

ORIENTAÇÕES PÓS MASTECTOMIA: O PAPEL DA ENFERMAGEM

Post-mastectomy orientations: The nursing role

Marli Villela Mamede ¹; Maria José Clapis ²; Marislei S. Panobianco ³;
Raquel G. Biffi ⁴; Luciano Villela Bueno ⁵.

Resumo

O tratamento para o câncer de mama, especialmente a cirurgia, acarreta para a mulher uma série de conseqüências de ordem física e emocional, dentre as quais destacam-se aquelas relacionadas ao desempenho de suas atividades na vida diária e de seus papéis sociais. A reabilitação da mulher submetida a uma cirurgia por câncer de mama requer, portanto, uma assistência multiprofissional, na qual é grande a importância do papel da enfermagem. Nesse processo de reabilitação, ela deverá receber informações a respeito dos cuidados após a cirurgia, orientações e informações sobre as diferentes etapas de recuperação, cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia, exercícios que recuperem a capacidade funcional do braço e do ombro, além de informações sobre outros tratamentos, como radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. O presente trabalho tem como objetivo identificar as orientações recebidas por um grupo de mulheres mastectomizadas, quanto aos cuidados com o braço homolateral à cirurgia, no período de internação e alta hospitalar, bem como identificar os profissionais que têm assumido as orientações pós-mastectomia. Os dados foram coletados de um banco de dados informatizado. A amostra constou dos prontuários de 324 mulheres cuja idade variou de 29 a 86 anos, sendo que a maioria delas (53,07%) estava entre 41 a 60 anos, 48,45% tinham 1º grau incompleto, e 62,34% eram casadas. Verificou-se que 227 (70%) receberam orientações limitadas a apenas alguns exercícios físicos, dentre eles: com a bolinha (41,9%), elevar o braço (55,86%). As orientações foram realizadas com mais freqüência pelo médico 123 (37,96%) e pela equipe de enfermagem 104 (32,09%). Os dados chamam a atenção para que a equipe de enfermagem esteja mais atenta ao preparo da paciente para o processo de reabilitação, o qual deve ser iniciado desde a fase do diagnóstico. Assim os autores discutem alguns aspectos importantes nessa assistência, como a orientação quanto ao auto-cuidado; à realização das tarefas diárias; aos exercícios físicos e cuidados específicos com o membro superior do lado operado, prevenindo o aparecimento do linfedema, entre outros.

Palavras-chave: câncer de mama, mastectomia, reabilitação física

¹ Profª. Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP

² Profª. Dra. do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP

³ Doutoranda do Programa em Enfermagem Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP USP

⁴ Profª. Assistente do Departamento de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá de Ribeirão Preto

⁵ Enfermeira do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP

Abstract

The treatment of breast cancer, especially the surgery, results in several emotional and physical consequences to women. Among them, we emphasize the ones related to the performance of their daily activities and social roles. The rehabilitation of the women submitted to a breast cancer surgery requires, therefore, a multiprofessional care, in which nursing plays an important role. During the rehabilitation process, the woman must receive information on the care after the surgery, orientation and information about the different stages of the recovering process, care with the upper limb on the side of the surgery, exercises to recover the functional capacity of the arm and the shoulder, as well as on other treatments such as radiotherapy, chemotherapy and hormonal therapy. The present study has the purpose to identifying the orientation received by a group of mastectomized women regarding the care with the arm after the surgery and the discharge from hospital, as well as to find out the professionals who give these post-mastectomy orientation. Data were collected in a data bank. The sample was formed by 324 women from 29 to 86 years old and most of them (53,07%) were from 41 to 60 years old, 48,45% had only elementary school education and 62,34% were married. Authors verified that 227 (70%) received limited orientation on some physical exercises, among them: with the little ball (41,9%), to lift the arm (55,86%). The orientation was given with more frequency by the doctor – 123 (37,96%) and by the nursing team – 104 (32,09%). Data showed that the nursing team needs to be better prepared in the process of rehabilitation of the patients, which begins in the diagnostic phase. Therefore, authors discuss some important aspects of the care, such as orientation on self-care; the performance of daily activities, physical exercises and specific care with the upper limb in the operated side, preventing lymphedema, among others.

Key words: breast cancer, mastectomy, physical rehabilitation

Introdução

O tratamento para o câncer de mama, especialmente a cirurgia, acarreta para a mulher uma série de conseqüências de ordem física e emocional, dentre as quais destacam-se aquelas relacionadas ao desempenho de suas atividades na vida diária e de seus papéis sociais.

