



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# PRÉ-HABILITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR NA MULHER MASTECTOMIZADA

Jessica Lima Capitão



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Jessica Lima Capitão

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**PRÉ-HABILITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO  
SUPERIOR NA MULHER MASTECTOMIZADA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Orientadora: Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira

Novembro de 2023

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido e à minha família, que compreenderam e apoiaram incondicionalmente a minha necessidade de continuar a melhorar-me enquanto pessoa e profissional.

À Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira, por todo o acompanhamento e orientação ao longo deste percurso. Pelas suas palavras de motivação e conforto.

À Enf.<sup>a</sup> Especialista em Enfermagem de Reabilitação Fátima Caldas, por ter feito das minhas vitórias as suas.

À Enf.<sup>a</sup> Paula Amorim, pela íntima colaboração ao longo da implementação deste projeto.

Às equipas dos serviços onde realizamos este estudo, por me acolherem no seu seio e permitirem desenvolver este trabalho.

Às Professoras Doutoradas Maria Salete Soares, Maria José Fonseca e Andreia Lima pelas palavras amigas e pelo seu papel neste percurso formativo.

Aos meus colegas do VII Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, particularmente à Marina e à Sílvia com quem partilhei medos e anseios ao longo desta viagem.

## **DEDICATÓRIA**

A todas as pessoas e famílias sobreviventes do cancro da mama.

Às minhas tias e à minha irmã.

## **PENSAMENTO**

“Quem venceu o medo da morte venceu todos os outros medos”

Mahatma Gandhi

## RESUMO

**Enquadramento:** O cancro da mama afeta milhares de mulheres em todo o mundo não sendo Portugal uma exceção. No nosso país, todos os anos, são realizados milhares de diagnósticos de neoplasia maligna da mama. O tratamento cirúrgico é o mais frequente sendo que em muitos dos casos se recorre à mastectomia. Esta acarreta consigo possíveis complicações e morbilidades que poderão acompanhar o doente toda a vida. Os EEER são capazes de identificar situações potenciadoras de limitação e atuar no sentido de as minimizar e/ou evitar assentando num paradigma de pré-habilitação. Posto isto, nasceu a questão de partida: Quais os contributos da Enfermagem de Reabilitação na funcionalidade do membro superior homolateral na mulher mastectomizada?

**Objetivo:** Identificar os contributos da Enfermagem de Reabilitação na funcionalidade do membro superior homolateral da mulher mastectomizada

**Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, exploratório-descritivo, longitudinal com uma abordagem multicaseos utilizando como instrumento de colheita de dados a escala DASH e um questionário sociodemográfico e clínico. A amostra (N=8) foi obtida recorrendo a uma técnica de amostragem não probabilística, por conveniência.

**Resultados:** A média de idade das participantes foi de  $49,6 \pm 9,5$ . Após a implementação do programa de enfermagem de reabilitação metade da amostra (50%) referiu algum tipo de dificuldade em trocar uma lâmpada acima da cabeça, ainda assim uma percentagem significativa (37,5%) não teve qualquer dificuldade e apenas uma participante foi incapaz de o fazer. A maioria das participantes (62,5%) sentiram-se pouco ou nada limitadas na sua atividade laboral e nas AVD's. e apenas 37,5% consideraram que limitou ou limitou muito. No que diz respeito ao impacto nas atividades de lazer apenas uma participante (12,5%) se sentiu verdadeiramente afetada neste âmbito considerando as restantes 87,5% que pouco ou nada foram afetadas. Verificamos que nenhuma das participantes apresentou níveis elevados de dor, quer de uma forma geral quer na execução de uma atividade específica. Relativamente à fraqueza e à rigidez no braço, ombro ou mão, apesar de terem sofrido um agravamento quando comparamos o primeiro com o segundo momento de avaliação, 75% e 100% respetivamente, perceberam pouco ou nada estes sintomas na segunda avaliação.

**Conclusão:** A aplicação do programa de enfermagem de reabilitação “Pré-habilitar na Mastectomia” pareceu ter contribuído para minorar os efeitos da mastectomia e melhorar a sensação de formiguelo.

**Descritores:** carcinoma de mama, mastectomia, enfermagem em reabilitação, telemedicina

## ABSTRACT

**Background:** Breast cancer affects thousands of women around the world, with Portugal being no exception. In our country, every year, thousands of breast cancers are diagnosed. Surgical treatment is the most common, and in many cases mastectomies are performed. This surgery is associated to a list of possible complications and morbidities that may accompany the patient throughout their lives. Rehabilitation nurses are capable of identifying situations that may cause limitations and act to minimize and/or avoid them based on a prehabilitation paradigm. Having said this, the following question arose: What are the contributions of Rehabilitation Nursing to the functionality of the homolateral upper limb of mastectomized women?

**Objective:** To identify the contributions of Rehabilitation Nursing to the functionality of the homolateral upper limb of mastectomized women

**Methodology:** This is a quantitative, exploratory-descriptive, longitudinal study developed with a multi-case approach using the DASH scale and a sociodemographic and clinical questionnaire as a data collection instrument. The sample (N=8) was obtained using a non-probabilistic sampling technique, by convenience.

**Results:** The mean age of the participants was  $49,6 \pm 9,5$ . After implementing the rehabilitation nursing program half of the sample (50%) reported some type of difficulty in changing a light bulb above their head, yet a significant percentage (37,5%) did not have any difficulty and only one participant was unable to do so. The majority of participants (62,5%) felt little or no limitations at their jobs or daily activities and only 37,5% consider that it limited or limited a lot. With regard to the impact on leisure activities, only one participant (12,5%) felt truly affected in this aspect, considering the remaining 87,5% that they were little or not affected at all. We found that none of the participants presented high levels of pain either in general or when carrying out a specific activity. In regards to the weakness and stiffness of the arm, shoulder or hand, despite having worsened when comparing the first and second assessments, in both, the majority of the sample, 75% and 100% respectively noticed these symptoms little or nothing at all on our second evaluation.



**Conclusion:** The application of the rehabilitation nursing program “Prehabilitation in Mastectomy” appears to have contributed to lessening the effects of mastectomy and improving the tingling sensation.

**Descriptors:** breast neoplasms, mastectomy, rehabilitation nursing, telemedicine

## **ABREVIATURAS**

cm – centímetros

enf.<sup>a</sup> - enfermeira

*et. al* – Et. Alli (e outros)

p. – página

pp. – páginas

s.d. – sem data

## **SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ARS – Administração Regional de Saúde

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CCM – Cirurgia Conservadora da Mama

CDIS – Carcinoma Ductal *in Situ*

CDI – Carcinoma Ductal Invasivo

CLI – Carcinoma Lobular Invasivo

DASH – *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*

DIEP - *Deep Inferior Epigastric Perforator Flap*

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ESMO – *European Society for Medical Oncology*

HER2 – Fator de crescimento epidérmico 2

INE – Instituto Nacional de Estatística

MRM – Mastectomia Radical Modificada

QT – Quimioterapia

RE – Recetores de Estrogénio

RM – Ressonância Magnética

RP – Recetores de Progesterona

RT – Radioterapia

TH – Terapia Hormonal

TN – Triplo Negativo

TRAM – *Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous Flap*

SPO – Sociedade Portuguesa de Oncologia

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

# SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>ii</b>
<b>DEDICATÓRIA .....</b>	<b>iii</b>
<b>PENSAMENTO .....</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABREVIATURAS.....</b>	<b>ix</b>
<b>SIGLAS E ACRÓNIMOS.....</b>	<b>x</b>
<b>ÍNDICE GRÁFICOS, FIGURAS, QUADROS E TABELAS.....</b>	<b>xiii</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA.....</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO I – O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COMO UM     ELEMENTO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....</b>	<b>17</b>
1.1. Levantamento de necessidades e planeamento das atividades .....	19
<b>CAPÍTULO II - O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: UMA     OPORTUNIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>21</b>
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista .....	24
2.2. Competências específicas do EEER.....	24
2.3. Atividade desenvolvida no âmbito da gestão e formação.....	25
2.4. Atividade desenvolvida no âmbito da investigação .....	25
<b>PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO E DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>NOTA INTRODUTÓRIA .....</b>	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO I - QUADRO CONCEPTUAL.....</b>	<b>31</b>
1.1. Cancro da Mama - Do diagnóstico à decisão do tratamento.....	32
1.2. Opções de tratamento no cancro da mama.....	38
1.3. O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reabilitação da mulher mastectomizada .....	44
1.4. Pré-habilitação e Telemedicina conceitos úteis para a Enfermagem de Reabilitação 47	
<b>CAPÍTULO II - METODOLOGIA .....</b>	<b>50</b>
2.1. Tipo de Estudo.....	51
2.2. População e Amostra.....	52
2.3. Operacionalização de variáveis.....	52
2.4. Instrumento de colheita de dados .....	53

2.5. Descrição do programa “Pré-habilitar na Mastectomia” e procedimento de colheita de dados .....	54
2.6. Tratamento de dados.....	57
2.7. Procedimentos Éticos .....	57
<b>CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>59</b>
3.1. Características sociodemográficas e clínicas.....	60
3.2. Evolução das atividades relacionadas com a função do membro superior - DASH	62
3.3. Evolução dos sintomas relacionados com a função do membro superior - DASH..	69
3.4. Particularidades clínicas e incapacidade/sintomas dos casos de estudo.....	72
<b>SÍNTESE E CONCLUSÕES .....</b>	<b>76</b>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>89</b>
ANEXO 1 – Escala DASH.....	90
ANEXO 2 – Parecer da Comissão de Ética em Saúde .....	95
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>98</b>
APÊNDICE 1 – Projeto Formativo .....	99
APÊNDICE 2 – Fluxogramas.....	101
APÊNDICE 3 – Avaliação da atividade no âmbito da Gestão e Formação .....	102
APÊNDICE 4 – Folheto: Mastectomia c/ Esvaziamento Ganglionar – Programa de Enfermagem de Reabilitação.....	103
APÊNDICE 5 - Folheto: Mastectomia – Programa de Enfermagem de Reabilitação.	104
APÊNDICE 6 – Questionário sociodemográfico e clínico.....	105
APÊNDICE 7 – Declaração de Consentimento Informado .....	106
APÊNDICE 8 - Avaliação da atividade no âmbito da Gestão e Formação .....	107

## ÍNDICE GRÁFICOS, FIGURAS, QUADROS E TABELAS

### Figuras

Figura 1 - Cobertura geográfica de um hospital da zona norte do país .....	18
Figura 2 – Fatores de risco para o cancro da mama .....	33
Figura 3 – Classificação do Cancro da Mama segundo a célula de origem e a disseminação do tumor .....	35
Figura 4 – Classificação do cancro da mama quanto aos recetores.....	36

### Quadros

Quadro 1– Classificação dos estadios no cancro da mama .....	37
Quadro 2– Programa “Pré-habilitar na Mastectomia” .....	54

### Tabelas

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas.....	60
Tabela 2 – Evolução capacidade para executar atividades relacionadas com a função do membro superior - DASH.....	64
Tabela 3 – Evolução dos sintomas relacionados com a função do membro superior - DASH .....	70
Tabela 4 – Os nossos casos de estudo e as suas especificidades .....	73

## INTRODUÇÃO

A transição de enfermeiro de cuidados gerais para enfermeiro especialista pressupõe o desenvolvimento de uma série de capacidades e competências que lhe permitirão prestar cuidados diferenciados em áreas específicas da enfermagem. O processo formativo que norteia esta transição deverá, portanto, preparar o aluno para a nova realidade da sua prática.

Segundo Marques *et al.* (2021, p.3) os mestrados “(...) traduzem uma prática reflexiva – a prática baseada na evidência e a evidência baseada na prática, que constituem os pilares da enfermagem de reabilitação.” O Estágio de Natureza Profissional (ENP) assume-se como uma ferramenta complementar à formação académica e que procura incorporar o mestrando no exercício de uma atividade profissional em contextos reais (Despacho Normativo nº16549/2012, 2012) permitindo, pois, que este se prepare para a nova realidade que se avizinha. Ao longo do ENP são desenvolvidas uma série de atividades tendo em vista o atingimento dos objetivos preconizados para o mesmo. Atividades estas que, naturalmente, se traduziram em momentos de aprendizagem e de evolução sobre os quais se torna impreterível refletir.

O presente relatório foi elaborado no âmbito do ENP integrado no 2º ano do VII Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Este decorreu no período de 3 de outubro de 2022 a 31 de março de 2023, sob orientação da Professora Doutora Maria Salomé Ferreira e tutoria da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) Fátima Caldas tendo por objetivo a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos e competências específicos da Enfermagem de Reabilitação, de acordo com aquilo que se encontra preconizado para esta especialidade da enfermagem.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021) este relatório não só constitui um elemento de avaliação, mas também um meio para que o aluno analise e reflita de forma crítica sobre o trabalho desenvolvido ao longo do ENP. Deste modo, este documento foi elaborado de forma a retratar o percurso formativo a que se refere. Para melhor enquadrar o leitor, na primeira parte, foi realizado um enquadramento no contexto onde decorreu o estágio, os objetivos do mesmo e as atividades desenvolvidas por forma a atingir os objetivos delineados. Na segunda parte, foram abordadas as atividades desenvolvidas articulando-as com as competências gerais e específicas do enfermeiro

especialista e do EEER. Finalmente, a última parte, é dedicada ao trabalho de investigação realizado no desenvolver do ENP, onde será apresentado o quadro conceptual, a metodologia, a apresentação e discussão dos resultados, as conclusões e limitações do estudo. Para terminar o relatório, foi apresentada uma conclusão geral acerca deste momento formativo. Após esta foram expostos os anexos e os apêndices.



**PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA  
CLÍNICA**

**CAPÍTULO I – O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COMO  
UM ELEMENTO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

O ENP objetivava o desenvolvimento de competências e aprendizagens na área da Enfermagem de Reabilitação, com base no conhecimento técnico-científico e humano, nas áreas da gestão de cuidados e governação clínica, formação e investigação. A escolha do campo de estágio foi livre sendo que cada mestrando teve a oportunidade de optar pelo local onde teria maior interesse em desenvolver a sua prática nesta componente do mestrado, mediante aprovação das instituições, tendo em vista os objetivos de aprendizagem estipulados para o mesmo. No caso particular do estágio retratado neste relatório, este foi desenvolvido num serviço cirúrgico de um hospital da zona norte.

O hospital em que o estágio decorreu apresenta uma vasta cobertura geográfica (Figura 1) abrangendo todo o distrito de Viana do Castelo, incluindo, além de Viana do Castelo, os concelhos de Ponte de Lima, Ponte de Barca, Arcos de Valdevez, Melgaço, Monção, Valença, Vila Nova de Cerveira e Caminha. Traduzindo-se na cobertura de uma população residente estimada de 231.293 indivíduos, dos quais 11,2% apresenta idade inferior a 15 anos, 60,7% tem idade compreendida entre os 15 e os 64 anos e 28,1% tem idade igual ou superior a 65 anos (Portugal, 2023).

*Figura 1 - Cobertura geográfica de um hospital da zona norte do país*



*Fonte: Portugal (2021)*

O serviço em questão encontra-se inserido no departamento de Cirurgia e dispõe de 33 camas contemplando utentes de várias especialidades, nomeadamente: Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia, Urologia, Estomatologia e Oftalmologia. No período em que o ENP se desenvolveu, este contexto acolheu também doentes da especialidade de Medicina Interna dispondo para o efeito de 9 camas, de acordo com o Plano de Contingência Saúde Sazonal Módulo Inverno 22/23 da instituição. Este aspeto teve impacto no desenvolvimento do estágio pois implicou, no seguimento de decisões relativas à gestão de camas, a dispersão de utentes pelos restantes serviços do departamento, sendo que destaco os do foro da Cirurgia Geral, alvo do estudo implementado. Deste modo, a intervenção foi alargada aos diferentes serviços que acolheram as utentes que compuseram a amostra.

Em relação aos recursos humanos, conta com uma equipa de enfermagem composta por 26 enfermeiros dos quais: 20 são enfermeiros de cuidados gerais, 3 são enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 3 são EEER (incluindo a enfermeira chefe). Além dos enfermeiros o contexto conta com uma vasta equipa de médicos das diferentes especialidades, uma administrativa, uma nutricionista e uma equipa de assistentes operacionais. A equipa é coesa e motivada para a melhoria contínua dos cuidados prestados sendo que foi notória a forma acolhedora como fui recebida o que tornou o ambiente propício para o desenvolvimento de conhecimentos e competências profissionais.

### **1.1. Levantamento de necessidades e planeamento das atividades**

De acordo com os objetivos do ENP foi elaborado um projeto formativo (Apêndice 1) com as atividades a desenvolver neste contexto nas diferentes áreas: formação, gestão e investigação. Estas foram desenhadas a partir das necessidades identificadas nestas áreas no meio em que o ENP se desenvolveu tendo funcionado de igual forma como complemento umas das outras. Isto é, em muitos aspetos, as atividades articularam-se.

A temática para o estudo de investigação era-me familiar, o que suscitou interesse na área e me levou a contemplar o que havia na literatura acerca da mesma. Após esta pesquisa inicial foi-me notório que a mastectomia se fazia acompanhar de um vasto leque de possíveis complicações e limitações. Foi então que confrontei o que havia encontrado na literatura com a realidade visível no serviço, isto é, com as doentes submetidas a mastectomia. Recorri também à enfermeira tutora e à enfermeira chefe

para averiguar se o que se encontrava descrito era efetivamente visível na prática deste contexto em particular. Ainda que não disponham de um EEER dedicado apenas à Enfermagem de Reabilitação no serviço, vários esforços vão sendo feitos para que os ensinamentos durante o internamento (particularmente no que concerne aos exercícios do membro superior e aos cuidados pós-operatórios em doentes submetidas a mastectomia) sejam adequados aos doentes e à família e que se traduzam em ganhos em saúde. Contudo, a falta de recursos humanos acaba por afetar o tempo que os profissionais de saúde têm para se dedicar a estas intervenções, além de se tratarem de internamentos curtos (3-4 dias). Neste sentido, foi consensual a opinião de que este aspeto carecia de desenvolvimento procurando estratégias inovadoras alinhadas também com as expectativas das utentes. Os restantes contextos onde desenvolvi o projeto reconheceram igualmente a sua pertinência e o seu valor para as doentes, famílias e até mesmo para os restantes profissionais os quais se mostraram interessados em adquirir conhecimentos relativos a esta área tão particular da Enfermagem de Reabilitação.

Apesar de o estudo ter sido desenvolvido, em grande parte, no internamento, houve, desde sempre, grande colaboração e sintonia com o trabalho desenvolvido pelas colegas da Consulta de Enfermagem de Patologia Mamária. O projeto foi, desde o início, divulgado às mesmas que foram prestáveis e participativas ao longo da sua implementação assumindo-se como parceiras fundamentais durante todo o processo, especialmente no acompanhamento pós-alta.

Os contextos intervenientes neste ENP reconhecem os benefícios do trabalho nele desenvolvido e manifestam a importância de dar continuidade ao mesmo sendo evidentes os ganhos em saúde para a mulher e família.

**CAPÍTULO II - O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: UMA  
OPORTUNIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS**

A enfermagem enquanto profissão contempla um conjunto de competências que os profissionais deverão possuir para exercer a mesma. Segundo o Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2012), estas poderão ser agrupadas nos diferentes domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da prestação e gestão de cuidados e do desenvolvimento profissional. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assume-se que estes profissionais de saúde sejam capazes de desenvolver uma prática profissional com responsabilidade de acordo com o código ético, deontológico e jurídico definido para a profissão. No âmbito da prestação e gestão dos cuidados preconiza-se que os enfermeiros tenham competência para atuar de acordo com os fundamentos da prestação e gestão dos cuidados, contribuindo para a promoção da saúde, utilizando o processo de enfermagem, estabelecendo uma comunicação e relações interpessoais eficazes promovendo um ambiente seguro, cuidados de saúde interprofissionais, delegando e supervisionando tarefas. No domínio do desenvolvimento profissional pretende-se que estes estejam aptos para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e desenvolver processos de formação contínua.

Nesta sequência, na procura do desenvolvimento profissional através da aquisição e disseminação de conhecimentos, surgem as especialidades em enfermagem. A par de uma maior exigência técnica e científica começa a ser, cada vez mais, necessária uma diferenciação e especialização em determinadas áreas. Segundo o regulamento nº140/2019 (2019) o enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” (p.4744). Estes profissionais com formação diferenciada, tal como nos enfermeiros de cuidados gerais, deverão, ao longo dos seus processos de formação adquirir um conjunto de competências transversais a todas as especialidades, nomeadamente: desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garantir um ambiente terapêutico e seguro, gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e

ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados, desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e, finalmente, basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Este perfil de competências, de uma forma geral, norteia a prática das diferentes especialidades nos vários contextos em que se aplicam. Contudo, cada área de especialização possui, por si só, um conjunto de competências específicas. No que à enfermagem de Reabilitação diz respeito, pressupõe-se que o EEER seja capaz de:

- 1) Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- 2) Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- 3) Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

No que diz respeito ao primeiro item, pretende-se que o EEER utilize os seus conhecimentos diferenciados ao longo de todo o processo de enfermagem avaliando a funcionalidade e identificando situações passíveis de provocar limitação e incapacidade, atuando de forma a conceber e implementar programas de reabilitação que promovam capacidades adaptativas procurando o autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, finalmente avaliando o resultado das ações executadas. No que concerne ao tópico 2) o EEER deverá elaborar e implementar programas de treino de Atividades de Vida Diárias (AVD's) visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida e promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social. Por último, explorando o terceiro ponto, procura-se que o EEER conceba, implemente, avalie e reformule programas de treino motor, cardíaco e respiratório de acordo com os objetivos preconizados para o mesmo (Regulamento nº392/2019, 2019).

Posto isto, não é difícil de apurar que a Enfermagem de Reabilitação é uma especialidade transversal a todo o ciclo de vida e aos diferentes contextos da prática clínica. Cruzando estas competências, umas mais gerais, outras mais específicas, do EEER com aquilo que foi este momento formativo impõe-se indubitavelmente algumas reflexões.



O ENP, como momento formativo contemplado na transição entre enfermeiro de cuidados gerais e enfermeiro especialista, neste caso EEER, desenvolveu-se no sentido de adquirir conhecimentos e competências diferenciados nesta área distinta da enfermagem procurando dar resposta aos objetivos preconizados para o mesmo os quais se encontram alinhados com os perfis de competências supracitados. Assim, desde o início, procurei obter experiências nos diferentes âmbitos e é sobre eles que reflito neste relatório.

### **2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista**

No que concerne a competências comuns do enfermeiro especialista, destaco as áreas da gestão, formação e investigação, que estiveram no cerne dos objetivos preconizados para este ENP pelo papel central que assumem na prática de cuidados de enfermagem no geral, e que ainda mais relevantes se tornam nos processos de desenvolvimento profissional como são os cursos de especialização e mestrado. Sendo que se procurava o desenvolvimento de conhecimentos e competências nestas áreas específicas, desde o primeiro dia procurei fazer um levantamento das necessidades do contexto relativas às mesmas recorrendo à observação das dinâmicas do serviço e entrevistando elementos da equipa nomeadamente: a Enf.<sup>a</sup> Chefe e a Enf.<sup>a</sup> tutora. Foi deste modo que dei o pontapé de partida para todas as restantes atividades desenvolvidas.

### **2.2. Competências específicas do EEER**

Julgo que, no início deste ENP, muitas das competências específicas do EEER estavam já adquiridas fruto de todos os estágios contemplados no percurso formativo do curso de mestrado em Enfermagem de Reabilitação: Enfermagem de Reabilitação Neurológica II, Enfermagem de Reabilitação Respiratória II, Enfermagem de Reabilitação Ortopédica II e Enfermagem de Reabilitação na Comunidade II. Assim, ao longo destes 6 meses foi meu objetivo cimentar e desenvolver as competências já assimiladas procurando para isso oportunidades para aplicar as mesmas. No decorrer deste momento formativo foi-me possível praticar reabilitação motora, respiratória e o treino de AVD's em utentes de faixas etárias e patologias diversas. Foi também, para mim, extremamente importante perceber o papel do EEER num contexto clínico muito diferente daquele em que habitualmente exerço a minha prática. Além das técnicas propriamente ditas, saliento a oportunidade de desenvolver a minha capacidade de avaliação do utente e do seu contexto para melhor definir e adequar o programa de reabilitação a implementar.

Considero que talvez este seja o maior ganho desta transição de enfermeira de cuidados gerais para EEER, o novo olhar sobre o doente. Somos ensinados, desde o primeiro dia da licenciatura, a ver o doente como um todo. Se houve tema sobre o qual refleti ao longo desta viagem foi este pois, só agora, considero ser realmente capaz de ver o doente de forma holística.

### **2.3. Atividade desenvolvida no âmbito da gestão e formação**

O desenvolvimento de conhecimentos e competências, acarreta também a responsabilidade de disseminar e aplicar as mesmas nos contextos profissionais onde nos inserimos. Deste modo, a gestão e a formação, andam a par e par com o desenvolvimento profissional. Nestas áreas, como já referi, fiz também um levantamento das necessidades do serviço. Após diálogo com a Enf.<sup>a</sup> Chefe percebi que, após realização de uma auditoria a alguns processos de utentes, a mesma se inteirou de uma lacuna na tradução dos ensinamentos realizados aos utentes submetidos a mastectomia e traqueostomizado, em ganhos em saúde. Para dar resposta a esta problemática, desenvolvi uma atividade que consistia na criação de fluxogramas (Apêndice 2) que, de forma simplificada, descreviam a forma como deveriam ser formulados os diagnósticos de enfermagem, prescritas as intervenções e atualizados os planos de enfermagem, nestes dois grupos particulares de utentes pois, segundo averiguou a Enf.<sup>a</sup> Chefe, a maior dificuldade dos elementos da equipa passava pela utilização do SClínico. Posteriormente, planeei uma sessão de formação onde foram apresentados e explicados os fluxogramas através de uma demonstração no SClínico contando com a presença de uma colega encarregue da parametrização do mesmo na instituição. Sou da opinião que, quando as necessidades dos utentes e dos profissionais são ouvidas, não há como falhar na execução deste tipo de atividades e obtive essa confirmação através da avaliação que fiz da sessão (Apêndice 3).

### **2.4. Atividade desenvolvida no âmbito da investigação**

Uma vez que a área da reabilitação no doente oncológico, particularmente nas mulheres com cancro da mama, despertava o meu interesse e tendo encontrado na revisão da literatura elementos que reforçavam as necessidades de prevenir as complicações físicas da mulher mastectomizada e de forma específica a reabilitação da funcionalidade do membro superior homolateral à cirurgia, em conjunto com a minha tutora e a Enf.<sup>a</sup> chefe do serviço percebemos que era efetivamente uma área a investir e que requer

desenvolvimento. Julgo que foi um fator extremamente importante esta auscultação junto da equipa, de modo a adequar todo o procedimento àquela que é a realidade das doentes e do contexto. Foi com base na experiência de elementos da equipa, particularmente da Enf.<sup>a</sup> tutora, que desenvolvi o programa de reabilitação para estas doentes e elaborei o projeto de investigação por forma a perceber as mais valias da aplicação deste programa. Após a elaboração do projeto, este foi apresentado à comissão de ética em saúde da instituição e após o seu parecer favorável, foi dado a conhecer o projeto de investigação às colegas da Consulta de Enfermagem de Patologia Mamária e desenvolvidos os materiais de apoio ao programa de reabilitação. Neste âmbito realizei dois folhetos informativos designados “Mastectomia c/ Esvaziamento Ganglionar – Programa de Enfermagem de Reabilitação” (Apêndice 4) e “Mastectomia – Programa de Enfermagem de Reabilitação” (Apêndice 5 ). Em cada folheto constavam, de forma sucinta, os exercícios a realizar e os cuidados a ter na prevenção de complicações pós-operatórias, adaptadas à realização ou não de linfadenectomia axilar.

