

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

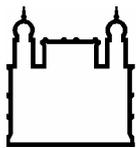
Instituto Fernandes Figueira

PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER

**PRÁTICAS DE AUTOUIDADO COM O BRAÇO PARA PREVENÇÃO DE
LINFEDEMA: RELATO DE MULHERES SUBMETIDAS À TÉCNICA DA
BIÓPSIA DO LINFONODO SENTINELA**

Caroline Kíssilla Pereira Pascoal

Rio de Janeiro
Março de 2008



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira

PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER

**PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO COM O BRAÇO PARA PREVENÇÃO DE
LINFEDEMA: RELATO DE MULHERES SUBMETIDAS À TÉCNICA DA
BIÓPSIA DO LINFONODO SENTINELA**

Caroline Kíssilla Pereira Pascoal

Dissertação apresentada à
Pós-Graduação em Saúde da
Criança e da Mulher, como
parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.

Orientador: Dr. Roberto José da Silva Vieira

Co-orientadora: Dra. Helena Amaral da Fontoura

Rio de Janeiro
Março de 2008

...”eu descobri precoce. Estava pequeno e, quando eu comecei a tratar aqui, me falaram: olha, não vamos dizer que a senhora vai tirar a mama, porque tudo indica que não precisará, mas queremos que a senhora fique consciente que pode dormir e acordar sem a mama... {...} aí eu tive sorte e acordei com a minha mama normal, sem defeito, sem estar deformada, sem nada. Eles mandaram um fragmento da axila para um estudo e falaram: se der maligno, terá que voltar para cirurgia para fazer o esvaziamento da axila... Depois de alguns dias voltei e não tinha dado contaminado. Fiquei com minha mama bonita e com minha defesa presente... {...} posso fazer minha unha e ter uma vida normal, porque minha chance de ter esse linfedema é pequena... {...} foi muito importante para mim ter descoberto o câncer pequeno, porque pude fazer o linfonodo sentinela e ter uma vida normal e mais feliz do que antes porque, agora, vejo todas as coisas mais coloridas e bonitas”...

(Fragmentos da entrevista de ER).

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho especialmente à minha mãe, que é meu espelho, minha inspiração, meu exemplo de determinação e coragem.

Dedico também a todas as mulheres que viveram ou vivem a experiência do câncer de mama e aos profissionais que trabalham com estas mulheres.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela sabedoria e pelas portas que foram se abrindo no decorrer deste trabalho.

Agradeço também a algumas pessoas e instituições que contribuíram direta ou indiretamente para o sucesso desta pesquisa:

- Ao Instituto Fernandes Figueira e todos os seus funcionários, pelo suporte técnico oferecido. Vocês foram fundamentais para meu desempenho nesta pós-graduação.
- Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo auxílio financeiro.
- Ao meu orientador Dr. Roberto José da Silva Vieira, que mesmo passando por um período difícil e conturbado, foi capaz de transmitir-me informações essenciais para meu aprendizado, crescimento pessoal e profissional. Obrigada pela confiança em mim depositada e por acreditar nas possibilidades da fisioterapia.
- À minha co-orientadora Dra. Helena Amaral da Fontoura, cuja colaboração foi essencial para a conclusão deste trabalho, agradeço pela incansável atenção e por todo aprendizado e incentivo.
- Às pacientes que participaram da pesquisa agradeço pela colaboração e credibilidade.
- Á meu pai Natanael Pascoal e minha mãe Gioconda Pascoal pelas noites mal dormidas, por todas as orações e sorrisos mesmo frente a meu constante e inevitável estresse.
- À minha irmã Marcela Pascoal pelo apoio e incentivo.

- À meu noivo Frederico Marques da Silva por toda dedicação, paciência, carinho e compreensão.
- À Natália Peixoto por me ajudar a cuidar das minhas outras atividades com tanto carinho e competência.
- À todos os profissionais do setor de Fisioterapia do INCA III, especialmente à Dra Anke Bergman e Dra Maria Justina Padula Ribeiro.
- À meus amigos do mestrado e aos mestres que tive oportunidade de compartilhar momentos de muito aprendizado, em especial a Dra Suely Deslandes e Dr Romeu Gomes.
- À minha amiga Alcione Távora Kullok por toda força e pelos sábios e incansáveis conselhos.
- À professora Virgínia Maria Ferreira Rodrigues por ter me ajudado a plantar a primeira semente na área de oncologia
- Ao professor Adamar Nunes Coelho pela ajuda na elaboração do projeto que garantiu meu ingresso no mestrado. Obrigada por me ajudar nos primeiros passos rumo ao longo e maravilhoso mundo da pesquisa.
- A todos os funcionários do **COR**, em especial Dr José Pedro Ferreira de Bastos Vieira e Wagner José Rodrigues Barbalho por acreditarem em meu trabalho.

RESUMO

A cirurgia tem sido opção de escolha para o tratamento do câncer de mama há anos, porém vem a cada dia sendo aprimorada visando menores seqüelas físicas e emocionais às pacientes. A técnica da biópsia do linfonodo sentinela (BLS) emergiu na década de 90, com o objetivo de possibilitar qualidade de vida com menor morbidade para as pacientes, sendo uma alternativa oncológicamente válida e melhor tolerada pelas pacientes do que a linfadenectomia radical. Existe uma urgente necessidade de abordar o câncer de mama em uma perspectiva interdisciplinar, ampliando a visão biomédica hegemônica nas formulações de políticas de prevenção e tratamento. O fisioterapeuta, como profissional que reabilita e orienta as mulheres no pós-operatório de câncer de mama, para assistir à sua clientela de forma integral, precisa compreender as interpretações e os significados dados à cirurgia axilar e as práticas de auto cuidado com o braço homolateral a este procedimento para prevenção do linfedema. Desta maneira, pode ser capaz de direcionar os atendimentos para as singularidades das mulheres, possibilitando a compreensão e a adequada utilização das informações e orientações fornecidas, sem causar muita limitação ou restrição nas atividades da vida diária de cada uma. Este trabalho objetiva conhecer as mudanças nas atividades da vida das mulheres submetidas à BLS, identificar conhecimentos e práticas dos cuidados com o braço do lado da mama operada para prevenção de linfedema, analisar o significado da técnica da biópsia do linfonodo sentinela na vida das entrevistadas. O estudo teve abordagem qualitativa. Foram gravadas e transcritas 10 entrevistas de mulheres submetidas à BLS no INCA/III, para tratamento de câncer de mama. As perguntas foram realizadas seguindo um roteiro e a análise dos dados utilizou a técnica de análise de conteúdo. Concluímos que no grupo estudado ocorreram mudanças nas atividades da vida conseqüentes à BLS e conseguimos identificar os conhecimentos e práticas de auto cuidado com o braço do lado da mama operada. Após análise dos relatos sobre o sentido da BLS na vida das participantes, podemos afirmar que elas consideram importante terem sido submetidas a esta técnica. Os relatos deixam claro que a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes não vem acontecendo de maneira eficaz e sim normativa e generalizada. Ressaltamos a importância de o fisioterapeuta cumprir seu papel de envolver a paciente nas práticas de auto cuidado, tornando compreensível a necessidade de segui-las, para menores limitações nas atividades da vida diária das mulheres e possibilitando que o linfedema seja prevenido, contribuindo para melhorar a qualidade de vida das pacientes.

Palavras-chave: neoplasia da mama, biópsia do linfonodo sentinela, linfedema, auto cuidado.

Abstract

Self care practices towards limb lymphedema prevention: report of women submitted to sentinel lymph node biopsy

For many years, breast cancer treatment of choice has been surgery and its techniques have been improved day-by-day with the intent to cause less physical and emotional consequences to the patient. The sentinel lymph node biopsy technique (LSB) emerged in the nineties with the purpose of improving quality of life with less morbidity to patients. This alternative is oncologically valid and better tolerated by patients than the radical lymphadenectomy. There is an urgent need to deal with breast cancer in an interdisciplinary perspective, broadening the hegemonic biomedical model when outlining guidelines on prevention and treatment of this disease. In order to assist clients thoroughly, the physiotherapist - professional who rehabilitates and guides women in breast cancer postoperative - needs to understand all interpretations and meanings given to the axillary surgery and self care practices with the homolateral limb with regard to prevent lymphedema. In this context, this professional is able to direct the approach towards these women particularities - facilitating their information and counseling comprehension - without restricting their daily life activities. The objectives of this study is to acknowledge the changes on daily life activities of women who went through LSB, to identify these women knowledge and practices with the homolateral limb concerning lymphedema prevention and to analyze the BLS meanings to the interviewed women. This study had a qualitative approach. Ten interviews with women submitted to LSB in the INCA/III for breast cancer treatment were recorded and transcribed. There was a questionnaire previously elaborated to guide the applied interview and data discussion was based on analysis of content technique. Changes on the daily life activities due to LSB were recognized in this studied group and it was possible to identify the women knowledge on self care practices with the homolateral limb. After analysis of the reports it is possible to assert that these women considered important to have been submitted to LSB. The statements showed how communication between patient and health professional is not effective and still normative and depthless. It is important to point out the physiotherapist role of involving the patient on the self care process to less limit these women on their daily life activities, to prevent lymphedema and to improve their quality of life.

Key-words: breast cancer, sentinel lymph node biopsy, lymphedema and self care.

SUMÁRIO

RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
1. Introdução.....	13
1.1. Transição demográfica e perfil das doenças.....	13
1.2. Historicidade do câncer de mama.....	15
1.3. As funções fisiológicas da mama e sua representatividade no corpo feminino.....	16
1.4. A cirurgia como opção de tratamento do câncer de mama	18
1.5. Sistema linfático, linfonodos axilares e linfedema.....	22
2. Justificativa.....	28
2.1. Câncer de mama e saúde coletiva.....	28
2.2. Fisioterapia: do empirismo á integralidade.....	31
3. Objetivos.....	33
3.1 .Objetivo geral.....	33
3.2 .Objetivos específicos.....	33
4. Referencial teórico conceitual.....	34
4.1. A dimensão simbólica do câncer de mama.....	34
4.2. Comunicação.....	36
4.3. Conhecimentos, práticas, auto cuidado e prevenção.....	37
5. Material e métodos.....	39
5.1. Cenário do estudo.....	39
5.2. Sujeitos da pesquisa.....	40
5.3. Métodos e técnicas.....	42
5.4. Organização e análise dos dados.....	42
6. Resultados e discussão.....	44
6.1. Mudanças nas atividades da vida diária.....	44
6.2. Conhecimentos sobre a cirurgia e práticas de auto cuidado com o braço do lado da mama operada.....	54
6.3. A importância da BLS para as entrevistadas.....	62
7. Conclusão e considerações finais.....	67
8. Referência bibliográfica.....	71
9. Anexos	
Anexo 1 – Orientações às pacientes mastectomizadas.....	77
Anexo 2 – Orientações fisioterápicas: mastologia.....	79

Siglas

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Centro de Oncologia e Radioisótopos- COR

Conferência Nacional de Saúde - CNS

Instituto Nacional do Câncer – INCA

Ministério da Saúde – MS

Programa de Assistência à Saúde Integral da Mulher – PAISM

Sistema Único de Saúde – SUS

Técnica da biópsia do linfonodo sentinela – BLS

Linfadenectomia axilar - LA

Auto-cuidado - ac

Apresentação

Desde a minha graduação em fisioterapia, o interesse pela área de oncologia foi em mim despertado. Neste período, fui monitora da disciplina Fisioterapia Aplicada à Ginecologia por dois anos consecutivos. Durante este tempo, (con)vivi com o drama de ter minha mãe com o diagnóstico de câncer de mama. Cada vez que olhava para ela, sentia sua insegurança e desconhecimento frente ao tratamento e suas repercussões. Diante deste fato e estimulada pela professora da disciplina, decidi aprofundar no assunto. A partir daí, senti a necessidade de me especializar nesta área e, após concluir a graduação, fui procurar um curso de especialização.

No curso de especialização, realizado na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no período de janeiro a dezembro de 2004, tive as primeiras experiências profissionais com portadoras de câncer de mama sem que o vínculo familiar estivesse presente e percebi que elas apresentavam as mesmas inseguranças e dúvidas que minha mãe.

Na busca pelo aperfeiçoamento profissional, iniciei minhas atividades como fisioterapeuta no COR (CENTRO DE ONCOLOGIA E RADIOISÓTOPOS DE IPATINGA-M.G.), atendendo mulheres com câncer de mama, onde atuo até o presente momento.

Em minha experiência como fisioterapeuta, trabalhando no COR diretamente com mulheres submetidas à linfadenectomia axilar (LA), pude perceber o quanto os cuidados necessários com o membro superior homolateral a este procedimento, para prevenção do linfedema, afetam a vida das mulheres em suas atividades cotidianas.

Mulheres submetidas à técnica da biópsia do linfonodo sentinela (BLS) recebem as mesmas orientações que as submetidas à linfadenectomia axilar, porém, o grupo da BLS tem menor risco de desenvolver linfedema e é orientado quanto a este fato.

Partindo da minha experiência teórica e prática com mulheres submetidas à linfadenectomia axilar, questionava-me sobre os conhecimentos e práticas das orientações recebidas para prevenção do linfedema no grupo de mulheres submetido à BLS, levando em consideração o conhecimento destas mulheres sobre a menor chance de desenvolverem linfedema. Será que estas mulheres seguem as orientações de autocuidado com o braço? Será que suas vidas mudam, mesmo sabendo que a chance de desenvolverem linfedema é menor? Será que elas sabem da importância e dos benefícios de terem sido submetidas à BLS? Os profissionais de saúde estão preparados para lidar com este grupo? A comunicação entre paciente e profissional de saúde acontece de maneira eficaz? Que contribuições a fisioterapia pode levar a estas mulheres?

Esta trajetória pessoal, acadêmica e profissional foi o caminho que percorri para chegar a este mestrado, na área da Saúde da Criança e da Mulher, no Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz, situado na cidade do Rio de Janeiro (RJ), na busca de respostas para estes questionamentos.

Assim sendo, meu objeto de estudo, neste trabalho, foi investigar relatos de entrevistas sobre as práticas de autocuidado com o braço do lado da cirurgia para prevenção de linfedema em mulheres portadoras de câncer de mama e submetidas à técnica do linfonodo sentinela (LS).

1. Introdução

1.1. Transição demográfica e perfil das doenças

Os estudos da transição demográfica e suas repercussões na humanidade têm sido, há bastante tempo, alvo de atenção e discussão de demógrafos, pesquisadores, economistas e outros profissionais. Nas últimas décadas, as populações de países desenvolvidos e em desenvolvimento têm passado por importantes mudanças, não apenas no que diz respeito ao volume populacional, mas, sobretudo, em sua estrutura etária, fruto de um processo de redução em seus níveis de fecundidade e mortalidade denominada transição demográfica (CERQUEIRA, 2007).

Este processo, associado à acelerada urbanização que ocorre no mundo, faz-se acompanhar das mudanças nos hábitos das pessoas, o que determina o estilo de vida que deve ser valorizado frente ao estudo da gênese dos tumores, posto que este se constitua como um dos mais significativos fatores de risco para o processo de adoecimento por câncer. No início do século XIX, apenas 3% da população mundial vivia em cidades; na década de 1970, a população na área urbana alcançou 40% e a perspectiva é de que esta taxa de urbanização duplique nos países em desenvolvimento (PEREIRA, 2001).