Isto porque o esquema corporal da mulher mastectomizada modifica-se profundamente, alterando-se a maneira de sentir e vivenciar o corpo. Toda uma realidade prática do viver cotidiano se modifica (BAHAMONDES, et al, 1984).

Assim, para que a mulher volte às suas atividades cotidianas, é necessário passar por um processo de reabilitação que segundo SILVA & MAMEDE (1998), corresponde ao processo que esta percorre ininterruptamente, a partir do momento em que é definido seu diagnóstico. Para esta autora, reabilitação é um processo individual e específico de cada mulher, que envolve desenvolvimento de capacidades físicas, intelectuais e espirituais, sendo portanto, um processo

que inclui atitudes, valores e crenças, e que tem uma ampla conotação social. Vivenciar este processo significa, não somente reaprender a vestir-se, banhar-se, a caminhar sozinha ou fazer exercícios físicos, mas também redescobrir o próprio papel dentro da família, reformular o auto-conceito, a auto-imagem e reaprender a enfrentar os problemas do cotidiano. E, neste processo a mulher necessitará de grande apoio por parte dos profissionais de saúde.

Conforme ressalta MAMEDE (1991), ela deverá receber informações a respeito dos cuidados após a cirurgia, orientações e informações sobre as diferentes etapas de recuperação, cuidados com o braço homolateral à cirurgia, exercícios que recuperem a capacidade funcional do braço e ombro, além de informações sobre outros tratamentos como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia.

Necessitará ainda, de suporte e apoio emocional para enfrentar os medos e sofrimentos causados pela doença e seus tratamentos, tendo a enfermeira um importante papel neste aspecto da reabilitação.

Assim, para que a assistência prestada a estas mulheres seja de qualidade, visando uma assistência integral, há necessidade de que os profissionais de saúde participem intensamente deste processo de reabilitação.

Desta forma, o objetivo deste trabalho foi:

- Identificar as orientações recebidas pelas mulheres após a mastectomia, quanto ao cuidado com o braço homolateral à cirurgia, no período de internação e alta hospitalar.
- Identificar os profissionais que têm assumido as orientações pós mastectomia.

Metodologia

Estudo descritivo, retrospectivo, baseado nos registros constantes nos prontuários de 324 mulheres mastectomizadas atendidas no Núcleo de Ensino, Assistência e Pesquisa na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA), do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, no período de 1989 a 1995.

Para atingir o objetivo do trabalho, procurou-se identificar informações sobre dados sócio-demográficos e as orientações recebidas pelas pacientes no momento da alta hospitalar pós mastectomia, bem como o profissional responsável por tais orientações.

Resultados e Discussão

A idade das mulheres variou de 29 a 86 anos, sendo que a maioria (53,08%) estava entre 41 a 60 anos. Quanto ao estado civil, 62,34% eram casadas (201), 11,42% viúvas (37), 10,18% solteiras (33) e 4,94% separadas(16).

Quanto à escolaridade, 50,61% (164 mulheres) tinham primeiro grau incompleto, 8,02% (26) eram analfabetas e somente 8,02% (26) tinham completado o terceiro grau.

Em relação à ocupação, 64,81% (210 mulheres) desenvolviam atividades no próprio lar, ou trabalhavam em atividades consideradas domésticas como faxineira, cozinheira, costureira, passadeira, etc.

A realização do trabalho doméstico, sem moderação, com a mulher assumindo todas as atividades do lar, é

apontado como fator de risco ao aparecimento do linfedema no braço homolateral à mastectomia.

Diante disso, atentamos para a importância e necessidade de orientações às mulheres mastectomizadas, no sentido de alertá-las quanto a esse risco, tomando o cuidado de não induzi-las a pensar que não podem exercer nenhuma dessas atividades.

SILVA & MAMEDE (1998) observaram que a preocupação das mulheres no pós-operatório se dirigia para a possibilidade de ficar com o braço paralisado, o que as aborrecia, uma vez que sentiam-se com disposição para realizar suas atividades diárias. A autora ressalta que para as mulheres estudadas, uma maneira de superar tais dificuldades, foi reassumir as atividades domésticas. Este foi um ponto de partida para que as clientes se sentissem úteis, reintegrando-se ao contexto social e familiar.

