TELMA REGINA CHIARAPA

AFETIVIDADE NAS TÉCNICAS DE REABILITAÇÃO FÍSICA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
CAMPO GRANDE, MS
2003

ANEXOS

ANEXO I: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA APLICADA ÀS PACIENTES

1. Qual foi sua reação ainda no consultório do médico, quando recebeu o diagnóstico de que estava com câncer de mama?
2. O que acha que seja câncer?
3. E câncer de mama?
4. Como contou para a família e para os amigos?
5. Alguma vez na vida chegou a pensar que poderia ter câncer?
6. Teve algum tipo de medo? Qual?
7. Sentia algum tipo de "dor"?
8. Como era sua vida sexual antes da cirurgia?
9. Como era sua convivência familiar antes da cirurgia?
10. Como era seu lazer antes da cirurgia?
11. O que passava pela sua cabeça ao entrar no centro cirúrgico?
12. Você já sabia sobre tudo o que iria acontecer com você, desde a cirurgia até sua total recuperação?
13. O que mudou na sua vida familiar depois da cirurgia?
14. O que mudou na sua vida sexual depois da cirurgia?
15. O que mudou no seu lazer depois da cirurgia?
16. Conte-me como foi acordar depois da cirurgia no hospital?
17. Quais foram os profissionais que estiveram com você no hospital?
18. Algo te preocupava ou amedrontava?
19. Quando estava sozinha no hospital, em que pensava?
20. Quando acordou depois da cirurgia, você pensou que poderia estar curada, já que agora operou?

21. Depois da recuperação total, você faria ou pensaria alguma coisa diferente?
22. O que vem à sua cabeça quando falo a palavra corpo?
23. O que você acha que seja ter saúde?
24. Pra você o que é estar doente?
25. O que você acha que significa ter afeto por alguém?
26. O que significa FISIOTERAPIA pra você?
27. Alguém que tem contato com você, além da família e o fisioterapeuta, te toca?
28. E você, acha que é importante tocar alguém?
29. Você quer me contar algo que não perguntei e que você acha importante?

ANEXO II: FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA

MASTOLOGIA

Nome:_____

Data de nasc.:_____**Profissão;**_____

Endereço:_____**Fone:**_____

Médico Especialista:_____**Fone:**_____

Diagnóstico de encaminhamento:_____

Data da Entrevista:_____

Queixa Principal:_____

APP:_____

_____

_____

_____

APF:_____

_____

_____

_____

HMA:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Inspeção:

Pele:_____

Postura:_____

_____

_____

Palpação:_____

_____

_____

_____

Sensibilidade:_____

_____

_____

ADM (goniometria):

OMBRO	1ª sessão H		1ª sessão A		7ª sessão A		10ª sessão A		20ª sessão A	
	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
Flexão										
Extensão										
Abdução										
Adução										
Rotação Interna										
Rotação Externa										

Força Muscular

Membro Superior	1ª sessão H		1ª sessão A		7ª sessão A		10ª sessão A		20ª sessão A	
	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
Flexão										
Extensão										
Abdução										
Adução										
Rotação Interna										
Rotação Externa										

Perimetria

	1ª sessão H		1ª sessão A		7ª sessão		10ª sessão		20ª sessão A	
	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
Braço – 10cm										
Braço – 18cm										
Antebraço-8cm										

Linfedema:_____

_____

Contratura:_____

_____

_____

Quadro álgico:_____

_____

_____

_____

_____

Observações:_____

_____

_____

_____

Objetivos do tratamento:_____

_____

_____

_____

_____

Tratamento proposto:_____

_____

_____

_____

_____

_____

EVOLUÇÃO:

ANEXO III: TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu_____ portadora do RG nº_____ e CPF nº_____, autorizo o estudo e a divulgação das entrevistas, bem como resultados da assistência direcionada a dissertação "Afetividade nas técnicas de reabilitação física em mulheres mastectomizadas", aplicadas pela Fisioterapeuta Telma Regina Chiarapa.

Por ser verdade concordo em participar voluntariamente da referida pesquisa.

Campo Grande – MS, ____ de_____ de_____.

_____

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, muito se fala sobre a rapidez com que um fisioterapeuta ou agente de saúde realiza uma consulta e ainda sobre a "distância" entre esse e outros profissionais do paciente; há de fato deficiência neste tipo de relacionamento.

> "... a filha de um paciente com câncer queixava-se de que o médico responsável pelo caso, conversava com a família da porta do quarto do hospital. Sem se preocupar com o choque, o médico afirmara que os testes haviam terminado e as notícias não eram "nada boas". Quando lhe interrogaram quanto ao diagnóstico, ele respondeu: câncer em fase terminal. A verdade deveria ser dita, mas não de maneira tão insensível ..."
>
> CONSINS,1992, p.58 e 59.

Assim, temos nós, que convivermos com os 'danos' existentes na falta de saúde, principalmente nos hospitais públicos e/ou filantrópicos, onde muitos exemplos pertinentes ao citado acima acontecem, mas é de suma importância enfatizar que eles não devem ser considerados como um veredito sobre a esta profissão.

A prática profissionalizante permitiu que se conhecesse lições e experimentos simples, porém, grandiosas lições de vida. Parece haver muito mais a ser considerado em tratamento, reabilitação ou cura que a medicação: apoio emocional com atenção e comunicação dirigida ao paciente e ao seu 'problema' e a oferta de confiança, são vitais para quaisquer estratégias de cura.

Thiers (1998) comenta que quando partirmos deste princípio temos que, para sermos terapeutas, desenvolver em nós uma predisposição independentemente de nossas preferências; de estarmos voltados para busca; para auxiliarmos no encontrar o caminho que vai ajudar àquele que, em nós deposita sua confiança a encontrar a compreensão necessária e, desta maneira, ser possível a solução para os seus males.

Diante de tal colocação, precisamos antes de mais nada, ter uma capacidade de estar ao lado de um ser humano de forma verdadeira, desprovidos de pré-julgamentos e pré-conceitos, prontos para receber, acolher e, principalmente, compreender profundamente que o que se tem diante de nós não é um ser no qual se pode aplicar uma técnica, mas alguém que carrega consigo uma história.

Consins (1992), relata que não aprendeu, na última década na escola de medicina, nada mais surpreendente do que a necessidade que têm os pacientes de sentir sua confiança renovada. Portanto, se sentem forçados a reconhecer uma relação vital entre a confiança e o tratamento eficaz.

Dentro de uma retrospectiva histórica da literatura surprende-se pelo fato de que até 1900, a relação entre câncer e os fatores psicológicos era aceita de maneira generalizada pelos médicos oncologistas do século anterior; que não disponham de sofisticados instrumentos e sim de técnicas acanhadas. Sem tomografia axial computadorizada ou testes bioquímicos refinados, eles precisavam escutar suas pacientes para que pudessem entender o que estava acontecendo. Assim, ouviam contar suas histórias e seus sentimentos.

Os fatores emocionais, sobretudo aqueles ligados às grandes perdas, aos lutos trágicos e à desesperança que precediam os primeiros sinais da doença, apareciam para estes atentos clínicos tão freqüentes e sistemáticos que eles não podiam deixar de levá-los em consideração. Com o início do século XX, o espetacular progresso das técnicas de investigação e intervenção médicas mudou drasticamente esse cenário. A preocupação com os fatores psicológicos foi ficando cada vez mais distantes destes profissionais (BOFF, 2001).

Reforçando esta triste realidade, LeShan, (1992, p22), afirma que:

> "A cirurgia passou a focalizar a atenção no câncer como uma doença situada numa parte específica do corpo, deixando de considerá-la como um aspecto do funcionamento do ser humano como um todo".

A partir da segunda metade do século XX, por volta da década de sessenta, começaram a aparecer estudos e trabalhos científicos mostrando que uma vida emocional saudável e criativa constituí um fator protetor contra a doença quando desempenha um importante papel na evolução favorável do câncer após tratamento (BOFF, 2001).

Estar doente é uma experiência desestruturadora, a pessoa não consegue resolver o seu 'problema'. Na verdade, estas pessoas não procuram apenas ajuda terapêutica, mas também uma forma de lidarem com a doença. Procuram esperança ...

Sabe-se do comprometimento pessoal e delicado em se oferecer esperança à um doente, porém, pensa-se não possuirmos sabedoria suficiente para deixar anunciar tal reforço, pois pode alterar um prognóstico.

Vale acrescentar, que se acredita que este ser humano doente, quando encorajado a enfrentar seus limites, quando compreendido e respeitado, se tranqüiliza e revigora-se para enfrentar uma grande batalha de vida.

Não se deve pensar em "contos de fadas" quando se fala em oferecer esperança, não se objetiva iludir estas pacientes, mas sim, despertar-lhes para que ativem seu possível processo imunológico, interno e ambiental. Mas sim, despertá-la para uma recuperação e conseqüente independência pessoal.

Nenhum membro de uma equipe idônea acobertaria a seriedade de uma doença, porém, ofereceria contato direto, tratamento e uma equipe multiprofissional adequada incluindo: nutrição, atividade física, acompanhamento psicológico, laborterápico, dentre outros.

Acredita-se que por menor que seja a chance de recuperação, a renovação da confiança do doente é a linha de vida que une paciente e terapeuta num empreendimento conjunto.

O terapeuta prudente reconhece que a confiança pode agilizar a recuperação. Sabe que a incerteza e a ansiedade que acompanham até mesmo as enfermidades mais simples, podem agravar a dor e dificultar o processo de cura. Parece conferir à doença sentimento de apreensão, transformando o medo em pânico. Podendo este intensificar sintomas da doença.

Considerando o crescente número de pacientes oncológicas e a necessidade de um acompanhamento pós-operatório pela equipe, para complementação do atendimento à mulher mastectomizada em seus momentos de dificuldades; seja no aspecto social, psicológico, dor, cuidados, orientações sobre tratamento e outros; é de suma importância uma equipe multiprofissional composta por médicos mastologistas, residentes em

ginecologia, enfermeira, assistente social, psicóloga, psiquiatra, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

Acredita-se então, que o atendimento global e afetuoso ofertado às pacientes deste estudo trouxe excelentes resultados. A paciente passou a ter também uma melhor aceitação, participou do tratamento juntamente com a família, começando a compreender melhor a doença, redescobrindo sua feminilidade e sexualidade, melhorando sua auto-imagem.

Em um serviço de mastologia, as mulheres trazem consigo a experiência do câncer de mama, pessoal ou de alguém mesmo da família, que implica na experiência de dor, de mutilações ou de morte. Elas trazem também a angústia, a depressão, as perdas relacionadas com esta patologia. Que espaço o hospital e a equipe possuem para acolher essas mulheres que propicia para as manifestações e a compreensão dessas vivências?

Os profissionais de saúde, em especial, como em destaque neste trabalho, o fisioterapeuta, que tem contato com serviço de oncologia, principalmente com a mastectomizada, necessitam de uma abordagem das problemáticas médicas, físicas, psíquicas e sociais relativas à feminilidade e ao seio em particular.

A equipe multidisciplinar pressupõe o trabalho conjunto de profissionais com as mais diversas especializações sabendo que todo especialista corre o risco de abordar a situação de modo fragmentário, parcial. A visão fragmentada suscita vários problemas quando transporta ao âmbito do tratamento das patologias da mama, sendo a causa de muitos impasses terapêuticos.

O câncer de mama é um fator altamente perturbador da psiquismo feminino do ponto de vista individual e relacional, colocando em destaque suas representações corporais, suas experiências erógenas e sua feminilidade, encarnando também uma ameaça à confiança em sua capacidade de gratificação e de maternagem.

Esse é o pano de fundo a partir do qual, para algumas mulheres, a patologia da mama, ou "seu fantasma", representa a materialização de seus temores primitivos de mutilação corporal, perturba as referências estruturantes de sua identidade feminina e, conseqüentemente, seu comportamento e suas relações, enquanto mulheres, com as outras pessoas de seu meio.

Para algumas mulheres, a ameaça ao seio é sobretudo sentida como um perigo para um emblema de sua maturidade, para um órgão-avalista de sua pertinência ao mundo adulto. As representações, ou mesmo suas experiências da maturidade, também se ressentem das repercussões fantasmáticas suscitadas pelas doenças da mama e seus riscos. O seio é colocado em evidência como elemento essencial de suas primeiras relações com seus filhos, e suas lembranças ligadas a tais experiências.

Neste trabalho, partiu-se da proposta de recuperação precoce em mulheres mastectomizadas, em um atendimento afetuoso, compreendendo na doação de amor, carinho, toque e o saber ouvir.

Williams e Buchanam (1987) propõem condutas de auxílio a profissionais de saúde atuantes em pacientes com câncer de mama; onde segundo eles, dentre outros tópicos, todo esforço deve ser efetuado para encurtar o período entre o diagnóstico e o tratamento inicial e ainda mencionam que uma intervenção psicológica adequada e a tempo pode prevenir problemas mais graves e de longa duração.

Na ânsia de comprovar a cientificidade objetiva do acréscimo afetuoso nas técnicas de assistência fisioterápica, talvez tenha deixado de olhar parte daquele corpo, embora mutilado, mas, falante. . .

Acreditando que este toque amoroso e afetuoso não reduz o homem, aqui, fisioterapeuta, em um ser psicológico, mas sim, possível captador das dimensões do ser humano, aqui, mulher mastectomizada. . .

Pensa-se que caberia aos profissionais de saúde tirar o maior proveito das ricas informações contidas neste trabalho acreditando serem necessárias para transformar algumas atitudes arraigadas em tradições que nada ajuda ao reabilitador físico, sobretudo à paciente.

É preciso ter em vista não somente a recuperação do câncer, mas também a reabilitação global, nos âmbitos físico, psicológico, social e profissional. Ao fisioterapeuta compete a pesquisa e novos métodos de reabilitação (CAMARGO e MARX, 2000).

Camargo e Marx (2000), afirma ainda, que a abordagem psicológica baseia-se em resgate da auto-estima, a reprogramação da imagem corporal e a abertura para novas alternativas de vida. Sua eficácia depende muito da harmonia da equipe multiprofissional,

bem como terapeuta paciente, para que o mesmo sinta-se amplamente amparada.

Percebeu-se a necessidade de uma "re-humanização" dos fisioterapeutas, enquanto profissionais de saúde, para o melhor entendimento do ser humano e de suas aflições.

Não se trata de uma visão crítica e individualista, visto que seus métodos e técnicas de tratamento são comprovados cientificamente como eficazes.

Este trabalho pretendeu estudar o espetáculo humano, onde a mutilação de um órgão tão feminino juntamente com seus medos, dores, a procura de alívio e ausência de solidão, foram os protagonistas de um retorno a sua auto-estima, corporeidade e esperança de um futuro melhor.

A experiência corpo-a-corpo com estas mulheres foi tão forte, que apressou de questionamentos e curiosidades existente desde o início deste trabalho.

Elas foram mensageiras de um mar de magia e clareza quanto ao reconhecimento profissional da necessidade da intervenção do afeto nas técnicas de reabilitação física, chegadas por todos os lados: no olhar...nos movimentos...no sorriso...no humor...na esperança... na participação cada vez mais envolvida... na espera de um toque...na entrega de amor... ... ...

Não é possível chegar ao término deste trabalho, sem uma ótica especial, tendo em vista que o tempo de convivência e realização desta pesquisa, mostrou que o direcionamento do acréscimo do "componente afetivo" talvez seja secundário frente a relevância de mudanças conceituais intrínsecas dos profissionais.

Embora reconhecendo que a amostra para resultados desta pesquisa seja discreta; acredita-se que o objeto desta pesquisa, a afetividade, aqui aplicada como: amor, carinho, toque e o saber ouvir, aliada aos métodos conservadores de reabilitação, seja um recurso de extrema valia, acessível e de fácil aplicabilidade com rápidos resultados que um fisioterapeuta possui para ofertar à essas mulheres, promovendo assim qualidade de vida física e emocional e alta precoce.

Parece inevitável aliar-se na teoria de Londres (2002, p15): "profissionais pouco afetivos também representam um problema".

Abordou-se esse assunto a partir de indicações filosóficas, históricas, psicológicas

e reabilitativas, sem negligenciar, contudo, as referências concretas de caráter prático capazes de auxiliar minimamente a paciente e os profissionais de saúde envolvidos diretamente no tratamento. Espera-se ter podido mostrar que os elementos emocionais e psicossociais presente na produção e no desenvolvimento do câncer de mama, bem como no tratamento, na cura ou no desenlace infeliz desse processo estejam bem estabelecidos e considerados suficientemente relevantes para que não sejam desprezados.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS CASOS

6.1. APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Primeiro caso:

Paciente M. O. R. C., 49 anos, operada com a técnica cirúrgica de mastectomia radical modificada tipo *Madden* em 20.02.98 na A.A.M.I.-Maternidade Cândido Mariano, nesta cidade.

A mesma recebeu assistência fisioterápica desde o pós-operatório imediato, apresentando limitações na amplitude de movimento e diminuição de força muscular no membro superior homolateral à cirurgia, contratura muscular em trapézios fibras superiores e médias, discreta cifose dorsal, ausência de algia ou linfedema, discreta diminuição de expansibilidade pulmonar.

Notavam-se sentimentos de tristeza e desconfiança durante o atendimento.

Os métodos e técnicas utilizados foram os citados no capítulo III, incluindo

assistência não apenas para o pós-operatório imediato, mas também tardio. Atualmente, a mesma ainda participa de sessões fisioterápicas em grupo, para manutenção do quadro e convívio social, embora já tivesse sido lhe dada alta fisioterápica.

Seguindo o de entrevista (em anexo), buscou-se obter informações a respeito de:

DIAGNÓSTICO:

> *". . . na hora em que ela falou que era câncer de mama, que era maligno e que tinha que tirar a mama, fiquei desesperada, saí em prantos. . . o chão sumiu . . . eu estava sozinha ...."*

O câncer de mama é um estress significativo para a mulher, no entanto, as mulheres variam muito em suas respostas emocional e sexual, tanto para o diagnóstico como para o tratamento (MASSIE e HOLLAND, 1991).

CÂNCER:

> *". . . no começo, quando eu ouvia "câncer", me dava um frio, era sinônimo de morte, mas depois que comecei o tratamento e por ter acontecido comigo, eu acho que é ter esperança . . .*
> *. . .nunca pensei que isso fosse acontecer comigo um dia. . ."*

Foi comentado por Kübler-Ross (1998:44) que "*a negação, ou pelo menos a negação parcial, é causada por quase todos os pacientes, ou nos primeiros estágios da doença ou logo após a constatação, ou, às vezes, numa fase posterior".*

FAMÍLIA:

> *". . .contei desde o começo, a família inteira entrou em desespero, eu já perdi uma tia com câncer de útero; aí eu vi que eu é que tinha que ser forte. . .*
> *. . . meu marido ficou muito apavorado, mas me deu muito apoio".*

Northouse (1989) aponta a família e o marido como principais fontes de apoio para mulheres com câncer de mama.

MORTE:

> *" ... eu não tive medo da morte, de morrer; tive medo que tudo tivesse se espalhado dentro de mim; não tenho medo de morrer, sabe, mais sei lá... dá uma*

insegurança quando eu vou fazer os exames, antes de dar o resultado me dá um certo medo, mais eu não medo de que que é..."

Para Kovács (1992) alguns medos são mais conscientes e expressos, outros permanecem mais latentes. Portanto, como medir e avaliar a intensidade do medo da morte de diferentes pessoas?

SEXO:

". . .não mudou nada depois da cirurgia . . ."

Os problemas sexuais estão relacionados com a imagem corporal: mulheres com problemas de imagem corporal têm nove vezes mais chances de ter problemas sexuais do que aquelas que não têm tais problemas (MAGUIRE et al., 1978).

LAZER:

". . . melhorou só aqui na fisioterapia. . ."

Os aspectos sociais das pacientes são fatores de suma importância no que diz respeito a resultados positivos de sua recuperação (GUIRRO, 2002).

O DESPERTAR PÓS-CIRÚRGICO:

". . . foi horrível, uma sensação de perda muito grande. . . não tinha coragem de passar a mão, eu olhei na hora do banho e me deu um desespero muito grande. . . é horrível a perda de uma parte do corpo. . .não foi fácil. . . é dureza . . ."

A mutilação causada pela mastectomia desequilibra a auto-imagem, resultando em uma não aceitação da situação, conforme depoimentos extraídos por ANZIEU (1978).

ALGO QUE A AMEDRONTASSE

"... no começo, eu pensei: puxa vida, não vou ter coragem de tirar a roupa para o meu marido... ele me deu muita força e falava que a perda de uma mama não quer dizer que eu perdi a vida, perdi o amor de todos . . .perdi nada, né . ..

... meu problema maior era que eu tinha que enfrentar a quimioterapia, eu pensava se ia resistir . . . se ia mesmo eliminar todas as células. . . passava mil

coisas na minha cabeça, como enfrentar a vida lá fora . . .como eu ia sair de casa, pois sabia que ia perder o cabelo . . . então me preocupei bastante com isso, essa parte estética . . .”

Para Silva (1999), as emoções básicas seriam três: medo, ira e amor. Delas derivariam todas as outras. Assim, o ódio, a vingança, o ciúme, a inveja e o desprezo se relacionariam com a ira. O espanto, a ansiedade, a aflição, o pesar, o sobressalto, e a intranqüilidade estariam relacionados com o medo. A piedade, a tristeza, a afeição, a alegria, o entusiasmo, a excitação sexual, por fim, derivariam de e estariam relacionados com o amor.

CORPO:

“. . . eu acho que ele está incompleto agora, falta um pedaço . . .eu não sou muito de olhar no espelho, mas depois da cirurgia piorou de uma vez. . .Só me olhei no espelho depois que comecei a fisioterapia, daí eu vi que tinha que reagir. . .”

Igualmente, segundo Monteiro (1990), mulher e corpo são duas noções impossíveis de se desvincular, a sexualidade da mulher é muito corporeamente demarcada, e nele a presença dos seios é um dos fatores que caracterizam sua feminilidade frente ao outro. O seio tem ainda, maior importância, pois é o órgão da maternidade e o órgão sexual exposto na mulher.

AFETO:

“. . . afeto para mim é o amor dos meus filhos por mim e o meu por eles, dos amigos. Aqui no Hospital eu também recebi muito afeto. Fui bem tratada, a gente sente que é amada, que é importante . . . “

Ferreira (1999) define afeto como: *“1. afeição, amizade, amor. 2. Sentimento, paixão. 3.Objeto de afeição*”.

FISIOTERAPIA:

“. . . a minha recuperação de tudo. . . tanto psicológica como física, foi muito importante pra mim . . .”

À medida que um crescente número de pacientes mastectomizadas são submetidas a um tratamento fisioterápico, a melhora na qualidade de vida das pacientes alcança respostas importantes (GUIRRO, 2002).

SER TOCADA:

". . .é difícil né. . ."

TOCAR:

". . . acho que é a parte mais importante, porque quando você vai no médico, você procura apoio ali, você está carente. Então ele te olha de longe, parece que tem nojo de você, é duro... Agora, quando chega e toca, você sente confiança.. ."

O tato é tão importante em situações emocionais, que tocamo-nos freqüentemente como gostaríamos que nos tocassem outras pessoas para nos tranqüilizar (MONTAGU, 1998).

Segundo caso

Paciente I. E. Z., 51 anos, operada coma técnica de mastectomia radical modificada tipo Madden em 13.03.99 na Maternidade Cândido Mariano, nesta cidade.

A assistência fisioterapêutica foi efetuada desde o pós-operatório imediato onde a paciente apresentava limitações na amplitude de movimento e diminuição de força

muscular no membro superior homolateral à cirurgia, acentuada contratura muscular em trapézios fibras superiores e médias, postura e contratura muscular dorsal característica do quadro crônico de espondilite anquilosante, diminuição moderada da expansibilidade pulmonar, ausência de algia ou linfedema.

Embora mostrando-se solícita, a paciente apresentava sentimentos importantes de insegurança quanto à movimentação ativa do membro superior acometido.

Os recursos fisioterápicos utilizados foram os citados no capítulo IV.

Vale ressaltar que a mesma esteve envolvida com atendimento com psicológica e assistente social apenas por seis vezes (aproximadamente 06 meses após a cirurgia), em grupo com mulheres mastectomizadas, e que ainda participa de sessões fisioterápicas no nosso serviço, mesmo já tendo recebido alta.

A entrevista para a dissertação com a mesma foi realizada em 02.06.00, quinze meses após a cirurgia.

Voltada para a entrevista (em anexo) que objetivou extrair subsídios para melhor entendimento da sua sentimentalidade frente às suas perdas, segue os destaques da mesma:

DIAGNÓSTICO:

". . .eu abaixei pra baixo, a primeira coisa que eu pensei foi a morte".

É natural que diante da possibilidade do diagnóstico de câncer de mama a mulher vivencie um estado de crise emocional (SCHOVER, 1994).

CÂNCER:

". . .de primeiro significava morte, hoje não, eu acredito que tem cura. . ."

Ao lado de fortes compromissos com as regras sociais, encontra-se uma tendência para armazenar emoções, através de mecanismos de negação ou repressão além de uma dificuldade para desfazer tensões psíquicas Shavelson (1985).

FAMÍLIA:

> *". . .eu chorei. Olhei pro céu e perguntei: Deus, porque eu?. . .eu tinha boa alimentação, fazia exercício, estava no auge da vida. . .Tenho muito carinho dos meus filhos."*

Os efeitos de uma doença terminal têm um impacto profundo, vasto e duradouro sobre a família; tanto durante o processo de enfermidade quanto após seu desenlace (BOFF, 2001).

MORTE:

> *". . .tive medo de morrer . . ."*

Becker (1976) em sua abordagem relata que o medo da morte é universal na condição humana.

SEXO:

> *". . .namorava menos. . . meu marido estava me deixando pela quarta vez . . ."*

Existem fortes evidências clínicas de que pacientes com câncer de mama apresentam comprometimento da sua sexualidade (MASSIE e HOLLAND, 1991).

LAZER:

> *". . .antes da cirurgia minha vida era muito corrida, eu vendia produtos de beleza, ia em reuniões, palestras, viaja; hoje eu sosseguei mais, eu não faço tudo que fazia. . .se eu for sair à noite e achar que aquela comida é muito forte, eu não como. . . "*

Não é raro acompanhar, com o agravamento do estado de saúde da paciente, o abandono gradativo das pequenas, porém essenciais tarefas cotidianas (BOFF, 2001).

O DESPERTAR PÓS-CIRÚRGICO:

> *". . . eu acordei depois da cirurgia depois de ter tido um sonho tão gostoso: estava curada. . ."*

Sem muito exagerar, poder-se-ia dizer que, em algum momento da vida, toda mulher vive, ou representa, ou produz em sua mente, idéias angustiantes de existência de um câncer de seio (BOFF, 2001).

ALGO QUE À AMEDRONTASSE:

> *". . .eu pensava como ia ser minha vida dali por diante. . .se eu ia ficar muito feia. . .pensava mil coisas. . .lembrava da família e que vivi a vida inteira com uma pessoa e que na hora que eu mais precisei. . ."*

A idéia dessa doença suscita dúvidas e aflições no que diz respeito a representação e imagem do corpo; à função materna; à vida sexual e relacional; ao futuro e aos projetos de vida (BOFF, 2001).

CORPO:

> *". . .meu corpo era diferente. . .a mama significava uma coisa muito importante no meu corpo, para o meu marido, era a parte que ele mais gostava, ele dizia que meu seio era muito bonito . . .*
> *. . .corpo. . . eu acho meu corpo bonito, me arrumo. . .Jesus disse: cuida do teu corpo que teu corpo é uma máquina, tudo que não presta tira. Meu corpo era antes da cirurgia, mais bonito porque eu tinha os dois seios, né. . ."*

Quando se conhece a importância das mamas para a mulher, os significados de sua retirada são facilmente entendidos, sem falar na possibilidade de provocar mutilação com a significativa perda de referência do corpo e dificuldade de trabalhar sua sexualidade (GHIZANNI, *et. al* 1995)

AFETO:

> *". . .é ter carinho, amor. . ."*

Concebemos os aspectos como qualidades da vivência, como coloração que dá significação a nossa existência. Colocamos o afeto em relação à vivência como colocamos o timbre em relação ao som (SONENREICH e MESQUITA, 1993).

FISIOTERAPIA:

> *". . .eu pensava que nunca mais ia esticar o braço. . .foi aí que eu comecei a dar os primeiros passos da minha vida, comecei a esticar o braço e até hoje eu faço a fisioterapia; eu não sei mais viver sem. . .porque aqui é a continuação da minha vida. . .se eu fico sem vir na fisioterapia, eu não tenho essa energia de enfrentar a vida, pra mim viver, pra mim ser feliz, alegre. . .eu dependo dela. . ."*

Frente as possíveis complicações pós-cirúrgicas, como limitação dos movimentos

do membro superior homolateral a cirurgia, linfedema, aderência cicatricial e alterações posturais é que se faz necessária a intervenção do fisioterapeuta o mais breve possível, com a participação da paciente, para que se inicie sua auto-percepção física e emocional, no sentido de que ela atue no próprio processo reabilitativo (CHIARAPA, 1998).

SER TOCADA:

". . .eu recebi muito carinho e atenção. . ."

TOCAR:

". . .é como mostrar carinho por alguém. . ."

O tato é o sentido mais antigo e o mais urgente (MONTAGU, 1998).

ACRESCENTA. . .

> *". . .eu quero falar que quando cheguei em casa depois da cirurgia com aquele dreno, eu me sentia uma criança, que tinham dado um brinquedo e eu não sabia onde por aquele brinquedo. . .e depois de tirar o dreno, minha irmã foi embora e eu fiquei sozinha em casa, só eu e Deus. . .daí eu tirei todinha a minha roupa e fui na frente do espelho. Aí eu me olhei, vi o meu problema que tenho na coluna, sou curvada, e disse: eu tenho um seio. . .Deus, que foi que eu fiz com esse corpo, que está todo arrebentado, espedaçado. . .daí eu pensei assim, será que não seria bom eu ir embora pro meio do mato, ficar bem sozinha. . . Levantei e comecei a dar chute na cama, na penteadeira, quis arrebentar mas eu estava muito fraca. . ."*

A mais freqüente sensação de adversidade diante da mastectomia está relacionada à nudez, vista por outras mulheres saudáveis, por ela própria e pelo parceiro (UMBANEK *et. al*, 1992).

6.2 DISCUSSÃO DOS CASOS

A pesquisa realizada neste trabalho foi constituída por um quadro específico de cirurgia de mastectomia radical modificada tipo Madden, em paciente do sexo feminino, independente de idade, condições sócio-cultural ou econômica, raça ou credo.

O protocolo de atendimento utilizado consistiu na coleta de dados através da ficha

de identificação e avaliação (em anexo) e aplicação das técnicas e métodos fisioterápicos de assistência e ainda, o acréscimo de afetividade nas mesmas, desde o momento do primeiro contato no pós-operatório imediato. Desde o início estabeleceu-se o humanismo no atendimento.

Foram utilizados, como instrumentos terapêuticos, os métodos e técnicas fisioterápicas tidas como convencionais e o acréscimo da afetividade, incluindo amor, carinho, toque e ainda a oferta da escuta. A terapia teve andamento mais proveitoso quando comparada com resultados anteriores, observados em coleta idêntica, de outros casos, advindos da experiência profissional.

O "apoio emocional" somado aos métodos de reabilitação física, tidos como tecnicistas, mostrou, conforme padrão esperado de resposta terapêutica, precocidade na evolução e reabilitação efetiva do referido quadro.

Os achados literários bem como relatos de outros profissionais da área quando questionados, não mostraram padrão de duração de tratamento para a alta fisioterápica; porém, todos sugeriram aproximadamente quatro meses, conforme sugerem Guimarães *et.al* (2002). As poucas experiências publicadas por profissionais desta área demonstram que as alterações anatomofisiológicas e funcionais advindas desta cirurgia, apresentam possibilidades terapêuticas eficazes caso a intervenção seja a mais precoce possível; ou seja, quanto mais cedo forem orientadas e realizados os exercícios de recuperação, mais rapidamente a mulher responderá ao tratamento. (CAMARGO e MARX, 2000; BARACHO, 2002).

Observou-se que a paciente descrita no primeiro caso, embora não tivesse o hábito de dar importância ao seu corpo, assume que se amedrontava ao tirar a roupa na frente do marido, e ainda, se preocupava muito com sua estética após a quimioterapia. Ela somente conseguiu olhar-se através de um espelho após inicio do tratamento fisioterápico. Já o segundo relato, a paciente diz que sempre gostou do seu corpo mas que depois da cirurgia também teve dificuldade para olhar-se e tocar-se.

De acordo com Volkwein e Mcconatha *apud* Becker (1999), a imagem corporal pode ser vista como a relação entre o corpo de uma pessoa e os processos cognitivos como crenças, valores e atitudes. Deste ponto de vista a imagem corporal pode ser definida como uma representação interna, mental ou auto-esquema da aparência física de uma pessoa. Os

mesmos autores afirmam que as pessoas aprendem a avaliar seus corpos através da sua interação com o ambiente. Assim, sua auto-imagem é desenvolvida e reavaliada continuamente durante a vida inteira.