Seria impossível, a meu ver, ao longo de todo o processo, não fazer constantes reflexões sobre a importância do desenvolvimento do conhecimento científico, obtido através dos processos de investigação, para a nossa praxis. A medicina, a tecnologia e o mundo em geral estão em constante evolução. Com esta, vem a necessidade de dar resposta a novas questões que se colocam e, para isso, de utilizar ferramentas inovadoras. Se há uns anos julgava impossível o acompanhamento virtual de utentes, neste momento, para mim, é o futuro. Foi notório entre as participantes o agrado com o acompanhamento mais sistemático, com a facilidade em contactar o profissional de saúde e pelo facto de poderem desenvolver este programa sem sair do conforto dos seus lares. Penso que a investigação tem também este papel, tão importante, de nos fazer pensar nas exigências futuras e em como responder às mesmas. Como quase EEER considero que o desenvolvimento de projetos de investigação são de extrema importância para validar, enquanto ciência, a Enfermagem de Reabilitação uma vez que, só através da evidência dos benefícios da nossa intervenção diferenciada, poderemos justificar a nossa continuidade.

Não podemos esquecer que não só as taxas de mortalidade são indicativas do estado de saúde da nossa população. Também as morbidades devem ser foco da atenção de todos na procura de um aumento da esperança média de vida acompanhada de qualidade de

vida. No que diz respeito ao cancro da mama, o tratamento curativo e preventivo de eleição é o cirúrgico sendo que cada abordagem acarreta consigo possíveis complicações e conseqüentemente limitações para a doente.

**PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO E  
DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO**

## NOTA INTRODUTÓRIA

O cancro da mama é conhecido em todo o mundo por afetar milhares de homens e mulheres todos os anos, provocando grandes morbidades e até mesmo levando à morte. Em Portugal, à semelhança do resto do mundo, esta doença torna-se a realidade de milhares de pessoas. Segundo a Liga Portuguesa contra o Cancro (2022), em Portugal no ano de 2020, foram diagnosticados, aproximadamente, 7000 novos casos de cancro da mama sendo que foram registadas 1800 mortes em mulheres por esta causa.

Com o aumento da incidência desta doença tornou-se também necessário evoluir nas diferentes formas de tratamento para a mesma. A cirurgia da mama é o método de eleição para o tratamento da neoplasia maligna da mama podendo, de acordo com as características específicas da neoplasia e do doente, ser mais ou menos invasiva. Porém, a tendência tem vindo a ditar que, cada vez mais, se procura uma abordagem mais conservadora isto porque os métodos mais invasivos têm também complicações e condições pós-operatórias mais limitadoras. Além da afeção psicológica, a mastectomia tem grande impacto na qualidade de vida dos sobreviventes e, particularmente, na funcionalidade do membro superior homolateral à cirurgia. Ainda assim, a mastectomia continua a ser, em muitas situações, a melhor opção para o doente. Com taxas de sobrevivência cada vez mais elevadas, resultantes da evolução da medicina e a par disso dos tratamentos disponíveis, torna-se impreterível pensar no futuro da pessoa diagnosticada com cancro da mama. Importa refletir sobre o facto desta doença afetar, cada vez mais, mulheres em idades mais jovens com vidas ativas e a exercer atividades profissionais (SPO, 2020).

O cancro é, indubitavelmente, uma das doenças centrais do século XXI. Associada a diversas morbidades é já reconhecida por todos como uma doença para a vida. Nas palavras de Martins (2018, p.5), relativas aos EEER, “acompanhamos a evolução do mundo e estamos preparados para intervir nos processos de reabilitação centrados na prevenção, nas sequelas das doenças crónicas, no envelhecimento e nos vários contextos (...)”. A Enfermagem de Reabilitação em oncologia objetiva, não só o tratamento das limitações, consequência da doença e dos tratamentos, como também a prevenção das mesmas. Trata-se de uma mudança de paradigma em que o foco passa não só por reabilitar mas por pré-habilitar o termo refere-se à antecipação e prevenção das morbidades (Debes *et.al* 2014), neste caso, associadas aos tratamentos oncológicos. Assenta portanto numa perspetiva de prevenção de possíveis incapacidades atuando de

forma precoce, preparando o doente para a intervenção a que serão submetidos. Contudo, o período de tempo entre o diagnóstico e o início dos tratamentos, bem como os recursos, físicos, económicos e humanos das instituições, muitas vezes não permite a implementação deste tipo de programas. Novas problemáticas exigem novas formas de as tentar solucionar. Inovação no modo de dar resposta às necessidades dos doentes, famílias e comunidades, o centro de toda e qualquer intervenção do enfermeiro em geral e do EEER em particular, é, nos dias de hoje, um eixo norteador da prática. A tecnologia tem evoluído a passos largos e constitui-se hoje como uma ferramenta extremamente útil, nomeadamente na facilidade do acesso ao utente.

A *Association of Rehabilitation Nurses* e a *Oncology Nurses Society* concordam que o EEER poderá ser o profissional mais capaz de coordenar eficazmente os cuidados de reabilitação em oncologia (McCollom, 2011). O regulamento nº392/2019 (2019) diz-nos que o EEER é capaz de avaliar a funcionalidade e fazer o diagnóstico de situações potenciadoras de limitação e incapacidade, concebendo e implementando planos de intervenção individualizados com o objetivo de maximizar a funcionalidade da pessoa. Assim, o papel que estes profissionais assumem poderá ser preponderante na prevenção de complicações e limitações decorrentes da mastectomia. Neste âmbito, surgiu a seguinte questão de partida: **Quais os contributos da Enfermagem de Reabilitação para a funcionalidade do membro superior da mulher mastectomizada?** A partir da qual se definiu o objetivo geral deste projeto que é: identificar os contributos da Enfermagem de Reabilitação na funcionalidade do membro superior homolateral da mulher mastectomizada. Para dar resposta ao mesmo foi realizado um estudo descritivo, quantitativo, longitudinal com uma abordagem de multicaseos que será apresentado de forma mais detalhada no respetivo capítulo.

Este capítulo encontra-se estruturado respeitando as etapas do processo de investigação pelo que, em primeira instância o leitor será enquadrado na dimensão empírica que serviu de base à realização da investigação, fazendo alusão a conceitos chave essenciais para a compreensão do estudo. Posteriormente descrevemos as escolhas metodológicas seguidas da apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. Finalmente, é apresentada uma conclusão assente nos objetivos do trabalho de investigação onde é realçada a importância deste estudo.

## **CAPÍTULO I - QUADRO CONCEPTUAL**



O carcinoma da mama é um problema universal. Em 2020, este foi o tipo de neoplasia mais comum entre as mulheres, representando 25,8% dos novos diagnósticos de cancro no mundo (*World Cancer Research Fund International*, 2022). Em 2018, estima-se que foram diagnosticados cerca de 2.1 milhões de cancros da mama em mulheres. A Europa ocidental assume um papel de destaque nos países com maior incidência desta patologia. Também em 2018, na Europa, a incidência foi de 144.9/100.000 o que representa 404.920 novos casos de cancro da mama. É notório no nosso continente um aumento deste diagnóstico em mulheres mais jovens, com idades inferiores a 45 anos (SPO, 2020).

Em Portugal, em ambos os sexos, apenas o cancro colo-retal se sobrepõe ao cancro da mama no que concerne ao número de diagnósticos realizados no ano de 2020. Quando olhamos de forma individualizada para as mulheres, percebemos que este se encontra isolado considerando-se assim o cancro mais diagnosticado entre as mulheres nesse mesmo ano (WHO, 2021). Na Região do Alto Minho, no triénio 2012-2014, o tumor maligno da mama constituiu-se a principal causa de morte prematura entre as mulheres (ULSAM, 2020).

O tumor maligno da mama representa uma das doenças com maior impacto na saúde das populações de todo mundo, particularmente nas pessoas do sexo feminino. Ao longo deste capítulo será feita uma abordagem breve a todo o processo que antecede a escolha do tratamento, particularmente a mastectomia, quais as implicações físicas e psicológicas deste tipo de cirurgia e o papel do EEER neste processo. Finalmente, serão analisados os conceitos de pré-habilitação e telemedicina.

### **1.1. Cancro da Mama - Do diagnóstico à decisão do tratamento**

Cancro da mama e neoplasia maligna da mama são expressões utilizadas para designar a multiplicação desorganizada de células, com capacidade para se disseminar afetando outras estruturas e que tem início nas células mamárias. Sabe-se hoje, que há uma série de fatores que podem contribuir para uma maior predisposição para o desenvolvimento da doença ou que parecem ter uma certa relação com a patologia. Em 2020 a Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO) agrupou estes fatores em 4 grandes áreas: biológicos, comportamentais, sociais e físicos como evidenciado na Figura 2.

Figura 2 – Fatores de risco para o cancro da mama

Biológicos	Comportamentais	Sociais	Físicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade;</li> <li>• Género;</li> <li>• Idade da menarca e menopausa;</li> <li>• Patologia mamária benigna e densidade mamária;</li> <li>• Historial pessoal de cancro da mama;</li> <li>• História familiar de cancro da mama;</li> <li>• Causas genéticas;</li> <li>• Níveis de hormonas esteróides;</li> <li>• Altura;</li> <li>• Obesidade;</li> <li>• Exposição a Vitamina D;</li> <li>• Resistência à insulina;</li> <li>• Microbioma;</li> <li>• Stress e eventos indutores de stress.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paridade;</li> <li>• Idade de nascimento do primeiro filho;</li> <li>• Amamentação;</li> <li>• Contraceção hormonal e terapêutica hormonal de substituição;</li> <li>• Consumo de álcool, tabaco e dietético;</li> <li>• Exercício físico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• País de nascimento;</li> <li>• P o s i ç ã o socioeconómica;</li> <li>• Profissão;</li> <li>• Etnia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiação ionizante;</li> <li>• Compostos químicos.</li> </ul>

Fonte: SPO (2020)

Posto isto, grande parte destes fatores, e talvez aqueles com maior impacto, não são modificáveis e/ou evitáveis. Como em qualquer neoplasia, o diagnóstico tardio encontra-se associado a um pior prognóstico. Neste âmbito vários esforços vão sendo realizados e que culminaram na criação do Programa de Rastreio do Cancro da Mama, implementado pela primeira vez em 1990 pela Administração Regional de Saúde (ARS) Centro e que, atualmente, cobre todo o território nacional. Este consiste na realização de uma mamografia bilateral com dupla leitura, destina-se a mulheres assintomáticas, com idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos (inclusive) e tem periodicidade de 2 anos. De acordo com o resultado do teste primário as mulheres têm um encaminhamento diferente. No caso de ser negativo são informadas para regressar no rastreio seguinte, se for inconclusivo/insatisfatório repetem o exame no mesmo ciclo de rastreio e se o resultado for positivo são referenciadas para consulta de aferição. Nesta consulta serão realizados exames adicionais com o intuito de prover um esclarecimento e será dado o encaminhamento devido de acordo com as situações identificadas nomeadamente:

- Inconclusivo quanto à suspeita de malignidade: as utentes manter-se-ão vigiadas atendendo às consultas de aferição e/ou exames complementares em 6 ou 12 meses;
- Suspeita ou confirmação de lesão maligna: as utentes são referenciadas para o hospital e excluídas do programa de rastreio.

Em 2019, a ARS Norte foi a segunda ARS com maior taxa de adesão (62,3%) antecedida pela ARS Centro. Porém, foi a ARS com um número de casos positivos mais elevado. Apesar de em 2020 a pandemia Covid-19 ter condicionado a operacionalização deste rastreio, a taxa de adesão mantém-se elevada com 62% das mulheres a aderirem ao mesmo (Portugal,2021).

No início, o carcinoma da mama pode ser assintomático e, como tal, difícil de detetar. A Liga Portuguesa contra o Cancro (2022<sup>a</sup>) alerta para uma série de sintomas, nomeadamente:

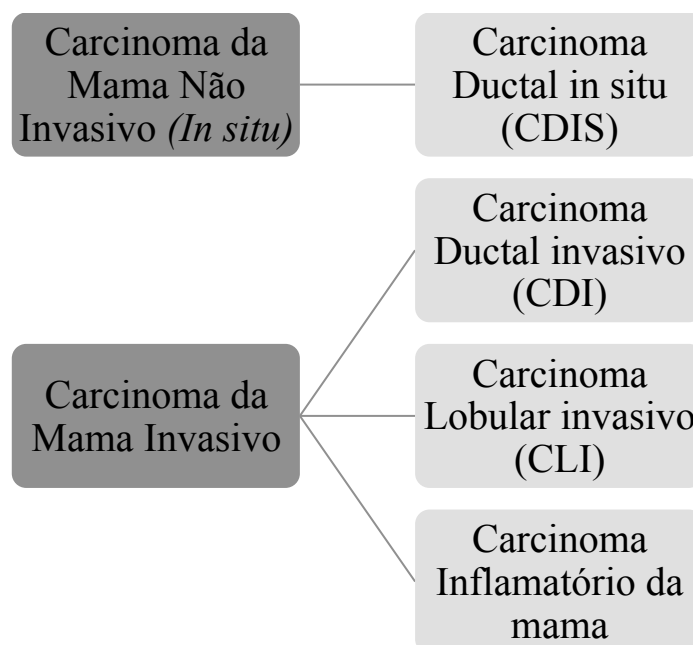
- Qualquer alteração na mama ou no mamilo, quer no aspeto quer na palpação;
- Qualquer nódulo ou espessamento na mama, perto da mama ou na zona da axila;
- Sensibilidade no mamilo;
- Retração do mamilo;
- Pele da mama, aréola ou mamilo com aspeto escamoso, vermelho ou edemaciado. Pele em “casca de laranja”;
- Secreção ou perda de líquido pelo mamilo.

Em qualquer uma destas situações a pessoa deve recorrer ao médico para que possa ser devidamente avaliada. Segundo a *European Society for Medical Oncology* (ESMO) (2022) o diagnóstico de cancro da mama faz-se com base no exame objetivo: palpação bimanual mamária e dos gânglios linfáticos loco-regionais e restante exame físico complementado com as técnicas de imagem, nomeadamente: a mamografia, a ecografia mamária, a Ressonância Magnética (RM) mamária em casos particulares e biópsia para caracterização histomorfológica e perfil molecular da doença.

A classificação do cancro da mama depende de características específicas do tumor, nomeadamente as células que lhe deram origem e a sua capacidade para invadir outras

estruturas. Segundo a *American Cancer Society* (2021), os tipos de cancro mais frequentes são o ductal e o lobular, existindo contudo outros tumores com menor expressão, como os inflamatórios. Se a neoplasia tiver início em células do ducto mamário, diz-se ductal se, por outro lado, se formar a partir de células lóbulares será designado de lobular. De acordo com a capacidade para se disseminar estes podem ainda ser designados de *in situ*, quando as células cancerígenas se encontram limitadas a um local específico, como o ducto, ou invasivo se este tiver capacidade de se disseminar para estruturas adjacentes (Figura 3).

Figura 3 – Classificação do Cancro da Mama segundo a célula de origem e a disseminação do tumor



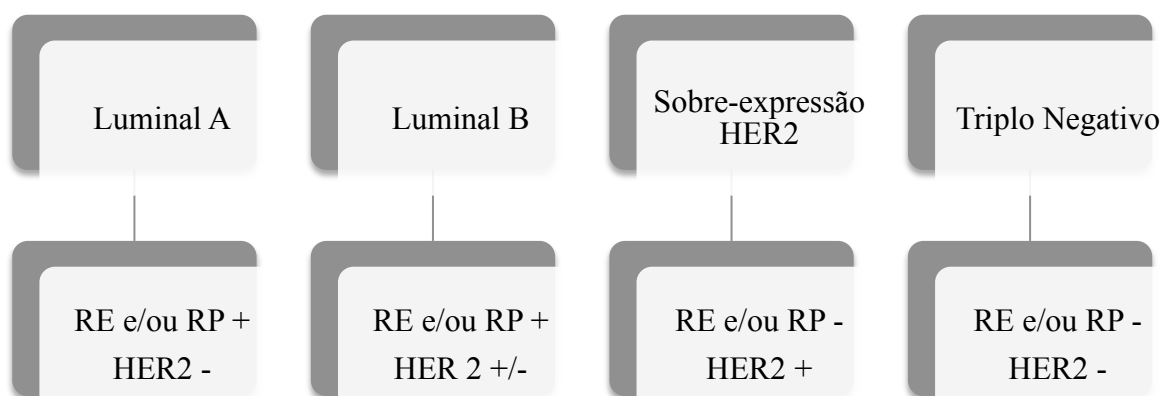
**Fonte:** Adaptado de Merck Sharp & Dhome (2020)

No que diz respeito à classificação histológica do tumor maligno da mama, esta permite-nos aferir informações relativas ao prognóstico da doença através da determinação da expressão dos diferentes recetores hormonais presentes nas células tumorais. Os recetores de estrogénio (RE) assumem papel de destaque estando expressos em 70% dos casos de cancro da mama. Também os recetores de progesterona (RP) são analisados pela sua relação com a atividade dos RE. A determinação da expressão do fator de crescimento epidérmico 2 (HER2) é fulcral para a decisão sobre o tratamento. Este encontra-se em valores mais elevados em cerca de 20% das neoplasias da mama e associa-se a um pior prognóstico (SPO, 2020). Assim, surgem 3 subtipos biológicos de cancro da mama: receptor hormonal positivo / HER2 negativo em que se

encontra sobre-expresso o RE e/ou RP, HER2 positivo com amplificação de HER2, e o triplo negativo (TN) em que não há expressão maior de nenhum dos recetores.

Através da análise histológica do tumor primário, é então possível formular uma classificação que vai além da localização e do poder de disseminação, mas que caracteriza a neoplasia da mama quanto à sua constituição celular (Figura 4)

Figura 4 – Classificação do cancro da mama quanto aos recetores



**Fonte:** Adaptado de Merck Sharp & Dhome (2020)

A neoplasia maligna da mama trata-se então de uma doença singular sendo que cada tumor é quase único. Contudo, na decisão sobre o tratamento a implementar, não só é fundamental conhecer a localização do tumor e as suas características histológicas, é também fundamental perceber o ponto de desenvolvimento da doença identificando as estruturas afetadas ou seja, realizar um estadiamento da doença.

O estadiamento do cancro da mama faz-se segundo o sistema TNM da *American Joint Committee on Cancer* em que “T” corresponde ao tumor primário, “N” diz respeito aos gânglios regionais e “M” refere-se a doença metastática. Na avaliação do tumor primário tem-se em consideração o tamanho e extensão do tumor. Além desta característica pode acrescentar-se a avaliação clínica do tumor primário (cT) a avaliação patológica do tumor primário (pT) e a avaliação do tumor primário após tratamento neoadjuvante (ypT). A avaliação clínica traduz, como o nome indica, as características clínicas do tumor, isto é: a informação traduzida nos exames complementares de

diagnóstico. A avaliação patológica, por sua vez, dá-nos informação sobre as características específicas do tumor: localização, número de tumores existente, avaliação da invasão vascular e imunohistoquímica do tumor. A avaliação após tratamento neoadjuvante diz respeito à resposta aos tratamentos de quimioterapia e a doença residual. Também no que concerne aos gânglios regionais (N) se procede a uma avaliação clínica (cN), patológica (pN) e pós tratamento neoadjuvante (ypN) dos gânglios. A avaliação dos gânglios pressupõe a análise dos gânglios axilares, supraclaviculares e da cadeia mamária interna ipsilateral. A sua análise clínica depende do exame físico, da ecografia e, em casos suspeitos, da biópsia. Esta última é também impreterível para a avaliação patológica sendo que permite determinar a positividade para metástases destes gânglios. A avaliação após tratamento neoadjuvante baseia-se no mesmo princípio da avaliação após tratamento neoadjuvante do tumor primário. A avaliação de doença metastática (M) é realizada em situações mais específicas e consideradas mais graves como tumores de maiores dimensões (igual ou superior a 5cm), gânglios positivos, tumores mais agressivos e sintomatologia associada. Nestes casos são solicitados exames complementares de diagnóstico para auferir a localização das metástases (SPO, 2020).

O estadiamento do carcinoma da mama trata-se de um procedimento complexo que depende de uma multiplicidade de fatores. No quadro seguinte (Quadro 1) encontram-se, de forma sucinta, os diferentes estadios:

*Quadro 1– Classificação dos estadios no cancro da mama*

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

*Fonte:* Adaptado de Shirley E. O. (2000, p. 103)

O estadiamento da doença permite então obter informações acerca das várias características da neoplasia da mama e, por esse mesmo motivo, constitui o principal fator de decisão sobre o tratamento deste tipo de cancro. Contudo, como vimos, outros fatores deverão ser tidos em conta.

## **1.2. Opções de tratamento no cancro da mama**

A seleção do tratamento no cancro da mama deverá ser baseada na sua classificação e no seu estadiamento para melhor dirigir o mesmo tendo em vista os melhores resultados para o doente. Contudo, cada vez mais se torna necessária uma mudança no paradigma e não só tratar a doença, mas sim a pessoa com doença. Assim, para Simões (2014), além de atender aos diferentes recursos disponíveis para o tratamento do tumor, devemos considerar o doente, as suas características pessoais e as suas experiências.

As diferentes formas de tratamento para o cancro da mama têm vindo a evoluir no sentido de tornar as mesmas mais eficazes, dirigidas, com menos riscos para o doente e com menor impacto na qualidade de vida do mesmo. Estes tratamentos podem ser locais, isto é, atuam de forma a destruir o cancro localmente, como a Radioterapia (RT) e a Cirurgia. A quimioterapia (QT), a terapia hormonal (TH) e as terapias dirigidas, por sua vez, constituem-se tratamentos sistémicos pois através da corrente sanguínea chegam às células cancerígenas em qualquer parte do corpo.

Apesar da constante evolução e procura de melhoria destas terapêuticas, a cirurgia continua a ser a opção que traduz maior eficácia no tratamento da neoplasia da mama podendo ser precedida de outro (neoadjuvante) ou ser associados outros tratamentos (adjuvantes).

A RT, como o nome traduz, diz respeito a um tipo de terapia que utiliza radiação para destruir as células malignas. A aplicação desta radiação pode ser externa ou interna através da implantação de sementes radioativas na localização do tumor. Os efeitos secundários deste tipo de tratamento são essencialmente localizados e revertem, normalmente, com o fim do mesmo: inchaço, irritação da pele, perda de cabelo e de forma mais genérica, o cansaço. Se o tratamento for prolongado e dependendo do local de incidência da RT podem ainda surgir efeitos mais sistémicos, no caso particular do cancro da mama: problemas cardíacos ou pulmonares e osteoporose (Portugal, 2023<sup>a</sup>). A RT está indicada como tratamento adjuvante em praticamente todos os estadios com o intuito de prevenir recidivas locais. Pode ainda ser utilizada como tratamento

neoadjuvante no caso de tumores de maiores dimensões (*American Cancer Society*, 2022).

A QT não é mais do que a administração de substâncias químicas capazes de atacar células tumorais. Os agentes químicos identificam as células malignas pela sua capacidade de divisão e multiplicação mais rápida o que pode levar também à afeção de células normais com estas características como as que constituem a medula óssea, os folículos pilosos e o epitélio intestinal. A QT pode ser administrada por várias vias: oral, endovenosa, subcutânea, intramuscular ou intracavitária e a lista dos seus efeitos secundários é extensa. Cada tipo de QT tem associado um conjunto de efeitos secundários contudo, a individualidade da pessoa também determina a presença dos mesmos. Nem todos os efeitos são sentidos por todas as pessoas nem se manifestam da mesma forma. De uma forma geral, a QT pode provocar alterações hematológicas como a anemia, neutropenia e trombocitopenia; alterações da cavidade oral e gastrointestinais: mucosite, náuseas e vômitos, alterações no paladar e no olfato, diarreia, e obstipação; alterações do cabelo pele e unhas como a alopecia, reações e sensibilidade cutâneas, alteração da coloração e fragilidade da unha; alterações neurológicas: neurotoxicidade periférica, alteração da visão e audição; alterações cardíacas, renovesicais e dos órgãos reprodutores (IPO Porto, 2015). Esta terapêutica é amplamente utilizada em tumores triplo negativos, HER2 + e tumores luminal b. É muitas vezes um recurso para diminuir o tamanho do tumor antes do ato cirúrgico (ESMO, 2022).

Quando falamos de TH referimo-nos, à administração de hormonas cujo papel não é mais do que diminuir os níveis de estrogénios quer seja por inibição da sua síntese quer por bloqueio da sua ação ao nível dos RE. A escolha da hormona a ser administrada tem em conta as particularidades imunohistoquímicas do tumor, a condição da pessoa (pré ou pós menopausica, idade) e restantes tratamentos que poderão ser selecionados (Matos, 2015). Este tipo de tratamento está então indicado em doentes com tumores que apresentem RE +.

Com a evolução da medicina foram sendo desenvolvidas terapêuticas cujo objetivo passa essencialmente por travar o crescimento celular desmedido através da atuação em alvos específicos. Segundo Merck Sharp e Dohme (2020), as terapias dirigidas utilizadas no tratamento do cancro da mama são: fármacos anti- HER2, inibidores das cinases dependentes das ciclinas 4/6, inibidores mecanísticos da rapamicina, inibidores



da polimerase-1 e inibidores do fator de crescimento vascular não sendo difícil de perceber que a sua seleção dependerá das características do tumor.

### **1.2.1. Tratamento Cirúrgico**

A história do tratamento, particularmente o cirúrgico, do cancro da mama é longa tendo-se desenvolvido a par da evolução da medicina e do conhecimento científico. Nos seus primórdios, a cirurgia da mama estava associada a uma elevada mortalidade e morbilidade sendo que vários cirurgiões se empenhavam em melhorar este aspeto. William Halsted, em 1882, executa a primeira, hoje designada – mastectomia radical – removendo a totalidade da glândula mamária e o músculo grande peitoral. Apesar da melhoria significativa no que concerne à mortalidade pós cirúrgica, as morbilidades associadas à técnica de Halsted mantinham valores além do admissível. Em 1948, David Patey executa a mastectomia radical modificada (MRM), poupando o músculo grande peitoral, excisando apenas o músculo pequeno peitoral. Os progressos no que diz respeito aos tratamentos adjuvantes, particularmente a RT, a QT e a TH impulsionaram o desenvolvimento de estudos dos quais se destacam os de Veroseni, onde se compararam resultados em doentes submetidas a quadrantectomia e a mastectomia radical; e o de Fisher onde foram comparados resultados, em 1843 doentes, entre a mastectomia radical com ou sem RT e a tumorectomia com ou sem RT. Estes permitiram comprovar que cirurgias mais conservadoras podem ser igualmente eficazes no tratamento do cancro da mama. Por outro lado, com o avanço da mamografia, tornou-se possível diagnosticar lesões infraclínicas passíveis de serem removidas por técnicas mais conservadoras (Mora, 2013).

Além do tratamento cirúrgico do tumor, em doentes com carcinomas invasivos isto é, com maior probabilidade de metastização e com CDIS propostos para mastectomia a biópsia do gânglio sentinela axilar constitui-se como uma técnica diagnóstica fulcral para o estadiamento axilar pelo que é muitas vezes realizada a par da cirurgia principal. O gânglio sentinela corresponde ao primeiro gânglio para o qual é mais provável o tumor primário se disseminar. A biópsia é feita através da identificação do gânglio sentinela com corante vital (azul patente) associada a linfocintigrafia prévia (marcação com radioisótopo) e utilização intra – operatória de gama-câmara. Esta técnica apresenta uma taxa mínima de falsos negativos (cerca de 5%) permitindo aferir a necessidade de remoção dos gânglios axilares – linfadectomia axilar (National Cancer Institute, 2019 e SPO, 2020)

Atualmente, o tratamento cirúrgico do cancro da mama tende a ser poupador dos tecidos e das estruturas adjacentes sendo realizadas cirurgias conservadoras da mama (CCM). A tumorectomia ou lumpectomia é um tipo de CCM onde apenas o tumor é removido sendo as restantes estruturas mantidas. Por sua vez, a quadrantectomia já mais invasiva que a anterior, consiste na excisão do quadrante mamário em que se encontra situada a neoplasia. Não é difícil de perceber que, tratando-se de uma cirurgia menos radical, as complicações pós operatórias e os riscos associados serão menores contudo, nem todas as neoplasias da mama são candidatas a CCM. Segundo a SPO (2020) esta está indicada essencialmente em estadios iniciais (I e II) encontrando-se associada a RT adjuvante. No caso de neoplasias localmente avançadas poderá optar-se por realizar QT neoadjuvante. Anatomicamente, a relação volume da mama – dimensão do tumor é também fator a considerar na decisão relativa ao tipo de cirurgia. Deste modo a CCM está indicada em: cT1 ou T2 (<4cm), N0 ou N1, M0 ou cT2 > 4cm se volume da mama – dimensão do tumor permitir e lesões únicas ou multifocais. Está no entanto contraindicada em tumores cT4 ou < cT4 mas cujo volume mamário – dimensão do tumor não permite CCM, lesões multicêntricas, impossibilidade de realização de RT adjuvante, doentes com risco genético, se a preferência da utente for pela mastectomia.

