doença, a dor, a diminuição da amplitude de movimentos da articulação glenoumeral, o desconhecimento sobre a doença e a formação profissional* dos restantes elementos da equipa de enfermagem. Para promoverem o autocuidado os enfermeiros instituem *intervenções autónomas e resultantes de prescrições*. A avaliação dessas intervenções é feita por meio da

observação, da adaptação demonstrada e pelo domínio demonstrado no desempenho de competências instrumentais pelas utentes.

Conclusões: A promoção do autocuidado da mulher mastectomizada exige um acompanhamento no *continuum* do processo saúde doença.

Palavras-chaves: promoção do autocuidado; mulher mastectomizada; enfermagem de reabilitação

ABSTRACT

The breast cancer and the associated treatments affect the physic, psychological and social woman health condition, with the commitment of self-care. In ambit of their professional exercise, belongs to nursing professionals, and particularly to the rehabilitation nursing area, the promotion of self-care, in order to promote the well-being e quality of life.

Objectives: to know the rehabilitation nursing intervention implemented to mastectomized woman; to identify the main difficulty found by nurses in its implementation; to analyse the suggestions made by the rehabilitation nurses concerning the implemented interventions and to reflect about the rehabilitation nursing paper as a mean to promote the woman independence after breast surgery for oncologic disease.

Method: qualitative, exploratory and descriptive study, using an intentional sample formed by nine rehabilitation nurses. To collect the data it was used the semi-structured interview, being the data submitted to content analysis according Bardin (2013). From this analysis emerged the following categories: *needs identification; hindering factors in the self-care process; interventions promoting self-care; and interventions evaluation.*

Results: it was concluded that the nurses proceed to the initial needs identification of mastectomized woman through: *observation* and *anamnesis*. The therapeutic communication appears as a strategy to identify the needs during the internment. The principal factors that difficult the self-care process identified were the disease progression, the pain, the decrease in glenohumeral joint range motion, the ignorance about the disease and the professional formation of the other nursing team elements. To promote self-care the nurses implement *autonomous interventions* and *prescription resulting* ones. The evaluation of those interventions is done through *observation, demonstrated adaptation* and by the demonstrated domain in the performance of *instrumentals competences* by users.

Conclusion: The promotion of self-care of the mastectomized woman requires monitoring in the continuum of the health disease process.

Keywords: promotion of self-care; mastectomized woman; rehabilitation nursing

INTRODUÇÃO

Atualmente as sociedades ocidentais vêm-se confrontadas com o aumento da incidência das doenças crónicas. Estas constituem uma das principais causas de mortalidade e morbilidade (World Health Organization, 2003).

O cancro ocupa o segundo lugar das doenças crónicas mais frequentes só sendo ultrapassado pelas doenças cardiovasculares. Representa um conjunto de mais de 100 doenças causadas pelo crescimento desordenado de células passível de ocorrer em qualquer parte do organismo humano. Em Portugal, o cancro da mama é o mais frequente entre as mulheres, correspondendo a uma taxa de 29.4% de todos os casos de doença oncológica que ocorre no género feminino (GLOCOBAN, 2012).

Os progressos verificados na deteção precoce da doença, nas diferentes modalidades terapêuticas e no uso da técnica da pesquisa do gânglio sentinela resultaram numa maior esperança de vida. Contudo o cancro da mama ainda representa uma grande preocupação de saúde a nível mundial devido ao número crescente de mulheres vítimas da doença mas também pela morbilidade associada à doença, às diferentes modalidades terapêuticas e às suas sequelas (Otto, 2000).

O tratamento do cancro da mama depende do estadio em que se encontra a doença. As abordagens terapêuticas preconizadas no tratamento do cancro da mama incluem a cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e a terapia dirigida usadas separadamente ou em combinação. Quando a doença se encontra localizada, o tratamento mais frequente é a cirurgia que pode ser conservadora ou radical.

A cirurgia, embora cada vez menos abrangente nas estruturas atingidas, pode acarretar riscos psicológicos e físicos (imediatos ou tardios) para a mulher. Alteração da imagem corporal, da perceção da sexualidade e autoestima, medo, insegurança e depressão são algumas das complicações psicológicas que podem advir da cirurgia. Como complicações físicas pode surgir a dor, as parestesias da região torácica e axilar,

diminuição da força muscular, a limitação da amplitude de movimentos do ombro e o linfedema.

Estas complicações, pela sua prevalência, gravidade ou duração, podem comprometer o processo de recuperação das doentes do ponto de vista físico, psicológico e social que poderão limitar de forma significativa a capacidade para o autocuidado e a sua qualidade de vida (Otto, 2000; Amaral *et al.*, 2005; Petito e Gutiérrez, 2008) o que impõem uma assistência adequada e de qualidade.

Como doentes crónicos que são, também os sobreviventes da doença oncológica necessitam de um apoio alargado para que seja possível uma responsabilidade pessoal na manutenção da saúde e uma gestão efetiva da condição de cronicidade. Para isso, é necessário que os doentes adquiram competências de autocuidado.

Tal como é referido por Pereira (2012) a transição para a independência no autocuidado é um fator modificável pela melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa. Assim os enfermeiros podem contribuir significativamente para a promoção do autocuidado e na qualidade dos processos de transição vividos pelas pessoas através de medidas contínuas.

A promoção/educação para o autocuidado é um dos focos de atenção dos profissionais de enfermagem, como é demonstrado em alguns trabalhos de investigação (Almeida, 2009; Costa, 2011; Pereira, 2012; Santos, 2013; Silva, 2007).

Costa (2011) com o intuito de perceber, junto de mulher mastectomizadas, os processos de informar, treinar e interpretar; perceber a relevância da informação transmitida para aprendizagem de capacidades e adaptação à sua nova condição de saúde, constatou que apenas 25% referiam compreender a importância dos exercícios. Tal resultado releva a importância de desenvolver estratégias promotoras de capacidades neste domínio.

Por sua vez Santos (2013) concluiu que os cuidados de enfermagem de reabilitação promovem uma transição saudável, ao capacitar as mulheres mastectomizadas para a gestão e adaptação à sua condição de saúde.

Neste âmbito os cuidados às doentes mastectomizadas devem ser prestados conjugando *“técnica, ciência e humanização tendo como o objetivo capacitá-las para o autocuidado”* (Mendes *et al.*, 2012, p.429).

A reabilitação é um processo global, dinâmico e contínuo dirigido ao ser humano, ao longo do ciclo vital de forma a conseguir corrigir, conservar, melhorar ou recuperar as competências e capacidades funcionais tão rapidamente quanto possível para o desempenho de uma atividade normal de acordo com o seu projeto de vida.

Neste sentido e porque certamente estas doentes precisam de ajuda para manter o máximo de independência, procurou-se perceber como é que os enfermeiros de reabilitação que prestam cuidados em contexto de internamento promovem o autocuidado da mulher submetida a mastectomia.

O desenvolvimento deste trabalho poderá contribuir para uma melhoria da assistência à mulher mastectomizada objetivando a sua máxima independência e autonomia. Ao auscultar os profissionais de enfermagem de reabilitação que cuidam destas utentes, poder-se-á configurar linhas orientadoras de promoção do autocuidado.

Em termos de exposição de conteúdos, o presente relatório de pesquisa encontra-se organizado da seguinte forma: no primeiro capítulo, o do enquadramento teórico, proceder-se-á à revisão bibliográfica sobre a temática em estudo e que fundamenta a justificação da realização deste estudo. Por conseguinte serão abordadas as temáticas das doenças crónicas, o cancro e o cancro da mama. Faremos ainda referência às complicações decorrentes da cirurgia mamária e à reabilitação destas doentes.

O segundo capítulo corresponde ao enquadramento metodológico, e no qual descrevemos as opções metodológicas. Assim será feita menção à questão de investigação, aos objetivos e finalidade do estudo, ao tipo de estudo, aos participantes, ao instrumento e procedimento de recolha de dados, ao método de análise e tratamento de dados e as considerações éticas tidas em conta durante o desenvolvimento do estudo.

No capítulo seguinte, o terceiro, serão apresentados e analisados os resultados obtidos de acordo com a Teoria das Transições e os estudos empíricos consultados. Aludiremos também às principais conclusões a que chegamos tecendo algumas considerações e sugestões.

CAPÍTULO I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.DOENÇAS CRÓNICAS

A WHO (2005) considera que as doenças crónicas são responsáveis por cerca de 60% das 58 milhões de todas as mortes que ocorrem anualmente. Afetam países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, refletindo os processos de industrialização, urbanismo, desenvolvimento económico, globalização alimentar e envelhecimento populacional. As dietas não saudáveis, a inatividade física e o tabagismo são considerados fatores de risco comuns e modificáveis responsáveis pelo seu aparecimento.

As doenças crónicas incluem as doenças cardiovasculares, o cancro, a obesidade, as doenças respiratórias e a diabetes. As de maior prevalência são as doenças cardiovasculares e as doenças oncológicas. As doenças cardiovasculares, nas quais se incluem a doença cardíaca coronária, a doença cerebrovascular, a doença arterial periférica, a doença cardíaca congénita, a doença reumática cardíaca, a trombose venosa profunda e embolia pulmonar, são a primeira causa de morte no mundo (WHO, 2013). No que diz respeito às doenças oncológicas, os principais tipos de cancro são os do pulmão, fígado, estômago, colorretal, mama e esófago que no seu conjunto foram responsáveis, no ano de 2012 por 8.2 milhões de mortes (WHO, 2014).

Em termos mundiais as doenças crónicas afetam atualmente mais pessoas do que as doenças infecciosas, estão entre as principais causas de mortalidade e morbilidade e o número de atingidos aumenta anualmente estando estimado que no próximo ano cerca 41 milhões de óbitos serão resultantes das doenças crónicas (WHO, 2005).

A WHO (2003, p.18) define doença crónica como:

“...doenças que tem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidades/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem formação especial do doente para reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados”

Constituem um forte problema de saúde pública com forte impacto a nível individual, familiar e comunitário. Isto porque para além do número de morte, muitas evitáveis e prematuras, às doenças crónicas está também associado uma maior utilização dos serviços de saúde, quer em termos cuidados de saúde primários, idas às urgências ou no número de dias de hospitalização o que levanta sérios problemas de sustentabilidade financeira devido aos custos que lhes são imputáveis (Guerra, 2009).

As doenças crónicas podem ainda ser sinónimo de incapacidade para o trabalho, reforma precoce e baixa produtividade da qual pode resultar em absentismo ou na perda de emprego o que reduz os recursos económicos já por si agravados pelas despesas dos tratamentos inerentes à própria doença ou decorrentes das suas complicações. Este facto conduz a uma maior pobreza e esta por sua vez à exacerbação dos quadros crónicos.

Consideradas com uma experiência de vida permanente, as doenças crónicas podem representar uma redução dos anos de vida saudável e um obstáculo à realização independente do autocuidado, em particular na satisfação das atividades de vida diária e perda de autonomia condicionando a qualidade de vida do doente crónico e da sua família (ICN, 2010).

Esta problemática coloca a pessoa (e a sua família) perante o desafio de serem capazes de gerir a sua doença ao longo da vida. Para tal, é necessário uma responsabilização, envolvimento e mestria das pessoas para cuidarem de si próprias em relação às atividades de vida diária e na aquisição de comportamentos de saúde adequados à sua situação no sentido de serem capazes de gerir com maior eficácia os processos de saúde-doença (Petronilho, 2012) ou seja, terem capacidade para o autocuidado.

1.1 Autocuidado no Doente Crónico

Na ótica da enfermagem a doença crónica *“é a presença irreversível, acumulação ou latência de estádios de doença ou deficiências que envolvem todo o ambiente humano nos cuidados que apoiam e no autocuidado, manutenção da função*

e prevenção de mais incapacidades” (p.37). Está assim implícito que a doença crónica implica uma reestruturação uma vez que os doentes crónicos e os seus familiares têm de aprender a viver e a gerir a sua doença (Novais *et al.*, 2009).

Contudo ser doente crónico não significa que a pessoa não possa gerir a sua vida e viver de forma independente. Poderão sim existir barreiras à realização das atividades de vida diária, entre as quais limitações físicas, o desconhecimento da situação, as dificuldades financeiras e logísticas, as necessidades sociais e emocionais, os problemas com a terapêutica e as complicações com as co morbilidades. Por conseguinte estas que têm que ser trabalhadas com o objetivo de minimizar as perdas e as limitações e de promover a máxima independência possível evitando deste modo o reforço, pelos cuidadores, das dependências existentes e emergentes (Costa *et al.*, 2007; Zilmer *et al.*, 2013).

A gestão da doença crónica e das condições associadas implica que a pessoa aprenda a compreender a doença, tenha capacidade para gerir os sintomas e lidar com o tratamento, a reagir emocionalmente ao seu ajustamento bem como instituir mudanças no estilo de vida inerentes a viver com uma doença crónica (Quadrado e Rudnicki, 2009).

O autocuidado, considerado parte integral da gestão das doenças crónicas e da preservação de um nível aceitável de funcionalidade, engloba a capacidade da pessoa cuidar de si próprio e de desempenhar ações indispensáveis para manter, recuperar ou promover a saúde física, psicossocial e a sua condição global (Petronilho, 2012; Galvão e Janeiro, 2013).

No caso doença crónica pela vulnerabilidade que tem subjacente, o autocuidado como resposta humana no domínio dos processos intencionais, assume uma relevância particular no contexto global da saúde e bem-estar dos cidadãos:

- a) pela variabilidade da doença e dos seus tratamentos ao longo do tempo;
- b) pela necessidade dos indivíduos serem competentes para identificar e controlar os sinais e sintomas de agudização da doença crónica;
- c) pela necessidade dos indivíduos incorporarem um conjunto de comportamentos e atividades promotoras de equilíbrio físico e mental e
- d) pela necessidade de suporte efetivo e percebido como recurso determinante (Petronilho, 2012).

O conceito de autocuidado apresenta várias definições. Orem (2001) cit. por Petronilho (2012, p.19) definiu-o como “a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.” É portanto uma atividade executada “pelo próprio a si próprio” a fim de dar resposta às necessidades individuais específicas (Pearson e Vaughan, 1992).

Para Petronilho (2012) o autocuidado pode ser um processo inato mas também apreendido. Inato porque assenta na capacidade da pessoa em satisfazer os requisitos do autocuidado de forma independente. Apreendido quando decorre da resposta aos processos de saúde-doença dos indivíduos e estes adotam comportamentos de procura de saúde integrando regímenes terapêuticos promotores de uma gestão eficaz da doença.

Orem considera que as necessidades de autocuidado surgem na sequência de uma doença, do seu diagnóstico ou tratamento porque a doença ou a (s) incapacidade (s) dela resultante fazem com que a pessoa deixe de ser capaz de os satisfazer por si mesma deixando ser agente do próprio cuidado para ser agente dependente de cuidados. Portanto quando o défice no autocuidado desencadeia uma exigência maior do que a capacidade da pessoa para lhe dar resposta então torna-se necessário a intervenção da enfermagem (Pearson e Vaughan, 1992).

Em pessoas portadoras de doenças crónicas, o foco central da intervenção do enfermeiro está em ajudar a promover e a manter a máxima autonomia possível na execução dos autocuidados. Neste sentido, o autocuidado sustenta muitas das intervenções de enfermagem nomeadamente as ações de educação dirigidas ao doente e aos familiares de modo a que assumam a responsabilidade pelas suas necessidades (Novais *et al.*, 2009).

As intervenções de autocuidado implementadas permitem informar as pessoas sobre a sua condição de saúde e tratamento e formá-las para serem capazes monitorizar, perceber e identificar as mudanças na funcionalidade, avaliar a severidade dessas mudanças e as opções para as gerir, assim como selecionar e desempenhar ações apropriadas (Novais *et al.*, 2009; Sidani, 2011 cit. por Galvão e Janeiro, 2013).

Novais *et al.* (2009) reportando-se a um estudo de Mesquita (2002), referem que quanto maior for o conhecimento da pessoa sobre a sua doença e o seu

tratamento maior será o seu controlo e responsabilidade por parte do doentes sobre a sua saúde, encorajando-o a ter um papel mais ativo na gestão da sua doença.

Neste âmbito está inerente o conceito de educação em saúde o qual é definido por Candeias (1997, p.210) como *“qualquer combinação de experiências de aprendizagem com vista a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”*. Ou seja é uma atividade sistemática e planeada com o objetivo de predispor, possibilitar ou reforçar a adoção voluntária de medidas comportamentais por parte de uma pessoa (ou grupo) para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.

É pela educação ou *empowerment* que é possível ajudar os doentes a adquirirem novas competências, atitudes e autoconhecimento necessários para que assumam a responsabilidade das decisões que tomam sobre a sua saúde. A educação capacita a pessoa com doença crónica a definir os seus problemas e necessidades, a encontrar formas eficazes de os enfrentar em conformidade com os seus recursos ou recorrendo a apoios externos e subseqüentemente desenvolver comportamentos saudáveis e promotores de bem-estar (Taddeo *et al.*, 2012; Galvão e Janeiro, 2013).

O *empowerment* compreende não só com o aumento de conhecimentos mas também da autonomia da pessoa ou seja, a sua capacidade de escolha sobre a sua vida e a liberdade para tomar decisões respeitantes aos fatores determinantes do processo saúde e doença. A autonomia resulta do desenvolvimento da pessoa tornando-a capaz de resolver questões por si mesma, de tomar decisões de forma consciente e de ser responsável pelos seus atos. Do exposto pode-se verificar que estes dois construtos, autocuidado e autonomia, estão fortemente relacionados.

Para que o autocuidado seja eficaz, o processo de educação exige dinâmica no seu planeamento e a valorização dos interesses e necessidades do individuo, família e comunidade devendo estes serem envolvidos como agentes ativos e participantes (OE, 2012). Além disso ainda é necessário conhecer o contexto de vida e a influência do comportamento das pessoas ao receber uma informação e transformá-la em ação; fatores individuais como a gravidade da doença e a sua suscetibilidade para a mesma pois o tipo de doença tem sempre uma influência direta na resposta à educação para a saúde; a perceção dos benefícios posteriores à mudança de comportamento ultrapassando as dificuldades que surgirem e a perceção da pessoa acerca das suas competências para realizar o plano proposto (MacDonald, 1993 cit. por Menezes e Rosa, 2004).

O autocuidado deve ter efeitos nas pessoas que o realizam, que se revelam na aquisição de resultados esperados, na minimização das complicações, no desenvolvimento de estratégias para lidar com as condições de saúde, no controle da doença, no bem-estar e no controlo sintomático (Galvão e Janeiro, 2013).

1.2 Cancro

Apesar dos conhecimentos sobre a doença e sobre os seus tratamentos terem vindo a aumentar, a verdade é que o número de doentes que são anualmente atingidos pela doença é cada vez maior. No ano de 2012 a nível mundial, a doença oncológica foi responsável por 8.2 milhões de mortes, foram diagnosticados 14.1 milhões de novos casos e 32.6 milhões de pessoas eram portadoras da doença. A estimativa é que até ao ano de 2030 a sua incidência irá alcançar os 22 milhões de novos casos anuais (WHO, 2014).