Segundo Umphred (1994), emoções como desgosto ou depressão podem ser exibidas dentro de um sistema motor, e normalmente se vê uma diminuição nas saídas motoras dessas emoções. As respostas comportamentais são geralmente retração, diminuição da adaptação postural e freqüentemente um sentimento de cansaço e exaustão, isto leva a hipótese de que essas respostas motoras sejam resultados do sistema límbico sobre o controle motor e não do controle motor em si. A função provável do córtex límbico é a de atuar como área de associação para o controle da maior parte das funções comportamentais do corpo, armazenando informações sobre experiências passadas, como a de dor, de prazer, entre outras (GUYTON, 1997).

Ajustes posturais ocorrem automaticamente em resposta ao objetivo funcional. Os constantes ajustes posturais e a interação entre os grupos musculares proporcionam uma adaptação automática do corpo para mudanças no meio ambiente (EDWARDS, 1999).

As alterações posturais iniciam-se imediatamente após a cirurgia, que sem a mama, ela adota uma postura de introspecção e antálgica. Isso, aliada a uma possível existência de aderência cicatricial e os inúmeros conflitos psicológicos que acabem limitando os movimentos dos membros superiores envolvidos (RODOVALHO, 2000).

Ao contrário do que afirma o autor citado, as pacientes em estudo não apresentavam aderências cicatriciais evidenciando ainda mais a hipótese do psicológico estar atuando nesta postura, devido à mutilação.

Constatou-se durante a pesquisa que as pacientes, na tentativa de esconder a falta da mama, adquiriram postura de “proteção”, causando *feedback* inadequado automatizando essa postura, alterando totalmente seu esquema de imagem corporal.

Conforme citado no capítulo III, a ausência das mamas pode causar desajustes psicológicos, pois são órgãos de grande importância para as mulheres, estando relacionadas a eventos de vida muito fortes como, por exemplo, afirmação da sexualidade na adolescência e a nutrição dos filhos durante a amamentação. É um órgão tipicamente feminino e, portanto, é natural que qualquer anormalidade cause muita apreensão a toda mulher. Segundo Souchard (1998), o órgão desempenha um papel na psique que age sobre a morfologia, assim o psiquismo age diretamente sobre o meio orgânico.

Segundo Camargo e Marx (2000) do ponto de vista psicológico, ao tomar contato manual com o paciente, o fisioterapeuta iniciará o tratamento, respeitando as dificuldades de cada uma individualmente. A primeira reação será de rejeição ao toque na zona operada, por medo da dor. Deve-se, então, iniciar o contato manual longe da zona operada, evitando-se produzir dor e estabelecendo, assim, um vínculo de confiança com a paciente.

Observa-se nos relatos desta pesquisa que a primeira paciente descrita fala sobre ser tocada *...é difícil né...* a segunda, *...eu recebi muito carinho e atenção....* Quanto ao tocar, a primeira, *...acho que é a parte mais importante, porque quando você vai ao médico, você procura apoio ali, você está carente; então ele te olha de longe, parece que tem nojo de você, é duro...agora, quando chega e toca, você sente confiança...,* a segunda, *...é mostrar carinho por alguém...*

O toque, como exigência básica da natureza humana faz com que todos os indivíduos anseiem sempre por contato de qualquer tipo, visual, auditivo ou tátil para se sentirem reconhecidos como pessoas. Desses três tipos o mais intenso é sem dúvida o contato pele a pele, seja por um aperto de mão, por uma carícia suave ou por um abraço. (MONTAGU, 1998).

Ao considerar o toque como contato espontâneo, natural e benéfico, a paciente que se dispor a recebê-lo possivelmente terá maior possibilidade em experimentar momentos prazerosos consigo e com o outro.

Montagu (1998), ainda diz que o toque não necessite ser diretamente físico, é uma coisa do corpo. Quando recebemos toque ele atinge nosso corpo. O toque também é recíproco. Quando enviamos uma mensagem de amor, medo, recentimento ou disponibilidade, também recebemos uma mensagem de volta.

Boff (2001) comenta que a humilde é a grandiosa lição deixada pelos médicos oncologistas do século XIX pode ser sintetizada num conselho muito atual: *escutar seus pacientes!* Menciona ainda médicos inspiradores do movimento denominado de *Grupos Balint,* da Inglaterra, advertem que a tarefa mais importante e mais difícil para todo clínico é a de saber escutar os seus pacientes.

> "Não é tarefa fácil, como se pode imaginar, escutar, contudo, em certas ocasiões não se ajuda falando, nem aconselhando, nem prescrevendo, mas apenas escutando; há, então, necessidade da paciente encontrar em quem à assiste e deposita suas esperanças de vida, um acolhimento que se dá na escuta de suas aflições e fantasias" (BOFF, 2001, p.418).

Aprendemos a palpar, auscultar, percurtir, mas pouco nos foi ensinado sobre como ouvir – distinguir ouvir de escutar; esta é a função de ouvir com atenção, enquanto ouvir é, meramente, o exercício da audição – e o que falar ao paciente que temos diante de nós. Sigmund Freud *apud* Craig (1996) faz uma colocação oportuna em relação a este dado, freqüentemente esquecido, e que nos é lembrado por Mello e Filho: "Todos os médicos, portanto, inclusive vós, vêm continuamente praticando a psicoterapia, mesmo quando não tendes nenhuma intenção de fazê-lo e disso não estais conscientes". Há uma psicoterapia implícita na prática clínica.

Chammé (1992, p.137) diante da sua pesquisa, aponta através de relato da sua amostragem:

> "Médico é um alívio e quando ele acerta 'na primeira', o medicamento é a coisa mais sagrada que tem. Se eu pudesse, faria um tratamento sem remédios, só com médicos, porque só de 'soltar o que eu tenho', sinto-me alivida. Agora, médicos bons e atenciosos são exceção..."
>
> "No passado os médicos eram mais humanos e valorizavam mais a alegria de viver como um fator de manutenção da saúde. Perderam o contato com os pacientes, não os ouvem como deveriam. O quadro tende a piorar, porque os novos candidatos a médicos têm como características cada vez mais técnicas e menos humanitárias" (LONDRES, 2002, p.14-15).

Acredita-se que esse problema seja fruto do tecnicismo que domina a prática não apenas médica, mas também podendo estar presente em toda equipe multiprofissional, incluindo fisioterapeuta.

Londres (2002) cita uma frase de Maimônides, médico espanhol do século XII, que diz: "Uma consulta deve durar uma hora. Por cinqüenta minutos ausculte a alma do paciente, nos outros dez faça de conta que a examina".

É importante comprender a pessoa do paciente e para tal, devem-se criar condições na qual o profissional de saúde tem a possibilidade de escutar aquilo que chamamos de *relato espontâneo*, em que o paciente passa a falar de si mesmo, como pessoa, que tem uma história e que está submetida a determinadas situações de vida, as quais, por sua vez, estão intimamente relacionadas com o seu processo de adoecer. Ao escutá-la, abrimos a perspectiva de incluir, no raciocínio clínico, o relato da paciente, que contém seu diagnóstico e não apenas o de sua doença (CRAIG, 1996).

Frente a dificuldade em demonstrar por definição qual foi o tipo de afeto utilizado neste estudo de caso, fez-se necessário relatar as relevâncias mencionadas pelas pacientes. Para a primeira, afeto ... *é para mim o amor dos meus filhos, dos amigos...aqui no hospital*

eu também recebi muito afeto. Fui bem tratada, a gente sente que é amada, que é importante...; já para a segunda paciente, *...é ter carinho, amor...* .

Houve intenção inicial em acrescentar aos métodos tradicionais fisioterápicos, o amor, carinho, toque, e o saber ouvir. Tais acréscimos tornaram-se relevantes no tratamentos, pois quando comparados com os autos citados, estas tiveram alta fisioterápica com dois meses e meio de tratamento.

Parece também, haver relação com o fato de que a paciente desabafa seus sentimentos e se dispõe a não faltar à terapia; colabora com as atividades domiciliares solicitadas e ainda, participa satisfatoriamente da terapia proposta no consultório.

O questionamento do leitor e curiosos quanto ao fato de uma fisioterapeuta intervir com recursos emocionais para a reabilitação em oncologia mamária, assim como, indagar quanto ao que foi chamado de afetividade; faz-se dos relatos das pacientes a definição.

Nesta etapa sugere-se que a assistência fisioterápica seja encarada como um recurso físico e emocional para a adequada reabilitação da paciente mastectomizada. Sendo assim, vale a pena recordar definições feitas pelas pacientes em estudo quanto a fisioterapia. A primeira relata *...a minha recuperação, tudo... tanto psicológica como física, foi muito importante pra mim...* . A segunda, desabafa *...eu pensava que nunca mais fosse esticar o braço, foi aí que comecei a dar os primeiros passos da minha vida, comecei a esticar o braço e até hoje eu faço a fisioterapia; eu não sei mais viver sem... por que aqui é a continuação da minha vida, se eu fico sem vir na fisioterapia, eu não tenho essa energia de enfrentar a vida, pra mim viver, pra mim ser feliz, alegre, eu dependo dela....*

O ser humano normal se caracteriza pelo biológico, emocional, energético e espiritual. Tudo isso fazendo parte interativa de um sistema (CYRILLO, 1987). Em nossa sociedade, entende-se e aceitasse como normais, o riso, as alegrias, a felicidade frente a uma situação positiva, mas a raiva, a ira, a revolta, a decepção e a tristeza frente a algo ruim como a mastectomia, a sociedade interpreta erradamente como anormal (CYRILLO, 1997).

Compreender e oferecer assistência as pacientes é sinal de amadurecimento profissional e humano. Sendo assim acredita-se, diante do estudo apresentado ser a afetividade (amor, carinho, toque e o saber ouvir) uma harmonia sintonizando terapeuta e

paciente na obtenção da saúde e do bem estar total, possibilitando ainda a estas pacientes, alta precoce.

Diante disto cada vez mais os fisioterapeutas perdem a visão dicotomizada do corpo, para uma visão mais holística do indivíduo, demonstrando a importância do toque e do seu papel no desenvolvimento na reconstrução interna.

Pode-se, então, afirmar que toda mastectomizada que perde sua independência social em decorrência de um distúrbio de sua cinesia, deve ser assistida por fisioterapeutas que acreditam na essência desta pesquisa.

CAPÍTULO V

AFETIVIDADE COMO INTEGRANTE DE UMA TÉCNICA TOTALIZADORA

5.1. O Que é Afetividade?

A sexualidade humana se diferencia do sexo reprodutivo dos animais, por se fazer presente a afetividade e por receber influências psicológicas e socioculturais.

Atualmente, muito se massacra o indivíduo por meio de imagens eróticas que procuram transformá-lo em máquina sexual, exigindo desempenho do homem e prazer da mulher, levando a expectativas irrealistas, e que ainda reforçam sobre a troca constante de parceiros, fazendo com que a possibilidade de gratificação sexual passe de um direito a um dever.

É válido lembrar que a promoção do sexo não estimula a expressão da afetividade e o que ocorre na prática é uma busca desenfreada pela satisfação das necessidades humanas de contato e afeto, porém, centradas no sexo (nos genitais). Dúvidas? Temos muitas, principalmente quando pensamos nos indivíduos que utilizam seus corpos como mero objetos de consumo. Como terá sido seu aprendizado amoroso?, que falta fizeram os estímulos necessários para compor a afetividade humana: toque, carícias, olhares, diálogos, beijos e abraços? . . .

Acrescentaremos conteúdos de Dolle, (1993, p.72) fundamentais para nosso entendimento sobre afetividade:

> "... a afetividade desempenharia o papel de uma fonte energética da qual dependeria o funcionamento da inteligência ..."

> "... se a afetividade não pode modificar as estruturas, ela intervém constantemente nos conteúdos ..."

Afetividade é definida também como sendo o conjunto de fenômenos psíquicos que se manifestam sob a forma de emoções ou de sentimentos e que são acompanhados da experiência de dor ou de prazer, de satisfação ou de insatisfação, de agrado ou de desagrado, de alegria ou de tristeza (COSTA, 1996).

Porém, neste trabalho, considerando que o fisioterapeuta também tem uma participação de técnica mecanicista, deve voltar-se para o aspecto da afetividade, entendendo-se como dar atenção, transmissão de bem estar no tratamento, carinho, amor, somado a estas técnicas, o saber ouvir e o toque.

5.2 Alterações Afetivas

5.2.1. As Bases Afetivas na Classificação das Doenças Mentais

A literatura psiquiátrica aumenta a cada dia seus volumes com novas observações de fatos, novos dados de clínica e laboratório, novas hipóteses e interpretações.

Atualmente a psiquiatria tem se voltado arduamente para a chamada doença do século "a depressão" que é parte das "psicoses afetivas" (item 296 da classificação internacional das doenças). Este item refere a transtornos mentais geralmente recidivantes em que ocorre um transtorno grave do estado de ânimo, caracterizado principalmente por depressão e ansiedade, apresentando fortes tendências ao suicídio.

Os transtornos mais leves, psicoses afetivas, têm apontados, na sua definição, sintomas cognitivos: idéias delirantes, noção destorcida de si mesmo, transtornos de percepção e transtornos de comportamento. As três divisões escolásticas do psiquismo:

afeto, intelecto, vontade ou atividade, estão alteradas. Considerar tais psicoses como afetivas, implica que o afeto estaria na base de todas as alterações, que ele representaria uma função isolada do psiquismo e do sistema nervoso.

No indivíduo depressivo, a tristeza e a dor moral são mencionadas com insistência, juntamente com energia diminuída, lentificação, perda de peso, etc.

Sonenreich, C. e Mesquita. R.A. (1993) comentam que vários autores atribuem às "doenças afetivas", sintomas que dizem respeito ao conhecimento, ainda mais à atividade e não é raro que sejam estes sintomas colocados no primeiro plano da observação. A euforia é muitas vezes misturada com manifestações de fúria e desespero, o que torna difícil falar realmente de alegria, sendo mais freqüente o mal-estar. A tristeza e a dor moral são descritas com maior constância, mas sempre ao lado do bradipsiquismo, da inibição.

5.3. AFETOS E SENTIMENTOS

AFETO: "1. afeição, amizade, amor. 2. Sentimento, paixão. 3. Objeto de afeição".

SENTIMENTO: "1. Ato ou efeito de sentir (-se). 2. Sensibilidade. 3. Disposição afetiva em relação a coisas de ordem moral ou intelectual. 4. Afeto. 5. Tristeza." (FERREIRA, 1999).

Sillamy (1980) define afetividade como

> "complexo de sentimentos, emoções e paixões do indivíduo", e a declara "base" da vida psíquica. Mas é ele mesmo quem diz que "a separação em atividade, inteligência e afetividade é puramente arbitrária, desde que, na realidade, estes três elementos são sempre enredados, intimamente misturados, indissociáveis. .."

Acredita-se que o afeto nos mostre a qualidade da nossa vivência, é o que colore nossa existência. O afeto está relacionado à nossa vivência, assim como a nuvem está para o céu.

Reagimos, ficando alegres ou tristes, diante de fatos que poderiam aguçar tais

sentimentos; às vezes damos aos fatos uma coloração afetiva que normalmente não lhes pertence.

Neste momento, percebemos que há relação entre o real e o somático (interno).

A consciência de uma circunstância grave modula nossos sentimentos e não nos permite transpor nossa alegria autêntica.

Green (1982, p.13) comenta que:

> "... a categoria de afeto opõe-se à da representação, assim como a sensibilidade se opõe ao intelecto. Apesar de reconhecer que o afeto é provocado por causas externas, admite-se existir uma tendência interna para certo desenvolvimento afetivo. São as pulsões que se manifestam como estado afetivo e como representações deste estado. "O afeto, na concepção psicanalítica, só é compreendido por intermédio do modelo teórico da pulsão. O afeto não pode ser apreendido fora de uma estrutura, de um conflito, de uma economia".

Ainda segundo Green (1982, p.75):

> "...nas primeiras abordagens do assunto (1893-1895) Freud mostra que "a fonte de angústia não deve ser buscada na esfera psíquica, mas na esfera física. Se o afeto sexual não pode ser formado, a tensão física não pode ligar-se psiquicamente. A angústia aparece como um substrato da representação que falta, substituto somático".

5.3.1. As Emoções

Para Wallon (1979), as emoções podem ser consideradas, sem dúvida, como a origem da consciência, visto que exprimem e fixam para o próprio sujeito, através do jogo de atitudes determinadas, certas disposições específicas de sua sensibilidade. Porém, elas só serão o ponto de partida da consciência pessoal do sujeito por intermédio do grupo no qual elas começam por fundi-lo e do qual ela receberá as fórmulas diferenciadas de ação e os instrumentos intelectuais, sem os quais lhe seria impossível efetuar as distinções e as classificações necessárias ao conhecimento das coisas e de si mesmo.

Pesquisadores como Primavera (1992) do assunto definem emoção, linguagem e pensamento, como mediações que levam à ação, portanto somos as atividades que desenvolvemos, somos a consciência que reflete o mundo e somos afetividade que ama e odeia este mundo, e com esta bagagem nos identificamos e somos identificados por

aqueles que nos cercam.

As emoções têm uma franca expressão corporal, uma modalidade particular e individual (PRIMAVERA,1992). E segundo Kemper (1984), uma base fisiológica inata. Assim, o medo, a raiva, a alegria, a tristeza seriam emoções básicas que teriam um papel social, reforçando a coesão social e, especialmente, cumprindo funções de integração e de difirenciação inter e intragrupo.

Acredita-se que as emoções põem em marcha toda uma ativação fisiológica generalizada, porém isto não prova que existiriam emoções biologicamente determinadas; e sim, expressões corporais, sinais analógicos que são lidos em cada cultura, decodificados como expressões emocionais específicas.

As emoções seriam sentimentos que quando pressionados pelos acontecimentos e pelas ansiedades que se acumulam durante um transtorno de convivência, requerem um constante esvaziamento ou expressão.

O poder da emoção reside, então, no peso que lhe será outorgado como a capacidade de destruição, de desestruturação ou de alívio. Já o afeto compreende todo um amplo espectro de sentimentos associados às histórias das relações (GALANO, 1990).

5.3.1.1. O papel das emoções na prevenção e cura das doenças

O termo depressão abrange situações que podem ser bastante distintas entre si. Depressão pode expressar um sintoma, uma síndrome e uma doença. Pode expressar quadros curtos e abruptos com risco de suicídio- como um episódio depressivo grave- ou duradouro e menos intenso - como distemia ou personalidade depressiva. Pode ainda representar situações evolutivas e ar de amadurecimento, ou mesmo reações à perda como o luto patológico (PIERART, 1994).

A combinação e a intensidade desses aspectos e dos conflitos inconscientes é que vai determinar o papel que estes pacientes irão assumir dentro de um grupo terapêutico.

É curiosa a observação, de vários diferentes autores, já anteriormente citados, de que as pessoas portadoras de câncer são geralmente amáveis e bondosas. São generosas e prestativas de uma forma compulsiva e tendem a priorizar a necessidade dos outros em

relação as próprias.

A idéia corrente é que os cancerosos têm uma história de vida e um perfil psicológico onde pontificam sentimentos de abandono, solidão, culpa e auto condenação. Eles não conseguem conviver bem com as perdas e separações de pessoas queridas ou importantes, toda a sensação de desespero infantil seria revivida. O doente de câncer seria alguém que vivencia um desespero contido, escondido dos outros e voltado para si mesmo.

Além do papel importante que possivelmente desempenha na gênese da doença, o perfil psicológico do paciente é relevante também quando consideramos a evolução do mal. Mesmo os que negam a importância do psiquismo no desencadear do câncer concordam que sua evolução, uma vez presente, seja influenciada de forma significativa pela personalidade do doente, sua maior ou menor resistência psíquica e ainda por sua maior ou menor disposição de lutar pela vida.

Discute-se que aqueles que renunciam e se entregam evoluem mal e morrem logo. Os que mantém acesa a esperança e crença na vida, os que genuinamente querem viver, os que têm atitude positiva, força de vontade e objetivos na vida assumem o compromisso de lutar por eles, os que não se limitam apenas a aceitar passivamente o que dizem os médicos, estes evoluem melhor, vivem mais e podem até curar- se. Além disso, mesmo que venham a morrer, o período entre o conhecimento da doença e a morte será, provavelmente, não só maior como também melhor, em termos de bem- estar e qualidade de vida (FERREL *et. al*, 1997).

Não há, pois, como "descurar" o poder da mente, da capacidade de mobilização das forças interiores que todos nós possuímos, embora nem sempre utilizemos.

Há relatos de que o trabalho em grupo, abordando a doença em todos os seus aspectos, possibilita um cenário privilegiado onde podemos visualizar e aprender as necessidades dos nossos pacientes. Estes grupos devem se reunir duas vezes por semana, em sessões que têm duração de uma hora. Ele é aberto e homogêneo. Acreditamos que em função das características destes pacientes ele não deve conter mais que oito componentes (OSÓRIO, 1997).

O campo grupal propicia uma série de fenômenos de funcionamento que são úteis no trabalho terapêutico. O terapeuta, em primeiro lugar, deve conhecer a fundo todas as vicissitudes que esta doença ampla e multifacetada apresenta tanto do ponto de vista

biológico, como psicológico e social, mas, é importante, que se sinta à vontade no seu contato com o deprimido e possa manter interesse constante por ele (ANZIEU, 1978).

O terapeuta será questionado consciente e inconscientemente se suporta as desesperanças, as ambivalências, as agressões do paciente, ou seja, se ele, o terapeuta também não é frágil e deprimido. O terapeuta deve oferecer um tratamento combinado e com convicção.

5.4 O Toque

Conforme ou afirmam o mesmo autor, a nossa pele é uma espécie de traje espacial que portamos numa atmosfera de gases ásperos, raios cósmicos, radiações solares e obstáculos de todo tipo. Há anos li que um menino tinha que viver numa bolha (desenhada pela NASA) devido à debilidade de seu sistema imunológico e de sua suscetibilidade às enfermidades. Todos somos esse menino. A bolha é a nossa pele. Mas esta pele também está viva, respira e excreta, nos protege das radiações perigosas e do ataque dos micróbios, metaboliza a vitamina D, nos isola do calor e do frio, se repara a si mesma quando necessário, regula o fluxo sanguíneo, atua como um marco para nosso sentido de tato, nos guia na atração sexual, define nossa individualidade e contém toda a carne e os humores dentro de nós, onde devem estar. Não só temos impressões digitais que são únicas, temos também uma disposição de poros que é igualmente única (ACKERMAN, 1983).

Nossa pele é o que se dispõe entre nós e o mundo. Basta refletir um pouco para nos darmos conta de que nenhuma outra parte de nós faz contato com algo alheio ao nosso corpo. A pele nos aprisiona, mas também nos dá uma forma individual. O mais assombroso, talvez, é que ela pode reparar-se quando deve fazê-lo, e, de fato, está renovando-se todo o tempo. Com seu peso entre seis e dez quilos, é o maior órgão do corpo e pode assumir uma grande variedade de formas: garras, espinhas, cascos, plumagens, escamas, cabelo. É submergível, lavável e elástica. Ainda que possa deteriorar-se com a idade, envelhece notavelmente bem. Para a maioria das culturas é o lugar ideal para praticar a pintura, a tatuagem e a decoração com jóias. Mas, o mais importante : aloja o sentido do tato.

A ponta dos dedos e a língua são mais sensíveis que as costas. As partes mais pilosas são geralmente mais sensíveis à pressão, porque há muitos receptores sensoriais na base de cada pelo. Nos animais, desde o rato até o leão, os bigodes são especialmente sensíveis. O nosso também, mas em escala muito menor.

O sentido do tato não está na camada externa da pele, mas na segunda. A camada externa está morta, se desmancha com facilidade. É por isso que nos filmes vemos os ladrões passando uma lixa pela ponta dos dedos antes de experimentar as combinações de um cofre: assim tornam mais fina a camada morta e deixam os receptores de tato mais próximos da superfície.

Reforçando o relato sobre tato, Ackerman (1983) diz que Súl Shanberg, um neurologista que faz experimentos com ratos na Universidade de Duke, descobriu que os cuidados que a mãe proporciona às suas crias, lambendo-as e penteando-as, produz nelas verdadeiras modificações químicas. Quando a cria foi apartada da mãe, diminuíram seus hormônios de crescimento. A enzima que assinala que é hora de começarem certas mudanças químicas, caiu em todas as células do corpo, o mesmo acontecendo com a síntese protéica. O crescimento recomeçou somente quando a cria foi devolvida à mãe. Quando os experimentadores trataram de reverter os maus efeitos do isolamento, descobriram que uma massagem suave não servia, mas sim uma fricção mais forte de um pincel que simulava ser a língua da mãe; depois disso, a cria se desenvolvia normalmente.

Shanberg *apud* Ackerman (1983) iniciou seus experimentos com ratos como resultado de seu trabalho em pediatria e interessava-lhe, especialmente, o mecanismo psicosocial.

Algumas crianças que vivem em lugares emocionalmente destrutivos deixam de crescer. Shanberg descobriu que nem sequer as injeções de hormônios de crescimento podiam estimular os corpos dessas crianças para que voltassem a crescer. Por outro lado, um cuidado terno e amoroso sim, podia fazê-lo. O afeto que recebiam das enfermeiras quando eram admitidos num hospital bastava para que voltassem ao caminho do crescimento. O assombroso é que o processo é totalmente reversível.

Quando os experimentos de Shanberg com crias de ratas produziram idênticos resultados, este neurologista começou a pensar nos recém – nascidos humanos, tipicamente isolados e que passam grande parte de sua primeira vida sem contato com ninguém. Os

animais dependem do fato de estarem perto de suas mães para a sobrevivência básica. Se elimina-se o contato materno (que seja por quarenta e cinco minutos, nada mais, no caso das ratas), o bebê diminui sua necessidade de comida para manter-se com vida, até que volte sua mãe.

Isto acontece se a mãe se afastou por um breve espaço de tempo ou se ela não mais voltar. Este metabolismo mais lento resulta numa parada do crescimento. O contato assegura ao bebê que ele está a salvo; parece oferecer ao organismo via livre para desenvolver-se normalmente. Em muitos experimentos se comprovou que os bebês que eram mantidos mais tempo nos braços se tornavam mais alertas e desenvolviam, anos depois, maiores aptidões cognitivas. É um pouco como a estratégia que adotam num naufrágio: primeiro nos colocamos um salva-vidas e buscamos auxílio. Os bebês e as crias dos animais chamam sua mãe com um grito agudo. Depois fazem uma reserva de água e comida, e tratam de conservar energia, interrompendo com isso as atividades normais de crescimento.

Nos experimentos realizados com primatas, na Universidade de Illinois, os investigadores descobriram que a falta de contato produzia danos cerebrais. Descreveram três situações: 1) O contato físico não era possível, mas sim qualquer outra relação. 2) Durante quatro das vinte e quatro horas do dia, era retirada a divisória para que os macacos pudessem interatuar. 3) Isolamento total. As autópsias mostraram que os macacos que haviam sido totalmente isolados tinham danos cerebrais; o mesmo podendo dizer-se dos animais parcialmente separados. Os que haviam levado uma vida normal não mostraram danos. Por surpreendente que pareça, uma privação de contato físico, mesmo que relativamente pequena, pode causar dano cerebral, o que nos macacos se revela freqüentemente por uma conduta anômala (ACKERMAN, 1983).

Todos os animais respondem ao tato, às carícias e, de qualquer forma, a vida mesma não poderia ter se desenvolvido sem o tato, isto é, sem os contatos físicos e as relações que se formam a partir daí. Na ausência do contato, as pessoas de qualquer idade podem adoecer e sentirem-se mutilados.

Nos fetos, o tato é o primeiro sentido que se desenvolve, e no recém-nascido é automático, antes que os olhos se abram ou o bebê comece a captar o mundo. Pouco depois de nascer, ainda que não possamos ver nem falar, instintivamente começamos a tocar. As

células do tato dos lábios nos possibilitam mamar e os mecanismos de fechamento das mãos começam a buscar calor. Entre outras coisas, o tato nos ensina a diferença entre o eu e o outro, nos diz que pode haver algo fora de nós: a mãe. O primeiro conforto emocional é tocar nossa mãe e ser tocado por ela e segue na memória como um exemplo definitivo de amor desinteressado, que nos acompanha por toda a vida.

Anteriormente, o critério para com os bebês prematuros era não molestá-los mais que o necessário, fazendo-os viver numa espécie de cela de isolamento. Agora as provas sobre os benefícios do tato são tantas e tão eloqüentes, que muitos hospitais incentivam o contato dos membros da equipe à perguntarem com ênfase: " abraçou seu filho hoje?". O tato parece tão essencial quanto a luz do sol (ACKERMAN, 1983).

O toque enquanto exigência básica da natureza humana, faz com que todos os indivíduos anseiem sempre por contato de qualquer tipo, visual, auditivo ou tátil para se sentirem reconhecidos como pessoas. Desses três tipos, o mais intenso é sem dúvida o contato pele a pele, seja por um aperto de mão, por uma carícia suave ou por um abraço; quando o indivíduo está fechado para esse tipo de estímulo, um contato agressivo ainda é menos ruim do que nada, pelo menos ele esta sendo reconhecido (ANZIEU, 1989).

5.4.1 A Pele tem Olhos

O tato é comprovadamente o sentido mais antigo e o mais urgente. Se um tigre está apoiando suas patas sobre os nossos ombros, necessitamos sabê-lo imediatamente. Qualquer contato ou mudança num contato, por exemplo: um aumento de pressão, aciona no cérebro uma série de atividades. Qualquer contato contínuo de pouca intensidade se torna fundo com relação ao que se sente presentemente. Quando tocamos algo deliberadamente (nosso namorado, o pára-choque de um carro novo, a língua de um animal), colocamos em movimento nossa completa rede de receptores táteis, acendendo-os por exposições de uma sensação e logo por uma outra.

Os receptores táteis podem ficar em branco simplesmente pelo tédio. Quando colocamos uma suéter pesada e somos agudamente sensíveis à textura, detectamos peso e sensação contra a pele, mas em pouco tempo já a ignoramos completamente. Uma pressão

constante se registra no início e ativa os receptores táteis. É apontado em bibliografias que discorrem sobre neurofisiologia que, mesmo havendo quatro tipos principais de receptores, há muitos outros dentro de um amplo espectro de respostas. Além do mais, nossa pauta de sensações através do tato é mais completa que um mero frio, calor, dor e pressão.

Guyton (1997) aponta que os muitos receptores táteis são combinados para produzir o que chamamos de "uma pontada". Pensemos em todas as variedades de dor, irritação; todas as texturas da carícia, golpes, beliscões, arranhões, palmadas, beijos, etc. um arrepio numa piscina gelada num dia de verão, quando a temperatura do ar e do corpo são iguais. A sensação de uma abelha pousada na perna. Buscar com os olhos vendados um pote de geléia como parte de uma brincadeira num clube infantil. Tirar o pé da lama. A sensação da areia molhada entre os dedos. Uma mordidela num creme de uma torta. O prazer quase orgástico, mescla de estremecimento, dor e alívio que significa coçar as costas.

Algumas formas de tato nos irritam e deleitam simultaneamente. A umidade pode ser uma mescla de temperatura e ansiedade, por exemplo. Mas quando perdemos contato (o dentista nos anestesia; ou um braço fica dormente por falta de irrigação sanguínea), nos sentimos estranhos e alheios.

Como se observa em pessoas que são surdas e cegas, é quase possível arranjar-se só com o tato, mas sem o tato o mundo se descaracteriza irremediavelmente, e pode-se perder uma perna sem sabê-lo, queimar a mão sem sentir ou perder a consciência de onde termina o corpo e começa o mundo.

O tato nos preenche a memória como uma chave detalhada de nossa própria forma. Um espelho não significa nada sem o tato. Sempre estamos tomando-nos as medidas de modo inconsciente: passamos uma mão pelo antebraço vendo se o aro que forma o polegar e o indicador pode circundar o pulso, ou se podemos tocar a ponta do nariz com a língua, ou ainda, apalpando a longitude da perna quando nos alisamos do tornozelo à coxa ao colocarmos uma meia de nailon.

Mas, sobretudo, o tato nos ensina que a vida tem profundidade e contorno: torna tridimensional nosso sentido de mundo e de nós mesmos. Sem esse intrincado sentimento da vida, não haveria artistas, cuja habilidade está em fazer mapas sensoriais e emocionais, nem cirurgiões, que introduzem os seus dedos dentro do corpo (LEVY, 1983).

5.4.2. Mãos: Mensageiras Da Emoção

Ao longo da história, os adivinhos escolheram a palma das mãos como ponto de enlace simbológico entre a psique e a alma, como a balsa que os transportava pelo tempo. Além do mais, a mão é ação, traça caminhos e constrói cidades, joga lanças e leva um bebê. Mesmo seus pequenos gestos (marcar um número de telefone, apertar um botão) podem mudar o curso da história ou fazer cair bombas atômicas sobre as pessoas (GORDON, 1992).