Estudos epidemiológicos indicam que fatores ambientais são responsáveis por, pelo menos, 80% da incidência do câncer de mama. Fatores genéticos representam de 5% a 7% de sua etiologia, porém, quando se apresenta antes dos 35 anos, esta frequência chega a 25%, o que permite concluir que o envelhecimento traz mudanças nas células do organismo, aumentando a suscetibilidade à transformação maligna. (MS, 2004).

Vale ressaltar que, no Brasil, atualmente, a neoplasia de maior índice de morbimortalidade entre as mulheres é o câncer de mama, que, segundo estimativa do Instituto Nacional do Câncer (2007) ocupa o segundo lugar nas taxas de incidência entre a população geral.

Segundo Pereira (2001: p.70), incidência

“é o número de casos novos de uma doença em um dado local e período, relativo a uma população exposta. Reflete a intensidade com que acontece uma doença em uma população e, desta maneira, mede a frequência ou probabilidade de ocorrência de casos novos da doença na população. Alta incidência significa alto risco coletivo de adoecer”

O mesmo autor conceitua prevalência como sendo

“frequência de casos existentes de uma determinada doença, em uma determinada população e em um dado momento.”

A epidemiologia estuda a distribuição das doenças nas populações e busca determinantes para tal. A prevalência ou incidência de uma patologia, associada às características dos indivíduos, é determinada para identificar os perfis de distribuição da patologia, grupos ou fatores de risco. Em contrapartida, a antropologia considera que saúde, juntamente com o que se relaciona a ela, são fenômenos culturais construídos e interpretados (UCHOA & VIDAL, 1994).

O câncer é um tipo de doença crônica que vem apresentando crescente incidência na população mundial sendo, em função disto, foco de muitos estudos. Caracteriza-se pelo crescimento desordenado de células do organismo, originando um tumor com capacidade de metástase. Trata-se de uma doença degenerativa, resultante de mutação genética, em que células doentes dividem-se, descontroladamente, mais rápido que células sadias do tecido à sua volta, formando tumores pelo acúmulo de células neoplásicas.

Existem inúmeros tipos de câncer nomeados conforme a estrutura dos sistemas e órgãos atingidos (MS, 2004).

Como foi apontado, o câncer de mama é a neoplasia maligna que mais acomete a população feminina brasileira e sua história é antiga.

1.2 Historicidade do câncer de mama

Ao pesquisarmos na literatura trabalhos referentes à historicidade do câncer de mama, encontramos a publicação de Gomes *et al.* (2002), que descreve que no Egito, aproximadamente no ano 2500 a.C, dentre os registros de inúmeras doenças, encontrava-se a descrição de um caso de câncer de mama. Anos depois (460 a.C), Hipócrates considerou esta doença incurável e não recomendava qualquer tipo de cirurgia. As cirurgias emergiram como tratamento deste tipo de câncer a partir do século I d.C, sendo a primeira realizada por um médico chamado Leônidas. No ano de 1895, um estudante de medicina, chamado Emile Grubbe, irradiou pela primeira vez uma paciente com neoplasia maligna da mama, porém apenas no século XX a radioterapia foi introduzida no pós-operatório da mastectomia radical. Paul Erlich, em 1898, isolou o primeiro agente aniquilante e foi considerado o pai da quimioterapia. No ano de 1889, Willian Stewart Hasted, descreveu sua técnica de mastectomia radical. Vicenz Czerny, em 1895, realizou a primeira reconstrução mamária, transportando um grande lipoma para a região amputada. No ano seguinte, Tansini descreveu a primeira tentativa de reconstrução da parede torácica pós-mastectomia. Vários estudos aconteceram e foram aprimorados ao longo dos anos, objetivando sempre diminuir as morbidades e aumentar a sobrevida das pacientes.

1.3. As funções fisiológicas da mama e sua representatividade no corpo feminino

A construção da identidade feminina, baseada nas características biológicas, na celebração da maternidade e no elogio às numerosas atitudes a ela associadas, acaba por definir a mulher, enquanto categoria natural, resistente às forças arbitrárias da cultura, da história e da pessoa, sendo única e imutável (SUÁREZ *et al.*, 1991).

Durante a década de 1950, ideólogos do pensamento feminista viam a mulher como uma escrava da espécie, cujo corpo estava adaptado para a procriação e não para suas próprias necessidades. As mamas foram consideradas irrelevantes para a saúde pessoal, a menstruação desconfortável e a gravidez tida como canalizadora de vitaminas e minerais para o feto. A condição feminina era de subordinação. O papel biológico da mulher estava relacionado exclusivamente à reprodução. Nisso, eram todas iguais. (BEAUVOIR *apud* GIFFIN, 1991).

Costa (2002) afirmou que

“em todas as sociedades, as atividades masculinas são invariavelmente reconhecidas e socialmente tidas como mais importantes, valorizadas e de maior prestígio do que as atividades realizadas pela mulher”. (p.70)

Entre os anos 1980 e 1990, a mulher ganhou papel de destaque no mercado de trabalho. Além do aumento do número de mulheres atuando como agente econômico, houve também aumento na qualidade das funções desempenhadas por elas. No entanto, ainda nos dias de hoje, embora muitas mulheres estejam à frente das atividades econômicas da família, suas funções ainda são voltadas para a atividade reprodutiva, cuidados com a casa e com os

membros da família, sendo destinado ao homem o papel de provedor (SHERER *et al.*, 2007).

Além de todas suas tarefas, cabe à mulher manter-se dentro dos padrões “femininos” impostos pela sociedade, que abrangem desde a função de cuidadora do lar até o perfil do corpo perfeito, em que os seios são vislumbrados como órgão de desejo e prazer e um símbolo de feminilidade. Além da função fisiológica de amamentação, simbolizam, para as mulheres, a vaidade, a sexualidade e o prazer. Fazem parte de uma estrutura física com grande e direta relação com a emoção e a sensualidade (INCA, 2004; VIEIRA *et al.*, 2005).

A perda da mama altera a imagem corporal da mulher, sua identidade e auto-estima, o que pode desencadear sintomas de depressão e ansiedade (TODESCHINE *et al.*, 1994; GIMENEZ & QUEIROZ, 1997).

No imaginário social, as mamas estão associadas a atos prazerosos como amamentar, seduzir, acariciar. Adquirir uma doença nesta parte do corpo destrói as possibilidades que simbolizam a mulher enquanto ser feminino (VIEIRA *et al.*, 2005; VIEIRA & QUEIROZ, 2006).

Para Guerriero *et al.* (2001, p. 100)

“o que estabelece a noção de verdade é a crença envolvida nas representações simbólicas. A lógica do imaginário é passível de ser construída e reconstruída e é distinta da simples ilusão. O imaginário tem relações com a vida circundante, é constituído e legitimado socialmente”.

Frente à suspeita do câncer de mama, medo e crise tornam-se evidentes na vida das portadoras da doença (GOMES *et al.*, 2002). Ferreira (2003) descreve medo como sentimento de inquietação frente ao perigo real ou imaginário de ameaça, pavor, temor, receio.

1.4. A cirurgia como opção de tratamento do câncer de mama

Câncer de mama é o crescimento desordenado de células da mama, originando um tumor com capacidade de metástases. É muito temido pelas mulheres devido à sua alta incidência e pelos seus efeitos psicológicos, os quais afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem corporal. O câncer de mama é um problema de saúde pública (INCA, 2004).

Nas últimas décadas, o carcinoma mamário apresentou incidência e mortalidade crescentes (MAGALD *et al.*, 2005). Cerca de um milhão de mulheres em todo o mundo recebe o diagnóstico de câncer de mama anualmente. As estimativas epidemiológicas de 2006 foram de 48.930 novos diagnósticos dessa malignidade. Estimam-se, para 2008, 49.400 novos diagnósticos. Para 2010, a incidência mundial está projetada para 1.45 milhão de casos novos, o que significa um aumento de 82% sobre a incidência de 1990 (INCA, 2006). Esta alta incidência serviu como motivação para o desenvolvimento de novas modalidades terapêuticas com o objetivo de buscar a cura ou o controle, possibilitando às mulheres, após o tratamento, melhores condições de vida e menos seqüelas cirúrgicas (AGUILLAR & BUAB, 2003).

Paralelamente às novas e modernas tecnologias que surgem a cada dia, devem ser construídos saberes para que possamos lidar também com a dimensão simbólica “*que surge em torno e em decorrência da materialidade da tecnologia*” (GOMES *et al.*, 2002; p. 203).

A cirurgia tem sido usada há muitos anos como principal opção terapêutica. Esta opção de tratamento tem por objetivo promover o controle local, através da remoção mecânica das células malignas presentes no câncer

primário, proporcionar maior sobrevida, orientar a terapêutica sistêmica, definir o estadiamento cirúrgico da doença e identificar o risco de metástases à distância. O esvaziamento axilar, por sua vez, é realizado com a finalidade de determinar o estadiamento cirúrgico da doença na axila, avaliar o prognóstico no que se refere à recidiva local e à distância e orientar a terapêutica complementar. A necessidade da linfadenectomia total é questionada, uma vez que grande parte das mulheres não possui linfonodos axilares acometidos pela doença (INCA, 2004; PAZ *et al.*, 2001).

A opção cirúrgica é determinada pelo tipo histológico, tamanho do tumor, idade da paciente, experiência e preferência do cirurgião, protocolo de tratamento, facilidade de acesso aos meios necessários para completar o tratamento, dentre outros (PAZ *et al.*, 2001).

Halsted, em 1882, sistematizou uma cirurgia radical conhecida como Mastectomia Radical à Halsted, na qual, durante o procedimento cirúrgico, removem-se a mama, os músculos grande e pequeno peitoral e realiza-se o esvaziamento axilar completo. Em uma tendência mais conservadora, Patey e Dyson defenderam, em 1948, uma modificação sistemática na técnica de Halsted na qual são removidas glândulas mamárias, peitoral menor e é realizado o esvaziamento axilar radical, preservando o músculo grande peitoral (DIAS, 1994; CAMARGO & MARX, 2000).

Madden publicou, em 1972, uma modificação da técnica de Halsted que consistia em remoção da glândula mamária, aponeurose anterior e posterior do músculo peitoral maior, esvaziamento axilar radical, linfonodos interpeitorais, sendo preservados o pequeno e o grande peitoral (DIAS, 1994; CAMARGO & MARX, 2000).

As técnicas cirúrgicas foram estudadas e aprimoradas, tornando-se cada vez menos agressivas, visando à diminuição de seqüelas físicas e psicológicas. A quadrantectomia¹ com axilectomia e a mastectomia² com reconstrução são exemplos dessa evolução (CAMARGO & MARX, 2000).

Segundo Cantinelli *et al.* (2006), a reconstrução mamária tem impacto positivo sobre a saúde mental e a qualidade de vida da mulher e, mais precoce for realizada a reconstrução, maior será o benefício para a paciente.

Vieira & Queiroz (2006) demonstraram, através de relatos de entrevistadas, que mulheres submetidas à mastectomia radical sentiam-se envergonhadas e com receio da rejeição das pessoas, principalmente do companheiro. Estas mulheres sentiram diminuição da auto-estima e modificações corporais no período pós-operatório. Já as mulheres com mastectomia parcial se preocupavam menos com questões relacionadas ao estigma social da doença e com recidivas.

Cohen *et al.* (2000) e Taylor *et al.* (1985) escreveram que pacientes submetidas à cirurgia conservadora têm menos sintomas psicológicos associados, quando comparadas a mulheres submetidas a cirurgias radicais.

¹ Retirada cirúrgica do quadrante acometido pelo tumor e dos linfonodos axilares

² Retirada cirúrgica do complexo auréolo mamilar, com ou sem linfadenectomia axilar e musculatura peitoral. Reconstrução mamária é o procedimento cirúrgico para reconstruir a mama retirada. Pode ser realizado no momento da mastectomia ou tardiamente

Makluf *et al.* (2006) afirmaram que:

“os estudos demonstram que o impacto negativo tanto sobre a atividade sexual quanto a imagem corporal, é menor nas pacientes submetidas à cirurgia conservadora da mama do que aquelas submetidas à mastectomia. Logo, o tratamento de escolha para pacientes com câncer de mama deveria ser a cirurgia conservadora da mama”. (p.49).

As alterações na função sexual da mulher, no caso de pacientes mastectomizadas, podem ser decorrentes de vários fatores além da alteração corporal. A diminuição da função ovariana conseqüente à quimioterapia ou ooforectomia, realização de quimioterapia hormonal (tamoxifeno), fadiga, náuseas e elaborações psicológicas como infertilidade, medo da morte, dentre outros, podem ser alguns fatores responsáveis pela diminuição do desejo sexual (CANTINELLI *et al.*, 2006).

Todas as técnicas cirúrgicas obtiveram benefícios estéticos, funcionais e psicológicos reconhecidos, mas não podemos deixar de destacar as morbidades possíveis de ocorrerem em virtude do esvaziamento axilar. Dessas morbidades, destacam-se seroma³, deiscência⁴, limitação da amplitude de movimento do ombro e do braço, linfedema e aumento dos dias de internação hospitalar, além de efeitos sócio-econômicos, como isolamento social, afastamento no trabalho e depressão, dentre outros (MAGALDI *et al.*, 2005).

³ Ocorre como conseqüência da lesão dos vasos linfáticos e sanguíneos durante a ressecção cirúrgica da mama, dos linfáticos e dos tecidos adiposos associados à transudação da linfa e o acúmulo de sangue no campo operatório (Camargo & Marx, 2000).

⁴ Ruptura dos pontos com abertura da ferida operatória (Rezende *et al.*, 2006).

Conseqüente ao esvaziamento axilar, a produção de células de defesa e a drenagem linfática do membro fica comprometida, favorecendo a instalação de morbidades como linfedema e limitação funcional (CAMARGO & MARX, 2000; MAGALDI *et al.*, 2005).

1.6. Sistema linfático, linfonodos axilares e linfedema

Linfonodos axilares são um conjunto de gânglios e capilares que faz parte do sistema linfático e se localiza na região axilar (fig.1). Apresentam como principais funções a ativação da resposta inflamatória, o controle de infecções e, em ação conjunta aos vasos sanguíneos, a drenagem linfática do membro superior (CAMARGO, 2000; MAYALL, 2000).

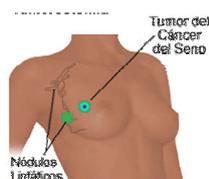


Fig. 1 - Fonte: http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_breast_sp/images/si_0290.gif

O sistema linfático é considerado a principal via de disseminação de células cancerígenas. É responsável pelo transporte destas células até os gânglios linfáticos, onde proliferam, passam para os gânglios vizinhos e caem na circulação sanguínea. Em virtude da proximidade desses linfonodos com o tumor mamário, cria-se a expectativa de que a retirada dos mesmos previna o aparecimento de metástases (BERGMANN, 2000; CAMARGO & MARX, 2000).