O termo cancro é uma palavra genérica para designar um grupo de mais de 100 doenças em que as células se multiplicam indefinidamente, destroem tecido sã e põem a vida em risco. A base do entendimento do seu desenvolvimento está no conhecimento da cinética celular (Otto, 2000; ACS, 2012).

O processo de desenvolvimento de tumores malignos, ou carcinogénese, divide-se em parte três fases distintas mas interdependentes: iniciação, progressão e promoção. Inicia-se quando as células normais, depois de expostas a um agente carcinogénico, se transformam em cancerígenas resultando de uma lesão no seu material genético. Estas células geneticamente alteradas crescem continuamente originando novas células anormais das quais resultam a massa tumoral. A invasão de vasos sanguíneos ou linfáticos torna possível a disseminação de células malignas para órgãos distantes (metastização) e constitui o estadio mais grave da doença (Otto, 2000; Regateiro *et al.*, 2004; Smeltzer *et al.*, 2008).

Há uma multiplicidade de agentes ou fatores que aumentam o risco de carcinogénese incluindo fatores genéticos, hormonais (endógenos ou exógenos),

imunológicos, biológicos ou ambientais, lesões pré-cancerosas, irritação crônica, efeito dos fármacos ou o estilo de vida (Phipps *et al.*, 1999; Otto, 2000; Smeltzer *et al.*, 2008).

As manifestações clínicas da doença estão relacionadas com o órgão acometido pelo tumor, com o seu tamanho, com o modo como os tecidos e órgão circunvizinhos são afetados e com a presença de metástases à distância. De uma forma geral a doença oncológica causa manifestações clínicas como a fadiga, anorexia, perda ponderal, anemia, dor, náuseas e vômitos. Sintomas específicos como febre (leucemia ou linfomas) alteração dos hábitos intestinais ou vesicais (câncer do colón ou da bexiga), feridas que não cicatrizam (melanoma), hemorragia (câncer do colón ou reto, do colo do útero, da bexiga ou rins e câncer da mama), nódulo (câncer da mama, testículos ou gânglios linfáticos), indigestão e disfagia (câncer do estômago, esófago ou faringe) ou tosse persistente (câncer do pulmão ou das cordas vocais) poderão também ser sugestivos de doença oncológica.

Certos tumores libertam substâncias na corrente sanguínea que afetam a função de diferentes tecidos e órgãos causando um conjunto de sintomas denominado síndrome paraneoplásico que não estão diretamente relacionados com o tumor mas com essas substâncias e podem incluir alterações músculo-esqueléticas, endócrinas, cutâneas, neurológicas, metabólicas ou hematológicas (Berkow *et al.*, 1997; Phipps *et al.*, 1999; Otto, 2000; ACS, 2012).

De acordo com a extensão anatómica da disseminação da doença, os tumores são classificados em estádios. O sistema de classificação TNM, o mais frequentemente utilizado, incorpora informação de três componentes básicos: o tamanho do tumor (T), a ausência ou a presença de gânglio linfáticos regionais acometidos (N) e a ausência ou a presença de metástases (M). Este serve de base para estabelecer o prognóstico e também o tratamento a implementar (Phipps *et al.*, 1999; Otto, 2000).

O tratamento a instituir pode ser local ou sistémico. A cirurgia ou radioterapia são tratamentos locais e visam remover ou destruir as células tumorais existentes numa área específica do corpo. A quimioterapia, hormonoterapia, imunoterapia e a terapia dirigida são tratamentos sistémicos que tem como finalidade destruir ou atrasar o crescimento das células cancerígenas que possam ter metastizado para além do tumor original.

Os tipos de tratamentos podem variar sendo que o mais eficaz é aquele que leva à remissão completa da doença, ou seja o doente deixa de apresentar evidências

de ser portador da doença no fim do tratamento. As diferentes modalidades terapêuticas podem ser ministrados separadamente ou combinadas de diferentes formas (Berkow *et al.*, 1997; Phipps *et al.* 1999; Otto, 2000).

As terapias tradicionais são inespecíficas na sua ação afetando as células cancerígenas e as não cancerígenas surgindo assim os efeitos secundários. Alguns destes são específicos e principalmente dependentes do tipo de tratamento e da sua extensão. No caso da cirurgia dependem essencialmente do tamanho do tumor e do tipo de cirurgia. Embora o tempo de recuperação seja variável de pessoa para pessoa é normal ela sentir fadiga, fraqueza e/ou dor.

Os efeitos secundários da radioterapia surgem em função do binómio agressão/recuperação dos tecidos e da libertação de produtos do catabolismo celular na corrente sanguínea. A dose, o tipo de radiação, a área do corpo a ser tratada e diferenças individuais são fatores a considerar nos sintomas secundários que tem associados. Relativamente à quimioterapia, a toxicidade associada depende principalmente dos fármacos utilizados e das doses afetando sobretudo as células que se dividem rapidamente como as da medula óssea, da mucosa gastrointestinal, da pele e as células germinais (Regateiro, 2004; Mohallem e Rodrigues, 2007; Smeltzer *et al.*, 2008).

Embora variáveis em gravidade, duração, número e no momento em que ocorrem, são efeitos secundários comuns a estes dois tipos de tratamento as náuseas, os vômitos, a diarreia, a fadiga e a alteração do apetite. Outros mais específicos de acordo com o fármaco ou a zona irradiada incluem a imunossupressão, alopecia (temporária ou permanente); infertilidade ou disfunção sexual; problemas cognitivos; problemas orofaríngeos (mucosite, faringite, esofagite, úlceras na cavidade oral, xerostomia, dificuldades na mastigação e deglutição); dispneia; problemas urinários, vesicais e renais; alterações nervosas e musculares e alterações cutâneas (eritema, prurido, erupção, descamação, edema, atrofia, fibrose, ulceração e telangiectasias) (Otto 2000; Mohallem e Rodrigues, 2007; Smeltzer *et al.*, 2008; ACS, 2013).

A hormonoterapia pode provocar hipertensão, taquicardia ou alterações metabólicas, alterações menstruais e aumento de peso (Regateiro, 2004). Do uso dos agentes bioterápicos podem surgir a curto prazo sintomas como febre, arrepios, cefaleias, mialgias, artralguas, fadiga, astenia e náuseas (Smeltzer *et al.*, 2008; ACS, 2013).

A ACS (2012) refere-se à sobrevivência do cancro como o processo de viver com a doença, ao longo e além da doença. Tem início com o diagnóstico pelo que inclui as pessoas que estão em tratamento primário ou para reduzir o risco de recidiva da doença. Compreende três fases: *acute*, *extended* e *pemanent*. Na primeira fase, que inclui o diagnóstico e o tratamento, os doentes poderão experimentar os efeitos agudos dos tratamentos ativos para a doença a que estão a ser submetidos. A segunda fase consiste na conclusão dos tratamentos e possível cura. Esta poderá ser uma fase de vigilância em que o doente realiza exames periódicos ou terapia intermitente e também pode corresponder à fase terminal da doença. Na última fase, também definida como sobrevivência a longo prazo, é quando os doentes experimentam os efeitos tardios da doença e dos tratamentos.

A longo prazo os sobreviventes oncológicos poderão ter que lidar com problemas como a dor crónica, fadiga, imunossupressão, cardiotoxicidade, osteoporose, problemas respiratórios, infertilidade, problemas cognitivos, linfedema e com o medo de recorrência da doença (Otto, 2000; Regateiro, 2004; Mohallem e Rodrigues, 2007; ACS, 2013). Além disso os doentes estão ainda em risco de desenvolvimento de um novo cancro primário ou da recorrência da doença que embora não possa ser curada, pode ser controlada por meses ou mesmo anos. Esta sobrevivência a longo prazo implica a gestão da doença oncológica como doença crónica (ACS, 2013).

Tendo em consideração que o número de pessoas que sobrevivem ao cancro tem vindo a aumentar, a questão deixa de estar centrada unicamente na quantidade de anos que a pessoa irá ainda viver mas, e cada vez mais, também na qualidade de vida que ela terá durante esses anos tendo em consideração as potenciais complicações decorrentes da própria doença, dos meios terapêuticos e das suas sequelas.

Embora não existem prazos específicos para cada uma das fases anteriormente referidas e nem todos os doentes passarem pelas três, a verdade é que a maioria dos sobreviventes de cancro experimenta qualquer um dos sintomas supracitados que de alguma forma interferem com a sua capacidade para realizar as atividades de vida e com a qualidade de vida. Assim sendo é importante que os doentes adquiram competências para o autocuidado para que consigam enfrentar e controlar os efeitos quer da doença quer dos seus tratamentos (Smeltzer *et al.*, 2008, ACS, 2012).

Dado o objeto de estudo iremo-nos debruçar sobre o cancro da mama de modo a compreendermos melhor as especificidades deste quadro clínico.

1.2.1 Cancro da Mama

É o tipo de cancro mais comum e a principal causa de morte nas mulheres de todo o mundo. Em 2012, 6.3 milhões de mulheres em todo o mundo eram portadoras de doença oncológica mamária. Em Portugal, os dados disponíveis referentes ao mesmo ano indicam uma incidência de 29.41% (6088 casos) e uma mortalidade de 16.01% ou seja 1570 casos (GLOCOBAN, 2012).

O cancro da mama é um tumor maligno que tem início nas células dos lóbulos ou dos ductos mamários que em consequência de alterações genéticas começam a multiplicar-se de forma anormal, rápida e desordenada. São referidos como fatores de risco para o seu desenvolvimento o género (as mulheres têm maior risco), idade, hiperplasia atípica, mutações genéticas, história pessoal e/ou familiar de doença oncológica, menarca precoce, menopausa tardia, hormonoterapia de substituição, exposição a radiações, nuliparidade ou primeira gravidez depois dos 30 anos e obesidade (Phipps *et al.* 1999, Otto, 2000; ACS, 2013).

Do ponto de vista histopatológico os tumores mamários são classificados de acordo com o tecido de origem, podendo ser ductal ou lobular. O tumor pode ainda ser classificado como *in situ* se está limitado ao ponto de origem sem invasão dos tecidos circundantes, ou invasivo quando atinge outros tecidos mamários além do tecido de origem, gânglios axilares ou outros órgãos à distância. Com frequência os tumores *in situ* se não forem tratados precocemente tendem a tornar-se invasores. Há ainda a considerar outros tipos mais raros como o tipo inflamatório, o medular, o mucinoso ou o tubular (Phipps *et al.*, 1999; Otto, 2000; ACS, 2014).

O cancro de mama, cada vez mais considerado como um grupo de doenças heterogéneas, também pode ser classificado em diferentes subtipos moleculares. Estes são identificados por meio de marcadores nos quais se incluem a presença ou ausência de recetores de estrogénio (ER), recetores de progesterona (PR) e fatores de crescimento epidérmico humano (HER2). Se as células tumorais tiverem na sua

superfície recetores que se ligam a substâncias (estrogénio ou progesterona) que estimulam o crescimento tumoral o cancro diz-se ser recetor hormonal positivo. Estes apresentam um crescimento mais lento e uma melhor resposta à terapia hormonal do que aqueles que não os apresentam.

Os que apresentam na superfície celular a proteína promotora do crescimento são chamados de HER2 positivos. Estes tendem a crescer mais rapidamente, têm associado um pior prognóstico mas são mais propensos a responder ao tratamento com fármacos que têm como alvo a proteína HER2. Tal como os tumores com recetores hormonais, a positividade para o HER2 implica o uso de medicação específica que se somará ao tratamento convencional a fim de impedir o crescimento tumoral.

Os tumores cujas células não possuem qualquer um destes tipos de recetores são chamados de triplo-negativo. Estes são mais frequentes em mulheres mais novas, têm um maior potencial de crescimento e de metastização do que qualquer outro tipo de cancro da mama. Para este tipo de tumor não existem medicamentos específicos uma vez que não há recetores celulares, contudo respondem melhor ao tratamento quimioterápico (ACS, 2014).

Os tumores malignos da mama quando ainda se encontram numa fase inicial e tem dimensões reduzidas geralmente são assintomáticos sendo apenas diagnosticados por mamografia. Quando atinge maiores dimensões o sinal mais comum da doença é um nódulo indolor, duro e imóvel que se distingue do restante tecido mamário pela sua consistência. Escorrência mamilar persistente, alterações no mamilo (retração ou inversão) e alterações na pele mamária, areolar ou mamilar (espessamento, rubor, edema, ulcerações ou descamação) também poderão ocorrer.

Quando a doença já está disseminada local ou regionalmente a doente pode também manifestar rubor, ulceração, edema ou veias dilatadas e nódulos axilares volumosos (Phipps *et al.*, 1999; Otto, 2000; ACS, 2014).

O estadio da doença, a presença/ausência de recetores hormonais, o tipo e o grau histopatológico são fatores utilizados para determinar o prognóstico e o tratamento a implementar. Este poderá ser local (cirurgia e radioterapia) ou sistémico (quimioterapia, hormonoterapia e a terapia dirigida). Muitas doentes recebem mais do que um tipo de tratamento e em qualquer fase da doença poderão também receber tratamento de suporte para controle da dor, de outros sintomas da doença ou dos efeitos secundários dos tratamentos.

A cirurgia à mama, que pode ser conservadora (tumorectomia, quadrantectomia ou mastectomia parcial) ou radical, tem como objetivos permitir o controlo local e regional, definir o estadiamento da doença assim como orientar a terapia sistémica. No caso de existirem gânglios linfáticos acometidos pela doença a cirurgia pode envolver também a excisão desses gânglios linfáticos (Phipps *et al.*, 1999; Otto, 2000; Ferreira *et al.*, 2005; Jammal *et al.*, 2008).

A radioterapia geralmente é administrada após cirurgia conservadora para evitar a recorrência local ou regional da doença reduzindo para cerca de metade o risco de a doença recidivar. Pode também ter indicação terapêutica para tumores com mais de 5 centímetros e com envolvimento ganglionar ou de forma paliativa no caso de metastização cerebral, óssea ou do sistema nervoso (Otto, 2000; ACS, 2013).

Fibrose mamária e axilar, dor crónica na região mamária, a aderência cicatricial, a plexopatia e a fadiga são complicações que podem surgir após o tratamento (Shocket *et al.*, 1990 cit. por Batiston e Santiago, 2005).

A quimioterapia pode estar indicada para a fase inicial (pré ou pós cirurgia) ou metastática da doença embora por si só não tenha potencial de cura. A sua eficácia aumenta pelo uso combinado de fármacos de diferentes classes. Os tratamentos são programados de acordo com o estadio da doença, o estado clínico da doente, a resposta ao tratamento e os efeitos secundários que a doente apresenta no decurso do mesmo (Berkow *et al.*, 1997; ACS, 2014).

A hormonoterapia consiste na utilização de medicamentos para tratamento de tumores recetores de hormonas (estrógeno e progesterona) cuja finalidade é impedir que as células cancerígenas tenham acesso às hormonas necessárias ao seu crescimento. Embora mais frequentemente utilizado como terapia adjuvante pode também ser usado como tratamento neoadjuvante (por um período mínimo de 5 anos) ou na fase avançada da doença. As duas principais classes destes fármacos utilizadas são os moduladores de recetores de estrogénio e os inibidores de aromatase (Berkow *et al.*, 1997; Otto, 2000; ACS, 2014).

Os fármacos modeladores de estrogénio, dos quais o tamoxifeno é o mais utilizado, tem como potenciais efeitos colaterais perda de densidade óssea, fadiga, risco aumentado de trombose venosa profunda ou pulmonar e o agravamento dos sintomas da menopausa (Berkow *et al.*, 1997; Otto, 2000; ACS, 2014). Os efeitos colaterais dos fármacos inibidores da aromatase são geralmente menos graves do que

os causados pelo tamoxifeno e podem incluir dores musculares, dores articulares e perda progressiva de massa óssea até à osteoporose motivo pelo qual as doentes submetidas a este tipo de tratamento são também tratadas com medicamentos para fortalecer os ossos (Berkow *et al.*, 1997; ACS, 2014).

As doentes cujo exame imunohistoquímico revela serem portadoras de tumores HER2 positivos podem ser tratadas com um anticorpo específico para as células cancerígenas HER positivas cujo mecanismo de ação consiste em bloquear os recetores. Os fármacos deste grupo podem ser administrados em diferentes fases da doença, de forma isolada ou em combinação com outros fármacos deste ou de outro grupo terapêutico. Cefaleias, náuseas, vômitos, diarreia, fadiga, astenia, imunossupressão, hiperglicemia e hipertensão são alguns dos efeitos secundários possíveis do uso deste tipo de fármacos. As doentes também podem enfrentar problemas mais graves como alterações cardíacas, hepáticas ou pulmonares (ACS, 2013; ACS, 2014).

1.2.2 Complicações da Cirurgia Mamária

Não obstante aos desenvolvimentos ocorridos quer nos meios de diagnóstico, nas formas de tratamento e da possibilidade do uso da técnica da pesquisa de gânglio sentinela a verdade é que o recurso aos procedimentos cirúrgicos como forma de tratamento do cancro da mama ainda prevalece. Ao procedimento cirúrgico pode ainda ser associado de forma adjuvante e/ou neoadjuvante, a quimioterapia, radioterapia e a hormonoterapia que aumentam o risco de complicações (Rett *et al.*, 2012; Bergmann *et al.*, 2006) que com frequência origina sequelas geradoras de grande receio nas mulheres que pode desencadear alterações psicológicas que interferem na perceção da sexualidade e da imagem corporal além dos desconfortos e debilidades físicas (Sant'Anna *et al.*, 2010; Nogueira *et al.*, 2005 cit. por Jammal *et al.*, 2005).

Batiston e Santiago (2005) referem que independentemente de se realizar técnica conservadora ou radical, a linfadenectomia tem sido usado como procedimento padrão para o tratamento do cancro da mama. Quando realizado

concomitantemente com a radioterapia pós-operatória pode levar ao desenvolvimento de complicações graves no membro ipsilateral à cirurgia.

Infeção, necrose da pele, lesões nervosas, dor, fraqueza no membro superior envolvido, deiscência e fibrose cicatricial, problemas respiratórios e seroma poderão surgir no pós-operatório imediato e poderão influenciar a recuperação funcional da doente (Bregagnol e Dias, 2010; Petito e Gutiérrez, 2008; Amaral *et al.*, 2005). Como complicações mais tardias, e de acordo com Amaral *et al.* (2005); Ferreira *et al.* (2005); Petito e Gutiérrez (2008) pode surgir o linfedema do membro superior, o seroma, a diminuição da amplitude de movimentos do ombro e do cotovelo, alteração da sensibilidade e funcionalidade do membro ipsilateral à cirurgia e alterações posturais. A síndrome da mama fantasma, a trombose linfática superficial, a hipertrofia do músculo peitoral maior, o estiramento do plexo braquial, o edema da mama residual também são complicações possíveis (Batiston e Santiago, 2005; Bergmann *et al.*, 2006).