Segundo o mesmo autor, quando estamos preocupados, desejamos que nossas mãos se consolem entre si retorcendo-se, acariciando-se, palmeando-se, como se fossem duas pessoas distintas. No início de um romance, o primeiro contato de um casal costuma ser pelas mãos, assim como os casais já estabelecidos, ao avançar juntos por sua jornada, utilizam as mãos para criar uma ponte de ternura. Pegar as mãos de alguém enfermo ou muito velho é sedativo e estabelece um elo emocional.

Há experiências que mostram que o simples fato de tocar a mão ou o braço de uma pessoa faz baixar a pressão. Em muitas culturas, as pessoas brincam obsessivamente com contas, pedras polidas ou outros objetos, e a onda cerebral que produz este passatempo é de uma mente acalmada por uma repetida estimulação tátil (MONTAGU, 1998).

A mão se move com uma complexa precisão, sente com uma delicada intuição, indefinível, como o estão descobrindo os desenhadores de mãos robóticos.

Pensemos em todos os modos como nos tocamos a nós mesmos, como tomamos os ombros com as mãos e nos acalentamos igual a uma mãe quando tranqüiliza o filho; como escondemos o rosto nas palmas das mãos para ficarmos a sós e rezar ou chorar; como levamos a palma da mão à cabeça quando algo nos surpreende. O tato é tão importante em situações emocionais, que tocamo-nos freqüentemente como gostaríamos que nos tocasse outra pessoa para nos tranqüilizar.

As mãos são mensageiras da emoção. E poucos compreenderam seu intrincado

dever tão bem como Rodin: fez mãos, pequenas mãos soltas que, sem formar parte do corpo, estão vivas de todo modo. Mãos que se elevam furiosas, mãos cujos cinco dedos crispados parecem ladrar como as cinco gargantas de Cerbero. Mãos em movimento, mãos dormidas e mãos que despertam, mãos cansadas que perderam todo o desejo e jazem como uma besta cansada em algum canto, sabendo que ninguém poderá ajudá-las (GORDON, 1992).

Ainda para Gordon (1992), as mãos são um organismo complicado, um delta do qual flui muita vida de fontes distantes – e é arrojada a grande corrente da ação. As mãos têm uma história própria, uma beleza especial; lhes concedemos o direito de ter seu próprio desenvolvimento, seus próprios desejos, sentimentos, humores e ocupações favoritas.

5.4.3. O Tato Curativo

O mais óbvio dos usos profissionais do tato é a massagem, destinada a estimular a circulação, dilatar os vasos sangüíneos, relaxar os músculos tensos e limpar as toxinas o corpo através do fluxo de linfa. A popular massagem "sueca" propõe toques amplos e em arco, sempre na direção do coração. O shiatsu japonês é uma espécie de acupuntura sem agulhas, usando o dedo para causar pressão. O corpo é dividido de acordo com meridianos, segundo os fluxos de energia ou força vital, e a massagem libera as passagens.

Na massagem "neo-reichiana" , às vezes usada em conjunção com a psicoterapia, os toques se fazem do coração para fora, com a finalidade de expandir a energia nervosa. A "reflexologia" se concentra nos pés, mas, como o shiatsu, também utiliza a pressão de pontos na pele que aqui representam distintos órgãos. Supõe-se que ao massagear estes pontos ajudamos a funcionar melhor os órgãos correspondentes. No "rolfing" a massagem se transforma em uma manipulação violenta, às vezes dolorosa. Ainda que haja muitas técnicas diferentes de massagem, algumas escolas formais e muita teorização sobre o tema, os estudos têm mostrado que o mero contato carinhoso, independente de estilo, pode melhorar a saúde.

Na biblioteca da Universidade Purdue, uma bibliotecária realiza sua tarefa: entregar e receber livros. É parte de um experimento de tato subliminar. Ela sabe que a

metade do tempo não deve fazer nada de especial e a outra metade tem que tocar a outra pessoa da maneira mais imperceptível possível. Roça apenas a mão de um estudante ao devolver sua ficha de leitor. Ao sair do edifício, o estudante deve preencher um questionário sobre a biblioteca. Dentre outras questões é perguntado se a bibliotecária lhe sorriu, e se o tocou. Na realidade, a bibliotecária não lhe sorriu, mas o estudante responde que sim, ainda que responda que não lhe tocou. O experimento continua durante todo o dia e os resultados são claros: os estudantes que receberam um contato que não notaram mostraram mais satisfação com a biblioteca e com a vida em geral (ACKERMAN, 1983).

Pesemos o fato que sermos criaturas territoriais que se movem pelo mundo como dentro de principados soberanos. O contato acalenta nossa alma, ainda que não o notemos. Provavelmente nos lembra a época, muito anterior a compromissos e trâmites bancários, em que nossa mãe nos acalentava e nos sentíamos seguros e amados. Nem sequer um contato que não notamos passa inadvertido para a mente subterrânea

Acredita-se que o toque seja mágico e agradável; sendo universal e necessário à própria vida.

Quando recebemos toque, ele atinge nosso corpo. O toque também é recíproco. Quando enviamos uma mensagem de amor, medo, ressentimento ou disponibilidade, também recebemos uma mensagem de volta.

Entrar em contato, entretanto, é uma experiência mútua, ainda que possa ser construtiva ou destrutiva.

Sabemos que emoções negativas difusas são devidas à divisão da pessoa e o toque serve para "curar" as pessoas da toxidez, das emoções negativas. Algumas vezes há a divisão entre a mente e o corpo, uma separação entre o que é bom e o que é ruim em nós mesmos. Qualquer que seja a natureza da desunião, o resultado é que a pessoa fica fora de contato consigo mesma e com o mundo que a cerca. Não está integrada. Daí suas percepções de si e do mundo estarem distorcidas (MONTAGU, 1998).

Para que o nosso corpo se torne íntegro, sendo capaz de resistir às doenças, protelar o avanço da velhice, é necessário que os nossos tecidos sejam nutridos adequadamente, que o sangue flua, que músculos estejam elásticos e flexíveis, e isso é conseguido através também do toque. A manipulação do corpo estimula os tecidos, melhora a circulação, o metabolismo e renova o fluxo de energia sensorial através do

corpo, o toque não é luxúria, mas é hoje, e sempre foi, uma necessidade da vida.

5.4.4. Massoterapia: Terapia que se Origina no Carinho

Toda técnica de massagem tem alto potencial terapêutico. O sucesso de seu tratamento vai depender do quanto o massoterapeuta está preparado para utilizar seus conhecimentos dentro da técnica, a empatia entre terapeuta e cliente, e finalmente, a escolha, por parte do cliente, do melhor tipo de abordagem corporal para ele. Aquela que o faça sentir-se à vontade e cujos movimentos lhe propiciem conforto e benefícios; fazendo assim da massoterapia uma poderosa forma de toque (ASLANI, 1998).

Se levarmos uma pancada na cabeça, no joelho, ou em qualquer outra parte do corpo, uma das reações mais instantâneas será levar a mão a esta parte, alisá-la ou esfregá-la, e logo a dor se aliviará. A massagem é assim, é o toque das mãos que vai ativando e sedando músculos, nervos, etc, atuando em todos os campos fisiológicos. As variações de massagem e seus movimentos são e serão tão grande quanto permitir o conhecimento e a sensibilidade do massagista (ORSI, 1985).

As diferentes culturas foram, pouco a pouco, e conforme o contexto de seu povo, padronizando e convencionando formas de massagem especificamente terapêuticas. Na parte alta da Europa, a escola sueca desenvolveu-se e conseguiu impor seu sistema. Seu movimento principal é típico de países frios, o alisamento ou fricção, que tem como principal característica o aquecimento dos músculos. É possível que este povo devesse sofrer de problemas relacionados ao frio e alto consumo de carne, como artrite. O shiatsu, em oposição, nasce nos campos de arroz chineses, como forma de prevenção das dores articulares. Repare como é uma técnica muito mais pudica, com movimentos apenas de polegares, descaracterizando fundamentalmente a carícia, fruto de uma cultura extremamente reservada e conservadora.

A massagem ayurvédica, ou seja, a massagem terapêutica hindú, possui movimentos suaves, e se aproxima mais do modelo afetivo. O que também é justificável, posto que sua massagem é praticada entre os membros da família.

Desse modo, não podemos dizer que um sistema de massagem é melhor do que o outro. Simplesmente ele se adapta à realidade cultural do povo que a utiliza. Com a "globalização", passa a haver destaque em algumas linhas de movimentos, e é natural que o terapeuta que utiliza massagens busque conhecer melhor cada uma delas. O conjunto de toques e movimentos obedece a uma lógica própria a fim de obter resultado terapêutico. Não podemos deixar de fazer a análise de que as diferentes correntes de massagens existentes tendem a se achar melhor que as outras.

5.4.4.1. As mãos do terapeuta

A massagem utiliza-se das mãos como meio de tratamento. Para o profissional, elas são insubstituíveis, uma vez que até o presente momento não existe aparelho capaz de substituí-las. O massoterapeuta deve contemplar suas mãos minuciosamente e imaginá-las como o veículo de alívio da dor e também da cura, por isso, elas merecem uma atenção muito especial. O bom profissional deve estar sempre massageando as próprias mãos, a fim de que toda a aspereza dê lugar à maciez (DOMENICO, 1998).

O massoterapeuta necessita ter mãos muito flexíveis, como de um violinista ou uma bailarina. Em qualquer manobra da massagem, os dedos devem ter agilidade e flexibilidade para esta ser executada com perfeição e destreza.

A mão do massoterapeuta, além de escorregar sobre a epiderme, deve contornar os altos e baixos dos músculos, sem parar bruscamente quando encontrar uma saliência mais acentuada, como no caso das hipertrofias. O deslizamento deve proceder sobre o tecido como se fosse parte do próprio tecido. Nisto consiste a suavidade e esta só se obtém através da prática . Em termos de suavidade, as mãos do massoterapeuta são para o corpo o que a arte é para a alma. O aspecto energético das mãos é muito importante se as mãos estiverem muito frias antes da massagem devem ser aquecidas, pois mãos frias causam sensação desagradável ao paciente, que contrai os músculos. Quando as mãos se apresentam debilitadas, frágeis e úmidas indicam fraqueza, ao passo que mãos fortes, secas e resistentes indicam sempre saúde e vigor físico (HOLLIS, 1990).

Acredita-se que as mãos que reabilitam, fartas de amor, consigam abolir os desacordos silenciosos que habitavam a paciente: fantasmas, ecos, sombras . . .Nasce à partir desse encontro, corpo mutilado x terapia afetuosa, um provável novo corpo.

Na verdade, quando sugere que o amor protege, o médico não se refere ao amor pelos casais apaixonados. O que o especialista defende é que a tolerância, o bem-estar e o equilíbrio emocional são os antídotos contra as doenças como o câncer, a asma, ou o infarto do miocárdio (ORSI, 1985).

Para o nosso caso, este amor penetra na "arma" mais poderosa do fisioterapeuta: as mãos, que quando acrescidas de amor, carinho e a disposição em ouvir, invade o corpo e a alma (indissolúveis, segundo relatos de trabalhos atuais em psicossomática) oferecendo conforto, prazer e confiança numa reabilitação efetiva.

5.5 Relação Profissional de Saúde-Paciente

Balint (1988) nos atenta que "o primeiro remédio que o paciente toma é o médico".

Quando recorremos a algum profissional de saúde, mesmo em atendimentos de rotina, evocamos algum grau de ansiedade ou apreensão. Evidentemente, quando o motivo do atendimento ou consulta refere-se a doença ou à suspeita de que algo se agrava; a apreensão, a tensão e a ansiedade se intensificam. Em qualquer desses casos, em graus variados de intensidade, o paciente relaciona- se com o agente de saúde, tecnicamente competente, mas também o reveste de poderes e atributos mágicos, vendo- o como fonte de apoio, proteção, segurança, capaz de solucionar o problema e de curá-lo.

A atitude de oferecer e examinar, junto com o paciente, alternativas, idéias e informações é diferente da atitude implícita nas sugestões e conselhos. Isso faz com que o paciente consiga perceber que o agente de saúde não é uma condição universal e que, juntos, vão procurar resolver os problemas.

Cada pessoa é um universo singular. Poucas pessoas pensam, sentem e agem de maneira semelhante. A maioria vive em mundo e realidades muito diferentes, por isso é necessária a comunicação entre os indivíduos (BALINT, 1988).

Esta comunicação refere-se, fundamentalmente, ao uso de argumentos lógicos e racionais com o objetivo de convencer a concordar com o que é indicado como forma de

tratamento. Há pessoas que preferem negar sua própria percepção, para evitar enfrentar o medo e a ansiedade mobilizados por situações difíceis.

Parece haver um consenso no que diz respeito a oferta do falso apoio, já que há momentos do vínculo entre agente de saúde- paciente que mobilizam muita emoção. O que caracteriza o falso apoio é a atitude de evitar ouvir e entender os sentimento da outra pessoa e somente trabalhar com a realidade.

Deve-se atentar para uma abordagem terapêutica ligadas sobre tudo a atitude clínica: o respeito por nós mesmos e pela pessoa que atendemos, a capacidade de sintonizar e a preocupação de prestar assistência à pessoa como um todo em sua situação existencial. Deve-se entrar em sintonia com o paciente, ouvir as entrelinhas descrita pelo mesmo, dizer o que sentimos sempre delimitando fronteiras, questionar cuidadosamente as mensagens obtidas e preparar a paciente para a realidade tranqüilizando-a sem falso apoio (BALINT, 1988).

A conduta fria, impessoal e puramente técnica no atendimento é, obviamente, contrária à atitude clínica. Não nos permitimos, por razões várias, entrar em contato com a pessoa da cliente, mas a encaramos como objeto e nos conduzimos tal como máquinas, instrumentos e aparelhos que utilizamos.

Um dos instrumentos mais eficazes da terapêutica médica é, sem dúvida, a capacidade do profissional de estabelecer com o seu paciente relação que seja produtiva, benéfica, facilitadora do exercício profissional de medicina integrada, atitude iatrogênica (CRAIG e STITZEL, 1996).

Os referidos autores atestam que aprendemos a palpar, auscultar, percurtir, mas pouco nos são ensinados como ouvir – distinguir ouvir de escutar; esta é a função de ouvir com atenção, enquanto ouvir é, meramente, o exercício da audição – e o que falar ao paciente que temos diante de nós.

Quando o problema é carcinoma invasor, a comunicação do diagnóstico, do prognóstico e as explicações sobre a terapêutica é quase sempre tarefa penosa, que se prolonga durante o período de tratamento e de acompanhamento. Vale lembrar que embora os profissionais de saúde saibam que o câncer pode ser curado num bom número de casos, o conceito popular diz que câncer é sinônimo de morte. Em geral as pessoas são mais influenciadas pelo conceito popular da doença o que pelas estatísticas médicas. Isto faz

com que o reasseguramento da equipe de saúde a respeito da possibilidade de cura, mediante tratamento adequado, seja às vezes recebido com desconfiança e descrença.

Quase sempre, esses profissionais buscam uma pessoa da família para comunicar o diagnóstico, dividir a inevitável ansiedade e decidir de que modo transmitir a informação ao doente, assim como o fisioterapeuta o faz para prognóstico de reabilitação pós-comprometimentos físicos significativos.

Faz parte integrante do tratamento do carcinoma mamário (assim como de qualquer acometimento psicossomático), a noção de que estamos tratando a dona da mama e não apenas a mama (como no caso de uma luxação de ombro: trata-se o paciente globalmente e não um ombro). Portanto, é imprescindível sintonizar-se com o impacto emocional que a doença provoca e fazer orientação antecipatória para os problemas a serem enfrentados após a cirurgia.

5.6 A Importância da Humanização e Afetividade na Relação Terapeuta-Paciente

Mais que em outros tempos, hoje vemos, com alegria e entusiasmo, a grande caminhada de milhões de pessoas, em todo o mundo, na busca de melhor conhecer-se.

Com tantas mudanças ocorrendo simultaneamente, nos quatro cantos do mundo, os indivíduos estão se questionando, questionando sua sociedade, questionando seus valores. Vivemos um momento de ruptura e paradigmas.

Vivemos a idade da informação. Ela está colaborando muito para a transformação do mundo. Por vezes, temos a sensação de que o tempo está passando mais rápido ou de que o mundo está menor. Isso não é mais que pura sensação, o efeito da velocidade da troca de informações.

As pessoas, cada vez mais, estão buscando relações verdadeiras. A grande procura de livros de auto- ajuda, de filmes com enfoque nos dramas pessoais, o crescente número de cursos de desenvolvimento e crescimento pessoal são indicadores desse desejo de conhecer-se e são alguns dos caminhos utilizados, no sentido de facilitar a comunicação transparente. As ciências da saúde, e em especial a medicina, constituem-se em uma das frentes mais importantes para a sobrevivência e o desenvolvimento humano; e não poderia

estar fora dessa busca.

A formação dos profissionais de saúde também sofre a ação desse movimento. Paralelamente à evolução científico/tecnológica, que nos fornece novos dados e instrumentos, cresce a importância da valorização do ser humano. É a grande mudança comportamental, que de alguma forma se reflete, inclusive na ciência, já que o homem cria e progride à semelhança de si mesmo.

Por fim, as atitudes também evoluem e é fundamental perceber e acompanhar o desenvolvimento humano.

Na formação de um profissional de saúde, além de muito estudo, treinamento e boa orientação, são necessários, também, talento e sensibilidade. Gostaria destacar que o lado profissional não existiria sem o lado pessoal. É muito importante saber usar tais adjetivos no atendimento aos pacientes. É isso que vai diferenciá-lo. Caso contrário, a tendência é que ele seja "mecânico, rotineiro, repetitivo".

É preciso dizer, ainda, que aprender a usá-los implica um maior conhecimento de nós mesmos. Será mais fácil entender o outro, no caso o paciente, na medida em que nos conhecermos melhor. Nós nos intelectualizamos, mas não perdemos nossa essência.

A miséria afetiva, imposta pelo processo de socialização e educação, acostuma as pessoas a viverem com pouco. Com pouco carinho, com pouca atenção, com pouca proteção. São desqualificadas as nossas necessidades básicas, enquanto seres humanos. O processo de educação emocional inexiste. É comum encontrarmos pessoas que não sabem reconhecer o que sentem e, muito menos o que fazer com o que sentem. Pensa-se que pessoas que funcionam assim normalmente estão distantes de sua essência, são analfabetos emocionais. Tais pessoas podem ter um desenvolvimento físico e mental natural, mas, por vezes, elas funcionam como crianças dentro de um corpo grande, ou seja, o corpo é de um adulto e as emoções são as de uma criança. Isso independe de raça, classe social, cultura, credo ou formação. Todos nós, infelizmente, experimentamos, de alguma forma, em maior ou menor grau, esse processo (SARANO, 1973).

O ser humano possui, entretanto, uma infinita capacidade de mudar, de criar o novo. O mínimo que se espera de uma vida é que o homem exerça plenamente sua capacidade de transformação. Você pode ser diferente daquilo que aprende a ser. Você pode ser melhor do que o melhor modelo que você teve.

As pessoas com quem convivemos na infância – pais, irmãos, tios, tias, avós, professores, pediatras, etc, mais o contexto em que vivemos nessa fase, são fortes estímulos modeladores. Ou seja, desde crianças temos uma grande habilidade para copiar e imitar. Quando adultos, pensamos que isso é coisa de criança, o que não é verdadeiro. Se atentarmos às nossas atitudes, com certeza perceberemos que aqueles comportamentos continuam presentes. É como se, continuar imitando as pessoas às quais amamos na vida fosse uma maneira de demonstrar amor. "Eu te amo, por isso faço como você faz". É comum que isso aconteça com pessoas que têm dificuldade em expressar amor de forma direta, clara, aberta (SARANO, 1973).

Um outro fator que colabora acentuadamente para a dificuldade de expressão afetiva é a *auto – estima*. Se você conhece sua essência e, mais que isso, lida com ela afetivamente, então será mais fácil você "fazer encontros" com outras essências. Caso isso não esteja acontecendo, é oportuno que você tome providências, no sentido de abrir um canal de comunicação e afetividade com essa parte fundamental do seu ser.

Muitas pessoas vivem no "faz-de–conta". Faz-de-conta que estou bem, não tenho problemas, não preciso estudar, não preciso me atualizar; faz-de-conta que sou afetuoso, que sou bom companheiro, que sou bom pai ou boa mãe, que sou competente, que sou feliz; faz-de-conta que eu me basto. Essa forma de viver é 100% perfeita para quem quer viver em baixa auto-estima e distante de sua essência. " Faz-de-conta" que o que eu acabei de ler não tem nada a ver comigo, só com os outros.

As pessoas têm a ilusão de que investir em si mesmas é um processo doloroso ou muito demorado. Isso não é verdadeiro. Quando descobrimos o prazer de cuidar bem de nós mesmos, não existe tempo nem dor. É quando passamos a viver com dignidade.

Enfim, sua essência merece o melhor de você. Trata-se de um princípio de dignidade. Somente aqueles que põem em prática esse princípio podem entender o outro e conviver afetivamente.

Sua personalidade está intimamente ligada à relação que você mantém com sua essência. Quando esta relação é afetiva, o trato com o ser humano ganha simplicidade e naturalidade.

Além disso, a afetividade propicia a sua intuição. Esta, aliada ao seu conhecimento, estimula sua percepção holística. Dessa forma, sua análise dos quadros que

se apresentam será mais completa. Uma boa análise gera, normalmente, uma boa equação dos problemas. E um problema bem equacionado tem melhores opções de solução. Faz parte da função do agente de saúde, que considera a afetividade importante, cuidar, proteger, orientar, dar limites.

A afetividade no "atendimento" inclui o uso da sua essência para encontrar, perceber o drama da essência do paciente. Depois de viver essa parte, é importante que o profissional de saúde tenha a capacidade de voltar para o seu racional e, aí, efetuar a análise e decidir sobre qual é o melhor tratamento. Existem várias formas de comunicar quais os procedimentos implicados no tratamento. O agente de saúde pode fazer uso do seu "lado paterno" ou fazer uma orientação intelectualizada. O mais indicado é que a parte a ser usada seja a mais adequada ao momento.

Nosso sistema emocional quase sempre se encontra desequilibrado, quando chegamos ao ponto de estarmos doentes. Por isso, é comum encontrar nos pacientes medo, ansiedade, insegurança, desproteção. Nessas condições encontramo-nos muito vulneráveis e, dependendo de como for o encontro com o médico, podemos ter uma experiência aliviadora ou traumática.

Portanto, quando atua com afetividade, o profissional de saúde está respeitando o estado emocional dos pacientes. Assim, passa a ser natural o progresso no tratamento. Por fim, "o paciente não é a doença, mas o portador dela".

5.7. Afetividade e Fisioterapia

As apresentações deste trabalho não são aquisições definitivas, são decorrentes de um processo histórico, no qual a nossa vida é vivida dia a dia, construindo e reconstruindo nossa identidade, no encontro e desencontro, conosco mesmos, com os outros e com o mundo.

Este processo que a vida nos impõe está em constante evolução, em uma luta em compreender o mundo no esforço de penetrar no âmago do real e encontrar seu sentido.

É sem dúvida um desafio constante a busca pela realidade, considerada um mistério. Desvendar sua essência, parece ser uma grande aventura.

Falar sobre corpo, sobre amor e prazer, sempre inquietou o ser humano. Tal fato sempre levou o indivíduo a se sentir cada vez mais culpado pelo seu corpo e pelo seu prazer.

O que se observa na história é uma espécie de adestramento imposto por pessoas, entidades, revolução industrial na modernidade e outros. Acredita-se que ainda hoje as pessoas vivem de certa forma sob a tirania e a crueldade imposta pela sociedade na Idade Média, onde era imposto verdadeira "camisa-de-força social" para que vivessem sob critérios ético-morais.

Na verdade, desta época em diante, o corpo humano é reconhecido de acordo com sua capacidade de produção; suprimindo seus desejos, emoções e naturalidade.

Esta pesquisa acreditou que o afeto fosse o principal meio de retorno às perdas físicas, emocionais, sociais e patológicas impostas agressivamente para uma mulher com carcinoma de mama.

A visão de analisador presente em nós, mostra a busca do corpo-objeto, aquele perfeito e preso à imposições; enquanto que quando se olhar a corporeidade do indivíduo de forma global, a busca é de expressão, de desejo. Tendência esta, direcionada em assistência fisioterápica na busca da corporeidade sentida, portanto vivida em um corpo que pressente seus limites.

A aceitação de nós mesmos implica necessariamente o reconhecimento e a aceitação de nossas limitações e fragilidades. Tendemos a esconder, todos nós, fraquezas e a "posar" de fortes.

Em um passado recente a fisioterapia era tida como uma profissão essencialmente prática, sem haver uma formação teórica, em plano científico, em como lidar com problemas emocionais no decurso dessa prática.

Atualmente, frente à confrontação constante entre a teoria e a realidade imposta por pacientes, seres humanos, imbuídos de angústias pessoais e sofrimentos físicos e emocionais vindos do mal que o aflige no momento da procura, para alguns fisioterapeutas fluiu a 'interpretação' desta experiência e surgiu um novo profissional.

Este novo profissional parece aprender a conhecer as necessidades humanas e utilizar no seu tratamento, além de métodos e técnicas especializados, o afeto; aqui chamado de amor, carinho, toque e o saber ouvir. Método "solitário" que sugere acréscimo para os profissionais que utilizam métodos tradicionais, um novo aprendizado de linguagem corporal. Afinal, o corpo das pacientes mastectomizadas apresenta linguagem própria, vestimentas características.

Pensa-se que este "novo fisioterapeuta" investiga também com a emoção, ouvidos e olhos bem abertos, acrescentando passo a passo, em suas condutas, afetos capazes de se somarem a seus métodos tidos como tecnicistas, de forma a andarem juntos para o melhor entendimento dos símbolos lingüísticos e reabilitarem, até mesmo precocemente, esta mulher.

CAPÍTULO IV

REABILITAÇÃO FISIOTERÁPICA

4.1. Surgimento e Evolução das Técnicas

4.1.1. Histórico

O mais antigo registro que a humanidade tem sobre conhecimento de câncer de mama, data 1.600 a.C., descoberto em Tebas como relata Smith *apud* Barbosa (1989).

O registro do primeiro tratamento cirúrgico de câncer de mama foi creditado ao médico grego Leônidas, no século I a.C., que consistia em uma incisão inicial na parte não afetada da mama, seguida por aplicações de cautério, agente utilizado para destruir tecidos orgânicos e converte-los em escaras. Também atribuído a Leônidas a primeira descrição que a retração mamilar também constituiria um sinal clínico de câncer de mama.

Barbosa (1989) cita vários autores e posteriormente relatos que esclarecem a trajetória sob a exérese de uma mama patológica. Razi recomendava a excisão da mama cancerosa apenas se ela pudesse ser totalmente extirpada e a porção adjacente cauterizada. Paré, considerado o "pai da cirurgia moderna", foi o primeiro a correlacionar o comprometimento dos linfonodos axilares com o carcinoma de mama. O que constitui o conceito precursor da mastectomia radical moderna foram as descobertas circulatórias de Servet. Fabry, estabeleceu que o tumor deveria ser removido e nenhum resto deixado. Também possivelmente removia os linfonodos axilares, mas não se sabe qual via de acesso utilizava.

O primeiro diretor da Academia Francesa de Cirurgia recomendou o que pode ter sido a primeira mastectomia radical moderna, preconizando a remoção da mama, músculo peitoral adjacente e linfonodos axilares endossando a teoria de Le Dran sobre o mau

prognóstico em câncer de mama com a disseminação linfática.

Assim, o início do século XVIII foi marcado por grande número de mastectomias, diminuindo durante a segunda metade do século em virtude da pouca probabilidade de cura e da mutilação indiscriminada.

No século XIX a cirurgia oncológica sofreu grande e esperada mudança com a introdução da anestesia geral por Willian T. G. Morton E Crawford Long em 1846, aliviando os horrores da dor.

Outra grande contribuição foi a introdução e a prática da anti-sepsia em 1867, afastando a maior complicação que eram as infecções.

Em 1874, Paget publicou sua obra "Sobre Doença da Aréola Mamária Precedendo Câncer da Glândula Mamária", onde questionava a taxa de sobrevida de pacientes submetidas à mastectomia e os riscos de recidivas.

Uma das primeiras, se não a primeira, ilustração sobre mastectomia está descrita na obra de Pancoaast (1805-1882), "Tratado de Cirurgia Operatória", publicada em 1844 na era pré-anestésica e pré-antiséptica, os bordos da ferida eram unidos apenas com esparadrapo.

No final do séculos XIX surge nos EUA o cirurgião Willian Stewart Halsted que desenvolveu e padronizou a mastectomia, instituindo-se no marco do tratamento cirúrgico de mama.

Dietz, em 1978, recomendava que "os curativos e posicionamentos pós-operatórios devem manter o braço em abdução e ligeira elevação".

Degenshein (1977), sugeriu posicionamento mais elaborado e recomendava: "não há justificativa para sepultar o braço durante vários dias dentro do curativo, de encontro à parede torácica, porque isto leva a número importante de ombros congelados".

Em 1983, a movimentação do ombro era iniciada com programações diferentes, por diferentes cirurgiões, baseando-se nos dias de pós-operatório, condições dos drenos e presença de suturas. A idéia era permitir o movimento, mas não insistir na movimentação no pós-operatório imediato. Conforme a dor permitisse, começavam os exercícios ativos para amplitude de movimento quando os drenos já estavam removidos.

Sasaki (1997) relata que em 1976 estudos realizados sobre o início da fisioterapia,

no pós-operatório imediato à mastectomia confirmaram que, os resultados funcionais obtidos foram melhores do que os iniciados tardiamente. Em 1985 a fisioterapia foi citada como fator de grande importância na aquisição de movimentos, principalmente nos exercícios efetuados nos primeiros quatro dias de pós-operatório.

No Brasil, em 1937, o Presidente Getúlio Vargas assinou o decreto de criação do Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar no Rio de Janeiro. O Centro foi inaugurado pouco mais de um ano depois com 40 leitos, um bloco cirúrgico, um aparelho de radiologia e outro de radioterapia.

Em 1957, foi inaugurada a nova sede do Instituto do Câncer. Em 1961, é aprovado o novo regimento do Instituto, reconhecendo-o como centro médico-hospitalar especializado de ensino e pesquisa.

Desde 1983, o INCA (Instituto Nacional do Câncer) e a CNCC (Campanha Nacional de Combate ao Câncer), realizam contínuos e abrangentes de âmbito nacional, visando múltiplos aspectos do controle do câncer: informação, combate ao tabagismo, prevenção, educação nos cursos de graduação e divulgação técnico-científica.

De acordo com um estudo realizado no Hospital de Base de São José do Rio Preto durante o período de agosto de 1995 a agosto do ano seguinte, com 13 pacientes mastectomizadas, verificou-se que a fisioterapia iniciada no pós-operatório imediato é benéfica para a recuperação funcional dessas pacientes. Um aspecto bastante importante é que nenhuma das pacientes apresentou comprometimento no processo da cicatrização e a fisioterapia precoce abreviou e muito o período de tratamento (HB CIENTÍFICA, Vol.4, Nº2,1997, p.123)

4.2 Tipos de Técnicas

A orientação antecipatória consiste, basicamente, em descrever para o paciente o panorama geral de uma situação a ser enfrentada. O campo de utilização da referida orientação é bastante amplo: inclui preparação para simples exames de rotina ou métodos complementares, até a preparação para eventos que envolvem maior grau de apreensão, tensão ou ansiedade. Deve- se esclarecer também a evolução do pós- operatório em termos de como ficará o aspecto do corpo especialmente no caso de cirurgia mutiladora como mastectomia, ou as condições da cicatriz, presença de dor, uso de sonda e assim por diante.

Destacam- se dois pontos fundamentais neste tipo de orientação: dar informações e lidar com o impacto emocional por elas provocado. Por esse motivo, o uso da orientação antecipatória vincula-se intimamente à postura característica de reflexão de sentimentos. Isto tem repercussões importantes inclusive na maneira de dar informações: elas devem ser vinculadas em termos simples, concretos, o menos técnico e intelectualizado possível, sem detalhes supérfluos ou desnecessários que tantas vezes são transmitidos de forma quase sádica.

O proposto é ajudar a paciente a digerir emocionalmente uma situação e preparar-se para enfrentá-la. A orientação antecipatória não significa dar uma aula brilhante ou demonstração de sabedoria e conhecimento para que a paciente fique impressionada. Portanto , para que as informações sejam de fato úteis, é necessário descrever apenas o que a paciente precisa ter como conhecimento.

As informações de orientação antecipatória precisam ser vinculadas com a postura de realismo otimista, ou seja, apresentar os fatos sem falsear a realidade, porém apresentando possibilidades de saídas, melhoras, curas, recursos de que a pessoa pode dispor ou maneiras que a própria pessoa pode empregar para lidar com a situação a ser enfrentada.