#### 1.2.1.1. A Mastectomia como um desígnio

Ainda que todos os esforços sejam feitos para evitar este procedimento, tecnicamente mais invasivo, como pudemos perceber em muitas situações este assume-se como o tratamento de eleição.

A mastectomia está indicada em praticamente todos os estadios do cancro da mama sendo que tumores de maiores dimensões, RT prévia e tipos específicos de carcinoma ditam a sua preferência em relação à CCM. Contudo, além de toda a informação clínica e histológica, a opinião da doente tem forte impacto na decisão sobre o tratamento sendo que todas as perspetivas deverão ser reveladas à mesma (*American Cancer Society*, 2023 e ESMO, 2018). A mastectomia está então indicada em: cT4, tumores < cT4 em que a proporção tamanho do tumor/volume da mama não permite CCM, lesões multicêntricas, carcinomas inflamatórios, casos com contraindicação para RT adjuvante, doentes com risco genético e doentes que tenham preferência pela mastectomia (SPO, 2020). Esta técnica cirúrgica não coloca grandes entraves na opção pela mesma, contudo em determinados contextos poderá estar contraindicada, nomeadamente em doentes com metastização à distância, com comorbilidades significativas associadas,

com alto risco de não sobreviver à cirurgia/anestesia, com doença localmente avançada com afeção da pele ou da parede torácica (Goethals & Rose, 2023).

Além das indicações/contraindicações, quando pensamos num procedimento desta dimensão importa também ter presentes complicações que poderão advir da mesma. No seu estudo, Panobianco e Mamede (2002), constataram as seguintes complicações ao fim do terceiro mês pós-operatório: diminuição da amplitude do movimento (64,7%), edema (64,7%), deiscência (47%), dor (41,1%), seroma (41,1%), aderências (41,1%), infeção (23,5%), inflamação no local de inserção do dreno (11,8%) e celulite (5,9%). Por outro lado, as mulheres submetidas a mastectomia, referem alterações relacionadas com a atividade laboral, doméstica e da vida diária, a autoimagem, psicológicas nomeadamente sentimentos de insegurança e incapacidade (Fireman *et al.*, 2018).

Karki *et al.* (2005) num estudo desenvolvido com 96 utentes com cancro da mama submetidas a cirurgia da mama concluíram que as limitações mais frequentes nos primeiros 6 meses pós-operatórios foram: endurecimento da cicatriz na mama e na axila, edema axilar e dor no pescoço e/ou ombro. Na avaliação 1 ano após a cirurgia, verificaram que o endurecimento da cicatriz e o edema axilar diminuíram e a dor no membro superior aumentou significativamente. Foi também possível concluir que muitas destas limitações condicionaram a atividade das utentes nomeadamente na execução das tarefas domésticas, mas também a participação em atividades de lazer e a capacidade para executar a sua atividade laboral.

Segundo um estudo desenvolvido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, o tratamento cirúrgico é utilizado na maior parte das doentes com cancro da mama (91%) sendo que destas, 48% são submetidas a mastectomia (Costa *et al.*, [s.d.]). Foi possível averiguar que 56% das utentes do estudo se sentiram limitadas na sua atividade laboral e nas AVD's, 49% sentiram impacto nas atividades de lazer e 46% sentiram que a dor perturbava as suas AVD's. As atividades evidenciadas como mais incapacitantes foram a realização de esforços intensos, como carregar sacos de compras pesados ou malas (84%) ou percorrer grandes distâncias a pé (64%). O que se encontra alinhado com a perspetiva de Rietman *et al.* (2003) que refere que 72% das mulheres não eram capazes de encerrar um fecho nas costas, 29% tinham dificuldade em levantar peso, 18% não conseguiam apertar o *soutien*, 16% não eram capazes de colocar as mãos sobre a cabeça e um quinto das mulheres referiam dificuldade em vestir-se pela cabeça.

Além das complicações relacionadas com a cirurgia da mama propriamente dita, particularmente da mastectomia, importa também ter presente que em muitas situações estas cirurgias se encontram associadas a linfadenectomias axilares. Bregagnol e Dias (2010) avaliaram 28 mulheres submetidas a cirurgia da mama, maioritariamente MRM, com linfadenectomias axilar e concluíram que no pós operatório imediato se verifica uma diminuição significativa da amplitude de movimento do ombro bilateralmente mantendo-se esta limitação até 30 dias após a realização da cirurgia. Góis *et. al* (2012, p.116) acrescentam ainda que “as mastectomias associadas à linfadenectomia axilar resultam em maior comprometimento na funcionalidade do ombro, principalmente no movimento de abdução”. Para Veiros *et.al* (2007) o linfedema do membro superior deve assumir um papel de destaque nas complicações da mastectomia, quer pela frequência com que ocorre (20%) quer pela gravidade de algumas situações, para as quais a linfadenectomia axilar poderá contribuir.

A amputação de uma mama pela mastectomia é uma experiência traumática para a mulher sendo que muitas vêm diminuídas a sua autoestima e o feminismo (Sukartini e Sari, 2021). Tratando-se de uma cirurgia com grande impacto emocional e na autoestima da mulher, as cirurgias reconstrutivas da mama são hoje propostas a todas as doentes submetidas a mastectomia sendo a técnica reconstrutiva adaptada às características da pessoa. Ainda que nem todas as mulheres sintam, no momento da cirurgia, necessidade de recorrer a estes procedimentos, a maioria das mesmas opta por fazê-lo. No sentido de oferecer à doente o melhor resultado possível foram, ao longo dos anos desenvolvidas uma panóplia de técnicas umas que fazem recurso aos tecidos da própria, outros que utilizam próteses e outras ainda que combinam ambos os métodos (Bastos *et.al* 2021).

O *Deep Inferior Epigastric Perforator Flap* ou DIEP faz uso do tecido cutâneo e adiposo da barriga, não comprometendo os músculos da parede abdominal e é o *gold standard* das técnicas reconstrutivas da mama autólogas, isto é que recorrem a tecidos da própria doente. Porém, outras técnicas existem nomeadamente o *Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous Flap* (TRAM) ou Retalho Transversal do Músculo Reto Abdominal que assenta no mesmo princípio do DIEP isto é, no recurso ao tecidos cutâneo e adiposo abdominais mas que difere do mesmo pela utilização do músculo abdominal, neste caso o reto, para irrigar a nova mama. Este procedimento, como qualquer outro, acarreta possíveis complicações nomeadamente: necrose, hérnias e,

como outras cirurgias, infecções, hematomas e seromas. Neste tipo de reconstrução recomenda-se a não elevação dos membros superiores acima dos 90° na primeira semana pela tensão que provoca nas cicatrizes. Trata-se de uma recuperação mais demorada, cerca de 8 semanas até retomar atividades que exijam maior esforço (Bastos *et.al* 2021).

Além do recurso aos tecidos da própria doente poderá também fazer-se uso das próteses. A expansão e prótese trata-se de uma técnica que comporta dois atos cirúrgicos, um primeiro, que poderá corresponder ao momento da mastectomia, em que é colocado um expansor que será gradualmente preenchido e que tem por objetivo, como o nome indica, a expansão do tecido cutâneo residual para que, posteriormente, no segundo momento cirúrgico, seja substituído por uma prótese de silicone. As complicações possíveis são essencialmente as complicações associadas a qualquer ato cirúrgico. Os cuidados a ter passam por evitar esforços, nomeadamente levantar pesos nas primeiras seis semanas e não dormir de barriga para baixo cumprindo, tal como nos outros procedimentos o uso dos acessórios indicados como o soutien compressivo (Bastos *et.al* 2021).

Por outro lado, em casos muito particulares, poderá também colocar-se a prótese de silicone diretamente, sem recurso a expansor. Este procedimento poderá dizer-se exclusivo das reconstruções imediatas após mastectomia. Esta técnica comporta os mesmos riscos de complicações das restantes técnicas cirúrgicas sendo contudo a incidência das mesmas mais elevadas neste formato. Além das mais vulgarmente mencionadas esta técnica também acarreta um risco de *Rippling* isto é, ao surgimento de rugas na pele da mama e que se relacionam com irregularidades na prótese colocada. A recuperação é semelhante à anterior quando é colocada a prótese contudo mais rápida bastando 3 a 4 semanas (Bastos *et.al* 2021).

A lista de possíveis complicações deste tipo de tratamento para a neoplasia da mama é mais extensa do que gostaríamos. Contudo, se este for, após confrontação entre as vantagens e desvantagens, a resposta para o problema de saúde de um utente, devemos, logo que possível iniciar a nossa intervenção para minimizar ou até mesmo evitar estes efeitos.

### **1.3. O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reabilitação da mulher mastectomizada**

Perante uma problemática bem evidenciada preconiza-se que sejam mobilizados recursos procurando solucionar a mesma. Tratando-se de uma situação que envolve uma multiplicidade de áreas da saúde, várias são as propostas que surgem no sentido de minorar os efeitos nefastos da mesma. Se por um lado, como vimos, se objetiva a realização de procedimentos cada vez menos invasivos e consequentemente com menos complicações, por outro lado importa perceber, no caso de esta representar o melhor tratamento para o doente, o que poderá ser feito para melhorar a qualidade de vida das sobreviventes. Em oncologia, a reabilitação pressupõe não só uma articulação multidisciplinar como também a participação de profissionais na área da reabilitação que estejam providos de conhecimentos relativos à patologia e às morbilidades associadas à própria e aos tratamentos (Oncology Nursing Society, 2017). A Enfermagem de Reabilitação enquanto “área especializada que compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que tem por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e a qualidade de vida restaurando a funcionalidade quanto possível, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 7) tem um papel de destaque neste contexto.

É consensual que a reabilitação na mulher mastectomizada se traduz numa mais valia para estas doentes crónicas. Bregagnol e Dias (2010), puderam comprovar que mulheres submetidas a cirurgia da mama aliada a linfadenectomia axilar que realizaram exercícios no período pós-operatório apresentam menos alterações que as outras utentes que não tiveram esta prática. Por sua vez, Rodrigues e Gomes (2021) desenvolveram uma investigação com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em mulheres sujeitas a esse procedimento, após frequentar um programa de reabilitação, que permitiu também aferir que a realização de exercícios acarreta benefícios no que diz respeito à qualidade de vida das mulheres submetidas a tratamento para o cancro da mama, particularmente no que concerne ao desempenho, perspetiva futura, imagem corporal, aspetos emocionais, cognitivos e sociais, sintomas como: fadiga, dor, insónia, efeitos dos tratamentos sistémicos. Sendim (2017), no seu estudo, conclui que um programa de reabilitação que inclua a mulher, família e o seu contexto é o caminho para ganhos em saúde neste âmbito. Acrescenta ainda que as vertentes psicológica e física não são passíveis de dissociação pelo que é imperativa a articulação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar. Segundo Santos (2013) as utentes valorizam o programa de enfermagem de reabilitação como parte do processo de transição sendo

que destacam a componente do exercício como meio para minorar as limitações evidenciadas. Referem também que o apoio emocional e os ensinamentos foram parte essencial do seu percurso. A autora descreve ainda que das participantes, ainda que todas fossem avaliadas pela especialidade de medicina física e reabilitação, apenas uma foi proposta para fisioterapia, na sequência de um agravamento da funcionalidade resultado do tratamento de RT.

Os benefícios dos programas de reabilitação estão já documentados, porém, a prescrição dos exercícios nem sempre é consensual. Para Mamede (1991) citado por Costa (2011) a postura corporal e os movimentos respiratórios durante a realização dos exercícios, seguidos de relaxamento são fundamentais. O autor defende ainda que a frequência e a intensidade dos mesmos deverá aumentar de forma gradual respeitando aquela que é a tolerância da doente. Geram controvérsia as amplitudes articulares do ombro nos primeiros 15 dias de pós-operatório sendo defendido por uns que não deverão exceder os 90° pelo risco de exteriorização dos drenos, adiamento na remoção dos mesmos e surgimento de seroma, o que não é facto aceite por todos (Otto, 2000). Contudo, Silva *et al.* (2004) conduziram um estudo procurando dar resposta a este dilema e concluíram que a mobilização livre (sem restrição de 90°) da articulação glenoumeral desde o primeiro dia pós-operatório, teve resultados positivos na capacidade funcional do ombro sem aumentar a incidência de seroma ou deiscência. Por outro lado, além da vertente física do programa de reabilitação, é da opinião de vários autores que ensinamentos relativamente aos cuidados pós-operatórios deverão ser parte integrante do mesmo. Os cuidados pós-operatórios diferem de técnica cirúrgica para técnica cirúrgica, mais ainda quando a utente é submetida a algum tipo de reconstrução mamária. Porém, perante a realização de uma linfadenectomia axilar os cuidados são transversais: não elevar pesos acima dos 5kg, posicionar o membro ligeiramente elevado, instituir períodos de repouso para o mesmo, não realizar movimentos repetitivos com o membro durante períodos prolongados (eg. Passar a ferro, varrer) evitar qualquer lesão ou traumatismo do membro homolateral ao procedimento recorrendo a equipamentos de proteção como luvas de jardinagem e dedal para costurar em situações do quotidiano que comportem esse mesmo risco (Otto, 2000 e IPO Porto, 2015<sup>a</sup>).

No que diz respeito ao início da implementação de um programa desta índole, os autores são consensuais concordando que este deverá ser tão precoce quanto possível uma vez que se traduz em ganhos no que concerne à prevenção de complicações e à

mobilidade da articulação glenoumeral. A imobilidade desta articulação parece ser o maior impulsionador de complicações cicatriciais que culminam na limitação da amplitude articular pelo que a instituição precoce de mobilizações do membro superior homolateral se assume como indispensável (Gutiérrez *et.al*, 2007, Petito *et.al*, 2012 e Wilson, 2017).

#### **1.4. Pré-habilitação e Telemedicina conceitos úteis para a Enfermagem de Reabilitação**

Os termos pré-habilitação e telemedicina são na atualidade conceitos com cada vez mais destaque. Contudo, importa perceber que estes conceitos não são tão recentes assim e o que temos verificado é sim uma mudança nas necessidades dos nossos utentes e na realidade que o mundo atravessa.

Segundo Lundberg *et.al* (2019) o conceito de pré-habilitação surgiu na década de 40 quando o exército britânico desenvolveu, com vista a desenvolver as capacidades dos recrutas jovens, um programa de pré-habilitação. De acordo com os mesmos autores, os programas de pré-habilitação têm sido largamente aplicados nas últimas duas décadas sendo alvo de vários estudos de investigação os quais permitiram concluir que a componente da atividade física assume um papel de destaque em todos os programas. Trata-se então de um conceito ambicioso que constitui uma estratégia mais alargada de reabilitação do doente, que só faz sentido com o envolvimento de todos os intervenientes neste processo (Debes *et.al* 2014). Velde *et. al* (2023) são também da opinião que os processos de pré-habilitação constituem uma oportunidade para os utentes participarem ativamente no período peri-operatório. Mais ainda, os autores salientam a tendência atual de tornar estes métodos mais complexos abrangendo diferentes áreas da saúde e desenvolvendo-se em contextos variados (hospital, domicílio, comunidade). Destacam também que a adesão ao mesmo pode ser influenciada pela capacidade, oportunidade e motivação do doente. Particularmente no âmbito da oncologia, a pré-habilitação contempla avaliações e intervenções de reabilitação prévias ao início dos tratamentos permitindo que os doentes se preparem para os tratamentos através da promoção de medidas interdisciplinares procurando maximizar a resiliência ao tratamento e melhorar a saúde a longo prazo. Os efeitos positivos deste continuum da reabilitação podem ser observados em menos de duas semanas (Macmillan Cancer Support *et. al* 2020). Estudos desenvolvidos no âmbito da pré-habilitação em doentes com cancro da mama demonstram que, de uma forma geral,



os resultados funcionais indicam um impacto significativo dos programas de pré-habilitação. O espaço de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento poderá ser usado para introduzir estratégias de autogestão para otimizar a convalescença destes doentes (Scriney *et.al*, 2022, Toohey *et. al*, 2023). Não obstante aos benefícios da implementação de programas de reabilitação que contemplem medidas de pré-habilitação, algumas barreiras se colocam. No cancro da mama o período de tempo entre o diagnóstico e a cirurgia da mama é geralmente curto, o que dificulta a aplicação adequada das intervenções (Knoerl *et.al* 2023).

Tal como a pré-habilitação a telemedicina é um conceito cuja origem é remota mas que ganhou destaque na atualidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2022, p.2) a telemedicina é definida como “a prestação de serviços de saúde onde a distância é um fator crítico, por profissionais de saúde (...)”. A pandemia Covid-19 impulsionou o uso deste tipo de intervenções mas o que é certo é que já em 1879 se publicavam artigos a falar do uso do telefone como estratégia para reduzir idas desnecessárias aos serviços de saúde. Na década de 20, a rádio era utilizada para divulgar conselhos médicos aos navios e é também descrito, em 1925, o diagnóstico de um doente via telefónica (National Academy of Sciences, 2012). Estudos demonstram que, na perspetiva dos profissionais de saúde, particularmente dos médicos, os benefícios da telemedicina estão relacionados com a melhoria no acesso dos utentes aos serviços de saúde e a oportunidade de conhecer o contexto em que os mesmos se inserem. Por outro lado, este grupo profissional aponta como desvantagens o facto de não ser possível um exame físico do doente o que coloca entraves no diagnóstico, mais ainda, o desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz lhes parece poder ser dificultada. Do ponto de vista dos doentes é notória uma preferência pela telemedicina uma vez que acarreta um custo significativamente mais reduzido, permite um acesso mais rápido aos serviços de saúde e evita o transtorno da deslocação. Ainda assim, alguns aspetos são considerados menos positivos, apontando, tal como os médicos para questões como as relações interpessoais e limitações no diagnóstico por falta de exame físico. Acrescentam ainda a sensação de que a atenção do clínico poderá ser menor (Barenboim *et.al*, 2023). Na área da oncologia, particularmente no cancro da mama, os benefícios da telemedicina têm sido investigados. Johnson *et.al* (2021) conduziram um estudo com 203 doentes com diagnóstico de carcinoma da mama o que lhes permitiu concluir que as utentes com esta patologia se encontram satisfeitas com o uso da telemedicina e vêm utilidade nesta estratégia. Durante o estado pandémico a telemedicina foi amplamente utilizada,

Sonagli *et.al* (2020) desenvolveram um estudo de investigação relativo ao acompanhamento, com recurso à telemedicina, dos utentes com cancro da mama durante a pandemia Covid-19. Foi possível aos autores aferir que esta estratégia é viável não só neste contexto pandémico mas também em situações em que a consulta presencial não seja possível. Outros estudos demonstram ainda que em 92,8% da amostra as necessidades das utentes com cancro da mama foram alcançadas sem necessitar de um contacto presencial com as mesmas, e 93% das doentes de áreas de residência mais distantes, não necessitaram de se deslocar para verem resolvidas as suas questões (Yildiz & Oksuzoglu, 2020). Além do acompanhamento deste tipo de doentes, outras áreas da saúde se começam a fazer valer desta estratégia, a reabilitação não é exceção. Ainda que possa parecer um contexto em que a telemedicina é dificilmente aplicada, a verdade é que estudos já comprovam a sua pertinência. Os doentes oncológicos, neste caso com carcinoma da mama, estão mais suscetíveis à infeção. Só por si, esta parece ser já uma justificação para que o doente evite deslocamentos, mais ainda a instituições de saúde onde os agentes infecciosos estão em toda a parte. Numa revisão sistemática da literatura Keikha *et.al* (2022) concluem que esta estratégia poderá ser utilizada na gestão da dor, alimentação, atividade física e qualidade de vida em pacientes desta índole o que abre as portas para a aplicação da telereabilitação no futuro. A evolução das tecnologias, da medicina e das necessidades dos profissionais de saúde e dos doentes têm vindo a ditar que a aplicabilidade dos mesmos se encontra em tendência ascendente. Novas realidades exigem estratégias adequadas e o que consideramos serem medidas inovadoras são, na sua essência, a aplicação de conceitos antigos que adquirem novo sentido na atualidade.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o EEER intervém de forma a promover o diagnóstico precoce e a prevenir incapacidades sendo espectável que faça recurso dos mais recentes avanços e descobertas científicas obtidas através da investigação baseando assim a sua prática na evidência mais recente (Regulamento nº392/2019, 2019).

## **CAPÍTULO II - METODOLOGIA**

Como EEER a prevenção e/ou a redução de complicações e incapacidades são elementos norteadores da nossa prática tendo nascido daí o objetivo geral: identificar os contributos da Enfermagem de Reabilitação na funcionalidade do membro superior homolateral da mulher mastectomizada

Complementando-se com os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as alterações na funcionalidade da mulher mastectomizada, após um programa de enfermagem de reabilitação.
- Identificar alterações nos sintomas: dor, formigueiro, fraqueza, rigidez, sono, sentimento de confiança, da mulher mastectomizada, após um programa de enfermagem de reabilitação.

O estudo teve como finalidade apurar em que medida a Enfermagem de Reabilitação tem influência na prevenção de complicações relativas à função do membro superior homolateral à mastectomia através de um programa que faz recurso de técnicas como a telemedicina para um melhor acompanhamento das doentes.

## **2.1. Tipo de Estudo**

Esta investigação insere-se num paradigma quantitativo e diz respeito a um estudo multicase uma vez que é um método de estudo que investiga um fenómeno corrente mais aprofundadamente no seu contexto em particular quando os limites entre o fenómeno e o contexto não se encontram bem delimitados (Yin, 2018). A abordagem de multicase permite-nos uma compreensão mais aprofundada de todos os casos e de cada caso individual. Segundo o mesmo autor estes podem ser estudos de caso únicos ou estudos de caso múltiplos sendo os últimos considerados mais credíveis e dotados de maior rigor científico. Segundo Yin (2003) citado por Fortin (2009), este tipo de estudo é valorizável precisamente pelas suas características distintas que permitem, entre outros aspetos, uma análise detalhada dos fenómenos estudados.

Trata-se de igual forma de um estudo de tipo exploratório-descritivo visto que, com o mesmo, “pretendemos descrever uma população ou conceptualizar uma situação” (Fortin, 1999, p. 137-138).

Corresponde também a um estudo longitudinal, pois a recolha de dados não foi efetuada num único momento isto é “...começa no presente e acaba no futuro” (Fortin, 2009,

p.252). No nosso estudo foram contemplados dois momentos de colheita de dados, um no pré-operatório e outro 4 semanas após o procedimento cirúrgico.

## **2.2. População e Amostra**

Fortin (2009) vê uma população como um grupo com características comuns. Não sendo possível o acesso a toda a população e de forma a facilitar a investigação, recorre-se à criação de uma amostra que não é mais do que uma porção da população que deverá tanto quanto possível ser representativa da mesma. A seleção da amostra é influenciada pelo objetivo do estudo bem como possíveis entraves no acesso a determinada população. Neste sentido surgem técnicas de amostragem não probabilística por conveniência em que a amostra é obtida de forma acidental através dos indivíduos que vão surgindo e correspondem aos critérios de inclusão.

Optamos assim, pela amostra de conveniência tendo sido definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade compreendida entre os 18 e os 75 anos;
- Ser internada para realização de mastectomia, pela primeira vez;
- Saber ler e não apresentar alterações cognitivas;
- Aceitar participar no estudo.

Em oposição foram formulados os critérios de exclusão:

- Apresentar limitação da funcionalidade do membro superior homolateral à cirurgia, previamente à mesma;
- Não ter acesso a telemóvel, *Tablet* ou computador.

Os critérios de inclusão/exclusão foram aplicados, tendo por base a listagem semanal das cirurgias programadas, de modo a perceber se as utentes eram ou não candidatas a participar no estudo. Correspondendo aos critérios de inclusão, abordei as mesmas de forma a perceber a sua vontade de participar no mesmo.

## **2.3. Operacionalização de variáveis**

Variável para Fortin (2009, p.48) “é um conceito ao qual se pode atribuir uma medida. Corresponde a uma qualidade ou uma característica que são atribuídas a pessoas ou acontecimentos que constituem objeto de uma investigação e às quais é atribuído um

valor numérico”. Estas podem ter designações diferentes de acordo com a sua função no estudo.

No caso desta investigação foram utilizadas variáveis de atributo, dependentes e independentes. As variáveis de atributo correspondem a características pré-existentes da pessoa, nomeadamente as características sociodemográficas.. A variável dependente, como o nome sugere será influenciada pela variável independente, logo a nossa variável independente foi o programa de enfermagem de reabilitação enquanto que as variáveis dependentes foram neste caso a “capacidade para desempenhar atividades relacionadas com a função do membro superior” e os “sintomas relacionados com a função do membro superior”.

#### **2.4. Instrumento de colheita de dados**

Um instrumento de recolha de dados é, segundo Vilelas (2020, p.331), “... qualquer recurso que o investigador pode recorrer para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação.” O método de colheita de dados deverá ter em conta toda a estrutura da investigação desde a questão de investigação, os objetivos e o tipo de estudo. Os estudos do tipo descritivo fazem frequentemente recurso a entrevistas dirigidas ou semidirigidas, às observações, aos questionários e às escalas (Fortin, 2009). Neste estudo optamos pela utilização de um questionário sociodemográfico e clínico (Apêndice 6) e da Escala *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (DASH) (Anexo 1).

O questionário é o instrumento de colheita de dados mais utilizados e pode ser, ou não, preenchido pelo próprio (Fortin, 2009). O questionário aplicado foi um questionário breve, que procurou obter informação relativamente às características sociodemográficas e clínicas da amostra. Era composto por 6 questões, 5 diziam respeito à componente sociodemográfica (idade, estado civil, habilitações literárias, ocupação e profissão) e 1 a aspetos clínicos relacionados com a realização de esvaziamento ganglionar.

A escala utilizada no estudo, por sua vez, corresponde a “...um contínuo de valores ordenados correlativamente que admite um ponto inicial e um ponto final” (Vilelas, 2020, p.375). A DASH foi criada por Pamela Hudak, Peter Amado e Claire Bombarder e validada para a língua portuguesa em 2005 por Joseph dos Santos e Rui Soles Gonçalves em parceria com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da

Universidade de Coimbra e o Instituto Politécnico de Castelo Branco. É um instrumento que procura medir o impacto de determinada condição de saúde na funcionalidade do membro superior bem como o impacto dos cuidados de saúde realizados por problemas a este nível (RIMAS, 2022) e é dirigida a adolescentes, adultos e idosos e aplicável em todas as situações (doença, perturbação ou lesão) que afetem a funcionalidade do membro superior. Trata-se de uma escala de autopreenchimento cujo tempo estimado de preenchimento ronda os 8 minutos. Este método de colheita de dados corresponde a uma escala de Likert sendo as respostas pontuadas de 1 a 5 e classificadas desde nenhuma dificuldade-incapaz, não afetou nada-incapacitou, não limitou nada-incapacitou, nenhuma-extrema, nenhuma dificuldade-tanta dificuldade que não consigo dormir. É constituído por 30 itens: 23 com questões relativas à capacidade para executar determinadas tarefas e 7 com os sintomas apresentados, ambos referentes à última semana. Tem também dois módulos opcionais que dizem respeito à atividade laboral e ao desporto/música. A pontuação é obtida através da seguinte fórmula e varia entre 0 e 100 onde 0 corresponde a máxima funcionalidade e 100 a máxima incapacidade.

$$\left[ \frac{(\text{soma de } n \text{ respostas})}{N} - 1 \right] \times 25$$

onde n é igual ao número de respostas válidas

Se mais de 3 itens (10%) não forem respondidos não será possível obter uma pontuação DASH incapacidades/sintoma. O valor de Alfa de Cronbach ( $\alpha = 0,95$ ) o que nos fez considerar que a consistência interna deste instrumento, nesta amostra, é muito boa.