Vários estudos revelam a importância da orientação pós-operatória em qualquer área de atuação e acreditamos que nas cirurgias para o câncer de mama, estas são de extrema necessidade, extrapolando os aspectos relacionados aos cuidados pós-operatórios em geral.

É amplamente discutido na literatura médica e de enfermagem, que tanto o câncer de mama quanto os seus tratamentos, principalmente a cirurgia, colocam a mulher frente a uma série de dificuldades que vão desde o medo da anestesia, cirurgia, possibilidade de mutilação, perda da feminilidade, até o medo da morte. (MAMEDE,1991; SILVA & MAMEDE, 1998).

CARTER (1993) diz que, em geral as mulheres com câncer de mama não são preparadas adequadamente para suas experiências pós-operatórias. Assim, muitas delas continuam experimentando sintomas físicos e depressão por alguns anos após o tratamento.

Como se observa na Tabela 1, verificamos que 227 mulheres (70%), receberam orientações limitadas a alguns exercícios físicos, dentre eles: elevar o braço (181 - 55,86%) e exercício com a bolinha (136 - 41,99%), roldana (31- 9,56%), pegar a orelha (29 - 8,95%). Chamamos ainda a atenção para o fato de que 59 mulheres (18,20%) não receberam nenhum tipo de orientação, e quarenta e cinco (13,88%) referiram ter recebido folheto informativo, o qual continha figuras de atividades físicas, muitas vezes enfatizando apenas o trabalho doméstico.

Neste sentido, MAMEDE (1991) chama a atenção que a enfermeira deve ser cuidadosa na escolha, confecção ou indicação de tais instrumentos de orientação, visto que muitos têm se prestado para diminuir a auto-estima de algumas mulheres.

No que diz respeito aos profissionais que procederam às orientações das mulheres estudadas, chama-nos a atenção que estas foram realizadas com mais frequência pelo médico 123 (37,96%) e equipe de enfermagem 104 (32,09%), seguidos de fisioterapeutas 05 (1,5%), graduandas de enfermagem 03 (0,9%), psicólogas 02 (0,6%) e por outras pacientes 03 (0,6). Por outro lado, 67 mulheres (20%) não receberam nenhuma orientação profissional.

É amplamente discutido pela literatura de enfermagem que o plano de assistência ao paciente deve obrigatoriamente enfatizar o preparo do mesmo para a alta hospitalar, especialmente no que se refere à reabilitação de uma cirurgia mutiladora, como é o caso da mastectomia. Assim, nos chama atenção que este plano de cuidado não tenha sido assumido de forma mais efetiva pela equipe de enfermagem, no desempenho de suas atividades assistenciais e educativas. Quando houve orientação, estas se mostraram extremamente pobres, não contemplando a totalidade dos aspectos envolvidos no processo de recuperação.

Em estudo com mulheres em pós-operatório de cirurgia ginecológica, AGUILLAR e cols. (1992) identificaram as necessidades de orientação manifestadas pela maioria delas (59,2%), principalmente a dificuldades no pós-operatório como: mudança no estilo de vida, dependência dos outros, habilidade para o auto-cuidado e situação de trabalho; as dificuldades poderiam ter sido minimizadas se houvesse orientações adequadas após a alta hospitalar.

Da mesma forma SILVA & MAMEDE (1998) atentam que a falta de informação sobre a doença, tratamento, sintomas e prognóstico foi motivo de inquietação e dúvidas de mulheres mastectomizadas, revelando a necessidade de orientação e esclarecimentos em relação a estes aspectos, o que, segundo a autora, viria ajudá-las a conviver, na prática cotidiana, com sua nova condição.

Ressaltamos ainda que devido a complexidade dos músculos (peitoral maior e menor) e cadeias ganglionares extirpadas durante o tratamento cirúrgico para o câncer de mama, a mulher está sujeita a uma série de

complicações físicas, imediata ou tardiamente à cirurgia, as quais devemos identificar e minimizar quando possível.

Assim, torna-se evidente a necessidade de medidas profiláticas e/ou terapêuticas para a recuperação funcional do membro afetado, as quais devem ser direcionadas para a prevenção do linfedema e execução precoce de exercícios musculares.