Conceitua-se linfedema (fig.2) como todo e qualquer acúmulo de líquido, altamente protéico, nos espaços intersticiais, seja ele por falhas de transporte devido á alterações de carga linfática ou por falha da proteólise extralinfática (MAYALL, 2000).



Fig.2 - Fonte: foto publicada com autorização de imagem

Esta morbidade causa alterações importantes, não só físicas, mas também funcionais (CANTINELLI *et al.*, 2006) e estéticas, por alterar a imagem corporal, que reflete, segundo Woods (apud PANOBIANCO 7& MAEDE, 2002, P. 547),

“não só o quadro mental que alguém faz de si mesmo, como também a atitude diante do seu corpo com as várias partes e funções”.

Linfadenectomia axilar é a retirada cirúrgica dos linfonodos axilares. A ausência dos linfonodos axilares causa obstrução ao fluxo linfático. A fim de prevenir o edema do membro, causado por esta obstrução, o organismo cria alguns mecanismos compensatórios, como a circulação colateral, que conduz a linfa para outras regiões, o surgimento de neo-anastomoses linfo-linfáticas e linfo-venosas. Quando os mecanismos compensatórios se encontram com suas funções esgotadas, acontece o acúmulo de líquido no membro (MORTMER, 1999).

Realizada a linfadenectomia axilar, vários cuidados devem ser prestados ao membro superior homolateral à cirurgia axilar, para prevenção de morbidades, tais como, linfedema e limitação funcional. Neste trabalho, utilizamos para prevenção o conceito de Czeresnia (2003) que afirma ser *“ato pelo qual se procura evitar que algo aconteça”* (p.3).

O acompanhamento fisioterapêutico, no pós-operatório, é de fundamental importância para a restauração da amplitude de movimento do

membro superior, principalmente do ombro e prevenção do linfedema (REZENDE *et al.*, 2006).

Estímulo quanto à realização de exercícios específicos para reabilitação do braço, promover adequada recuperação funcional, propiciar melhor qualidade de vida, orientação quanto a cuidados de higiene e hidratação da pele, realização de automassagem também devem ser estimulados pelos fisioterapeutas (CAMARGO & MARX, 2000).

Panobianco *et al.* (2002) reforçam a importância de orientar as mulheres quanto aos cuidados com o braço e à necessidade de estimular a prática de auto cuidado, como a realização da automassagem e exercícios específicos.

As limitações que esse procedimento cirúrgico axilar traz para a vida da mulher podem ser responsáveis por alterações no hábito de vida, além de interferir na sua feminilidade, pois algumas tarefas trarão risco de surgimento do linfedema (BERGAMASCO & ÂNGELO, 2001).

Procedimentos que vêm acompanhados do risco de lesão devem ser evitados. Assim sendo, retirar cutícula com alicate, lavar louças, praticar jardinagem, aferir pressão arterial, manipular equipamentos cortantes ou quentes, costurar, usar lâmina cortante para retirada de pêlos axilares, dentre outros, são atividades a serem evitadas ou realizadas com equipamento de proteção (luvas), no braço do lado da mama operada. Qualquer ferida aberta no membro homolateral à cirurgia serve como porta de entrada de agentes infecciosos na corrente sanguínea. Como a proteção e a drenagem do membro encontram-se deficientes, a chance de instalação de linfedema torna-se evidente. Cinesioterapia orientada, posicionamento do membro, realização de automassagem e hidratação do braço, são outros procedimentos orientados

para prevenção de morbidades após cirurgia para tratamento de câncer de mama (CAMARGO & MARX, 2000; GOZZO, 2005; MAGALDI *et al.*, 2005; MS, 2004; PANOBIANCO *et al.*, 2002).

Estima-se que 65% das mulheres tratadas com linfadenectomia axilar apresentem complicações sensitivas e motoras. Metade destas mulheres, quando submetidas à linfadenectomia associada à mastectomia ou quadrantectomia por carcinoma de mama, apresenta limitação de pelo menos um movimento do ombro após a cirurgia (MAGALDI *et al.*, 2005). Entre mulheres que realizaram linfadenectomia axilar, a incidência de linfedema varia entre 16.2 e 30.7%, segundo dados do estudo de Bergmann (2000). Entre mulheres que retiraram apenas o linfonodo sentinela, a incidência desta morbidade varia entre 6 e 30%, segundo Purushotham *et al.* (2005).

Na tentativa de minimizar as morbidades causadas pela LA, alguns estudiosos se empenharam no desenvolvimento da técnica da biópsia do linfonodo sentinela (BLS) para tratamento do câncer de mama, com base no que foi descrito, em 1992, por Morton e colaboradores, segundo pesquisa com pacientes acometidas por melanoma estágio I (HARRIS *et al.*, 2002).

O Linfonodo Sentinela é o primeiro linfonodo de uma cadeia a receber drenagem do tumor primário e sua avaliação pode corresponder ao estado de toda a axila (HARRIS *et al.*, 2002; VERONESI *et al.*, 2003).

A partir da década de 1970, as cirurgias com LA não foram mais utilizadas para garantia de sobrevida como se acreditava anteriormente e, sim, para garantia de um preciso estadiamento cirúrgico da doença (HARRIS *et al.*, 2002).

Schover (1994) levantou a questão de os tratamentos conservadores protegerem mais as mulheres, do ponto de vista psicológico.

Este mesmo autor conduziu um estudo comparando qualidade de vida entre o tratamento conservador e a mastectomia total. Para ele, o tratamento conservador está claramente associado à melhor qualidade de vida; na mastectomia total, as mulheres sentiam-se menos atraentes, não gostavam de sua aparência geral, não se sentiam inteiras, estavam infelizes com a cicatriz, tinham limitação no trabalho, no lazer e em outras atividades do dia-a-dia, ficavam inseguras e evitavam o contato com outras pessoas.

A técnica de linfonodo sentinela emergiu, na década de 1990, como um método de amostragem axilar seletiva, minimamente invasiva e altamente sensível na identificação de metástases, permitindo estudo anatomo-patológico completo dos linfonodos que têm maior probabilidade de apresentarem metástases (HARRIS *et al.*, 2000; VERONESI *et al.*, 2003). Segundo Veronesi *et al.* (2003), a biópsia do linfonodo sentinela foi desenvolvida com o objetivo de possibilitar qualidade de vida com menor morbidade, sendo uma alternativa oncológica válida e melhor tolerada pelas pacientes do que a linfadenectomia radical.

O esvaziamento axilar torna-se necessário em algumas situações. No momento seguinte à retirada do linfonodo sentinela, com a paciente ainda sendo operada, o mesmo é avaliado por um patologista com a técnica de congelação ou imprint citológico. Se o patologista verificar que o linfonodo retirado encontra-se contaminado com células do câncer, realiza-se a linfadenectomia axilar. Quando este resultado é negativo, ou seja, não é encontrado comprometimento metastático no linfonodo sentinela, os demais

linfonodos são preservados e o linfonodo sentinela é encaminhado para uma análise histológica detalhada. Após esta análise, caso seja encontrada alguma célula cancerígena, a paciente retorna para um segundo tempo cirúrgico, a fim de que se realize a linfadenectomia axilar. (VERONESI *et al.*, 2003).

Magaldi *et al.* (2005) realizaram um estudo com 150 mulheres, dividindo-as em 2 grupos: o primeiro grupo sendo composto por mulheres submetidas à linfadenectomia axilar e o segundo por mulheres que foram submetidas à técnica do linfonodo sentinela para tratamento de câncer de mama. Após compararem a incidência de dor, linfedema, restrição de movimento e déficit sensorial em diferentes momentos após a cirurgia, concluíram que no grupo de mulheres submetidas à linfadenectomia axilar, todas as morbidades tiveram incidência significativamente maior quando comparadas ao outro grupo.

Mulheres tratadas com BLS apresentam melhoras mais expressivas em termos estéticos e funcionais do que aquelas submetidas à LA (MAGALDI *et al.*, 2005).

Embora sejam inúmeras as vantagens da técnica da biópsia do linfonodo sentinela, em nosso país, a maioria das pacientes chega às instituições que realizam o tratamento cirúrgico do câncer de mama com estadiamento avançado da doença, sendo, em geral, a mastectomia é a cirurgia de escolha (SALES *et al.*, 2001).

Paralelamente ao desenvolvimento de tecnologias modernas, objetivando máximo de eficácia e mínimo de desconforto e morbidades, torna-se necessário avançar também no campo de conhecimento que contemple a dimensão simbólica que é construída em torno desses procedimentos.

“É necessário incorporar ao desenvolvimento tecnológico não apenas os instrumentos, materiais disponíveis, mas também a

construção dos saberes em sentido ampliado, que possibilite, dentre outros aspectos, lidar com a dimensão simbólica que surge em torno e em decorrência da materialidade da tecnologia”. (ITA apud GOMES et al,2002 p. 202)

2.0. JUSTIFICATIVA

2.1. Câncer de mama X Saúde Coletiva

O câncer de mama é um tema que há anos faz parte da agenda governamental e vem recebendo atenção do governo em relação à sua detecção precoce e tratamento.

Criado em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) inclui, dentre outras iniciativas, ações educativas preventivas de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério. Volta-se, ainda, para o planejamento familiar, as doenças sexualmente transmissíveis, o câncer de colo de útero e de mama, as mulheres no climatério, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional feminino (MS, 1984).

Gomes *et al.* (2002) ressaltam, nas considerações finais de uma de suas pesquisas na área, a urgente necessidade de se abordar o câncer em uma perspectiva interdisciplinar, ampliando a visão biomédica hegemônica nas formulações de políticas de prevenção e tratamento.

Considerando o significado de integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e todo o investimento simbólico que é socialmente construído em torno do câncer de mama, torna-se necessário que a saúde pública contemple, também em sua agenda, a dimensão sócio-antropológica em torno desse procedimento e suas conseqüências na vida das mulheres. Há necessidade de se conhecer as experiências das mulheres, o que elas consideram como

dificuldades e suas limitações, a fim de que as políticas públicas sejam voltadas para as reais necessidades deste grupo de mulheres, o que lhes propiciará um atendimento de maneira integral.

São descritas, de maneira muito clara, no consenso do Ministério da Saúde (MS, 2004), as indicações e limitações da realização da técnica da BLS e muitos são os trabalhos científicos que confirmam a eficácia e os benefícios da preservação dos linfonodos axilares; mas, mesmo diante de tantas informações e comprovações, poucos são os hospitais que realizam tal procedimento como rotina, por variadas razões, dentre as quais citamos: *déficit* de mão de obra especializada, falta de informação, ausência de material necessário e alta incidência de tumores em estágio avançado (PAZ *et al.*, 2001; SALES *et al.*, 2001).

Em face do imaginário social, a abordagem do câncer envolve sentimentos que são difíceis de serem administrados, tanto por parte dos profissionais, como por parte das pessoas em geral. Medo da dor, resignação diante da percepção de que sua doença terá um desfecho fatal e negação de que a própria doença existe são alguns dos aspectos emocionais que envolvem toda a trajetória de ser portador de câncer (GOMES *et al.*, 2002).

Para que os profissionais de saúde possam lidar com doenças como o câncer de mama, é necessário também

“compreensão sócio-antropológica do contexto e da situação social em que se encontra o sujeito da doença, uma vez que é através das interações sociais que indivíduos desenvolvem determinadas experiências, estabelecem campos de significação e adquirem um senso de sua própria identidade”
(GOMES *et al.*, 2002; p.203)

Acreditamos que, com este estudo, contribuiremos para a melhora da comunicação entre os profissionais de saúde e destes com os pacientes. Contribuiremos também para melhora na assistência fisioterapêutica a este grupo de pacientes, pois, o fisioterapeuta, como profissional que reabilita e orienta as mulheres no pós-operatório de câncer de mama, para assistir à sua clientela de forma integral, precisa compreender as interpretações e os significados dados à cirurgia axilar e as práticas de auto cuidado com o braço homolateral a este procedimento para prevenção do linfedema. Através desta compreensão, é possível direcionar os atendimentos para as singularidades das mulheres, possibilitando a compreensão e a adequada utilização das informações e orientações fornecidas, sem causar muita limitação ou restrição nas atividades da vida diária de cada uma, levando a uma melhora na qualidade de vida destas pacientes.

Deitos (*apud* BRAZ 2001; p.12) afirma que

“a reabilitação da paciente com câncer de mama envolve todos os aspectos de cuidados do paciente, expandindo o máximo possível o seu potencial (mental, social e econômico), enquanto as restrições devem ser minimizadas”.

Na pesquisa por nós realizada em bancos de dados científicos (Med Line e Pub Med), foram encontrados 2.464 publicações sobre linfonodo sentinela e câncer de mama, sendo 4 sobre morbididades e linfonodo sentinela, como por exemplo, o trabalho de Magaldi et al. Foram 2.377 achados sobre morbididades e cirurgia para câncer de mama, 13 que abordavam experiências de vida de mulheres que tiveram câncer de mama e 28 sobre significado cultural, cirurgia e câncer de mama. Os trabalhos comparavam linfonodo sentinela com dissecação axilar completa e abordavam questões relacionadas à técnica cirúrgica, como por exemplo, eficácia na utilização do tecnésio ou azul

patente na identificação do linfonodo sentinela. Alguns avaliavam morbidades. Não foram encontradas publicações abordando BLS e práticas de auto cuidado como propomos neste estudo. Além disto, a carência em publicações na área de fisioterapia se mostrou evidente, o que reforça a importância do presente estudo.

2.2. Fisioterapia: do empirismo à integralidade

Os recursos da natureza, como água, sol e frio são usados terapeuticamente desde a antiguidade. Na China, existem registros da cura através do movimento, desde o ano 2698. No ano de 384 a.C., o “pai da cinesiologia”, Aristóteles, já descrevia a ação dos músculos (PETRI, 2005).

Com a chegada dos monarcas e nobres vindos de Portugal para o Brasil em 1908, surgiram, em nosso país, várias escolas de ensino médico responsáveis por ensinar, além da medicina tradicional, técnicas de reabilitação, cabendo, aos chamados médicos de reabilitação, a utilização dos recursos fisioterapêuticos (NOVAES, 2005).

Nos países participantes da I Guerra Mundial, o número de mutilados que necessitavam de reabilitação para reincorporarem as atividades de batalha era grande. Isso fez com que a profissão de fisioterapeuta desse seu primeiro grande salto, com o surgimento de inúmeros centros de reabilitação, sendo a II Guerra Mundial a responsável pela consolidação da importância do profissional reabilitador (PETRI, 2005).

Apesar de usada empiricamente há séculos, a fisioterapia, no Brasil, é uma profissão regulamentada há poucos anos (GAVA, 2004).

Com o passar dos anos, sentiu-se a necessidade de se aprofundar nos estudos de recursos específicos utilizados na reabilitação e não mais nas

disciplinas da faculdade de medicina. Isso faz com que surja, em 1951, o primeiro curso de técnico em fisioterapia, sendo, em 1969, os cursos de fisioterapia e terapia ocupacional reconhecidos pelo decreto lei 938/69 (BRASIL, 1969).