## 2.5. Descrição do programa “Pré-habilitar na Mastectomia” e procedimento de colheita de dados

O programa “Pré-habilitar na Mastectomia” (Quadro 2) teve como objetivo a pré-habilitação das doentes submetidas a mastectomia no sentido de prevenir as limitações que poderiam advir da cirurgia e que se encontravam bem descritas na literatura. Ainda que, com um eixo comum de intervenção, o programa foi adaptado à condição e às particularidades de cada utente.

Quadro 2– Programa “Pré-habilitar na Mastectomia”

Exercício	Ângulos	Repetições
1ª FASE		
Ensinar/ Instruir posicionamento do membro homolateral em abdução	Até aos 90°	-----

Ensinar/ Instruir flexão/extensão do pescoço	65° / 50°	5
Ensinar/ Instruir lateralização do pescoço para a esquerda e para a direita	40°	5
Ensinar/ Instruir rotação do pescoço para a esquerda e para a direita	55°	5
Ensinar/ Instruir flexão/extensão do cotovelo	150°	5
Ensinar/ Instruir pronação/ supinação do membro superior	90°	5
Ensinar/ Instruir flexão/extensão/desvio radial/desvio cubital do punho	90°/70°/20°/40°	5
Ensinar/ Instruir flexão/extensão/adução/ abdução dos dedos e oponência do polegar	-----	5
<b>2ª FASE</b>		
Treinar posicionamento do membro homolateral em abdução	Até aos 90°	-----
Treinar flexão/extensão do pescoço	65° / 50°	5 *
Treinar lateralização do pescoço para a esquerda e para a direita	40°	5*
Treinar rotação do pescoço para a esquerda e para a direita	55°	5*
Treinar flexão/extensão do cotovelo	150°	5*
Treinar pronação/ supinação do membro superior	90°	5*
Treinar flexão/extensão/desvio radial/desvio cubital do punho	90°/70°/20°/40°	5*
Treinar flexão/extensão/adução/ abdução dos dedos e oponência do polegar	-----	5*
Ensinar/ Instruir/ Treinar flexão/extensão do ombro	Até aos 90°	5*
Ensinar/ Instruir/ Treinar adução/abdução do ombro	Até aos 90°	5*
Ensinar/ Instruir/ Treinar o autocuidado higiene	-----	-----
Ensinar/ Instruir/ Treinar o autocuidado vestir-se	-----	-----
Ensinar sobre adaptação das tarefas domésticas (cozinhar, passar a ferro, aspirar/varrer, estender a roupa)	-----	-----
Ensinar sobre medidas de prevenção do linfedema e infecções do membro superior	-----	-----
<b>3ª FASE</b>		
Ensinar/ Instruir/ Treinar exercício de trepar a parede	180°	**
Ensinar/ Instruir/ Treinar exercício do pêndulo	-60° aos 180°	***
Ensinar/ Instruir/ Treinar exercício da roldana	0 aos 180°	***
Ensinar/ Instruir/ Treinar exercícios com bastão	-----	***
Ensinar/ Instruir/ Treinar prostração/retração dos ombros	-----	5*
Ensinar/ Instruir/ Treinar elevação/depressão dos ombros	-----	5*

**Nota:** \*a aumentar conforme tolerância; \*\*definir alvos; \*\*\* conforme tolerância

A colheita de dados foi realizada entre novembro de 2022 e fevereiro de 2023.



As utentes submetidas a mastectomia eram admitidas no dia prévio à cirurgia sendo que, entre o final da manhã e durante a tarde, se encontravam ausentes para realização de linfocintigrafia noutra instituição. Previamente à admissão, após consulta da listagem das cirurgias programadas, foram identificadas as doentes que correspondiam aos critérios de inclusão no estudo. Assim, à chegada ao serviço, ao final da tarde, quando instaladas nas suas enfermarias, foram abordadas estas mesmas doentes no sentido de aferir o seu interesse em participar no estudo. Neste momento foi-lhes explicada a pertinência e os objetivos do mesmo e os seus direitos enquanto participantes sendo-lhes esclarecida qualquer questão. A quem aceitou participar no estudo, foi-lhes entregue para assinar a Declaração de Consentimento Informado (Apêndice 7).

As doentes forneceram dados necessários para o preenchimento do questionário sociodemográfico sendo a componente clínica do mesmo respondida à posteriori mediante o procedimento cirúrgico realizado. Também nesse primeiro contacto foi dada a preencher a escala DASH, e foi dado início ao programa de enfermagem de reabilitação (Quadro 2) ensinados, instruídos e treinados os exercícios contemplados na 1ª Fase do mesmo: exercícios estes a serem realizados desde esse momento. Foram definidas 5 repetições de cada exercício, não havendo ainda bibliografia relativamente a este aspeto. Foi-lhes explicada a importância de ter dor controlada não sendo objetivo do programa agravar a mesma.

No dia da cirurgia foram reforçados os ensinamentos realizados no dia anterior e esclarecidas questões, que pudessem estar menos claras por parte das senhoras.

No 1º dia pós-operatório foi-lhes entregue o folheto informativo, ensinados cuidados pós-operatórios específicos mediante o ato cirúrgico bem como estratégias adaptativas das AVD's, ensinados, instruídos e treinados os exercícios da 2ª fase, a acrescer aos previamente instituídos (mínimo 5 repetições de cada exercício a progredir conforme tolerância). Foram também ensinados os exercícios que contemplam a 3ª fase do programa de enfermagem de reabilitação, que implementaram posteriormente mediante a minha indicação. Nesse momento foram agendadas as videoconsultas de acompanhamento via aplicação *Whatsapp*: 1 consulta semanal durante 4 semanas. Como preparação das consultas li os registos da consulta externa de enfermagem de patologia mamária procurando também perceber o ponto de situação da cicatrização da ferida cirúrgica e, em caso de dúvida, recorri às colegas pessoalmente. De modo a efetuar um registo detalhado dos progressos de cada doente e de possíveis

intercorrências durante a implementação do programa foi criada uma grelha de avaliação da execução do programa de enfermagem de reabilitação (Apêndice 8) onde discriminei, além do nº de repetições de cada exercício, algumas observações e anotações.

Houve uma evolução favorável do processo de cicatrização e após remoção dos drenos, foram reforçados os ensinamentos, instruídos e treinados os exercícios que constituíam a última fase do programa de reabilitação. Estes exercícios foram adaptados ao contexto de cada utente sendo que, na ausência de uma roldana e/ou bastão foram utilizados utensílios do dia a dia como o cabo de vassoura, toalha e cinto. Nestes exercícios o objetivo foi aumentar a amplitude articular da articulação glenoumeral, para tal a doente teve de atingir, progressivamente e sem provocar dor e/ou sensação de estiramento, amplitudes mais elevadas.

Na última videoconsulta foi solicitado à participante que voltasse a preencher a escala DASH. Para registo, e sem carácter obrigatório, foi também pedido que dessem o seu testemunho. Ficamos muito satisfeitas com a disponibilidade de algumas utentes para dar o seu testemunho relativamente à sua experiência.

## **2.6. Tratamento de dados**

Para organizar e posteriormente proceder ao tratamento estatístico dos dados foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 29. O tratamento efetivo dos dados foi efetuado tendo em conta o tipo de estudo e os objetivos do mesmo.

Tratando-se de um estudo de casos múltiplos, quantitativo, optou-se por utilizar medidas de estatística descritiva. Segundo Vilelas (2020, p.399) a estatística descritiva corresponde ao “conjunto das técnicas e das regras que resumem a informação recolhida de uma amostra ou de uma população, sem distorção nem perda de informação. Para Fortin (2009, p.410), independentemente do tipo de estudo, “utiliza-se sempre a estatística descritiva para descrever as características da amostra...” fazendo recurso das distribuições de frequências, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão.

Olhando para as variáveis presentes no estudo foram determinadas a frequência absoluta, a frequência relativa, a média e o desvio padrão.

## **2.7. Procedimentos Éticos**

A investigação constitui-se um recurso indispensável para a evolução científica e da profissão. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006, p.1) são a “Investigação Clínica, Aplicada e a Investigação/Ação aquelas que melhor contribuem para dar uma consistência científica...”. Ao longo de todo o processo de investigação o enfermeiro não poderá, como em toda a sua prática, esquecer a ética e a deontologia que norteiam a profissão. Nunes (2013) no seu trabalho, além de destacar o código deontológico e os princípios éticos nele contemplados aborda as diretrizes emanadas pelo *International Council of Nurses*, atualizado em 2003, em que se descrevem seis princípios éticos a beneficência, a avaliação da maleficência, a fidelidade, a justiça, a veracidade e a confidencialidade. Estes vão de encontro aos direitos dos participantes no estudo: direito de conhecimento pleno, de autodeterminação, à intimidade e ao anonimato.

Deste modo, na implementação desta investigação foram considerados todas estas particularidades. Em primeiro lugar o projeto de investigação foi submetido a avaliação pela Comissão de Ética em Saúde da instituição recebendo parecer favorável (Parecer nº63/2022) (Anexo 2), sem qualquer entrave à execução do mesmo. As participantes foram devidamente informadas e esclarecidas relativamente aos objetivos e metodologia do trabalho de investigação ficando evidenciada a possibilidade de desistir a qualquer momento sendo essa a vontade da própria. Os dados pessoais das utentes foram mantidos em sigilo apenas sendo do conhecimento da investigadora principal e orientadoras. A informação obtida será utilizada única e exclusivamente para fins académicos.

**CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS  
RESULTADOS**

No presente capítulo apresentamos, analisamos e discutimos os resultados obtidos através da investigação realizada e posteriormente tiramos as principais conclusões. Tratando-se de um estudo quantitativo, descritivo os resultados foram apresentados sob a forma de quadros.

### 3.1. Características sociodemográficas e clínicas

Como podemos observar na Tabela 1 a amostra é constituída por 8 pessoas (n=8) do sexo feminino selecionadas a partir dos critérios de inclusão definidos previamente.

Na mesma tabela podemos aferir as características sociodemográficas e clínicas da amostra. A média de idades é de  $49,6 \pm 9,5$  em que a idade mais baixa é

35 anos e a mais alta é 64 anos. No que concerne ao estado civil a maioria da amostra (62,5%) é casada, duas mulheres são solteiras (25%) e uma é divorciada (12,5%). Quanto às habilitações literárias podemos observar que o ensino superior é o mais frequente (37,5%) seguido do 3º ciclo (9º ano) (25%) as restantes, 1º ciclo (4ª classe), ensino secundário e curso profissional estão menos expressas (12,5%). A maioria das mulheres que constitui a amostra estão empregadas (87,5%) e têm variadas profissões sendo a única que é comum a mais do que uma participante a profissão de professora (25%). No que diz respeito à realização ou não de linfadenectomia podemos observar que apenas 37,5% da amostra realizaram este procedimento.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas

Idade (N=8)		49,6 ± 9,5
	ni	fñ (%)
<b>Estado Civil (N=8)</b>		
Casada	5	62,5
Solteira	2	25,0
Divorciada	1	12,5
<b>Habilitações Literárias (N=8)</b>		
1º Ciclo (4ª classe)	1	12,5
3º Ciclo (9º ano)	2	25,0
Ensino Secundário	1	12,5
Curso Profissional	1	12,5
Ensino Superior	3	37,5
<b>Ocupação (N=8)</b>		
Empregada	7	87,5
Desempregada	1	12,5
<b>Profissão (N=8)</b>		
Auxiliar da ação médica	1	12,5

Operária de confeção	1	12,5
Escriturária	1	12,5
Farmacêutica	1	12,5
Empregada em pousada	1	12,5
Professora	2	25,0
<b>Realização de Linfadenectomia Axilar (N=8)</b>		
Realizou	3	37,5
Não Realizou	5	62,5

A média de idades ( $49,6 \pm 9,5$ ) encontra-se de acordo com o que encontramos na literatura. Segundo a SPO (2020) apesar de na Europa a incidência de cancro da mama em idade mais jovens (<45 anos) ter vindo a aumentar, apenas um quarto destes ocorrem antes dos 50 anos. Por outro lado Costa *et al*, ([s.d.]). apresentam resultados especificamente em relação à mastectomia e demonstram que esta é mais frequente em idades inferiores a 60 anos, tal como a presente amostra.

O Instituto Nacional de Estatística (INE), no seu documento “Censos 2021 resultados definitivos – Portugal” (Portugal, 2022) apresenta que 40,3% das mulheres são solteiras, 39,1% são casadas, 8,9% são divorciadas e 11,7% são viúvas. O que não se verificou na nossa amostra uma vez que a maioria (62,5%) são casadas, 25% são solteiras e 12,5% são divorciadas. Este último valor poderá estar relacionado com o facto de o divórcio estar mais representado em mulheres que rondam os 50 anos.

De acordo com a mesma fonte (Portugal, 2022) nas mulheres com 15 ou mais anos com nível de escolaridade completo, verifica-se uma maior representatividade no ensino básico (46,9%) seguido do ensino secundário e pós-secundário (23,5%) e do ensino superior (22,4%). Na nossa amostra percebemos que 12,5% não apresenta nível de escolaridade completo sendo que esta corresponde à participante mais velha (64 anos). Por outro lado, o ensino superior (37,5%) ultrapassa o ensino secundário (25%) e o ensino básico (25%) o que poderá estar relacionado com o facto de a nossa amostra não ser constituída por mulheres com idade inferior a 18 anos.

Na nossa amostra a maioria das mulheres encontram-se empregadas (87,5%) sendo que apenas uma participante se encontra desempregada. Segundo os Censos 2021 (Portugal, 2022) o grupo etário dos 45-49 anos nas mulheres é o que apresenta maior número de empregados, o que vai de encontro à média de idades da nossa amostra ( $49,6 \pm 9,5$ ).

No que diz respeito à profissão a mais evidenciada na nossa amostra foram os professores (25%) o que vai de encontro ao que observamos nos censos de 2021

(Portugal, 2022) uma vez que a educação corresponde à área mais escolhida (84,4%) pelas mulheres para estudo no ensino superior. Segundo a mesma fonte, o grupo dos especialistas das atividades intelectuais e científicas, onde se inserem os professores, é também uma das áreas em que se verifica um maior número de mulheres empregadas (59,7%).

Relativamente à realização de linfadenectomia axilar os dados obtidos no estudo estão em consenso com o que observamos na literatura sendo que a tendência atual é de realizar este procedimento cada vez menos (apenas 3, 37,5%, das utentes realizaram) sendo as suas indicações mais restritas também (SPO, 2020). A percentagem de mulheres que realizaram linfadenectomia axilar deverá estar relacionado com o estadio da doença, sendo que estádios mais elevados estão mais associados a este procedimento (Rego *et. al*, 2022).

### **3.2. Evolução das atividades relacionadas com a função do membro superior - DASH**

Na Tabela 2 estão evidenciadas as respostas à componente das capacidades para desempenhar atividades contemplada na escala DASH, nos dois momentos distintos de aplicação da escala. Podemos contemplar que, numa primeira avaliação, algumas atividades não representaram nenhuma dificuldade para as participantes, são elas: escrever, rodar uma chave na fechadura, preparar uma refeição, carregar um saco de compras ou uma pasta, lavar a cabeça ou secar o cabelo, vestir uma camisola, usar uma faca para cortar alimentos, atividades de lazer que requerem pouco esforço, utilizar meios de transporte e atividades sexuais. Contudo, na segunda aplicação da escala verificamos uma clara diminuição das capacidades. No que concerne ao escrever e rodar uma chave na fechadura no segundo momento 87,5% das participantes refere manter nenhuma dificuldade em executar a tarefa restando 12,5% da amostra que consideram ter muita ou alguma dificuldade nas atividades respetivas. A capacidade para preparar uma refeição, vestir uma camisola, atividades de lazer que requerem pouco esforço e utilizar meios de transporte para se deslocar sofreu também um evidente agravamento sendo que na segunda avaliação apenas 62,5% referem não ter dificuldade e 25% da amostra refere ser incapaz de desempenhar as duas últimas atividades. Carregar um saco de compras ou uma pasta tornou-se algo difícil ou impossível para 25% e 12,5% da amostra, respetivamente. Sendo que 62,5% refere pouca ou nenhuma dificuldade em desempenhar a tarefa. No que concerne a lavar a cabeça ou secar o cabelo, 12,5% das

participantes refere alguma dificuldade. No caso de usar uma faca para cortar alimentos as respostas concentram-se em nenhuma dificuldade (62,5%) e alguma dificuldade (37,5%). As atividades sexuais sofreram também um aumento na incapacidade sendo que apenas 50% da amostra refere não ter qualquer dificuldade e 25% diz ser incapaz. Quanto à capacidade para abrir e empurrar uma porta pesada é possível verificar que, na primeira avaliação, 100% das respostas se aglomeram nos níveis nenhuma dificuldade (62,5%), pouca dificuldade (12,5%) e alguma dificuldade (25%). No segundo momento de avaliação percebemos um aumento nas respostas pouca dificuldade (25%) e uma participante refere ser incapaz (12,5%). Relativamente à capacidade para colocar um objeto numa prateleira acima da cabeça 75% da amostra refere não ter qualquer dificuldade previamente à cirurgia, o que não se verifica posteriormente em que 62,5% das participantes apresente pouca ou alguma dificuldade na execução da mesma. A capacidade para realizar tarefas domésticas pesadas sofreu também um decréscimo sendo que inicialmente 62,5% não apresentava qualquer dificuldade e no fim apenas 25% selecionaram essa opção sendo inclusive uma pessoa (12,5%) incapaz de o fazer. Fazer a cama não representava qualquer dificuldade para a maioria da amostra (87,5%) previamente à cirurgia, posteriormente observamos que 62,5% referem algum tipo de dificuldade na execução desta atividade. Carregar um objeto pesado foi uma das atividades que sofreu maior impacto com a realização da cirurgia sendo que inicialmente 87,5% das participantes não tinham nenhuma dificuldade e no segundo momento de avaliação 25% referem ser incapazes e 75% apresenta algum nível de dificuldade. Para 75% da amostra, antes da mastectomia, trocar uma lâmpada acima da cabeça não apresentava nenhuma dificuldade, no segundo momento de aplicação da escala DASH apenas 37,5% mantiveram esta avaliação e 12,5% referem ser incapazes. Lavar as costas foi desde o início a atividade em que uma menor percentagem da amostra referiu não ter dificuldade, apenas 50%, sendo que na avaliação final este valor ainda se viu reduzido a 37,5 com 50 % referindo pouca ou alguma dificuldade e 12,5 ser incapaz. Atividades de lazer que exijam alguma força ou provoquem algum impacto no braço, ombro ou mão e atividades de lazer, nas quais se movimento o braço livremente, na primeira avaliação não correspondiam a qualquer dificuldade para as participantes 62,5% e 75% respetivamente contudo, na avaliação final percebemos que ambas se tornaram impossíveis para 37,5% das mulheres. Quando questionadas em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão afetou as suas atividades sociais habituais com a família, os amigos, os vizinhos ou outras pessoas, na



avaliação inicial 100% das mulheres responderam que não afetou nada. Na avaliação final este valor passa para 50% sendo que as restantes respostas se condensaram nos níveis afetou pouco (37,5%) e afetou (12,5%). Por sua vez, relativamente à questão em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão, o limitou no trabalho ou noutras atividades diárias no primeiro momento de avaliação a maioria (87,5%) refere que não limitou nada e as restantes (12,5%) dizem que limitou pouco. Na avaliação final apenas 25% refere não ter limitado nada sendo que 75% refere que limitou de alguma forma.

*Tabela 2 – Evolução capacidade para executar atividades relacionadas com a função do membro superior - DASH*

	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
	ni	fi(%)	ni	fi(%)
<b>Abrir um frasco novo ou com tampa bem fechada (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	5	62,5	2	25,0
Pouca dificuldade	2	25,0	2	25,0
Alguma dificuldade	1	12,5	4	50,0
Muita dificuldade	0	0,0	0	0,0
Incapaz	0	0,0	0	0,0
<b>Escrever (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	8	100	7	87,5
Pouca dificuldade	0	0,0	0	0,0
Alguma dificuldade	0	0,0	0	0,0
Muita dificuldade	0	0,0	1	12,5
Incapaz	0	0,0	0	0,0
<b>Rodar uma chave na fechadura (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	8	100	7	87,5
Pouca dificuldade	0	0,0	0	0
Alguma dificuldade	0	0,0	1	12,5
Muita dificuldade	0	0,0	0	0,0
Incapaz	0	0,0	0	0,0
<b>Preparar uma refeição (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	8	100	5	62,5
Pouca dificuldade	0	0,0	1	12,5
Alguma dificuldade	0	0,0	2	25,0
Muita dificuldade	0	0,0	0	0,0
Incapaz	0	0,0	0	0,0
<b>Abrir e empurrar uma porta pesada (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	5	62,5	3	37,5
Pouca dificuldade	1	12,5	2	25,0
Alguma dificuldade	2	25,0	2	25,0
Muita dificuldade	0	0,0	0	0,0
Incapaz	0	0,0	1	12,5
<b>Colocar um objeto numa prateleira acima da cabeça (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	6	75,0	3	37,5
Pouca dificuldade	1	12,5	4	50,0

Alguma dificuldade	1	12,5	1	12,5
Muita dificuldade	0	0,0	0	0,0
Incapaz	0	0,0	0	0,0
<b>Realizar tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão) (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	5	62,5	2	25,0
Pouca dificuldade	2	25,0	3	37,5
Alguma dificuldade	1	12,5	2	25,0
Muita dificuldade	0	0,0	0	0,0
Incapaz	0	0,0	1	12,5
<b>Fazer jardinagem ou trabalhar no quintal (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	5	62,5	2	25,0
Pouca dificuldade	2	25,0	2	25,0
Alguma dificuldade	1	12,5	1	12,5
Muita dificuldade	0	0,0	1	12,5
Incapaz	0	0,0	2	25,0
<b>Fazer a cama (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	7	87,5	3	37,5
Pouca dificuldade	0	0,0	4	50,0
Alguma dificuldade	1	12,5	0	0,0
Muita dificuldade	0	0,0	1	12,5
Incapaz	0	0,0	0	0,0
<b>Carregar um saco de compras ou uma pasta (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	8	100	3	37,5
Pouca dificuldade	0	0,0	2	25,0
Alguma dificuldade	0	0,0	2	25,0
Muita dificuldade	0	0,0	0	0,0
Incapaz	0	0,0	1	12,5
<b>Carregar um objeto pesado (mais de 5kg) (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	7	87,5	0	0,0
Pouca dificuldade	0	0,0	3	37,5
Alguma dificuldade	1	12,5	2	25,0
Muita dificuldade	0	0,0	1	12,5
Incapaz	0	0,0	2	25,0
<b>Trocar uma lâmpada acima da cabeça (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	6	75,0	3	37,5
Pouca dificuldade	1	12,5	3	37,5
Alguma dificuldade	1	12,5	1	12,5
Muita dificuldade	0	0,0	0	0,0
Incapaz	0	0,0	1	12,5
<b>Lavar a cabeça ou secar o cabelo (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	8	100	6	75,0
Pouca dificuldade	0	0,0	1	12,5
Alguma dificuldade	0	0,0	1	12,5
Muita dificuldade	0	0,0	0	0,0
Incapaz	0	0,0	0	0,0
<b>Lavar as costas (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	4	50,0	3	37,5
Pouca dificuldade	4	50,0	2	25,0
Alguma dificuldade	0	0,0	2	25,0
Muita dificuldade	0	0,0	0	0,0

Incapaz	0	0,0	1	12,5
<b>Vestir uma camisola (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	8	100	5	62,5
Pouca dificuldade	0	0,0	2	25,0
Alguma dificuldade	0	0,0	1	12,5
Muita dificuldade	0	0,0	0	0,0
Incapaz	0	0,0	0	0,0
<b>Usar uma faca para cortar alimentos (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	8	100	5	62,5
Pouca dificuldade	0	0,0	0	0,0
Alguma dificuldade	0	0,0	3	37,5
Muita dificuldade	0	0,0	0	0,0
Incapaz	0	0,0	0	0,0
<b>Atividades de lazer que requerem pouco esforço (por exemplo: jogar às cartas fazer tricô, etc.) (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	8	100	5	62,5
Pouca dificuldade	0	0,0	1	12,5
Alguma dificuldade	0	0,0	0	0,0
Muita dificuldade	0	0,0	0	0,0
Incapaz	0	0,0	2	25,0
<b>Atividades de lazer que exijam alguma força ou provoquem algum impacto no braço, ombro ou mão (por exemplo: golfe, martelar, ténis, etc.) (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	5	62,5	0	0,0
Pouca dificuldade	1	12,5	1	12,5
Alguma dificuldade	2	25,0	3	37,5
Muita dificuldade	0	0,0	1	12,5
Incapaz	0	0,0	3	37,5
<b>Atividades de lazer , nas quais movimentamos o braço livremente (por exemplo: jogar ao disco, jogar badminton, etc.) (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	6	75,0	0	0,0
Pouca dificuldade	1	12,5	2	25,0
Alguma dificuldade	1	12,5	2	25,0
Muita dificuldade	0	0,0	1	12,5
Incapaz	0	0,0	3	37,5
<b>Utilizar meios de transporte para se deslocar (de um lugar para o outro) (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	8	100	5	62,5
Pouca dificuldade	0	0,0	1	12,5
Alguma dificuldade	0	0,0	0	0,0
Muita dificuldade	0	0,0	0	0,0
Incapaz	0	0,0	2	25,0
<b>Atividades sexuais (N=8)</b>				
Nenhuma dificuldade	8	100	4	50,0
Pouca dificuldade	0	0,0	2	25,0
Alguma dificuldade	0	0,0	0	0,0
Muita dificuldade	0	0,0	0	0,0
Incapaz	0	0,0	2	25,0
<b>Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão, afetou as suas atividades sociais habituais com a família, os amigos, os vizinhos ou outras pessoas? (N=8)</b>				
Não afetou nada	8	100	4	50,0

Afetou pouco	0	0,0	3	37,5
Afetou	0	0,0	1	12,5
Afetou muito	0	0,0	0	0,0
Incapacitou	0	0,0	0	0,0
Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão, o limitou no trabalho ou noutras atividades diárias? (N=8)				
Não limitou nada	7	87,5	2	25,0
Limitou pouco	1	12,5	3	37,5
Limitou	0	0,0	2	25,0
Limitou muito	0	0,0	1	12,5
Incapacitou	0	0,0	0	0,0

De uma forma global, percebe-se um aumento na dificuldade para desempenhar estas atividades, do primeiro para o segundo momento de avaliação, o que vai de encontro ao descrito por vários autores que nos dizem que a cirurgia da mama em geral, e a mastectomia em particular, se acompanham de um determinado grau de limitação para as atividades. Silva *et. al* citado por Bregagnol e Dias (2010) afirmam que em 73% das mulheres, a amplitude de movimento da articulação glenoumeral do lado homolateral à cirurgia se encontra comprometida e que, uma limitação acima dos 30° quer na flexão, quer na abdução desta articulação inviabiliza a realização de tarefas diárias básicas como: pentear os cabelos e apertar o soutien. Costa *et al*, ([s.d.]) afirmam ainda que o cancro da mama é impactante para a qualidade de vida das doentes e famílias e que é responsável por limitações nas atividades laborais e pessoais.

Em atividades como: escrever, rodar uma chave na fechadura, preparar uma refeição, vestir uma camisola, atividades de lazer que requerem pouco esforço, usar uma faca para cortar alimentos, lavar a cabeça ou secar o cabelo e utilizar meios de transporte para se deslocar, apesar de uma evidente diminuição da capacidade para desempenhar as mesmas, a maioria da amostra continua a não ter qualquer dificuldade nestes aspetos. Este agravamento poderá mais uma vez estar relacionado com o facto de se verificar um compromisso da amplitude de movimentos da articulação glenoumeral pela restrição de movimentos imposta pela cirurgia (Bregagnol & Dias, 2010).