O uso consciente da orientação antecipatória pode prevenir o surgimento de muitos problemas de relacionamento médico- paciente e melhor adaptação e conhecimento entre as duas partes.

Muitas ansiedades podem ser poupadas com um simples esclarecimento em termos de orientação antecipatória, independente do nível sócio-econômico- cultural de uma paciente. O processo de digestão emocional ocorre antes e depois da situação real.

Ao ser submetida à mastectomia, em decorrência do câncer mamário, com suas inúmeras implicações, a paciente sofre traumas de natureza física, emocional e social, de acordo com as situações e condições anteriormente discutidas. Estas agressões muitas vezes não são valorizadas, dando-se ênfase apenas aos aspectos clínicas. Este fato pode influir de forma negativa na evolução da enfermidade e ocasionar situações problemáticas, de difícil solução, a nível pessoal e familiar.

Por ser o processo bastante complexo e o programa abrangente, dificilmente pode ser resolvido somente pelo médico, sendo necessário trabalho integrado de equipe

multidisciplinar.

A atuação da equipe não se limita apenas ao período de internação, estendendo-se também às etapas pré e pós operatórias, isto é, durante alguns meses. Isto possibilita o acompanhamento da paciente em nível emocional e permite que as orientações transmitidas sejam assimiladas gradativamente.

A intervenção interdisciplinar, visando o restabelecimento da mulher, frente a agreção sofrida, caracteriza-se como sendo um processo e ocorre desde o pós-operatório imediato, ou seja inicia-se na fase de hospitalização, mas abrange a rotina de vida após a alta (CHIARAPA, 1998).

Na prática terapêutica, o programa de reabilitação, constituído de equipe multidisciplinar, além do apoio psicológico à paciente e aos familiares, são enfocados problemas decorrentes de cirurgia, tratamentos complementares, necessidade de exercícios fisioterápicos, cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia, retorno às atividades domésticas e profissionais, desempenho sexual, planejamento familiar e restauração da aparência externa.

Uma variedades de fatores desempenham papel na determinação do tipo de extensão das incapacidades encontradas, as quais incluem amplitude diminuída de movimentação do ombro do lado operado, linfedema, tecido cicatricial, força diminuída no braço e cintura escapular, alterações de sensibilidade e dor. Os fatores contributivos são os problemas preexistentes, a lesão de grandes e pequenos nervos, a extensão da dissecação linfática, a remoção ou desnervação dos músculos, os problemas com a ferida pós-operatória incluindo seroma e infecção, o tipo de incisão, e mesmo detalhes tais como o tipo de curativo cirúrgico.

Amplitude restringida de movimento do ombro no lado operado é uma seqüela comum nas operações na mama e axila. Medições goniométricas devem ser usadas para documentar a extensão da limitação e fornecer uma referência pela qual possam ser medidas as melhoras, mas, para todas as finalidades práticas, a limitação da flexão, abdução, adução e rotação interna e externa é prontamente evidente à paciente e à equipe de tratamento.

A execução de exercícios fisioterápicos, que visam a integração psicofísica da mulher mastectomizada, é de primordial importância. Pode-se alcançar os objetivos

mediante a combinação de exercícios específicos para a área afetada, utilizando- se procedimentos que facilitem o relaxamento muscular de forma dinâmica e global. Com a diminuição da tensão muscular eleva-se o limiar de resistência à dor e, consequentemente, ocorre melhora do rendimento dos exercícios.

A avaliação fisioterápica pré-operatória é essencial para conhecimento das unidades osteomesculares e físico-funcionais que poderão ser acometidas, o acompanhamento geral das possíveis consequências provenientes da cirurgia, sugerem um prognóstico de recuperação, conhecimento e conscientização da paciente sobre a importância e os procedimentos da fisioterapia no pós-operatório, além de esclarecer sobre a cirurgia, caso a mesma ainda não saiba.

A assistência fisioterapêutica pós-operatória de mastectomia, inicia-se no pós-operatório inicial (P.O.I.) e objetiva a reeducação da cintura escapular, do membro superior, prevenção de retrações cicatriciais e fibroses, possíveis contraturas musculares, prevenção de complicações linfáticas, alterações posturais, manutenção e/ou ganho de força muscular, diminuição e/ou eliminação de quadro álgico quando este existir.

Tal assistência deve ser realizada precocemente, com a participação consciente da mulher e não apenas de forma mecânica, para que ela tenha percepção de si mesma, como pessoa atuante e capaz de participar do seu processo de reabilitação.

Concomitantemente à mastectomia e linfadenectomia, outras complicações são possíveis de ocorrer como a deiscência de pontos, retrações miotendíneas, infecções, além de complicações de cicatrização da ferida.

A experiência mostra que o quadro álgico e o medo da mobilização no período pós-operatório, resultam em restrição da mobilidade normal da articulação do ombro, levando muitas vezes ao que se conhece por “ombro congelado”, aumentando ainda mais a probabilidade de linfedema. A imobilidade do membro superior envolvido pode resultar em uma cicatrização restritiva do tecido subjacente à parede torácica causando aderências cicatriciais que por sua vez tracionam as linhas de tensão da pele ocasionando posturas antálgicas e encurtamento muscular.

Vale ressaltar que todas as complicações pós-mastectomia citadas podem ser prevenidas através da intervenção fisioterápica iniciada o mais breve possível, acreditando ser a mobilização precoce (pós-operatório imediato) fator fundamental no processo de

reabilitação físico-funcional.

Os principais aspectos relacionados com os exercícios de reabilitação física, após a realização de mastectomia serão expostos individualmente.

- **O Tecido cicatricial** pode contribuir para a limitação da amplitude de movimento, deformidade e desconforto. Massagem de fricção profunda, uso de umedecedores, e estiramento prolongado de tiras fibrosas podem ajudar a minimizar os efeitos de contratura da ferida. Raramente pode ser necessária liberação operatória. A radioterapia pode piorar as restrições e aumentar as necessidades da terapia continua.

- **A Fraqueza muscular** pode resultar da remoção de músculo, imobilização prolongada ou lesão nervosa. Embora haja causas físicas para grande parte da fraqueza muscular vista após a cirurgia de mama, não é incomum que as mulheres utilizem apenas um membro superior. As intervenções principais são o fortalecimento muscular e a educação para desfazer o mito de que a atividade muscular reativará a malignidade.

- **A diminuição da amplitude de Movimento (ADM)** ocorre devido à modificação da fisiologia da estruturas da cavidade axilar, ao medo constante de movimentação ativa, dor, aderência cicatricial, fraqueza muscular e lesões das raízes do plexobraquial (C5-T3).

- **O linfedema** é o resultado de vários fatores: neoplasias recidivantes ou persistentes, infecção, cicatriz e remoção cirúrgica dos canais linfáticos. A posição inferior contínua do braço e contração inadequada também são fatores contributivos, fatores que podem ser minimizados por intervenções de fisioterapia. A medição circunferencial é mais prática e pode ser feita facilmente com resultados reprodutivos.

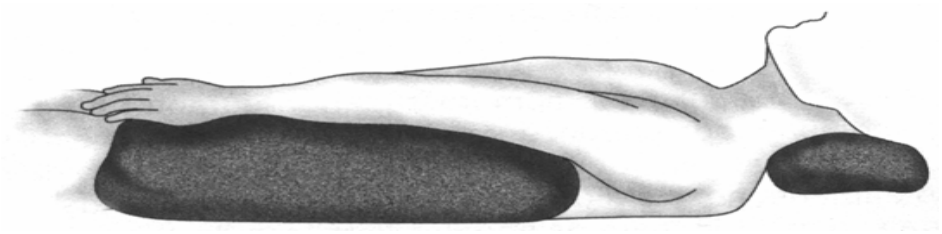
- **A postura** comumente é afetada em mulheres após cirurgia de mama. Limitações da amplitude de movimento, cicatriz, linfedema e dor podem influenciar a postura, mas a postura protetora também pode resultar da automatização aumentada da paciente a respeito da perda e da assimetria. Os desvios posturais comumente encontrados são

ombros arredondados, cabeça para a frente e assimetria a nível dos ombros. A assimetria a nível dos ombros pode ser alto ou mais baixo no lado afetado. A postura protetora pode levar à tensão aumentada, que muitas vezes é encontradas na áreas de ponto gatilho do trapézio superior.

A fisioterapia fornece educação e técnica para reduzir ao mínimo uma variedade de incapacidades físicas que, se não corrigidas, poderiam resultar em importante alteração na aparência e modificação das atividades da vida diária. As técnicas físicas e de educação são capazes de promover um sentimento de controle e bem-estar correlacionando com a função e melhora. O valor disto não deve ser subestimado como um fator na recuperação e ajustamentos globais da mulher portadora de câncer de mama.

4.2.1 Posicionamento

Durante o tempo de internação da paciente (variando entre 2 e 5 dias em condições normais), orienta-se que ela mantenha seu membro superior envolvido, apoiado sobre rolos ou travesseiros (elevados aproximadamente 30°), com o mesmo levemente abduzido (45°); impedindo a formação de edema pós-operatório, facilitando a circulação venosa de retorno. (Fig. 1).



1- Posicionamento do membro superior no pós-cirúrgico de câncer de mama.

FONTE: CAMARGO e MARX. (2000, p.42).

4.2.2 Cinesioterapia

A cinesioterapia é a modalidade terapêutica que reabilita através do movimento,

utilizando exercícios.

Segundo Moraes (1996), a fisioterapia deve ser iniciada tão logo a paciente se encontre consciente, orientada e hemodinâmicamente estável, o que geralmente ocorre cerca de 5 a 8 horas após o retorno do centro de recuperação.

Os exercícios devem ser realizados ativamente pela paciente com a orientação do fisioterapeuta, sendo decisivos para a reabilitação da amplitude de movimentos da cintura escapular e para a diminuição das complicações, levando-se em consideração que o referido profissional tenha domínio sobre os efeitos fisiológicos da cinesioterapia e oncologia mamária.

4.2.3 Assistência do PO 0 ao PO 15

Devemos recordar que conforme relato anterior, as mobilizações precoces do membro superior deverão ter a amplitude limitada, para que não haja tração demasiada sobre a incisão cirúrgica e sobre a pele. Pode-se iniciar com os seguintes exercícios:

a) Exercícios posturais (simples);

b) Exercícios dinâmicos;

c) Exercícios globais (não específicos);

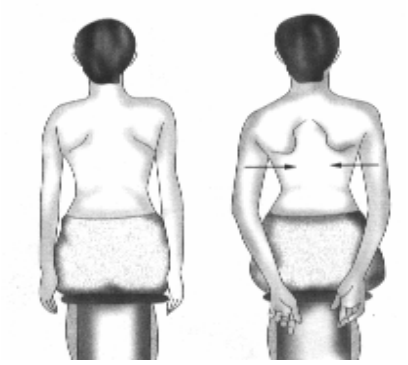
Seu objetivo é oferecer à mulher, a retomada do seu esquema corporal, iniciando este trabalho no leito (pós-operatório).

Solicita-se à paciente, deitada em decúbito dorsal, que estenda seus braços ao longo do corpo com as palmas viradas para cima. Pede-se procurar sentir o apoio das escápulas no leito, se uniformes ou com diferença, e ainda, que realize isométricamente a adução das escápulas e retropulsão dos ombros. Após, solicita-se que realize movimentos de ativação da circulação linfática e venosa, com movimentos de abrir e fechar a mão em elevação do membro, até seu limite.

Outra opção (dentre muitas), é a de se observar a movimentação do tórax durante a respiração e orientá-la para que respire livremente. Isto ajudará a diminuir a ansiedade e

relaxará a musculatura cervical.

Orienta-se à paciente para realização destes exercícios em sua casa, pois assim, se estabelece a consciência e responsabilidade sobre sua reabilitação. (Figs. 2-A e 2-B).



2-A- Abdução das escápulas e dos ombros e relaxamento

2-B- Abdução das escápulas e dos ombros e relaxamento

FONTE: CAMARGO e MARX. (2000, p.43).

4.2.4.2. Exercícios dinâmicos

Deve-se realizá-los preferencialmente, ativos, mas muitas vezes é necessário o auxílio do fisioterapeuta na movimentação, principalmente nos primeiros dias pós-operatório.

Com o objetivo de permitir que a paciente inicie seu programa de reabilitação sem dor, os exercícios devem iniciar com a mão e o cotovelo, os pacientes então são orientados à promoverem exercícios de prono e supinação do antebraço sem resistência, e exercícios de flexo-extensão do cotovelo. Após a realização destes prossegue-se com os exercícios para a cintura escapular, é a primeira movimentação indireta da articulação do ombro. Estes exercícios podem ser realizados em decúbito dorsal ou sentada e o mais breve possível.

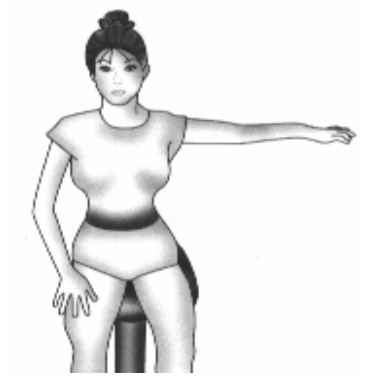
À partir daí, iniciam-se os exercícios de abdução, flexão anterior e rotações do ombro, objetivando restabelecer a função articular, estimular a circulação venosa e linfática (Figs. de 3 à 11).

Os exercícios orientados nesta fase são:

3. Flexão anterior do braço a 90º com extensão do cotovelo (Fig. 3);

FONTE: CAMARGO e MARX. (2000, p.45).

4. Abdução do braço a 90º com o cotovelo em extensão (Fig. 4);

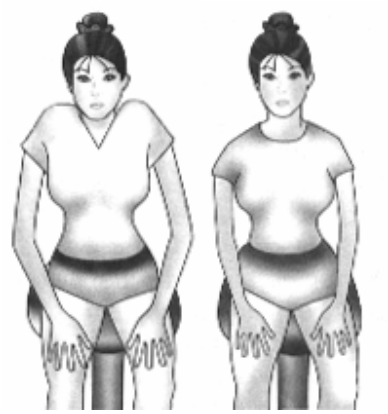


FONTE: CAMARGO e MARX. (2000, p.45).

5. Rotação interna e externa do ombro (Fig. 5);

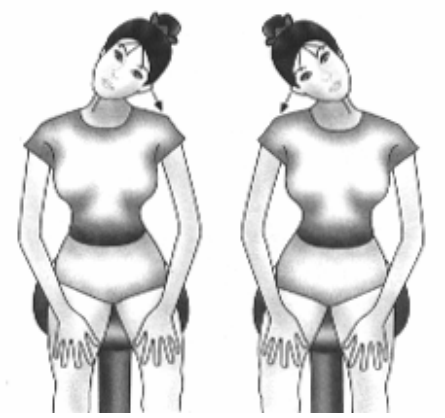
FONTE: CAMARGO e MARX. (2000, p.45).

6. Elevação simultânea e relaxamento dos ombros (Fig. 6);



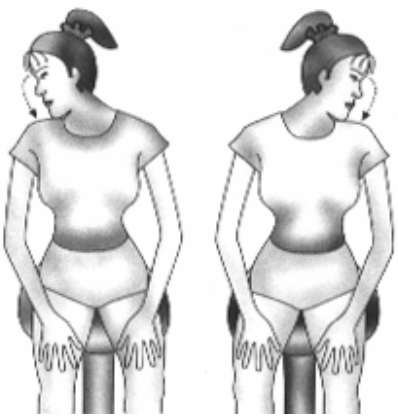
FONTE: CAMARGO e MARX. (2000, p.46).

7. Inclinações laterais do pescoço (Fig. 7);



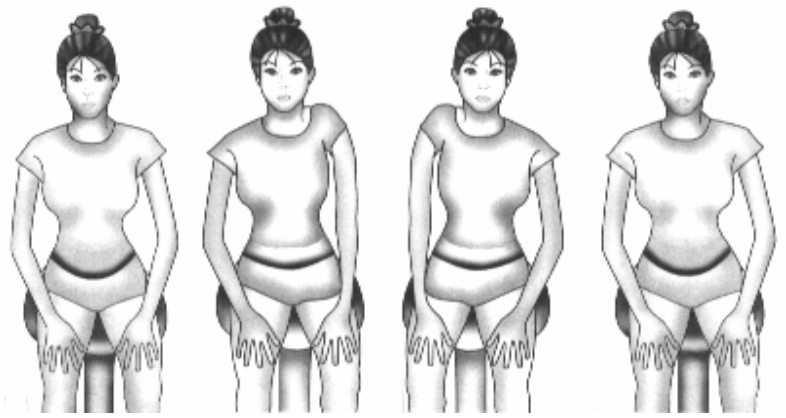
FONTE: CAMARGO e MARX. (2000, p.46).

8. Rotações da cabeça (Fig. 8);



FONTE: CAMARGO e MARX. (2000, p.46).

9. Elevação alternada dos ombros (Fig. 9);

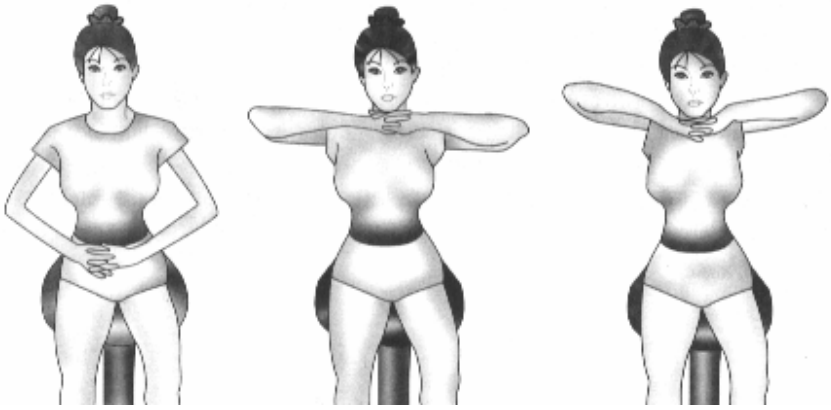


FONTE: CAMARGO e MARX. (2000, p.47).

10. Rotação interna do ombro com abdução do braço (Fig. 10);

FONTE: CAMARGO e MARX. (2000, p.47).

11. Abdução do braço a 90º com o cotovelo em flexão (Fig. 11).



FONTE: CAMARGO e MARX. (2000, p.47).

Estes exercícios são alguns exemplos que poderão ser utilizados para a

reabilitação das mulheres mastectomizadas. Elas devem realizá-los, além de juntamente com o fisioterapeuta, também em suas casas. As cargas nos exercícios devem, paulatinamente, ser aumentadas, iniciando-se com um acréscimo do número de vezes a cada exercício.

4.2.4.3. Exercícios globais

Sabe-se que várias são as técnicas existentes que, poderão se utilizadas para a reabilitação global em pacientes submetidas a mastectomia.

Devemos nos ater ao equilíbrio da coluna como um todo, evitando desequilíbrios estáticos que possam comprometer a postura da paciente já alterada desde o momento do diagnóstico (conforme citado anteriormente), e provocar alguma dor ou desconforto adicional.

Para uma reeducação postural efetiva podemos citar, várias técnicas que devem ser utilizadas desde o POI: a reeducação postural global (RPG), iso-stretching, posturologia, ginástica holística, etc. A escolha da técnica a ser utilizada dependerá da avaliação inicial de cada paciente.

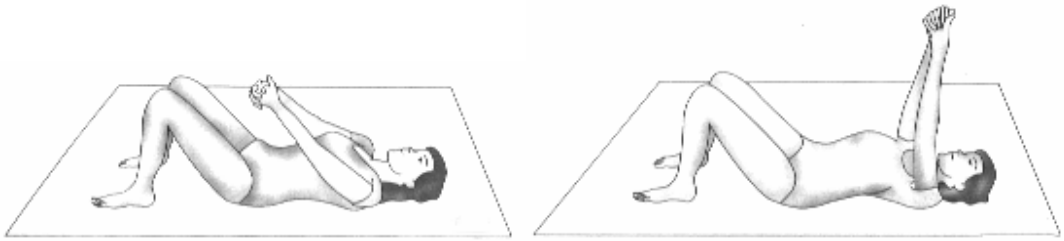
4.2.4 Assistência á Partir do PO 15

Provavelmente após o 15º dia da cirurgia, a paciente já se encontre sem o dreno aspirativo e os pontos (quando sem complicações), iniciando assim a reabilitação funcional mais ativa.

Os exercícios ganham amplitude total em todos os eixos de movimento e as atividades da vida diária, realizadas com o membro superior, são liberadas e estimuladas. Os mesmos podem ser realizados em decúbito dorsal (primeiramente), sentado ou em pé, preferencialmente defronte a um espelho. A postura deve ser corrigida para evitar compensações grosseiras, o ganho de amplitude deve ser gradual e sem presença de dor aguda.

Muitas são as variações de exercícios que podem ser utilizados na reabilitação de mulheres mastectomizadas, que dependendo das necessidades individuais de cada paciente e do conhecimento e criatividade do fisioterapeuta, conforme figuras de 12 à 27.

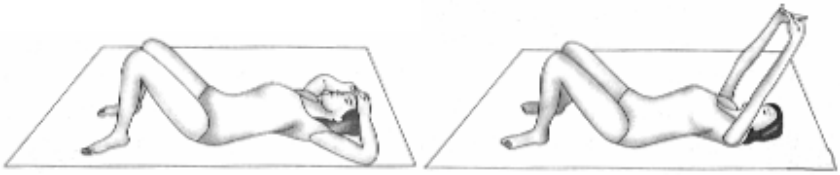
12-A e B- Elevação dos braços até 90º



A B

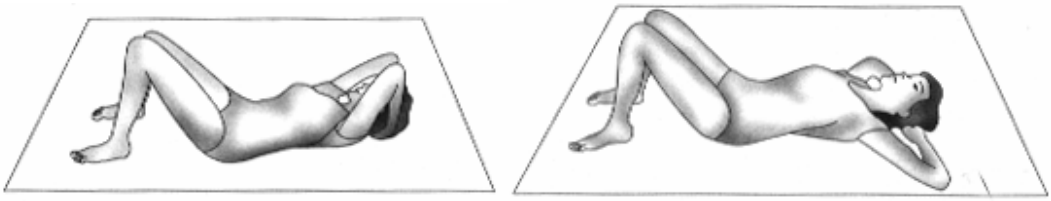
FONTE: CAMARGO e MARX (2000, p. 49).

13-A, B, C e D- apoio do dorso das mãos sobre a testa, extensão dos cotovelos, flexão anterior dos braços até tocar o colchão.



A B

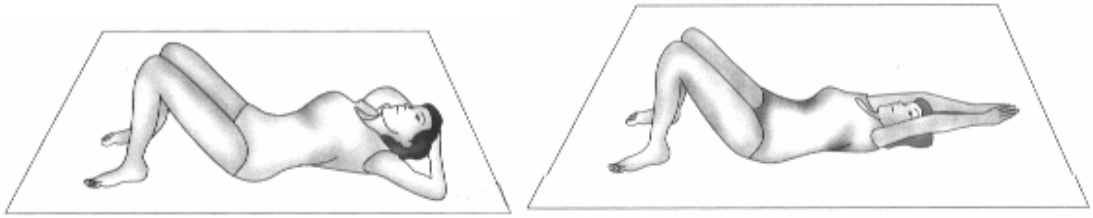
C D



A B

FONTE: CAMARGO e MARX (2000, p. 50).

14- A e B- Mãos cruzadas atrás da nuca, aproximar os cotovelos e afastar até tocar o colchão.



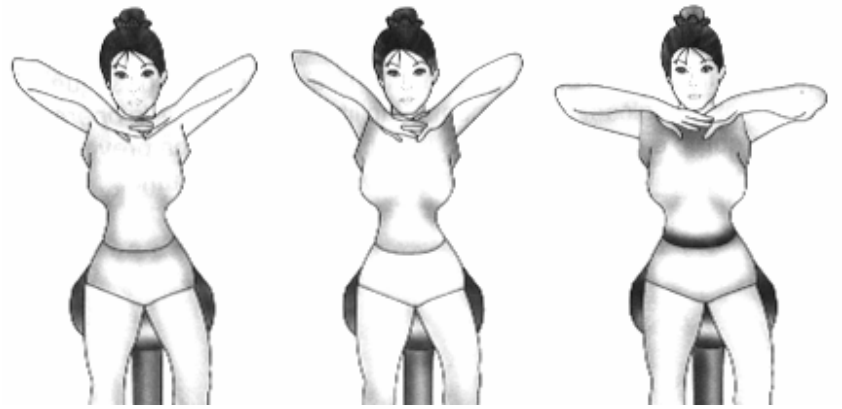
A B

FONTE: CAMARGO e MARX (2000, p.51).

15- A e B- Mãos apoiadas na cabeça, estender os braços para trás.

FONTE: CAMARGO e MARX (2000, p.51).

16- Sentada com as mãos apoiadas sobre as coxas. Elevar ombros simultaneamente e abaixa-los retraídos.



A B C

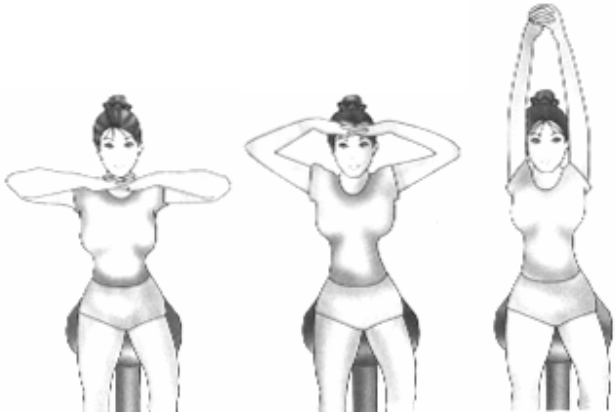
FONTE: CAMARGO e MARX (2000, p.52).

17- A, B, C e E- Mãos apoiadas sobre o queixo, abertura dos cotovelos o máximo possível e abaixa-los ate tocarem-se entre si.

D E

FONTE: CAMARGO e MARX (2000, p.52).

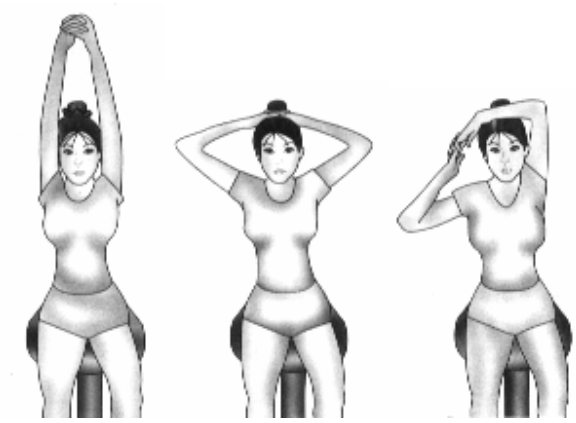
18- A, B e C- Mãos apoiadas sobre o queixo, cotovelos abertos, colocar as mãos sobre a cabeça e a partir daí elevação dos ombros.



A B C

FONTE: CAMARGO e MARX (2000, p.52).

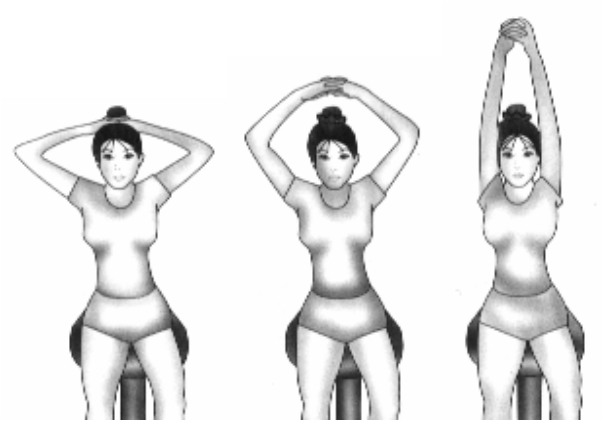
19- A, B e C- Extensão total dos braços após apoiar mãos sobre a cabeça e inclinar os braços alternadamente.



A B C

FONTE: CAMARGO e MARX (2000, p.53).

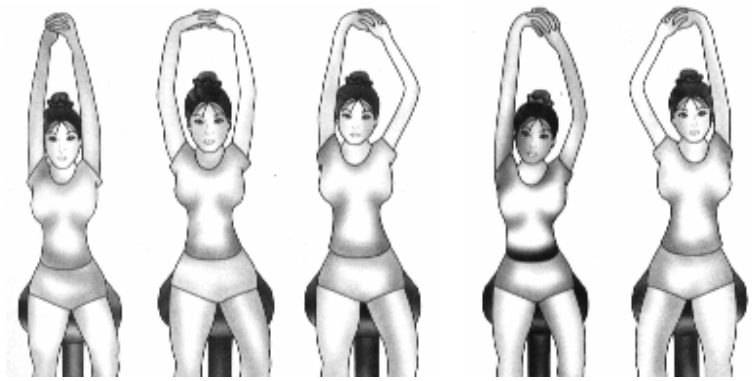
20- A, B e C- Mãos sobre a cabeça, elevar lentamente até extensão total do braço.



A B C

FONTE: CAMARGO e MARX (2000, p.53).

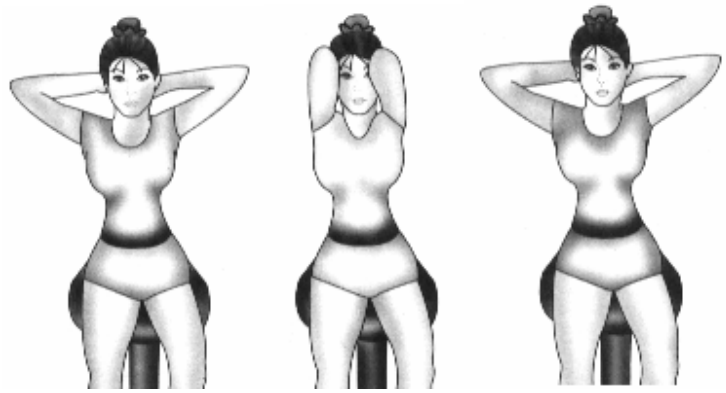
21- A, B, C, D e E- Iniciar com extensão total do braço e baixar alternadamente um braço depois o outro.



A B C D E

FONTE: CAMARGO e MARX (2000, p.53).

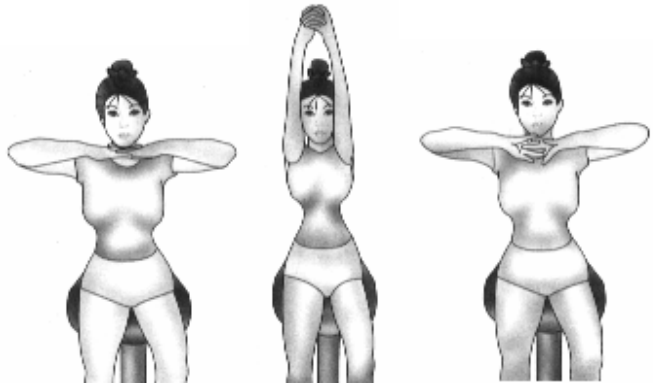
22- A, B e C- Mãos apoiadas atrás da nuca, cotovelos abertos, fechá-los e abri-los.



A B C

FONTE: CAMARGO e MARX (2000, p.54).

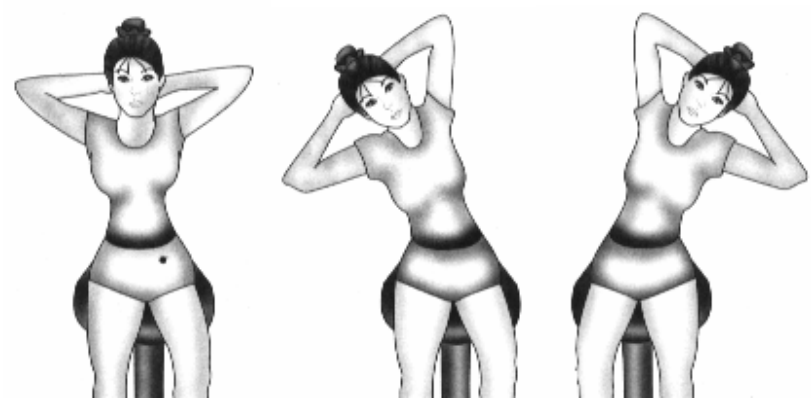
23- A, B e C- Mãos apoiadas sobre o queixo, extensão anterior dos braços e flexão com abertura dos cotovelos e palmas das mãos viradas para fora.



A B C

FONTE: CAMARGO e MARX (2000, p.54).

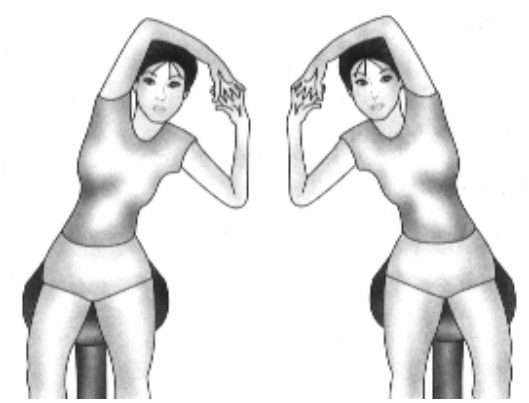
24- A, B e C- Mãos atrás da nuca, cotovelos abertos, abdução e flexão lateral do tronco.