No período pós-operatório imediato as doentes apresentam uma diminuição da pressão inspiratória máxima e da pressão expiratória máxima. Este facto pode ser devido à fraqueza ou fadiga muscular, pela influência direta da dor ou pelo medo de sentir. Os valores da função pulmonar e da força dos músculos respiratórios estão diminuídos no período pós-operatório, podendo a sua causa estar na origem da presença dos drenos, respirações superficiais pelo receio da dor ou pelo efeito dos analgésicos (Bregagnol e Dias, 2010; Ferreira *et al.*, 2005).

A dor que tem início após a cirurgia, que é localizada na face anterior do tórax, região axilar e/ou na metade superior do braço homolateral à cirurgia e que se mantém por um período superior a três meses é designada pela *International Association for Study of Pain* cit. por Rett *et al.* (2012) como a síndrome doloroso pós mastectomia. Esta pode ser desencadeada pelo medo que a mulher tem em movimentar o braço, pela reduzida atividade com o membro no pós-operatório o que consequentemente conduz a um progressivo comprometimento da força muscular, da flexibilidade e da amplitude de movimentos do ombro.

Uma das complicações mais frequentes e que pode ser incapacitante para a mulher é o aparecimento do linfedema (Veiros *et al.*, 2007). De uma revisão bibliográfica realizada por Bergmann *et al.* (2007) cit. por Bregagnol e Dias (2010) conclui-se que a prevalência de linfedema no período pós-operatório varia entre os 6 e

os 49%. Estes dados apoiam os resultados apresentados por Veiros *et al.* (2006) segundo os quais, o linfedema surge em cerca de 6 a 83% das mulheres, dependendo do tipo de cirurgia e do tipo de radiação utilizada. Os autores acrescentam ainda que mesmo com as cirurgia conservadoras a frequência média do linfedema é de cerca de 20%. Mencionam ainda que na maioria dos casos o linfedema surge entre o primeiro e o segundo ano após o procedimento, mas o risco mantém-se até uma década depois do tratamento inicial. O linfedema pode constituir o fator com mais repercussões a nível funcional destas doentes.

A amputação da mama quando associada ao esvaziamento ganglionar axilar resulta num maior comprometimento da função do ombro principalmente dos movimentos de flexão e abdução com conseqüente comprometimento na realização das atividades de vida diária (Góis *et al.*, 2012; Petito *et al.*, 2012). Um estudo efetuado por Silva *et al.* (2004) permitiu apurar que metade das mulheres sujeitas a linfadenectomia mantinham limitação de pelo menos um movimento do ombro 18 meses após a cirurgia.

Longos períodos de imobilização (causada pela dor e/ou pelo medo), a abordagem e a extensão cirúrgica, traumatismos no nervo torácico longo ou espasmo muscular em toda a região cervical resultante da reação de defesa são fatores predisponentes à pouca mobilização do braço (Petito *et al.*, 2012).

O maior tempo para recuperação da amplitude de movimentos do ombro pode ser devido à extensão cirúrgica, à realização de linfadenectomia axilar, ressecção de um ou dois músculos peitorais ou manipulação dos músculos peitorais e serrátil anterior o que pode comprometer os movimentos de flexão e abdução do braço (Petito *et al.*, 2012).

As complicações anteriormente referidas estão relacionadas com a capacidade das mulheres realizarem as atividades de vida diária, com o bem-estar físico e emocional e com pior qualidade de vida (Rietman *et al.*, 2003 cit. por Góis *et al.*, 2012; Rett *et al.*, 2012). É assim importante que as possíveis morbidades físico-funcionais decorrentes da cirurgia à mama sejam conhecidas e identificadas pois só assim é possível intervir no sentido de as prevenir ou minimizar através de um programa de reabilitação instituído de forma precoce e de modo a não constituírem um obstáculo à recuperação das mulheres no pós-operatório.

1.2.3 Reabilitação da mulher mastectomizada

As várias complicações resultantes da cirurgia acarretam consequências funcionais que comprometem a plena realização das atividades de vida e a qualidade de vida das sobreviventes de cancro da mama (Bergman *et al.*, 2000; Veiros *et al.*, 2007; Sant'Anna *et al.*, 2010; Petito *et al.*, 2012).

Assim, paralelamente à evolução no tratamento do cancro da mama, é necessário uma reabilitação global das doentes. A enfermagem de reabilitação desempenha um papel fundamental em todo o percurso da doença. Pelos procedimentos específicos que dispõe pode prevenir, minimizar e tratar as reais ou potenciais complicações e simultaneamente diminuir o tempo de recuperação da independência para o autocuidado. Representa também um aliado imprescindível na procura da qualidade de vida após os tratamentos para a doença (Bergmann *et al.*, 2006).

Vários estudos têm destacado a importância da reabilitação da mulher submetida a cirurgia por cancro da mama. É o caso do estudo realizado por Bregognol e Dias (2010) com mulheres submetidas a cirurgia da mama com esvaziamento axilar em que os autores concluíram que as doentes submetidas a este tipo de procedimento cirúrgico e que não efetuaram exercícios físicos no pós-operatório apresentavam mais alterações do que as que efetuaram.

Num estudo levado a cabo em que se pretendia avaliar a influência da reabilitação pré-operatória na amplitude de movimentos e na medida de independência funcional em mulheres submetidas a mastectomia radical modificada foi possível verificar que as que não realizaram cinesiterapia apresentavam uma diminuição da medida de independência funcional no 15º dia de pós-operatório e também uma menor frequência no regresso as atividades de vida diária quando comparadas com as mulheres que a executaram (Góis *et al.*, 2012).

Por sua vez, Rietman *et al.* (2003) cit. por Silva *et al.* (2004) relatam que 20% das doentes submetidas a mastectomia apresentam dificuldade em vestir roupa pela cabeça, 18% não consegue apertar o soutien, 72% não é capaz de fechar um fecho localizado nas costas e 16% não consegue colocar as mãos na cabeça.

Gutiérrez *et al.* (2007) consideram que a imobilização total do membro operado é a principal razão para o aparecimento de algumas complicações como fibroses, retrações e aderências que por sua vez limitam a amplitude de movimentos e aumentam o risco de desenvolvimento do linfedema. A mobilização do membro ipsilateral à cirurgia, pela contração muscular, permite a abertura dos canais linfáticos colaterais o que torna mais fácil a drenagem da linfa para resto do corpo sendo fundamental para a sua prevenção.

Assim sendo, quanto mais tardiamente se iniciar a mobilização do membro maior a probabilidade da sua ocorrência. Mesmo depois de instalado, a reabilitação pode ajudar a controlar a progressão do linfedema persistente para uma situação irreversível sendo por esse motivo fundamental para evitar a perda da capacidade funcional do braço (Fernandez, 2000 cit. por Picaró e Perloito, 2005).

Entre as medidas preventivas do linfedema estão, para além da elevação do membro operado e da mobilização articular, o recurso a mangas compressivas e a massagem linfática. Esta permite manter o equilíbrio hídrico intersticial pois envolve a superfície cutânea que seguindo a vias linfáticas corporais permite a condução dos líquidos acumulados entre as células através dos mesmos evitando a sua retenção e o edema (Veiros *et al.*, 2007).

Num estudo desenvolvido por Gutiérrez *et al.* (2007) onde se pretendeu avaliar a adesão por mulheres submetidas a cirurgia da mama ao início precoce de um programa de reabilitação funcional da amplitude de movimentos do ombro homolateral assim como a avaliação das dificuldades na realização atividades de vida diária concluiu-se que a maior dificuldade na adesão aos exercícios estava relacionada com a dor e que as atividades em que as doentes mais referiam dificuldades em realizar foram vestir e despir, tomar banho e lavar a parte superior do ombro. Infere-se neste estudo que se torna necessário um maior controlo da dor no pós-operatório.

Batiston e Santiago (2005) referem que a dor e o medo em realizar cinesiterapia no período subsequente à cirurgia pode contribuir para o aparecimento de complicações que se não forem tratadas podem evoluir para uma deformidade permanente. Para controlar os sintomas algícos as doentes devem ser encorajadas a realizar exercícios de relaxamento cervical e de mobilização da cintura escapular desde o primeiro dia de cirurgia respeitando as amplitudes articulares máximas possíveis para fase do pós-operatório em que se encontram e sem causar dor. Assim, na fase

precoce do pós-operatório a mobilização articular deve ser limitada à amplitude de 90º de flexão e abdução do ombro ipsilateral. Depois de retirados os drenos e os pontos cirúrgicos a mobilização completa do ombro pode ser atingida sem restrições e de acordo com a tolerância da doente (Begmann *et al.*, 2006).

A imobilização do membro, a redução da força e da funcionalidade do membro superior (devido à remoção dos músculos peitoral maior e menor ou por lesão nervosa durante a cirurgia) são fatores que estão na origem da redução da amplitude de movimentos da articulação do ombro. Para a sua recuperação é necessário a reeducação da cintura escapular (Jammal *et al.*, 2008). A realização de exercícios do ombro traduz-se numa recuperação dos movimentos do membro em maior amplitudes podendo as mulheres alcançar, ao fim de duas semanas de cinesiterapia física, movimentos de flexão e extensão com amplitudes próximas do 150º (Silva *et al.*, 2004).

No que respeita ao tipo de exercícios a efetuar, à quantidade ou ao momento mais indicado para o início dos mesmos os autores consultados são discordantes, mas são consensuais quanto à importância da realização dos exercícios de reabilitação no pós-operatório bem como o seu início precoce quando as doentes não apresentam complicações o que amplifica as possibilidades de recuperação completa (Batiston e Santiago, 2005; Petito e Gutiérrez, 2008).

À precocidade no início dos exercícios corresponde uma resposta mais célere da mulher ao tratamento e uma menor gravidade ou mesmo ausência de complicações (Picaró e Perloito, 2005; Nascimento *et al.*, (2012). Ao controle da dor, prevenção, redução ou tratamento do linfedema e manutenção ou recuperação da amplitude de movimentos do membro operado, à mobilização articular ativa, passiva e auto passiva somam-se ainda as vantagens de ajudar a prevenir ou tratar as alterações posturais; promover o relaxamento muscular; prevenir ou reduzir a atrofia muscular e facilitar a manutenção das características musculotendinosas, diminuir as aderências articulares; melhorar o aspeto e maleabilidade da cicatriz evitando ou tratando aderências (Pereira *et al.*, 2005; Ferreira *et al.*, 2005; Veiros *et al.*, 2007; Jammal *et al.*, 2008; Petito e Gutiérrez, 2008; Pedroso *et al.*, 2005, cit. por Sant'Anna *et al.*, 2010).

A realização de cinesiterapia iniciada logo numa fase inicial é também importante principalmente para as mulheres que vão efetuar tratamento radioterápico, isto porque facilita o posicionamento adequado para a mulher receber a

radiação, ou seja o braço em abdução combinada com uma rotação externa do ombro a 90º (Nascimento *et al.*, 2012).

Mesmo depois de recuperada a amplitude de movimentos do ombro a continuidade da realização dos exercícios é igualmente importante para a sua manutenção até porque outros tratamentos adjuvantes ou a redução na realização das atividades pode levar novamente ao comprometimento da função (Petito e Gutiérrez, 2008; Sant'Anna *et al.*, 2010).

A reabilitação pode complementar a recuperação da mulher ao fornecer informação e suporte para ajudar a paciente a alcançar o equilíbrio numa situação que é uma ameaça ao seu bem-estar físico e psicológico (Shea, 1991 cit. por Batiston e Santiago, 2005). Para que tenham uma compreensão correta dos objetivos do tratamento bem como das suas possíveis consequências, os enfermeiros de reabilitação tem um papel fundamental na sua recuperação. Essa recuperação deve iniciar-se no período pré-operatório, mantendo-se no pós-operatório e na preparação para a alta (Silva *et al.*, 2004; Hoffmann *et al.*, 2006; Barreto *et al.*, 2008; Alves *et al.*, 2011;) no sentido de trabalhar a sua independência para o autocuidado.

No período que antecede a cirurgia as doentes podem ser orientadas quanto à postura que devem adotar e quanto aos exercícios que deverá realizar depois da cirurgia. A precocidade destas orientações é importante podendo significar uma recuperação mais rápida da amplitude de movimentos, da força muscular, da postura correta, coordenação e autoestima sendo igualmente importante para prevenir complicações.

Em qualquer fase do tratamento, a prioridade está sempre em prevenir ou minimizar as complicações, sejam elas linfáticas, posturais, funcionais e/ou respiratórias. As intervenções terapêuticas serão adotadas consoante a fase do tratamento em que as doentes se encontram e a sintomatologia apresentada pelo que é necessário conhecer e identificar as suas necessidades, os sintomas e as causas assim como o seu impacto na capacidade de desempenhar as atividades de vida diária (Camargo e Max, 2000 cit. por Begmann *et al.*, 2006). Neste processo de identificação das necessidades a comunicação terapêutica constitui um instrumento básico pois tal como referem Pontes, Leitão e Ramos (2008) a partir da comunicação que estabelece com a doente, o profissional de enfermagem identifica as suas necessidades e permite

também criar oportunidades de aprendizagem e criar condições para concretizar mudanças promotoras do bem-estar.

Exercícios de alongamento global e de fortalecimento muscular, exercícios ativos assistidos, exercícios ativos resistidos, exercícios respiratórios, drenagem linfática e atividades funcionais estão entre as opções terapêuticas possíveis para evitar complicações (Bergmann *et al.*, 2006).

No período pós cirúrgico, um dos principais cuidados na prevenção e tratamento de possíveis complicações está o posicionamento do membro homolateral em elevação de 30º no pós-operatório imediato e o posicionamento corporal em decúbito lateral para o lado oposto ao da cirurgia (Phipps *et al.*, 1999; Bergmann *et al.*, 2006).

No caso particular do linfedema, a abordagem inicial passa pela prevenção de complicações pós operatórias imediatas como a infecção e complicações cicatriciais. Neste sentido é necessário a educação das doentes para que possam adquirir alguns cuidados com o membro homolateral.

Além da realização dos exercícios as doentes deverão ser orientadas relativamente aos cuidados a ter com o membro. Certificar-se que o braço afetado não é utilizado para avaliar a tensão arterial, para administração de injetáveis ou para punções venosas; ao realizar jardinagem ou outro procedimento suscetível de causar lesões deverá usar luvas de proteção ou se possível utilizar o braço não afetado; ter especial cuidado ao cortar as unhas e cutículas devendo evitar utilizar a tesoura para o fazer; evitar o calor (água quente ou exposição solar); adotar uma postura correta; não transportar pesos com o membro afetado e não fazer movimentos bruscos ou deixar o braço pendente por longos períodos são alguns exemplos (Machado, 2012; Bergman *et al.*, 2006; Phipps *et al.*, 1999; Otto, 2000).

Concomitantemente a mulher deve ser incentivada a realizar cuidados de higiene e massagem linfática desde a cirurgia para estimular a circulação linfática superficial e prevenir o linfedema.

A educação das doentes para que possam reconhecer os sinais e sintomas iniciais do linfedema é igualmente necessária para evitar o seu agravamento ou para que recorram ao médico e se possa instituir o tratamento adequado atempadamente (Picaró e Perloito, 2005; Jammal *et al.*, 2008).

O retomar das atividades de vida diária quando regressam a casa pode contribuir para a redução do medo e propicia a reintegração social e familiar mais rapidamente. As atividades de vida diária, as atividades domésticas e de lazer podem ser realizadas de forma progressiva e moderada pois caso contrário o risco de desenvolvimento do linfedema aumenta. Orientações sobre as diferentes atividades de vida e possíveis alternativas para a sua realização devem ser dispensadas devendo as doentes ser orientadas a realizarem as atividades de vida diária à medida que a doente se sinta com confiança para tal (Gutiérrez *et al.*, 2007; Barreto *et al.*, 2008; Carvalho *et al.*, 2012).

No caso de alta clínica ainda com os sistemas de drenagem, as doentes devem receber orientações para que possam ter os cuidados necessários com os drenos de forma segura e a evitar complicações. Devem ser informadas quanto às características e à quantidade da drenagem; ao aspeto do local de inserção do dreno; como efetuar os registos; quanto ao transporte, frequência e técnica de esvaziar os drenos. A explicação destes cuidados é fundamental para estimular as mulheres para o autocuidado (Barreto *et al.*, 2008; Carvalho *et al.*, 2012).

CAPÍTULO II
ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2. METODOLOGIA

O processo através do qual é possível examinar fenómenos para obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação denomina-se investigação científica. É um método particular de aquisição de novos conhecimentos que se caracteriza por ser sistemático e rigoroso (Fortin, 1996).

É, na opinião da autora, o mais aceitável de todos os métodos de se obter conhecimento uma vez que tem por base um processo racional sendo efetuado através de uma série de etapas, geralmente ordenadas e progressivas.

Este capítulo reporta-se à fase metodológica, que consiste em apresentar qual o processo utilizado para obter a resposta à questão de investigação.

2.1 Questão de Investigação

A primeira etapa de uma investigação consiste em encontrar um problema que interesse ou preocupe o investigador e ao mesmo tempo seja importante para a disciplina a que diz respeito (Fortin, 1996).

Assim, a escolha desta temática para a realização deste estudo prende-se com as inquietações enquanto profissional na área de saúde e também pela importância que têm as questões relacionadas com a doença oncológica mamária e os seus tratamentos nomeadamente a promoção do autocuidado. Esta preocupação é pertinente tendo em conta as consequências que dela podem advir para as mulheres vítimas desta doença e a necessidade de se desenvolverem estudos que permitam a compreensão do fenómeno e também permitam encontrar estratégias que melhorem a assistência a estas utentes e se traduzam em ganhos em saúde para estas doentes.

A enfermagem de reabilitação, que visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas é entendida como área de intervenção da Enfermagem de excelência e referência junto das pessoas vítimas de doença aguda ou crónica como é o caso da doença oncológica.

Da reflexão sobre este aspetos, surge a questão de investigação:

Que Intervenções de Enfermagem são implementadas pelos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação em contexto de internamento hospitalar que são promotoras do autocuidado das mulheres submetidas a mastectomia?

2.2 Objetivos e Finalidade do Estudo

Os objetivos de estudo indicam o porquê da investigação. De acordo com o nível de conhecimentos do domínio em estudo, são os objetivos que orientam na delimitação da pesquisa efetuada e a direção do caminho a percorrer para a sua realização já que estão relacionados com o tema em estudo (Fortin, 1996).

Os objetivos foram delineados tendo como linha orientadora a questão de investigação.

Os objetivos desta investigação são os seguintes:

- Conhecer as intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas à mulher submetida a mastectomia.
- Identificar as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros na implementação dessas intervenções.
- Analisar as sugestões dos enfermeiros de reabilitação relativamente às intervenções de enfermagem implementadas.
- Refletir sobre o papel da enfermagem de reabilitação como meio de promoção da independência da mulher após cirurgia à mama por doença oncológica.

A realização desta investigação tem por finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem à mulher mastectomizada.

2.3 Tipo de Estudo

Para dar resposta a um problema de investigação é essencial escolher um método de pesquisa que conduza o pesquisador no seu estudo. Muitas abordagens são possíveis sendo que cada um delas tem a sua própria dimensão.