Costa *et al*, ([s.d.]) conseguiram apurar no seu estudo do cancro da mama em Portugal, que a atividade considerada mais incapacitante para 84% das mulheres foi “carregar sacos pesados ou malas”. A indicação para não elevar pesos acima dos 5kg é consensual entre vários autores principalmente nos casos de linfadectomia axilar e reconstrução mamária (Otto, 2000; IPO Porto, 2015<sup>a</sup> & Bastos *et. al*, 2021). Por esse motivo, não é estranho que carregar um saco de compras ou pasta e carregar um objeto pesado (> 5kg)

se tenha tornado difícil ou impossível para as mulheres da nossa amostra. Ainda assim, não representou a atividade em que se sentiram mais incapacitadas. Também empurrar uma porta pesada se tornou mais difícil para as participantes deste estudo o que poderá justificar-se com o facto de ser também uma contra-indicação.

A atividade sexual sofreu impacto com a cirurgia sendo que um quarto da amostra se considera incapacitada para a mesma. Apesar de não apurarmos se as participantes realizaram ou não esta atividade, Costa *et al.*, ([s.d.]) diz-nos que 70% das doentes com cancro da mama não mantêm a atividade sexual o que também verificamos no nosso estudo. Por outro lado, Sukartini e Sari (2021), no seu estudo concluíram que a sexualidade se assumiu como foco de preocupação para as mulheres mastectomizadas uma vez que estas consideram que os maridos poderão não as perceberem como ideais.

Para Panobianco e Mamede (2002) a diminuição da amplitude do movimento apresentou-se como a complicação pós-operatória mais frequente, ao fim do terceiro mês pós-operatório. Rietman *et al.* (2003) concluíram também que 16% das mulheres não eram capazes de colocar as mãos sobre a cabeça. Esta complicação, como vimos torna-se limitadora numa série de atividades. Na nossa amostra, 50% das participantes referem algum tipo de dificuldade em trocar uma lâmpada acima da cabeça, o que poderá estar relacionado com alguma limitação na amplitude do movimento da articulação glenoumeral, ainda assim uma percentagem significativa (37,5%) não tem qualquer dificuldade e apenas uma participante é incapaz de o fazer. Também na capacidade para colocar um objeto numa prateleira acima da cabeça se verificou uma diminuição porém, nenhuma participante sentiu muita dificuldade ou incapacidade para a mesma o que poderá ser devido à implementação do programa de enfermagem de reabilitação.

Rietman *et al.* (2003) evidenciaram que 72% das mulheres não eram capazes de apertar um fecho nas costas e 18% não conseguiam apertar o *soutien*. A amplitude do movimento necessária para executar estas atividades é também imperativa para lavar as costas. Assim, encontramos sentido nos dados obtidos na nossa amostra relativamente a esta atividade em que 62,5% apresentam alguma dificuldade ou incapacidade em executar a mesma.

Karki *et al.* (2005) e Fireman *et al.* (2018) concluíram que as limitações decorrentes da mastectomia condicionam a capacidade para desempenhar tarefas domésticas. O que se verificou também na nossa amostra com a capacidade para realizar tarefas domésticas

pesadas, fazer a cama e fazer jardinagem e tratar do quintal a diminuírem do primeiro para o segundo momento de avaliação.

Atividades de lazer que exijam alguma força ou provoquem algum impacto no braço, ombro ou mão e atividade de lazer, nas quais se movimentam o braço livremente, foram consideradas pelas nossas participantes como aquelas para as quais estavam mais incapacitadas. Este facto poderá estar relacionado, mais uma vez, com os cuidados e restrições pós operatórios aconselhados às doentes, nomeadamente: evitar qualquer lesão ou traumatismo do membro homolateral e não realizar movimentos bruscos com o mesmo (Otto, 2000)

O estudo desenvolvido por Costa *et al*, ([s.d.]) conclui que 56% das mulheres submetidas a cirurgia da mama sentiram limitação na sua atividade laboral e nas AVD's. No nosso estudo, apesar de se verificar uma diferença significativa entre o primeiro e o segundo momento de aplicação da escala DASH, a maioria das participantes (62,5%) sentiram-se pouco ou nada limitadas neste âmbito e apenas 37,5% consideram que limitou ou limitou muito. Noutra avaliação, os mesmos autores verificaram que 49% das participantes do seu estudo sentiram impacto nas atividades de lazer. No presente estudo porém, o que apuramos foi que apenas uma participante (12,5%) se sentiu verdadeiramente afetada nesta vertente considerando as restantes 87,5% que pouco ou nada foram afetadas. Estes resultados positivos poderão estar relacionados com a realização do programa de enfermagem de reabilitação desenvolvido.

### **3.3. Evolução dos sintomas relacionados com a função do membro superior - DASH**

No que concerne à componente dos sintomas, avaliados pela escala DASH, podemos ver que os resultados apresentados na Tabela 3 nos mostram que relativamente à dor no braço, ombro ou mão podemos constatar que inicialmente 75% das participantes não tinha qualquer dor e 25% refere ter alguma dor. Na segunda avaliação ainda que a classificação mais negativa continue a ser alguma o número de participantes a atribuir a mesma aumenta para 37,5% e 62,5% refere ter pouca ou nenhuma dor. Quando avaliamos a dor no ombro, braço ou mão ao executar uma atividade específica, na primeira avaliação 75% refere não ter nenhuma sendo que 12,5% assume ter pouca e 12,5% alguma dor. No segundo momento de avaliação vemos estas percentagem

aumentar para 25% sofrendo a classificação nenhuma uma descida para os 50%. No que diz respeito à sensação de dormência no braço, ombro ou mão vemos uma melhoria dos resultados sendo que na avaliação inicial 62,5% das participantes referem não apresentar, 12,5% diz sentir pouca e 25% assume alguma. Na avaliação final observamos que as respostas se condensam em pouca ou nenhuma com percentagens de 25% e 75% respetivamente. Quando questionadas relativamente à fraqueza no braço, ombro ou mão vemos que previamente à cirurgia a maioria refere não apresentar nenhuma o que não se verifica na segunda avaliação em que apenas 50% atribui esta resposta estando os restantes 50% atribuídos a pouca ou alguma. Quanto à rigidez no braço, ombro ou mão 100% das participantes referiam não apresentar qualquer rigidez previamente ao ato cirúrgico, posteriormente ao mesmo, a maioria (75%) mantém esta resposta e 25% diz ter pouca rigidez. Relativamente à dificuldade em dormir por causa da dor no braço, ombro ou mão na primeira avaliação a maioria (62,5%) refere não ter dificuldade em dormir contudo 37,5% já assume ter alguma ou muita dificuldade neste aspeto. Na segunda avaliação há um ligeiro agravamento sendo que apenas 50% diz não ter dificuldade sendo que as restantes participantes apresentam alguma (37,5%) ou muita (12,5%) dificuldade. Na última questão da escala DASH onde são questionadas sobre se sentirem menos capazes, confiantes ou úteis por causa do problema no braço, ombro ou mão, previamente à cirurgia a maioria (87,5%) discorda totalmente da afirmação sendo que apenas 12,5% concorda. O mesmo não se verifica na avaliação final em que apenas 25% discorda, 25% não concorda nem discorda e 50% concorda de alguma forma com a mesma.

*Tabela 3 – Evolução dos sintomas relacionados com a função do membro superior - DASH*

	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
	ni	fi(%)	ni	fi(%)
<b>Dor no braço, ombro ou mão (N=8)</b>				
Nenhuma	6	75,0	4	50,0
Pouca	0	0,0	1	12,5
Alguma	2	25,0	3	37,5
Muita	0	0,0	0	0,0
Extrema	0	0,0	0	0,0
<b>Dor no braço, ombro ou mão ao executar uma atividade específica (N=8)</b>				
Nenhuma	6	75,0	4	50,0
Pouca	1	12,5	2	25,0
Alguma	1	12,5	2	25,0
Muita	0	0,0	0	0,0
Extrema	0	0,0	0	0,0

Dormência (formigueiro) no braço, obro ou mão (N=8)				
Nenhuma	5	62,5	6	75,0
Pouca	1	12,5	2	25,0
Alguma	2	25,0	0	0,0
Muita	0	0,0	0	0,0
Extrema	0	0,0	0	0,0
Fraqueza no braço, ombro ou mão (N=8)				
Nenhuma	7	87,5	4	50,0
Pouca	0	0,0	2	25,0
Alguma	1	12,5	2	25,0
Muita	0	0,0	0	0,0
Extrema	0	0,0	0	0,0
Rigidez no braço, ombro ou mão (N=8)				
Nenhuma	8	100	6	75,0
Pouca	0	0,0	2	25,0
Alguma	0	0,0	0	0,0
Muita	0	0,0	0	0,0
Extrema	0	0,0	0	0,0
Na última semana, teve dificuldade em dormir por causa da dor no braço, ombro ou mão? (N=8)				
Nenhuma dificuldade	5	62,5	4	50,0
Pouca dificuldade	0	0,0	0	0,0
Alguma dificuldade	2	25,0	3	37,5
Muita dificuldade	1	12,5	1	12,5
Tanta dificuldade que não consigo dormir	0	0,0	0	0,0
Sinto-me menos capaz, menos confiante ou menos útil por causa do meu problema no braço, ombro ou mão (N=8)				
Discordo totalmente	7	87,5	1	12,5
Discordo	0	0,0	1	12,5
Nem concordo nem discordo	0	0,0	2	25,0
Concordo	1	12,5	2	25,0
Concordo totalmente	0	0,0	2	25,0

A dor é frequentemente referida como uma das complicações da mastectomia. Panobianco e Mamede (2002) assumem que este sintoma ocorre em 41,1% dos casos. Também Karki *et al.* (2005) destacam a dor no pescoço e/ou ombro como uma das limitações mais frequentes nos primeiros 6 meses pós-operatórios e que tendencialmente piora com o tempo. Costa *et al.*, ([s.d.]) apuraram que 46% das mulheres submetidas a cirurgia da mama sentiram que a dor perturbava a realização das AVD's. Comparando com os dados obtidos no presente estudo, verificamos que a percentagem de participantes com níveis elevados de dor quer de uma forma geral, quer a realizar uma atividade específica, são nulas. Em ambos os casos, a maioria das mulheres referiu sentir pouca ou nenhuma dor o que poderá estar relacionado com os



benefícios do programa de enfermagem de reabilitação. Quando questionadas se na última semana tiveram dificuldade em dormir por causa da dor no braço, ombro ou mão 50% referem ter apresentado alguma ou muita dificuldade o que não se encontra alinhado com as respostas aos itens anteriormente discutidos o que leva a querer que as participantes poderão não ter percebido na íntegra as questões colocadas.

A sensação de formigamento foi o único item da escala DASH com melhores resultados na segunda avaliação ao invés da primeira. Poderá ter a ver, mais uma vez, com os benefícios do programa de enfermagem de reabilitação aplicado.

A fraqueza e a rigidez no braço, ombro ou mão, apesar de terem sofrido um agravamento quando comparamos a primeira e a segunda avaliação, em ambas a maioria da amostra 75% e 100% respetivamente, perceberam pouco ou nada estes sintomas. A limitação na amplitude do movimento do braço e ombro e a fraqueza do mesmo são consideradas complicações frequentes deste tipo de cirurgia (Panobianco & Mamede, 2002 & Bregagnol & Dias, 2010) pelo que os resultados são extremamente positivos e poderão ser consequência do programa de enfermagem de reabilitação implementado.

O último item da escala DASH foi também um dos itens com pior pontuação no segundo momento de avaliação. Quando questionadas sobre se sentirem menos capazes, confiantes e úteis por causa do problema no braço, ombro ou mão, 50% refere concordar ou concordar totalmente com a afirmação. Fireman *et. al.* (2018) falam do impacto psicológico da mastectomia e referem que sentimentos de insegurança e incapacidade são frequentemente vividos pelas doentes.

### **3.4. Particularidades clínicas e incapacidade/sintomas dos casos de estudo**

Como podemos verificar na Tabela 4, onde são apresentadas as particularidades clínicas e as pontuações da escala DASH de cada caso, 62,5% das participantes foram submetidas a algum tipo de reconstrução mamária. O tipo de técnica reconstrução mamária foi diversificado sendo que 40% realizou TRAM, 40% colocou expensor e 20% colocou prótese definitiva.

A maioria da amostra (62,5%) não teve complicações pós operatórias contrariamente às restantes 37,5% que sofreram algum tipo de complicação. A complicação mais frequente foi o seroma verificando-se em duas das três utentes com complicações pós-operatórias (66,7%), uma das mulheres que apresentou seroma apresentou também

necrose da ferida cirúrgica e o hematoma foi a outra complicação presente atingindo também uma das doentes.

A dor das doentes foi maioritariamente associada ao preenchimento do expansor ou às complicações operatórias sendo que apenas duas utentes tiveram necessidade de recorrer à analgesia prescrita. Uma das utentes teve necessidade de escalar a mesma.

As pontuações DASH incapacidade/sintomas sofreram alterações do primeiro para o segundo momento de avaliação. Na primeira avaliação a participante com menor índice incapacidade/sintomas foi a senhora identificada com o número 8, tendo obtido uma pontuação de 0,0. Em oposição, a senhora identificada com o número 6 detém a pontuação mais elevada (27,5) e conseqüentemente um maior índice de incapacidade/sintomas. A segunda pontuação mais alta nesta avaliação é o caso 2 com 11,7. Já no segundo momento de avaliação percebemos um aumento nos índices de incapacidade/sintomas de todas as participantes. A maior discrepância é visível no caso 8, que inicialmente detinha a pontuação mais baixa, mas na segunda avaliação passa a estar entre as três pontuações mais elevadas com 35,8. Também no caso 5 observamos um agravamento evidente sendo que na avaliação inicial era um dos índices mais baixos e passa a estar, no segundo momento, no quarto lugar dos scores mais elevados com 31,7. O caso 6 que já adotava um índice incapacidade/sintomas mais elevado na primeira avaliação ocupa no segundo momento a segunda posição no que diz respeito às pontuações mais elevadas com 45,0. O caso 2 foi a participante com piores resultados na escala DASH no segundo momento ao contrário do caso 4 cujo score é o mais reduzido de todas as participantes.

*Tabela 4 – Os nossos casos de estudo e as suas especificidades*

Caso 1		
Linfadenectomia axilar		Não
Reconstrução mamária		Sim
Tipo de reconstrução mamária		Colocação de prótese definitiva
Complicações cirúrgicas		Não
Dor		Controlada desde a 1ª semana
DASH	1ª Avaliação - 2,5	2ª Avaliação - 16,7
Caso 2		
Linfadenectomia axilar		Não
Reconstrução mamária		Não
Tipo de reconstrução mamária		N/A
Complicações cirúrgicas		Sim – seroma + necrose da ferida cirúrgica
Dor		Com necessidade de analgesia a partir do surgimento do seroma

DASH	1ª Avaliação – 11,7	2ª Avaliação - 46,7
Caso 3		
Linfadenectomia axilar		Não
Reconstrução mamária		Sim
Tipo de reconstrução mamária		TRAM
Complicações cirúrgicas		Não
Dor	Controlada desde a 1ª semana	
DASH	1ª Avaliação – 3,3	2ª Avaliação – 20,0
Caso 4		
Linfadenectomia axilar		Sim
Reconstrução mamária		Sim
Tipo de reconstrução mamária		Colocação de expansor
Complicações cirúrgicas		Não
Dor	Associada ao preenchimento do expansor – sem necessidade de analgesia	
DASH	1ª Avaliação – 1,7	2ª Avaliação – 10,0
Caso 5		
Linfadenectomia axilar		Não
Reconstrução mamária		Sim
Tipo de reconstrução mamária		TRAM
Complicações cirúrgicas		Não
Dor	Controlada desde a 1ª semana	
DASH	1ª Avaliação – 1,7	2ª Avaliação – 31,7
Caso 6		
Linfadenectomia axilar		Sim – prévio
Reconstrução mamária		Não
Tipo de reconstrução mamária		N/A
Complicações cirúrgicas		Sim - seroma
Dor	Associada ao seroma - sem necessidade de analgesia	
DASH	1ª Avaliação – 27,5	2ª Avaliação – 45,0
Caso 7		
Linfadenectomia axilar		Sim
Reconstrução mamária		Não
Tipo de reconstrução mamária		N/A
Complicações cirúrgicas		Sim - hematoma
Dor	De difícil controlo. Com necessidade de escalar de analgesia.	
DASH	1ª Avaliação – 5,0	2ª Avaliação – 15,8
Caso 8		
Linfadenectomia axilar		Não
Reconstrução mamária		Sim
Tipo de reconstrução mamária		Colocação de expansor
Complicações cirúrgicas		Não
Dor	Associada ao preenchimento do expansor	
DASH	1ª Avaliação – 0,0	2ª Avaliação – 35,8

Para Claro *et. al* (2013) as técnicas de reconstrução mamária que evidenciamos no nosso estudo: TRAM, colocação de expansor e prótese definitiva estão entre as mais

comumente utilizadas nos casos de mastectomia. Segundo os mesmos autores, as técnicas cirúrgicas que recorrem a materiais como expansores e implantes de silicone estão associados a uma maior incidência de re-hospitalização para tratamento de complicações pós-operatórias. O que verificamos no nosso estudo é que, em primeiro lugar, a maioria das utentes não apresentou complicações pós-operatórias e em segundo lugar, as que apresentaram, não foram submetidas a reconstrução mamária no momento da mastectomia o que é contraditório relativamente ao que é descrito por Martins *et. al.* (2017). No estudo desenvolvido pelos mesmos concluíram que não há diferenças estatisticamente significativas entre ser submetido a reconstrução mamária imediata com expansor ou prótese de silicone definitiva ou não ser submetido ao procedimento no que concerne à dor, funcionalidade e qualidade de vida.

No que diz respeito às complicações pós-operatórias presentes nas participantes do estudo, estas vão de encontro às complicações mais descritas na literatura. Panobianco e Mamede (2002) destacam o seroma como uma das mais frequentes, presentes em (41,1%) dos casos, assim como o hematoma (18,2%). A dor, por sua vez é justificada pelas complicações cirúrgicas quer pelo preenchimento do expansor que segundo Bastos *et. al* (2022) produz uma sensação de “esticar” da pele.

Relativamente aos resultados do índice incapacidade/sintomas obtido pela escala DASH a doente do caso 8 sofreu o maior agravamento da sua incapacidade/sintomas o que poderá estar relacionado com o facto de, por um lado, na primeira avaliação ser detentora de um score nulo, mas também pela dor associada ao preenchimento do expansor que limitava a mesma na execução do programa de enfermagem de reabilitação. Outro caso com resultados menos positivos foi o caso 5, ao longo da aplicação do programa de enfermagem de reabilitação a participante demonstrou sentimentos de tristeza e inutilidade o que poderá ter interferido com a sua evolução. A participante 2 obteve a pior classificação na segunda avaliação contudo, este facto poderá justificar-se pela presença de complicações operatórias que condicionavam a implementação do programa de enfermagem de reabilitação e que impunham restrições na mobilidade do membro superior. Nenhum dos resultados no segundo momento de avaliação atingiram o meio da escala (50) pelo que é possível afirmar que não há participantes com um grau elevado de incapacidade ou sintomas o que poderá ser consequência do programa de enfermagem de reabilitação implementado.

## SÍNTESE E CONCLUSÕES

As morbidades relacionadas ao tratamento cirúrgico da mama em geral e particularmente à mastectomia estão já amplamente descritas na literatura e são a realidade de milhares de mulheres no mundo. Não só o cancro se assume como uma doença para a vida, as sequelas que resultam da procura por um futuro livre de doença, são também, em muitos casos, infundáveis.

O EEER tem um papel crucial neste processo de reabilitação sendo os profissionais capazes de acompanhar as doentes em todas as fases do processo e devidamente aconselhar e orientar. A par da evolução da ciência e da tecnologia novos desafios surgem na prática destes profissionais, e que exige dos mesmos respostas mais inovadoras. A pré-habilitação constitui não só uma forma diferente de ver a reabilitação como o poupar do doente a uma série de limitações ou condições pós operatórias indesejadas e condicionantes. Também a telemedicina é uma ferramenta que, cada vez mais, faz sentido na enfermagem de reabilitação trazendo às doentes o acompanhamento, a informação, a motivação, no conforto dos seus lares, nos seus contextos, onde se sentem mais confiantes e seguras. A aplicação de um programa de enfermagem de reabilitação que alia ambas estas estratégias foi um desafio, algo novo na instituição, mas que fez para as doentes todo o sentido como se pode constatar em alguns dos seus testemunhos:

“Na minha opinião, estes exercícios simples realizados comodamente em casa são uma ajuda preciosa na recuperação e na reabilitação pós-mastectomia” (Caso 4)

“Sinto-me ótima e capaz!” (Caso5)

“ (...) acompanhamento orientado e personalizado (...) o facto de ser acompanhada, numa fase pós-cirurgia, ajuda a doente a sentir-se mais confiante e a enfrentar o problema, de uma forma mais calma. Foi bom sentir que estava a ser acompanhada e que se tivesse alguma dúvida, podia entrar em contacto com a enfermeira. Este apoio torna-se fundamental para qualquer doente que esteja a enfrentar problemas de saúde, por essa razão considero importante que este tipo de trabalho realizado, neste caso, pela enfermeira Jéssica continue e seja implementado em grande escala”(Caso 6)

A partir do objetivo “Identificar os contributos da Enfermagem de Reabilitação na funcionalidade do membro superior da mulher mastectomizada” foi-nos possível tirar algumas conclusões.

Contamos com uma amostra de 8 mulheres, utilizando uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Verificamos que as mulheres da amostra tinham idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos correspondendo a uma média de  $49,6 \pm 9,5$ . Das participantes constatamos que apenas 37,5% tinham sido submetidas a linfadenectomia axilar, uma delas prévia a este momento cirúrgico.

Na capacidade para desempenhar as atividades contempladas na escala DASH percebemos um agravamento em todas elas do primeiro momento de avaliação para o segundo, como seria expectável pelo impacto da cirurgia, já descrito na literatura. Ainda assim no que diz respeito às atividades: escrever, rodar uma chave na fechadura, preparar uma refeição, vestir uma camisola, atividades de lazer que requerem pouco esforço, usar uma faca para cortar alimentos, lavar a cabeça ou secar o cabelo e utilizar meios de transporte para se deslocar estas continuam a não constituir nenhuma dificuldade para a maioria da amostra.

Concluimos também que o programa de enfermagem de reabilitação poderá ter contribuído para minimizar as limitações na atividade laboral e nas AVD's uma vez que, contrariamente aos estudos apresentados, na nossa amostra, a maioria das participantes (62,5%) se sentiram pouco ou nada limitadas. O mesmo se verificou nas atividades de lazer em que apenas 12,5% das participantes se sentiu verdadeiramente afetada sendo que as restantes (87,5%) julgam terem sido pouco ou nada condicionadas.

No que diz respeito aos sintomas avaliados pela escala DASH:

Quanto à dor o programa de enfermagem de reabilitação parece ter também contribuído positivamente uma vez que nenhuma participante sentiu níveis elevados de dor referindo aliás que esta era pouca ou nenhuma.

A sensação de formigueiro foi o item da escalada DASH com evolução positiva do primeiro para o segundo momento de avaliação o que poderá também ser mais um contributo do programa implementado.

É do nosso entender que o programa de enfermagem de reabilitação poderá ter tido também efeitos na sensação de fraqueza e rigidez do membro superior sendo que em ambos os sintomas a maioria da amostra (75% e 100% respetivamente) não foi sujeita aos mesmos.

As atividades de lazer que exijam alguma força ou provoquem algum impacto no braço, ombro ou mão e as atividades de lazer, nas quais se movimenta o braço livremente

foram as avaliadas como mais incapacitantes. O último item da escala DASH foi também um dos quais com pior pontuação no segundo momento de aplicação da escala sendo que 50% das mulheres refere concordar com a afirmação.

A maioria das utentes (62,5%) foi submetida a reconstrução mamária. As técnicas de reconstrução mamária a que as foram submetidas foram o TRAM (40%), colocação de expansor (40%) e prótese definitiva (20%).

A maioria da amostra não apresentou complicações pós-operatórias e as que apresentaram foram: seroma e hematoma. As utentes com complicações pós-operatórias não fizeram reconstrução mamária.

A doente com a pior evolução foi o caso 8 que teve um agravamento de 35,8 pontos no índice incapacidade/sintomas da escala DASH. O caso 2 obteve a pior classificação no segundo momento de avaliação contudo apresentou complicações pós-operatórias que condicionaram a implementação do programa de enfermagem de reabilitação. Nenhum dos casos atingiu um score de 50 no índice incapacidade/sintomas o que significa que nenhuma das participantes tem um nível elevado de incapacidade.

### **Limitações do estudo**

No presente estudo é possível identificar algumas limitações nomeadamente relacionadas com o tamanho da amostra (N=8), que por ser reduzida, não permite a realização de um tipo de estudo mais robusto que possibilite a generalização dos achados à população. Por outro lado, o desenho do estudo deveria ter contemplado mais do que dois momentos de aplicação da escala DASH, salvaguardando a evolução negativa provocada pela cirurgia, permitindo uma análise distinta dos dados obtidos.

### **Recomendações**

Com base no estudo desenvolvido e naquele que foi o *feedback* das participantes, famílias e dos profissionais de saúde envolvidos, parece-nos importante a partir do mesmo, desenvolver estudos mais prolongados no tempo e mais detalhados que auxiliem a sustentar teoricamente a criação deste acompanhamento pelo EEER nos serviços hospitalares.

## CONCLUSÕES

A Enfermagem enquanto ciência só existe alicerçada no conhecimento que se procura e no desenvolvimento que se ambiciona. A investigação é, como em todas as ciências, o que impulsiona a construção e a divulgação do conhecimento científico, objetivo e rigoroso. Na transição de enfermeiro de cuidados gerais para EEER, a prática baseada na evidência não representa apenas uma boa prática, mas uma responsabilidade de criar conhecimento, divulga-lo e fomentar o mesmo entre os pares.

A realização do ENP foi desafiante, a nível profissional mas também pessoal pelas horas de trabalho que exigiu. Tornou-se cansativo, por vezes, mas provou-se mais benéfico que tudo isso. A união entre a prática clínica, a aplicação dos conhecimentos de Enfermagem de Reabilitação num contexto à nossa escolha e as áreas de gestão, formação e investigação, possibilitou não só o desenvolvimento de competências nessas mesmas áreas, como também uma análise da forma como estas se articulam.

A doença oncológica em geral mas particularmente o cancro da mama está bem presente na nossa sociedade. As necessidades das 8 participantes da nossa amostra são as necessidades de milhares de mulheres em Portugal e de milhões no mundo. Como profissionais de saúde, como EEER, temos uma responsabilidade para com os nossos doentes de procurar prestar-lhes os cuidados de melhor qualidade e tão personalizados quanto possível às suas necessidades. O estudo desenvolvido neste ENP permitiu perceber que, muitas vezes, a proximidade do profissional de saúde (à distância de uma chamada) traz o descanso e a confiança necessários para muitos, e que o futuro mora onde as pessoas estão, nas suas casas.

A realização de atividades no âmbito da gestão e formação foi indubitavelmente uma oportunidade de enriquecer o conhecimento na área, perceber como se procede a um levantamento das necessidades do serviço e se desenvolvem projetos com objetivos que façam sentido para os utentes, mas também para os profissionais de saúde.

Os processos de desenvolvimento profissional conseguem ser exaustivos quando conciliados com a atividade profissional e a vida pessoal a qual não devemos negligenciar. Contudo, são estes percursos de aprendizagem e evolução que nos transformam nos melhores profissionais que conseguimos ser: profissionais que baseiam a sua prática no conhecimento científico e que veem na investigação a forma de acrescentar a este saber. Transversal a todo o percurso até aqui foi a procura de



saber, saber fazer e saber ser mais e melhor para aqueles de quem cuidamos. Considero que foram adquiridas e assimiladas as competências comuns dos enfermeiros especialistas e as específicas do EEER tendo sido um ENP enriquecedor.