A B C

FONTE: CAMARGO e MARX (2000, p.54).

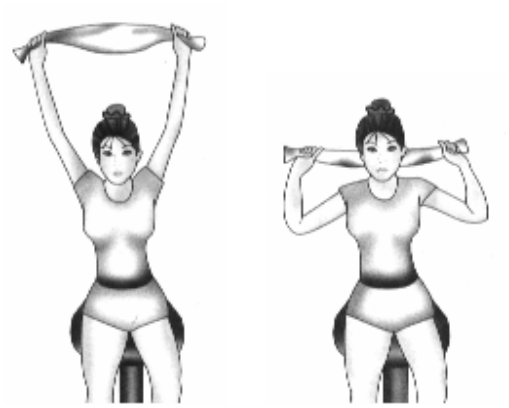
25- Inclinação do tronco, abdução do braço, mãos entrelaçadas.



A B

FONTE: CAMARGO e MARX (2000, p.55).

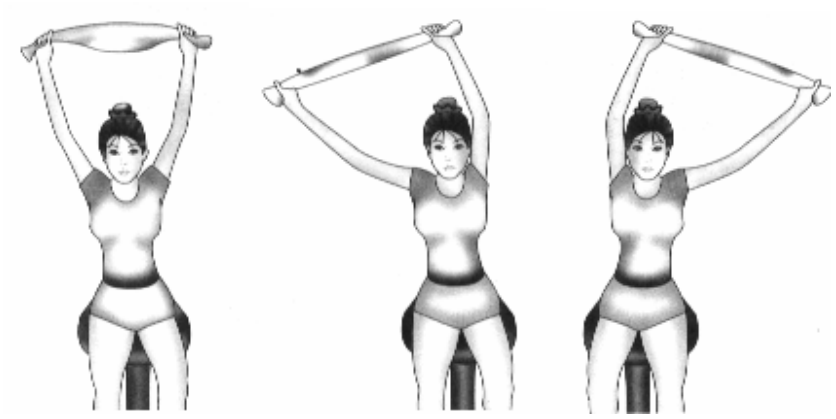
26- A e B- Flexão anterior total dos braços, levar a toalha atrás da nuca com flexão de cotovelos e em abdução do braço.



A B

FONTE: CAMARGO e MARX (2000, p.55).

27- A, B e C- Flexão anterior total dos braços, inclinações laterais.



A B C

FONTE: CAMARGO e MARX (2000, p.55).

4.2.5 Linfodrenagem

A utilização da massagem como recurso terapêutico para o tratamento de edemas e linfedemas é conhecida desde o século passado (WINIWARTER), e em 1969, Stillwell,

também citou a massagem como uma das terapias para o tratamento do linfedema (CAMARGO e MARX, 2000).

Sabendo que as vias linfáticas da pele e do tecido subcutâneo não possuem uma direção de fluxo definida, o sentido deste fluxo superficial depende de forças externas ao sistema linfático, como a contração muscular, os movimentos ativos e passivos e a massagem.

Segundo Camargo e Marx. (2000), na ocorrência de uma obstrução dos vasos profundos, os linfáticos superficiais tentam transportar a linfa e restabelecer o equilíbrio da drenagem linfática. A massagem produz um aumento da absorção, transporte e fluxo linfáticos superficiais, deslocando a linfa mais rapidamente. Além disso, a massagem estimula pequenos capilares que se encontram inativos e aumenta a motricidade da unidade linfática, o linfangion.

A linfodrenagem manual deverá ser iniciada já no pós-operatório com o objetivo de diminuir a quantidade de líquido drenado e melhorar a reabsorção linfática pelas veias colaterais naturais.

4.2.6 Orientações Pós-Operatórias para Prevenção de Complicações

Chiarapa (1998) afirma que com o membro superior homolateral à cirurgia, deve-se evitar:

- aferir pressão arterial;
- carregar peso;
- deixar o braço caído ao longo do corpo, procurando apóia-lo quando sentado ou deitado;
- injeções, acupuntura ou outros procedimentos que exijam uso de agulhas;
- tirar a cutícula das unhas (risco de infecção);
- ferimentos e traumatismo;
- depilar a axila;
- cozinhar ou cuidar de jardinagem sem uso de luva protetora;
- utilizar roupa ou pulseira apertada;
- posições que comprimam os tecidos como por exemplo, dormir sobre o

braço.

4.3. Qualidade de Vida

A expressão qualidade de vida tem estado muito em voga, mas nem sempre tem sido empregada corretamente. Para muitas pessoas, boa qualidade de vida tem sido confundida com a vida boa do ponto de vista material: casa de campo e praia, barcos, festas, férias maravilhosas, muito lazer e pouco trabalho. A conceituação ou definição do que seja qualidade de vida, no entanto, não é fácil e ainda não foi estabelecida. A tendência atual é considerar sob um enfoque multidimensional, no qual se incluem as condições de saúde física (inclusive de mobilidade), o repouso, as funções cognitivas, a satisfação sexual, o comunicar-se, o alimentar-se, a presença ou ausência de dor, o comportamento emocional, o lazer, o trabalho, a vida familiar e social (FERREL *et. al*,1997).

Qualidade de vida pode ser entendida como o nível alcançado por uma pessoa na construção do seu plano de vida estabelecido, de uma forma hierarquizada e organizada estabelecida em plano de vida e ter condições de, se não necessariamente realizá-lo por completo, ao menos lutar por ele e põe condição indissociada da boa qualidade de vida e de felicidade, dado que essas duas condições – felicidade e qualidade- embora não sejam sinônimas, andam de braços dados e são, à rigor, indispensáveis.

Portanto, qualidade de vida e felicidade é algo que depende das expectativas e do plano de vida de cada um, componente individual e subjetivo. Pode ser entendida como grau de satisfação do indivíduo com sua vida e o grau de controle que exerce sobre ela (FERREL *et. al*, 1997).

Conforme o mesmo autor, pode-se distinguir essa qualidade em geral e relacionada à saúde. A qualidade de vida geral refere-se ao indivíduo aparentemente saudável, do ponto de vista físico e diz respeito ao seu estado de satisfação com a vida. A qualidade ligada à saúde, baseia-se em dados mais objetivos e mensuráveis e aplica-se às pessoas sabidamente doentes do ponto de vista físico. Diz respeito ao grau de limitação e desconforto que a doença e/ou sua terapêutica acarretam ao paciente e sua vida.

No cotidiano depois da doença, o doente deve voltar à vida, deixar o “status” de doente e suas obrigações como também suas vantagens, a solicitude, a atenção dos que o

cercam, e enfrentar o mundo. Às vezes, a vivência de um perigo fatal, provoca uma fuga da realidade que pode, em certos casos, atrasar e até limitar a cura e sua reabilitação. O doente não vai ser o único centro de preocupações, ele vai retomar seu lugar no interior de sua família, de uma comunidade, de um grupo social. Ele não vai mais ser poupado dos problemas cotidianos, o tempo não será mais cortado e ocupado por diferentes consultas ou tratamentos. Ele vai ser mais uma vez um anônimo, ao passo que ele é um sobrevivente de uma experiência e de uma viagem extraordinária física e mental (KIEBERT *et. al,*1991).

As associações podem ser de grande ajuda, quando organizam grupos de discussão e atividades em torno do tema. Elas podem ajudar na reinserção da mulher mastectomizada.

Acreditando que o fisioterapeuta, primando pelo direcionamento afetivo em suas técnicas de reabilitação, seja membro decisivo para um adequado retorno às atividades de vida diária, uma vez que, neste momento pós-operatório, seu contato é quase diário e seus métodos e técnicas são afetuosos.

CAPÍTULO III

TIREI UM SEIO: ASPECTOS PESSOAIS

Deve-se considerar que a paciente oncológica adoece como um todo, como uma unidade vital somatopsicológica, apresentando mais do que uma doença orgânica com sua sintomatologia, pois junto a ela estão a consciência e os sentimentos frente à enfermidade, com as repercussões próprias e pessoais na maneira de viver, de adaptar-se ao estresse vital e delinear seu próprio destino.

As relações existentes entre neoplasias malignas e distúrbios psicológicos vêm merecendo, nos últimos anos, maior atenção dos profissionais das diferentes áreas ligadas à oncologia.

Acredita-se hoje que eliminar sintomas não restabelece, necessariamente, a saúde. A enfermidade não deve ser analisada como entidade autônoma e independente, mas sim como uma das possíveis manifestações de desequilíbrio em um indivíduo, que só pode ser compreendido através de suas relações com o mundo, da integração corpo-psiquê, da unidade formada pelo biológico, pelo social e pelo psicológico.

Para Shavelson (1985, p.67):

> "...essa posição permanece como herança da ingenuidade do materialismo científico do século passado que determina conceitos de ciências e cientificidade que já não são totalmente aceitos. O homem não pode ser considerado como um hóspede neutro e indiferente e que frente à enfermidade que o consome, deva apenas aceitá-la, sofrer e morrer".

O referido autor acresce que ao lado de fortes compromissos com as regras sociais, encontra-se uma tendência para armazenar emoções, através de mecanismos de negação ou repressão além de uma dificuldade para desfazer tensões psíquicas.

Acredita-se que esses doentes, com freqüência, mostram-se pessoas dóceis, amáveis, com grande potencial de sacrifício pelo outro. No entanto, a investigação revela que, por trás dessa fachada de amabilidade e docilidade, encontram-se sentimentos de ira, inveja e grande hostilidade.

O trauma cirúrgico da mastectomia determina alterações significativas no organismo como perda sanguínea, lesão de tecidos e/ou órgãos, sistema endócrino e hemodinâmico, edema, riscos infecciosos, alteração no ritmo alimentar e outras. De acordo com a extensão do trauma, a situação da mulher operada e a qualidade de assistência é que ocorrerão tais manifestações em diferentes graus. Vale lembrar que a exérese total de um órgão determina modificação da integridade física de caráter definitivo, interferindo na auto-imagem e nos hábitos de vida, no caso dessa mulher. Assim, ocorrem diversas complicações físicas, sendo as mais comuns a limitação da amplitude de movimento do membro homolateral à cirurgia, diminuição da força muscular e, tardiamente, o linfedema.

A intervenção interdisciplinar, visando o restabelecimento da mulher frente à agressão sofrida, se caracteriza como sendo um processo complexo, iniciando-se no pré-operatório e abrangendo até novas rotinas de vida após a cirurgia.

3.1 A Mulher e o Corpo

3.1.1 Esquema Corporal

Observemos uma criança de 2 anos que brinca com um jogo de ovos que se encaixam. A criança segura o ovo e sente-o com as mãos, com a boca, percebe que esse objeto é duro, liso e de forma arredondada. A criança olha o ovo e a visão confirma as impressões táteis: não existem pontas nem arestas; o objeto não muda de forma quando é tocado, colorido. A criança joga-o no chão: ouve o barulho da queda do objeto, o vê rolar. A criança apanha o ovo, gira-o em todos os sentidos... eis que o ovo se abre e um ovo menor sai de dentro... Aproxima as duas partes e quase prende os dedos... Algumas manipulações levaram-na a descobrir que o ovo é composto de duas partes que ela pode aproximar ou afastar. Além disso o conjunto dessas duas partes pode conter um objeto menor: um outro ovo, uma bola de gude, uma bala.

Daí por diante sempre aproximará as peças a serem encaixadas com certa precaução: a emoção acarretará um comportamento diferente. Dessa observação podemos concluir que a partir de uma experiência simples de origem motora a criança vai receber informações que classificará paulatinamente em um conjunto de indicações similares percebidas em outras circunstâncias. Assim, adquire uma noção clara do objeto e sua natureza.

Já a função motora, o desenvolvimento intelectual e o desenvolvimento afetivo estão intimamente ligados no ser humano, resultando da interrelação entre a motricidade, a mente e a afetividade. A educação psicomotora é uma técnica. Como utilizá-la para que uma criança adquira noção de esquema corporal ou uma outra noção indispensável a seu desenvolvimento? A resposta é simples: pelos mesmos caminhos, etapa por etapa, dos da aprendizagem natural (MEUR, 1984).

Essas etapas iniciam através de exercícios motores, depois através de exercícios sensoriomotores, finalmente, através de exercícios perceptores, em que as manipulações são sutis e a percepção visual muito importante. Os exercícios perceptores exercem um domínio sobre os demais, possibilitando uma análise perceptiva, a precisão da representação mental e a determinação de pontos de referência.

Wallon (1979) afirma que o esquema corporal é um elemento básico indispensável para a formação da personalidade da criança. É a representação relativamente global, científica e diferenciada que a criança tem de seu próprio corpo.

A criança percebe-se e percebe os seres e as coisas que a cercam, em função de sua pessoa; sua personalidade se desenvolverá graças a uma progressiva tomada de consciência de seu corpo, de seu ser, de suas possibilidades de agir e transformar o mundo à sua volta.

Uma criança que se sinta bem disposta em seu corpo e capaz de situar seus membros uns em relação aos outros fará transposição de suas descobertas: progressivamente localizará os objetos, as pessoas, os acontecimentos em relação a si e depois entre eles.

Quando criança, o conhecimento de seu corpo e a unidade de suas diferentes partes oferece possibilidade de agir com confiança, enquanto que após uma cirurgia mutiladora, a face do mesmo fenômeno oferece dificuldade deste ser em reconhecer-se e

aceitar-se. O corpo vivido já não é mais espontâneo, não domina mais o seu diálogo corporal; suas representações, sensações, e equilíbrio foram despersonalizados (ARÁN, 1996).

O corpo enquanto uma preocupação de investigação científica emerge no século XX e invade o campo das Ciências Humanas, onde etnólogos e historiadores puderam testemunhar que ele esteve presente no discurso de todas as civilizações, constituindo para as sociedades da tradição, um repertório de taxinomia, de correspondência, de associações, pelos quais o mundo se diz, através do corpo, e o corpo através do mundo... (CHAMMÉ, 1992).

Nas mulheres com patologias cancerígenas, em especial a de mama, observa-se que num primeiro momento, prevalece o anseio de se "livrar" do tumor maligno que agrega-se ao órgão acometido. Por outro lado Lopes *et. al* (1996), mencionam as "dismorfobias", ou seja, o temor da desfiguração, que é freqüente nas mastopatias de qualquer tipo. Este problema está ligado à imagem corporal a que se tem referido e é relevante na reabilitação das pacientes com mastopatias cirúrgicas.

Realizada a cirurgia e ainda não detentora do conhecimento do seu real estado, já que encontra-se medicada e com faixas cirúrgicas induzindo a uma falsa percepção, bem como no estágio de euforia do sucesso cirúrgico, a mulher recebe a notícia que o mal que a afligia já não mais a persegue. Passado esta fase, ou seja, no pós-operatório, ela se vê de frente ao seu corpo mutilado, e à repulsa e curiosidade dos seus entes queridos seja ela do marido, dos filhos e familiares (GRANDSRAFF, 1976).

A mulher vê-se em uma nova situação para a qual não foi preparada, defronta-se com esta doença deformante e, ainda recebendo um apoio psicológico, não assimilou ou nem mesmo teve tempo de incorporar sua nova realidade.

Tem-se então a mulher mastectomizada, agora já não mais numa relação intra-hospitalar, mais sim na relação diária com a família e o meio social no qual é inserida. Nesta etapa faz-se necessário o acompanhamento profissional da fase de reabilitação. Superado o período pós-cirúrgico, os profissionais empenham-se agora na sua readaptação e em um novo aprender intimamente atrelado à aceitação do novo corpo tal como ele é, para que não surjam distúrbios na auto-imagem.

Como já anteriormente referida, a mastectomia é uma cirurgia altamente

mutiladora, que acarreta outra ordem de problemas físicos e emocionais; com cada mulher respondendo individualmente à mutilação.

Kubler-Ross (1998), afirma que para a mulher mastectomizada retornar a uma posição de equilíbrio, a paciente necessita: 1) aceitar a perda; 2) reintegrar a imagem corporal; 3) aceitar viver com o risco de recidivas ou de metástases. Tais condições, evidentemente não são facilmente alcançadas.

Acrescentando ainda, Carvalho (1984; p.59)

> "...para a mesma autora, conceito de imagem do corpo é útil para se entender as diversas e complexas reações das pessoas às mudanças em seu estado de saúde".

3.1.1.1. Etapas do desenvolvimento do esquema corporal

O corpo tem sido referendado como depósito de emoções, de sentimentos, de dores, amores, cumprimento das trajetórias de vida, depósito de saúde e de doenças (CHAMMÉ, 1992).

Considerando o processo de evolução perceptiva corporal, em uma primeira fase denominada de "o corpo vivido", objetiva-se fazer com que a criança domine seus movimentos e perceba seu corpo globalmente, construindo um todo.

É a partir da abertura sensível de nosso corpo ao mundo e aos outros, que construímos um conhecimento sobre nós mesmos, os outros e as coisas. O corpo, nesse sentido, não é apenas um objeto a ser treinado, mas um elemento que nos ensina, que nos faz ser o que somos.

Igualmente, segundo Monteiro (1990), mulher e corpo são duas noções impossíveis de se desvincular, a sexualidade da mulher é muito corporeamente demarcada, e nele, a presença dos seios é um dos fatores que caracterizam sua feminilidade frente ao outro. O seio tem ainda, maior importância, pois é o órgão da maternidade e o órgão sexual exposto na mulher.

A admiração pelo corpo incorpora-se na personalidade de modo a permitir a manifestação de sentimentos de desejos e, em seu ápice, do prazer. Nesse sentido admiração representa a "mola" propulsora na constituição dos sentimentos, podendo, por

outro lado, haver similitude com impressões ou admiração instantânea. Assim, pontua-se a admiração, seja na sua modalidade reflexiva ou imediata, como fator de relevância para a felicidade e manifestação dos sentidos, acreditando-se que no momento em que a admiração se esgota, finda com ela também o objeto do desejo. Nesse estudo, a admiração ganha um status, como acima dito, mola propulsora no corpo da mulher representada pelo seio (ROMERO, 1995).

3.1.2 Auto-Imagem

A imagem corporal já nos é identificada desde a infância e assegurada pela cultura ocidental, sendo cada vez mais incorporada aos preceitos sociais, teria, a responsabilidade de proporcionar ambiente propício para o desenvolvimento de uma adequada saúde física e mental.

Parece que a sociedade, embora de forma lenta, tem assumido o papel de oferecer assistência aos indivíduos ou grupos que necessitam da mesma, e ainda, tem se preocupado em esclarecer quanto à prática de utilizações inadequadas de mitos, crenças errôneas que contribuem para a inferioridade e desagregação do ser humano ou o contrário.

Werebe (1984) afirma que não podemos considerar a imagem corporal como uma mera representação estática do corpo, qual uma fotografia, mas que devemos entendê-la como uma representação dinâmica, com origem na confluência social, o simbólico e o afetivo, e com significações diversas e complexas. A subjetividade total deste processo se concretiza no momento em que somos, simultaneamente, objeto e agente da percepção do corpo e do mundo.

Anzieu (1978, p.280) afirma que:

> "A imagem do corpo pertence ao registro imaginário e deve ser distinguida do esquema corporal procedente de um registro sensório-motor e intelectual. A imagem corporal é inconsciente e sua base é neurológica. No primeiro caso, o corpo vivido como o primeiro meio da relação com o outro; no segundo caso, o corpo servindo como instrumento de ação no espaço e sobre os objetos.
>
> ... a imagem do corpo constitui parte integrante de uma concepção individual da própria personalidade, de seu valor como indivíduo, nas relações com outras pessoas",

Ainda nessa linha de pensamento, Dolto *apud* Grubits (1996, p.37) afirma que:

> "a imagem do corpo é o traço estrutural da história emocional de um ser humano. Ela é o lugar inconsciente e presente de onde se elabora qualquer expressão do sujeito; o lugar de emissão e recepção das emoções inter-humanas linguageiras".

Os seios expressam a feminilidade na cultura ocidental, são símbolos da dádiva concedida ao sexo feminino que é a amamentação _ maternidade. Independentemente da idade, cultura ou educação, todas as mulheres sonham ter seios perfeitos.

Thiers (1998, p.53) nos faz uma anotação bastante pertinente:

> "As propostas corporais propiciam a liberação dos recalques corporais e da repressão sexual, despertam a sensibilidade, promovem a integração mente-consciência corporal-afetos e o social, favorecem a formação do esquema e da imagem corporal, facilitam a inter-relação do indivíduo nos grupos e finalmente fortalecem o nível da realidade e a estrutura egóica".

A mutilação causada pela mastectomia desequilibra esta auto-imagem, resultando em uma não aceitação da situação, conforme depoimentos extraídos por Anzieu (1978, p.281), em suas pesquisas:

> "... eu sempre fui muito alegre, gostava muito de sair, dançar, namorar, usar roupa justa, queria que você visse, mas agora, não tem mais graça..."
>
> "... foi um pedaço de mim".

Segundo, Anzieu (1978, p.281), "a mulher mutilada, tem preocupação maior com a própria mutilação do que com a doença, pois, a ameaça de morte para ela é fato presente; assim como para todos os portadores de câncer".

3.1.3 A Feminilidade

Sexo pode ser tratado de duas formas: enquanto prazer e enquanto 'limite do ser'. O limite do ser diz respeito à identificação mais crucial de um indivíduo feita nos primórdios de sua existência, identificação esta que o suportará enquanto sujeito sexuado para o resto de sua vida – homem ou mulher. O sexo humano não é, pois um dado biológico apenas, mas, é principal, e, é uma identificação.

Segundo Freud (1980), só existe um sexo, e é o masculino, pois tudo se situa frente ao 'Falo' que está relacionado com a falta, com o desejo. É erroneamente equiparado, inicialmente, ao pênis.

Assim, a menina não tendo pênis, anatomicamente, de acordo com o pensamento freudiano entra numa espécie de esfera ansiosa de que um dia será "brindada com esse órgão fantástico". O menino teme perdê-lo diante da constatação horrenda de sua mutilação na mulher. Toda a organização psíquica sujeitos terá como pólo de referência, a presença ou a ausência do "Pênis-Falo". Assim vão se organizando os diversos laços sociais.

Com o advento do Édipo, o menino passa a ter a mãe como objeto, através da identificação viril que faz com o pai. E a menina? Ela não pode fazer esse tipo de identificação, e então, como sairá da passividade? Na verdade, o tornar-se mulher é exatamente a aceitação desse destino tão adverso de ser. Do outro, o resto, o que falta à sua complementação. Fica faltando um pedaço de seu corpo e para que isso seja ressarcido, a menina precisa identificar-se com a mãe, enquanto falta.

A maioria das mulheres não aceita essa condição. Assim disputa com o homem, submete-se a ele, ou o seduz e transforma a falta em atributos do âmbito daquilo que convencionou-se chamar de feminilidade (beleza e sensualidade).

Teorias diversas tentam explicar a condição do corpo feminino como um potencial estático e ao mesmo tempo erótico. Perder uma de suas partes, ou modificar significativamente suas funções implica em que a identidade adquirida/aprendida diante das alterações mutilantes entre em processo de desequilíbrio, devendo recorrer a auxílios técnicos e crentofocos, tanto cirúrgicos quanto terapêuticos na busca por um certo grau de reconquista e equilíbrio. Tal fato acaba necessariamente implicando perdas físicas e conseqüentes desajustamentos, além dos comprometimentos psico-afetivos.

Abeche & Blochtein (1987, p.44), escrevem sobre a síndrome do seio-fantasma que se caracteriza pela sensação da presença contínua de uma mama que foi removida. Eles encontraram nestas pacientes algumas características comuns:

> 1. Idade: a idade geral é de que, quanto mais jovem for a mulher, mais freqüentemente apresentará seqüelas psicológicas da mastectomia, incluindo a síndrome do seio-fantasma;
> 2. Mastectomia durante o climatério: além de acarretar perdas físicas e

> psicológicas neste período há uma tendência para reativação de problemas antigos, envolvendo a feminilidade;
> 3. Depressão após a mastectomia: a ocorrência da depressão após a mastectomia está correlacionada com a maior incidência de sensações fantasmas. Os fatores envolvidos são: perda da mama como símbolo de feminilidade, sentimentos de vergonha ou mutilações, medo de rejeição e culpa;
> 4. Edema de braço: as pacientes que apresentaram edema de braço no período pós-operatório relataram, mais freqüentemente a sensação do seio-fantasma, embora, em alguns trabalhos, este fator não tenha sido estatisticamente significativo.

Segundo Barbosa (1989, p.224), sob o ponto de vista neurofisiológico, a mama não tem um papel importante na imagem corporal e que é na área psicológica que se deve encontrar as explicações para esta síndrome, através dos significados que pode ter a mastectomia:

> 1. Seio pode ser identificado com o pênis, na medida em que é a característica feminina mais visível. A sensação-fantasma preencheria a necessidade de diminuição da perda e da ansiedade a ela associada, como um sentimento de castração;
> 2. Numa paciente seja adequação, como mulher, seja marginal, a sensação-fantasma pode representar uma tentativa de conservar suas qualidades femininas e sexuais;
> 3. A perda da mama pode reativar temores de punição por repressão sexual e desejos agressivos;
> 4. A excessiva importância cultural conferida aos seios faz aumentar as reações à sua perda;
> 5. Em pacientes que tenham identificação primitiva com a mãe, a mastectomia pode relacionar-se com a perda do elo materno, já que, nestes casos, o próprio seio torna-se um símbolo da figura materna.

Acredita-se na analogia da mama com o pênis, pois ambos são protuberâncias únicas indicativas do sexo.

Uma mulher quer ser bela, para ser admirada por alguém, inteligente para alguém, sedutora para alguém, além de buscar sê-lo para si mesma.

Precisa do olhar do outro, do interesse do outro, do desejo do outro para se sentir mulher. Passa a viver num estado permanente de espera desse reconhecimento, pois tudo isso influência para que a sua identidade seja bem consolidada.

A identidade de um indivíduo depende essencialmente das impressões gravadas em seu corpo e em sua mente, do desejo do outro. Laing *apud* Monteiro (1981), define que, a identidade de cada um depende de sua identidade para com os outros e também da identidade que ela julga que os outros lhe atribuem, portanto, a identidade exige sempre

uma comparação e uma influência do EU com o OUTRO.

A integridade da imagem e do esquema corporal garantem que se possa enfrentar as contingências individuais e sociais, as relações com o exterior e a manutenção de um equilíbrio homeostático, interno e externo.

Acredita-se que embora as faixas etárias atualmente, se constate um aumento da incidência do câncer de mama em faixas tenham se alastrado à mais baixa, ainda temos como incidência, o climatério (aproximadamente 40 anos).

Quando se fala em idade, encontramos hoje, uma variação alta, como já citado, cada vez em mulheres mais jovens. Achamos interessante a citação de um artigo de jornal de SABBAG em 1989, comentado por Barbosa (1989, p.248):

> "(. . .) em nosso país, (. . .) a mania de "remoçar" a aparência, disfarçando a idade, é bem mais comum e extremada que na Europa e Estados Unidos. A própria mídia brasileira supervalorisa as pessoas jovens e, em conseqüência direta, a boa forma e a estética exalando o frescor dos 20 anos. Entre nós, já a partir dos 30, as pessoas são tidas como "coroas", e depois dos 40/50 anos como velhos mesmo, enfrentando todo ranço de preconceito da sociedade. (. . .) A luta feminista brasileira parece que foi enfocada muito mais pelo ângulo da sexualidade. Afinal, a maioria das conquistas premia o campo da liberação sexual, com a mídia agindo como se a mulher estivesse eternamente no cio."

Frente ao comprometimento físico e emocional da mutilação na cirurgia de câncer de mama, a reconstrução mamária tende a oferecer um apoio emocional para esta mulher.

Tal intervenção pode ser feita imediatamente ou tardiamente à cirurgia, dependendo do exame clínico, psicológico e das considerações sobre o estadiamento da doença.

A reconstrução mamária tem os seguintes objetivos:

- Restabelecer a imagem corporal ou melhorar a auto-imagem;
- Restaurar o volume perdido;
- Assegurar uma simetria com a mama oposta;
- Recriar aréola e mamilo.

É importante salientar, que a reconstrução mamária poderá restabelecer sentimentos perdidos para algumas mulheres.

3.1.4 A Perda

Para a compreensão da perda, pode-se atribuir três sentidos a esta palavra. Perda como elemento material, perda como circunstâncias e elementos na qual têm-se sua parte material próxima ao sujeito.

Têm-se nestas perspectivas a concepção de parte do próprio corpo e a perda como elemento abstrato que se opõe aos anteriores numa dimensão de consciência psicológica e emotiva. Nesta breve visão, interessa o conceito da perda que encontre causa no conceito derivado de perda física, gerando conseqüências emocionais de modo a permitir no diagnóstico do profissional de saúde, tais acometimentos.

A perda é vista como um vazio, um momento posterior, estar fora ou distante de seu alcance, uma ausência.

Perda poderá ainda ser vista como elemento de confusão, no pré operatório onde a mulher quer se livrar do objeto/problema "câncer", livrando-se da morte. . . A liberdade da doença está intimamente ligada à perda mama, que no pós-operatório gera tais sentimentos.

Os indicadores da gravidade da doença somados aos paradigmas que envolvem a mesma, já provocam sentimentos de repulsa nestas mulheres pois "sabem" que além das perdas físicas e emocionais, correm o risco de morte.

Há muitas razões para negar-se a encarar a morte com serenidade. Uma das mais importantes é que morrer é considerado triste sob vários aspectos, sobretudo, é apontado como sendo um ato solitário, mecânico e desumano. Morrer torna-se, portanto, um ato solitário e impessoal.

É importante lembrar que a morte está diretamente relacionada à capacidade humana de não aceitá-la e se amedrontar pois, com a sua constante presença após o diagnóstico, o futuro torna-se comprometido.

A doença sugere um estado terminal de vida, portanto, é comum que, imediatamente após seu diagnóstico, haja o sentimento de negação frente à "pior das doenças".

Kübler-Ross (1998, p.44) comenta:

> "Esta negação ansiosa proveniente da comunicação de um diagnóstico é muito comum em pacientes que são informados abrupta ou prematuramente por quem

> não os conhece bem ou por quem informa leviamente "para acabar logo com isso", sem levar em consideração o preparo do paciente. A negação, ou pelo menos a negação parcial, é causada por quase todos os pacientes, ou nos primeiros estágios da doença ou logo após a constatação, ou, às vezes, numa fase posterior. Há quem diga: "Não podemos olhar para o sol o tempo todo". Esses pacientes podem considerar a possibilidade da própria morte durante um certo tempo, mas precisam deixar de lado tal pensamento para lutar pela vida."

Acredita-se que a negação seja uma defesa temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial.

A sensação de impotência frente à realidade confirmada gera sentimento de passividade, sabe que viverá num estado permanente de espera que a corrói e assusta.

A perda dos sentimentos de identidade, e coesão interna, não tão vulneráveis aos golpes da sua atual realidade, é uma vivência muito angustiante. Experimenta uma sensação de auto-fragmentação.

Após a mastectomia, o sentimento de perda, seja físico ou afetivo, considerando que a parte perdida do físico representa grande carga afetiva, traz como conseqüência imediata o que Freud (1980), denominou "luto".

Via de regra, o luto é a reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, liberdade, ideal, etc.

Não é considerado, por estudiosos, um estado patológico; acredita-se que seja superado depois de algum tempo, e que, portanto, é inadequado alterá-lo.

Outro sentimento que poderá estar presente imediatamente após o diagnóstico, é o da melancolia que se caracteriza psiquicamente por um desânimo profundamente doloroso, uma suspensão do interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade e um rebaixamento do sentimento de auto-estima, que se expressa em auto-recriminação e auto-insultos, chegando até à expectativa delirante de punição (CARONE, 1995).

Sobre a angústia e culpa, Boss (1981) declara que são fenômenos humanos muito significativos e fatores dominantes da vida dos seres humanos. Angústia e culpa são de máxima importância prática no campo total da formação e do tratamento da doença.

Em observação terapêutica as pacientes parecem demonstrar tensões psicológicas

e desequilíbrios durante toda a situação de tratamento e a internação acarreta separações e cortes em suas ligações afetivas com o mundo.

Perestrello (1996) relembra que antigos conceitos negavam as implicações psicológico-emocionais, assim, como a subjetividade de vida emocional implícita nos relacionamentos terapeuta x paciente. Havia restrição apenas ao questionamento da queixa da doença, sua evolução, sua história, sem que se buscasse a reação emocional.

No entanto, a pessoa é única, com impressões digitais que a distinguem de qualquer outra. Possui uma fisionomia própria, assim como suas próprias maneiras de viver, de conviver, de agir, de reagir e, também, um modo de adoecer próprio.