“A cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as atividades que permitirão obter as respostas fiáveis às questões de investigação ou às hipóteses” ou seja é o guia utilizado para planear, implementar e analisar um estudo (Fortin, 1996, p.133).

A escolha do tipo de investigação é determinada pelo nível de conhecimentos do domínio em estudo. Esta escolha criteriosa do método adequado é o que confere qualidade, confiabilidade e adequabilidade dos resultados (Fortin, 1996).

Perante a natureza da temática do nosso estudo, *Intervenções de Enfermagem implementadas pelos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação em contexto de internamento hospitalar que são promotoras do autocuidado das mulheres submetidas a mastectomia*, optamos por um estudo qualitativo, exploratório e descritivo.

A pesquisa qualitativa envolve abordagens interpretativas e naturalísticas dos assuntos. Sousa, Driessnack e Mendes (2007) referem que a pesquisa qualitativa, que se fundamenta num pensamento indutivo, *“começa com a suposição de que a realidade é subjetiva, não objetiva, e que podem existir múltiplas realidades ao invés de apenas uma”*. Acrescentam ainda, que os investigadores recorrem à pesquisa qualitativa para estudarem as pessoas em ambientes naturais e procuram entender ou interpretar os significados que as pessoas atribuem às experiências por que passam.

Optamos por um estudo qualitativo, pois tal como referem Nogueira-Martins e Bógus (2004, p.48) *“busca uma compreensão particular daquilo que se estuda...O seu foco de atenção é centralizado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação do fenómeno estudado”* conduzindo assim a uma visão ampla e absoluta do fenómeno em estudo.

Por sua vez e como refere Gil (2008, p.27) a pesquisa exploratória *“tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias”* e *“são*

desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo acerca de determinado facto”.

Porque procura *“levantar as opiniões, atitudes, crenças de uma população”* (Gil, 2008, p. 28) este estudo é do tipo descritivo. A pesquisa descritiva procura descrever, caracterizar, interpretar e classificar uma população ou um fenómeno ou estabelecer relações entre as variáveis. O seu enfoque está na compreensão de como se manifestam os fenómenos, quais as dimensões relevantes ao seu entendimento e como estas se interrelacionam (Fortin, 1996; Gil, 2008).

2.4 Participantes

Uma população *“é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características em comum definidas por um conjunto de critérios”* e uma amostra *“é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”* (Fortin, 1996, p.202).

Por sua vez, o plano de amostragem serve para descrever a estratégia a utilizar para selecionar a amostra. Este tem como vantagens permitir ao investigador recolher informação de forma mais célere, obter dados mais compreensivos e também reduzir os custos (Smith, 1975 cit. por Ribeiro, 2010).

Em investigação qualitativa, o processo de amostragem requer que sejam observados alguns aspetos, nomeadamente privilegiar os sujeitos que possuem os conhecimentos e experiências que se quer conhecer (Minayo, 1994 cit. por Nogueira-Martins e Bógus, 2004). Assim, optamos por uma amostra não probabilística intencional. Neste tipo de amostra o investigador seleciona propositalmente os participantes com base em certas características típicas ou particularmente conhecedores do assunto em estudo contribuindo para sua melhor compreensão (Fortin, 2009; Polit, Beck & Hungler, 2004).

Estando o presente trabalho inserido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e por ser prática habitual, no exercício da atividade profissional, a prestação de cuidados a doentes do foro oncológico nomeada e frequentemente a

mulheres com doença mamária, optamos por selecionar Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação a exercer funções na instituição onde foi desenvolvido o estudo e que de forma voluntária aceitassem participar no estudo.

Estando a temática do estudo direcionada para as mulheres mastectomizadas por doença oncológica, a escolha desta Unidade Hospitalar prendeu-se com o facto de ser uma instituição especializada nesse tipo de patologias e também uma fonte facilmente acessível à amostra e à colheita de dados.

Da população de acesso, constituída por 20 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, resultou uma amostra de nove enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem a doentes com diagnóstico de cancro da mama em contexto de internamento hospitalar a quem foi realizada a entrevista semiestruturada.

A determinação do tamanho da amostra está relacionada com a saturação dos dados que é um princípio que caracteriza a investigação qualitativa. A saturação dos dados ocorre quando os temas ou categorias se tornam repetitivas e a colheita de dados já não fornece novas informações. Esta é razão pelo qual o tamanho da amostra poderá ser reduzido, pois de maneira geral é suficiente para se obter informação sobre o tema em estudo (Fortin, 2009).

2.4.1 Caraterização dos Participantes

Como refere Fortin (1996, p.330) *“na análise descritiva o investigador (...) deve fornecer suficiente informação sociodemográfica para que se esteja em posição de distinguir claramente os sujeitos que participaram no estudo”*.

Assim, a amostra é constituída por 9 profissionais de enfermagem, todos com Curso de Pós-Licenciatura de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, com uma média de 14 anos de serviço (entre 9-21 anos). Todos desenvolvem a sua atividade profissional numa instituição especializada de oncologia, sendo sobreponível o mesmo horizonte temporal no que se reporta aos anos de prestação de cuidados à mulher com cancro da mama (média de 14 anos [9-21 anos]).

Todos os inquiridos detêm a categoria de enfermeiros, dado a inexistência no quadro atual de enfermeiro especialista. No entanto há que referir que o tempo de

formação na área especializada de enfermagem de reabilitação varia entre os 3 e os 5 anos.

2.5 Instrumento de Recolha de Dados

É a natureza do problema que determina o método de colheita de dados. São várias as formas de colher os dados junto dos sujeitos, cabendo ao pesquisador determinar qual o instrumento a utilizar de maneira a dar resposta aos objetivos do estudo e às questões de investigação colocadas. Por conseguinte, nos estudos exploratórios-descritivos, em que o investigador deve recolher a maior quantidade de informação possível que possibilite identificar os diferentes aspetos do tema em estudo, utilizam-se sobretudo a observação participante, as entrevistas não estruturadas ou semiestruturadas, os questionários semiestruturados e os materiais de registos (Fortin, 1996; Fortin, 2009).

Devido ao tipo de estudo que desenvolvemos e ao tipo de informação que se pretende obter para dar resposta à questão de investigação formulada bem como aos objetivos do estudo, a entrevista semiestruturada foi o instrumento de colheita de dados selecionado para o efeito.

A escolha prende-se com o facto de que, e tal como refere Selltiz (1997) cit. por Gil (2008, p.109) *“a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informação acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes”*.

A entrevista consiste num método de colher informação através da conversa ou de questões colocadas de forma direta. Constitui um método singular de colheita de dados, pois a informação que se pode obter através dela dificilmente se consegue por qualquer outro método (Ribeiro, 2010).

Sendo uma das técnicas de colheita de dados mais utilizadas no âmbito das ciências sociais, a entrevista tem como vantagens permitir a colheita imediata e corrente da informação desejada com praticamente qualquer tipo de entrevistado, a

obtenção de dados referentes aos mais diversos aspetos da vida social, ser eficiente na obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano e tornar os dados obtidos suscetíveis de classificação e quantificação (Nogueira-Martins e Bógus, 2004; Gil, 2008).

As questões fundamentais que constituem uma entrevista semiestruturada são fruto da teoria que orienta a ação do investigador e de toda a informação recolhida sobre o tema em estudo (Nogueira-Martins e Bógus, 2004).

O guião da entrevista é constituído por duas partes distintas. A primeira é composta por cinco perguntas (quatro perguntas fechadas e uma pergunta mista) que servirão para a caracterização dos participantes. A segunda parte comporta sete questões abertas elaboradas com o objetivo de obter informação relacionada com a experiência e perspetiva pessoal dos entrevistados (anexo I).

2.6 Procedimento de Recolha de Dados

Após ter sido concedida a autorização para a recolha de dados pelo Diretor da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto seguiu-se a sua recolha durante o período compreendido entre 18 de fevereiro e 08 de abril do corrente ano.

O recrutamento dos participantes foi efetuado pela investigadora por via telefónica ou presencialmente. Nesse momento foi solicitada a participação no estudo, explicado o tema, a finalidade e os objetivos do estudo e combinado o dia e a hora de realização da entrevista de acordo com a disponibilidade e conveniência dos entrevistados. As entrevistas foram todas realizadas na Instituição onde se desenvolveu a pesquisa. A entrevista foi aplicada individualmente num só momento. Foram realizadas na data e hora marcada em ambiente reservado para garantir a privacidade dos participantes e de modo a deixar os participantes à vontade para responderem de acordo com os seus pontos de vista.

O registo da informação fornecida pelos participantes em suporte áudio só foi realizada mediante a obtenção de autorização por escrito para tal. Apenas um dos

entrevistados não autorizou a gravação magnética da entrevista tendo-se neste caso realizado a transcrição escrita das respostas obtidas e mediante a sua autorização.

Cada entrevista teve uma duração média de aproximadamente vinte minutos. As entrevistas áudio gravadas foram sendo transcritas após a sua realização e seguidamente foi efetuada a comparação do transcrito com o gravado a fim de garantir a fiabilidade dos dados transcritos. Posteriormente foi feita a validação de cada entrevista junto do respetivo entrevistado a fim de nos certificarmos que o que tinham referido correspondia à sua real perspetiva. Dos nove entrevistados, quatro deles fizeram alteração de alguns vocábulos ou expressões que, na sua opinião transmitiam melhor o seu ponto de vista relativamente à questão colocada.

2.7 Análise e Tratamento dos Dados

Nos estudos de natureza qualitativa a escolha do método e técnica de análise de dados deve necessariamente proporcionar uma visão abrangente sobre a totalidade dos dados recolhidos. De modo a tornar a informação compreensível foi realizado o tratamento de dados, através da análise de conteúdo, que segundo Bardin (2013, p.40) *“é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”*.

Segundo a autora a análise de conteúdo compreende três fases fundamentais: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise, ou fase de organização propriamente dita tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações de análise (Bardin, 2013).

Abrange diferentes atividades não estruturadas, entre as quais a preparação do material e a leitura flutuante. Depois de feita a transcrição para papel das entrevistas foram empreendidas várias leituras flutuantes das mesmas com o objetivo de se capturar globalmente as ideias principais e os significados gerais. A leitura flutuante permite uma melhor integração dos dados e elaborações mentais que fornecem

indícios iniciais no caminho a uma apresentação mais sistematizada dos dados. No decorrer dessas leituras foram simultaneamente sendo destacadas algumas semelhanças e contrastes das mesmas em colunas próprias de acordo com cada questão e os objetivos do estudo (Campos, 2004).

A exploração do material, a segunda etapa, refere-se a operações de codificação ou enumeração em função das regras previamente formuladas. Inclui a escolha das unidades de registo, que é a unidade de significação e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, e das unidades de contexto que servem de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem (Bardin, 2013).

Nesta continuidade procede-se à categorização que é o processo de classificar os elementos constituintes de um conjunto por diferenciação e, posteriormente por agrupamento dos dados considerando as partes comuns que existem entre eles segundo critérios previamente definidos que podem ser semânticos, sintáticos, léxicos e expressivos (Bardin, 2013).

A construção do sistema de categorias pode ser feita à *priori* ou à *posteriori*, ou seja a identificação das categorias é feita a partir do quadro de referência ou, pelo contrário, o processo de categorização é baseado no conteúdo dos textos e nas unidades de significação não estando portanto baseado em nenhum pressuposto teórico (Bardin, 2013).

Na organização dos dados obtidos nas entrevistas consideramos a categorização à *posteriori* uma vez que emergiram “*da classificação analógica e progressiva dos elementos*” como refere a mesma autora (p.147).

No estabelecimento das categorias foram consideradas as propriedades que segundo Bardin (2013) as categorias devem possuir: a exclusão mútua; a homogeneidade; a pertinência; a objetividade e a fidelidade e a produtividade.

Na última fase deste processo, o tratamento dos dados obtidos torna-os válidos e significativos e evidenciam as informações obtidas. Ocorre também a condensação e o destaque das informações, a partir das quais o investigador faz as inferências e as suas interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos previamente estabelecidos procurando deste modo atingir uma compreensão mais aprofundada do conteúdo das mensagens (Bardin, 2013).

2.8 Considerações Éticas

Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. A investigação em enfermagem, porque de um modo geral envolve o Homem não foge a estas exigências e requisitos, devendo obedecer aos princípios éticos universais (Martins, 2008).

O processo de colheita de dados pressupõe a observância de determinadas diligências prévias ao mesmo, nomeadamente a obtenção de uma autorização do estabelecimento selecionado para realização do estudo (Fortin, 2009).

No sentido de se obter a autorização para a recolha de dados a enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação da Instituição foi dirigida uma carta ao Diretor da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto, sediada no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto (anexo II). Após análise do pedido foi dada a autorização para a realização da investigação (anexo III).

Após esclarecimento de todos os aspetos relativos ao projeto de investigação e no sentido de formalizar a autorização dos participantes que aceitaram participar no estudo, foi-lhes solicitado que assinassem o formulário de consentimento.

O formulário de consentimento informado incluía informações como o objetivo do estudo, o direito a colocar em qualquer momento do desenvolvimento do estudo qualquer questão que achassem necessário e da possibilidade de recusar as respostas ou de terminar a sua colaboração no estudo sem qualquer prejuízo pessoal. Incluía também a garantia de confidencialidade dos participantes e informação da gravação áudio da entrevista (anexo IV).

Qualquer indivíduo que participe numa investigação tem o direito ao anonimato e à confidencialidade. O direito ao anonimato é respeitado se a identidade dos sujeitos não puder ser associada às respostas individuais ou aos resultados do estudo. Está portanto implícito que os participantes no estudo não deverão, em qualquer circunstância poder ser identificados (Fortin, 2009). Para tal optamos por, em substituição dos respetivos nomes dos participantes, utilizar a letra “E” seguida de um número para identificar cada entrevista.

CAPITULO III
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Depois de efetuada a colheita de dados, a fase seguinte consiste na sua análise e interpretação. Apesar de conceitualmente distintos, estes processos estão estritamente relacionados. A análise tem por objetivo ordenar e resumir os dados de modo a dar resposta ao problema em estudo. A interpretação procura um sentido mais amplo para as respostas o que é conseguido mediante a sua relação com outros conhecimentos já obtidos anteriormente (Gil, 2008).

Neste capítulo serão apresentados os resultados relativamente ao fenómeno em estudo *promoção do autocuidado na mulher submetida a mastectomia* na ótica dos profissionais de enfermagem de reabilitação. Depois de procedermos na instituição à identificação dos profissionais de enfermagem com especialidade de enfermagem de reabilitação que no âmbito da sua prática cuidam de mulheres mastectomizadas foram realizadas as entrevistas e transcritas individualmente. Foi constituído um *corpus* de análise único e feita uma leitura interpretativa das categorias e subcategorias que emergiram (diagrama 1).



Diagrama 1 – Categorias resultantes da análise de dados

A partir das categorias que emergiram procedemos a uma análise interpretativa das mesmas.

3.1 Identificação das Necessidades

Tal como em outras doenças crónicas a promoção do autocuidados das mulheres com cancro da mama configura-se como um objetivo prioritário, no sentido de minimizar as co morbilidades que lhes estão associadas.

De facto a doença oncológica mamária e os seus tratamentos são vivenciados como uma experiência perturbadora permeada pelo sofrimento físico e psicológico. Ameaça a mulher de diferentes formas desencadeando incerteza, ansiedade; depressão; alterações da autoimagem, da autoestima e dos hábitos de vida; medo quanto aos tratamentos, à possibilidade de recorrência da doença e da morte (Camargo e Souza, 2003; Salimena *et al.*, 2012; Ewald e Danielski, 2013). Por sua vez a intervenção cirúrgica a que são sujeitas pode comprometer a capacidade funcional para as atividades de vida diária pelas limitações funcionais do membro superior do lado da mama intervencionada.

Neste âmbito, as mulheres submetidas a mastectomia terão que se adaptar à sua nova condição, terão que ter certos cuidados com o membro operado a fim de evitar o aparecimento de complicações, saber identificar e lidar com as complicações da doença e dos tratamentos. Como tal a doença oncológica mamária implica uma série de mudanças, adaptações e escolhas na vida da mulher que exigem desta um esforço para os quais ela não está preparada (Gozzo *et al.*, 2012).

Neste sentido a mulher vivência um processo de transição pois, como referem Chick e Meleis (1986), uma transição pode em alguns casos ser intencional mas noutros é desencadeada por acontecimentos que ultrapassam o controlo individual que podem causar instabilidade que por sua vez resulta em efeitos negativos ou alterações significativas na pessoa.

Portanto, em qualquer fase da doença (desde o diagnóstico, durante o tratamento, após o seu término, na reincidência e na fase terminal da doença) os profissionais de enfermagem devem proceder à identificação das necessidades de forma a planear e implementar cuidados promotores do autocuidado (Pereira *et al.*, 2013; Sousa *et al.*, 2013).

Neste pressuposto procuramos perceber como os enfermeiros procedem à identificação das necessidades da mulher mastectomizada para o autocuidado. Da análise dos discursos dos participantes resultaram as seguintes categorias (diagrama 2)



Diagrama 2 – Identificação das necessidades

O planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem implicam necessariamente a identificação dos problemas/necessidades dos utentes, o estabelecimento do diagnóstico. Só assim se conseguirá uma prática orientada para as necessidades efetivas dos utentes, numa abordagem que se defende singular e holística.

A identificação das necessidades é feita por *anamnese* e recorrendo a um instrumento básico da enfermagem que é a *observação*, tal como referido no discurso dos enfermeiros entrevistados,

“... ao fazer a colheita de dados...” (E5).

“Pela observação do seu estado geral” (E1; E3; E5; E8)

“Portanto pela observação da doente... o ver que ela tem dificuldades...” (E2; E4; E7; E9)

Os dados colhidos para elaboração do histórico de enfermagem podem ser subjetivos, objetivos, históricos ou atuais e podem ser obtidos recorrendo-se a diferentes métodos.

A observação, um desses métodos, é um processo que se inicia no primeiro contacto entre o enfermeiro e o cliente e mantém-se durante todo o processo de interação possibilitando ao profissional de enfermagem a aquisição de informação sobre o cliente, a família, o ambiente e a interação entre estas três variáveis. No âmbito da colheita de dados, a observação é sistemática e envolve o uso dos sentidos para apreender informações (Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey, 1993).

Com respeito à subcategoria *observar*, entendida como prestar atenção e olhar cuidadosamente alguém ou alguma coisa (ICN, 2010) foi considerada por ser um dos meios mais frequentemente utilizado pelos profissionais para obter informações.

A subcategoria *anamnese* refere-se à entrevista realizada à doente no seu primeiro contacto com um enfermeiro no serviço de internamento e que visa relembrar eventos pregressos relacionados com a saúde, identificar sinais e sintomas atuais e os acontecimentos referentes à presente condição de saúde da pessoa (Santos, Veiga e Andrade, 2011).