Desde então, a fisioterapia vem crescendo, tornando-se reconhecida pelos seus valores, qualificando seus profissionais, ganhando respeito e credibilidade, possuindo, atualmente, importante papel tanto em ações curativas, quanto preventivas nas diversas áreas da medicina, assistindo o paciente de maneira integral, visando à reabilitação do ser como um todo, proporcionando independência para o desempenho de suas funções e qualidade de vida (PETRI, 2005).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Conhecer as mudanças nas atividades da vida das mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama, através da técnica da BLS, com vistas a buscar possibilidades de melhoria da qualidade de vida dessas pacientes e de uma atuação mais efetiva do profissional de fisioterapia

3.2. Objetivos específicos

3.2.1. Identificar conhecimentos e práticas dos cuidados com o braço do lado da mama operada, para prevenção de linfedema.

3.2.2. Analisar o significado da técnica da biópsia do linfonodo sentinela na vida das entrevistadas.

3.2.3. Averiguar, através dos relatos, como se dá a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, sobre as práticas de auto cuidado com o braço.

3.2.4. Demonstrar a importância da atuação fisioterapêutica em pacientes operadas de câncer de mama, além da reabilitação física.

4.0. REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

4.1. A dimensão simbólica do câncer de mama

A palavra câncer tem origem do grego *karkinos* (para as úlceras neoplásicas não-cicatrizantes) e *karkinōma* (para tumores malignos sólidos), e no latim *cancer*, que significa caranguejo, designado à doença pela semelhança existente entre as veias intumescidas ao redor do tumor e as patas do caranguejo. Nessa perspectiva, o câncer está associado à sensação consciente ou inconsciente de ser devorado, ser comido por dentro, reforçando a dimensão de doença incurável, castigo, dentre outros significados (BRAZ, 2001).

Ao analisarmos as repercussões do câncer de mama, utilizamos os achados publicados no trabalho de Bertolli *apud* Tavares & Tyad (2005), que afirmam que, no final do século XIX e início do XX, o adoecimento, era considerado fruto do pecado e do vício, em especial, nas práticas sexuais. O câncer de mama era associado ao coito bucal, e acreditava-se que os nódulos cancerosos se formavam inicialmente na cavidade bucal e no trato digestivo, seguindo-se a disseminação por todo organismo. A associação do surgimento do câncer a atos 'desregrados' foi aos poucos sendo substituída à medida que outros estudos foram surgindo e associando outros fatores ao surgimento desta doença, como estresse, sobrecarga emocional e situações de 'contenção dos desejos'. Na segunda metade do séc. XX, a interpretação psicossomática do câncer ganha força devido aos inúmeros estudos relacionando o câncer e seu tratamento à personalidade, aos sentimentos e à qualidade de vida das pessoas. A 'responsabilidade' do próprio doente frente à sua doença levou à elaboração de novas técnicas de tratamento, trazendo a noção do surgimento

da mesma como castigo e punição, sentimento que acompanha muitos doentes até o presente século. Embora inúmeras pesquisas e técnicas de tratamento surjam, o câncer ainda é tratado de maneira obscura.

O fato de ter câncer, uma doença repleta de estigmas, altera a percepção da mulher sobre si mesma (TAVARES & TYAD, 2005). As reações das pacientes frente à doença, ao tratamento e a reabilitação, segundo Venâncio (2004), dependem de características individuais, tais como: história de vida, contexto social e cultural, espiritualidade e opção sexual.

Alterações na auto-imagem feminina, perda funcional, alterações psíquicas, emocionais, sexuais e sociais podem surgir após o câncer e seu tratamento (DUARTE & ANDRADE, 2003; MAKLUF *et al.*, 2006).

O câncer traz mudanças efetivas na vida da pessoa, porque o diagnóstico altera a condição anteriormente estabelecida de atividade para colocá-la num lugar de passividade em relação à vida (BERGAMASCO & ÂNGELO, 2001).

Uma das considerações de Almeida (1997) foi o favorecimento do enfrentamento da doença, através da troca de experiências, que acontece nos grupos de apoio, melhorando o ajustamento psicossocial da paciente frente ao agravo.

Dentre as várias experiências vividas por mulheres operadas para tratar câncer de mama, encontramos preconceitos, medo da morte, sofrimento da mutilação, sentimento de desvalorização social e também o receio do surgimento do linfedema, como escrito por Bergamasco & Ângelo (2001). Estes mesmos autores afirmam em seu trabalho que o câncer de mama tem um profundo impacto psicossocial nas pacientes e em seus familiares. O linfedema

citado acima é citado por Gomes (2002) como causa de restrição na vida social da mulher.

4.2. Comunicação

As informações são fornecidas e recebidas através da comunicação, que, etimologicamente, significa *communicare*, pôr em comum, ou tornar comum (SILVA, 2002).

Dado encontrado nas publicações sobre a 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) caracteriza comunicação como processo de troca de mensagens entre duas ou mais pessoas ou entre dois sistemas diferentes.

A comunicação, compreendida como processo de compartilhamento de informações fornecidas e recebidas, possibilita alterações no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio e longo prazo. Todo processo de comunicação é constituído por troca e partilha de informações. Portanto, para que este processo seja completo, é necessário as partes estarem informadas, prontas para tomar atitude com pleno conhecimento das idéias e sentimentos comuns (SILVA, 2002).

A CNS acrescenta que é necessário que os dados e informações sejam claros, não contenham ambigüidades, sejam precisos e fidedignos e também sejam transmitidos de maneira adequada, através de sistemas visuais e auditivos que mobilizem a atenção e motivem sua utilização.

Abraham Moles (1958), p.153, escreve que:

“para a mensagem ser eficiente deve ser redundante, ou seja, deve dispor-se a mensagem de tal modo que favoreça a maior coincidência possível entre o que ela oferece e o nível de aspiração do público ao qual se dirige”.

Para considerarmos a comunicação como passo importante para educação em saúde, temos que atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, criarem condições para se apropriarem de sua própria existência.

4.3. Conhecimentos, práticas e auto cuidado

Para analisarmos os conhecimentos e práticas de auto cuidado, usamos os conceitos citados por Marinho (2003; p. 577), que afirma ser conhecimento:

“recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinados eventos”.

Este mesmo autor conceitua prática como

“a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.” (p.578).

O auto cuidado (AC) é usado como sinônimo de cuidado de si próprio. É um comportamento que implica no papel ativo do cliente, em prática de atividades que o indivíduo desempenha em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar (OREM, 1971).

A mesma autora, citada acima, considera a educação para o auto cuidado um processo dinâmico que depende da vontade do cliente e da percepção sobre sua condição clínica. Assim sendo, o paciente julga se a ação do auto cuidado será benéfica para ele e esse julgamento ocorre de acordo com as orientações internas e/ou externas que, por sua vez, são moldadas pela cultura em que os indivíduos vivem.

Nas práticas de auto cuidado, estão incluídas as atividades da vida diária – tarefas de desempenho ocupacional que o indivíduo realiza cotidianamente –, que não se resumem a se vestir, tomar banho, pentear-se, na medida em que englobam também as habilidades de usar o telefone, escrever, manipular livros, dentre outras (TROMB, 1989).

Braz (2001) afirma que a prática do auto cuidado pode ajudar a mulher a se valorizar, conhecer seu corpo e compreender melhor o que lhe está acontecendo.

Camargo (2003) escreve sobre o desejo de adoção de práticas de auto cuidado por mulheres operadas de câncer de mama. Neste trabalho, afirma que, embora as mulheres tenham determinação para adotarem tais práticas, faltam-lhes informação e suporte profissional para que isso ocorra.

O câncer de mama pode trazer à consciência da mulher a idéia do quanto o cuidado consigo mesma é colocado em segundo plano (ALMEIDA *et al.*, 2001).

Ferreira (2003) constatou, em seu trabalho, que mulheres submetidas à cirurgia para tratamento de câncer de mama, além de ficarem, algumas vezes, impossibilitadas de cuidarem de suas famílias, passam a viver uma relação de dependência de outros para cuidarem de si mesmas, o que, para muitas, é suficiente para gerar um angustiante sentimento de impotência.

5.0 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi realizado, visando a uma abordagem qualitativa, na busca de entender o significado que os sujeitos atribuem às situações vividas e a relação desses significados com a realidade na qual estão inseridos (MINAYO, 1993).

Granger (*apud* MINAYO, 2004) enfatiza que a pesquisa qualitativa em saúde possibilita ao pesquisador

“(...) trabalhar com a percepção do vivido, com os significados das motivações, atitudes e valores” (p.133).

É através dos relatos sobre conhecimentos e práticas do cuidar das mulheres submetidas à BLS que buscamos as respostas para os questionamentos que motivaram a realização desta pesquisa. Acreditamos que através da análise das entrevistas e do diálogo com a literatura científica utilizada neste estudo, contribuiremos para que a assistência fisioterapêutica no pós-operatório tenha, além da função reabilitadora e educativa, a capacidade de minimizar as limitações e mudanças nas atividades da vida das pacientes, através da prática de orientações individualizadas e de acordo com as características de cada uma.

5.1 Cenário do estudo

O presente estudo, realizado no Instituto Nacional do Câncer (INCA), unidade III, na cidade do Rio de Janeiro, visa à compreensão do conhecimento e à prática dos cuidados com o membro homolateral em mulheres submetidas à BLS.

A opção por desenvolver a pesquisa neste local se deve ao fato de ser um centro de referência e alta complexidade que atende grande número de

pacientes com câncer de mama. A pesquisa ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional do Câncer, Registro 051/07.

As entrevistas foram gravadas, em uma sala apropriada para tal procedimento, no ambulatório de fisioterapia e, posteriormente, transcritas pela pesquisadora, o que possibilitou uma análise em profundidade das falas.

5.2 Sujeitos da pesquisa

Foram realizadas 11 entrevistas semi-estruturadas com mulheres que chegavam ao setor para reavaliação fisioterapêutica, no período de agosto a outubro de 2007. Como critério de inclusão, determinamos que as participantes deveriam ter entre 6 e 18 meses de cirurgia realizada com a técnica da BLS e idade entre 40 e 60 anos. Os critérios de inclusão e exclusão foram determinados visando à maior homogeneidade da amostra. O critério tempo foi determinado levando em consideração que as mulheres até o sexto mês já teriam definido a realização ou não de tratamento complementar (quimioterapia e/ou radioterapia). A determinação do limite máximo de 18 meses após a realização da cirurgia deve-se à intenção de se evitar o viés de memória. Quanto à idade, incluímos a faixa etária de maior incidência do câncer de mama. Outros critérios de inclusão estabelecidos pela pesquisadora eram possuir segundo grau completo e apresentar condições psíquicas de responder às perguntas. A opção por este grau de escolaridade foi por acreditarmos na maior capacidade de compreensão das informações fornecidas. A todas as participantes foi solicitado que lessem e assinassem um termo de consentimento livre e esclarecido, conforme a Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Alguns dados como estado civil, paridade, atividade laboral e tratamento oncológico adjuvante também foram coletados para posterior análise.

Dentre as 11 mulheres inicialmente escolhidas, uma foi excluída por não apresentar os pré-requisitos dos critérios de inclusão. A entrevista excluída deveu-se ao fato de haver uma discrepância entre a idade informada pela paciente e a que efetivamente tinha, confirmada após consulta ao prontuário, que ia muito além do estabelecido como critério de inclusão.

Entre as 10 entrevistas transcritas e analisadas, encontramos nove (9) mulheres submetidas à técnica da biópsia do linfonodo sentinela que não realizaram LA (linfonodo sentinela negativo) e uma submetida a esvaziamento axilar em um segundo tempo cirúrgico (linfonodo sentinela positivo) e 3 (três) mulheres participantes foram submetidas à mastectomia simples com reconstrução imediata, 1 (uma) das quais teve infecção no pós-operatório, sendo necessário a retirada da prótese de silicone utilizada na reconstrução. A idade das participantes variou entre 40 e 59 anos. Participaram da pesquisa mulheres casadas, viúvas e divorciadas.

5.3 Método e técnica

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas visando a alcançar os objetivos propostos. Tais entrevistas possibilitaram aos entrevistados compartilhar opiniões e expressar sentimentos, percepções, conhecimentos e significados a respeito do tema.

Para conduzir as entrevistas, foi elaborado um roteiro de perguntas com os seguintes tópicos:

- Vida da mulher antes da cirurgia: (o que fazia; se saía de casa; aonde costumava ir; onde trabalhava e o que mudou atualmente em sua vida);
- Informações sobre a cirurgia (se sabe o que foi feito; se recebeu orientações, quais as orientações que segue e porque as segue ou não);
- “Significado” do procedimento cirúrgico na vida da paciente.

As entrevistas foram gravadas em dispositivo eletrônico (MP4) e posteriormente transcritas para melhor análise do material. Todas as etapas foram realizadas pela pesquisadora.

5.4 Organização e análise dos dados

Para organização e análise dos dados, utilizamos a técnica de Análise de Conteúdo, pois a mesma trabalha a palavra e as significações das mensagens, buscando a lógica do material coletado, através de três etapas: pré-análise, análise do conteúdo e tratamento e interpretação dos resultados.

Através da análise do conteúdo, pudemos realizar uma leitura profunda das comunicações, indo além da leitura. A autora francesa, Laurence Bardin, foi o referencial utilizado para tais análises.

Bardin (1979; p. 201) define este tipo de análise como

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

A princípio, realizamos uma leitura compreensiva do material selecionado com a finalidade de ter uma visão de conjunto e apreender as particularidades presentes nessa totalidade parcial.

Na segunda etapa, realizou-se a análise do conteúdo, cujo objetivo foi examinar a fala e buscar o que está por trás dos conteúdos manifestos. Este foi o momento em que se construíram indagações e se encontraram as respostas para as mesmas, o que possibilitou o aprofundamento dos dados, as comparações e a busca de um quadro mais sintético e nítido de temáticas ou eixos orientadores da interpretação (MINAYO, 2004).

A terceira e última etapa do processo de análise dos dados consistiu na interpretação propriamente dita dos dados, uma interpretação das interpretações, um diálogo com a literatura.

6.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise dos dados, emergiram três categorias temáticas que abrangem as questões abordadas nas entrevistas – mudanças nas atividades da vida, informações sobre a técnica cirúrgica e práticas de auto cuidado para prevenção de linfedema e importância do procedimento cirúrgico na vida da mulher.

6.1. Mudanças nas atividades da vida diária

O câncer de mama é a neoplasia maligna que mais acomete mulheres, sendo responsável por elevado número de óbitos nesta população. Frente a esta realidade, podemos imaginar o quanto o diagnóstico é capaz de alterar a vida da paciente e seus familiares, tanto nos aspectos físicos, conseqüentes à agressividade de muitos procedimentos cirúrgicos, quanto nos aspectos emocionais, em virtude dos mitos existentes e das informações desconhecidas para este grupo.

As mudanças de vida e as limitações ocorreram de diferentes maneiras entre as entrevistadas. Estas variações sucederam de acordo com as interpretações que faziam das informações recebidas e dos significados construídos sobre o linfedema ao longo de suas vidas.

Assim como no estudo de Bergamasco & Ângelo (2001), encontramos neste trabalho relatos de mulheres que, após o diagnóstico, se colocaram em lugar de passividade em relação à vida e outras que, após o diagnóstico da doença, estabelecem novos propósitos nas relações consigo e com o outro.