3.1.5 O Estigma do Câncer

Conforme anteriormente discutido, o câncer é, sem dúvida, uma dentre algumas doenças penosas que atemorizam e afligem as pessoas, pois possui conotações extremamente negativas. Para a grande maioria, o diagnóstico de câncer ainda é uma sentença de morte.

Esta inaceitabilidade social do câncer pode ser atribuída a muitas causas, das quais a mais relevante refere-se ao medo de todos os indivíduos ao prolongado sofrimento no decorrer do tratamento e nas etapas da doença.

Também é freqüente, que o tratamento deforme o corpo ou comprometa de alguma forma suas funções normais.

Pacientes com câncer muitas vezes se consideram sujos ou “podres por dentro”, ou ainda estabelecem correlações errôneas entre sua doença, contágio e despersonalização, determinando diminuição da auto-estima, perda de atrativo sexual, medo da recidiva e da morte, perda da capacidade produtiva. Mulheres com câncer relatam com profundo sofrimento, o afastamento de amigos e parentes ao saberem do diagnóstico. A mensagem daquelas pessoas, em geral, refere-se ao afastar-se do sofrimento, do temor da morte, da morte em si e do contágio. Ver o outro doente, à morte, nos faz entrar em contato direto com a nossa própria morte, com a nossa finitude. O afastamento dos parentes e amigos também pode ocorrer pela impossibilidade/incapacidade destes em confrontar o sofrimento

físico e psicológico da paciente, lembrando que, possivelmente, este afastamento poderá ser considerado como um dos piores fatores na evolução da doença (LeSHAN, 1992).

O estar com câncer determinaria, então, discriminação e rejeição social, desde o âmbito familiar até as atividades produtivas, suprimindo substancialmente a paciente que além da doença em si (tratamento, exames agressivos, cirurgias mutilantes, etc.) necessita enfrentar o descrédito social.

O estigma do câncer, portanto, está relacionado ao sofrimento, à sentença de morte, dor, mutilação, deformação, desfiguração, apreensão com sua auto-imagem e perda de peso que comunicam ao mundo a realidade da doença, abandono, perda da estima, perda do atrativo sexual, medo da morte, perda da capacidade produtiva (Le Shan, 1992).

Segundo Martelete (1983) alguns aspectos relevantes devem ser enfatizados:

- O câncer ainda é tido como sinônimo de morte e como algo a se esconder;
- O contato com o paciente com câncer funcionaria como uma violação do tabu da morte;
- A palavra câncer é maldita, execrável, repugnante, discriminatória;
- As mentiras repetidas aos doentes com câncer refletem o medo da doença, o medo da morte;
- O câncer é doença de crescimento "invisível", desenvolvimento compassado, firme, letal;
- A imagem coletiva da doença: "trabalha devagar", "alguém morreu de longa enfermidade", "se espalha", "se difunde", "tomou o corpo todo";
- As conseqüências mais temidas são a dor e a mutilação;
- É humilhante pelo medo, agonia e dor;
- O câncer atinge áreas do corpo cujo reconhecimento poderá ser considerado "embaraçoso", ânus, vagina, mama, próstata, reto;
- As mutilações externalizam a doença, humilham, afastam-no;
- Nos tumores sólidos, há imagem em cunho real, localizado;
- A leucemia é a forma mais etérea da doença, "a doença invisível", incontrolável e o medo e a falta de controle aumentam;
- Nenhuma mudança de ambiente é capaz de ajudar. A luta é dentro do corpo não se diminui o câncer com novos ambientes;

- O tratamento é agressivo e tem efeitos colaterais insuportáveis;
- "O câncer revela que o corpo é apenas corpo, falível, finito";
- "O câncer é a doença dos resignados, dos sofredores, dos fracassados, dos perdedores.

Boss (1981) relata que só quando continuamos conscientes de nossa mortalidade é que continuamos percebendo que cada momento de nossa vida é irrecuperável e, por isso, tem que ser aproveitado. Somente, porque o homem é finito, cada momento conta. Conta como realização e libertação ao nos envolvermos adequadamente com as reivindicações daquilo que nos solicita

3.1.6 Influências das Relações Sociais

O diagnóstico e tratamento de câncer exercem um grande impacto no sentimento de bem estar do paciente, criando sérios problemas psicossociais e clínicos. Apesar dos avanços impressionantes feitos no tratamento de certos canceres, o diagnóstico ainda é percebido por muitas com um temor e medo que se aproximam de um recebimento de sentença de morte. A considerável morbidade psiquiátrica associada com o câncer é provocada ao mesmo tempo pelo conhecimento de ser portador de uma doença que ameaça a vida e pelo medo de vários tratamentos tóxicos, e às vezes mutilantes, que os pacientes sabem que terão que enfrentar. Os problemas psico-sociais são multifacetados e assumem diferentes níveis de importância em diferentes estágios da doença e de seu tratamento (ARÁN, 1996).

Estudos demonstram que mulheres consideram o tempo entre o encontro do nódulo e o diagnóstico, parte psicologicamente mais estressante da experiência inteira.

As mulheres respondem muito diferenciadamente ao recebimento do diagnóstico de câncer da mama. No momento em que chegam a clinica de um médico, algumas mulheres terão diagnóstico de câncer de mama e serão submetidas a uma mastectomia mutiladora e uma morte solitária, dolorosa e indigna.

Para algumas pacientes o diagnóstico vem como um alívio, para outras vem como um choque completo, seja porque não tinham idéia de que o nódulo poderia ser sério, seja

porque tinham usado, com sucesso, a negação para mascar as suspeitas do significado dos seus sintomas.

São identificadas normalmente cinco categorias principais de resposta ao diagnóstico (ARÁN, 1996):

1. Negação, quando pacientes rejeitaram a gravidade da evidência que lhes foi oferecida e pareceram resultantes em engajar- se na discussão detalhada do assunto.
2. Espírito de luta, quando as pacientes exibiram uma conduta positiva, esperançosa, solicitando tanta informação quanto possível;
3. Aceitação estóica, com as pacientes exibindo admissão tranqüila do diagnóstico e uma conduta fleumática com o que estivesse à frente;
4. Aceitação ansiosa/deprimida, das pacientes reagindo com excessiva ansiedade ou depressão, vendo todos os resultados e informações reunidas com pessimismo, porém capazes, apesar de tudo, de levar adiante as atividades usuais;
5. Desamparo/ desespero, quando as pacientes tornam- se tão totalmente engolfadas pelo conhecimento do seu diagnóstico que vêem o futuro com extremo pessimismo e sofrem considerável disfunção social. Elas são incapazes de verem a si mesmas como qualquer outra coisa que não ativamente doentes ou morrendo.

Nenhuma mulher tem câncer de mama num vácuo social. Os efeitos do diagnóstico e tratamento têm implicações importantes para a família e os amigos, cuja capacidade de propiciar à mulher apoio emocional e prático pode influenciar num adequado ajuste a longo prazo. A reafirmação de amor e afeição contínuos após a mastectomia pode ser uma fonte de suporte positivo.

Segundo Barbosa (1989, p.190):

> "... o traumatismo psicológico que os homens sofrem durante os períodos pré e pós-operatório, nos quais relatam que juntamente com seus temores à respeito de confrontar-se com o desfiguramento da sua mulher, todos tem que encarar o fato do câncer e a possibilidade de que o tratamento possa não ter sucesso".

Pensa-se que o censo comum de suporte psicológico seja fornecido para a família

inteira, baseando-se em que eles não serão incapazes de apoiá-la efetivamente, exceto se a família já apresentar condições de confrontar-se com a doença.

A maioria das doentes e dos familiares necessita, no transcorrer do tratamento, incorporar gradualmente às suas vidas as mudanças provocadas pelo surgimento do câncer, as vivências de perda e a própria possibilidade de morte, uma vez que o câncer ainda é enfermidade potencialmente fatal.

A ajuda à família é de suma importância, uma vez que, há necessidade de aprenderem a entender seus sentimentos e de avaliar o seu papel na recuperação da doente.

A intervenção do psicólogo e do assistente social, frente à família e ao paciente parece ter obtido resultados eficazes no que diz respeito à capacidade das pacientes, mobilizarão todo seu potencial contra a doença, na sua possível recuperação, redimensionando seu modo de viver, estabelecendo novas prioridades de vida, compreendendo e aprendendo a expressar seus sentimentos.

Paralelamente ao atendimento da paciente, é necessário que a equipe esclareça e apoio os familiares, principalmente no sentido de que suas atitudes sejam fonte de estímulo favoráveis, capazes de provocar reações emocionais construtivas.

O cônjuge deve ser preparado desde a fase pré-operatória, pois o mesmo se encontra traumatizado, se sentindo perdido, não sabendo como se comportar.

O prognóstico negativo, para a paciente com câncer de mama, indica ser o princípio de uma série de possíveis alterações físicas e emocionais e motivo de afastamento sexual.

Os problemas sexuais estão relacionados com a imagem corporal: mulheres com problemas de imagem corporal tem nove vezes mais chances de ter problemas sexuais do que aquelas que não têm tais problemas (MAGUIRE et al., 1990).

No estudo de Maguire (1978), quatro meses após a cirurgia, 40% das pacientes de mastectomia, com vida sexual ativa e agradável antes da cirurgia, tinham marcada diminuição no desejo e prazer sexual contra 12% do grupo benigno que tinham sido afetadas. Problemas sexuais graves e evidentes persistiam em 33% do grupo mastectomizado, comparado com 8% do grupo benigno, após um ano de cirurgia.

Um ano após a mastectomia, um terço das mulheres tinham problemas sexuais

moderados ou graves (não mantiam relações sexuais ou não sentiam prazer); 18% das mulheres ainda apresentavam problemas sexuais, a médio prazo e 38% das mulheres tinham problemas sexuais a longo prazo. (MAGUIRE et al., 1978).

Outro pesquisador que aponta a família e o marido como principais fontes de apoio para mulheres com câncer de mama, é Northouse (1989), que ainda identifica a importância dos profissionais de saúde na fase de hospitalização, além da presença de mulheres que já sofreram a mastectomia, pois ajudam as pacientes a se sentirem menos isoladas e sozinhas. Ele cita a crença religiosa e a fé, como sendo fator de ajuda às pacientes no trato com a doença. Elas mesmas relatavam-lhe sobre o poder da oração e a força que obtiveram de suas crenças religiosas.

Maguire *et al* (1990), afirmam que as razões ou dificuldades dos profissionais na abordagem psicossocial das pacientes com câncer de mama, são as seguintes: os médicos e as enfermeiras raramente fazem perguntas diretas que encoragem as mulheres a revelar seus problemas. Eles presumem que se houvesse algum problema a mulher iria revelá-lo, considerando que elas já têm problemas suficientes. Procuram evitar a abordagem de aspectos psicológicos do tratamento, por temer que a investigação sobre o ajuste psicológico poderia desencadear emoções fortes na paciente, vindo a prejudicá-la.

Ao contrário, a identificação do modo como cada paciente se ajusta resulta numa aproximação entre a equipe e a realidade do sofrimento. Naturalmente, a assistência psicológica às mulheres com câncer de mama só será aperfeiçoada se as pessoas envolvidas com o tratamento do câncer forem ajudadas a abandonar suas táticas de distanciamento e receberem o tipo de treinamento que as capacite e as tornem confiantes e competentes na avaliação do ajuste e morbidade psicológica.

Meyer e Aspegren (1989) acreditam que a intervenção psicossocial, direcionadas a pacientes de alto risco de morbidade psicológica, deve ser parte do tratamento do câncer de mama.

Maguire *et. al. (*1978) recomendam trabalhar com profissionais de saúde, assistentes sociais e voluntárias adequadamente treinadas para aconselhar e monitorar o bem-estar emocional das mulheres antes e depois da mastectomia. Destacam que o aconselhamento após a mastectomia não impede o surgimento de sintomatologia psiquiátrica.

Sutherland *apud* Bard e Dyk (1956) observaram em mulheres submetidas à mastectomia radical sentimentos realistas de deformação corporal, que eram percebidos tanto pelas mulheres como por seus maridos, levando ao afastamento sexual, à separação emocional e, não surpreendentemente, à discordância conjugal.

Pensa-se que a paciente com câncer, portanto, deve ser considerada como um indivíduo total, integrado, não compartimentalizado em sistemas orgânicos, matérias cientificas ou especialidades médicas.

Pode-se assim, afirmar que todo ser vivo, sendo uma unidade superior à soma das partes, possui um princípio ordenador, caracterizado por ser fator imprescindível de coordenação e de harmonização dos elementos construtivos do ser total, que atuam frente a um objetivo comum: destino do ser cuja força maior é a de perdurar, de continuar existindo, de permanecer como maneira específica de ser e de sentir. Considera-se, portanto, que a paciente com câncer de mama adoece como um todo, como uma unidade somatopsicológica, apresentando muito mais do que uma doença orgânica com sua sintomatologia, pois junto a ela estão a consciência e os sentimentos frente à enfermidade, com repercussões próprias e pessoais na maneira de viver, de adaptar-se ao estresse vital e delinear seu próprio destino.

Em psico-oncologia, o problema incide em como os pacientes manejaram seus afetos e suas experiências no aparecimento e desenvolvimento do câncer, mostrando ser o resultado de um processo de cancerização que envolve uma maneira de "estar no mundo", atitudes frente à vida e seus valores.

Acredita-se que o paciente canceroso, na vida social, assume uma "vocação de serviço", "servir o outro em troca de nada". Assim, deixa que se acumulem à sua volta todas as atividades do grupo familiar e social. Ele passa a ser o continente da família e dos amigos que recebe tudo e ajuda a todos silenciosamente e heroicamente, preocupando-se com os outros e não consigo mesmo, expressando, dessa forma, um grande desejo de ser aceito e reconhecido. Na verdade, pode-se observar uma atitude estereotipada, imaginando-o, o paciente, uma resolução para seus conflitos e ainda, talvez como única forma de ser amado.

Vale a pena reforçar que atualmente a literatura especializada vem direcionando pesquisas para se obter a importância do cônjuge nas etapas pré e pós-operatórias do

câncer de mama. O comprometimento mais acentuado é no que diz respeito à vida sexual do casal, mesmo porque, sabe-se que os efeitos da própria doença, da debilidade inerentes à cirurgias e ao tratamento complementar (irradiação, terapia adjuvante) sempre comprometerão a libido da paciente. As alterações no corpo da paciente costumam refletir uma modificação do seu papel sexual, que necessita ser redefinido. O cirurgião deveria, sempre que possível, desde a fase pré-operatória, engajar o companheiro nos planos da cirurgia e terapêuticas utilizadas até a reabilitação. A história sexual do casal deve ser abordada por ambos, já que apresentam os mesmos medos e ansiedades.

Quando isto acontece, o envolvimento do marido com a recuperação da esposa já pode ser percebido em sua visita hospitalar pós-operatória. Quanto maior a participação do parceiro nas decisões e nas visitas pós-operatórias, maior será a capacidade de suporte emocional que poderá oferecer para a mulher posteriormente. Conseqüentemente, acredita-se que o prognóstico será ruim para aqueles maridos que não se integraram nas várias etapas do tratamento de sua esposa.

É inquestionável a importância da integração do homem nas etapas do tratamento de sua companheira. Frente à patologia, física e emocionalmente ameaçadora, ele pode encontrar uma grande capacidade de ajudá-la a realizar seu tratamento, de forma adequada e integral, fazendo-a retornar à vida ativa o mais rápido possível.

3.1.7 Reabilitação Sexual

A sexualidade para uma mulher, é a expressão do seu gênero sobre sua personalidade, seu olhar sobre si mesma e sua relação com os outros. Alterações na sexualidade acompanham muitas malignidades, o câncer não tem o monopólio deste fenômeno. O câncer de mama, no entanto, exerce um impacto especialmente pronunciado em virtude de ser tão comum e do status da mama na nossa cultura sexual. A remoção da mama exerce alguns efeitos quase universais sobre a expressão do gênero da mulher. O fator básico subjacente é a mudança na auto-imagem que se manifesta por dificuldade em expressar intimidade e em selecionar roupas, e por evitar participar em muitos esportes e atividades que envolvem roupas leves (NORA *apud* BOFF, 2001).

A avaliação da disfunção sexual é omitida na maioria das situações clinicas, talvez

devido ao embaraço dos médicos.

Segundo Dousset (1999) os seguintes fatores devem ser incluídos em uma avaliação pormenorizada:

1. Fatores etiológicos incluindo deformidade física, alteração na auto- imagem, alterações farmacológicas do meio interno hormonal, diminuição do nível de energia resultado da quimioterapia, desconforto local pela irradiação ou por problemas psicológicos relacionados com informação inadequada ou mítica;
2. Fatores demográficos - o contexto de fundo sócio-econômico e a educação;
3. Fatores psicológicos como a qualidade da expressão sexual antes do câncer de mama, incluindo a auto-estima pré-existente, a qualidade do relacionamento e a intensidade do relacionamento sexual.

CAPÍTULO II

A RETIRADA DE UM SEIO: ASPECTOS FUNCIONAIS E TÉCNICOS

2.1. Entendendo a Saúde, a Doença e a Saúde Mental

Pensando nos seres humanos como seres racionais que se apresentam imbuídos de padrões pré-conceituais sobre saúde e doença, na busca do real entendimento dessas duas questões, a Organização Mundial de Saúde definiu saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade". Observa-se que as definições de "saúde" e "doença" variam entre indivíduos, classes sociais, grupos culturais, entre outros (HELMAN, 1994).

É fato que cada época histórica descreve seus espectros em termos de doença. Na antigüidade greco-romana era a malária, nos tempos bíblicos era a lepra, a peste, o cólera (lembrando que, independente da região, sempre repercutiam em desastrosas conseqüências sociais).

Vale lembrar que, quando o cristianismo surgiu, era considerado como religião dos pobres, dos escravos, dos doentes. Naquela época, epidemias eram vistas como castigo divino para os pecados do mundo. A religião parecia oferecer aos doentes, ajuda, consolo e até mesmo proporcionava (proporciona até nos dias atuais) um sentido para o sofrimento.

Scliar (1987) afirma que conceituar saúde é um problema que só surgiu recentemente e surgiu exatamente em função das necessidades de planejar ações de saúde, individuais ou coletivas. Na verdade, a doença “se faz ouvir”, segundo o mesmo, manifesta-se com sinais e sintomas que a evidenciam.

Parece oportuno mencionar igualmente os conceitos de Last (1983) a respeito de saúde:

- um estado de equilíbrio entre o ser humano e seu ambiente, permitindo o completo funcionamento da pessoa; e/ou
- um estado caracterizado pela integridade anatômica do ser humano, e pela capacidade de desempenhar todas suas funções, livre da ameaça imediata da doença e da morte.

Revendo historicamente os fatos, observa-se que o homem sempre lutou contra a doença, num sentido mais amplo, lutou e luta contra a morte, buscando preservar sua vida terrena, lutando de diferentes formas contra a doença, em cada época e cultura.

A doença surge como um inimigo que deve ser estudado, localizado e combatido e, para tanto, existe uma série de medicamentos e profissionais de saúde para combatê-la. O ser humano é único, e seu modo de existir e adoecer atende suas características próprias, de maneira original, individual (SCLIAR, 1987).

A doença impede o indivíduo de trabalhar e se divertir, tira-o do convívio familiar e dos amigos, isola-o. Cada um vive a sua dor; por mais que os outros se esforcem para compreendê-la, ninguém sentirá o que ele sente. A experiência de estar doente é sentida de uma forma sempre única.

Observa-se que a doença física é acompanhada de manifestações na esfera psíquica, ocasionando também alterações na interação social. A doença provoca, precipita ou agrava desequilíbrios psicológicos, quer no paciente, quer na família.

A doença para Foucalt (1995), refere-se à situação global do indivíduo no mundo, tomando-o em sua totalidade psicológica e fisiológica.

A saúde é vista como um processo a ser conquistado e preservado em todos os momentos da vida. Pode-se dizer que ser saudável é uma conquista contínua e não algo definitivo e eterno. Saúde é a harmonia entre o homem, o meio físico e o ambiente social.

Quando falamos em doença, o que nos vem à mente geralmente se refere a algum funcionamento anormal do organismo humano, podendo causar conseqüências indesejáveis, porque produz dor e/ou desconforto.

Os relatos apontam que papel do doente pode apresentar características: *impossibilidade* de sanar sua incapacidade por si mesmo, necessitando submeter-se a um

processo terapêutico; a *isenção da obrigatoriedade* do indivíduo cumprir suas tarefas, de acordo com as características de sua incapacidade; a *legitimidade* desse estado, desde que o indivíduo reconheça que estar doente não é uma condição desejável, e que tem a obrigação de melhorar e colaborar com os outros para tanto; a *obrigação* do doente e das pessoas responsáveis por seu bem-estar procurarem auxílio competente e colaborarem nos intentos de cura. A *doença* é, portanto, definida como uma anormalidade em relação à população sadia, e implica uma série de normas de comportamento tanto para o doente quanto para os que interagem com ele (HELMAN, 1994).

O 'estar' doente implica em várias conseqüências para a própria pessoa e para aquelas que estão ligados a elas (FOUCALT, 1995). O mesmo autor afirma que quando este doente for uma mulher, as conseqüências são muito maiores, principalmente pelos múltiplos papéis sociais que ela desempenha.

A experiência profissional permitiu observar que as mulheres somente procuram os médicos quando estão frente a uma situação quase incapacitante. Esta tendência de adiamento das consultas sugere a existência de uma ideologia do sacrifício feminino, que coloca em primeiro lugar a saúde da família em detrimento da sua própria. Sendo assim acredita-se que, quando a mulher é atuante no mercado de trabalho, as conseqüências são ainda maiores, tanto para ela e sua família, quanto para a empresa. Neste contexto observou-se que no caso do câncer de mama, devido às limitações impostas pela doença e métodos terapêuticos necessários, a mulher pode não mais voltar a trabalhar fora de casa, cuidar do lar, fazer compras, participar ativamente da vida social da família.

Várias são as conduções e conotações que o estado de doença assume para cada indivíduo e para cada cultura. De igual maneira, algumas doenças são consideradas, em cada tempo e lugar, como sendo típicas de determinada faixa etária ou sexo. Para Chammé (1992 e 1997), alguns sintomas são mais fortemente considerados como "riscos" ou como "piores" que outros, chegando até a serem denominados "doença ruim" numa concepção bastante popular na qual o senso comum indica algumas doenças como mais graves que outras. É o caso do câncer, cujo diagnóstico, tratamento, intervenções e técnicas cirúrgicas são consideradas mutilantes e carregam consigo um forte sinal de morte iminente.

Vale a pena ressaltar que, no caso de câncer de mama, o medo da família advém da ignorância da real situação, levando a crer que seja uma doença fatal.

2.2. O Câncer

O câncer é uma mutação ou ativação anômala dos genes celulares que controlam o crescimento e a mitose celular. Os genes anormais são chamados de oncogêneses. Cerca de cem diferentes oncogêneses já foram identificados. Também existem nas células antioncogêneses capazes de suprimir a ativação de oncogêneses específicos. Por conseguinte, a perda ou a inativação de antioncogêneses podem permitir ativação de oncogêneses, causando câncer (GUYTON & HALL, 1997).

Só fração diminuta das células corporais que sofrem mutação levam ao câncer. Existem diversas razões para isso: primeira, a maioria das células mutantes apresenta menor capacidade de sobrevida que as células normais e, portanto, simplesmente morrem; segunda, apenas algumas das células mutantes que sobrevivem se tornam cancerosas, visto que a maioria delas ainda conserva os controles normais por *feedback*, que impedem o crescimento excessivo; terceira, aquelas células que são potencialmente cancerosas com freqüência, senão como via de regra, são destruídas pelo sistema imune do corpo (apoptose), antes de formarem o câncer (GUYTON & HALL, 1997).

A diferença básica entre o tecido normal e o maligno é que no adulto, no qual o crescimento parou, o número de células normais produzidas é igual ao número de células perdidas (as células perdidas são repostas), enquanto que nas células malignas há perda da capacidade de diferenciação em células de estágio final não proliferantes funcionais e, consequentemente, células indiferenciadas imaturas se acumulam. Nos tecidos malignos, o número de novas células produzidas excede o número das perdidas. Uma abordagem promissora no tratamento do câncer usa agentes que induzem diferenciação de células malignas para o fenótipo adequado funcional não proliferante (MONTORO, 1984).

Uma vez estabelecido o crescimento, os tumores disseminam-se por invasão local e metástases. Como o câncer progride, as células tumorais rompem e invadem a membrana basal epitelial. As células neoplásicas passam através da matriz extracelular por processos mecânicos e químicos. Receptores de membrana atuam como locais de adesão para células tumorais e elas, por sua vez, alteram e degradam a matriz pela secreção de várias proteinases. A inibição farmacológica desta proteinase está sendo investigada, objetivando o controle do processo metastático. Uma vez atravessada a matriz, as células tumorais tem acesso aos canais linfáticos e venosos, permitindo a ocorrência de metástases à distância (MITCHELL & BASSETT, 1993).

Apesar do grande número de células neoplásicas que circulam, o número de metástases que se estabelece é relativamente pequeno. Para a instalação de uma metástase é necessário que a célula tumoral sobreviva ao ambiente circulatório que lhe é hostil, e também cresça ou passe através do primeiro leito capilar (geralmente no fígado ou pulmão), aderindo preferencialmente ao local da metástase e estabelecendo um ambiente favorável para seu desenvolvimento. Este é um processo complexo e especializado, então não é de se surpreender que a maioria das células neoplásicas não o consiga. Somente pequena parcela da população celular tumoral total é funcionalmente capaz de metastatizar. Esta é uma manifestação importante da heterogeneidade das células tumorais (MENKE, 2000).

As causas do câncer parecem ser tão diversas quanto o próprio câncer. Alimentos, raios solares, ar e hereditariedade estão entre os vilões. A carcinogênese provavelmente representa um processo multifatorial. Em teoria: câncer ocorre em pacientes com predisposição genética herdada ou induzida, que foi exposta a co-fatores secundários (geralmente ambientais ou virais). Após um período extremamente variável, a lesão pré-cancerosa supera as defesas orgânicas e torna-se uma neoplasia maligna invasiva (MENKE, 2000).

2.2.1. O Câncer de Mama

Câncer de mama é tido como um termo inespecífico que implica carcinoma, se origina nas estruturas ductais e glandulares da mama. Aproximadamente, uma em cada dez mulheres desenvolve câncer de mama na atualidade, sendo o carcinoma responsável por cerca de 20% das mortes por câncer entre as mulheres (ROBINS, 2000).

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais comum em mulheres de todo o mundo. No Brasil, dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), estimam 28.340 novos casos da doença com previsão de 8.245 óbitos anuais. Nos Estados Unidos onde o câncer de mama é a segunda causa de morte por câncer na população feminina, são estimados 182.800 novos casos para o ano de 2000. A mortalidade pela doença tem se mantido em níveis constantes nos últimos anos (BOFF, 2001).

Embora a etiologia da doença permaneça desconhecida, fatores de risco para o seu desenvolvimento estão bem estabelecidos, entre eles se incluem: sexo feminino, idade

avançada, história familiar, menarca precoce, menopausa tardia, idade avançada da primeira gestação, terapia de reposição hormonal prolongada, exposição à radioterapia torácica.

O câncer é sinônimo de morte, de decadência física, de conseqüência deformante e dolorosa. Pode-se entender os problemas emocionais que desencadeiam-se nas mulheres acometidas por câncer de mama, doença potencialmente mortal, lesiva e que, na maioria das situações, necessita de um tratamento agressivo e desfigurante (BOFF, 2001).

A cirurgia é o grande terror das mulheres que encaram a perda do seio como uma mutilação. A mastectomia não é somente uma cirurgia; é uma mutilação. Para muitas mulheres, significa a perda da identidade, um trauma que chega a bloquear a volta à sua rotina de vida.

É comum o quadro de depressão pré-operatório. Diante da possibilidade da perda de identidade, pode haver comprometimento dos vários setores adaptativos: afetivo-relacional, produtivo, sócio-cultural e orgânico, acarretando para a maioria um período de crise. A paciente apresenta períodos de angústia, morte, mutilação e insegurança, choque para algumas que não esperavam a mastectomia.

Há também a manifestação do medo do desconhecido, de morrer e deixar os filhos em fase de crescimento, com prejuízos no vínculo de dependência. Ocorrem sentimentos de ameaça em relação ao parceiro, perda da feminilidade, vergonha, culpa diante da enfermidade, depressão reativa, submissão, relações familiares perturbadas e comprometimento no desempenho sexual.

Vários são os autores que apontam as probabilidades de alterações emocionais presentes nas mulheres mastectomizadas. Dentre eles, Cyrillo (1997) salienta as seguintes fases:

a) *Negação*: A negação tem a função de um fusível ou disjuntor que desliga a rede elétrica quando uma sobrecarga coloca em risco de curto-circuito um sistema, um imóvel, ou um aparelho,ou seja, cada pessoa precisa do seu "time" para reestruturar seu ego, colocar-se no eixo para enfrentar melhor a diversidade que lhe está sendo apresentada.
b) *Revolta*: Todo o ser humano caracteriza-se pelo biológico, intelectual (mental), emocional (sentimento), energético e espiritual. Tudo isso

fazendo parte interativa de um sistema. As explosões emocionais dos sentimentos, através de atitudes e comportamentos, inclusive involuntários, devem ser entendidos como sinais de saúde tanto para as coisas boas como paras as ruins.

c) *Isolamento*: Muitas pacientes procuram o isolamento, não querem sair, passear, se arrumar, fogem do contato com pessoas ou atividades. Talvez esta fase seja mais importante das reações que uma paciente saudável pode ter. Se observarmos a natureza, quando as condições climáticas são muito adversas, como no rigoroso inverno de algumas regiões do planeta, algumas espécies, para sobreviver, hibernam até que, em condições climáticas mais favoráveis, voltem à ativa. É nessa fase que se pode fazer um balanço da vida, uma avaliação de conceitos, valores, credos, posturas, etc.

d) *Aceitação (resignação)*: É importante observar que nesta outra fase o paciente fica amestrado, obedece como um cordeirinho tudo o que o médico determina. No caso da mastectomia a paciente passa a adotar como referencial a doença, ou a condição de mastectomizada, só observando o seio ignorando o resto de seu corpo, e sua capacidade elaborativa, sexualidade, estática, simpatia, etc. atrofiando assim suas qualidades e não desenvolvendo seus potenciais.

e) *Motivação*: É a chave, a mola mestre de tudo isto, ou seja, quando existe motivação tudo fica muito fácil, mas tangível, do que quando se tem somente a obrigação. Considerando-se estes princípios, é extremamente importante que a equipe saiba se utilizar disto para favorecer a conduta terapêutica, reabilitação e "follow up" da paciente. Condutas mais motivadoras devem ser adotadas sempre que possível, pois tendem a gerar atitudes e comportamentos mais agradáveis e positivos.

Vale a pena ressaltar que há um consenso entre os estudiosos da área que nem todas as fases ocorrem, nem há uma ordem cronológica pré-estabelecida.

2.2.1.1- Epidemiologia

As estatísticas vitais em câncer mamário incluem informações de dois tipos: as referentes à incidência e as referentes à mortalidade.

As taxas de mortalidade não são capazes de fornecer uma imagem exata da verdadeira incidência do câncer de mama, pois não incluem as mulheres que são curadas, nem aquelas cuja morte foi causada por fatores não relacionados ao câncer de mama.

As últimas pesquisas têm mostrado uma maior taxa de sobrevida graças a tratamentos menos agressivos.

O aumento ou a estabilidade das taxas de mortalidade observadas contrasta com a diminuição nas taxas de mortalidade por outros tipos de câncer. Em parte, isto se deve ao aumento persistente da incidência do câncer mamário e reflete uma incapacidade de se diagnosticar precocemente a doença.

O estudo epidemiológico do câncer de mama é um dos parâmetros que mais tem ajudado o médico no controle desta doença: indica os fatores fisiológicos que podem contribuir para etiopatogenia da doença, ajuda a determinar os fatores de risco que podem ser modificados para se evitar o desenvolvimento do tumor e permite a identificação das mulheres de maior risco, selecionando-as para o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, sem maiores mutilações.

2.2.2. Câncer de Mama no Brasil

O câncer no Brasil apresenta como estimativa para o ano de 2003, 216.035 novos casos de câncer feminino e para óbitos, 58.610 casos; contendo a região Sudeste o maior número de casos.

QUADRO 1– Estimativa para o ano 2003 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de números de casos novos e de óbitos por câncer, em homens e mulheres, segundo a região.

Região	Estimativa dos Casos Novos			Estimativa dos Óbitos		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Centro-Oeste	13.130	13.555	26.685	3.910	7.135	13.555
Nordeste	18.930	23.910	42.840	9.290	18.560	23.910
Norte	4.205	4.745	8.950	2.300	4.380	4.745
Sudeste	120.350	147.630	267.980	37.140	68.990	147.630
Sul	29.540	26.195	55.735	15.710	27.895	26.195
BRASIL	186.155	216.035	402.190	68.350	58.610	126.960

FONTE: INCA, 2003

O quadro abaixo aponta a região Sudeste como campeã para os novos casos de câncer em 2003. Sendo que o índice de câncer de mama feminino é altamente preocupante em todo Brasil.