A anamnese representa um instrumento de grande valia para a assistência à doente. No contexto da elaboração do histórico de enfermagem serve quatro propósitos: a) obter informações específicas necessárias para o estabelecimento do (s) diagnóstico (s) de enfermagem e planeamento dos cuidados; b) facilitar a relação entre a enfermeira e a cliente criando uma oportunidade para o diálogo; c) permitir a participação da cliente na identificação de problemas e no estabelecimento de resultados e d) auxiliar a enfermeira a determinar as áreas para investigação específica, durante a colheita de dados por outros métodos (Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey, 1993). Também permite conhecer melhor a pessoa, planear uma assistência não só curativa mas também preventiva e permite acompanhar e avaliar a sua evolução (Santos, Veiga e Andrade, 2011).

Da análise dos discursos verifica-se que os profissionais recorrem a dois métodos, a observação e a anamnese, que sendo distintos são também complementares para identificar as necessidades das doentes cujo objetivo é, de acordo com Potter e Perry (2002) cit. por Nóbrega e Silva (2009), fornecer ao

enfermeiro uma base de dados sobre a história clínica atual e pregressa, do nível de bem-estar, práticas de saúde e a condição atual do cliente.

Quer a observação como a anamnese devem ter subjacente uma interação pelo que o processo de comunicação pode ser facilitador ou dificultador dessa relação.

Nas diferentes fases do processo de enfermagem, o profissional de enfermagem utiliza a comunicação terapêutica para recolher, reter e transmitir informação tal como evidenciado nos seguintes discursos:

“... às vezes é sentar um bocadinho... e o fundamental é deixá-las falar...” (E6)

“...estando e acompanhando a doente.” (E7)

Os profissionais inquiridos referem que a proximidade, os diálogos, as conversas que estabelecem com as doentes também auxiliam na identificação das necessidades uma vez que aqueles constituem momentos privilegiados para as doentes expressarem os seus problemas. Este processo de interação enquadra-se no âmbito da comunicação terapêutica.

Também Pontes, Leitão e Ramos (2008) partilham esta perspetiva, ao afirmar que a comunicação terapêutica, considerado um instrumento básico do cuidar, permite complementar a identificação das necessidades da pessoa, otimizar assistência de enfermagem e beneficiar o doente.

De facto, o estabelecimento da comunicação terapêutica possibilita ajudar a pessoa com um problema a adaptar-se ao que não pode ser mudado e a superar as barreiras à sua autorrealização, para enfrentar os seus problemas. Além disso, ainda permite à enfermeira estabelecer com a doente um relacionamento terapêutico promotor da troca e partilha de informações entre ambos, ajudar a doente na sua recuperação e criar condições para que a enfermeira possa efetivar mudanças com o objetivo de promover o bem-estar da pessoa (Nóbrega e Silva, 2009; Santos *et al.*, 2010).

No entender da Ordem dos enfermeiros (OE, 2003), a relação terapêutica desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico e tem por objetivo ajudar o cliente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde. Ou seja a relação terapêutica pode desencadear o desenvolvimento da capacidade para o

autocuidado e um interesse participativo do doente no seu processo de saúde-doença que passa a ser independente e responsável pela sua recuperação.

Simões e Simões (2007) confirmam estes pressupostos quando referem que a enfermagem consiste numa relação entre o enfermeiro e a pessoas que intenta o desenvolvimento de potencialidades para aumentar a capacidade de satisfação das necessidades e os mecanismos de adaptação às mudanças ocorridas, na qual o profissional de saúde identifica as necessidades da pessoa, define objetivos, seleciona uma estratégia de ação e avalia os resultados. Contudo este processo só é possível com a implementação de um plano de cuidados o qual só poderá contribuir para a avaliação dos cuidados quando firmado numa avaliação inicial exaustiva, completa e universalmente aceite.

O contexto da identificação das necessidades processa-se em vários momentos, nomeadamente na *admissão* e *durante o internamento* como se constata nas seguintes afirmações:

“... Em qualquer doente admitido no serviço... a primeira avaliação é feita logo nesse momento...” (E1; E2; E3; E4)

“... quando a doente dá entrada faz-se uma avaliação mais cuidada, mais pormenorizada” (E6)

Relativamente à subcategoria *admissão* os enfermeiros referem que a primeira avaliação é feita no momento do acolhimento da doente no serviço.

A identificação inicial das limitações para o autocuidado na mulher mastectomizada aquando da sua admissão no serviço está de acordo com os enunciados descritivos de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação que considera ser um elemento importante face ao bem-estar e ao autocuidado, entre outros, a identificação, o mais rapidamente possível, dos problemas reais ou potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem conhecimentos para prescrever, implementar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação (OE, 2011).

Da análise das entrevistas sobressai que para além da avaliação inicial efetuada no momento da admissão, também é realizada uma avaliação contínua ao longo do internamento sendo esta realizada essencialmente aquando da realização das diferentes atividades de autocuidado pela mulher. Na opinião de Iyer, Taptich e

Bernocchi-Losey (1993) os dados colhidos posteriormente permitem identificar problemas adicionais que podem ter surgidos como resultado da hospitalização, do processo de doença ou das modalidades de tratamento. Por comparação com os dados colhidos inicialmente a enfermeira pode alterar, acrescentar ou dar termo às intervenções de enfermagem previamente planeadas, exposto pelos seguintes excertos,

“... depois é mantida ao longo do internamento também vai sendo avaliada a capacidade da mulher...” (E1, E2, E3)

“... sempre que estou com a doente... a avaliação é feita de forma contínua...” (E4; E5; E6; E7)

“... durante a prestação de cuidados avaliamos se a doente tem algum tipo de limitação...” (E8; E9)

As fontes a partir do qual é possível obter informação sobre o cliente no que se refere ao seu bem-estar, aos procedimentos realizados anteriormente e as condições da doença atual podem ser primárias ou secundárias (Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993). A fonte primária é o próprio doente e as fontes secundárias incluem os familiares e/ou os profissionais de saúde, mencionados pelos participantes

“... é pela informação que a doente dá das dificuldades que apresenta.” (E1;E3;E8)

“...com os familiares qua a acompanham é que faço essa avaliação” (E1, E5)

“A informação disponibilizada no diário clínico pelo médico ou pelos médicos ...” (E1; E5)

A doente constitui a fonte principal para a obtenção de dados subjetivos pertinentes e da forma mais fidedigna pois só ele poderá expressar as suas próprias sensações. Por sua vez, as fontes secundárias fornecem informações sobre a condição de saúde atual e estado funcional do cliente, fatores de risco, práticas e objetivos de saúde, as respostas aos tratamentos prévios e os padrões de saúde e doença.

Além disso as fontes secundárias podem acrescentar algo aos dados já disponíveis para comparação e avaliação. São um recurso quando o doente não pode participar, quando é necessário complementar, esclarecer ou confirmar a informação por ele disponibilizada. Os membros da família são geralmente bem informados, devido às experiências de vida com o paciente e porque observam como os problemas de saúde afetam as atividades de vida diária (Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey, 1993).

3.2 Fatores Dificultadores no Processo do Autocuidado

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção das complicações e da maximização das capacidades. Neste processo de cuidar devem ser identificados os fatores facilitadores e inibidores para a realização do autocuidado de forma independente no contexto de vida da pessoa (OE, 2011).

Neste pressuposto no presente estudo, procurou-se identificar que dificuldades os enfermeiros de reabilitação encontram na promoção do autocuidado da mulher mastectomizada. A partir das entrevistas efetuadas foram encontrados elementos que resultaram na categoria denominada *fatores dificultadores do processo do autocuidado* à frente esquematizada, integrando as seguintes: *progressão da doença, dor, diminuição da amplitude de movimentos, alteração da imagem corporal; desconhecimento sobre a doença e formação profissional.*



Diagrama 3 - Fatores dificultadores no processo do autocuidado

Na ótica dos enfermeiros há vários fatores que dificultam o processo do autocuidado por parte da mulher com cancro da mama. Uns estão

inquestionavelmente relacionados com a situação clínica e com a gestão da doença por parte da mulher. Assim a progressão da doença emerge nas palavras dos enfermeiros inquiridos, como um fator obstaculizador:

“As que têm dificuldades, por norma são doentes já em estado avançado da doença, com metastização óssea, com muita degradação do estado geral... subsequente à evolução da própria doença.” (E6)

“Nas doentes em fase terminal a principal dificuldade... é o seu estado, a progressão até um fim previsível anula qualquer possibilidade de promover o autocuidado.” (E9)

Qualquer doença crónica caracteriza-se *“por uma história natural prolongada, longos períodos em que é assintomática, manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação e períodos com evolução para graus variáveis de incapacidade ou mesmo para a morte”* (Marques e Pierin, 2008, p.328).

Assim, também no caso da doença oncológica mamária, quanto mais avançado o estadió da doença, mais grave a condição da mulher, maiores são as perdas físicas e psicológicas e os riscos de comorbilidades gerando dificuldades crescentes para enfrentar a doença e as suas complicações. Consequentemente há um declínio gradual e irreversível da capacidade funcional.

Contudo a dificuldade de se promover o autocuidado das mulheres mastectomizadas em fase terminal da doença não anula a necessidade e a importância das intervenções de enfermagem de reabilitação. Neste caso elas sobrepõem-se ao conceito de cuidados paliativos na procura da melhor qualidade de vida, controlo dos sintomas físico e psicológicos, alívio do sofrimento e o melhor proveito do tempo remanescente (WHO, 2013).

É neste sentido que o enfermeiro de reabilitação pode intervir no sentido de complementar os cuidados à mulher nesta fase da doença na persecução de uma assistência holística e humanizada devendo o profissional estar particularmente atento às dificuldades manifestadas pela doente e presta-lhes cuidados adequados de acordo com as necessidades identificadas.

Camargo e Souza (2003, p.616) referem que a *“pensar hoje em oncologia é pensar em sobrevivida com qualidade e não se fixar na cura da doença”* e portanto o papel desempenhado pela enfermeira no apoio aos doentes oncológicos é deveras importante em qualquer fase da doença. Assim a assistência de enfermagem à pessoa

com doença oncológica torna possível a intervenção ao nível da prevenção primária e secundária, no tratamento da doença, na reabilitação e na doença avançada.

Da abordagem cirúrgica para o tratamento do cancro da mama, independentemente de ser conservadora ou radical, pode resultar lesão do nervo intercostobraquial (responsável pelas alterações da sensibilidade da região braquial proximal, medial e axilar) favorecendo o aparecimento de parestesias, sensação de queimadura, ardência ou irritação e dor. Quando esta ocorre comporta restrições no desempenho das atividades de vida, como referem os enfermeiros

“... a dificuldade tem a ver com a dor que ela sente ao mexer o braço...” (E4)

A dor é definida pela *American Pain Society* como sensação desagradável e uma experiência emocional associada a lesão potencial ou atual do tecido ou descrita em termos dessa lesão (Otto, 2000). Depois de operada as mulheres poderão apresentar vários tipos de dor ou desconforto incluindo dor neuropática, dor fantasma ou dor local.

Segundo Nascimento *et al.* (2012) a dor na região mamária ou membro superior é uma das queixas mais frequentes no período pós-operatório podendo estar presente não só durante a realização dos exercícios, as atividades de vida mas também em repouso.

Gutiérrez *et al.* (2007) mencionam que cerca de 55% das mulheres submetidas a cirurgias deste tipo sentem dor no período pós-operatório e que esta pode manter-se por meses ou mesmos anos. Como tal, deve merecer particular atenção dado que está diretamente relacionado com o desempenho das atividades de vida diária e ao bem-estar físico e emocional (Rett *et al.*, 2012). Mesmo quando considerada de “leve” a dor não deve ser desvalorizada uma vez que interfere negativamente nas atividades de vestir e despir, de higiene e na realização das atividades domésticas e laborais. Infere-se daqui a importância da reabilitação precoce na prevenção de complicações pós cirúrgicas e no restabelecimento da função física e funcional da mulher.

A mastectomia consiste na remoção da glândula mamária, aponevrose anterior e posterior do músculo grande peitoral, com conservação do músculo grande peitoral. O músculo pequeno peitoral ser removido ou não. Este procedimento pode ser acrescido de esvaziamento axilar ganglionar (Otto, 2000).

A realização da linfadenectomia axilar quando realizada de forma isolada mas principalmente quando combinada com a radioterapia pode desencadear complicações sensitivas e motoras no membro superior do lado operado. A diminuição da amplitude de movimentos é uma das que mais frequentemente afeta as mulheres como referem os inquiridos,

“A nível físico, as principais limitações prendem-se com o movimento do braço homolateral à cirurgia, devido à diminuição da amplitude de movimentos do ombro.” (E1)

“Existem limitações de mobilização articular... mais até no ombro” (E2)

“...custa-lhes fazer a abdução do braço...” (E7)

Estes relatos corroboram os dados obtidos num estudo efetuado por Silva *et al.* (2010) no qual foi avaliada a funcionalidade do membro superior e a qualidade de vida de mulheres submetidas a cirurgia mamária com linfadenectomia tendo os autores concluído que 40% das participantes sentiram dor no ombro, 15% diminuição da amplitude de movimentos do ombro e 10% não conseguia fazer os exercícios de reabilitação.

Silva *et al.* (2004) cit. por Bregagnol (2010) referem que cerca de metade das mulheres submetidas a esvaziamento axilar apresenta limitação de pelo menos um movimento do ombro. Os movimentos de flexão e abdução são os mais atingidos devido à rápida instalação de rigidez e atrofia muscular. A imobilização, a dor, traumatismos no nervo torácico longo ou espasmo muscular cervical, são também fatores que contribuem para que a mulher movimente o braço com menos frequência potenciando esta complicação que se não tratada pode evoluir para uma deformidade permanente.

A limitação da amplitude de movimentos de flexão e abdução do ombro surge após a cirurgia e pode manter-se a longo prazo. Quando é superior a 30º torna incompatível a realização de atividades diárias como pentear o cabelo ou apertar o soutien. O aparecimento e o agravamento desta e de outras complicações físicas podem evitados e/ou minimizados mediante a implementação precoce de um programa de reabilitação. Prevenir ou minimizar complicações, a reabilitação física e funcional do movimento do membro homolateral, recuperar a independência da mulher e a sua qualidade de vida são os objetivos.

Porém as repercussões da mastectomia não se limitam à parte física. As alterações da autoimagem pode ser um obstáculo à promoção do autocuidado tal como é expresso nos seguintes excertos:

“É precisamente a dificuldade de a mulher aceitar a alteração da imagem corporal...” (E1)

“É mais a nível psicológico, o choque da doença, o choque da mutilação, alteração da imagem...” (E2; E6)

Este aspeto está em consonância com a literatura pois como refere Venâncio, (2004) cit. por Hoffmann *et al.* (2006, p.145) pelas suas implicações, o diagnóstico de cancro pode ser percebido como *“vergonhoso, incapacitante e sem cura”* e pode ser vivido pelo doente (e pelos familiares) como *“um momento de intensa ansiedade e sofrimento”*, além de que, na situação do cancro da mama estar inerente uma parte do corpo associada à feminilidade.

Neste âmbito interfere com a perceção da sexualidade, imagem corporal e autoestima da mulher de uma maneira muito mais significativa do que qualquer outra neoplasia (Salimena *et al.*, 2012).

Pereira *et al.* (2006, p.793) acrescentam a primeira grande dificuldade a ser enfrentada pelas mulheres, após a mastectomia é a sua *“própria aceitação, como olhar-se no espelho e aceitar que o corpo está diferente”*.

Também Silva *et al.*, (2013) ao estudarem as representações sociais de mulheres mastectomizadas e as suas implicações para o autocuidado concluíram que 72% das mulheres da amostra associaram a mastectomia a sentimentos de mutilação e uma alteração profunda na imagem corporal, situação que pode desencadear na mulher sentimentos de fragilidade, revolta, constrangimento e isolamento social impondo à mulher limitações que ela terá enfrentar em situações que implicam a exposição corporal e na adaptação social para a realização das suas atividades (Queiroz e Sousa, 2013).

Consequentemente em sequência da mastectomia, a própria aceitação da mulher passa a ser um desafio. Em certas mulheres a aceitação da alteração da imagem corporal faz-se de forma contínua e progressiva o que implica a necessidade de tempo para a mulher incorporar a sua nova imagem corporal, pois esta é fruto das suas experiências acumuladas ao longo da sua vida (Pereira *et al.*, 2006). Ao

enfermeiro que presta cuidados à doente mastectomizada, cabe avaliar o estado emocional da doente considerando o significado que esta experiência tem para ela e intervir atendendo às exigências que dele resultam.

Assim, para se perceber as experiências vivenciadas durante as transições saúde-doença é necessário identificar as condições pessoais e ambientais que facilitam ou inibem o seu progresso no sentido de se alcançar uma transição saudável e desta forma encontrar o seu bem-estar (Schumacher e Meleis, 1994; Meleis *et al.*, 2000).

Os significados estão entre os fatores pessoais que poderão condicionar o processo de transição. Portanto, para que haja uma compreensão integral de todo o processo de transição é necessário descobrir quais os significados e efeitos das mudanças que esse processo envolve (Meleis *et al.*, 2000). Sendo a mastectomia um procedimento agressivo e com grande impacto na mulher, é necessário que o significado dessa experiência no contexto das suas vidas seja devidamente clarificado.

Atendendo que a mulher mastectomizada passa por um processo de doença que se estende por um longo período de tempo à qual se associa a possibilidade de dependência para o autocuidado os seus cuidados devem visar os períodos que antecipam a transição, a preparação para a mudança de papéis e a prevenção dos efeitos negativos no indivíduo (Meleis *et al.*, 2000).

Para as autoras o nível de preparação prévia, o conhecimento do que é expectável durante a transição e as estratégias de gestão da transição são facilitadores desse processo. Ou seja, a preparação antecipatória constitui um fator facilitador da transição e a sua ausência um fator inibidor. Inerentemente relacionado com a preparação está o conhecimento sobre o que esperar durante a transição e quais as estratégias que poderão auxiliar na gestão da mesma pelo que o desconhecimento se revela problemático como é revelado pelos nossos entrevistados:

“...a mulher não sabe que tipo de limitações é que vai ter a nível físico, pois esta é uma área que não é muito explorada no contexto pré-operatório e as mulheres encontram-se no internamento com essa necessidade de serem confrontadas com...com as limitações pós cirúrgicas.” (E1)

“... muitas vezes têm medo de mexer o braço... ouviram dizer que não devem mexer o braço....” (E3; E4: E7)

Não ter conhecimento sobre a doença, a cirurgia, a implicações que a mesma pode ter, os cuidados a ter com o membro é um fator que interfere negativamente na

promoção do autocuidado. Num estudo realizado por Silva (2007) a autora conclui que as pessoas que se encontram internadas e que referem falta de conhecimento sobre como gerir a sua situação de doença apresentam simultaneamente dificuldade no autocuidado por falta de capacidade e de conhecimento.

Acresce ainda que a falta de informação é um fator que contribui para aumentar a vulnerabilidade e fragilidade da mulher. Neste sentido dar informação sobre a doença, os tratamentos e possíveis consequências são fundamentais para diminuir a ansiedade e o medo face ao diagnóstico e aumentar a capacidade de adaptação.

Preconiza-se assim a necessidade de uma melhor preparação destas doentes, pelo que é necessário que os profissionais de saúde forneçam orientações sobre a doença, os tratamentos e as diferentes etapas de todo o processo a estas mulheres pois só assim será possível contribuir de forma significativa para a sua readaptação física, social e emocional (Caetano, Panobianco e Gradim, 2012).