Findo este relatório, refletindo sobre as experiências que vivi e os contributos que estas tiveram, só posso considerar que atingi os objetivos definidos para o ENP, não só os protocoladas como os pessoais: crescer enquanto profissional e enquanto pessoa não indiferente à realidade que nos envolve. Nesta fase, considero-me detentora das ferramentas necessárias para trilhar o meu caminho enquanto EEER, sentindo-me mais apta para a identificação de necessidades na área da reabilitação e capaz de, perante essas necessidades, prescrever ações e programas específicos para colmatar essas necessidades, executá-las e avaliá-las por forma a desenvolver-me como profissional rumo à melhor intervenção possível junto de quem precisa.

## **BIBLIOGRAFIA**

American Cancer Society. (2021). **Types of breast cancer.** <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/types-of-breast-cancer.html>

American Cancer Society. (2022). **Treatment of breast cancer stages I-III.** <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/treatment/treatment-of-breast-cancer-by-stage/treatment-of-breast-cancer-stages-i-iii.html>

American Cancer Society. (2023). **Surgery for breast cancer.** <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer.html>

Barenboim, H., Damitz, B., Brusky, L., Franco, Z. 2023. **How telehealth can work best for our patients.** The Journal of Family Practice. 72(5) p.210-214

Bastos, R., Tavares, J., Martins, M.C. 2021. **Reconstrução Mamária.** Oficina do Livro Branco, S., & Meireles, R. (2022). *Metodologias de avaliação em ortotraumatologia/reumatologia i : Goniometria.* Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto. [https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/20915/5/LIV\\_MeirelesRita\\_2022.pdf](https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/20915/5/LIV_MeirelesRita_2022.pdf)

Bregagnol, R., Dias, A. 2010. **Alterações funcionais em mulheres submetidas à Cirurgia de mama com linfadenectomias axillar total.** Revista Brasileira de Cancerologia 56 (1) p.25-33.

Claro, F., Costa, D.V., Pinheiro, A., Neto, A (2013). **Complications in total breast reconstruction in patients treated for breast câncer: long-term comparative analysis for the influence of the technique, operative time, timing of reconstruction and adjuvante treatment.** Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. 28(1)p.85-91

Costa, L., Rêgo, I. B., Semedo, P. M., Coelho, S., Silva, J. C., Pavão, F., & Baptista-Leite, R. ([s.d.]). **Visão integrada do cancro da mama em Portugal – Documento sinopse e principais recomendações.** Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica.

Debes, C., Aissou, M., Beaussier, M. 2014. **La préhabilitation. Préparer les patients à la chirurgie pour améliorer la récupération fonctionnelle et réduire la morbidité postopératoire.** Annales Françaises d’Anesthésie et de Réanimation. 33 p.33-40.

Despacho Normativo nº16549/2012 – **Normas Regulamentares dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.**

Diário da República II Série, nº251 de 2012-12-28.  
<https://files.dre.pt/2s/2012/12/251000000/4097440976.pdf>

European Society for Medical Oncology.(2018).**ESMO patient guide series.**  
<https://www.esmo.org/content/download/6593/114959/1/EN-Breast-Cancer-Guide-for-Patients.pdf>

European Society for Medical Oncology. (2022). **Breast Cancer Pocket Guideline 2022.**  
<http://interactiveguidelines.esmo.org/esmo-web-app/toc/index.php?subjectAreaID=8&loadPdf=1>

Fireman, K. , Macedo, F. , Torres, D. , Ferreira, F., Lou, M. (2018). **Percepção das Mulheres sobre sua Funcionalidade e Qualidade de Vida após Mastectomia.** Revista Brasileira de Cancerologia. 64 (4 ) p. 499-508.

Fortin, M. F. (2009). **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** Lusodidacta.

Goethals, A., Rose, J. (2023). **Mastectomy.**  
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538212/#\\_article-24763\\_s4](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538212/#_article-24763_s4)

Góis, M., Furtado, P., Ribeiro, S., Lisboa, L., Viana, E., Micussi, M. 2012. **Range of motion and measure of functional independence in patients with mastectomized axillary dissection.** Revista Ciência Médica. 21 (1-6) p.111-118.

Instituto Português de Oncologia Porto. (2015). **Quimioterapia: guia de orientação.**  
<https://www.ipoporto.pt/dev/wp-content/uploads/2017/08/DSN20150006-IPO-Guia-Quimioterapia-E.01.pdf>

Instituto Português de Oncologia Porto. (2015<sup>a</sup>). **Reabilitação após Cirurgia da mama.**

Johnson, B., Lindgren, B., Blaes, A., Parsons, H., LaRocca, C., Farah, R., Hui, J. 2021. **The New Normal? Patient Satisfaction and Usability of Telemedicine in Breast Cancer Care.** Annals of Surgical Oncology. 28 p.5668-5676

Karki, A., Simonen, R., Malkia, E., Selfe, J. (2005). **Impairments, activity limitations and restrictions 6 and 12 months after breast cancer operation.** Journal of Rehabilitation Medicine. 37 p.180-188

Keikha, L., Maserat, E., Mohammadzadeh, Z. 2022. **Telerehabilitation and Monitoring Physical Activity in Patient with Breast Cancer: Systematic Review.** Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 27(1) p.8-17

Knoerl, R., Giobbie-Hurder, A., Sannes, T., Chagpar, A., Dillon, D., Dominia, L., Frank, E., Golshan, M., McTiernan, A., Rihei, E., Tolaney, S., Winer, E., Yung, R., Irwin, M., Ligibel, J. 2023. **Exploring the impact of exercise and mind-body prehabilitation interventions on physical and psychological outcomes in women undergoing breast cancer surgery.** Supportive Care in Cancer. 30 p.2027-2036

Liga Portuguesa contra o Cancro. (2022). **Programa de Rastreio do Cancro de Mama: Cancro da Mama um problema de saúde pública.** <https://www.ligacontracancro.pt/servicos/detalhe/url/programa-de-rastreio-de-cancro-da-mama/>

Liga Portuguesa contra o Cancro. (2022<sup>a</sup>). **Sintomas de Alerta.** <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama-sintomas/>

Lundberg M., Archer, K., Larsson C., Rydwick, E. 2019. **Prehabilitation: The Emperor's New Arena for Physical Therapists? Point of View.** 99 (2) p. 127-130

Macmillan Cancer Support, Royal College of Anaesthetists & the National Institute for Health Research Cancer and Nutrition (2020). **Prehabilitation for people with cancer: Principles and guidance for prehabilitation within the management and support of people with cancer.** Macmillan Cancer Support. <https://www.macmillan.org.uk/healthcare-professionals/news-and-resources/guides/principles-and-guidance-for-prehabilitation>

Marques R., Ribeiro, I., & Costa, A. M. (2021). **Enfermagem de reabilitação em Portugal: uma história contada ao contrário!.** In Ribeiro, O, Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas (1<sup>a</sup>ed, pp. 2-11). Lidel

Martins, M. M. (2018). **Editorial.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 1(1): 5.

Martins, T, Santos, L, Peter, G, Ethur, J, Braz, M., Pivetta, H. (2017). **Reconstrução mamária imediata versus não reconstrução pós-mastectomia: estudo sobre qualidade de vida, dor e funcionalidade.**

Matos, C. A. B. (2015). **Hormonoterapia no cancro da mama** (Monografia de mestrado, Universidade de Coimbra). Repositórios Científicos da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/89342>.

McCullom P.L. (2011). **Reabilitação Oncológica**. Hoeman S.P, Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados (4ªed, pp 795-800).

Merck Sharp & Dohme (2020). **Cancro da mama: orientações para o doente oncológico**. Merck Sharp & Dohme. [https://www.cancro-online.pt/wp-content/uploads/2020/06/Manual\\_CancroMama\\_12362\\_v2\\_pt.pdf](https://www.cancro-online.pt/wp-content/uploads/2020/06/Manual_CancroMama_12362_v2_pt.pdf)

Mora, D. L. (2013). **História do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama – Empirismo e Ciência**. Revista Portuguesa de Cirurgia, 2 (27), 41-58.

National Academy of Sciences (2012). – **The Evolution of Telehealth: Where Have We Been and Where are we going?**. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207141/>

National Cancer Institute (2019). – **Sentinel Lymph Node Biopsy**. <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging/sentinel-node-biopsy-fact-sheet>

NUNES, Lucília. (2013). **Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem**. Departamento de Enfermagem ESS.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). **Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição**. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2012). **Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). **Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação**. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

Ordem dos Enfermeiros. (2021). **Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista**. Ordem

dos

Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Organização Mundial da Saúde (2022). **Consolidated telemedicine implementation guide**

Otto, S. E. (2000). **Enfermagem em oncologia**. Lusociência.

Panobianco, M., Mamede, M. 2002. **Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia**. Revista Latino Americana de Enfermagem. 10 (4) p.544-551.

Portugal. Administração Regional de Saúde do Norte (2018). **Perfil Local de Saúde 2018 – ULS Alto Minho**.

Portugal. Direção-Geral da Saúde (2021). **Avaliação e Monitorização dos Rastreamentos Oncológicos Organizados de Base Populacional 2019/2020**. <https://www.ffms.pt/sites/default/files/2022-07/i028766.pdf>

Portugal. Instituto Nacional de Estatística (2022). **Censos 2021: resultados definitivos**. INE

Portugal. Ministério da Saúde. Unidade Local de Saúde do Alto Minho (2023). **Missão, Atribuições e Legislação**. ULSAM. <https://www.ulsam.min-saude.pt/category/institucional/missao>

Portugal. Ministério da Saúde (2023<sup>a</sup>). **Tipos de tratamento do cancro – radioterapia**. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/tipos-de-tratamento-do-cancro/radioterapia/>

Rego, I. B., Coelho, S., Silva, J. C., Teixeira, L. Sousa, S., Reis J., Dinis, R., Schmitt, F., Afonso N., Fougó, J. L., Pavão, F. ., Baptista-Leite, R. & Costa, L. (2022). **360 Health Analysis (H360) – a comparison of key performance indicators in breast cancer management across health institution settings**. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica.

Regulamento nº392/2019 – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. Diário da República II Série, nº85 de 2019-05-03. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>

Regulamento nº140/2019 – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Diário da República II Série, nº26 de 2019-02-06.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Rietman, J., Dijkstra, P., Hoekstra, H., Eisma, W., Szabo, B., Groothoff, J., Geertzen, J. 2003. **Late morbidity after treatment of breast cancer in relation to daily activities and quality of life: a systematic review**. European Journal of Surgical Oncology. 29 p.229-238.

Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde (2022) **Disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH)**. RIMAS. <http://rimas.uc.pt/instrumentos/13/>.

Scriney, A., Russell, A., Loughney, L., Gallagher, P. 2022. **The impact of prehabilitation interventions on affective and functional outcomes for young to midlife adult cancer patients: A systemic review**. Psycho-Oncology. 31 p.2050-2062

Simões, M. S. (2014). **O Cancro**. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Sociedade Portuguesa de Oncologia. 2020. **Manual de Oncologia SPO Abordagem e tratamento do cancro da mama**. Edit.on.lab.,lda.

Sonagli, M., Neto, R., Leite, F., Makdissi, F. 2020. **The use of telemedicine to maintain breast cancer follow-up and surveillance during the Covid-19 pandemic**. Journal of Surgical Oncology. 121 p.371-374

Sukartini, T., Sari, Y.I.P . 2021. **Women with breast cancer living with one breast after a mastectomy**. Central European Journal of Nursing and Midwifery.

Toohey, K., Hunter, M., McKinnon, K., Casey, T., Tumer, M., Taylor, S. 2023. **A systematic review of multimodal prehabilitation in breast cancer**. 197 p.1-37

Unidade Local de Saúde do Alto Minho (2020). **Plano de Atividades e Orçamento**. ULSAM. [https://www.ulsam.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/10/2016/11/PLANO\\_ATIVIDADES\\_ORCAMENTO\\_2020.pdf](https://www.ulsam.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/10/2016/11/PLANO_ATIVIDADES_ORCAMENTO_2020.pdf)

Veios, I, Nunes, R., Martins, F. 2007. **Complicações da Mastectomia - Linfedema do Membro Superior**. Ata Médica Portuguesa. 20 p.335-340.

Velde, M., Leeden, M., Geleijn, E., Veenhof, C., Valkenet, K. 2023. **What moves patients to participate in prehabilitation before major surgery? A mixed methods systematic review**. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 20 (72).



Vilelas, J. (2020). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. 3ª edição. Edições Sílabo

World Cancer Research Fund International (2022). **Worldwide Cancer Data**. <https://www.wcrf.org/cancer-trends/worldwide-cancer-data/>

World Health Organization. International Agency for Research in Cancer (2021). **Portugal Fact Sheets**. The Global Cancer Society <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>

Yildiz, F., Oksuzoglu, B. 2020. **Teleoncology or telemedicine for oncology patients during the Covid-19 pandemic: the new normal for breast cancer survivors?** Future Medicine

Yin, R. 2018. **Case study research and applications: design and methods**. 6ªed. SAGE

**ANEXOS**

**ANEXO 1 – Escala DASH**

# DASH

## Portugal

### INSTRUÇÕES

Com este questionário pretendemos conhecer os seus sintomas, bem como a sua capacidade para desempenhar determinadas actividades.

Responda, por favor, a *todas* as perguntas e, com base na sua condição física na última semana, faça um círculo à volta do número que considere mais adequado.

Se, na última semana, não teve oportunidade de desempenhar uma determinada actividade, por favor seleccione a resposta com *maior probabilidade* de ser a mais adequada.

Não importa qual a mão ou braço que utiliza para desempenhar a actividade ou o modo como a realiza. Por favor, responda apenas com base na sua capacidade para realizar a tarefa.



## DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

Por favor, classifique a sua capacidade para desempenhar as actividades seguintes na última semana, fazendo um círculo à volta do número à frente da resposta adequada.

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. Abrir um frasco novo ou com tampa bem fechada.	1	2	3	4	5
2. Escrever.	1	2	3	4	5
3. Rodar uma chave na fechadura.	1	2	3	4	5
4. Preparar uma refeição.	1	2	3	4	5
5. Abrir e empurrar uma porta pesada.	1	2	3	4	5
6. Colocar um objecto numa prateleira acima da cabeça.	1	2	3	4	5
7. Realizar tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão).	1	2	3	4	5
8. Fazer jardinagem ou trabalhar no quintal.	1	2	3	4	5
9. Fazer a cama.	1	2	3	4	5
10. Carregar um saco de compras ou uma pasta.	1	2	3	4	5
11. Carregar um objecto pesado (mais de 5 kg).	1	2	3	4	5
12. Trocar uma lâmpada acima da cabeça.	1	2	3	4	5
13. Lavar a cabeça ou secar o cabelo.	1	2	3	4	5
14. Lavar as costas.	1	2	3	4	5
15. Vestir uma camisola.	1	2	3	4	5
16. Usar uma faca para cortar alimentos.	1	2	3	4	5
17. Actividades de lazer que requerem pouco esforço (por exemplo: jogar às cartas, fazer tricô, etc.).	1	2	3	4	5
18. Actividades de lazer que exijam alguma força ou provoquem algum impacto no braço, ombro ou mão (por exemplo: golfe, martelar, ténis, etc.).	1	2	3	4	5
19. Actividades de lazer, nas quais movimenta o braço livremente (por exemplo: jogar ao disco, jogar badminton, etc.).	1	2	3	4	5
20. Utilizar meios de transporte para se deslocar (de um lugar para o outro).	1	2	3	4	5
21. Actividades sexuais.	1	2	3	4	5

## DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

	NÃO AFECTOU NADA	AFECTOU POUCO	AFECTOU	AFECTOU MUITO	INCAPACITOU
22. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão afectou as suas actividades sociais habituais com a família, os amigos, os vizinhos ou outras pessoas? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

	NÃO LIMITOU NADA	LIMITOU POUCO	LIMITOU	LIMITOU MUITO	INCAPACITOU
23. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão o limitou no trabalho ou noutras actividades diárias? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

Por favor, classifique a gravidade dos sintomas seguintes na última semana. (Faça um círculo à volta do número)

	NENHUMA	POUCA	ALGUMA	MUITA	EXTREMA
24. Dor no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
25. Dor no braço, ombro ou mão ao executar uma actividade específica.	1	2	3	4	5
26. Dormência (formigueiro) no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
27. Fraqueza no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
28. Rigidez no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	TANTADIFICULDADE QUE NÃO CONSIGO DORMIR
29. Na última semana, teve dificuldade em dormir, por causa da dor no braço, ombro ou mão? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
30. Sinto-me menos capaz, menos confiante ou menos útil por causa do meu problema no braço, ombro ou mão. (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

**PONTUAÇÃO DASH INCAPACIDADES/SINTOMAS** =  $\frac{(\text{soma de } n \text{ respostas}) - 1}{n} \times 25$ , onde n é igual ao número de respostas válidas.

Não se pode calcular uma pontuação DASH se existirem mais de 3 itens não válidos.

## DISABILITIES OF THE ARM SHOULDER AND HAND

### MÓDULO RELATIVO AO TRABALHO (OPCIONAL)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que o seu problema no braço, ombro ou mão tem na sua capacidade para trabalhar (incluindo as tarefas domésticas, se estas forem a sua actividade principal).

Por favor indique qual a sua profissão / actividade : \_\_\_\_\_

Não trabalho. (Pode saltar esta secção).

Faça um círculo à volta do número que melhor descreve a sua capacidade física na última semana. Teve alguma dificuldade em:

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. fazer os movimentos que normalmente utiliza no seu trabalho?	1	2	3	4	5
2. fazer o seu trabalho habitual devido a dores no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. fazer o seu trabalho tão bem como gostaria?	1	2	3	4	5
4. fazer o seu trabalho no tempo habitual?	1	2	3	4	5

### MÓDULO RELATIVO A DESPORTO / MÚSICA (OPCIONAL)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que tem o seu problema no braço, ombro ou mão, quando toca *um instrumento musical*, pratica *desporto* ou *ambos*. Se pratica mais do que um desporto ou toca mais do que um instrumento musical (ou ambos), responda em função da actividade que é mais importante para si.

Por favor indique qual o desporto ou instrumento musical mais importante para si : \_\_\_\_\_

Não pratico desporto, nem toco um instrumento musical. (Pode saltar esta secção.)



Faça um círculo à volta do número que melhor descreve a sua capacidade física na última semana. Teve alguma dificuldade em:

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. usar a técnica habitual para tocar o instrumento musical ou praticar desporto?	1	2	3	4	5
2. tocar o instrumento musical ou praticar desporto devido a dores no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. tocar o instrumento musical ou praticar desporto tão bem como gostaria?	1	2	3	4	5
4. estar o tempo habitual a tocar o instrumento musical ou a praticar desporto?	1	2	3	4	5

PONTUAR OS MÓDULOS OPCIONAIS: Somar os valores atribuídos a cada resposta; dividir por 4 (número de itens); subtrair 1; multiplicar por 25. A pontuação de um módulo opcional pode não ser calculada no caso de algum dos itens não ter sido respondido.

**ANEXO 2 – Parecer da Comissão de Ética em Saúde**



	<b>Realização de Projeto de Investigação Clínica</b> <b>Parecer nº 63/2022 -CES</b>	 Pág. 1 de 2
---	--	--

**Comissão de Ética para a Saúde (CES)**

<p>Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº49 16/08/2022</p> <p style="text-align: center;"><b>Assunto:</b></p> <p>Solicita autorização para a realização do Projecto de Investigação intitulado: "Ganhos em saúde na funcionalidade da mulher submetida a cirurgia da mama."</p>	<p>Solicitado pelo Conselho de Administração</p> <p style="text-align: center;">Em nome do(s) investigador(es):</p> <p style="text-align: center;">Jéssica Lima Capitão, Enfermeira a frequentar o VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do IPVC]</p>
---	---

**1. A(s) questão(ões) colocada(s)**

Trata-se de um estudo quantitativo, quase-experimental, com aplicação da Escala DASH (Disabilities of the Arm, Sholder and Hand) cujo objectivo consiste em identificar os ganhos em saúde na funcionalidade do membro superior das mulheres submetidas a mastectomia radical modificada, com início de um programa de reabilitação no período pré-operatório, a levar a cabo no Serviço de Especialidades Cirúrgicas do Hospital de Santa Luzia, entre Outubro e Dezembro de 2022.

São considerados os seguintes critérios de inclusão: ter idade compreendida entre os 18 e os 75 anos; ser internada para realização de mastectomia total modificada com esvaziamento ganglionar; saber ler e aceitar participar no estudo. São considerados critérios de exclusão: apresentar complicações pós-operatórias; apresentar limitação da funcionalidade do membro superior homolateral à cirurgia, previamente à mesma.

**2. Fundamentação**

O carcinoma da mama é um problema universal. Em 2018, estima-se que foram diagnosticados 2.1 milhões de cancros da mama em mulheres em todo o mundo. A europa ocidental assume um papel de destaque nos países com maior incidência desta patologia. [...] É notório no nosso continente um aumento deste diagnóstico em mulheres mais jovens, com idades inferiores a 45 anos, o que leva também à reflexão sobre a importância de manter estas mulheres funcionais.



Segundo a Liga Portuguesa contra o Cancro (2022), no ano de 2020, foram diagnosticados, aproximadamente, 7000 novos casos de cancro da mama, sendo que foram registadas 1800 mortes em mulheres por esta causa. Na Região do Alto Minho, no triénio 2012-2014, o tumor maligno da mama constituiu-se a principal causa de morte prematura entre as mulheres.

Muitos são os avanços que têm sido feitos, particularmente no que diz respeito ao tratamento do cancro da mama. Porém, as complicações pós-operatórias são ainda uma realidade e sendo esta uma doença tão presente no mundo em geral e na nossa região em particular, torna-se necessária a criação de programas que minimizem este outro lado do tratamento e devolvam, tanto quanto possível, a funcionalidade e consequente qualidade de vida das sobreviventes.

**3. Conclusão/parecer**

O Projecto está conforme com as exigências do Mod. Q755-CES, pelo que não foi encontrado qualquer obstáculo à emissão de um parecer favorável à sua realização. É



	<b>Realização de Projeto de Investigação Clínica</b> <b>Parecer nº 63/2022 -CES</b>	
		Pág. 2 de 2

impreterível que o contacto entre o investigador e a participante no estudo tenha como elo a equipa de saúde que acompanha a pessoa em questão.

**Nota:** Referências bibliográficas:

Relator(es)	Fábio Carvalho
Ratificado em reunião do dia	20/10/2022
Enviado parecer:	

20/10/2022

O Presidente da CES \_\_\_\_\_



**DR. CARLOS RIBEIRO**  
Presidente da CES

*Rosário Santos*  
 Rosário Santos  
 Enfermeira  
 21/10/2022

**APÊNDICES**



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO  
Escola Superior de Saúde  
VII Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## **PROJETO FORMATIVO**

# **ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM RELATÓRIO FINAL**

Serviço de Especialidades Cirúrgicas – Hospital de Santa Luzia ULSAM

**Orientadora:**

Professora Doutora Maria Salomé Ferreira

**Tutora:**

EEER Fátima Caldas

**Mestranda:**

Jessica Lima Capitão, nº17845

Viana do Castelo, 24 de outubro 2022

## SIGLAS E ACRÓNIMOS

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ENP – Estágio de Natureza Profissional

PF – Projeto Formativo

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

ÍNDICE	
INTRODUÇÃO	4
PROJETO FORMATIVO: ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	5
CONSIDERAÇÕES FINAIS	7
BIBLIOGRAFIA	8
APÊNDICES	9
APÊNDICE A - PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	10

## INTRODUÇÃO

O presente Projeto Formativo (PF) foi elaborado no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (ENP) integrado no 3º semestre do VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Este assume-se como uma proposta de planificação do ENP a decorrer no serviço de Especialidades Cirúrgicas, do Hospital de Santa Luzia – Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), sob orientação da Professora Doutora Maria Salomé Ferreira e da tutora, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), Fátima Caldas. Esta unidade curricular desenvolver-se-á no período de 3 de outubro 2022 a 31 de março de 2023.

O EEER apresenta um conjunto de competências específicas:

- “ a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.”  
(Regulamento nº392, 2019, p.13566)

que têm de ser adquiridas ao longo do processo de especialização. Neste sentido, a ordem dos enfermeiros considera que o ENP é uma ferramenta facilitadora desta transição de enfermeiro de cuidados gerais para enfermeiro especialista, permitindo a compreensão das dinâmicas da nossa intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Assim, ao longo deste estágio procurarei dar resposta aos objetivos protocolados para o mesmo, bem como a metas próprias que poderei sentir necessidade de alcançar e que se encontrará retratado neste PF. Para tal, farei uma descrição das atividades a desenvolver no âmbito de cada objetivo traçado.



## PROJETO FORMATIVO: ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Tendo por base as competências e as recomendações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros relativas à especialização em Enfermagem de Reabilitação, foram delineados uma série de objetivos a atingir no presente ENP aos quais procuro dar resposta com a realização do presente PF.

No que concerne ao objetivo de **“Desenvolver competências na área dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, alicerçados e articulados em saberes do domínio cognitivo, técnico-científico e humano, ao indivíduo, família e comunidade ao longo do ciclo de vida”** vou intervir ativamente nos cuidados de enfermagem de reabilitação aos doentes e às suas famílias ao longo do período do internamento preparando os mesmos para o regresso aos seus contextos ou auxiliando na procura da melhor solução no pós-alta para continuidade dos cuidados referidos.

Relativamente aos objetivos: **“Desenvolver aprendizagens profissionais nomeadamente na identificação de necessidades na área da gestão de cuidados e da governação clínica”** e **“Desenvolver aprendizagens profissionais, nomeadamente, no diagnóstico de necessidades de formação, gestão de programas formativos e intervenção como formador”** A estratégia utilizada foi realizar uma entrevista à Enf.<sup>a</sup> Chefe Ascensão Calheiros, responsável pela gestão e formação no serviço. Neste âmbito percebi que foi identificada uma falha no planeamento dos diferentes ensinoss associados à mulher submetida a cirurgia da mama e, conseqüentemente, na avaliação dos mesmos resultando na ausência de ganhos em saúde a nível de registos. Através de uma análise dos planos de cuidados de enfermagem foi possível à Enf.<sup>a</sup> Chefe verificar que, de entre 20 processos analisados, 19 não tinham os diagnósticos de enfermagem corretamente identificados, com as intervenções adequadas e respetivas avaliações a traduzir os reais ganhos em saúde. Posto isto, foi sugerida a realização de um documento que permita clarificar de que forma se procede ao planeamento e avaliação das intervenções supracitadas para que se possa traduzir em ganhos. Numa fase seguinte será realizada uma ação de formação para explicar o procedimento e esclarecer dúvidas. No sentido de avaliar a minha intervenção será efetuada uma auditoria à posteriori.

Para dar resposta ao objetivos de **“Desenvolver um papel dinamizador na resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional”** irei integrar os restantes colegas da equipa de enfermagem no meu

Projeto de Investigação (Apêndice A), incluindo-os sempre que possível. Haverá também articulação com a equipa médica ao longo de todo o processo.

No decorrer dos objetivos de **“Desenvolver competências na prática de investigação, no âmbito da enfermagem de reabilitação, contribuindo para uma prática de enfermagem especializada baseada na evidência”** e **“Conceber/colaborar programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados”** será aplicado o Projeto de Investigação: “Ganhos em Saúde na Funcionalidade do Membro Superior da Mulher submetida a Cirurgia da Mama”.

Finalmente, no que concerne ao objetivo de “Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na sua área de intervenção” serão respeitados todos os direitos humanos e, particularmente, do doente internado, adotando uma postura séria e respeitadora na prática de cuidados. Também a Investigação seguirá os procedimentos éticos adequados encontrando-se até à data a aguardar parecer da Comissão de Ética em Saúde da ULSAM.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste PF permitiu criar um guia orientador para a minha intervenção ao longo do ENP sendo, contudo, tal como o nome indica, meramente um projeto passível, assim, de ser alterado mediante necessidades que possam surgir.