QUADRO 2 – Estimativas para o ano 2003 de números de casos novos de câncer por região.

Localização Primária	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
Pele não Melanoma	980	6.100	8.220	54.215	12.640
Mama Feminina	510	5.270	2.260	28.350	5.220
Traquéia, Brônquio e Pulmão	700	2.010	1.425	12.310	5.640
Estômago	790	2.170	1.570	12.640	3.470
Próstata	410	4.270	2.660	22.920	4.980
Colo do Útero	890	3.570	2.000	7.690	2.330
Cólon e Reto	265	1.450	1.270	14.270	2.820
Esôfago	135	650	500	5.300	2.310
Leucemias	320	970	480	4.500	1.110
Cavidade Oral	325	1.230	370	7.080	1.630
Pele Melanoma	70	200	200	2.940	960
Outras Localizações	3.555	14.950	5.730	95.765	12.625
TOTAL	8.950	42.840	26.685	267.980	55.735

FONTE: INCA, 2003

A estimativa de novos casos e óbitos do Centro-Oeste, estão descritas no quadro abaixo, mostrando que os dados também são alarmantes.

QUADRO 3 – Estimativas para o ano 2003 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de número de casos e de óbitos, em mulheres, segundo localização primária na Região Centro-Oeste.

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos				Estimativa dos Óbitos			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Óbitos	Taxa Bruta	Óbitos	Taxa Bruta
Pele não Melanoma	4.570	74,04	950	78,01	25	0,37	10	0,41
Mama Feminina	2.260	36,61	690	55,52	450	7,41	140	11,24
Traquéia, Brônquio e Pulmão	505	8,15	120	9,53	300	4,82	60	5,64
Estômago	520	8,44	110	9,57	180	3,17	50	3,60
Colo do Útero	2.000	32,26	520	42,50	320	5,11	80	6,74
Cólon e Reto	610	9,84	200	15,57	190	3,13	60	4,96
Esôfago	90	1,38	25	1,68	60	0,99	25	1,20
Leucemias	200	3,20	60	4,78	130	2,16	40	3,23
Cavidade Oral	100	1,67	40	3,10	40	0,54	15	1,01
Pele Melanoma	90	1,44	25	2,13	25	0,26	15	0,39
Outras Localizações	2.610	42,25	690	56,31	1.505	24,36	315	25,71
Total	13.555	219,42	3.430	279,96	3.225	52,37	810	66,82

FONTE – INCA, 2003

Sobre o câncer mamário, o quadro de estimativa do Estado de Mato Grosso do Sul ocupa o segundo lugar em novos casos e óbitos.

QUADRO 4 – Estimativas para o ano 2003 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de número de casos e de óbitos, em mulheres, segundo localização primária no Estado do Mato Grosso do Sul.

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos				Estimativa dos Óbitos			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Óbitos	Taxa Bruta	Óbitos	Taxa Bruta
Pele não Melanoma	560	51,37	40	12,50	5	0,26	0	0,00
Mama Feminina	460	42,93	240	66,22	90	8,69	50	13,40
Traquéia, Brônquio e Pulmão	105	9,48	40	10,94	60	5,61	20	6,47
Estômago	120	10,85	40	12,73	40	4,08	20	4,79
Colo do Útero	360	32,88	140	40,55	60	5,21	20	6,43
Cólon e Reto	130	12,40	70	20,47	40	3,95	20	6,00
Esôfago	20	1,74	10	2,17	10	1,25	10	1,55
Leucemias	40	3,70	20	5,65	30	2,50	10	3,81
Cavidade Oral	20	2,34	10	3,64	10	0,76	5	1,18
Pele Melanoma	20	1,77	10	3,12	5	0,32	5	0,57
Outras Localizações	1.035	95,52	520	146,12	330	30,46	110	30,91
Total	2.870	264,72	1.140	320,12	680	63,18	270	76,40

FONTE – INCA, 2003.

2.3 Anatomofisiologia da Região em Estudo

As mamas são estruturas complexas, consideradas anexos cutâneos nos mamíferos. Estão localizadas no interior da fáscia superficial da parede anterior do tórax, como órgão par, com peso e formato variáveis de acordo com fatores como constituição física, idade, paridade, lactação e etc.

A mama adulta estende-se verticalmente desde o segundo ou terceiro arco costal até a prega inframamária e horizontalmente, da borda lateral do externo até a linha axilar anterior ou média. O espaço compreendido entre as mamas – o seio – corresponde ao sulco intermamário, mais pronunciado quanto maior for o volume mamário. A superfície profunda ou posterior da mama descansa sobre a fáscia profunda do tórax que reveste o peitoral maior, serrátil anterior, oblíquos abdominais externos e parte superior da bainha do reto abdominal.

O peso da mama varia de 150 a 200g na jovem e 400 a 500g na mulher adulta.

2.3.1 Músculos e Movimentos

A parede torácica e a cintura escapular são compostos por elementos ósseos e musculares. A parede torácica possui como parte óssea as 12 vértebras torácicas, as 12 costelas com suas cartilagens costais e o esterno. Das costelas, a segunda é a mais importante por ser ponto de inserção da primeira digitação cirúrgica do músculo serrátil maior em sua face súpero externa. As cartilagens costais representam as articulações das costelas com o esterno e são seccionadas nas cirurgias mamárias onde há a necessidade de esvaziamento da cadeia ganglionar mamária interna.

Os espaços situados entre as costelas – espaços intercostais – são ocupados pelos músculos intercostais externos e internos, entre os quais localiza-se o plexo intercostal, que acompanha a borda inferior de cada costela e é formado por veia, artéria e nervo. Desemboca à direita na veia subclávia e tronco braquiocefálico e, à esquerda, na veia ázigos.

A clavícula articula-se medialmente com o esterno e a primeira cartilagem costal e lateralmente com o acrômio escapular; recebe inserção dos músculos subclávio e grande peitoral. A escápula possui grande importância por abrigar a inserção de vários e importantes elementos musculares: o músculo subescapular, na face anterior e torácia; o músculo serrátil maior na borda vertebral; e na borda axilar, mais especificamente na apófise coracóide, se inserem os músculos coracobraquial, pequeno peitoral e a porção curta do bíceps. Com a cavidade da escápula, articula-se a cabeça do úmero, que recebe inserção dos seguintes músculos: subescapular, na tuberosidade menor, bíceps, redondo maior, grande peitoral e grande dorsal, na corredeira bicipital ou sulco intertuberoso; supra-espinhoso, infra-espinhoso e redondo menor, na tuberosidade maior.

Em relação aos elementos musculares envolvidos, direta ou indiretamente, com a mama e sua abordagem cirúrgica, é necessário tecer algumas considerações sobre cada um devido ao seu importante papel na funcionalidade do membro superior, cintura escapular, tórax e coluna vertebral.

2.3.2 Vascularização da Mama

2.3.2.1. Linfática

A linfa da periferia da mama é drenada pelos canais subepiteliais ou papilíferos, que se unem aos linfáticos sobre a superfície do resto da mama e eventualmente leva a um plexo maior (plexo de Sapply). Canais vindos da porção central da mama também drenam para esse plexo e desse ponto a drenagem se faz geralmente em primeiro lugar para os linfonodos axilares baixos (Nível I), em segundo lugar para os linfonodos axilares (Nível II) e finalmente para os linfonodos do ápice (Nível III), onde os vasos axilares e subclávios se unem. O plexo profundo ou fascial drena parcialmente através dos linfonodos peitorais (linfonodos de Rotter) para os linfonodos subclávios (via de Groszman) e parcialmente, via linfonodos mamários internos, para os linfonodos mediastinais (MENKE, 2000).

Outras vias passam através dos linfáticos abdominais para o fígado e linfonodos subdiafragmáticos e outras, ainda, cruzam em direção à mama contra-lateral e ao mediastino anterior, sob o osso esterno. A linfa também pode drenar para os linfonodos que acompanham as artérias mamárias internas.

2.3.2.2. Drenagem linfática do membro superior

Os sistemas linfático e venoso são aprofundados em diversas literaturas descritos em anatomofisiologia do corpo humano dos quais escolheu-se a divisão proposta por Menke (2000).

O rico plexo linfático cutâneo dos dedos drena os plexos do dorso e da palma da mão. Estes, por sua vez, drenam para cima, num grupo medial de vasos linfáticos que acompanham a veia basílica e um grupo lateral que segue o curso da veia cefálica.

Os canais médios podem passar através dos linfonodos cubitais ou supratrocleares, que são um ou dois linfonodos dispostos superficialmente acima do epicôndilo medial, medialmente à veia basílica. Os canais ascendem então no braço, unem-se aos linfáticos profundos e entram nos linfonodos axilares laterais. Os canais laterais cruzam principalmente o braço e unem-se ao grupo medial. Algumas vezes, infraclaviculares, situado abaixo da clavícula, sobre a veia cefálica drenam a "zona da

vacinação". Existem também vasos linfáticos profundos no membro superior. Estes acompanham as artérias nos linfonodos axilares laterais.

Em suma, os vasos linfáticos do membro superior, a maioria dos da mama e os vasos cutâneos do tronco acima da cicatriz umbilical, drenam para os linfonodos axilares.

2.3.2.3.1 Linfonodos (gânglios linfáticos)

Os linfonodos são pequenas estruturas em forma de rim formadas por tecido linfóide envolvido com uma capa de tecido fibroso. O tecido linfóide consiste em uma matriz de tecido conjuntivo disposto de modo a formar compartimentos (JACOBY, 1981).

Os linfonodos ocorrem comumente em grupos, embora às vezes possam estar isolados. Localizam-se com freqüência, ao longo do trajeto dos vasos sanguíneos, sendo que muitos se situam ao longo do canal digestivo.

A linfa do membro superior drena para os grupos a seguir:

2.3.2.3.1.1. Linfonodos axilares

Os gânglios axilares drenam principalmente os membros superiores. O seu número é variável de vinte a trinta e são divididos em cinco grupos:

1. gânglios laterais: são em número de cinco a sete, estão situados junto à margem ínfero-lateral do músculo peitoral maior, estando relacionados com a artéria torácica externa, entre a segunda e sexta costela, tendo a função de drenar o membro superior;
2. gânglios anteriores ou interpeitorais: situam-se entre os dois músculos peitorais e das veias torácicas laterais. Drenam a maior parte da mama;
3. gânglios posteriores ou subescapulares: são em número de seis a sete nódulos juntos à fossa subescapular, situam-se ao longo da borda lateral da escápula, no trajeto dos vasos subescapulares. Drenam a parte posterior da região do ombro em correspondência com os músculos redondo maior, subescapular e face medial do grande dorsal e parte póstero lateral da base do pescoço próximo à artéria mamária, ramo da axila;
4. gânglios centrais ou intermediários: localizam-se na face antero-inferior da veia, mais raramente na posterior, ou seja, situam-se entre as artérias torácica externa e tóraco-

abdominal. Recebem o conteúdo linfático dos três grupos anteriores; e,

5. gânglios apicais ou subclaviculares: são em cerca de seis a oito linfonodos que situam-se posteriormente à porção superior do peitoral menor, medialmente à veia axilar, e dirigem-se ao ápice da axila. Recebem a circulação linfática de todos os outros grupos e às vezes diretamente da mama.

2.3.2.3.1.2. Linfonodos paraesternais

Os linfonodos paraesternais são nódulos situados entre a pleura parietal e a musculatura intercostal interna. Acredita-se que haja uma anastomose entre os linfonodos paraesternais direito e esquerdo.

2.3.2.3.1.3. Linfonodos supratrocleares

Os linfonodos supratrocleares, somente um ou dois, são superficiais à fáscia profunda, proximais ao epicôndilo medial e mediais à veia basílica; seus eferentes acompanham a veia para se unirem aos vasos linfáticos profundos.

2.3.2.3.1.4. Linfonodos infraclaviculares

Os linfonodos infraclaviculares aparecem ao lado da veia cefálica, um ou dois no sulco entre os músculos peitoral maior e deltóide, imediatamente inferior à clavícula. Os eferentes passam através da fáscia clavipeitoral para os linfonodos axilares apicais. Mais raramente, alguns passam anteriores à clavícula para alcançar os linfonodos cervicais profundos inferiores (supraclaviculares).

2.3.2.3.1.5. Linfonodos supraclaviculares

Os gânglios supraclaviculares desempenham papel importante na propagação do câncer mamário. O mais importante desses gânglios é o chamado gânglio de Troisier, localizado ao nível do confluente jugulo-subclávio. Os demais gânglios supraclaviculares que se situam na fossa supraclavicular são os gânglios de cadeia cervical transversa, os jugulares inferiores e os pré-escalênicos.

2.3.2.3.1.6. Linfonodos interpeitorais

Os linfonodos interpeitorais localizam-se entre os músculos peitoral maior e menor, ao longo do ramo peitoral dos vasos toracoacromial, e drenam para os linfáticos da veia axilar. Os linfonodos da veia axilar situam-se ao longo da porção lateral, desde o tendão do músculo grande dorsal até medialmente a origem da veia tóraco-acromial.

2.3.2.3.1.7. Linfonodos subclávios

Os linfonodos subclávios situam-se no ápice da axila, desde a veia tóraco-acromial, na face ventral da veia axilar, até abaixo do tendão do músculo subclávio, onde a veia axilar desaparece.

2.3.2.3.1.8.- Linfonodos escapulares

Os linfonodos escapulares situam-se próximo aos vasos subescapulares e seus ramos toraco-dorsais, junto ao músculo grande dorsal.

2.3.2.4. Arterial

A mama recebe seu suprimento sanguíneo a partir das artérias que provêm da mamária interna, de ramos da artéria axilar e ramos intercostais da aorta.

Da mamária interna provém os ramos perfurantes, fonte de irrigação da mama. Perfuram a parede torácica próxima à borda externa, atravessam o músculo grande peitoral e penetra na mama ao lado da borda medial.

Os ramos da artéria axilar são:

- Ramo peitoral da artéria toracoacromial, principal fonte de irrigação do peitoral menor;
- Artéria torácica superior;
- Artéria torácica externa, conhecida com o nome de mamária externa, responsável pela irrigação da parte lateral da mama; e
- Artéria subescapular vasculariza o grande dorsal e o serrátil anterior.

Os ramos intercostais da aorta acompanham o bordo inferior das costelas. Os troncos existentes no quarto, quinto e sexto espaços intercostais enviam ramos à glândula

mamária, à pele da parede anterior do tórax e aos músculos peitorais e serrátil anterior.

2.3.2.5. Venosa

As veias da mama são de grande importância cirúrgica, porque são acompanhadas de gânglios linfáticos e dividem-se em dois grupos:

1. grupo transversal, convergindo para a borda medial da mama e drenado nas veias mamárias internas,
2. grupo longitudinal, convergindo para o pescoço até as jugulares.

São importantes ainda as veias profundas assim distribuídas:

a) ramos perfurantes da mamária interna desembocando nos troncos braquiocefálicos e em junção com os capilares pulmonares, constituindo a rota preferencial das metástases pulmonares;

b) veia axilar com seus ramos colaterais cefálica e toracoacromial;

c) veias intercostais desembocando nos ázigos.

2.3.3 Inervação da Mama

A inervação da mama é dada através de ramos cutâneos anteriores do segundo ao sexto nervos intercostais, os quais se destinam aos quadrantes laterais da mama. Os quadrantes mediais são inervados por ramos do plexo cervical, braquial e ramos perfurantes laterais dos intercostais, que se originam no músculo serrátil anterior, atravessam os músculos peitorais menor e maior, acompanhando o trajeto dos vasos perfurantes frente ao esterno.

O plexo braquial, constituído pelos ramos inferiores dos quatro nervos cervicais e ramos ventral do primeiro torácico, situa-se parcialmente no pescoço e axilas, desce pela concavidade medial da clavícula, acompanhando a artéria axilar e seguindo a direção à borda látero-inferior do músculo peitoral menor, onde termina.

Deve-se destacar que a lesão desse plexo poderá provocar a síndrome de

compressão neurovascular caracterizada por fraqueza, dor, distúrbios sensitivos e vasculares do membro em questão, além de sua importância cirúrgica, já que o nervo torácico longo (nervo de *Bell*), é responsável pela inervação do músculo serrátil anterior que, se lesado limitará o movimento da escápula, deixando o ombro caído e também o nervo torácico dorsal que inerva o músculo grande dorsal e é tido como ponto de referência para a dissecção cirúrgica da cadeia linfática (GARDNER,1988).

2.3.4 Técnicas Cirúrgicas e Quadro Clínico Pós-Operatório

O câncer de mama sempre representou um grande desafio para especialistas, estudiosos e pesquisadores de todo o mundo, dedicados ao estudo desta patologia e métodos cirúrgicos, direcionando-se a maior efetividade com menor mutilação possível.

Há um consenso no que diz respeito à possíveis causas. Atualmente, o que chama atenção são as questões ligadas a nuliparidade, idade, idade precoce da menarca, idade tardia do primeiro parto, menopausa tardia, história familiar e histórias de antecedentes de câncer.

2.3.4.1. Os procedimentos cirúrgicos

Na cirurgia do câncer de mama são incluídas a remoção do tecido maligno e dos tecidos adjacentes à área, com a retirada dos linfonodos regionais axilares. Tais técnicas são citadas por diversos autores, no qual escolheu-se Bland (1994).

2.3.4.1.1. Mastectomia total (Simples)

As glândulas mamárias são removidas junto com o tegumento cutâneo não há dissecção dos gânglios axilares e os músculos peitorais são preservados.

As indicações desta técnica são restritas, já que, diante de tumores invasivos, o esvaziamento axilar contém informações valiosas que orientam na escolha adequada do tratamento sistêmico coadjuvante.

2.3.4.1.2 Mastectomia radical Halsted

Há uma remoção de todo tecido mamário, dos músculos peitoral maior e menor, juntamente com a completa dissecção axilar.

Para facilitar a ressecção da inserção dos músculos peitoral maior da clavícula e cartilagens costais, usualmente utiliza-se a incisão vertical. Outras incisões também podem ser usadas. Todas incorporam o mamilo e o local da biópsia.

Na dissecção são respeitados os limites da axila, o músculo grande dorsal lateralmente, o serrátil medialmente e a veia axilar superiormente. Os nervos torácico longo devem ser preservados para manter a função escapular e a função do músculo grande dorsal. O resultado estético é pobre.

São poucas as indicações para este procedimento porque, atualmente, a terapêutica do câncer de mama conta com a radioterapia e quimioterapia como modalidades que permitem a citoredução do tumor. Geralmente, utiliza-se esse tipo de procedimento quando o tumor é profundo, com fixações à fáscia do músculo peitoral, ou localizado próximo à clavícula ou ao esterno. Atualmente em desuso.

2.3.4.1.3. Mastectomia radical modificada

Com a finalidade de tratar o carcinoma com menor agressão à paciente, desenvolveram-se mastectomias chamadas radicais modificadas. Em essência, constam da retirada da mama e do conteúdo axilar, conservando-se um ou ambos os músculos peitorais, na maioria das vezes utilizando-se uma incisão transversa. Desta maneira, o resultado estético é melhor, já que a conservação da musculatura da face anterior do tórax propicia melhor aspecto estético. Existem duas formas de realizar-se esta cirurgia:

2.3.4.1.3.1. Mastectomia radical modificada tipo Patey

Com qualquer das técnicas descritas se faz a mastectomia e o esvaziamento axilar, com fácil acesso ao ápice da axila, graças à ablação do músculo peitoral menor. No entanto, ao se remover esse músculo tem-se maior probabilidade de lesar filetes nervosos que os transpassam para inervar o músculo peitoral maior. Isto leva à atrofia de seus feixes

musculares, podendo minimizar a vantagem da mastectomia modificada que é, justamente, a manutenção do peitoral maior.

2.3.4.1.3.2. Mastectomia radical modificada tipo Madden

John L. Madden iniciou em 1958 sua prática de mastectomia radical modificada. Ele utilizava uma incisão elíptica e dissecação subcutânea extensa, com raras exigências de enxerto de pele. A fáscia peitoral, porém, de ambos os músculos peitoral, maior e menor, eram preservados. A manutenção do músculo peitoral menor, apesar de dificultar a remoção dos linfonodos apicais (subclaviculares, nível III), reduz a probabilidade de lesar o nervo peitoral medial.

É indicada para tumores com até 3 cm de diâmetro, inelegíveis ao tratamento conservador e com a axila clinicamente negativa. O procedimento exige maior habilidade do cirurgião, pois tecnicamente é mais difícil de ser realizada.

A mastectomia radical de Madden remove a glândula mamária, juntamente com a aponeurose anterior e posterior do músculo peitoral maior, e faz o esvaziamento axilar e dos linfonodos interpeitorais, sendo preservados os músculos peitorais maior e menor. Ela tem os seguintes limites anatômicos:

- lateralmente: margem anterior do músculo grande dorsal;
- medialmente: linha mediana do esterno;
- superiormente: músculo subclávio;
- inferiormente: aproximadamente 3 a 4 cm abaixo da dobra inflamatória.

A drenagem é conseguida com catéteres de aspiração colocado sob o retalho medial e na axila. Estes saem através de orifícios de contra-abertura e são retirados quando cessa a drenagem. A ferida é fechada por planos. Um simples curativo oclusivo é tudo o que é necessário.

2.3.4.2. Quadro clínico pós-operatório

A paciente usualmente experimenta dor moderada no local operatório, ombro e braço no período pós-operatório imediato e pode observar hipoestesias e parestesias na

axila, região medial do braço e hemitórax, bem como ocasional hiperestesia “fantasma”.

A hipoestesia é uma queixa comum pós-mastectomia e resulta da desnervação de um ou mais dos nervos intercostais que atravessam o espaço axilar e são seccionados na realização da dissecção axilar.

Tais sensações desaparecem gradualmente com a cicatrização da ferida.

2.3.4.2.1. Complicações mais freqüentes da mastectomia

A cirurgia para retirada de carcinoma da mama pode produzir uma variedade de problemas físicos para a paciente.

Segundo Boff (2001) as complicações imediatas mais vistas são: seroma, infecção, deiscência de sutura, hematomas, equimoses, edema da mama e tumor residual. Contudo, outras complicações bastantes presentes e citadas por Raslan e Rosa (1998) requerem uma maior atenção fisioterápica.

2.3.4.2.1.1. Seroma

Representa a complicação mais freqüente da mastectomia, pois a transudação da linfa e o acúmulo de sangue no campo operatório são esperadas, principalmente no espaço morto axilar. As contínuas excursões respiratórias da parede torácica e a movimentação do ombro iniciam forças tangenciais que retardam ainda mais a aderência dos retalhos e a reparação da ferida.

2.3.4.2.1.2 Infecção

Embora não ocorra com tanta freqüência, pode representar morbidade séria na paciente pós-operatória produzindo um incapacidade imediata que pode progredir para linfedema pós-operatório tardio no membro superior.

2.3.4.2.1.3. Dor

No pós-operatótio de cirurgias por neoplasia maligna de mama, a dor pode surgir decorrente de uma imobilização da articulação escapulo-umeral no membro envolvido, podendo ocasionar uma fibrose capsular e linfedema. A fibrose capsular (ombro congelado) faz com que a dor ocorra na tentativa de movimento, devido a perda de elasticidade e plasticidade normal dos tecidos moles que circundam esta articulação.

Outros fatores também podem ocasionar o aparecimento da dor, como: processos inflamatórios, aderência cicatricial envolvendo a articulação e fibrose conseqüente da radioterapia já que ocasionam alterações na pele e tecido conjuntivo.

Tais complicações poderão ocasionar uma limitação funcional no membro superior homolateral à cirurgia, onde a atuação fisioterápica será de fundamental importância para sua prevenção, controle e tratamento, através de mobilizações e exercícios ativos. Para abolir o quadro álgico pode-se utilizar a eletroterapia (TENS).

2.3.4.2.1.4 Síndrome do Ombro Congelado

Ombro congelado refere-se a um ombro rígido no qual o movimento, tanto ativo como passivo, está restrito e doloroso nas articulações escapulo-umeral e escápulo-torácico. Pode ser causa de dor referida no ombro sobretudo quando coexistem os fatores de desuso na paciente.

Qualquer tentativa de movimento ativo ou passivo encontra resistência sempre crescente e a dor de estiramento resulta de qualquer movimento forçado. Existem vários graus de restrição, mas sem tratamento o resultado será a imobilidade completa do movimento ativo ou passivo.

A conduta fisioterápica neste caso consiste de cinesioterapia com exercícios passivos e alongamento, aplicação de eletroterapia no ombro (na região álgica) e também na Facilitação Neutomuscular Proprioceptiva (FNP) através do método Kabat. Em relação ao uso desta técnica, a paciente aumenta sua ADM que lhe permite atividades próximas do normal com membro superior envolvido.

2.3.4.2.1.5 Fibrose

Pela imobilização, as fibras colágenas se tornam firmemente unidas, talvez pela nova formação de ligações cruzadas entre as moléculas de colágeno ocorrendo

desequilíbrio entre a síntese e a degradação do colágeno. A cápsula articular pode ficar envolvida em alterações inflamatórias secundárias ao posicionamento articular inadequado, ocorrendo inicialmente encurtamento de fibras do colágeno, seguido por proliferação de tecido conjuntivo, podendo a amplitude de movimento articular ficar comprometida em todas as direções, reduzindo, então, a função.

Assim, observa-se que fatores como a imobilização, edema, traumas e defeitos musculares são considerados importantes no processo de instalação de fibrose.

2.3.4.2.1.6 Aderência Cicatricial

Durante o processo de cicatrização, pode ocorrer contratura ou aderência da mesma, o que se deve a uma adesão anormal da fibras de colágeno, fazendo com que a pele desenvolva um encurtamento ou retração, restringindo a mobilidade e flexibilidade das estruturas envolvidas.

2.3.4.2.1.7 Limitação da amplitude movimento

Contraturas que surgem devido a adesão de tecidos cicatriciais, envolvendo uma articulação ou sua proximidade, resultam em limitação da mobilidade articular, com possíveis manifestações dolorosas. Podem desenvolver-se como resultado de uma inflamação e alterações fibróticas nos tecidos moles, as quais restringem dramaticamente a mobilidade.

2.3.4.2.1.8 Postura

As pacientes submetidas à cirurgia de retirada de parte ou de toda a mama, podem vir a apresentar alterações posturais, seja pela adoção de postura antálgica ou como reflexos de inúmeros conflitos psicológicos que levam a paciente a adotar postura de introspecção o que vai acentuar ainda mais os seus problemas posturais.

2.3.4.2.1.9 Complicações respiratórias

Nas pacientes mastectomizadas, é importante observar alterações na freqüência respiratória, na elasticidade torácica, na expansibilidade pulmonar ou qualquer outro sintoma de dificuldade ou complicação respiratória.

Poderão ocorrer disfunções respiratórias conseqüentes ao bloqueio torácico devido à dor, ao medo, à fibrose e/ou aderência cicatricial ou às retrações musculares.

2.3.4.2.1.10. Lesões de estruturas neurovasculares da axila

A lesão do plexo braquial é uma complicação rara da mastectomia. As comuns são lesões do nervo tóraco-dorsal ou subescapular e do nervo torácico longo de Bell no período pós-operatório.

O nervo tóraco-dorsal ou subescapular inerva o músculo grande dorsal, sendo comumente sacrificado durante a cirurgia, o que acarreta incapacidade física mínima. A paciente observa fraqueza da rotação interna e da abdução do ombro após a denervação e paralisia do músculo grande dorsal.

A lesão ou transecção do nervo torácico longo de Bell, que inerva o músculo serrátil anterior, produz instabilidade e proeminência da escápula (escápula alada). Com isso a paciente pode queixar-se de dor no ombro em repouso e ao movimento durante muitos meses após a cirurgia.

2.3.4.2.1.11. Linfedema

O linfedema é uma patologia crônica, complexa, que se manifesta pelo aumento de volume de uma determinada região do corpo, causado por distúrbios na circulação linfática. Pode variar de um leve aumento mensurável do braço, não observável pela paciente ou médico e equipe, até uma extremidade superior grotescamente aumentada, pesada, incapacitada.

O aumento do volume do braço pode ocorrer no período pós-operatório imediato como complicação secundária ao traumatismo operatório. A incidência de linfedema vem diminuindo com o advento de procedimentos cirúrgicos mais elaborados.

2.3.4.2.1.11.1. Etiologia

A principal função do sistema linfático é fazer retornar ao sistema vascular sangüíneo o líquido e a proteína que se acumularam nos espaços intersticiais.

Normalmente, a pressão linfática é negativa ou zero mmHg. Ela torna-se positiva, e o fluxo linfático dez vezes mais lento, que o normal após a destruição da arquitetura linfática normal.

A filtração do líquido capilar é promovida pela pressão hidrostática capilar e pela pressão coloidosmótica do líquido intersticial; sendo reduzida pela pressão hidrostática intersticial e pela pressão osmótica das proteínas plasmáticas. Este líquido é removido dos tecidos pelos vasos linfáticos.

Há dois mecanismos principais responsáveis pelo edema clínico: filtração aumentada e absorção reduzida. A primeira inclui pressão hidrostática capilar aumentada, pressão tecidual diminuída e permeabilidade aumentada da membrana. A segunda pode ser causada por pressão oncótica plasmática diminuída, pressão oncótica aumentada do líquido tecidual e obstrução linfática.

Vários fatores pré, per e pós operatórios podem contribuir para a insuficiência linfática. Alguns dos fatores são: remoção e destruição cirúrgicas extensas de canais linfáticos, fibrose, obstrução venosa, infecção.

Todos estes fatores podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento de linfedema mas, certamente, a causa mais comum é a interferância e obstrução do fluxo linfático a partir do braço pela divisão e remoção dos canais linfáticos e linfonodos da axila.

Vale ressaltar que o linfedema pós-cirurgia de câncer de mama é secundário, tendo como fatores predisponentes a linfadenectomia axilar; na qual altera a drenagem linfática da mama, dos quadrantes torácicos e do membro superior e ainda, o efeito da radioterapia que gera fibrose subcutânea por comprimir vasos e capilares linfáticos.

Outra possível causa pós-operatória de linfedema, ocorre devido ao tratamento de radioterapia, devido ao mal posicionamento, podendo ocorrer rompimento de vasos linfáticos e estiramentos musculares.

Nem todas as pacientes apresentam o linfedema mas, quando surge, normalmente os fatores desencadeantes são episódios de erisipela ou linfangite após algum tipo de lesão de pele ou trauma em membro superior. Esses eventos ocorrem, normalmente, cerca de um ano após a cirurgia, quando a paciente já experimentou todas as fases da doença, aprendeu

a conviver com ela e, talvez, tenha “esquecido” de seu problema, distanciando-se dos cuidados necessários à prevenção de tais complicações.

A longo prazo, o tratamento do membro superior no lado da dissecção linfonodal da axila é importante. Uma lista do “fazer” e “não fazer” deve ser útil. Retomar a função normal do ombro e braço é benéfico; qualquer traumatismo ou infecção deve receber atenção especial.

As pacientes com linfedema geralmente queixam-se de dificuldade no convívio social e nas suas atividades de vida diária, procurando esconder sua condição. Segundo Thompson (1994), isso prejudica sua auto-estima e imagem corporal, afetando conseqüentemente suas relações sexual e social.

2.3.4.2.1.11.2. Tratamento do linfedema pós-mastectomia

Segundo Camargo e Marx (2000) sendo patologia crônica, é preciso em primeiro lugar reduzir o volume da região afetada, evitar processos inflamatórios ou infecciosos que agravariam os problemas, e depois, manter o linfedema sob controle, utilizando recursos terapêuticos de manutenção, afirmam Camargo e Marx (2000) e ainda explicam, que como patologia complexa, que envolve alterações mecânicas e funcionais nas membranas celulares, exige terapêutica complexa que também atue localmente nos tecidos envolvidos e não aja de forma sistêmica. Portanto, não basta um tratamento medicamentoso, é preciso melhorar ou restabelecer a circulação linfática da região afetada e drenar o líquido congestionado.

Camargo e Marx (2000) relatam que atualmente, de acordo com o Documento de Consenso do Comitê Executivo da Sociedade Internacional de Linfologia, divulgado em 1995, o linfedema tem como principal terapêutica a Fisioterapia Complexa Descongestiva que, quando necessária, pode ser acompanhada de tratamento medicamentoso.

A maioria dos linfedemas são tratados satisfatoriamente por meios conservadores e dificilmente necessitarão de intervenção cirúrgica, que, na prática, reduz significativamente um agravamento do quadro a médio e longo prazo.

Outro recurso já estudado para o linfedema é a pressoterapia realizada inicialmente por faixas de Smarch; tubos de borracha que envolviam o membro e exerciam

pressões absurdas de até 400 mmHg e, atualmente, através da bombas pneumáticas que utilizam ar comprimido para pressionar o membro afetado; no qual alguns pacientes se beneficiam, e outros podem apresentar complicações (CAMARGO e MARX, 2000).