Vários autores realçam a importância do papel do enfermeiro na assistência prestada a estas doentes dado que o défice de conhecimento relacionado com o autocuidado propicia a ocorrência de complicações pós cirúrgicas, atrasam a cicatrização e a reabilitação. A informação fornecida no pré-operatório ajuda a mulher a enfrentar e a adaptar-se à sua condição porque diminui a ansiedade, ajuda a minimizar as complicações cirúrgicas, promove uma maior participação no autocuidado, o bem-estar e a qualidade da assistência prestada (Phipps *et al.*, 1999; Tenani e Pinto, 2007; Camargo e Souza, 2003; Barreto *et al.*, 2008).

A falta de informação das utentes pode estar associada a uma formação profissional deficiente, tal como se pode inferir do seguinte excerto:

“... eu acho que a maior parte não sabe... quando é que um membro pode afastar mais ou menos do corpo ou quais os limites... que ângulos é que pode fazer...” (E3).

Por sua vez as nossas entrevistadas referem que há uma falta de enfermeiros de reabilitação, que por via da sua formação específica poderiam orientar de forma gradativa as utentes:

“A instituição não aproveita os recursos que tem... falta essa pessoa com os conhecimentos exatos e com o tempo para dizer naquele momento a senhora tem que fazer isto, isto e isto e depois ir dando esses conhecimentos gradualmente. Falta isso porque a instituição não tem enfermeiro de reabilitação, se os serviços tivessem enfermeiro de reabilitação... esse problema era colmatado.” (E3)

De facto os participantes referiram que a exigência de cuidados dos doentes oncológicos e a necessidade de dar resposta a um plano de trabalho em tempo útil é um fator dificultador da implementação das intervenções de enfermagem de reabilitação evidenciado no seguinte excerto,

“...há muito trabalho, este serviço é muito exigente... com a carga de trabalho que temos, para conseguir dar resposta ao plano de trabalho é difícil, é inconcebível... ou então não dou resposta.” (E3)

O enfermeiro especialista tem um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. O nível elevado de conhecimentos do enfermeiro de reabilitação permite tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (OE, 2011).

Neste sequência os profissionais referem que a sua formação poderia complementar a orientação das doentes refletindo uma assistência de qualidade e direcionada para promoção do autocuidado como evidenciado pelos excertos seguintes,

“O enfermeiro especialista pode fazer a diferença com vários doentes, a mulher mastectomizada é só um exemplo...” (E2)

“O enfermeiro de reabilitação poderia fazer a diferença...porque tem uma perspetiva completamente diferente além de que esta assistência a estas doentes poderia ser melhorada desde o primeiro dia de internamento.” (E3)

3.3 Intervenções Promotoras do Autocuidado

Neste estudo procuramos conhecer as intervenções de enfermagem de reabilitação promotoras da sua independência no autocuidado. Da análise dos discursos emergiram três subcategorias: *intervenções autónomas*, *resultantes de prescrições* e *contexto* (diagrama 4).



Diagrama 4 - Intervenções promotoras do autocuidado

As necessidades de autocuidado surgem quando um indivíduo, na sequência da doença ou acidente se torna dependente, passando assim de agente de autocuidado à posição de agente dependente de autocuidado. Assim de acordo com a avaliação do défice de autocuidados o enfermeiro adequa a sua intervenção no sentido de minimizar os efeitos desses défices (Orem, 2001 cit. por Petronilho, 2012).

Assim para responder às necessidades de autocuidado os enfermeiros podem recorrer a vários métodos de ajuda: executar ou agir pelo doente; orientar e dirigir; dar apoio físico e psicológico; proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e ensinar (George, 2000 cit. por Petronilho, 2012).

A subcategoria *intervenções autónomas* foi por nós considerada tendo em conta o conjunto de “ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações universais” (OE, 2011, p.10). Para um vasto conjunto de intervenções autónomas para esta população foram identificadas nos discursos das enfermeiras: *dar apoio psicológico, posicionar e orientar sobre o posicionamento do membro, mobilizar e orientar sobre a mobilização do membro, vigiar, informar e capacitar a utente e família para a vigilância.*

As repercussões já referidas do cancro da mama tanto a nível físico como emocional implica que a mulher mastectomizada necessita de apoio emocional objetivando uma melhor compreensão, interação, adaptação e aceitação da autoimagem. Cabe ao enfermeiro o importante papel de prestar apoio e desenvolver ações que permitam à mulher recuperar o conceito de si mesma e uma melhor adaptação à sua nova situação (Alves *et al.*, 2011). Neste sentido os enfermeiros procuram *dar apoio emocional* às doentes, como mostram os seguintes extratos,

“... apoio inicial, será mais a nível psicológico pela ausência da mama, como irá compensar essa falta a nível funcional e nível estético” (E6)

“... em primeiro lugar o alívio psicológico... relativamente à amputação da mama.” (E8)

No entanto, apreendemos dos testemunhos dos entrevistados que o apoio psicológico à mulher mastectomizada centra-se sobretudo no período pós-operatório.

O apoio emocional deve ter início ainda no período pré-operatório dado que logo após o diagnóstico se vivenciam sentimentos antecipados de perda que precisam ser trabalhados para que seja possível uma resposta adaptativa eficaz manifestada por uma recuperação física e psíquica adequada (Rodrigues *et al.*, 2003). Segundo alguns autores, este período constitui um momento propício para promover o diálogo, a partilha de sentimentos, conhecimentos e empatias, sendo assim possível adotar estratégias de cuidados que não se restringem ao conhecimento técnico-científico, mas que conjuntamente compreendam o conhecimento das expectativas e perceções da doente face à cirurgia contemplando os seus aspetos físicos, emocionais e sociais (Alves *et al.*, 2010; Mineo *et al.*, 2013).

Ainda no âmbito das intervenções autónomas, *Posicionar e mobilizar o membro homolateral* também foram intervenções identificadas como referem as seguintes unidades de análise:

“... temos mais cuidado com o posicionamento do membro do lado operado...”(E2)

“... começa logo com o posicionamento correto logo que vem do bloco.” (E3)

“... o primeiro cuidado está no posicionamento do membro...”; (E4)

“... e logo que vem do bloco os cuidados são com os posicionamentos do membro operado,”(E5)

“a mobilização passiva e depois ativa...” (E2)

A literatura refere que uma das intervenções mais importantes no pós-operatório imediato é manter a mão e o braço do lado operado apoiados em almofadas de modo a que permaneçam mais elevados do que o cotovelo e este mais elevado que o ombro. Esta posição tem por objetivo principal evitar a estase linfática e venosa e deve ser adotada quer a mulher esteja sentada ou deitada (Phipps *et al.*, 1999). A posição adotada deverá ser a mais confortável possível, não sendo contudo necessário manter permanentemente o membro superior homolateral nesta posição (Bergmann *et al.*, 2006).

A imobilização do membro homolateral à cirurgia favorece o aparecimento de fibroses retrações e aderências que restringem os movimentos do ombro e aumentam o risco de linfedema e ou outras complicações.

Neste sentido, a mobilização articular (ativa, passiva ou auto passiva) desde o primeiro dia de pós-operatório permite a recuperação gradual dos movimentos do membro superior até amplitudes compatíveis com o desempenho das atividades de vida, favorece a eliminação de líquidos tecidulares, as aderências cicatriciais, limita a atrofia muscular e permite recuperar a capacidade funcional e a independência nos autocuidados além de propiciar maior bem-estar (Pinto e Silva *et al.*, 2004; Vieiros *et al.*, 2006; Jammal *et al.*, 2008; Sant`Anna *et al.*, 2010). O plano de reabilitação deve incluir movimentos de flexão, extensão, abdução e adução, rotação interna e externa do braço com repetição, duração e amplitude variados de acordo com a fase do pós-operatório em que a doente se encontra; alongamento e relaxamento da região cervical e da cintura escapular com elevação e rotação dos ombros (Pinto e Silva, 2004; Petito e Gutiérrez, 2008).

Depois de submetidas a cirurgia podem surgir várias complicações motivo pelo qual o pós-operatório impõe que alguns cuidados sejam observados especialmente com o membro ipsilateral prevenindo-se o seu aparecimento e para que a recuperação funcional e da capacidade para o autocuidado não sejam postos em causa.

Apesar da cirurgia mamária ser considerada como cirurgia limpa, o risco de infecção da ferida cirúrgica ainda é considerável. A diminuição mecanismos de defesa do organismo, a presença dos drenos ou a realização prévia de tratamento quimioterápico são alguns fatores que potenciam esse risco. O exame contínuo do local cirúrgico torna possível a identificação da infecção e conseqüentemente uma intervenção atempada.

Além disso a mastectomia e a linfadenectomia favorecem a acumulação de sangue e linfa pelo que são colocados drenos aspirativos que promovem a drenagem desses líquidos mas também constituem um meio de cultura para microrganismos. Assim, o enfermeiro deve ainda avaliar a quantidade de líquido drenado para os sistemas de aspiração assim como as suas características, vigiar o local de inserção dos mesmos e aparecimento de outras complicações como hemorragia, seroma ou necrose da pele (Phipps *et al.*, 1999). Para Vieiros *et al.*, (2007) a prevenção de complicações pós operatórias imediatas como a infecção e complicações cicatriciais (juntamente com a educação da doente em relação a algumas práticas higienodietéticas) é onde se firma a prevenção primaria do linfedema como podemos constatar nos seguintes discursos,

“...também a vigilância de sinais vitais, e a vigilância das drenagens, a vigilância da pele à volta da ferida operatória...” (E2)

“...aqueles cuidados com os drenos, as características das drenagens, o volume, o cuidados com a sutura.” (E4)

“... os cuidados com os drenos... vigiar o aparecimento de seroma ou hematoma...” (E5)

A orientação para o autocuidado é um dos aspetos que permite distinguir a atividade de enfermagem de outras disciplinas, pois é por meio das ações de autocuidado que podem ser implementadas intervenções promotoras da saúde ao longo de todo o *continuum* do processo saúde/doença. O objetivo dessas intervenções é transmitir informação sobre a sua condição de saúde e sobre o seu tratamento e capacitar as pessoas para a auto monitorização, perceção e identificação de alterações

na funcionalidade, para avaliar a gravidade daí decorrente, bem como selecionar e desempenhar as ações adequadas para gerir essas mudanças (Galvão e Janeiro, 2013) como referido pelos entrevistados

“Nós aqui informamos sempre a mulher” (E2; E3)

“... é importante explicar, dizer-lhe as complicações, as limitações com que podem ficar se não tiverem com o membro...” (E4; E5; E7)

Quando submetidas a mastectomia as mulheres, para melhor enfrentarem a doença, sentem necessidade de se manterem informadas sobre a sua saúde (Caetano, Panobianco e Gradim, 2012). Disponibilizar informação precisa e abrangente sobre a doença e os cuidados que devem ter depois da cirurgia juntamente com a realização de cuidados individualizados permite que as doentes fiquem cientes do seu tratamento e sejam agentes ativos no seu processo de reabilitação (Oliveira *et al.*, 2008). A informação é essencial para auxiliar na superação da doença na medida em que quanto mais informada ela estiver sobre a sua doença menor será a ansiedade, o medo e a preocupação, maior será a sua capacidade de adaptação face ao diagnóstico e aos tratamentos efetuados (Camargo e Souza, 2003; Barreto *et al.*, 2008; Alves *et al.*, 2011).

Da análise dos dados foi possível verificar que há um conjunto de intervenções relacionadas com fornecer informação nomeadamente ensinar, fornecer um folheto informativo, atender às necessidades das doentes, demonstrar, acompanhar e incentivar comprovado nas seguintes transcrições,

“Ensino-lhes... os posicionamentos... os movimentos articulares... o exercício de trepar a parede.” (E6)

“Entregamos um folheto... e também alguma informação que elas podem ler e enquanto ainda estão internadas...” (E7)

“Temos que ir ao encontro das necessidades das doentes e dar-lhes aquilo que elas precisam... Dosear a informação, o excesso de informação só vai confundir e gerar medos e inquietudes que não são necessários.” (E8)

“... se for demonstrado como devem fazer...” (E4)

“... esse acompanhamento é feito pela enfermagem... e os exercícios executados pela própria têm o acompanhamento da enfermagem...” (E1)

“Incentivá-las e motivá-las também é importante.” (E5)

Através do processo educacional é possível promover o autocuidado, pois é por meio daquele que a doente e a família são ajudados a obter novas informações, a

desenvolver comportamentos adaptativos para enfrentar a sua nova condição de saúde ou incapacidade e a evitar o seu agravamento (Diel, 1989 cit. por Dean-Barr, s/d in Hoeman, 2000).

A educação em saúde está na base da gestão eficaz que a pessoa faz da sua saúde e doença. Para que esta seja possível é indispensável a pessoa possuir competências cognitivas e sociais para obter, processar e compreender informação de forma que promovam e mantenham a boa saúde. Ao conjunto de competências, ou literacia em saúde (WHO, 1998), está associada a promoção da autonomia e o *empowerment* do indivíduo. Isto porque as competências das pessoas em literacia em saúde incluem *competências básicas em saúde; competências do doente; competências como consumidor e competências como cidadão*. São as competências básicas em saúde que facilitam a adoção de comportamentos protetores da saúde e prevenção da doença, bem como de autocuidado.

A educação para a saúde pode ser entendida como um processo orientado para a utilização de estratégias de modo a que venha a interferir no conhecimento e no seu comportamento devendo-se recorrer à combinação de métodos como o ensino, aconselhamento e técnicas de modificação de ações que ajudem a pessoa a adotar comportamentos que permitam um estado saudável (Oliveira *et al.*, 2008).

Constata-se que os enfermeiros, ao atender às necessidades de aprendizagem vão de encontro ao que preconiza a literatura. A informação em saúde deve ser clara, compreensível, credível, consistente e personalizada, o que significa que a informação deve ser disponibilizada de acordo com as necessidades do cliente, adaptada ao seu nível cultural e cognitivo. Também Phaneuf (2001) cit. por Pereira (2012) refere que no processo de ensino é necessário considerar alguns princípios nomeadamente dividir o ensino em parcelas como forma de promover a aprendizagem.

A ansiedade que caracteriza a vivência da mastectomia influencia negativamente a capacidade da pessoa apreender e aplicar a informação recebida e de resolver os seus problemas. Planear e disponibilizar informação de acordo com as suas necessidades e determinar qual o momento mais apropriado para transmitir a informação são estratégias possíveis para que o período pós-operatório seja menos angustiante o que permite à mulher melhorar a sua capacidade de enfrentar a sua condição clínica e iniciar o autocuidado (Tenani e Pinto, 2007; Sousa *et al.*, 2013).

Similarmente a demonstração também pode ser uma das estratégias mais eficazes a utilizar no processo de ensino-aprendizagem (Dean-Barr, s/d in Hoeman, 2000).

Redman (2003) cit. por Silva (2007) menciona que a demonstração é um desempenho de procedimentos ou habilidades psicomotoras e respetiva prática que tem por foco construir uma imagem mental clara de como é efetuado determinado procedimento. Por meio da demonstração a enfermeira procura estimular e promover as adaptações necessárias ao autocuidado, em respeito à preservação da autonomia e da dignidade humana favorecendo o desenvolvimento das habilidades que possam contribuir para o bem-estar.

O acompanhamento profissional foi referido como um dos fatores facilitadores da adesão das mulheres mastectomizadas aos programas de reabilitação uma vez que no profissional a doente encontra acolhimento e compromisso do profissional no seu processo de reabilitação. O acompanhamento pela enfermeira especialista em reabilitação aquando da realização dos exercícios é uma forma de assegurar que a doente os executa além de permitir reforçar, melhorar e avaliar as competências para o autocuidado.

Os profissionais também referem incentivar as doentes para as realizarem o autocuidado, sendo relevante para promover a independência no autocuidado.

Embora a doença seja vivenciada de forma individual, o envolvimento de pessoas significativas aumenta as possibilidades de proporcionar apoio e tranquilidade nessa vivência (Salimena *et al.*, 2012). Os cônjuges e os membros da família são as principais fontes de apoio para estas mulheres representando um requisito fundamental para o desenvolvimento de respostas adaptativas ao desequilíbrio provocado quer pelo diagnóstico de doença oncológica quer pela mastectomia (Northouse, 1989 cit. por Hofmann *et al.*, 2006; Caetano, Panobianco e Gradim, 2012) constituindo-se também como um estímulo à adoção e manutenção de hábitos de autocuidado por parte das mulheres (Romeiro *et al.*, 2012) ideia expressa pelos participantes,

“... se a mulher está predisposta para que haja um envolvimento dos familiares procuramos fazer a integração do familiar mais próximo, seja ele o marido ou o prestador de cuidados mais ligado para que seja um estímulo para que os exercícios sejam continuados no domicílio e para alguns cuidados a ter...

nomeadamente se for uma mulher ativa quais os cuidados que ela deve ter em algumas situações do dia a dia.” (E1)

A família deve ser incluída nas orientações a dar às doentes para que, com base no conhecimento sobre o processo de doença e de como realizar os cuidados necessários para lidar com as consequências da doença possam participar na reabilitação e na solução de problemas e efetivamente servir de alicerce e fonte de apoio contínuo para a mulher (Leite e Faro, 2005).

De acordo com Meleis *et al.* (2000) *in* Meleis (2010) é importante que a pessoa em transição encontre na comunidade os recursos necessários para o seu dia-a-dia pois estes surgem como facilitadores do processo. Como tal, a família (e os amigos), como suporte social, tem um efeito positivo na medida em que aumenta a autoestima, diminui ansiedade e a depressão pelo que a capacidade para lidar com a situação melhora permitindo que o enfrentamento da doença seja mais positivo.

As intervenções de promoção do autocuidado visam ajudar a família ao nível do domínio cognitivo (abrange o campo das opiniões, ideias e informações); domínio afetivo (visa a validação ou normalização de emoções, a promoção da expressão de sentimentos e facilitar a adaptação) e do domínio comportamental (intenta ajudar os membros da família a serem cuidadores). No desenvolvimento de práticas educativas a observação destes domínios possibilita instituir mudanças, objetivando a promoção da saúde além de promover a dinâmica e o sistema de suporte familiar (Wright e Leahey, 2002).

As intervenções *resultantes de prescrições* são as ações realizadas pelas enfermeiras e que decorrem das prescrições médicas (OE, 2011).