As afirmações de Bergamasco & Ângelo (2001) e Tavares & Tyad (2005) confirmam-se através da análise dos depoimentos. Podemos perceber que

algumas mulheres, após aprender ou reconhecer a possibilidade de alterar sua vida diária, quando do diagnóstico do câncer de mama, integram seu novo ser de forma produtiva e saudável, alterando a percepção sobre si mesmas. Isto pode ser visto nos depoimentos transcritos abaixo.

“Minha vida era praticamente uma vida dedicada só para casa, trabalho. Eu vivia só em função de família e de afazeres domésticos. Pensar em outras coisas era muito difícil...” “Eu sempre me ocupava com coisas de casa...”

“Eu tinha (vida social), mas essa minha vida social eu sempre fazia com que ela dependesse de outras pessoas. Eu só saía com meus filhos, meu marido, meus amigos... Hoje que é diferente! [...] hoje eu faço o meu espaço. [...] eu me envolvi muito com a dança de salão... [...] como se aquele espaço fosse só meu, ali não tem marido, não tem filho, não tem neto, não tem vizinho, não tem ninguém... Tem minhas amigas de dança, mas nós nos encontramos lá. [...] quer dizer, é um mundo novo para mim”...

“Hoje eu dou mais valor à vida e aprendi que para dar este valor nós temos que nos posicionar... Eu não posso depender das outras pessoas. Quem tem que fazer este valor sou eu, então, hoje eu falo não! Hoje eu não tenho medo de desagradar! Hoje, se meu filho pede alguma coisa eu gosto até de colaborar, contando que esta colaboração não interfira em meu espaço...”(A.M).

“Não estou trabalhando. Estou afastada pelo INSS. Então estou aproveitando o tempo para estudar, que era um sonho muito antigo meu”.
(M.B).

Quando AM nos conta sobre sua atual condição de colaborar com o filho, percebemos a tentativa em se adaptar à nova identidade que surge após o diagnóstico da doença. Esta tentativa vem ao encontro das afirmações de Bergamasco & Ângelo (2001), que dizem sobre uma mudança de identidade surge após o diagnóstico da doença.

O relato de MB ilustra a idéia de Bondia (2002) sobre experiência ser uma abertura para o desconhecido e não uma meta que se conhece de antemão. Ela faz da experiência do diagnóstico do câncer uma abertura para os estudos que, até o momento, eram para ela desconhecidos como possibilidade.

Nestes mesmos relatos, fica explícita a realização do auto cuidado por estas mulheres, segundo conceito de OREM (1971). Elas desempenham papel ativo em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Algumas das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde para a prevenção do linfedema estão diretamente relacionadas às atividades do cotidiano das participantes. Adaptar estas tarefas às novas condições da mulher após a cirurgia, pedir auxílio para realizá-las ou simplesmente não realizá-las mais são alternativas encontradas pelas entrevistadas, de acordo com os relatos analisados.

[...] eu não consigo estender uma roupa na corda, subo em uma cadeira para poder estender e outras coisas assim... [...] estou fazendo vista grossa para muitas coisas... [...] deixo a casa suja, roupa sem passar. Eu antes não deixava roupa sem passar, agora eu finjo que não vejo. É uma necessidade..., ”(RC)

Esta ajuda, solicitada a outras pessoas, pode ser interpretada como um sentimento de impotência por algumas entrevistadas, como ilustrado no relato acima e como um evento natural e necessário por outras, de acordo com as características individuais e contextuais que cada mulher vivencia, o que contempla a afirmação de Venâncio (2004).

O sentimento de impotência pode ser explicado, como sugerem Vieira & Queiróz (2006), pelo fato de a mulher assumir o papel de doente após o diagnóstico do câncer, além de todos já desempenhados anteriormente.

Bervian & Perli (2006), após entrevistarem familiares de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama, escreveram que os entrevistados relataram aspectos que os fizeram mudar de comportamento, e passar a auxiliar as mulheres em diversas atividades, como forma de proporcionar bem-estar e tranquilidade à mãe-esposa. Os mesmos autores encontraram em seu grupo de estudo, que após o adoecimento, a família mudou, tornando-se mais unida.

“Se eu vou ao supermercado, eles ficam: mãe, deixa que eu levo o carrinho! E essas coisas assim... Isso tem um lado ruim, porque a gente se sente diferente, dependente.” (R.C)

“Quando eu vou trabalhar sempre levo alguém comigo. Sempre levo algum residente, uma colega, porque às vezes tem que entubar um paciente que exige um pouco mais de força. Eu passo a peteca!” (E.R)

“Eu boto roupa no varal. Aí meu marido fala: deixa que eu coloco! E eu falo: não, deixa eu, porque assim faço exercícios para o braço.”(MG)

Estas falas nos indicam que o senso de colaboração é desenvolvido entre os membros da família ou pessoas próximas, dado que corrobora com os achados da pesquisa de Bervian & Perli (2006).

Embora diversos autores afirmem a menor prevalência de sintomas psicológicos em mulheres submetidas à cirurgia conservadora, encontramos, em nosso trabalho, uma entrevistada, que teve a mama preservada, que mencionou sintomas psicológicos de depressão.

“Eu tive a ponto de querer quebrar tudo dentro de casa. Querer ir para rua, depois que eu fiz a cirurgia...” (W.S)

Este sintoma de depressão relatado pode estar associado à própria cirurgia, ao diagnóstico de uma doença estigmatizante, à vida da mulher antes da cirurgia, dentre outros fatores. De acordo com o que afirmam Bergamasco & Ângelo (2001), devemos levar em consideração este sentimento relatado visto o impacto psicossocial que o câncer de mama traz para a mulher e seus familiares.

O câncer, conseqüente à sua representação simbólica no imaginário popular, é percebido, por muitos, como uma “doença ruim”, o que traz dificuldades para as mulheres acometidas elaborarem uma imagem satisfatória da doença.

Esta malignidade mamária possui, no imaginário social, uma representação simbólica de morte, dor, medo, sofrimento. Estas diversas representações da doença levaram, além das mudanças na vida das entrevistadas em diferentes aspectos, a diferentes maneiras de as mulheres se referirem ao câncer de mama e à cirurgia com outras pessoas. Os comportamentos variam desde o desejo de contar o que aconteceu, para prevenir que aconteça com outras pessoas, até o isolamento social.

“[...]sou uma pessoa mais consciente, inclusive para alertar as outras colegas, outras mulheres...” (M.B)

O constrangimento de ter uma doença estigmatizante levou algumas participantes do estudo realizado por Almeida *et al.* (2001) a se afastarem das pessoas de seu convívio social.

Em nosso estudo também houve uma entrevistada que se afastou de alguns locais que freqüentava anteriormente.

Makluf *et al.* (2006) escreveram que o sentimento de pena transparece no olhar de quem vê um paciente com câncer.

“Às vezes eu deixo de ir a determinados lugares porque as pessoas ficam me perguntando as coisas. Muita gente sabe da minha cirurgia e muita gente fica perguntando. Tem pessoas indiscretas que querem até ver”!

(R.C)

O isolamento social e o medo de as pessoas verem o corpo alterado, descritos por Almeida *et al.* (2001) e por Maklu *et al.* (2006), foi relatado pela entrevistada submetida à mastectomia simples com reconstrução, confirmando que o estigma acerca da doença tem uma representação significativa, indo além do fato de não ter a mama. O processo de ser questionado e examinado por pessoas do convívio social demonstra o desconhecimento sobre a doença, consagrando a existência dos estigmas da dor, morte e sofrimento

Coberline (2001) e Almeida (1997) fazem-nos reflexionar sobre como uma sociedade esclarecida e uma rede de suporte social são significativas na vida destas pessoas. E, nessa rede, citamos os grupos de apoio e a família, sendo que, para as mulheres que possuem um companheiro, esse poderá ter um papel fundamental na resignificação dessa nova vida a dois.

Os profissionais de saúde têm importante papel nesta rede de apoio. A organização de palestras educativas em comunidades, escolas, igrejas pode ser um caminho para esclarecimento das dúvidas das pessoas, orientação quanto à doença, o que pode contribuir para diminuição do preconceito tanto com relação à doença como com relação às próprias mulheres acometidas pelo câncer, e dos estigmas existentes acerca da doença, diminuindo também os medos existentes.

Assim como em alguns trabalhos pesquisados, o medo da recorrência da doença foi referido durante as entrevistas.

Gotay (1984) afirmou que o medo do diagnóstico do câncer, da recorrência ou de progressão da doença foi referido durante as entrevistas por mulheres e seus parceiros, tanto para estágio precoce da doença quanto para o avançado.

O medo da recorrência do câncer, entre as entrevistadas do estudo de Almeida *et al.* (2001), emergiu quando elas procuraram compreender o processo de adoecimento e tentaram dar significado a ele.

O termo 'medo' surgiu na fala de algumas entrevistadas com diferentes sentidos. Relataram medo de surgimento de linfedema, medo de recidiva da doença, medo de o braço inchar. Tal apreensão pode estar associada a conhecimentos e experiências na vida das pacientes, prévias à doença.

Conforme Vieira *et al.* (2007) relataram em seu trabalho, após o diagnóstico do câncer de mama, a mulher traz para sua convivência a incerteza da vida, a possibilidade de recorrência da doença e a incerteza do sucesso do tratamento.

Nossos achados corroboram a afirmação de Gomes *et al.* (2002) sobre a associação do medo do linfedema ao aspecto físico, dano funcional e sérias conseqüências mentais, além de ser foco de atenção das pessoas. O medo pode estar associado, ainda, a experiências negativas anteriores ou conceitos que são compartilhados cultural e socialmente.

“A gente pega medo de tudo! Aí, será que meu braço vai inchar? Será que se eu dormir em cima do meu braço vai inchar? Você pega medo de tudo”!(M.E)

[...] “tenho mesmo (medo do linfedema), porque acho que isso é uma referência, porque você vê as pessoas assim você já sabe o que as pessoas têm né?” (R.C)

[...]”minha preocupação é de retornar a lesão. Entendeu, Só isso!”

“Não penso nisto (recidiva) de manhã, tarde e noite, mas é aquela coisa que quando você está sozinho, na tarde de domingo, sabe?...” (E.R)

O medo, relatado diversas vezes pelas entrevistadas, nos leva a refletir sobre o que diz Almeida *et al.* (2001). Será que este medo vem em consequência de não estarem realizando práticas de auto cuidado?

Embora a perda ou conservação da mama não fosse objeto deste estudo – e mesmo conhecendo a justificativa de Makluf *et al.* (2006) para a realização de cirurgia conservadora, visando diminuir o impacto sobre atividade sexual e imagem corporal nas pacientes –, não podemos deixar de relatar sobre as mulheres que se referiram a este fato quando questionadas quanto a mudanças nas atividades do dia a dia.

Segundo Bervian & Perli (2006), a reação dos maridos ou companheiros ao diagnóstico de câncer e à cirurgia varia de acordo com a reação da mulher. Percebemos, através dos relatos, que a perda da mama apresenta impacto negativo tanto para mulher quanto para seu parceiro.

[...] não consigo mostrar para ele a cirurgia (para o marido), mas ele também é muito discreto, nunca pediu para ver. Não sei se ele não tem coragem “... (R.C)

“Fiquei de outubro até dezembro sem ter relação sexual com ele (marido). Era uma coisa que parecia que não tinha clima, não tinha como... Eu notei muita rejeição dele. [...] conversou (médico urologista) com meu marido e ele disse que nunca arrumou outra na rua, que sempre apoiou em tudo, mas não se sabe o que aconteceu... Aí, depois disso, ele melhorou e voltou a ficar normal comigo. Foi uma fase.” (M.E).

Nos relatos acima, se pode perceber o impacto da perda da mama nas diferentes relações entre marido e mulher. O negar a ver esse espaço vazio, que para os homens é um objeto de prazer, torna se significativo, a ponto de ser referido pela paciente no momento da entrevista.

Será que as mulheres estão preparadas para conviverem, de forma harmoniosa, com este novo corpo? Será que os homens estão preparados para conviver com uma mulher que se sente mutilada, desprovida de uma zona erótica e de desejo, visto que a mídia bombardeia o imaginário masculino com programas de mulheres siliconizadas, como ideal de beleza e sensualidade?

As falas deixam claro que a perda da mama apresenta impacto negativo nas relações sexuais, tanto para mulher quanto para seu parceiro, mas não se pode deixar de levar em consideração outras possíveis causas desta alteração,

tais como diminuição da função ovariana, quimioterapia, fadiga, medo da morte, dentre outros, conforme postulado por Cantinelli *et al.* (2006).

Os profissionais de saúde podem contribuir para que este impacto na vida sexual seja menor através de uma eficaz comunicação com orientações e esclarecimentos, tanto para as pacientes quanto para seus parceiros.

6.2. Conhecimentos sobre a cirurgia e práticas de auto cuidado com o braço do lado da mama operada

Na segunda categoria de análise – conhecimentos sobre a cirurgia e auto cuidado com o membro homolateral à BLS –, constatou-se uma homogeneidade nas respostas relacionadas aos conhecimentos dos cuidados necessários com o braço para prevenção do linfedema. Quando questionadas a este respeito, as pacientes davam respostas positivas citavam algumas das orientações de que se lembravam. Dentre estas citações, a retirada da cutícula foi mencionada por grande parte das participantes. A prática do auto cuidado, relacionada a este procedimento deu lugar a um outro tipo de cuidado consigo mesma: a vaidade em manter as unhas bonitas. Mais uma vez, valorizamos as informações de Almeida *et al* (2001).

“Olha, isso, vou dizer a você, eu faço mesmo! (retirar cutícula da mão). Eu sou muito vaidosa! Não consigo! (E.R)

Algumas entrevistadas relatam a retirada da cutícula como um procedimento ‘superficial’, sem risco para o surgimento do linfedema.

“Só faço uma vez por mês Aquela bem superficial, mas olha, nem da para ver que tira, tanto que esta horrível!” (mostrou as unhas feitas) (E.R).

“Quando a menina ia lá em casa eu dizia: não precisa caprichar muito não! Só tira o excesso, porque para mim é muito importante ficar com minha unha mais ou menos feita.” (A.M)

Encontramos também relatos demonstrando relação entre surgimento de linfedema e retirada de cutícula por terceiros, contrastando com entrevistadas que, na tentativa de se adequarem às instruções recebidas – como normas propostas –, afirmam não realizar o procedimento, explicando que quem o realiza é a manicure. Embora a não-retirada da cutícula seja um dos procedimentos escrito no manual de orientações, as mulheres entrevistadas não demonstram nenhum cuidado frente a este procedimento, chegando ao ponto de relatarem que a realização deste ato por uma profissional da área é um método seguro. Percebemos, entre as entrevistas, que o cuidado na realização deste procedimento foi deixado em segundo plano.

Para este grupo de entrevistadas, as práticas de auto cuidado não parecem estar acontecendo para prevenção do linfedema, porém, não podemos deixar de valorizar o conceito de auto cuidado com que estamos trabalhando. Levando em consideração que AC é cuidar de si próprio, podemos dizer que as entrevistadas estão praticando auto cuidado, porém, não estão visando à prevenção do linfedema.