O plano de assistência para a orientação dos exercícios físicos deve estar fundamentado nos movimentos em que os músculos peitorais maior e menor tenham importante participação ou seja, rotação, flexão, extensão, abdução, anteversão, elevação e abaixamento do braço, retroversão e circundação. Assim nos primeiros dias pós mastectomia, recomenda-se a realização de exercícios cujos movimentos exijam uma menor força e participação dos músculos peitorais e, gradualmente aumentar a frequência e complexidade dos mesmos.

MAMEDE (1991) recomenda que no pós-operatório imediato, a paciente seja encorajada a realizar medidas de higiene e auto-cuidado como: escovar os dentes, pentear os cabelos, banhar-se, estimulando assim a manipulação do braço afetado. Deve também ser estimulada a executar exercícios respiratórios de inspiração e expiração, alternados com períodos de relaxamento, para diminuir sensações de dor e acúmulo de secreções no tecido subcutâneo.

Numa próxima fase da recuperação física, MAMEDE (1991) recomenda que as pacientes apertem uma bolinha de borracha entre os dedos da mão do lado operado, contraindo, dessa forma, a musculatura do antebraço e facilitando a drenagem linfática.

Por volta do terceiro dia pós cirúrgico, deverão fazer parte das atividades físicas, os exercícios musculares que obrigam a mobilizar estruturas da articulação escapulo-umeral. São eles:

- Contração da musculatura do braço e antebraço pela compressão e descompressão de um bolinha;
- Flexão e extensão dos dedos das mãos;
- Exercício de elevação dos membros superiores com movimentos ascendentes e descendentes sobre a superfície da parede, onde as mãos devem alcançar, simultaneamente, o ponto mais alto que puderem (tipo aranha);
- Movimentos circulares do membro superior afetado, usando uma corda fina presa à porta;

- Manobra de elevação do braço afetado, com auxílio de uma corda fina, de aproximadamente 2 metros de comprimento, adaptada a uma roldana, situada acima da cabeça.

Segundo MAMEDE (1991), os exercícios musculares devem ser realizados com o intuito de prevenir e tratar complicações pós mastectomia, especialmente as limitações articulares, o linfedema e as alterações posturais. Devem ser realizados diariamente, atentando para uma postura corporal correta. Adverte ainda que os movimentos respiratórios e os períodos de relaxamento entre os exercícios são igualmente importantes.

Os exercícios iniciais devem exigir menor força muscular e o aumento da frequência deve ser gradual e de acordo com a capacidade da paciente. O acréscimo de novos exercícios, que exijam maior rendimento muscular deve ser constante. Sugere ainda, que os exercícios de alongamento devem ser estimulados, pois previnem fibrose muscular ou aderência tecidual.

É importante ressaltar à paciente que nada é proibido, mas a moderação é essencial; que os exercícios são valiosos na profilaxia do linfedema e na estimulação da movimentação de braços e ombros.

MAMEDE (1991) lembra que sensações dolorosas de paralisia e parestesia, que são queixas comuns entre as pacientes mastectomizadas, direta ou indiretamente relacionam-se ao linfedema. Queixas de ardor no local da incisão cirúrgica podem ser provocadas pelos drenos a vácuo utilizados na cirurgia. Cita também queixas de sensação de choques elétricos, ou mesmo formigamento; além de hipersensibilidade no ombro e no braço. Não é uma dor constantemente presente, mas mesmo um leve roçar de uma pena é sentido como um fósforo aceso. Tanto essas, como outras sensações, são na maioria, decorrentes do processo de restauração da inervação acometida pela cirurgia, e podem repercutir no processo de reabilitação da mastectomizada.

Torna-se, portanto, necessário que os profissionais envolvidos no tratamento esclareçam e orientem adequadamente essa clientela.

Dentre as orientações a serem fornecidas tanto individualmente para as mulheres, como em grupo ou juntamente aos familiares, deve-se procurar reforçar o cuidado com o braço operado, com especial destaque para os seguintes aspectos:

- Evitar depilar a axila do lado operado, devido à falta de sensibilidade na região;

- Evitar cortes, queimaduras, escoriações e picadas de insetos no braço do lado operado, prevenindo o aparecimento de porta de entrada para infecções, que levariam ao linfedema;
- Cuidado na retirada de cutículas das unhas da mão do lado operado, prevenindo pequenos cortes;
- Evitar exposição excessiva do braço ao sol e utilizar filtro solar;
- Manter a pele hidratada, a fim de evitar lesões;
- Evitar receber medicações por via subcutânea, intramuscular e endovenosa no braço do lado operado;
- Evitar a verificação de pressão arterial no braço afetado, devido à compressão exagerada que interrompe as circulações sanguínea e linfática;
- Cuidados quanto a estiramentos acentuados do ombro, movimentação prolongada, compressão;
- Evitar carregar peso exagerado;
- Manter o braço afetado acima do nível do coração, várias vezes ao dia; e
- Procurar dormir com o braço afetado voltado para a cabeça ou sobre um travesseiro.