As comorbidades secundárias à cirurgia provocam alterações físicas como o desconforto e comprometimento da mobilidade. A dor, as parestesias, a sensação de queimadura estão entre as possíveis complicações (Sant`Anna *et al.*, 2010). Neste sentido, a administração de medicação analgésica pode ajudar na prevenção e tratamento dos sintomas álgicos constituindo-se como ferramenta indispensável no restabelecimento da função física e funcional das mulheres promovendo a sua adesão ao programa de reabilitação e inerente capacitação para o autocuidado (Gutiérrez *et al.*, 2007; Rett *et al.*, 2012) tal como referem os profissionais,

“Administrar analgésicos para que não tenham dor quando fazem os exercícios...” (E4)

A subcategoria *contexto* foi construída relativamente aos momentos em que ocorre a implementação das intervenções. Assim os enfermeiros inquiridos referiram que implementam as intervenções em dois momentos distintos: no período pré-operatório e no período pós-operatório como mostram os seguintes relatos,

“À doente que ainda vai ser submetida a cirurgia, é feito ensino sobre os cuidados que deve ter no período pré-operatório, sendo também feita uma pequena abordagem sobre os cuidados que deve ter no pós-operatório...” (E1)
“Os cuidados temos logo que a doente vem do bloco...” (E4)

De acordo com os participantes as intervenções implementadas são diferentes consoante a fase do período cirúrgico em que as doentes se encontram e justificam-se de acordo com as suas necessidades. Assim no período pré-operatório focam-se essencialmente na prevenção e minimização de potenciais complicações da cirurgia. É também disponibilizada informação relacionada com os diferentes passos que antecedem o ato cirúrgico e feita uma breve abordagem aos cuidados a ter no pós-operatório. Já no período pós-operatório as intervenções implementadas preconizam a prevenção de complicações cirúrgicas e a reabilitação física das doentes sendo dado particular destaque às ações educativas.

Relativamente às intervenções que os enfermeiros consideram serem mais eficazes na promoção do autocuidado mulher mastectomizada, maioritariamente os enfermeiros entrevistados consideram as intervenções *demonstrar, informar e atender às necessidades de aprendizagem* como sendo as mais eficazes na promoção do autocuidado evidenciado nos seguintes excertos:

“A demonstração de como fazer os exercícios... é uma boa técnica.” (E1)
“É como lhe disse dar-lhes toda a informação de que necessitam para que possam com isso tomar a decisão mais adequada” (E3;E5)
“...acho que a melhor estratégia é ir dando a informação de acordo com as suas necessidades...” (E4; E6).

3.4 Avaliação das Intervenções

O exercício profissional impõe necessariamente a condição de avaliação, isto é determinar o quanto os objetivos previamente traçados foram alcançados estando o seu foco nas mudanças comportamentais e do estado de saúde do cliente (Iyer, Taptich & Bernocchi-Losey, 1993).

Assim as nossas entrevistadas expressam a necessidade de avaliar e eventualmente replanear as suas intervenções. Do *corpus* de análise foi definida a categoria *avaliação das intervenções*, que inclui as seguintes subcategorias *observação*, *adaptação demonstrada* e *competências instrumentais* (diagrama 5).

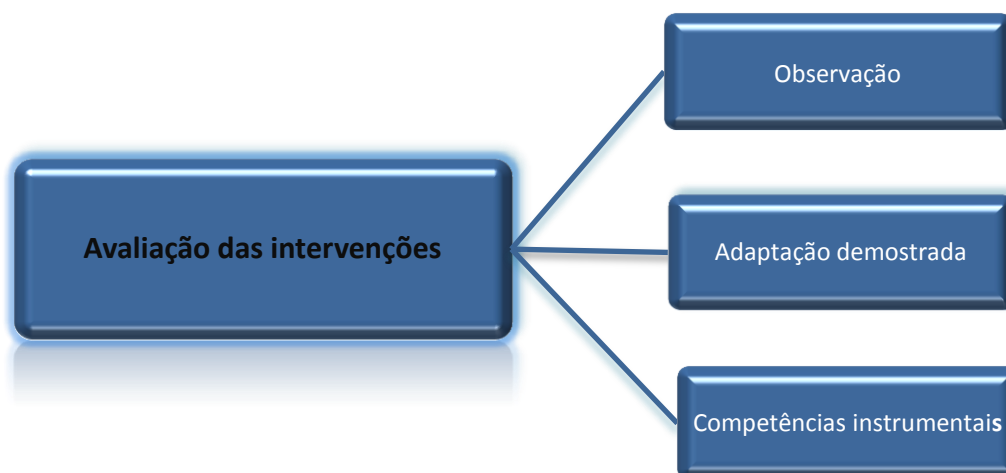


Diagrama 5 - Avaliação das intervenções

A observação é o meio pelo qual é possível obter informação. Carvalho (1971) cit. por Brasil (1997) considera que a observação é um instrumento de avaliação e validação dos resultados obtidos, ou seja permite determinar a eficácia da assistência de enfermagem na medida em que permite atentar para o desempenho do doente tal como manifestam os inquiridos,

“... é mais pela observação da realização das atividades pelas mulheres ...” (E2; E3)

“Vejo como é que fazem as mobilizações, o transporte de cargas....” (E5)

“Acaba também por ser pela observação” (E9)

“... pela postura, o estado emocional das doentes. A doente passa a estar mais descontraída porque já compreende” (E4)

“A doente passa a estar mais tranquila... menos ansiosa, mais à vontade com a situação... Há uma mudança de comportamento que revela que a doente percebeu o que lhes foi dito.

No contexto da avaliação das intervenções foi possível verificar que não existe um único método através do qual os enfermeiros avaliam as intervenções de enfermagem implementadas mas maioritariamente os entrevistados referiram a *observação* como o principal método pelo qual avaliam a capacidade da doente para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária.

Como atrás se referiu o cancro da mama é potenciador de ansiedade e stresse, o que de alguma forma pode obstaculizar a capacidade da utente para aprender a informação, o que condiciona a avaliação das intervenções de enfermagem orientadas para o ensinar, instruir, informar. Assim nesse processo de monitorização dessas intervenções há que avaliar a gestão eficaz ou a *adaptação demonstrada* (INC, 2005) tendo em conta indicadores expressos pelas utentes:

“Costumo pedir às doentes para dizer o que sabem ou que já lhes foi dito sobre os cuidados que deve ter com o braço, por exemplo...” (E5)

“...vamos ver se ela adquiriu ou não conhecimento... de tudo aquilo que fomos falando...” (E7)

Também para Meleis *et al.*, (2000) o desenvolvimento de confiança e *coping* efetivo é manifestado pelo grau de compreensão dos diferentes processos intrínsecos ao diagnóstico, tratamento, recuperação e a vivência com limitações; no nível de utilização de recursos e no desenvolvimento de estratégias para enfrentar a situação. O desenvolvimento e a manifestação de confiança evoluem de um ponto para o seguinte na trajetória da transição, ou seja deverá haver demonstração de mais conhecimento acerca da situação, mais compreensão acerca dos pontos críticos ou de viragem e também um sentido de sabedoria da experiência vivenciada.

Estando os cuidados de enfermagem centrado na promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive é de grande importância que se procure, ao longo de todo o ciclo vital do indivíduo, a promoção da saúde e a promoção dos processos de

readaptação após a doença. Neste contexto, o autocuidado surge como foco do resultado da promoção em saúde e das intervenções para gerir a doença que visam melhorar os problemas de saúde física, psicossocial e condição de saúde global dos indivíduos (Sidani, 2011 cit. por Petronilho, 2012)

Meleis *et al.*, (2000) refere que a mestria demonstrada nas competências entretanto adquiridas e nos comportamentos necessários para lidar com a nova situação é o que permite estabelecer uma conclusão de uma transição saudável. Segundo a mesma autora a competência desenvolve-se ao longo do tempo sendo o resultado da combinação de competências previamente adquiridas com as entretanto estabelecidas durante o processo de transição. Ou seja, é pouco provável que haja domínio de competências no início do processo de transição e à medida que a pessoa atinge uma percepção de estabilidade próximo do final da transição, o seu nível de mestria irá indicar até que ponto foram atingidos os resultados saudáveis da transição.

Relativamente às competências instrumentais que são tidas em conta na avaliação da capacidade da doente para o auto cuidado os inquiridos fazem referência ao autoexame, aos posicionamentos, aos exercícios de mobilização articular e aos cuidados a ter com o membro superior homolateral para prevenir complicações. Assim quando as doentes demonstram a aquisição de conhecimento e desempenham estas atividades de autocuidado sem necessitarem de ajuda ou orientação os enfermeiros consideram que as doentes são independentes nestas vertentes do autocuidado.

Verifica-se que os enfermeiros participantes usam diferentes métodos para avaliar os diferentes domínios do autocuidado: cognitivo (relacionado com o conhecimento da condição de saúde e das habilidades cognitivas necessárias para cumprir as ações de autocuidado); o físico (capacidade física para realizar ações de autocuidado); o emocional ou psicossocial (atitudes, os valores, o desejo, a motivação e a percepção da competência na realização das ações de autocuidado) e o do comportamento (habilidades necessárias para executar os comportamentos de autocuidado) (Petronilho, 2012).

CONCLUSÃO

O efetivo aumento de doentes crónicos representa um maior número de pessoas com problemas de saúde e de dependência. A doença crónica tem subjacente uma reestruturação pois exige que a pessoa (e os seus familiares) aprenda a viver e a gerir a sua condição clínica sendo que qualidade de vida das pessoas com doença crónica deve ser o principal alvo nos cuidados que lhes são prestados. Este facto impõe que os cuidados prestados tenham que ser ajustados às diferentes necessidades da pessoa de modo a que sejam promotores do autocuidado e autonomia.

O cancro da mama, atualmente considerado como doença crónica, tem sido cada vez mais frequente principalmente devido ao desenvolvimento das técnicas de diagnóstico precoce e terapêuticas. A doença e as terapêuticas que podem ser instituídas comportam consequências em grau variável com repercussões sintomáticas e funcionais que determinam a necessidade de cuidados de reabilitação. O elevado e crescente número de doentes portadoras de doença oncológica mamária, a elevada incidência e gravidade das complicações associadas às diferentes modalidades terapêuticas e a centralidade que atualmente o conceito do autocuidado assume na prática de enfermagem justifica a importância e a necessidade da realização de estudos neste âmbito.

Por este motivo a atenção à saúde da mulher mastectomizadas deve objetivar uma assistência integral que atendendo às suas necessidades promova a independência e autonomia no autocuidado sendo este de fundamental importância dado estar diretamente relacionado com o bem-estar físico, psicológico e social.

Assim foi com o intuito compreender melhor o processo de promoção de autocuidado pelos enfermeiros de reabilitação das mulheres mastectomizadas que nos propusemos realizar este trabalho. A nossa opção em termos metodológicos para o presente estudo assenta numa abordagem qualitativa.

Assim ao investigar esta temática foi possível verificar que no âmbito da identificação das necessidades os enfermeiros fazem uso de dois métodos distintos mas complementares: a observação e anamnese. A comunicação terapêutica emerge também da análise dos resultados. Esta permite o estabelecimento de uma relação terapêutica com a doente que fomenta a verbalização pela doente das dificuldades que apresenta na realização das atividades de vida.

Relativamente ao momento em que procedem à identificação os participantes referem a admissão e que a avaliação inicial é feita aquando da *admissão* da doente no serviço e mantida de forma contínua *durante o internamento*.

Neste estudo foi possível também identificar os fatores dificultadores no processo do autocuidado: a *progressão da doença*, traduzida numa deterioração progressiva das capacidades funcionais da doente associada à impossibilidade de se promover o autocuidado; a *dor*, frequente no período pós-operatório imediato é limitadora da realização das atividades de vida diária; a *diminuição da amplitude de movimentos* da articulação glenoumeral, que implica dificuldade no desempenho de algumas atividades de autocuidado que implicam maiores amplitudes de movimento como é o caso do vestir e despir, lavar o membro contralateral à mastectomia ou pentear-se; a *alteração da imagem corporal*, pelo simbolismo associado à mama a sua perda comporta sofrimento físico e psicológico e que por vezes determinam limitações no autocuidado e o *desconhecimento sobre a doença*, manifestado pela falta informação sobre o processo vivenciado condicionando a mudança de comportamentos.

Foi também identificado como fator dificultador a *formação profissional*. Neste âmbito os profissionais participantes fazem referência a duas vertentes. Por um lado, o desconhecimento por parte dos restantes elementos da equipa de enfermagem de alguns aspetos importantes na assistência à mulher mastectomizada e por outro, o facto de não desempenharem funções adequadas e em conformidade com as suas competências formativas.

Relativamente às intervenções promotoras do autocuidado identificaram-se as *intervenções autónomas* e as *resultantes de prescrições*. A nível das intervenções realizadas pelos enfermeiros que são da sua única responsabilidade e iniciativa na promoção do autocuidado identificaram-se *dar apoio psicológico*, justificado pelo impacto que a doença e a mutilação mamária impõem na mulher; *posicionar e orientar*

sobre o posicionamento do membro e mobilizar e orientar sobre a mobilização do membro importantes para a prevenção de complicações e recuperação funcional; vigiar, o local cirúrgico e os sistemas de drenagem despistando atempadamente complicações como a infecção, seroma ou hematoma que poderão atrasar a recuperação da doente; informar sobre o seu processo de saúde e doença e capacitar a utente e família para a vigilância com os conhecimentos e competências indispensáveis para a independência no autocuidado da doente e também a família para que esta possa dar o apoio efetivo de que elas necessitam.

Constatou-se que no processo de informar os enfermeiros recorrem a um conjunto de intervenções relacionadas como ensinar; fornecer um folheto informativo, atender às necessidades das doentes, demonstrar, acompanhar e incentivar, todas com o objetivo de promover o desenvolvimento de competências e saberes necessários à adaptação e tomada de decisões informadas em relação à sua doença. Demonstrar, informar e atender as necessidades da mulher são aquelas que os enfermeiros consideram serem mais eficazes.

No que respeita às intervenções resultantes de prescrições os participantes implementam a *administração analgésicos* visando a prevenção e tratamento dos sintomas algícos e a anulação deste obstáculo na promoção do autocuidado.

Estas intervenções são implementadas distintamente consoante o contexto de cuidados em que a mulher se encontra como sejam o período pré-operatório e o pós-operatório e baseadas nas necessidades identificadas.

Por último e no que respeita à avaliação das intervenções implementadas os dados permitem concluir que aquela é feita por meio da observação, da adaptação demonstrada e pelo domínio das competências instrumentais. Nestas são consideradas o autoexame mamário, a execução correta do posicionamento do membro, a realização dos exercícios de mobilização articular e os cuidados a ter com o membro superior homolateral para prevenir complicações.

Os resultados e as reflexões que se foram construindo permite-nos perspetivar novos desenvolvimentos, numa dinâmica construtiva do conhecimento. Assim, e como profissional de enfermagem na área de oncologia e como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação gostaríamos de fazer as seguintes propostas:

- Atividades formativas direcionadas aos enfermeiros generalistas no sentido de desenvolverem uma prática alicerçada nas evidências científicas no que concerne à promoção do autocuidado;

- Promover um modelo de supervisão de práticas sob a égide dos enfermeiros de reabilitação;

- Propor o desenvolvimento de uma investigação sobre os ganhos em saúde decorrente das práticas de enfermagem desenvolvidas por enfermeiros de reabilitação no acompanhamento das mulheres mastectomizadas;

- Propor o desenvolvimento de *guidelines* orientadores do acompanhamento destas utentes na sua trajetória de saúde doença;

- Dar continuidade ao projeto auscultando as utentes monitorizando as suas necessidades e a perceção do trabalho dos enfermeiros de reabilitação.

Sentimos, que a execução deste trabalho foi de grande utilidade para a nossa aprendizagem, por um lado porque nos permitiu perceber como é que os enfermeiros identificam as necessidades da mulher mastectomizada, possibilitou um melhor conhecimento dos fatores que influenciam negativamente a promoção do autocuidado na mulher mastectomizada e também identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros no sentido de o tornar mais eficaz e aquelas que na sua opinião são as mais indicadas para o efeito. Consideramos assim ter atingido os objetivos a que nos propusemos inicialmente.

Para finalizar gostaríamos de citar Pereira (2006) cit. por Alves *et al.* (2011, p. 736), quando afirma que o papel do enfermeiro

“...envolve uma importante missão pois o enfermeiro, enfrenta o desafio no cuidado prestado de minimizar o sofrimento da mulher.”

BIBLIOGRAFIA

- ALVES, P.C. *et al.* (2011) - Cuidados de Enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. jul-ago, 64(4): 732-7. Brasil.
- AMARAL, M.T. *et al.* (2005) - Orientação Domiciliar: proposta de reabilitação física para mulheres submetidas à cirurgia por câncer da mama. São Paulo: *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*. set/out, 14 (5): 405-413. Brasil.
- AMERICAN CANCER SOCIETY (2012) - Cancer Treatment and Survivership Facts & Figures 2012-2013. Atlanta: American Cancer Society [em linha] Disponível em www.cancer.org.com [Consultado a 22 julho 2014].
- BARDIN, Laurence (2013) - *Análise de Conteúdo*. 5ª Ed. Lisboa: Edições 70. ISBN 978-972-44-1506-2.
- BARRETO, R. A.S. *et al.* (2008) - As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 10(1):110-123. Brasil. [em linha] Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10.htm> [Consultado a 29 julho 2014].
- BATISTON A. P.; SANTIAGO, S.M. (2005) - Fisioterapia e complicações físico-funcionais após o tratamento cirúrgico de câncer de mama. *Fisioterapia e Pesquisa*. 12(3):30-5. Brasil.
- BERKOW, R.; *et al.* (1997) - *Manual Merck Saúde para a família*. Loures: Editora Oceano. ISBN 972-8528-64-7.
- BREGAGNOL, R.K., DIAS, A.S. (2010) - Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 56 (1): 2-33. Brasil.
- BERGMANN, A. *et al.* (2000) – Morbilidade após o tratamento para o câncer de mama. *Fisioterapia Brasil*, Volume 1- Número 2 – Novembro/Dezembro. Brasil.

- BERGMANN, A. *et al.* (2006) - Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital de Câncer III/INCA. *Revista Brasileira de cancerologia*. 52 (1): 97-109. Brasil.
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. (1994) - *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora. ISBN 978-972-0-34112.9.
- BRASIL, V.V. (1997) - O que dizem os enfermeiros sobre observação. *Revista Latino-am. Enfermagem- Ribeirão Preto*. v.5 – nº 3 – p.83-94. Brasil.
- CAETANO, E.A.; PANOBIANCO M.S., GRADIM C.V.C. (012) - Análise da produção científica nacional sobre a produção sobre a utilização de grupos de apoio na reabilitação de mastectomizadas. *Rev. Eletr Enf. oct/dec, 14 (4): 965-73*. Brasil.
- CAMARGO, T.C.; SOUZA, I. E. O. (2003) - Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspetos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no hospital do câncer III. *Rev Latino-am Enfermagem*. setembro-outubro; 11(5): 614-21. Brasil.
- CAMPOS, C.J.G. (2004) - Análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm, Brasília (DF)*. set/out; 57 (5): 611-4. Brasil.
- CANDEIAS, N.M.F. (1997) - Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*; 31 (2): 209-13. São Paulo, Brasil.
- CARVALHO, A.P.R. *et al.* (2012) - Promoção do autocuidados a mulheres mastectomizadas - *Cogitare Enferm*. Jul/Set; 17(3): 485-91. Brasil.
- CHICK, N.; MELEIS, A.I. *Transition: a nursing concern*. Boulder: Aspen Publication. 1986.
- COSTA, V.T. *et al.* (2007) - Autonomia Versus Cronicidade: Uma Questão Ética no Processo de Cuidar em Enfermagem. *R Enferm UERJ*. jan/mar; 15(1):53-8. Brasil.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2ª série-Nº35-18 DE Fevereiro de 2011, p.8648-8653.
- EWALD, F.; DANIELSKI, K. (2013) – Cuidados de Enfermagem Diante do Diagnóstico de câncer de mama. *RIES, ISSN 2238-832X, Caçador, v.2, n.1, p.58-78*. Brasil.
- FERREIRA, P.C., *et al.* (2005) - Educação e Assistência Fisioterapêuticas às Pacientes Pós-cirurgia do Câncer da Mama. [em linha] *Anais do 8º Encontro de Extensão da UTMG, Belo Horizonte*. [Consultado a 22 jul 2014]. Disponível no motor de busca Google académico.