Este projeto está articulado com os objetivos propostos para a unidade curricular em curso, bem como do contexto em que está a decorrer tendo-se baseando num processo de identificação de necessidades e diagnóstico de situação. A aquisição de conhecimentos e competências no contexto formativo deve ser dinâmica com um envolvimento de todos os elementos da equipa pedagógica o que considero estar também evidente neste PF e que certamente se constituirá numa mais valia para todo o processo.

## BIBLIOGRAFIA

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componentecl%C3%ADnicados-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

REGULAMENTO nº392/19. **DR II Série**. 85 (2019/05/03) 13565-13568.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO



Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Escola Superior  
de Saúde

---

# GANHOS EM SAÚDE NA FUNCIONALIDADE DO MEMBRO SUPERIOR DA MULHER SUBMETIDA A CIRURGIA DA MAMA

---

Jessica Lima Capitão n.º 17845

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**  
VII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
Ano Letivo 2021/2022

**GANHOS EM SAÚDE NA FUNCIONALIDADE DO  
MEMBRO SUPERIOR DA MULHER SUBMETIDA A  
CIRURGIA DA MAMA**

**Unidade Curricular:** Seminário – Dissertação, Estágio de Natureza Profissional,  
Trabalho de Projeto  
**Docente Responsável:** Professora Doutora Maria Salomé Ferreira

Jessica Lima Capitão n.º 17845

Agosto de 2022



## **Resumo**

Em Portugal, a incidência e a prevalência de Cancro da Mama são ainda elevadas. A cirurgia assume-se como o tratamento de eleição sendo que as técnicas cirúrgicas têm vindo a tornar-se cada vez menos invasivas. Ainda assim, este tipo de tratamento associa-se a limitações da funcionalidade do membro superior homolateral à cirurgia por condições e complicações que se instalam no pós operatório e sobre as quais o EEER tem uma intervenção importante.

Neste âmbito, pretendo realizar um estudo quantitativo, quase-experimental, com o objetivo de identificar ganhos em saúde na funcionalidade do membro superior das mulheres submetidas a mastectomia com a realização de um programa de enfermagem de reabilitação. Para a colheita de dados será aplicada a Escala DASH.

**Palavras-chave:** neoplasias da mama, enfermagem em reabilitação

## **Abstract**

In Portugal, the incidence and prevalence of breast cancer are still high. Surgery is assumed to be the treatment of choice and surgical techniques have become less and less invasive. Even so, this type of treatment is associated with limitations of the functionality of the ipsilateral upper limb to surgery due to conditions and complications that occur in the postoperative period and on which the rehabilitation nurse has an important intervention.

In this context, I intend to carry out a quantitative, almost-experimental Study, with the objective of identifying health gains in the functionality of the upper limb of women undergoing mastectomy, with the realization of a nursing rehabilitation program. For data collection, the DASH Scale will be applied

**Palavras-chave:** breast neoplasms, rehabilitation nursing

# Índice de Quadros

Quadro 1 – Cronograma.....	22
----------------------------	----

## **Siglas e Acrónimos**

AVD's – Atividades de Vida Diárias

DASH - *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO UM: MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA DA MAMA – UM FOCO PARA A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>1.1. CANCRO DA MAMA DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO .....</b>	<b>20</b>
1.1.1. COMPLICAÇÕES RELACIONADAS COM A MASTECTOMIA.....	23
<b>1.2. O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO DOIS – METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1. TIPO DE ESTUDO .....</b>	<b>27</b>
<b>2.2. CONTEXTO, POPULAÇÃO E AMOSTRA .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3. VARIÁVEIS .....</b>	<b>29</b>
<b>2.4. INSTRUMENTO E PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>2.5. PREVISÃO DE TRATAMENTO DE DADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>2.6. QUESTÕES ÉTICAS .....</b>	<b>30</b>
<b>2.7. CRONOGRAMA.....</b>	<b>31</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>33</b>

## INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Seminário – Dissertação, Estágio de Natureza Profissional, Trabalho de Projeto, incluída no plano de estudos do 2º semestre do 1º ano, do VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, foi-nos proposta como estratégia de avaliação a realização do seguinte Projeto de Investigação. Este pretende orientar o trabalho de investigação a ser realizado no 2º ano.

O termo cancro da mama é já muito conhecido na nossa sociedade. A certa altura, já todos conhecemos alguém que passou por este processo de doença e cada vez mais isto acontece. Devendo-se ao facto de a incidência e a prevalência de cancro da mama terem vindo a aumentar no nosso país. A par deste aumento estão a evolução e os progressos nos tratamentos da doença, particularmente no cirúrgico.

O tratamento cirúrgico é o método de eleição na neoplasia da mama podendo, de acordo com características específicas da neoplasia, ser mais ou menos invasiva. Porém, a tendência tem vindo a ditar que cada vez mais se procura uma abordagem mais conservadora isto porque os métodos mais agressivos têm também complicações e condições pós-operatórias mais limitantes, em particular no membro superior homolateral à cirurgia.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem neste contexto um papel preponderante na devolução da funcionalidade do membro afetado prevenindo e/ou minimizando incapacidades e o surgimento de determinados sintomas. Assim, surgiu a seguinte questão de partida: **Quais os ganhos em saúde na funcionalidade do membro superior das mulheres submetidas a mastectomia, com a realização de um programa de enfermagem de reabilitação?** A partir da qual se definiu o objetivo geral de identificar os contributos da Enfermagem de Reabilitação na funcionalidade do membro superior homolateral da mulher mastectomizada, com a realização de um programa de enfermagem reabilitação. Para dar resposta ao mesmo foi elaborado o presente projeto que consiste num estudo quantitativo, quase-experimental.

A organização do trabalho vai de encontro às etapas de um projeto de investigação sendo que, numa primeira fase, serão abordadas as noções teóricas que nortearam o projeto e que serviram de base para todo o processo de investigação, começando por explorar o cancro da mama desde o diagnóstico até à opção de

tratamento, dando destaque à mastectomia e as complicações a ela associadas. Em seguida será abordado o papel do EEER neste âmbito.

Na fase metodológica foi desenvolvido um desenho de investigação onde se aborda o tipo de estudo, o contexto a população e amostra, as variáveis, o instrumento e o processo de colheita de dados, a previsão de tratamento de dados e as questões éticas, procurando enquadrar o leitor no que será o esquema metodológico a utilizar.

## **CAPÍTULO UM: MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA DA MAMA – UM FOCO PARA A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

O carcinoma da mama é um problema universal. Em 2018, estima-se que foram diagnosticados cerca de 2.1 milhões de cânceros da mama em mulheres em todo o mundo. A Europa ocidental assume um papel de destaque nos países com maior incidência desta patologia. No mesmo ano, na Europa, a incidência foi de 144.9/100.000 o que representa 404.920 novos casos de cancro da mama. É notório no nosso continente um aumento deste diagnóstico em mulheres mais jovens, com idades inferiores a 45 anos o que leva também à reflexão sobre a importância de manter estas mulheres funcionais (Sociedade Portuguesa de Oncologia, 2020).

Segundo a Liga Portuguesa contra o Cancro (2022), no ano de 2020, foram diagnosticados, aproximadamente, 7000 novos casos de cancro da mama sendo que foram registadas 1800 mortes em mulheres por esta causa. Na Região do Alto Minho, no triénio 2012-2014, o tumor maligno da mama constituiu-se a principal causa de morte prematura entre as mulheres (Portugal, 2018).

Muitos são os avanços que têm sido feitos, particularmente no que diz respeito ao tratamento do cancro da mama. Porém, as complicações pós operatórias são ainda uma realidade e sendo esta doença tão presente no mundo em geral e na nossa região em particular torna-se necessária a criação de programas que minimizem este outro lado do tratamento e devolvam, tanto quanto possível, a funcionalidade e consequentemente a qualidade de vida das sobreviventes.

### **1.1. CANCRO DA MAMA DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO**

Para Gladys e Deters (2003), o cancro da mama inicia-se nas células epiteliais do tecido lobular ou dos ductos. Quando há delimitação do tumor a um lóbulo ou ducto sem invasão do tecido envolvente dá-se o nome de *localizado* ou *in situ*. Quando já envolve o tecido circundante e pode ter metástases afastadas, como nos gânglios mamários ou axilares ou até mesmo na circulação sistémica, denomina-se de carcinoma infiltrativo.

No início, o carcinoma da mama pode ser assintomático e só se conseguir detetar ao exame físico ou mamografia sendo, por vezes, difícil diferenciá-lo do benigno. No



entanto, com o avançar da doença existem sinais e sintomas que os permite distinguir. Deste modo, o tumor benigno é habitualmente bem demarcado, tem cápsula e é móvel. Em contrapartida, os tumores malignos não possuem bordos delimitados e são menos móveis à palpação porque habitualmente aderem à parede torácica. Com a evolução da doença, este pode penetrar-se nos tecidos circundantes e provocar retração do mamilo e da pele ficando com rugosidades, semelhante a casca de laranja, devido à obstrução linfática podendo ainda provocar edema.

O cancro da mama pode ser detetado através de exames de rastreio e profilaxia. Existem diferentes meios de diagnósticos como a mamografia, ecografia e a ressonância magnética. A mamografia é o procedimento de eleição para o rastreio de cancro da mama, assim como, no diagnóstico em cancros que apresentem manifestações clínicas. Nas mulheres jovens, a ecografia mamária é o exame de preferência e identifica algumas neoplasias, contudo, é também utilizado para complementar a mamografia no caso de mamas densas sem tradução na mamografia, devido à melhoria na sensibilidade e especificidade da caracterização das alterações encontradas. As imagens suspeitas de malignidade incluem o diagnóstico histológico antes de iniciar um tratamento. A ressonância magnética é o exame com maior sensibilidade na deteção e diagnóstico, especificamente em doentes de alto risco e quando existem adenopatias axilares metastáticas sem identificação do tumor nos outros exames. É também aconselhada na avaliação antes do tratamento em doentes de alto risco e também, em certas instituições é efetuada antes da cirurgia conservadora para uma avaliação mais minuciosa do tumor e para investigar a existência de outras origens. De referir também, que a imagiologia auxilia ainda no diagnóstico definitivo, através da orientação guiada por ecografia, estereotaxia e ressonância nas biopsias e punções aspirativas (DGS, 2009).

O cancro da mama, para Cardoso citada por Ferreira (2017), é uma neoplasia epitelial maligna que pode sofrer metastização e que, ao longo da vida, aumenta a sua incidência. Quanto mais cedo for diagnosticado, melhor é o prognóstico estando este também está relacionado com a heterogeneidade clínica e com as características do tumor.

É fundamental para caracterizar o cancro da mama identificar o estadio da doença, e de acordo com a *American Cancer Society* citada por Ferreira (2017) existem 5 estadios:

Estadio 0 - Tumor *in situ*

Estadio I- Tumores com dimensões inferiores a 2 cm, sem envolvimento ganglionar

Estadio II- Tumores com dimensões inferiores a 5 cm, com envolvimento ganglionar axilar.

Estadio III- Tumores com dimensões superiores a 5 cm com invasão da pele ou da parede torácica, com envolvimento de gânglios fixos na área clavicular, mas sem metástases evidentes.

Estadio IV- Tumores de dimensão considerável com existência de gânglios anormais e metástases diferentes.

Estes estadios podem ainda ter sub-etapas que podem ser indicadas por A, B e C e pode ter início em diferentes áreas da mama.

O tratamento do cancro da mama tem tido grande evolução, sendo as intervenções cada vez menos invasivas, isto acontece devido à deteção precoce de lesões de pequenas dimensões ou não palpáveis, através de mamografias de rastreio e técnicas de biópsia guiadas por imagem que permitem o diagnóstico de lesões infraclínicas.

Em doentes com carcinoma ductal *in situ* e carcinoma invasor nos estadios iniciais a cirurgia conservadora é possível em opção à mastectomia. Em situações de tumores volumosos pode fazer quimioterapia antes da cirurgia, de modo a poupar a mama. Atualmente, a técnica de pesquisa ganglionar por biópsia do gânglio sentinela é uma opção ao esvaziamento ganglionar, o que leva ao estadiamento ganglionar mais preciso e com menor morbilidade. De salientar que o diagnóstico histológico tem de ser feito antes de iniciar terapêutica (DGS, 2009).

A *European Society for Medical Oncology* citada por Ferreira (2017) diz-nos que, para além da cirurgia, existem mais tratamentos como a radioterapia, quimioterapia, terapêutica hormonal e direcionada. A radioterapia consiste em radiação orientada para uma zona específica do tumor que pode ser radiação externa (através de uma máquina) e radiação interna (braquiterapia) em que a radiação vem de material radioativo colocado no interior da mama. Por sua vez, quimioterapia consiste na administração de fármacos endovenosos ou orais que destroem ou limitam o crescimento das células cancerígenas. A terapêutica hormonal bloqueia os recetores hormonais que as células necessitam para se desenvolverem. As terapêuticas alvo ou direcionada identificam os alvos nas células cancerígenas e bloqueiam também o seu desenvolvimento impedindo que se disperse, isto sem alterar as células normais.

De todos os tratamentos para o cancro da mama, o cirúrgico assume-se como o principal estando muitas vezes associados a uma ou mais formas de tratamento. O procedimento tem vindo a sofrer uma evolução marcante resultante da procura de melhor qualidade de vida para as mulheres intervencionadas, uma vez que a mastectomia mais radical se acompanha de uma maior morbilidade.

Assim, segundo vários autores, o tratamento cirúrgico da neoplasia da mama pode ser de várias formas:

- Tumorectomia: remoção do tumor preservando as restantes estruturas;
- Mastectomia parcial: exérese do tumor de margens alargadas e tecido mamário normal;
- Quadrantectomia: excisão do quadrante mamário que envolve o tumor bem como da pele e revestimento superior ao músculo grande peitoral;
- Mastectomia total simples – remoção de toda a glândula mamária, mamilo e auréola assim como do revestimento superior ao músculo grande peitoral;
- Mastectomia radical modificada – excisão da glândula mamária, nódulos linfáticos axilares e revestimento superior ao músculo grande peitoral. O músculo grande peitoral não é removido, o músculo pequeno peitoral pode eventualmente o ser;
- Mastectomia radical – disseção de toda a glândula mamária, músculos peitorais e gânglios linfáticos axilares.

### **1.1.1. COMPLICAÇÕES RELACIONADAS COM A MASTECTOMIA**

Como qualquer outra cirurgia a mastectomia pode apresentar uma série de complicações. No seu estudo, Panobianco e Mamede (2002), constataram as seguintes complicações ao fim do terceiro mês pós-operatório: Diminuição da amplitude do movimento (64,7%), Edema (64,7%), Deiscência (47%), Dor (41,1%), Seroma (41,1%), Aderências (41,1%), Infecção (23,5%), Inflamação no local de inserção do dreno (11,8%) e Celulite (5,9%). Por outro lado, as mulheres submetidas a mastectomia, referem alterações relacionadas com a atividade laboral, doméstica e da vida diária, a autoimagem, psicológicas nomeadamente sentimentos de insegurança e incapacidade (Fireman et al., 2018).

O tratamento cirúrgico do cancro da mama, ainda que se traduza em resultados positivos no que concerne à doença, pode acarretar uma série de complicações físicas e emocionais com impacto na funcionalidade e na qualidade de vida das mulheres submetidas ao procedimento.

## **1.2. O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO**

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEER (Regulamento nº392, 2019, p.13566) este profissional:

- “a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.”

Segundo Marques-Vieira e Sousa (2016), o EEER avalia a mulher submetida a mastectomia e planeia um programa de reabilitação que se baseia na reeducação funcional cardiorrespiratória, motora, sensorial e cognitiva, na sexualidade, no treino das Atividades de Vida Diárias (AVD's), procurando assegurar a capacidade funcional, prevenir complicações evitando incapacidades ou minimizando o impacto das incapacidades instaladas.

Posto isto, para Rodrigues e Gomes (2021) e Ferreira (2017) o programa de reabilitação à mulher mastectomizada tem como objetivos:

- Melhorar a capacidade para desempenhar o autocuidado;
- Recuperar a amplitude de movimentos;
- Prevenir alterações posturais;
- Prevenir a atrofia muscular;
- Minimizar ou evitar complicações decorrentes da cirurgia como: rigidez, contraturas, dor, retrações, linfedema, aderências articulares, fibroses e limitação funcional;
- Melhorar a qualidade de vida

Estudos realizados em mulheres submetidas a mastectomia, revelaram que a reabilitação pré-operatória influencia a amplitude de movimentos e a medida de independência funcional, e que mulheres que não realizaram a reabilitação pré-operatória apresentavam menos independência funcional no 15º dia pós-operatório e menor frequência de regresso às AVDs, comparativamente às que realizaram (Sousa e Marques-Vieira, 2016).

## CAPÍTULO DOIS – METODOLOGIA

Ainda que a tendência da incidência de cancro da mama seja decrescente esta é ainda um realidade no nosso país e em particular na Região do Alto Minho. Não podemos esquecer que não só as taxas de mortalidade são indicativas do estado de saúde da nossa população. Também as morbidades devem ser foco da atenção de todos na procura de um aumento da esperança média de vida acompanhada de qualidade de vida. No que diz respeito ao cancro da mama, o tratamento curativo e preventivo de eleição é o cirúrgico sendo que cada abordagem acarreta consigo possíveis complicações e consequentemente limitações para a doente. Como EEER a prevenção e/ou a redução de complicações e incapacidades são elementos norteadores da nossa prática tendo nascido daí o objetivo geral: Identificar ganhos em saúde na funcionalidade do membro superior das mulheres submetidas a mastectomia radical modificada, com o início de um programa de reabilitação no período pré-operatório.

Procurando dar resposta às seguintes questões de investigação:

- Quais os ganhos em saúde na incapacidade das mulheres submetidas a mastectomia, com a realização de um programa de enfermagem de reabilitação?
- Quais os ganhos em saúde nos sintomas das mulheres submetidas a mastectomia, com a realização de um programa de enfermagem de reabilitação?

E proceder à verificação das seguintes hipóteses:

H1 – A realização de um programa de enfermagem de reabilitação, tem um impacto positivo na incapacidade do membro superior da mulher submetida a mastectomia;

H2 – A realização de um programa de enfermagem de reabilitação, tem um impacto positivo nos sintomas do membro superior da mulher submetida a mastectomia;

H0 – A realização de um programa de enfermagem de reabilitação, não tem qualquer impacto na funcionalidade do membro superior da mulher submetida a mastectomia;

Para tal, será aplicado um programa de reabilitação composto por três fases. Na Fase I (pré operatório) serão efetuados ensinamentos e treinos sobre prevenção de complicações, o posicionamento adequado do membro e os exercícios mais básicos a serem iniciados no pós operatório. Posteriormente, na Fase II (pós operatório), serão reforçados os ensinamentos

realizados na Fase I e serão ensinados exercícios mais complexos respeitando as indicações e contraindicações relacionadas com a cirurgia e a evolução de cada utente. Na Fase III (2º dia pós operatório) todos os ensinamentos previamente realizados serão reforçados e treinados e será ensinado, instruído e treinado o restante programa a dar continuidade no domicílio. Serão fornecidos contactos para o esclarecimento de dúvidas que possam surgir e será agendada a primeira teleconsulta para acompanhamento (ao 15º dia).

Segundo Fortin (2009, p.214) o desenho de investigação corresponde ao “conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses” e este terá de garantir o atingimento dos objetivos da investigação dependendo portanto do tipo de estudo.

## **2.1. TIPO DE ESTUDO**

O tipo de estudo está intimamente ligado ao objetivo do mesmo. Uma vez que procuro “identificar ganhos em saúde na funcionalidade do membro superior das mulheres submetidas a mastectomia, com a realização de um programa de enfermagem de reabilitação.”, este projeto de investigação é do tipo quantitativo, quase-experimental.

Para Fortin (2009, p.27) o método de investigação quantitativo “caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos susceptíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos” estando assente num paradigma positivista. Dentro deste método de investigação está incluído o experimental. Este procura, essencialmente, verificar relações de causa e efeito entre variáveis e tem três particularidades: a intervenção ou o tratamento em situação de investigação, o estabelecimento de um grupo de controlo e a repartição aleatória dos participantes nos grupos, experimental e de controlo. Posto isto, nem sempre é possível o investigador reunir estas três condições designando-se neste caso de quase-experimental. Este tipo de estudo difere do experimental verdadeiro por não ser possível formar um grupo de controlo ou repartir de forma aleatória a amostra pelos diferentes grupos.

Segundo a mesma autora (Fortin, 2009) existem três níveis de conhecimento que correspondem, no fundo, a uma hierarquização da forma de adquirir e transmitir o mesmo. São eles: a descrição, a explicação e a predição e controlo. Assim, o presente projeto insere-se no terceiro nível de conhecimento.

## 2.2. CONTEXTO, POPULAÇÃO E AMOSTRA

O presente estudo será realizado no serviço de Especialidades Cirúrgicas do Hospital de Santa Luzia, pertencente à Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM). Esta unidade local de saúde abrange doentes de todo o distrito de Viana do Castelo onde se incluem os concelhos de Arcos do Valdevez, Ponte da Barca, Paredes de Couseira, Melgaço, Monção, Ponte de Lima, Valença, Caminha, Vila Nova de Cerveira e Viana do Castelo. É constituída por doze centros de saúde e dois hospitais: Conde de Bertiandos – Ponte de Lima e Santa Luzia – Viana do Castelo (Portugal, 2021). O serviço de Especialidades Cirúrgicas faz parte do departamento de cirurgia e acolhe doentes essencialmente do foro urológico, otorrinolaringológico e oncológico da mama, sendo contudo, por questões relacionadas com a gestão de camas necessário, por vezes, admitir utentes de outras especialidades. Ainda que este seja o serviço de eleição para as cirurgias da mama, mais uma vez, por questões relacionadas com a gestão de camas, ocorre ocasionalmente a necessidade de distribuir estas doentes pelas restantes cirurgias gerais.

Ao conjunto de elementos com características comuns e sobre o qual se desenvolve o estudo dá-se o nome População. Ainda que esta seja, como o nome indica, o alvo da investigação raramente é possível estudá-la na sua totalidade. Assim, torna-se necessário recorrer à amostra, isto é, uma “fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo” (Fortin, 2009, p. 312).

Posto isto, foram definidos para o presente estudo os seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade compreendida entre os 18 e os 75 anos;
- Ser internada para realização de mastectomia
- Saber ler;
- Aceitar participar no estudo;

Em oposição foram formulados os critérios de exclusão:

- Apresentar complicações pós-operatórias;
- Apresentar limitação da funcionalidade do membro superior homolateral à cirurgia, previamente à mesma.



A partir da População Alvo é selecionada uma Amostra (n), sobre a qual incidirá o estudo. Sempre que possível esta deverá ser representativa da População para que permita fazer generalizações. No presente estudo a técnica de amostragem utilizada será não probabilística, o que significa que “não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin, 2009, p. 321). Será utilizada uma amostragem por escolha racional em que serão selecionados os indivíduos a participar no estudo.

Assumindo que será aplicado o programa de enfermagem de reabilitação às utentes submetidas a mastectomia à terça-feira e servirão de grupo de controlo as doentes operadas ao sábado.

### **2.3. VARIÁVEIS**

Variável para Fortin (2009, p.48) “é um conceito ao qual se pode atribuir uma medida. Corresponde a uma qualidade ou uma característica que são atribuídas a pessoas ou acontecimentos que constituem objeto de uma investigação e às quais é atribuído um valor numérico”. Estas podem ter designações diferentes de acordo com a sua função no estudo.

No caso desta investigação serão utilizadas variáveis de atributo, dependentes e independentes. As de atributo correspondem a características pré-existentes da pessoa, nomeadamente as características sociodemográficas.. A variável dependente, como o nome sugere será influenciada pela variável independente. Neste caso particular a variável dependente será a funcionalidade do membro superior e a variável independente será a realização de um programa de reabilitação.

### **2.4. INSTRUMENTO E PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS**

A escolha do método de colheita de dados deverá estar de acordo com os objetivos do estudo, no caso dos estudos quase-experimentais as observações estruturadas, os questionários e as escalas de medida são as técnicas de eleição (Fortin, 2009).

Para a colheita dos dados sociodemográficos, que permitem caracterizar a amostra, será aplicado um questionário (Apêndice 1) para obtenção de dados relacionadas com: a idade, a escolaridade, a atividade laboral, o estado civil e o tipo de mastectomia (com ou sem esvaziamento ganglionar)

Posteriormente será aplicada a Escala Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) (Anexo 1). Esta escala foi criada por Pamela Hudak, Peter Amado e Claire Bombardier e validada para a língua portuguesa em 2006 por Santos e Gonçalves com um Alfa de Cronbach ( $\alpha$  - 0,95) que o classifica como válido. É um instrumento que procura medir o impacto de determinada condição de saúde na funcionalidade do membro superior bem como o impacto dos cuidados de saúde realizados por problemas a este nível. É aplicável em todas as situações (doença, perturbação ou lesão) que afetem a funcionalidade do membro superior. Trata-se de uma escala de autoquestionário constituída por 30 ítems que avaliam a capacidade para executar determinadas tarefas e os sintomas apresentados referentes à última semana. Tem também dois módulos opcionais relativos à atividade laboral e ao desporto/música (RIMAS, 2022)

A escala DASH será aplicada às mulheres participantes no estudo no período pré-operatório e posteriormente com a periodicidade mensal através de teleconsultas.

## **2.5. PREVISÃO DE TRATAMENTO DE DADOS**

Para o tratamento de dados será realizada uma base de dados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para de forma mais eficiente preparar os mesmos para serem analisados.

Para aferir as variáveis sociodemográficas será utilizada estatística descritiva nomeadamente as medidas de tendência central que, segundo Vilelas (2020, p.400) “são indicadores que permitem que se tenha uma primeira ideia, ou um resumo, do modo como se distribuem os dados de uma experiência, informando acerca do valor (ou valores) da variável aleatória.” Para as restantes variáveis será utilizada a estatística inferencial.

## **2.6. QUESTÕES ÉTICAS**

Nunes (2013) descreve seis princípios éticos que deverão orientar as práticas de investigação: a beneficência, a avaliação da maleficência, a fidelidade, a justiça, a veracidade e a confidencialidade. Estes vão de encontro aos direitos dos participantes no estudo: direito de conhecimento pleno, de autodeterminação, à intimidade e ao anonimato.

É fulcral, no desenvolvimentos de um processo de investigação, o respeito por estes princípios e direitos. Deste modo, além de ser realizado um parecer à Comissão de Ética em Saúde da ULSAM, será facultada uma declaração de consentimento informado (Apêndice 2).

## 2.7. CRONOGRAMA

O presente cronograma serve como referência para a aplicação do presente projeto tratando-se de uma representação da forma como está prevista a realização deste processo de investigação.

	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR
<b>Pesquisa Bibliográfica</b>							
<b>Recolha de Dados</b>							
<b>Tratamento de dados</b>							
<b>Discussão dos Resultados</b>							
<b>Elaboração do Relatório Final</b>							
<b>Entrega do Relatório Final</b>							
<b>Discussão do Relatório</b>							

*Quadro 1 - Cronograma*

## CONCLUSÃO

A Investigação em Enfermagem assume um papel central no desenvolvimento da mesma enquanto disciplina e ciência. Só através da Investigação se poderá expandir o conhecimento e adquirir novas e mais especializadas competências que permitam prestar cuidados de enfermagem de cada vez mais qualidade.

Enquanto futura EEER vejo a Investigação como uma ferramenta para amplificar o nosso trabalho e demonstrar à comunidade científica a importância da nossa presença nas mais diversas áreas. Particularmente na área das doenças oncológicas, considero que o caminho a percorrer, ainda que já tenha sido iniciado, é longo e temos muito ainda que demonstrar para que cada vez mais precocemente consigamos atuar junto das pessoas com este tipo de patologia.

O presente projeto será utilizado para nortear a minha investigação no Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final a realizar no último ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Contudo, salvaguardo que, tratando-se de um projeto, poderá ainda sofrer alterações mediante novas circunstâncias ou necessidades que se coloquem.