“Você faz uma mão, faz só uma limpezinha. Nunca mais fui ao salão fazer unha, eu mesma faço...” (M.E)

“Eu não! A manicure é quem tira...” (M.G).

6.2.a. Entendimento das entrevistadas frente às orientações fornecidas

No pré-operatório, as pacientes do INCA submetidas à técnica BLS recebem do médico uma explicação sobre o procedimento cirúrgico proposto: são informadas da possibilidade de retornarem para um segundo tempo cirúrgico para linfadenectomia axilar, caso o linfonodo sentinela se encontre metastático.

No pós-operatório, pacientes submetidas a LA e mastectomia simples com BLS participam de uma palestra organizada por profissionais da enfermagem. Neste momento, recebem um manual de orientações (anexo 1) sobre cuidados com o dreno, o curativo e o membro homolateral à cirurgia. As mulheres operadas com BLS recebem, no leito, algumas informações destes profissionais, porém, não recebem o manual da enfermagem e não são informadas quanto à prática do auto cuidado nas tarefas realizadas com o braço, visando à prevenção de linfedema, como o grupo de LA.

No momento da realização do pós-operatório – a cargo da equipe de fisioterapia –, as pacientes que realizaram LA recebem, em grupo, orientações quanto à possibilidade de se realizar a cinesioterapia, posicionamento do braço e práticas de auto cuidado, visando à prevenção do linfedema, além de orientações voltadas para a prática das atividades cotidianas;

Estas orientações são fornecidas verbalmente e através de uma cartilha de orientações (anexo 2). Estes mesmos recursos são utilizados para orientar as pacientes de BLS, porém, para este grupo, as orientações são oferecidas

individualmente e as pacientes são alertadas para a menor chance que possuem de desenvolver o linfedema.

As informações acima citadas são reforçadas pelo fisioterapeuta, 30 dias após a cirurgia, quando a paciente comparece ao setor para reavaliação fisioterapêutica, seguindo a rotina do serviço.

Mesmo frente a todas estas orientações, percebemos que nem todas as pacientes compreendem e seguem as práticas de auto cuidado, motivo este, que nos levou a questionar sobre a necessidade de as informações serem mais próximas e únicas, direcionadas a cada mulher e transmitidas após um consenso entre os próprios profissionais de saúde, para que alcancem seus objetivos esclarecedores e não causem dúvidas.

Após analisarem as informações fornecidas a um grupo de mulheres participantes de sua pesquisa, Panobianco & Mamede (2002) concluíram que as informações fornecidas pelas pacientes sobre as práticas de auto cuidado não eram satisfatórias no auxílio à prevenção do linfedema, o que os levou a reforçar a importância de se intensificar estas orientações antes da cirurgia, para prevenir complicações futuras.

Outro fator que deve ser levado em consideração no momento de orientar a paciente quanto às práticas de auto cuidado, é a realidade que a mulher vive.

Uma entrevistada deixou bem clara sua falta de atenção quanto à prática do auto cuidado em relação ao excesso de calor, quando fez a seguinte afirmação:

“na vida real mesmo, tem certas coisas que eu não faço. Não tenho empregada. Eu tenho que fazer as coisas, tenho que passar a roupa...”

Embora tenha consciência da importância de seguir os cuidados com o braço, a entrevistada descreve sua realidade em seu relato. Não tem quem execute as tarefas em seu lugar, sendo, portanto, indispensável que ela própria realize determinadas atividades, mesmo frente ao risco que trazem para o surgimento do linfedema.

Levando em consideração o conceito de prevenção citado por Czeresnia (2003), percebemos a necessidade de adaptarmos as informações de acordo com as singularidades de cada mulher.

As informações, geralmente, são fornecidas de maneira semelhante a todas as mulheres, independente do nível escolar, cultural, da idade, da profissão, do tipo de cirurgia proposta, etc. Além do mais, são fornecidas sem um consenso entre os profissionais e em um momento que, para muitas mulheres, é repleto de expectativas, medo, insegurança, conflitos, o que pode prejudicar a compreensão das mesmas.

Embora os profissionais tenham conhecimento suficiente e necessário para fornecer as orientações, sabemos que cada paciente tem uma vida e uma história diferente, o que pode ser responsável por diferentes interpretações de uma mesma orientação ou informação, além do mais, a divergência de informações pode causar dúvidas nas mulheres, dificultando na prática do auto cuidado. Sendo assim, torna-se importante levarmos em consideração os achados de Panobianco & Mamede (2002), referentes às informações que as

pacientes forneceram sobre as práticas de auto cuidado não serem suficientes para prevenção do linfedema.

Reforçamos aqui, com base em nossos achados e nas afirmações de Bergamasco & Ângelo (2001), a importância de os profissionais de saúde irem ao encontro das necessidades informativas e educativas da mulher, para facilitar no enfrentamento da doença e restaurar um senso de normalidade e independência física.

Nas entrevistas, encontramos algumas afirmações que nos deixam em dúvida quanto ao desconhecimento ou divergência das informações fornecidas às mulheres.

***“Ih, sabe que nem me informei disto?” – Informações sobre a cirurgia.
(M.S)***

“Não, não sei e não me explicaram isso”. (N.S)

Como cada indivíduo interpreta de forma bastante peculiar as informações que se referem ao cuidado consigo próprio, não deve existir – na prevenção do linfedema – uma conduta única de transmissão desses dados, mas, sim, um consenso;

A comunicação destes cuidados e orientações deve ser individualizada e considerada como parte de uma série de eventos que continuam ao longo da vida, conforme sugere Silva (2002).

Entre as entrevistadas, encontramos relatos que apontam ambigüidade entre informação fornecida e o entendimento da mesma pela paciente, semelhante ao estudo de Figueredo *et al.* (2004).

Cientes de que as informações sobre o procedimento cirúrgico são fornecidas a todas as pacientes, os relatos acima nos chamam a atenção quando as mulheres dizem não terem sido informadas, o que nos leva a inferir três possibilidades: a orientação não está sendo transmitida de maneira compreensiva, levando em consideração as singularidades existentes em cada ser, ou o momento não está sendo oportuno para a recepção, compreensão e assimilação das informações, ou ainda, a divergência na transmissão destas informações está sendo causa de dúvidas na vida das pacientes.

As entrevistadas demonstram através da fala, as diferentes compreensões sobre as orientações.

Embasados nas afirmações de Camargo & Souza (2003), não podemos deixar de considerar que a falta de informação e de suporte profissional podem contribuir enormemente para esta divergência nas informações.

“porque pelo que o fisioterapeuta falou, eu ia me privar de um montão de coisas se tivesse retirado, principalmente eu que fico no computador. Não ia poder digitar, meu braço ia inchar, não ia ter movimento e para mim meu braço é muito importante, principalmente o direito” (MG).

Analisando os relatos sobre as informações referentes ao procedimento cirúrgico, ainda na segunda categoria temática, constatamos que mesmo com a reconstrução mamária imediata, quando questionadas quanto ao

procedimento cirúrgico, as pacientes se referem ao fato de terem sido mastectomizadas, o que pode estar relacionado aos diversos sentidos e significados atribuídos a mastectomia, o que vai ao encontro das informações de Makluf *et al.* (2006).

Embora uma entrevistada tenha relatado desconhecer completamente outros procedimentos, além da mastectomia, percebemos na continuidade de sua fala, que existe conhecimento sobre todos os outros procedimentos explicados pelo médico antes da cirurgia, porém, a ênfase é dada à retirada da mama.

Este achado nos mostra que a cicatriz de uma mastectomia vai além da marca no corpo físico, podendo se estender até o ego desta pessoa. A mastectomia teve um impacto negativo na vida das entrevistadas, contradizendo Cantinelli *et al.* (2006).

“Olha, eu tirei o seio todo. E é a única coisa que eu sei. Não me interei mais sobre nada... [...] não fiz esvaziamento axilar. Não houve necessidade como eles disseram. O laudo disse tudo”. (M.T).

Embora as mamas sejam o símbolo da maternidade, quando acometidas com o câncer, podem representar risco de morte para as pacientes.

Na luta pela vida, encontramos, entre as entrevistadas deste estudo, uma participante que explicitou o desejo de retirada da mama, mesmo frente à possibilidade de uma cirurgia conservadora.

Tal relato deixa subentendido o desejo da entrevistada de, junto à mama, serem eliminadas todas as questões relacionadas ao câncer, não

havendo mais necessidade de se preocuparem com a doença. Achado semelhante foi relatado por Vieira *et al.* (2007) e por Bergamasco & Ângelo (2001).

A participação da paciente na opção pelo tratamento pode funcionar como ajuda na elaboração do problema e possibilitar o fortalecimento interno, necessário para o enfrentamento da doença (BERVIAN & PERLI, 2006).

“O médico me disse que tínhamos dois tipos de cirurgia. Uma para retirar o quadrante e outra para retirar toda a mama. Eu disse: Doutor, o que tem que ser feito? Ele disse, não é o que tem que ser feito, é o que a senhora quer fazer... Eu disse: doutor tira logo tudo!” (M.T).

No momento da cirurgia, todas as expectativas de cura são depositadas no médico. As pacientes se entregam, confiantes na cura trazida por este profissional. Nesse caso, percebemos que a preocupação central é com a sobrevivência, vindo em seguida questões relacionadas ao tratamento e as consequências deste na vida da mulher.

“Falei que podiam fazer comigo o que fosse melhor para me livrar”... (W.S).

6.3. A importância da BLS para as entrevistadas

Para análise desta categoria, utilizamos o termo significado de acordo com o senso comum, por isso, embora tenhamos no roteiro das perguntas o termo significado, não o encontramos nas respostas.

Significado, segundo Hughes (1980), são citações atribuídas a indivíduos com suas próprias opiniões, crenças e atitudes. Vincula-se à linguagem, considerada não como um sistema de regras gramaticais e sintáticas, mas como interação social. Sentido atribuído a alguém. O significado de um fenômeno para o indivíduo se dá através da interação do eu, da mente e da sociedade e é interação resultante da vida social, em cujo processo o indivíduo é um ator e não um reator passivo (BLUMER, 1969).

Analisando a terceira categoria – significado / importância do procedimento na vida da mulher –, percebemos que, embora nem todas as entrevistadas soubessem informar sobre o procedimento cirúrgico realizado, elas sabiam que, possuindo os linfonodos axilares preservados, a chance de desenvolver o linfedema seria menor.

“Foi importante sim. [...] porque pelo que eles falaram, foi menos risco do braço inchar.”(N.S)

Embora o linfedema tenha um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres acometidas por esta morbidade, encontramos, dentre as entrevistas, uma participante submetida à BLS negativo, com linfedema controlado, que não relatou incômodo em possuir tal morbidade.

“Ele não me incomoda. Não procuro saber porque inchou”. (M.T).

A frase acima pode demonstrar a insegurança da paciente frente ao medo do que pode estar associado ao referido problema. Pode, também, estar

relacionada à real indiferença da paciente perante o linfedema, ou, ainda, demonstrar seu desconhecimento quanto às conseqüências futuras do quadro iniciado. Ao mesmo tempo, o fato de a entrevistada dizer que não procura saber porque o braço inchou, parece nos transmitir insegurança em admitir a falta da prática do cuidado com si mesma.

O linfedema foi interpretado como uma 'referência' de quem teve câncer, um sinal visível e representativo do câncer. Este fato está de acordo com a afirmação de Gomes *et al.* (2002) que afirma ser o linfedema a causa de restrições na vida da mulher e, ainda, uma das razões que leva ao impacto negativo na qualidade de vida, em virtude do isolamento social que pode ocorrer.

[...] “tenho mesmo (medo do linfedema), porque acho que isso é uma referência. Porque você vê as pessoas assim e você já sabe o que as pessoas tem, né?”(R.C).

As pacientes com linfonodos axilares preservados, no grupo estudado, sabem da relação do LS com a menor chance de desenvolver linfedema e se aproveitam deste benefício para justificarem a não-realização de práticas de auto cuidado que possam levar ao aparecimento deste edema no braço. Entre as falas relacionadas a este aspecto, percebemos a preocupação das entrevistadas com questões relacionadas ao feminino, como a cutícula das unhas e a estética prejudicada por um linfedema em membro superior. Beneficiam-se do procedimento cirúrgico a que foram submetidas para dar continuidade a atividades que reforçam a feminilidade.

“Pelo que eu percebi né, tendo esses linfonodos preservados, minha segurança é maior, tenho minha proteção”... [...] até minha unha, que eu gosto de manter feitinha, essas coisas assim que fazem parte do dia a dia da gente e mais essa preocupação de não ter o braço inchado, que é uma coisa que esteticamente é muito feio “... (R.C)

“Aí eu ia ter consciência que se eu tivesse feito o esvaziamento eu não ia poder tirar cutícula.” (A.M)

Frente ao conhecimento de todos os benefícios em possuir os linfonodos axilares preservados, surge, na entrevistada submetida à linfadenectomia axilar, sentimento de revolta frente à realização da LA.

“Sei lá. Eu penso... tem hora que eu penso que retiraram por engano, porque se retirou tudo e tudo estava benigno, porque eu fiz esvaziamento de axila? Entendeu? Eu penso assim , que fiquei prejudicada com isso...”(M.E)

A partir deste depoimento, é possível percebermos que a entrevistada que realizou o esvaziamento axilar possuía real conhecimento sobre o procedimento cirúrgico, bem como a sua maior possibilidade de desenvolvimento do linfedema. Este sentimento de revolta descrito pode relacionar-se ao fato de ela saber das possíveis limitações nas tarefas do cotidiano.

“... se não tivesse tirado isso, tivesse tirado somente o tumor como era, eu não tinha essa limitação, não tinha esse medo que tenho....(ME).

Esta insegurança frente à maior probabilidade de desenvolvimento do linfedema tornou-se clara quando, no último questionamento, indagamos sobre alguma questão que a paciente gostaria de esclarecer, quando esta, prontamente, respondeu com indagações, referindo-se ao linfedema.

“Eu gostaria de saber se esse problema de inchar o braço é para sempre ou só uma fase”? (ME)

“Vai ter sempre esse perigo de linfedema”? (ME)

“Vai ter que ter sempre limitação ou não”? (ME)

As entrevistadas submetidas à BLS negativa, mesmo frente à preservação da mama, relataram limitações, inseguranças e mudanças nas atividades da vida, o que pode estar relacionado às divergências das informações fornecidas pelos profissionais.

7.0. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca de literatura científica sobre este tema, percebemos que o enfoque multidisciplinar é dado ao grupo de pacientes submetidas à linfadenectomia axilar, porém, quando relacionadas ao BLS, os artigos encontrados são voltados para a quantificação e caracterização das morbidades, e não para relatos únicos de conhecimentos e práticas, de acordo com a vivência das mulheres.

O fato de as pacientes conhecerem as práticas de auto cuidado necessárias para prevenção do linfedema e, principalmente, de as seguir, é muito importante, mesmo quando elas relatam não saberem da relação destes cuidados com a prevenção referida. Isto nos confirma o temor das pacientes quanto ao surgimento desta morbidade, bem como a ineficiência das informações fornecidas. Talvez seja mais fácil, e menos limitante, seguir as orientações conhecendo a relação das mesmas com a instalação do linfedema.