Diante da complexidade configurada no processo de reabilitação da mulher mastectomizada, os achados desse estudo revelam que a equipe de enfermagem tem assumido de forma insuficiente, ou ainda tem feito as orientações de forma incompleta, apresentando assim falhas no planejamento e execução de um plano de cuidado voltado para a recuperação física dessa clientela quando ainda no período de internação.

CLAPIS (1997) ressalta que, com os avanços dos recursos terapêuticos para o câncer de mama, principalmente com a possibilidade de cirurgias mais conservadoras, observa-se uma diminuição no período de internação desta clientela, o que repercutiu na assistência de enfermagem. Com isso vários aspectos da recuperação pós-mastectomia deixaram de ser realizados. E a mulher, vivenciando esta problemática, se viu mais sozinha e profissionalmente desamparada.

Por outro lado, são escassos os serviços que têm uma unidade estruturada, com vistas à reabilitação de mulheres mastectomizadas. Os espaços que existem, são esforços pessoais, com poucos recursos e muitas vezes pouco valorizados, apesar do reconhecimento de que a mutilação da mulher leva a sérias conseqüências físicas, sociais e emocionais.

Considerações Gerais

Diante do trabalho realizado, verificamos que as orientações recebidas por este grupo de mulheres foram limitadas a alguns exercícios físicos. Outras orientações sobre o auto-cuidado, cuidados com o braço homolateral à cirurgia para a profilaxia do linfedema, ou encaminhamento para serviços de suporte social foram pouco considerados como estratégias que poderiam auxiliar na melhoria da qualidade de vida da clientela.

Reforçamos a necessidade de uma assistência multiprofissional, voltada para a reabilitação de mulheres com câncer de mama, uma vez que os efeitos de seu tratamento leva a sérios problemas físicos,

emocionais, sociais e sexuais. Mesmo que as pacientes pareçam estar se ajustando, quando ainda em período de internação hospitalar, problemas poderão emergir num estágio mais tardio, quando elas começarem a sentir, no dia a dia, as ameaças na sua vida.

Por outro lado, o modelo médico vigente, voltado para os aspectos biológicos/patológicos e para o período livre da doença, não inclui o contexto psicossocial e não responde às necessidades destas mulheres. E, quando nos propomos trabalhar para uma assistência integral, torna-se impossível dissociar as consequências biológicas e patológicas do contexto psicossocial no qual a mulher está inserida.

Tabela 1. Distribuição numérica, quanto aos tipos de exercícios físicos orientados.

Exercício físico	Nº de mulheres	% de mulheres
Elevar o braço	181	55,86
Bolinha	136	41,99
Outras atividades físicas	65	20,06
Folheto de orientação	45	13,88
Roldana	31	9,65
Orelha	29	8,45
Não receberam orientação	59	18,20

Referências Bibliográficas

1. AGUILAR, O.M.; SANTOS, B.M. de O.; MAMEDE, M.V. Cirurgias Ginecológicas: Problemas pós - alta. Rev. Bras. Enfermagem, 45(.2-3): 105-115, 1992.
2. BAHAMONDES, M.Y.M. et al. Recuperação Física e Emocional das Mastectomizadas. In: PINOTTI, J.A. Terapêutica em mastologia. São Paulo, Manole, 1984, p 109-158.
3. CARTER, B.J. Long term survivors of breast cancer: A qualitative descriptive study. Cancer Nursing, 16(5): 354-361, 1993.
4. CLAPIS, M.J. – Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama – uma perspectiva de gênero. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem Ribeirão Preto – USP. Ribeirão Preto, 1997, p 253.
5. MAMEDE, M.V. Reabilitação de mastectomizadas: um novo enfoque assistencial. Tese (livre docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Ribeirão Preto, 1991, p 140.
6. SILVA, R.M.; MAMEDE, M.V. O conviver com a mastectomia. Fortaleza, Ed. Gráfica, LCR, 1998. p 155.