A Investigação é ainda um termo que provoca nervosismo, porém, julgo que pouco a pouco me começo a integrar nesta realidade e me sinto mais preparada para os desafios do futuro enquanto pessoa e profissional.

## BIBLIOGRAFIA

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Recomendações Nacionais para o Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2009.

FERREIRA, Marília Patrão- **Reabilitação da Mulher Mastectomizada da informação à capacitação**, projeto de trabalho: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, 2017. Dissertação de Mestrado.

FIREMAN, Kelly de Menezes, MACEDO, Flávia Oliveira, TORRES, Daniele Medeiros, FERREIRA, Flávia Orind, LOU, Marianna B. Araujo – **Percepção das Mulheres sobre sua Funcionalidade e Qualidade de Vida após Mastectomia**. Revista Brasileira de Cancerologia. 2018. Vol 64. nº4 p. 499-508.

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

GLADYS e DETERS - **Intervenções junto de Pessoas com Problemas da Mama**. In PHIPPS, Wilma J., SANDS, Judith K., MAREK, Jane F: **Enfermagem Médico Cirúrgica**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7.

LIGA PORTUGUESA CONTRA O CANCRO. **Programa de Rastreio do Cancro de Mama: Cancro da Mama um problema de saúde pública**. Lisboa: Liga Portuguesa contra o Cancro, 2022. Consultado em 2 Jun. 2022. Disponível na WWW: <URL: <https://www.ligacontracancro.pt/servicos/detalhe/url/programa-de-rastreio-de-cancro-da-mama/>>

MARQUES-VIEIRA Cristina, SOUSA Luis – **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida**. Loures: Lusodidacta, 2016. ISBN 978-989-8075-73-4.

NUNES, Lucília – **Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem**. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS, 2013. ISBN 978-989-98206-1-6.

PANOBIANCO, Marislei Sanches, Mamede, Marli Villela – **Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia**. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2002. Vol.10 nº4 p.544-551.

PORTUGAL, Administração Regional de Saúde do Norte – **Perfil Local de Saúde 2018**. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, 2018

PORTUGAL. Unidade Local de Saúde do Alto Minho – **Relatório de Contas 2020**. Viana do Castelo: Unidade Local de Saúde do Alto Minho, 2021.

REGULAMENTO nº392/19. **DR II Série**. 85 (2019/05/03) 13565-13568.

REPOSITÓRIO DE INSTRUMENTOS DE MEDIÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE - **Disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH)**. Lisboa: RIMAS, 2022. Consultado em 28 Mai. 2022. Disponível na WWW: <URL <http://rimas.uc.pt/instrumentos/13/>.

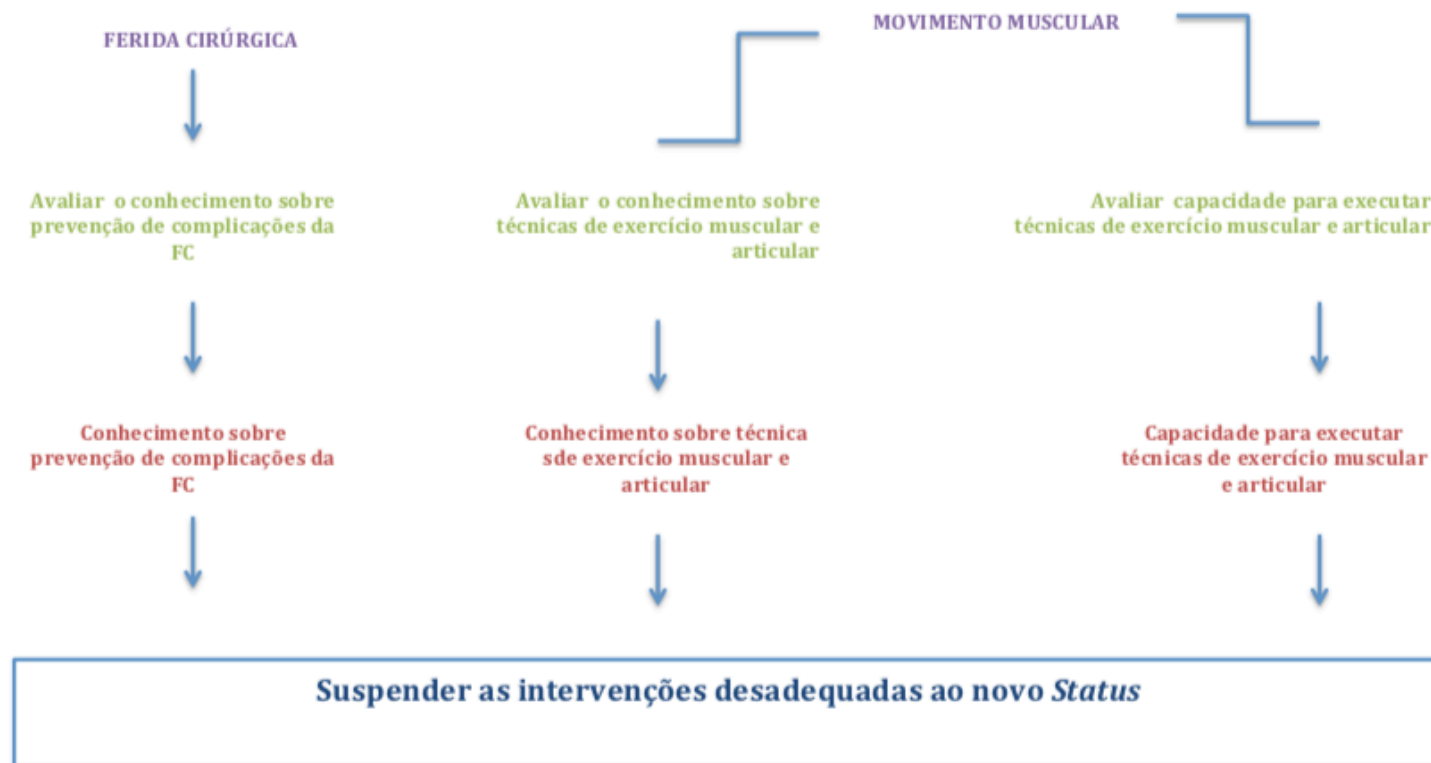
RODRIGUES, Tânia, GOMES, Bárbara – **Programa de enfermagem de reabilitação à mulher submetida a cirurgia da mama**. In RIBEIRO, OLGA Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas. Lisboa: Lidel. 2021. ISBN 978-989-752-723-4

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ONCOLOGIA – **Manual de Oncologia SPO: Abordagem e tratamento do cancro da mama**. 1ª ed. Lisboa: Edit.on.lab., 2020.

VILELAS, José – **Tipos de estudos**. In VILELAS, José – Investigação O Processo de Construção do Conhecimento. 3ªed. Lisboa: Edições Sílabo, 2020. ISBN 978-989-561-097-6

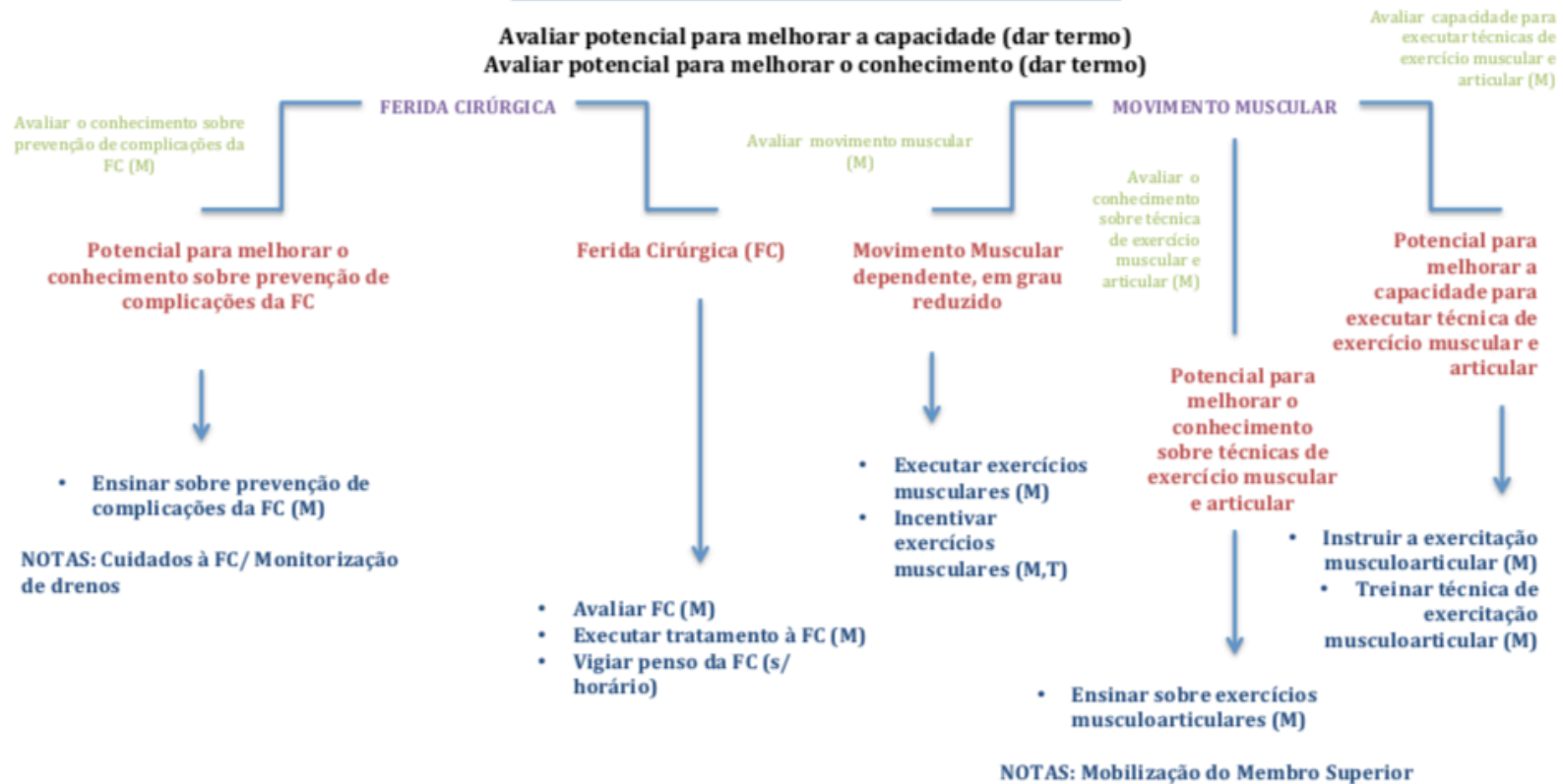
**APÊNDICE 2 – Fluxogramas**

# FLUXOGRAMA – ATUALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA MASTECTOMIA



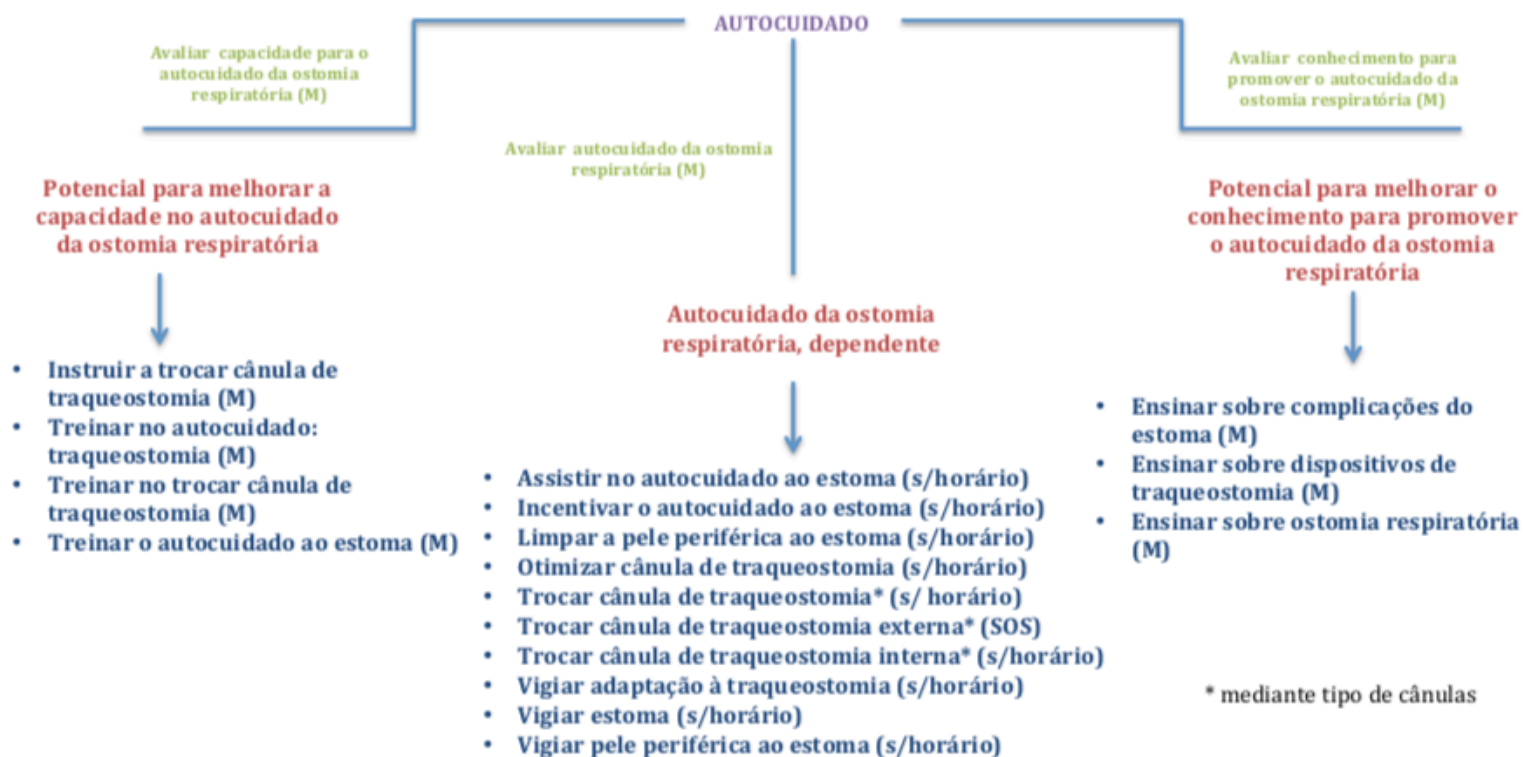


# FLUXOGRAMA – PROCESSO DE ENFERMAGEM NA MASTECTOMIA



# FLUXOGRAMA – PROCESSO DE ENFERMAGEM NA TRAQUEOSTOMIA

Avaliar potencial para melhorar a capacidade (dar termo)  
Avaliar potencial para melhorar o conhecimento (dar termo)



**APÊNDICE 3 – Avaliação da atividade no âmbito da Gestão e Formação**

## Avaliação da Formação em Serviço

### **“Processo de Enfermagem na Mastectomia e na Traqueostomia”**

Análise das respostas ao questionário de avaliação:

- Desenvolvimento da Ação de Formação

Objetivos da ação

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Bom	3	13,0
Muito Bom	8	34,8
Excelente	12	52,2
Total	23	100,0

Conteúdos da ação

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Suficiente	1	4,3
Bom	3	13,0
Muito Bom	6	26,1
Excelente	13	56,5
Total	23	100,0

Utilidade dos Conteúdos

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Bom	4	17,4
Muito Bom	6	26,1
Excelente	13	56,5
Total	23	100,0

Motivação e participação

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Suficiente	1	4,3
Bom	4	17,4
Muito Bom	8	34,8
Excelente	10	43,5
Total	23	100,0

#### Atividades propostas

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Bom	4	17,4
Muito bom	8	34,8
Excelente	11	47,8
Total	23	100,0

#### Instalações e equipamentos

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Bom	6	26,1
Muito Bom	8	34,8
Excelente	9	39,1
Total	23	100,0

#### Apoio da coordenação da ação

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Bom	4	17,4
Muito Bom	7	30,4
Excelente	12	52,2
Total	23	100,0

No que diz respeito ao desenvolvimento da ação de formação foram avaliadas 7 dimensões: objetivos da ação, conteúdos da ação, utilidade dos conteúdos, motivação e participação, atividades propostas, instalações e equipamentos e apoio da coordenação da ação.

Os objetivos da ação foram classificados pela maioria (52,2%) como excelentes sendo que 56,5% dos participantes atribuíram a mesma classificação aos conteúdos da ação e à utilidade dos mesmos.

A motivação e participação obteve uma classificação suficiente (4,3%), quarto bom (17,4%), oito muito bom (34,8%) e 10 excelente (43,5%), colocando a maioria das avaliações nos níveis muito bom e excelente.

Relativamente às atividades propostas, as avaliações maioritárias foram muito bom (34,8%) e excelente (47,8%) sendo que as restantes (17,4%) foram no nível bom.

Na classificação das instalações e equipamentos o número de respostas nos níveis muito bom e excelente foram próximas correspondendo a 34,8% e 39,1% respetivamente.

- Intervenção da Formadora

#### Domínio do assunto

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Bom	3	13,0
Muito Bom	8	34,8
Excelente	12	52,2
Total	23	100,0

#### Métodos

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Bom	4	17,4
Muito Bom	6	26,1
Excelente	13	56,5
Total	23	100,0

#### Linguagem

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Bom	4	17,4
Muito Bom	3	13,0
Excelente	16	69,6
Total	23	100,0

#### Empenho do Formador

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Bom	4	17,4
Muito Bom	2	8,7
Excelente	17	73,9
Total	23	100,0

## Relação entre pessoas

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Bom	4	17,4
Muito Bom	4	17,4
Excelente	15	65,2
Total	23	100,0

Na avaliação da intervenção da formadora foram contempladas as seguintes questões: domínio do assunto, métodos, linguagem, empenho e relações interpessoais. Em todas as dimensões as respostas estiverem concentradas nos níveis bom, muito bom e excelente.

No que ao domínio da temática diz respeito, a maioria (52,2%) é da opinião de que este era excelente, seguida de (34,8%) que consideraram muito bom. Os métodos utilizados também foram classificados como excelentes pela maioria dos participantes (56,5%).

A linguagem, o empenho e a relação interpessoal foram dimensões com percentagens mais elevadas de classificações excelentes, 69,6%, 73,9% e 65,2% respetivamente.

De uma forma geral faz-se um balanço positivo da sessão de formação, tendo contado com a adesão da maioria da equipa do serviço (23 participantes) que se mostraram participativos e ativos durante a mesma. Também as respostas ao questionário de avaliação permitem tirar conclusões favoráveis quanto ao desenvolvimento da mesma e da formadora.

**APÊNDICE 4 – Folheto: Mastectomia c/ Esvaziamento Ganglionar – Programa de  
Enfermagem de Reabilitação**



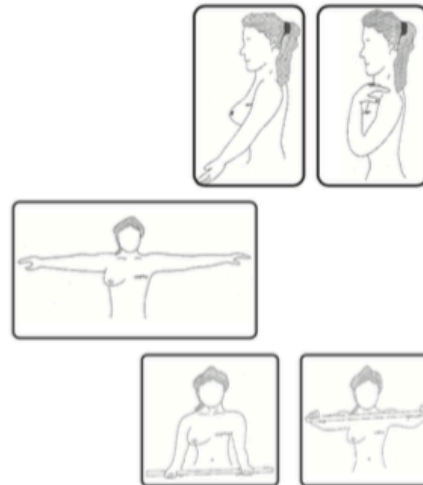


*Mobilização da Coluna Cervical*

- Flexão e Extensão do Pescoço
- Lateralização do Pescoço
- Rotação do Pescoço

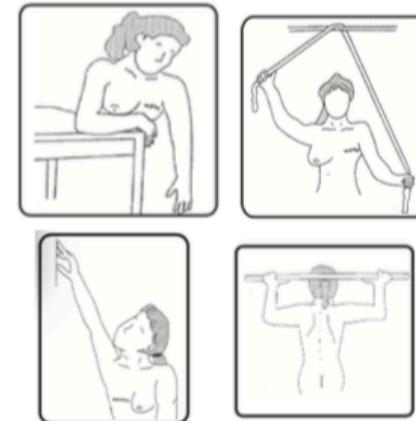
## Programa de Reabilitação

Este folheto serve de guia para a aplicação do Programa de Enfermagem de Reabilitação que iniciou durante o internamento. Aqui encontrará descritos os exercícios a realizar. Estes devem ser realizados 2 vezes por dia, sem esquecer que o número de repetições de cada exercício depende da sua tolerância e **não deve provocar dor!**



*Mobilização do Membro Superior Afetado*

- Mobilização dos dedos
- Mobilização do punho
- Mobilização do cotovelo
- Mobilização do ombro



*Exercícios para realizar após cicatrização da ferida cirúrgica*

- Pêndulo
- Roldana
- Trepas a parede
- Exercícios com bastão

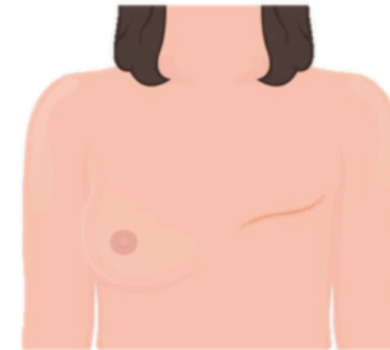
## CUIDADOS APÓS MASTECTOMIA

- Realizar movimentos suaves com o membro e evitar esforços;
- Até cicatrização completa da ferida cirúrgica e remoção de drenos não elevar o braço num ângulo superior a 90°;
- Manter o braço elevado cerca de 30° para prevenir o edema;
- Não dormir sobre o lado operado;
- Usar roupas mais largas e fáceis de vestir;
- Vestir a roupa começando pelo braço do lado operado e só depois o outro;
- Despir a roupa começando pelo braço sã.
- Evitar qualquer traumatismo/lesão do braço;
- Utilizar luvas de proteção nas tarefas de cozinha e jardinagem;
- Evitar movimentos repetitivos durante períodos prolongados (engomar, varrer, aspirar);
- Utilizar manga compressiva se viajar de avião;

Em caso de dúvidas ou  
dificuldades:

Enf.<sup>a</sup> Jessica Capitão

Contacto:  
965533300



Mastectomia c/

Esvaziamento

Ganglionar

**Programa de Enfermagem  
de Reabilitação**

VII Curso de Mestrado em Enfermagem de  
Reabilitação



ESS-IPVC



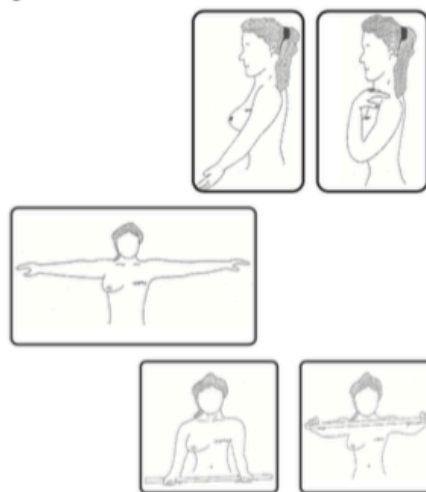


*Mobilização da Coluna Cervical*

- Flexão e Extensão do Pescoço
- Lateralização do Pescoço
- Rotação do Pescoço

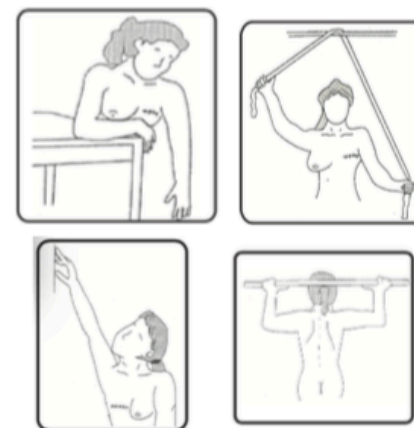
## Programa de Reabilitação

Este folheto serve de guia para a aplicação do Programa de Enfermagem de Reabilitação que iniciou durante o internamento. Aqui encontrará descritos os exercícios a realizar. Estes devem ser realizados 2 vezes por dia, sem esquecer que o número de repetições de cada exercício depende da sua tolerância e **não deve provocar dor!**



*Mobilização do Membro Superior Afetado*

- Mobilização dos dedos
- Mobilização do punho
- Mobilização do cotovelo
- Mobilização do ombro



*Exercícios para realizar após cicatrização da ferida cirúrgica*

- Pêndulo
- Roldana
- Tregar a parede
- Exercícios com bastão

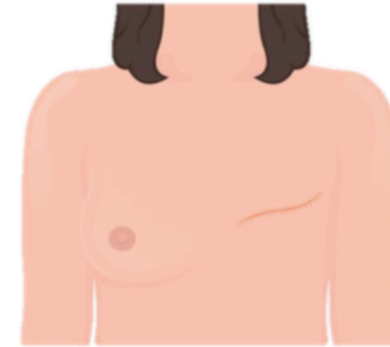
## CUIDADOS APÓS MASTECTOMIA

- Realizar movimentos suaves com o membro e evitar esforços;
- Até cicatrização completa da ferida cirúrgica não elevar o braço num ângulo superior a 90°;
- Manter o braço elevado cerca de 30° para prevenir o edema;
- Não dormir sobre o lado operado;
- Usar roupas mais largas e fáceis de vestir;
- Vestir a roupa começando pelo braço do lado operado e só depois o outro;
- Despir a roupa começando pelo braço são.

Em caso de dúvidas ou dificuldades:

Enf.<sup>a</sup> Jessica Capitão

Contacto:  
965533300



## Mastectomia

**Programa de Enfermagem  
de Reabilitação**

VII Curso de Mestrado em Enfermagem de  
Reabilitação



ESS-IPVC

**APÊNDICE 6 – Questionário sociodemográfico e clínico**

## Questionário Sociodemográfico e clínico

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** Casada \_\_\_\_\_

Solteira \_\_\_\_\_

União de Facto \_\_\_\_\_

Viúva \_\_\_\_\_

Divorciada \_\_\_\_\_

**Habilitações Literárias:** 1º ciclo (4ª classe) \_\_\_\_\_

2º Ciclo (6º ano) \_\_\_\_\_

3º Ciclo (9º ano) \_\_\_\_\_

Ensino Secundário \_\_\_\_\_

Curso Profissional \_\_\_\_\_

Ensino Superior \_\_\_\_\_

**Ocupação:** Empregada \_\_\_\_\_

Desempregada \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Mastectomia** (a preencher no pós-operatório):

Com Esvaziamento Ganglionar \_\_\_\_\_

Sem Esvaziamento Ganglionar \_\_\_\_\_

**APÊNDICE 7 – Declaração de Consentimento Informado**



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Se concordar em participar neste estudo, por favor assine no espaço indicado. Agradeço desde já a sua contribuição.

### Designação do Estudo:

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo assinado, \_\_\_\_\_ (nome completo) \_\_\_\_\_,

Tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação “Impacto de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Funcionalidade do Membro Superior da Mulher submetida a Mastectomia”, realizado por Jessica Lima Capitão, a frequentar o VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

Assinatura do participante:

---

Assinatura da investigadora responsável:

---

**APÊNDICE 8 - Avaliação da atividade no âmbito da Gestão e Formação**

**Grelha de avaliação semanal da execução do Programa de Enfermagem de Reabilitação**

<b>Exercício</b>	<b>1ª semana</b>	<b>2ª semana</b>	<b>3ª semana</b>	<b>4ª semana</b>	<b>OBS.</b>
Posicionamento do membro homolateral em abdução a 90°					
Flexão e extensão do pescoço					
Lateralização do pescoço para a esquerda e para a direita					
Rotação do pescoço para a esquerda e para a direita					
Flexão e extensão do cotovelo					
Pronação e supinação do membro superior					
Flexão, extensão, desvio radial e desvio cubital do punho					
Flexão, extensão adução, abdução dos dedos e oponência do polegar					
Flexão e extensão do ombro até aos 90°					
Adução e abdução do ombro até 90°					
Elevação e depressão dos ombros					
Protração e retração dos ombros					
Exercício de trepar a parede					
Exercício do pêndulo					
Exercício da roldana					
Exercício c/ bastão					
<b>Data:</b>					

**NOTAS:**