Independente da técnica cirúrgica utilizada percebemos no grupo de entrevistadas, que houve mudança nas atividades da vida das mulheres. O que não nos ficou claro, portanto, foi se estas ocorreram em virtude das orientações recebidas para as práticas de auto cuidado ou conseqüentes ao fato de ter câncer, uma doença cheia de estigmas.

As pacientes deixam de realizar algumas atividades para prevenir o linfedema e acabam por adquirirem outras complicações, que não físicas, como isolamento social, depressão, sentimentos de desvalorização social, dependência funcional, dentre outros.

A importância dada por muitas entrevistadas à retirada da cutícula nos faz refletir sobre a real necessidade de contra-indicarmos este procedimento.

Talvez fosse mais compreensível para as mulheres explicarmos os riscos desta remoção e orientá-las quanto a possíveis alternativas, ficando a critério de cada uma seguir ou não o que foi proposto.

Embora nem todas as participantes tenham demonstrado conhecimento sobre a técnica cirúrgica realizada, elas foram unânimes com relação ao conhecimento do benefício da BLS, na menor incidência do linfedema. Ficou evidente com a leitura dos relatos o quanto o linfedema é temido e encarado como um marco do câncer de mama.

Foi possível conhecermos as mudanças nas atividades da vida das participantes conseqüentes à BLS bem como identificar os conhecimentos e práticas de auto cuidado com o braço do lado da mama operada, embora não tenha ficado claro o fato de as participantes os seguirem ou não e as razões de um ou outro caminho seguido. Após analisar os relatos sobre o sentido da BLS para as participantes, podemos afirmar que elas consideram importante terem sido submetidas a este procedimento.

É importante que as pacientes entendam a relevância das orientações e realizem suas atividades com consciência de que não estão impedidas de se cuidarem e cuidarem de outras pessoas, sendo possível uma vida normal. Para tanto, é necessário que os profissionais de saúde orientem seus pacientes de acordo com suas atividades diárias (profissão, vida social, lazer, etc.) e que o fisioterapeuta seja um reabilitador dentro de seu amplo universo de atuação, indo além do 'corpo humano', atingindo o 'ser humano'.

O melhor momento para explicar sobre a BLS, seus cuidados e conseqüências, depende de cada paciente, mas, independente deste momento, as informações precisam ser reforçadas após o resultado final do

exame histopatológico, quando se define – se haverá ou não – a realização do esvaziamento axilar.

Pudemos perceber, por meio dos relatos apresentados, que a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes não vem acontecendo de maneira eficaz e sim, normativa e generalizadamente. Torna-se necessário uma melhora deste processo, através da elaboração de um consenso entre os profissionais para que as orientações sejam transmitidas de maneira clara, objetiva e coerente, pois temos que levar em consideração que a compreensão da paciente frente ao que escutou é conseqüência de uma série de mudanças e limitações tanto na vida pessoal, quanto profissional, social e familiar.

Ressaltamos a importância da existência de um “manual” com as orientações sobre a BLS, elaborado e utilizado multidisciplinarmente, determinando as informações mais relevantes sobre cada área de atuação profissional, especialmente em relação às práticas de auto cuidado pertinentes à prevenção de linfedema, já que esta é a preocupação deste trabalho. Podemos inferir que um manual assim programado pode servir como um guia norteador das questões a serem esclarecidas, cabendo ao profissional de saúde transmitir estas informações de acordo com cada indivíduo, respeitando sua inserção no contexto sócio-histórico-cultural. Acreditamos que, desta maneira, os objetivos das informações poderão ser alcançados e as pacientes poderão ter uma vida com menos limitações, preocupações e medos.

Concluimos, ainda, que a fisioterapia, cumprindo seu papel de envolver a paciente no auto cuidado, interagindo com o outro em sua totalidade, de acordo com suas singularidades e, não apenas fornecendo orientações sobre sua patologia e seu tratamento, é capaz de tornar compreensível a

necessidade dos cuidados, sem limitações nas atividades da vida diária de cada mulher. Isso possibilitará a prevenção do linfedema e contribuirá para a melhora da qualidade de vida das pacientes.

Nós, fisioterapeutas e profissionais de saúde, temos obrigação ética e profissional de nos preparar para atendermos este público de maneira eficiente, e precisamos divulgar a necessidade desta busca pelas individualidades de cada pessoa.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Aguillar VLN, Bauab SP. Rastreamento mamográfico para detecção precoce do câncer de mama. *Rev. Bras Mastol*; 2003; 13 (2): 123-43. São Paulo.

Almeida AM. *Vivendo com a incerteza da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama*. 1997. 153 f. [Tese] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

Almeida AM, Mamede MM, Panobianco MS. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Rev Latino-AM Enfermagem*, v 9, n.5, p.63-69 2001.

Almeida MF, Barata RB, Monteiro CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. Rio de Janeiro. *Rev C S Col* 2002; 7(4):743-56.

Bardim L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

Bergamasco RB, Ângelo MO. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista brasileira de cancerologia*. 2001; 47(3); 277-82.

Bergmann A. *Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro*. [Dissertação]. Mestrado em Saúde pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000. 142 p.

Bervian, PI, Perli NMOG. A família (com)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2006: 52(2):121-128.

Blumer H. *Symbolic Interactionism: perspective and method*. London: University of California Press; 1969.

Bondia LJ. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. Tradução de João Wanderley Geraldi. *Rev Bras de Educação* 2002 19:., Jan/Fev/Marc/Abr

Brasil. Decreto-Lei n. 938, de 13 de outubro de 1969. *Diário Oficial da União*. Out. 1969. Brasília, 54p.

Braz MM. *Aprendendo com o câncer de mama: emoções e percepções de pacientes e profissionais de fisioterapia*, 2001. [Dissertação] Mestrado em enfermagem oncológica. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2001. 110p.

Camargo MC, Marx AC. *Reabilitação física no câncer de mama*. São Paulo: Editora Rocal, 2000.

Camargo TC, Souza IEO. Atenção á mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no hospital do câncer III. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2003 set./out, 11 (5): 614-21.

Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletez O, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó JJ. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Rev. psiquiatr. clín.* 2006; 33 (3):124-133 São Paulo.

Cerqueira CA, Givisiez CHN. *Conceitos básicos em demografia e dinâmica demográfica brasileira*. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br>> Campinas. Acessado em 16 de nov. 2007.

Coberlline VL. Câncer de mama: encontro solitário com o temor do desconhecido. *Revista Gauch Enferm.* 2001; 3(1):42-68.

Cohen L, HarkTF, Moor C, Katzj, Goss PE. The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in woman after breast cancer treatment. *Ann Surg Oncol.* 2000; 7 (6): 427-34.

Conferência Nacional em Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acessado em dez. de 2007.

Costa AAA. Refletindo sobre as imagens da mulher na cultura política. In Ferreira, S L, Nascimento ER.(org). *Imagens da mulher na cultura contemporânea*. Salvador: NEIM/UFBA, 2002. p. 69-83.

Czeresnia D. *Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS*. Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar. Julho de 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_02_DCzeresnia_Acoes_PromocaoSaude>. Acessado em 12 de out. de 2007.

Dias EN. A mastologia através da história. In: DIAS, EM *et al* (Orgs.). *Mastologia Atual*. Rio de Janeiro: Editora Reviter; 1994, p.3-6.

Distrito Federal, Brasília. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos*. Resolução no 196/96, 1996.

Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas a sexualidade. *Estud psicol* 2003, 8 (1). 155-163.

Ferreira MLSM. *Vivenciando os primeiros meses de pós-mastectomia*. 2003. 145 f. [Tese]. Doutorado em enfermagem oncológica – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

Figueredo A, Oliveira A, Ferreira DS, et al. *Satisfação: realidade ou não nas orientações dadas às mulheres mastectomizadas*. Universidade Estadual de Londrina, 2004. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/sepiesc/2004/avaliacao/trabalho/>>. Acesso em jan. de 2007.

Gava MV. *Fisioterapia: história, reflexões e perspectivas*. São Bernardo do Campo: UMESP, 2004.

Giffin K. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. *Cadernos de saúde Pública*. Rio de Janeiro, 7 (2): 190-200, abr./jun., 1991.

Guerriero, S. *et al. Antropos e psique*. 2.ed. São Paulo: Olho d'Água, 2001.

Giemenes MGG, Queiroz E. *A mulher e o câncer*. Campinas: Psy, 1997.

Gomes R, Skaba. MMVF, Vieira RJS. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro; 18 (1): jan./fev.2002.

Gómez EG. Equidad, gênero y salu: retos para la acción. *Revista panamericana salude publica*. v.11, n.5/6, p.454-461, 2002.

Gotay CC. The experience of câncer during early and advanced stages: the view of patients and their mates. *Soc Sci med* 1984; 18:605-13.

Gozzo TO. *Movimentação precoce do braço no controle do seroma pós-linfadenectomia axilar*. 2005. [Dissertação]. Mestrado em Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. 76p.

Harris JR *et al. Doenças da mama*. 2.ed. Editora Medsi, 2002. Rio de Janeiro.

Hughes J. Os significados e a pesquisa social. In: *A filosofia da pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980, p.96-124.

Instituto Nacional Do Câncer. *Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro; 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/cancer/epidemiologia/estimativa2008/estimativas.html>> . Acesso em.

Instituto Nacional Do Câncer. Ministério da Saúde. Normas e recomendações do Ministério da Saúde para o controle do câncer de mama – documento de consenso. *Revista brasileira de cancerologia*. 2004; 50:77-90.

Magaldi CM *et al. Avaliação da morbidade e funcionalidade do membro superior em mulheres submetidas à linfadenectomia axilar total e biópsia de linfonodo sentinela por câncer de mama*. *Revista brasileira de mastologia*. 2005; 1:9-14.

Mayall, R. Linfangiopatas e hitopatologia. In: *Linfangites e erisipelas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2000.

Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia*. 2006; 52(1): 49-58.

Marinho LAB, Gurgel MSC, Cecatti JG, Osis MJD. Conhecimentos, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5):576-82.

Minayo MSC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo; Hucitec, 2004. p.89-254.

Minayo MCS. SANCHES O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de saúde pública*. v.9, no 3, Rio de Janeiro, jul./set. 1993.

Ministério Da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática*. Brasília, 1984. (Centro de Documentação, Ministério da Saúde).

Ministério Da Saúde. *Orientações Fisioterápicas: Mastologia (Orientações aos pacientes)*. São Paulo: 2004.

Ministério Da Saúde. *Saúde Brasil: uma análise da saúde no Brasil*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/conclusoes_sb.pdf>. Acesso em 6 de set. de 2007. Ipatinga.

Moles AA. *As Ciências do Impreciso – Ed. Civilização Brasileira*, 1995, Rio de Janeiro, RJ.

Mortimer P. *Practical Ambulatory Lymphology*. Disponível em: <<http://www.os.co.za/mlymph.htm>>. Acessado em 17 de nov. de 2007.

Novaes 2005. Um pequeno histórico do surgimento da fisioterapia no Brasil e suas entidades representativas. *Fisiobrasil*. Disponível em: <<http://www.efisio.com.br>>. Acesso em: 17 de nov. de 2007. No prelo.

Orem DE. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v.7, n.1, p. 19-26, jan./mar. 1997.

Paz AV et al. Biópsia de linfonodo sentinela; experiência clínica. *Revista brasileira de cancerologia*. 2001; 47 (3):309-15.

Panobianco MS, Mamede MV. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. *Rev Latino-am Enfermagem*. São Paulo. 2002 julho-agosto; 10(4):544-51.

Pereira MG. *Epidemiologia; teoria e prática*. 5.ed. Guanabara Koogan, 2001. Rio de Janeiro.

Petri FC. *História e interdisciplinaridade no processo de humanização da fisioterapia*. 2005. [Dissertação]. Mestrado em Ciência política – Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2005.

Purushotham AD *et al.* Morbidity After Sentinel Lymph Node Biopsy in Primary Breast Cancer: results from a Randomized Controlled trial. *Journal of clinical oncology*. v.23, n.19, july-2005.

Rezende LF *et al.* Exercícios livres versus direcionados nas complicações pós operatórias de câncer de mama. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(1): 37-42.

Sales CA *et al.* Qualidade de vida em mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista brasileira de cancerologia*. Rio de Janeiro. 2001; 47(3):263-72.

Scheres MDA *et al.* O viver saudável e o viver não saudável: o significado para mulheres maduras e ativas. *Cadernos de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (1): 131-146, 2007.

Schover LR. Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *National Cancer Intitute* , 1994, 16:177-182.

Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Rev Bioética*. v.10, n.2, p 123-127. 2002.

Suárez M. Desconstrução das categorias "MULHER e NEGRO". *XV encontro anual da ANPOCS*: 15 a 18 de outubro de 1991. Caxambu. Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.unb.br/ics/dan/Serie133empdf.pdf>>. Acesso em 6 de set. de 2007. Ipatinga.

Tavares JSC; Tyad LAB. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, 21(2):426-435, mar./abr., 2005

Taylor SE *et al.* Treatment related factors in psychological adjustment to breast cancer. *Cancer*, 1985; 55 (10): 2506-13.

Todeschini D, ET AL. Aspectos psicossociais do câncer de mama. *Revista Acta Medica* (1994) Porto Alegre, p. 339-347.

Tromb CA. *Terapia ocupacional para disfunção física*. 2.ed. Editora Imp. LTDA São Paulo: Santos, 1989.

Uchoa E, VIDAL JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504, out./dez., 1994.

Venâncio JL. Importância do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia*. Rio de Janeiro, 2004; 50 (1): 55-63.

Veronesi U, Paganelli G, Viale G ET AL. A randomized comparizon of sentinel-node biopsy with routine axillary dissection in breast cancer. *N Engl J Méd* 2003; 349(6):546-53.

Vieira PC, Queiroz MS. Representações sociais sobre câncer feminino: vivência e atuação profissional. *Psicol. Soc.* 2006; 18 (1). Porto Alegre jan./abr. 2006.

Vieira RJS, Gomes R, Trajano AJB. Câncer de mama e gravidez subsequente: um olhar sociocultural. Rio de Janeiro. *Revista brasileira de cancerologia*, 2005; 51 (2): 101-110.

Vieira CP, Lopes MHBM, Shimo AKK. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*, 2007; 41(2):311-6.

ANEXO 1



INSTRUÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

Você foi submetida a uma cirurgia em que foi retirada toda a mama (mastectomia), ou uma parte da mesma (segmentectomia), associada ou não à retirada dos gânglios linfáticos da axila (esvaziamento axilar).

Pelo sistema linfático correm as partículas e os microorganismos destruídos por nosso sistema imunológico.

Portanto há necessidade de certos cuidados, principalmente com o braço do mesmo lado da mama operada (quando houver "esvaziamento axilar", ou seja, retirada da drenagem linfática).