- FORTIN, Marie-Fabienne. (1996) - O Processo de Investigação: Da conceção à realização. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X.
- FORTIN, Marie-Fabienne. (2009) - Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. 3ª Ed. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.
- GALVÃO, M.T.; JANEIRO, J.M. (2013) - O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. Reme Rev Min Enferm. jan/mar;17(1): 225-230.
- GIL, António Carlos (2008) - Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6.ª Edição. São Paulo: Editora Atlas S.A. ISBN 978-85-224-142-5.
- GOIS, M.C. *et al.* (2012) - Amplitude de movimentos e medida de independência funcional em pacientes mastectomizadas com linfadenectomia axilar. Revista Ciênc Méd, Campinas. 21 (1-6): 111-118, jan/dez. Brasil.
- GOZZO, T. O. *et al.* (2012) – *Informações para elaboração de um manual educativo destinado às mulheres com câncer da mama*. Esc Anna Nery (impr.) abr-jun;16(2):306-311. Brasil.
- GUERRA, João (2009) - Proposta para a Criação do Núcleo de Estudos Sobre a Gestão da doença- Crónica da SPMI. 2009 [em linha] Disponível em http://www.spmi.pt/pdf/Proposta_NEGDC_da_SPMI.pdf [acedido a 25 maio 2014].
- GUTIÉRREZ, M.G.R. *et al.* (2007) - Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. Act Paul de Enfermagem. 20 (3):249-54. Brasil.
- HEOMAN, Shirley P. (2000) - Enfermagem de Reabilitação. Processo e Aplicação. 2.ª Edição: Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-13-4.
- HOFFMANN, F. *et al.* (2006) - A mulher com câncer da mama: o apoio social e espiritualidade. Mudanças – Psicologia da Saúde. 14 (2) 143-150, jul-dez. Brasil.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2010) - *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados da doença crónica*. Suíça, Genebra. ISBN 978-989-96021-9-9.
- IYER, PP. W.; TAPTICH, B.J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. (1993) - Processo e Diagnóstico em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas.
- JAMMAL, M.P. *et al.* (2008) - Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. São Paulo: Revista O Mundo da Saúde. 32(4):506-510. Brasil.

- LEITE, V.B.E. FARO, A.C.M. (2005) - O Cuidar do Enfermeiro Especialista em Reabilitação Físico-motora. Rev Esc Enfermagem USP. 39 (1): 92-6. Brasil.
- MACHADO, A. *et al.* (2012) - Promoção do autocuidados a mulheres mastectomizadas. Cogitare Enfermagem. Jul/Set; 17(3): 485-91. Brasil.
- MARQUES, P.C., PIERIN, A.G. (2008) - Fatores que influenciam a adesão de pacientes com cancer à terapia antineoplásica oral. Acta Paul Enfer. 21 (2):232-9. São Paulo, Brasil.
- MARTINS, L.C.A. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar Enfermagem. Vol. 12, nº 2 2º semestre. [em linha] Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf [consultado a 10 julho 2014].
- MELEIS, Afaf Ibrahim *et al.* (2000) - Experiencing Transition: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science. September. 23 (1): 12-28. [S.L].
- MELEIS, Afafe Ibrahim (2010) - Transitions Theory Midle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company. Nova Iorque. ISBN 9780-826-0535-6.
- MENDES, A.B.P. *et al.* (2012) - A assistência da enfermeira na visão de mulheres mastectomizadas. Enfermaria Global. Revista eletrónica trimestral de Enfermaria, n.º26 Abril , p.427-437. Brasil.
- MENEZES, Gisely Abrantes; ROSA, Rebeca dos Santos (2004) - As práticas educativas em saúde: a enfermagem revendo conceitos na promoção do autocuidado. REME – Rev. Min. Enf. 8 (2): 337-340, abr/jun. Minas Gerais, Brasil. ISSN 1415-2762.
- MINEO, F.L.V. *et al.* (2013) - Assistência de Enfermagem no tratamento do câncer de mama. Revista Eletrónica Gestão & Saúde, Vol.04.N.º 02, p.366-88. Brasil.
- MOHALLEM, Andrea G. Costa; RODRIGUES, Andrea Bezerra (2007) - Enfermagem Oncológica. Brasil: Ed. Manole. ISBN 85-204-2209-8.
- NASCIMENTO, S.L. *et al.* (2012) - Complicações e condutas fisioterapêuticas após a cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. Fisioter Pesq., 19(3): 248-255. Brasil.
- NOBREGA, Maria Miriam Lima; SILVA, Keyna de Lima (2009) - Fundamentos do cuidar em Enfermagem. 2ª Edição, Belo Horizonte: ABEn. ISBN 978-85-61261-01-6.

- NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BÓGUS, C.M. (2004) - Considerações sobre metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, p.44-57, set-dez. Brasil.
- NOVAIS, E. *et al.* (2009) - O saber da pessoa com doença crónica no autocuidado. *Rev HCPA*, 29 (1): 36-44. Lisboa.
- OLIVEIRA, M.S. *et al.* (2008) - Manual Educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. *Texto & Contexto Enfermagem*, janeiro-março, ano/vol. 17, número 001, pp. 115-123. Brasil.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Outubro: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) - CIPE versão 2 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM, Fevereiro: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) - Regulamento *dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Outubro: Ordem dos Enfermeiros.
- OTTO, Shirley E. (2000) - *Enfermagem em Oncologia*, 3ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-12-6.
- PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara (1992) - *Modelos para o exercício de Enfermagem*. Londres: Heinamnn Nursing. ISBN 0-433-24902-1.
- PEREIRA, S. *et al.* (2006) - Vivências e cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Rev Bras Enfer nov-dez*, 59 (6): 791-5. Brasil.
- PEREIRA, Mónica do Rosário (2012) - *A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de transição*. Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- PEREIRA, C.E.L. *et al.* (2013) - Défice no autocuidado para se vestir de mulher mastectomizada. *Rev enfer UFPE on line.*, 7 (esp), 6206-14, out., Recife, Brasil.
- PETITO, E.L; GUTIÉRREZ, M.G.R. (2008) - Elaboração e Validação de um Programa de Exercícios para Mulheres submetidas à Cirurgia Oncológica de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54 (3): 275-287. São Paulo, Brasil.

- PETITO, E. *et al.*, (2012) – Aplicação de um Programa de exercícios domiciliares na reabilitação do ombro pós-cirurgia por câncer de mama. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, jan-fev, 20 (1): [09 telas] Brasil.
- PETRONILHO, Fernando (2012) - Autocuidado: Conceito central da Enfermagem. 1ª Edição. Coimbra: Formasau. ISBN 978-989-8269-17-1.
- PICARÓ, P.; PERLOIRO, F. (2005) - A evidência da Intervenção Precoce da Fisioterapia em Mulheres Mastectomizadas: Estudo Comparativo. *EssFisiOnline*, Vol.1, Nº 2, Março. Brasil.
- PINTO E SILVA, M.P. *et al.* (2004) - Movimento do Ombro após Cirurgia por Carcinoma Invasor da mama: Estudo Randomizado Prospetivo Controlado de Exercícios Livres versus Limitados a 90º no pós-operatório. *RBBO*, V.26, Nº2, Brasil.
- PHIPPS, Wilma J. *et al.* *Enfermagem Médico-Cirúrgica* (1999) - Conceitos e Prática Clínica. 6ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-67-7.
- POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tatano.; HUNGLER, Bernadette (2004) - Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. 5.ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-984-3.
- PONTES, A.C.; LEITÃO, I.M.T.A; RAMOS, I.C. (2008) - Comunicação Terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, maio-jun 61 (3): 312-8. Associação Brasileira de Enfermagem. Brasil.
- QUADRADO, A., RUDNICKI, T. (2009) - *Adesão* terapêutica e a doença crônica não transmissível. *Rev. SBPH*, v. 12 n. 02. Rio de Janeiro.
- QUEIROZ, D.S., SOUSA, L.R. (2013) - A Influência da Mastectomia nos Sentimentos da Mulher e nas Relações Familiares: Uma revisão da Literatura. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, julho-dezembro (2): 179-188. Brasil.
- REGATEIRO, F.J. (2004) - *Enfermagem em Oncologia*. 1ª Ed. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-41-7.
- RETT, M.T. *et al.* (2012) - A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. *Rev Dor*, jul-set; 13(3): 201-7. Brasil.
- RIBEIRO, José Luís Pais (2010) - *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. 2ª Ed. Lisboa: Placebo, Editora LDA. ISBN 978-989-8463-01-2.

- RODRIGUES, D.P. *et al.* (2003) - O processo adaptativo de mulheres mastectomizadas: grupos de apoio. R Enferm UERJ; 11:64-9. Brasil.
- ROMEIRO, F.B. *et al.* (2012) - O Apoio Social das Mulheres com Câncer de Mama. Revista Psicologia e Saúde, v. 4, n.1, jan-jun, pp.27-38. Brasil.
- SALIMENA, A.M.O. *et al.* (2012) - Mulheres Enfrentando o Câncer de Mama. REME – Rev. Min. Enferm., 16(3): 339-347, jul./set. Brasil.
- SANT'ANNA *et al.* (2010) - Adesão à prática de exercícios para reabilitação funcional de mulheres com câncer da mama: revisão da literatura. Ciência e Enfermagem XVI (1), 97 -104. São Paulo.
- SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. (2011) - Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. Rev. Bras. Enf, Brasília, mar-abr; 64(2): 355-8. Brasil.
- SANTOS, M.C.L. *et al.* (2010) - Comunicação *terapêutica no cuidado pré operatório de mastectomia*. Rev Bras Enferm Brasília, jul-ago; 63(4): 675-8. Brasil.
- SCHUMACHER, Karen ; MELEIS, Afaf Ibrahim (1994) – Transition: a central concept in nursing. Image: Jornal of Nursing Scholarship, v.26, n., p.119-127. Indianápoles.
- SILVA, M.P.P. *et al.* (2004) - 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, 26 (2): 125-130. Brasil.
- SILVA, M. Dulce de Sousa Ornelas (2007) - Educar *para o autocuidado num serviço hospitalar*. Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- SIMÕES, C.M.A.R.; SIMÕES, J.F.F.L. (2007) - Avaliação inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE Segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. Revista Referência II, Série – nº 4 – junho. Portugal.
- SMELTZER, S.C. *et al.* (2008) - Bruner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vol I, 11.ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 978-85-277-1491-4.
- SOUSA, V.D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I.A.C. (2007) - Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. Rev Latino-am Enfermagem, maio-junho; 15(3). Brasil.

- SOUSA, E. *et al.* (2013) - Funcionalidade de Membro Superior em Mulheres Submetidas ao Tratamento de Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 59 (3):409-417, Brasil.
- TADDEO, P.S. *et al.* (2012) - Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (11): 2923-2930. Brasil.
- TENANI, A.C.; PINTO, M.H. (2007) - A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. *Arq Ciênc Saúde*, abr-jun; 14(2): 81-7. Brasil.
- VEIROS, I. *et al.* (2007) - Complicações da mastectomia Linfedema do Membro Superior. *Revista Act Med Por.* 2007; 335-340. Brasil.
- WHO, Adherence to long-term therapies: evidence for action. (2003) [em linha]. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/en/>. [consultado a 29 julho 2013].
- WHO, Preventing chronic disease: a vital investment WHO global report. (2005) [em linha] Disponível em http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/content/en/index.html [consultado a 28 Fevereiro 2014].
- WHO, Global Action for Cancer. (2005) [em linha] Disponível em <http://www.who.int/cancer/media/en/788.pdf> [consultado a 03 setembro 2013].
- WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen (2002) - Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família. Roca. Brasil. ISBN 85-7141-346-4.
- ZILMER, J. *et al.* (2013) - Autodeterminação de pessoas em condição crônica: abordagem reflexiva. *Rev enfer UFPE, Recife*, 7 (esp), 7215-21, dez., 2013. Brasil.
- www.cancer.ca
- www.iarc.fr
- www.ordemdosenfermeiros.pt
- www.who.com
- www.cancer.org

ANEXOS

Anexo I
Guião da entrevista

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
2ºAno

**Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
promotoras do autocuidado das mulheres
mastectomizadas.**

Guião da entrevista

Porto, 2014

Guião da Entrevista

Título do estudo:

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação promotoras do autocuidados das mulheres mastectomizadas.

Finalidade:

Contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem no atendimento à mulher mastectomizada.

Objetivo Geral:

Compreender qual o contributo da enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado das mulheres submetidas a mastectomia.

Objetivos

- Conhecer as intervenções de enfermagem de reabilitação promotoras da autocuidado implementadas pelos enfermeiros de reabilitação durante o período de internamento à mulher submetida a mastectomia.
- Identificar as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros na implementação dessas intervenções

Local, data e hora da entrevista: a designar de acordo com disponibilidade do entrevistado

Duração da entrevista: cerca de 30 minutos

Este documento destina-se à recolha de dados para realização de um trabalho de investigação sobre as intervenções de enfermagem de Reabilitação promotoras do autocuidado das mulheres submetidas a mastectomia.

Solicitamos a sua colaboração, tendo em conta a sua experiência profissional, na identificação de intervenções que considera serem relevantes para a promoção do autocuidado das mulheres com cancro da mama.

Garantimos a confidencialidade da informação disponibilizada. Gratos pela sua participação e disponibilidade.

Entrevista n.º _____

Data: ____/____/____

CARATERIZAÇÃO PROFISSIONAL

1. Serviço onde exerce funções: _____
2. Anos de serviço: _____
3. Anos na prestação de cuidados de enfermagem a mulheres com cancro da mama: _____
4. Categoria profissional: Enf. Generalista _____ Enf. Especialista _____
5. Formação Académica:
 - a) CPEER _____; Tempo: _____
 - b) MER _____; Tempo: _____
 - c) Doutoramento _____; Tempo: _____
 - d) Outra formação _____

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Tendo em consideração as implicações que a doença oncológica da mama e os seus tratamentos podem acarretar para as mulheres e a sua experiência na prestação de cuidados de enfermagem a estas doentes, gostaríamos que nos falasse sobre:

Objetivos	Questões	Observação
Identificar o conhecimento dos profissionais de Enfermagem sobre as limitações decorrentes da mastectomia	Como identifica as limitações da mulher sujeita a mastectomia? Quando procede a essa identificação?	
Identificar as estratégias utilizadas, na mulher mastectomizada pelos profissionais de enfermagem	Que estratégias preventivas desenvolve nesta situação?	

Anexo II

**Pedido de autorização para aplicação das entrevistas
dirigido ao Diretor da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto**

Exmo. Sr. Diretor da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados a Enfermeiros da Instituição

Eu, Maria João Lima de Freitas Camões, enfermeira a exercer funções no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE, atualmente a frequentar o 2.º ano de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, encontro-me a realizar um trabalho de investigação, no âmbito da dissertação de Mestrado, que se intitula sob orientação da Professora Doutora Bárbara Pereira Gomes e coorientação da Professora Doutora Cândida Pinto.

O estudo que me proponho a realizar tem como objetivo de perceber qual o contributo da Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado das mulheres submetidas a mastectomia e conseqüentemente para o seu bem-estar e qualidade de vida. Como instrumento de recolha de dados aptamos pela entrevista semiestruturada.

Venho, por este meio, solicitar a V. Excia., a autorização para a realização de entrevistas aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a exercer funções na Instituição.

Em anexo, disponibilizo o projeto de investigação com a descrição pormenorizada das etapas a desenvolver para a concretização do mesmo.

Os dados obtidos serão confidenciais, sendo garantido o caráter voluntário da participação no estudo. Comprometendo-me a disponibilizar os resultados da pesquisa à Instituição.

Agradecendo desde já a disponibilidade para a análise do pedido, com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

Maria João Lima de Freitas Camões

Anexo III

Resposta ao pedido de autorização para aplicação das entrevistas

Exma. Senhora
Enf^a. Maria João L Freitas Camões
Serviço de Cirurgia – Piso 7
IPOPFG, EPE

Porto, 2014/02/05

Assunto: Autorização para Trabalho de Investigação

Em resposta ao seu pedido de autorização para recolha de dados a Enfermeiros da Instituição, no âmbito do trabalho de investigação intitulado "*Intervenções de Enfermagem implementadas pelos Enfermeiros às mulheres submetidas a mastectomia promotoras do autocuidado*", informamos que o mesmo se encontra devidamente autorizado.

Se necessário, pode obter junto da Direção de Enfermagem lista dos Enfermeiros prestadores de cuidados com especialização em enfermagem de reabilitação.

Apresentamos os melhores cumprimentos,



Prof. Doutor Rui Henrique
Diretor da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto

ESCOLA PORTUGUESA DE ONCOLOGIA DO PORTO
formacao@ipoporto.min-saude.pt

RUA DR. ANTÓNIO BERNARDINO DE ALMEIDA
4200-072 PORTO - PORTUGAL

T. (+351) 22 508 40 00 E-MAIL:
F. (+351) 22 508 40 01 diripo@ipoporto.min-saude.pt



MEMBRO



QUALIDADE



Capital Social: 39.900.000,00€ Registo na Conservatória do Registo Comercial do Porto com o N.º 57884 - NICP 506 362 299

Anexo IV
Declaração de consentimento informado

Declaração de Consentimento Informado

Eu, _____(nome)
concordo em participar no estudo que tem por objetivo compreender qual o contributo da Enfermagem de Reabilitação na promoção do auto cuidado das mulheres portadoras de cancro da mama e submetidas a cirurgia.

Compreendo que tenho o direito de colocar em qualquer momento do desenvolvimento do estudo, qualquer questão que julgue necessária acerca do mesmo.

Aceito que as minhas perspetivas sejam incorporadas nos resultados do estudo e possam ser publicadas ou apresentadas pela investigadora para fins académicos.

Foi-me garantido que a minha confidencialidade será sempre protegida e que a minha identidade ou outros detalhes identificativos não serão divulgados sem a minha permissão.

Foi-me também confirmado o direito que tenho de recusar em qualquer momento a minha participação no estudo sem que daí resultem quaisquer prejuízos pessoais.

Fui informado que, para adequado armazenamento dos dados colhidos, a entrevista será gravada em áudio.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se pretende realizar.

Por isso, concordo em participar de forma voluntária no estudo respondendo às questões colocadas pela investigadora.

Assinatura do participante _____

Assinatura da Investigadora _____

Data ____/____/____