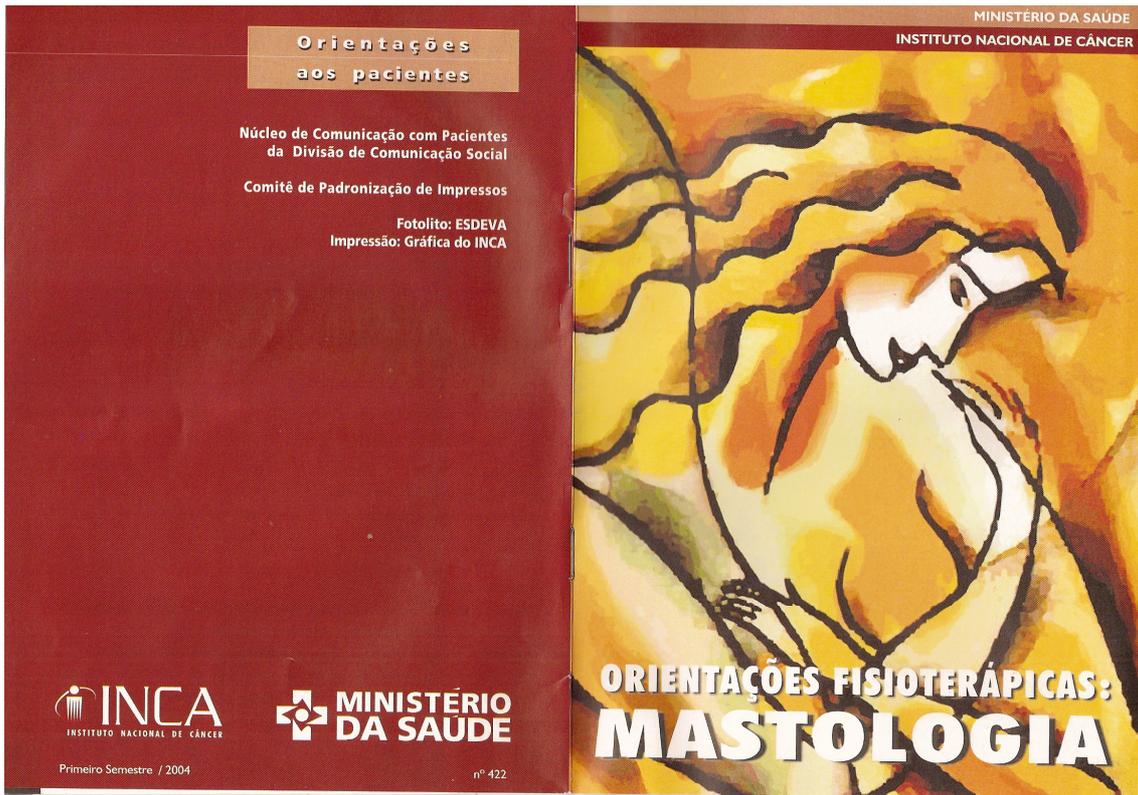
IMPORTANTE

- Examine a outra mama e o local operado mensalmente. Se notar alguma alteração na temperatura da pele, coloração ou aparecimento de caroços, comunique-se com o seu médico.
- Procure continuar suas atividades diárias, incluindo o lazer, que é muito importante.
- Caso você tenha se machucado no braço do lado da mama operada, faça curativos todos os dias e mantenha o ferimento coberto até a completa cicatrização. Se não melhorar, procure auxílio no seu hospital.
- Após a cicatrização completa da ferida operatória, mantenha sua pele hidratada com cremes.
- Estão disponíveis no comércio próteses externas (mamas postiças). Observe que as mamas postiças pesadas só devem ser usadas quando a região estiver totalmente cicatrizada (converse com seu médico a respeito).

NÃO USE Pilulas anticoncepcionais, produtos de beleza ou cremes à base de hormônios, sem conversar com seu médico antes.

Anote aqui as dúvidas que depois você esclarecerá com o profissional que lhe assiste:

1 2



Orientações da Fisioterapia

Após a cirurgia da mama, algumas complicações podem surgir no braço do lado que foi operado. As principais complicações são dor, dificuldade para movimentar o ombro, inchaço no braço e alteração da sensibilidade na parte interna e superior do braço (formigamento, anestesia, choque, dormência etc.).

Para todas essas complicações, existem orientações que podem prevenir, diminuir ou melhorar os sintomas. Esclareça todas as dúvidas com a equipe de Fisioterapia.

Caso você tenha feito reconstrução da mama, solicite informações específicas para o seu caso.

PARA EVITAR COMPLICAÇÕES

Primeiros dias após a cirurgia (até a retirada dos pontos)

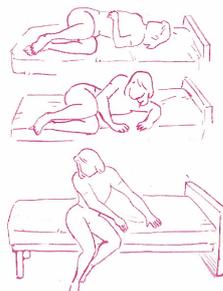
▶ **POSIÇÃO NO LEITO**



Logo após a cirurgia, mantenha o braço do lado da mama operada apoiado sobre um travesseiro para que ele fique um pouco mais alto que o ombro. A posição deve ser confortável.

Para se sentar na cama:

- Vire para o lado contrário ao da cirurgia;
- Dobre os joelhos e coloque-os para fora da cama;
- Apóie-se no cotovelo para levantar o tronco. Não se esqueça dos drenos.



▶ **VOLTANDO A CAMINHAR E A ATIVIDADES DO DIA-A-DIA**

- Assim que for possível sair da cama, procure caminhar de forma bastante natural, com os braços soltos ao lado do corpo e a coluna reta.
- Procure usar os braços para se pentear, lavar o rosto, comer, se vestir etc.
- Você pode começar a fazer algumas atividades domésticas, tomando cuidado para não se machucar, e em pequenas quantidades. Neste momento, não vale a pena exagerar.

EXERCÍCIOS INICIAIS

Os exercícios são muito importantes durante toda a fase de recuperação. Neste momento do tratamento, eles não devem ser intensos a ponto de provocar dor ou deixá-la muito cansada. Faça seus exercícios com poucas repetições e bem lentamente. É importante praticá-los várias vezes ao dia.

- Coloque as mãos sobre a barriga e respire bem fundo, puxando o ar pelo nariz e soltando-o pela boca. Eleve a barriga ao puxar o ar e comprima-a suavemente quando soltar o ar.



- Sentada, levante e abaixe os ombros vagarosamente. Depois, faça o mesmo movimento, com um ombro de cada vez.



- Faça movimentos em círculos com a cabeça para um lado e para o outro, para frente e para trás.



3

- Levante os braços até a linha do ombro. Depois abra os braços, também até o ombro. Em seguida, coloque a mão na cabeça.



- Devagar, tente colocar os braços para trás, como se fosse abotoar o sutiã.

Você pode usar os braços à vontade, mas lembre-se de que deve evitar os movimentos rápidos, repetitivos e com peso. Até a retirada dos pontos, você também deve evitar levantar os braços acima do ombro.

APÓS A RETIRADA DOS PONTOS

Após o fechamento da cicatriz, é hora de começar a fazer movimentos completos do braço. No início, você pode sentir repuxamentos e desconfortos na região operada, mas com a prática diária de exercícios, você vai se sentir cada vez melhor. Em caso de dúvidas, consulte a equipe de Fisioterapia.

EXERCÍCIOS

- Segurando as mãos, tente esticar os braços para trás. Caso prefira, pode segurar uma toalha ou bastão para facilitar o movimento. Faça este movimento deitada, sentada e em pé.



4

- Sentada, coloque as mãos atrás da cabeça e incline o seu corpo para um lado e depois para o outro.



- Com a mão apoiada na cintura, eleve o braço do lado operado, por cima da cabeça, tocando com os dedos a orelha do lado oposto.



- Coloque as palmas das mãos para dentro, junte as pernas e eleve os braços, o máximo que conseguir, acima da cabeça, sem dobrar os cotovelos.

OBS.: VOCÊ PODE E DEVE FAZER OUTROS EXERCÍCIOS, LEMBRANDO-SE DE NÃO CARRGAR PESO E NÃO FAZER MOVIMENTOS RÁPIDOS E REPETITIVOS.

RETOMANDO SUAS ATIVIDADES

- **Lavar roupas** - inicialmente, você pode lavar roupas íntimas e leves. Gradativamente, também peças leves e médias, podendo esgrogá-las, de forma vagarosa. Finalmente, peças maiores, esfregando por partes. Evite torcer roupas.
- **Pendurar roupas** - é uma atividade que deve ser iniciada após a retirada dos pontos, sendo um ótimo exercício para facilitar o retorno dos movimentos do braço. Inicialmente evite estender roupas grandes e pesadas. Nesses casos, e a roupa sobre o varal e depois acomode-a para prender.

5

- **Passar roupas** - evite passar grandes quantidades de roupas de uma única vez. Tome muito cuidado para não se queimar.
- **Arrumar a roupa** - para arrumar o lençol, tenha cuidado de levantar o colchão com a mão do lado não operado, principalmente no início.
- **Cuidado e atenção aos filhos** - se você tiver filhos pequenos, logo de início, procure aconchegá-los do lado não operado. Brinque com as crianças, deitada ou sentada, evitando erguê-las do chão.
- **Varrer e limpar a casa** - superfícies lisas e pequenas podem ser varridas a partir de aproximadamente três semanas. Superfícies ásperas, como carpete, só devem ser varridas e limpas, assim como a lavagem e enceramento do chão, quando você não tiver mais sintomas como dor, repuxão, inchaço etc.
- **Arrumar armários e gavetas** - é uma boa atividade, pois favorece a movimentação do braço; porém, deve ser intercalada com períodos de descanso e/ou outra atividade.
- **Cozinhar** - pode iniciar esta atividade devagar. Tenha o cuidado de usar luvas para evitar queimaduras. Evite colocar o braço operado dentro do forno e carregar panelas pesadas.
- **Lavar louça** - é uma atividade que pode ser iniciada logo, desde que em pequenas quantidades, evitando o uso de produtos químicos irritantes e, se possível, usando luvas. Quanto aos alumínio, deixe o brilho para mais tarde e, mesmo assim, use o bombril sobre uma esponja.
- **Ocupação** - o trabalho é um ótimo remédio. No entanto, só deve ser iniciado após orientação médica e fisioterapêutica, que dependerá de sua profissão e de sua evolução. O retorno deverá ser de forma bastante gradativa: no início, comece devagar, parando a cada 20 ou 30 minutos para exercitar os braços, com movimentos amplos. Após algum tempo, você mesmo saberá quando parar para descansar. É importante lembrar dos cuidados que deverão ser incorporados no seu dia-a-dia.
- **Trabalhos manuais** - podem ser realizados quando você achar que está na hora. Procure evitar movimentos rápidos e repetidos. Inicie-os de maneira progressiva e com intervalos para exercícios. Procure fazer atividades em que você se sinta bem, mas tudo a seu tempo.

6

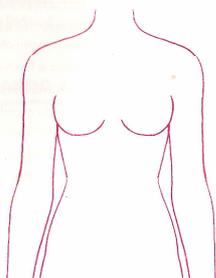
- **Dirigir** - quando você se sentir segura, sem dor e após a retirada dos pontos, você pode começar a dirigir. Mais uma vez, vale lembrar que a direção deverá ser retomada em pequenos trajetos e, conforme adquira confiança, vá aumentando o percurso.
- **Esportes** - os esportes competitivos não são indicados até a recuperação total e por um longo período após a cirurgia, pois requerem muita carga e velocidade. O mesmo serve para os jogos com bola, por serem agressivos. Os esportes como natação, ginástica, corrida etc. podem ser iniciados após completar o processo de cicatrização. Você poderá solicitar mais explicações caso tenha interesse em praticá-los.

AUTO-MASSAGEM LINFÁTICA

Você aprenderá a fazer uma massagem, que tem por objetivo facilitar a circulação do seu braço do lado operado e com isso prevenir que o seu braço fique inchado. Para cada caso, será indicado um trajeto a ser feito. Poderá ser iniciado após a retirada dos pontos. Caso apresente algum sinal como dor, calor, vermelhidão, suspenda a massagem e procure orientação médica.

A massagem deverá ser feita de forma bem lenta, suave e superficial.

- 1 Faça movimentos circulares, com toda a mão apoiada sobre a axila do lado oposto ao da cirurgia (40 vezes).
- 2 Os mesmos movimentos descritos acima, porém na virilha, do mesmo lado da cirurgia (40 vezes).
- 3 Meio círculo, iniciando acima do local da cirurgia, até a axila oposta. Faça este caminho 10 vezes.
- 4 Meio círculo, iniciando o movimento na axila do lado operado até a virilha. Faça este caminho 10 vezes.
- 5 Repita o movimento 2.
- 6 Repita o movimento 1.



7

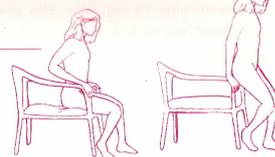
CUIDADOS COM A POSTURA



- Nunca erga objetos do chão com as pernas esticadas. **Dobre os joelhos** e abaixe-se para pegá-los.

- **Para levantar da cadeira,**

ponha um pé à frente, fique na ponta da cadeira e levante fazendo força com as pernas (apóie os braços na cadeira, mas sem fazer força neles).



- **Quando estiver sentada,** encoste as costas totalmente no encosto da cadeira, deixando-a bem reta. Não deixe os pés no ar, use um apoio no chão, se necessário.

- **Quando estiver fazendo alguma atividade em pé,** procure deixar o pé em um apoio, trocando o lado de vez em quando.



8

ALONGAMENTOS

Os alongamentos devem ser iniciados após o fechamento da cicatriz, ou após a recomendação de um profissional de sua equipe de saúde (médico, fisioterapeuta ou enfermeiro). Eles podem ser realizados em qualquer lugar: em casa, no trabalho, na rua, no carro.

O ideal é fazê-los pela manhã, ao acordar; à noite, antes de dormir, e durante as suas atividades. Os alongamentos (movimentos) devem ser mantidos por aproximadamente 15 segundos. Eles podem provocar uma sensação de "estiramento", que tende a melhorar conforme você for fazendo os exercícios.

Comece devagar, dentro dos seus limites. NÃO faça movimentos bruscos e rápidos.

As áreas listradas dos desenhos abaixo representam as regiões onde você deve sentir que está esticando.

Qualquer dúvida, entre em contato com a fisioterapeuta.

Entrelace os dedos, esticando o braço para frente, com as palmas das mãos para fora.



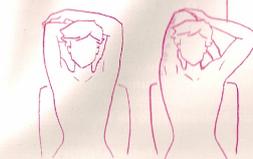
Entrelace os dedos e vire as palmas para fora, esticando os braços acima da cabeça.



Segure o cotovelo, empurrando-o para trás, tentando encostar a mão nas costas.



Segure o cotovelo, empurrando-o delicadamente por trás da cabeça.



Com uma toalha atrás da cabeça, tente, aos poucos, encostar uma mão na outra.



Com os dedos entrelaçados atrás da cabeça, mantenha os cotovelos voltados para fora, bem abertos, mantendo o tronco reto.

Segure as mãos na altura dos ombros, no batente de uma porta, inclinando-se vagarosamente para frente.



LEMBRE-SE:

Os alongamentos devem ser feitos lentamente, começando com poucas repetições e aumentando-as conforme se sinta bem. Todas as dúvidas devem ser esclarecidas com a fisioterapeuta. Se sentir dor após os alongamentos, suspenda-os e entre em contato com a fisioterapeuta para verificar o que está sendo feito de forma inadequada.

9

10