Muitas dificuldades ocorreram para o desenvolvimento da Linfologia, principalmente pela falta de regularidade nas pesquisas, mas em 1892 o Prof. Winiwarter, um cirurgião austríaco, efetuou as primeiras manobras com o objetivo de reabsorver edemas e Gertrude Beard, em 1952 *apud* Camargo e Marx (2000), definiu a massagem como a manipulação dos tecidos moles do corpo, com o propósito de produzir efeitos locais e gerais em nível dos sistemas muscular, nervoso, respiratório e circulatório (sanguíneo e linfático).

A drenagem linfática passou a ser mais estudada e assim, aperfeiçoada. Hoje, a drenagem linfática manual adquiriu lugar de destaque no tratamento de edemas e linfedemas.

A S.I.L. (Sociedade Internacional de Linfologia) reconhece e adota, em consenso, a fisioterapia complexa descongestiva como método terapêutico mais eficaz para o linfedema. Tal técnica combina a drenagem linfática manual, bandagens compressivas, exercícios terapêuticos e contenções elásticas, baseadas nos princípios fisiológicos do sistema linfático. E, no Brasil, recebe o nome de Linfoterapia.

CAPÍTULO I
METODOLOGIA OPERACIONAL

1.1 HIPÓTESE

A idéia mestra que direcionou esta pesquisa foi o fato de observar, alterações posturais importantes em mulheres mastectomizadas por câncer de mama, sem motivo real para esta situação, tendo em vista que a cirurgia realizada foi a menos mutilante; a mastectomia radical modificada tipo *Madden*.

Pretendeu-se verificar alterações físico-funcionais possivelmente relacionadas a psiquê pela queda da auto-estima e conseqüente distorção da auto-imagem.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL

Reconhecer os aspectos emocionais adaptativos presentes em mulheres mastectomizadas por câncer de mama, analisar a adoção da afetividade nas técnicas e métodos convencionais utilizados pelos fisioterapeutas, visando reabilitação física precoce.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar, analisar e discutir mecanismos de interação utilizados pelas paciente mastectomizadas por câncer de mama;

- Investigar os mecanismos psicossociais alterados das mulheres mastectomizadas;
- Verificar a eficácia do acréscimo de afeto nas técnicas de reabilitação física em mulheres mastectomizadas por câncer de mama;
- Avaliar se as alterações emocionais presentes em mulheres mastectomizadas por câncer de mama, retardam sua reabilitação física.

1.3 MÉTODO

1.3.1 Apresentação e Fundamentação do Método

A proposta de relatar os sentimentos e representações das mulheres mastectomizadas de forma integradora, bem como uma atuação holística do fisioterapeuta, ocorreu dentro de uma perspectiva qualitativa. Os métodos foram construídos respeitando os limites dos instrumentos.

O conhecimento propriamente dito, foi feito no processo complementar entre a capacidade de compreensão da realidade dos comprometimentos emocionais dos aspectos câncer-morte nas mulheres mutiladas e a fundamentação teórico-metodológica desta.

Em se tratando de uma pesquisa que envolve dimensões psicossomáticas, a sensibilidade aprendida do pesquisador, parece ser fundamental na absorção de conteúdos conflitantes imbuídos nestas mulheres, seja por educação, aprendizado ou cultura.

Muitos estudiosos como Oliveira (1998) na área do conhecimento reforçam que a metodologia é o caminho e o instrumento da abordagem da realidade. A ciência e a metodologia caminham juntas. Sabe-se que as técnicas de pesquisa são indispensáveis na investigação, assim como a capacidade criadora e a experiência do pesquisador. Nesta visão, há necessidade de uma aglutinação entre a habilidade, experiência e rigor científico do produtor. Este afirma que, no processo do conhecimento participam os sentidos, a razão e a intuição.

A fundamentação metodológica escolhida para este trabalho foi a de caráter qualitativo, pois permite conhecer a pessoa interagindo com outra, inclusive com o pesquisador, além de ter se mostrado um relevante método científico para se chegar ao conhecimento e proporcionar discussões mais amplas sobre as características das pessoas nas investigações.

Este método é utilizado quando não se tem a pretensão de numerar ou medir unidades; não emprega dados estatísticos como centro do processo de análise de um problema.

Denkin & Lincoln *apud* Mattje (1999), apontam que a pesquisa qualitativa é aquela em que se objetivam estudar as coisas em seu *setting* natural, procurando conhecer o sentido e interpretar os fenômenos nos termos dos significados que as pessoas lhes atribuem.

Camargo e Marx (2000) afirmam que, este método facilita a relação afetiva e pessoal entre o paciente e o entrevistador, pois privilegia a escuta da fala do paciente com toda sua expressão, seja ela verbal, ou não; a riqueza das palavras e entonações, permite também a verificação de todo o aparato do comportamento global do paciente, abrangendo os aspectos não-verbais, como sua postura física, mímica facial, gestos, etc.

Sabendo que a pesquisa de campo consiste na observação dos fatos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados e no registro de variáveis relevantes para análise posterior, optou-se pelo estudo de caso como instrumento desta pesquisa.

Na tentativa de conhecer as características e especificidade dos possíveis comprometimentos físicos advindos das questões emocionais em pacientes mastectomizadas, o aprofundamento teórico foi realizado à luz da pesquisa bibliográfica prévia, e assim, escolhido o método.

Para a construção deste estudo foi elaborado um roteiro de entrevista aberta e estruturada (Anexo I), não previamente validada por outros autores, baseada no aprendizado teórico quanto aos sentimentos e as representações individuais das pacientes mastectomizadas, e ainda, nos relatos das mesmas.

Os resultados da coleta de dados foram analisados mediante interpretações e conclusões de caráter indutivo e fundamentado na teoria estudada, também na análise das fichas de avaliação e evolução das pacientes (Anexo II), levando em consideração o tempo de tratamento e alta fisioterápica.

1.3.2 Sujeitos

Quando da necessidade de se direcionar a amostragem para esta pesquisa, foram levados em consideração o envolvimento com a terapia, assiduidade, participação, envolvimento com a terapia, mulheres que mais teciam comentários e relatavam acontecimentos do seu cotidiano, pertinentes as modificações pós-operatórias e os critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão:

1. Ter sido operada pela técnica de Mastectomia Radical Modificada tipo *Madden;*
2. Apresentar disfunções osteomioarticulares no membro superior homolateral à cirurgia;
3. Ter conhecimento da sua incapacidade funcional, membros e postura;
4. Apresentar dificuldade na auto-aceitação e reintegração social, familiar e conjugal;
5. Apresentar condições clínicas e psicológicas compatíveis para serem submetidas a uma entrevista e tratamento dessa natureza;
6. Concordar em participar da pesquisa até a alta fisioterápica;
7. Concordar em participar da pesquisa através da assinatura em Termo de Consentimento (Anexo III).

A partir do exposto, foram selecionadas duas pacientes do ambulatório de Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher da A.A.M.I.- Maternidade Cândido Mariano.

1.3.3 Considerações sobre Ética

Com a preocupação em apreender integralmente os comprometimentos emocionais das pacientes, a realização das entrevistas foram em ambiente de consulta e tratamento, para que tivessem um espaço conhecido, que lhes proporcionassem segurança e tranqüilidade. Outro aspecto importante foi levado em consideração para a obtenção de

informações; que o local oferecesse instalação adequada para o sigilo quanto a sua identidade e privacidade. Assim, as pacientes mostraram-se despreocupadas em manifestar suas vivências, desde as superficiais às mais profundas.

Dentro da abordagem qualitativa no qual concerne o trabalho, permitiu-se o estabelecimento de uma relação interpessoal afetiva entre o entrevistador e o entrevistado; fator essencial para uma melhor percepção das manifestações emocionais próprias de cada entrevistada.

Esta pesquisa incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatros referênciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado.

1.3.4 Instrumentos utilizados

Na busca de instrumentos que oferecessem aprofundamento sobre as questões subjetivas das representações emocionais e físicas em mulheres mastectomizadas, desenvolveu-se entrevista estruturada e aberta.

Camargo e Marx (2000) mostra que a entrevista de questões abertas auxilia de maneira satisfatória, pois possibilita uma investigação mais complexa e profunda da personalidade do entrevistado. Permite uma informação não- estruturada, possibilitando a descrição dos casos em sua individualidade, uma maior compreensão da especificidade e também a comparabilidade de diversos casos.

As entrevistas foram gravadas em fita cassete com o propósito de conter as falas das pacientes na íntegra, sendo que o instrumento em anexo foi criado objetivando sistematizar as informações colhidas.

1.3.5 Procedimentos

Na época em que se deu início à prática do referido estudo, haviam dois grupos de seis mulheres mastectomizadas, com o mesmo tempo de PO inicial, em atendimento de duas vezes semanais.

A procura pela amostragem iniciou com o estudo das fichas de avaliação e evolução das pacientes na busca inicial da possibilidade da coleta dos dados, pelos critérios de inclusão.

Após confirmação das pacientes com quadro físico e emocional pertinentes ao previsto pela pesquisa, as mesmas eram abordadas e então esclarecidas todas as questões envolvidas com o andamento do tratamento e pesquisa.

Para evitar que algumas pacientes se incomodassem por não terem sido convidadas a participarem da pesquisa, todo o grupo era informado dos critérios.

As pacientes selecionadas foram atendidas individualmente pela proponente deste trabalho, duas vezes por semana, onde cada terapia contava com 45 minutos de tratamento e da pesquisa e era repleta de ansiedades, tristezas, desejos, emoções, sonhos, dentre outros sentimentos, que eram presentes no seu cotidiano. Os desprezos sociais, a diferença de volume anteriormente ao tórax, as limitações físicas, a cobrança para os afazeres domésticos, a espera pela recuperação, a ausência do "órgão sexual" no relacionamento com o companheiro...; eram situações presentes nas falas angustiantes e tristes destas mulheres.

Com a evolução significativa do quadro físico-funcional, as mesmas eram encaminhadas para o grupo, acreditando ser um método comum de ajudas às pacientes, parecendo haver um *feedback* quanto à cumplicidade do problema que as afligiam; o câncer.

A ciência mostra que a técnica cirúrgica, no pós-operatório tardio, escolhida nesta pesquisa, não retira ou lesa estruturas que justifiquem o aumento da curvatura anterior (cifose) presente nestas mulheres, bem como limitações físicas e contraturas musculares.

A assistência fisioterápica iniciou na paciente 1, duas semanas após a cirurgia e, a paciente 2, no pós-operatório imediato.

Pela prática profissionalizante, parece que as técnicas e métodos convencionais utilizados pelo fisioterapeuta sejam suficientes para uma reabilitação física; enquanto que nesta pesquisa se valorizou o toque; sendo que toda terapia iniciou-se com massoterapia e lhe foi ofertado o "ouvir". Para a paciente, talvez este ato signifique compartilhar.

A entrevista foi aplicada na fase final do tratamento fisioterápico para a obtenção de dados reais e completos dos quais eram exigidos nos questionamentos.

Quanto a aplicação da entrevista citada anteriormente, foram obedecidas as seguintes situações:

1. seleção das pacientes baseada nos critérios anteriormente citados;
2. local adequado que garantisse privacidade;
3. relação entre paciente-terapeuta com confiança e simpatia, sendo restrita ao enfoque da pesquisa;
4. não havia contrato de assistência entre paciente-terapeuta;
5. garantia do sigilo quanto à identidade da paciente, bem como demais cuidados éticos pertinentes;
6. explicações e gravação das respostas feitas pelo terapeuta;
7. o terapeuta se ateve a questões previstas no instrumento de pesquisa, evitando indução a respostas, julgamentos ou aconselhamentos.

O conteúdo da entrevista, conforme citado anteriormente, foi retirado do estudo bibliográfico prévio ao início da pesquisa, bem como de experiências profissionais pertinentes com o assunto aqui discutido. Trazem implícitos uma hipótese, um pressuposto ou um conceito.

Outro instrumento utilizado para a validação desta pesquisa foi a observação sistematizada entre fichas de avaliação e evolução de outras pacientes que receberam tratamento convencional. A recuperação precoce de ambas no que se referia aos aspectos funcionais osteomioarticular mostrou-se clara e concisa.

Durante a aplicação dos métodos de assistência fisioterápica nas pacientes pertencentes à pesquisa, era feito um estudo pelas fichas de avaliação e evolução das pacientes que eram tratadas convencionalmente; quanto as questões de assiduidade, envolvimento com o tratamento, recuperação funcional e tempo em que está em atendimento.

Aplicou-se a entrevista no momento em que observou-se diferenças nos aspectos citados entre as pacientes assistidas diferentemente, próximo a alta fisioterápica.

A análise dos resultados se deu através da leitura interpretativa, destacando-se as evidências dos resultados com as idéias iniciais à pesquisa.

1.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

Esta é uma fase de grande importância para o pesquisador, tendo em vista que neste momento pensa-se sobre o que foi detectado e o analisa.

Segundo Mattje (1999), o termo análise de conteúdo abrange mais que um simples procedimento técnico, integra-se a uma história de busca teórica e prática no campo das investigações sociais. Compreende a descrição objetiva, sistemática e quantitativa dos conteúdos com finalidade de pesquisá-los.

A análise iniciou com a observação sistemática dos resultados osteomioarticulares precoces nas pacientes, sendo então também observados e comparados com dados retirados das fichas de avaliação e evolução de pacientes que não eram por mim assistidas.

Leituras e novas revisões bibliográficas foram feitas para esclarecimentos da pesquisadora, bem como para fundamentar os resultados.

Para a transcrição das respostas e melhor entendimento, respostas pertinentes a discussão, foram organizadas e citadas na íntegra.

APRESENTAÇÃO

INTIMISMOS NECESSÁRIOS

O projeto desta dissertação surgiu da experiência profissional e pessoal a partir dos cuidados oferecidos a uma paciente mastectomizada, que procurou durante uma terapia, revelar suas angústias devido a ausência de atenção no âmbito familiar que se manifestava sob a forma de dores não consideradas físicas . . . Após a reavaliação, realizada imediatamente após os relatos da paciente, foi observado que não havia comprometimentos físicos que justificassem tal queixa . . .

A queixa era tão insistente e intensa que surgiu o sentimento de impotência a princípio, mas logo em seguida, o acréscimo de toque/carinho/afeto/amor/saber ouvir, dispensadas nas técnicas já utilizadas foram capazes de amenizar tal sofrimento.

Terminado o atendimento terapêutico, tecnicamente adequado, foi acrescentado massoterapia na região do ombro e do pescoço. Ela permaneceu deitada por mais tempo, aproximadamente 10 minuto e relatou: . . . nossa, parece que a senhora tirou minha dor com a mão . . .” . Vale acrescentar, que a princípio foi pensado em um recurso tipo placebo. Engano! Foi terapêutico!

O que mais chamou atenção, foi o fato de que já havia dedicado algum tempo durante outras terapias, com diversas pacientes, ouvindo-as, pois chegavam, por vezes, tanto angustiadas quanto falantes. Desta vez, foi diferente. Quando foi tocada, ela suspirou lentamente e relaxou, como se minhas mãos fornecessem conforto imediato físico e emocional. . .

Tal acontecimento fez eclodir questões até então não questionadas por mim (um momento mágico...). Foi questionado: é preciso vencer obstáculos, o medo, as faltas, o

estigma. . . Para vencê-los, é preciso conhecê-los. Então, passou-se a estudar mais sobre os aspectos psicossomáticos do câncer de mama, e achando por bem acrescentar neste trabalho, definitivamente, afeto, colaborando com as técnicas de reabilitação físico-funcionais daquelas mulheres.

Essa dissertação é o roteiro deste meu encontro com a intimidade de um aspecto da psique feminina. Faz-se necessário lembrar, que sou fisioterapeuta, portanto, conhecedora, até então, dos possíveis comprometimentos físicos, osteomusculares e ligamentares em um pós-cirúrgico de câncer de mama.

Para melhor entendimento frente aos possíveis comprometimentos físicos, considerou-se neste trabalho, as pacientes que se submeteram à cirurgia de mastectomia radical modificada tipo *Madden* que, conforme detalhamento da mesma no capítulo I, não justificaria alterações físicas significativas.

O presente trabalho pretendeu avaliar a adoção da afetividade colaborando com as técnicas e métodos utilizados pelo fisioterapeuta, vistos como mecanicistas, visando restabelecer, precocemente, mulheres mastectomizadas por câncer de mama.

Portanto, esse é um estudo fisioterápico sobre mulheres mastectomizadas pela cirurgia radical modificada tipo *Madden*, com o objetivo de verificar a necessidade do acréscimo de afeto nas técnicas de reabilitação física nessas mulheres.

Desde o primeiro contato terapeuta-paciente, o novo método de atendimento inseriu-se na assistência.

O início do tratamento foi realizado individualmente, até que a mesma apresentasse quadro de amplitude de movimento e força, normais. A partir daí, foi engajada em grupos dinâmicos para atividade grupal, até o momento da alta fisioterápica.

Essa pesquisa foi realizada com pacientes que foram assistidas na Associação de Amparo à Maternidade e à Infância – Maternidade Cândido Mariano, em Campo Grande-MS, entre o período de fevereiro de 1998 à agosto de 2000.

O tratamento consistiu da utilização dos métodos e técnicas fisioterápicas descritas no decorrer do trabalho, associadas de afetividade, visando a intervenção precoce e totalizadora.

Para levantamento de dados físicos (avaliação/evolução) e emocionais que podem

interferir nos resultados, foi realizada entrevista semi-estruturada; em anexo.

No primeiro capítulo discorremos entre o entendimento de saúde, doença, mente; entendemos sobre a referida patologia; tivemos noções de mastologia incluindo toda a questão fisiológica envolvida; técnicas cirúrgicas e seus possíveis comprometimentos.

No segundo capítulo, consideramos os aspectos pessoais da retirada do seio, a mulher e o seu corpo, feminilidade, sexualidade, estigma do câncer e as influências das relações sociais.

O terceiro capítulo aborda técnicas de reabilitação fisioterápica, explicando e demonstrando em figuras, as repetidas, porém variáveis, atividades realizadas, das quais considera-se mecanicistas; além de uma breve explanação sobre o cotidiano "depois" da doença.

No quarto capítulo, foi feita uma relação entre a afetividade e a utilização da mesma, pelo fisioterapeuta humanista, que acresce em suas técnicas, o afeto, o saber ouvir e o toque. Foi explanada a afetividade como integrante de uma técnica totalizadora, acreditando ser o caminho para uma terapêutica mais eficiente, por lidarmos com seres humanos, providos de sentimentos. Falamos de afeto, emoção, amor e cumplicidade terapêutica.

O quinto e último capítulo desta dissertação foi destinado a apresentar os casos e discuti-los, na tentativa de entender e amenizar um dos sofrimentos do ser humano, sem esquecer do sofrimento daquele que o observa: outro ser humano.

O trabalho então se finda, com a conclusão advinda do término da pesquisa, contendo seus resultados efetivos; e ainda, bibliografia, glossário e anexos.

TELMA REGINA CHIARAPA

AFETIVIDADE NAS TÉCNICAS DE REABILITAÇÃO FÍSICA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS

Dissertação apresentada como exigência para obtenção do título de Mestre em Psicologia do Programa de Mestrado em Psicologia – Área de Concentração: *Comportamento social e Psicologia da Saúde à Comissão Julgadora da Universidade Católica Dom Bosco - UCDB, sob a orientação da Prof. Dra.Sonia Grubits .*

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
CAMPO GRANDE, MS
2003

BANCA EXAMINADORA

Este exemplar corresponde à redação final da dissertação defendida por Telma Regina Chiarapa e _____ pela COMISSÃO JULGADORA abaixo indicada e assinada, em_____.

1. _____

   Dr._____

2. _____

   Dr._____

3. _____

   Dr._____

Mulheres do Brasil

No tempo em que a maçã foi inventada
Antes da pólvora da roda e do jornal
A mulher passou a ser culpada
Pelos deslizes do pecado original
Guardiã de todas as virtudes
Santas e megeras, pecadoras e donzelas
Filhas de Maria, oh Deusas lá de Holywood
São irmãs porque a mãe natureza fez todas tão belas, tão belas
Oh mãe, oh mãe, oh mãe; nossa mãe,
Abre teu colo generoso
Parir, gerar, criar e provar
Nosso destino valoroso
São donas de casa, professoras, bailarinas
Moças, operárias, prostitutas, meninas,
Lá do breo das brumas vêm chegando a bandeira
Salve o povo e pede passagem para a mulher brasileira
Oh mãe, oh mãe, oh mãe; nossa mãe,
Abre teu colo generoso
Parir, gerar, criar e provar
Nosso destino valoroso
São donas de casa, professoras, bailarinas
Moças, operárias, prostitutas, meninas
Lá do breo das brumas vêm chegando a bandeira
Salve o povo e pede passagem a mulher brasileira
Lá do brio das brumas vêm chegando a bandeira
Salve o povo e pede passagem a mulher brasileira

Joyce

DEDICATÓRIA

Ao Meu Companheiro Manoel Trindade

Que soube compreender minha ausência quando dediquei-lhe diminuto do meu tempo e ainda assim, permaneceu ofertando-me a possibilidade para uma nova estrada de vida.

...Ao amor que sinto hoje com a mesma intensidade do primeiro encontro...

À Minha Família

Pessoas que colaboraram para a formação do meu patrimônio emocional, intelectual e afetivo.

Minha mãe Joselita da Silva Chiarapa *é a pessoa a quem tributo respeito e admiração pela coragem e dignidade, imprescindíveis para o crescimento da nossa família..*

Meu irmão Adriano Chiarapa, *incentivador que sempre mostrou que todos tem a oportunidade de ser tão grande quanto deseja...vá e faça. Apoio que nunca faltou.*

Às Pacientes

Pela confiança depositada em mim, dando-me a oportunidade de conhecer seus sentimentos e me aperfeiçoar como profissional e ainda contribuir para o meu crescimento pessoal.

AGRADECIMENTOS

A DEUS

Eu te louvarei, porque de um modo terrível, e tão maravilhoso fui formado; maravilhosas são as tuas obras, e a minha alma o sabe muito bem (SALMO 138:14).

Dai-lhe dos frutos das tuas mãos e louvem-na nas portas as suas obras (PROVÉRBIOS 31:31).

À Drª Marilana Geimba de Lima

Amiga que se disponibilizou a corrigir a parte clínica desta pesquisa; tendo sido a primeira pessoa a compartilhar da idealização deste projeto, me convidando para fazer parte da equipe de mastologia da A.A.M.I. - Maternidade Cândido Mariano. Apoio imprescindível!

Ao Dr. João Bosco Wanderley

Como responsável pelo Setor de Mastologia da A.A.M.I. – Maternidade Cândido Mariano, confiou na concretização deste projeto, permitindo minha assistência. O meu muito Obrigada!

À Profª Sônia Grubits

Minha orientadora que contribuiu de maneira assertiva para o término desta pesquisa.

Ao Profº Drº Sebastião Jorge Chammé

Um orientador paciente e grande incentivador dos métodos humanistas. Gratidão pelos seus ensinamentos e solicitude.

Drª Vânia Lúcia de Oliveira Castro

Pelo incentivo e sugestões dignas de uma amizade verdadeira.

Às Pacientes
A elas que ilustram perfeitamente o título dessa dissertação.

Às amigas Fisioterapeutas Marielce de França Lozano e Meiry Nilce Lopes que dedicaram momentos ricos recheados de conhecimentos, boa vontade e afeto para me ajudarem na conclusão desta dissertação. Que Deus possa conceder-lhes as mais verdadeiras alegrias de vida e as mais completas bênçãos. Obrigada por tudo.

À amiga Mércia Nantes, Fisioterapeuta; companheira fiel que nunca mediu obstáculos para ajudar e confortar-me. O meu muito obrigado!

À Psicóloga e amiga Martha Helena Piva
Pela presença constante de incentivo e ajuda nas buscas literárias.

RESUMO

O presente estudo aborda o processo de reabilitação física de mulheres mastectomizadas por câncer de mama e tem como objetivo verificar a eficiência das técnicas e métodos fisioterápicos mediante a aplicabilidade do "componente afetivo" visto como um recurso capaz de alcançar bons resultados enquanto totalidade terapêutica.

Considera-se, no trabalho, que o câncer tem sido tratado por meio de técnicas desenvolvidas e aprimoradas com o objetivo principal voltado para a preservação máxima do organismo das pacientes. Assim, as mulheres que se constituíram em objeto de investigação nesta pesquisa foram submetidas à assistência desde o início do seu processo de recuperação, podendo experimentar condutas fisioterápicas que visaram alcançar sua recuperação integral do ponto de vista biopsicossocial.

Nas fases de diagnóstico e de intervenção foram detectados componentes psicológicos fortemente relacionados às condições da mastectomia, intervindo na recuperação e total reabilitação da mulher mastectomizada; o que nos levou a acreditar na necessidade da elaboração de uma nova abordagem fisioterápica, supostamente mais adequada às necessidades reais do estado de saúde desta mulher em processo de tratamento.

Seguindo este preceito foram acrescidos aos métodos convencionais de reabilitação fisioterápica em mulheres mastectomizadas por câncer de mama, amor, carinho, toque e o saber ouvir; acreditando serem instrumentos capazes de oferecer precocidade na alta fisioterápica.

No que diz respeito à estrutura geral deste trabalho, importa ressaltar que o mesmo aborda desde os aspectos funcionais e técnicos sobre a retirada de um seio, até os aspectos pessoais desse ato, bem como as técnicas e métodos fisioterápicos utilizados pela pesquisadora deste trabalho, as condições do conteúdo totalizador, fundamentados mediante resultados e discussão dos casos apresentados.

Palavras-chaves: afeto, mastectomia, reabilitação.

ABSTRACT

The present study boards the process of women physical rehabilitation after submission to mastectomy of breast cancer and has the goal to verify the efficiency of physiotherapy techniques e methods by means of addition o f the "affective component" seem as a capable path to achieve good results on its therapeutical totality.

It is considered, at work, that cancer has been treated by means of developed and aprimorated techniques as the main goal turned to the maximum preservation of pacient´s organism. Thus, the women that were constituted as investigation subjects on this research investigation were submitted to assistance from de beginning of their recuperation process, been enable to experience physiotherapeutical leads that viewed to achieve the integral recuperation at a biopsycosocial point of view.

At the diagnostic and intervention phases was detected psychological components strongly related to the mastectomy's condition intervening on the mastectomized women's recuperation and total rehabilitation; which lead us to believe on the necessity of a new physiotherapeutical boarding elaboration, adapted to the real necessities of the health estate of these women em treatment process.

Following this precept were added to the conventional methods of physiotherapeutical rehabilitation em mastectomized women due to breast cancer, love, care, touch and know how to listen; believing that those are the capable instruments of offering precociousness of high therapeutical.

On the general structure of this work, it is important to ressalt that this boards from the functional and technical aspects about the breast remotion, until the personal aspects of such act, as well the physiotherapeutical techniques and methods used by the researcher of this work, the conditions of the totalized issue, structured on the presented case's results and discussion.

Key-words: affect, mastectomy, rehabilitation.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I: Entrevista semi-estruturada aplicada às pacientes

ANEXO II: Ficha de Avaliação Fisioterápica

ANEXO III: Termo de Consentimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Posicionamento do membro superior no pós-cirúrgico de câncer de mama. 71

Figura 2 – Abdução das escápulas e dos ombros e relaxamento 73

Figura 3 – Flexão anterior do braço a 90º com extensão do cotovelo 74

Figura 4 – Abdução do braço a 90º com o cotovelo em extensão 74

Figura 5 – Rotação interna e externa do ombro 74

Figura 6 – Elevação simultânea e relaxamento dos ombros 75

Figura 7 – Inclinações laterais do pescoço 75

Figura 8 – Rotações da cabeça 75

Figura 9 – Elevação alternada dos ombros 76

Figura 10 – Rotação interna do ombro com abdução do braço..... 76

Figura 11 – Abdução do braço a 90º com o cotovelo em flexão 76

Figura 12 – Elevação dos braços até 90°..... 78

Figura 13 – Apoio do dorso das mãos sobre a testa, extensão dos cotovelos, flexão anterior dos braços até tocar o colchão. 78

Figura 14– Mãos cruzadas atrás da nuca, aproximar os cotovelos e afastar até tocar o colchão. 79

Figura 15 – Mãos apoiadas na cabeça, estender os braços para trás..... 79

Figura 16 – Sentada com as mãos apoiadas sobre as coxas..... 80

Figura 17– Mãos apoiadas sobre o queixo, abertura dos cotovelos o máximo possível e abaixa-los ate tocarem-se entre si..... 80

Figura 18– Mãos apoiadas sobre o queixo, cotovelos abertos, colocar as mãos sobre a cabeça e a partir daí elevação dos ombros 81

Figura 19 – Extensão total dos braços após apoiar mãos sobre a cabeça e inclinar os braços alternadamente 81

Figura 20 – Mãos sobre a cabeça, elevar lentamente até extensão total do braço. 82

Figura 21 – Iniciar com extensão total do braço e baixar alternadamente um braço depois o outro 82

Figura 22 – Mãos apoiadas atrás da nuca, cotovelos abertos, fechá-los e abri-los 83

Figura 23– Mãos apoiadas sobre o queixo, extensão anterior dos braços e flexão com abertura dos cotovelos e palmas das mãos viradas para fora..... 83

Figura 24 – Mãos atrás da nuca, cotovelos abertos, abdução e flexão lateral do tronco.....84

Figura 25 – Inclinação do tronco, abdução do braço, mãos entrelaçadas.....85

Figura 26 – Flexão anterior total dos braços, levar a toalha atrás da nuca com flexão de cotovelos e em abdução do braço.....85

Figura 27 – Flexão anterior total dos braços, inclinações laterais.....89

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1– Estimativa para o ano 2003 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de números de casos novos e de óbitos por câncer, em homens e mulheres, segundo a região.....22

QUADRO 2 – Estimativas para o ano 2003 de números de casos novos de câncer por região.....22

QUADRO 3 – Estimativas para o ano 2003 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de número de casos e de óbitos, em mulheres, segundo localização primária na Região Centro-Oeste.....23

QUADRO 4 – Estimativas para o ano 2003 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de número de casos e de óbitos, em mulheres, segundo localização primária no Estado do Mato Grosso do Sul.....24

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 01

METODOLOGIA OPERACIONAL..... 05

1.1 Hipótese..... 05

1.2 Objetivos... 05

1.2.1 Objetivo Geral... 05

1.2.2 Objetivos Específicos... 05

1.3 Método... 06

1.3.1 Apresentação e Fundamentação do Método... 06

1.3.2 Sujeitos... 07

1.3.3 Considerações sobre ética... 08

1.3.4 Instrumentos utilizados 09

1.3.5 Procedimentos... 09

1.4 Procedimento de Análise..... 11

CAPÍTULO II - A RETIRADA DE UM SEIO: ASPECTOS FUNCIONAIS E TÉCNICOS

..... 14

2.1. Entendendo a Saúde, a Doença e a Saúde Mental 14

2.2. O Câncer 17

2.2.1 O Câncer de Mama 18

2.2.2 O Câncer de Mama no Brasil 20

2.3- Anatomofisiologia da Região em Estudo..... 24

2.3.1 Músculos e movimentos..... 24
2.3.2 Vascularização da Mama 26
2.3.3 Inervação da Mama 30
2.3.4. Técnicas cirúrgicas e quadro clínico pós-operatório..... 31

CAPÍTULO III - TIREI UM SEIO: ASPECTOS PESSOAIS.....42

3.1. A Mulher e o corpo 43
3.1.1 Esquema Corporal..... 43
3.1.2. Auto-imagem 47
3.1.3. A Feminilidade..... 48
3.1.4 A Perda..... 51
3.1.5 O Estigma do Câncer 54
3.1.6 Influências das Relações Sociais..... 56
3.1.7 Reabilitação Sexual..... 61

CAPÍTULO IV - REABILITAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA.....64

4.1. Surgimento e Evolução das Técnicas 64
4.1.1 Histórico..... 64
4.2 Tipos de Técnicas 66
4.2.1 Posicionamento 71
4.2.2 Cinesioterapia..... 71
4.2.3 Assistência do PO 0 ao PO 15 72
4.2.4 Assistência à partir do PO 15 77
4.2.5 Linfodrenagem.....85
4.2.6 Orientações pós-operatórias para prevenção de complicações.....86
4.3 Qualidade de Vida.....97

CAPÍTULO V - AFETIVIDADE COMO INTEGRANTE DE UMA TÉCNICA TOTALIZADORA.....90
5.1 O Que é Afetividade?.....90
5.2 Alterações Afetivas.....91
5.2.1 As bases afetivas na classificação das doenças mentais.....91
5.3. Afetos e sentimentos.....92
5.3.1 As Emoções.....93
5.4. O Toque 96

5.4.1 A pele tem olhos 99
5.4.2 Mãos: mensageiras da emoção 101
5.4.3 O tato curativo 102
5.4.4 Massoterapia: terapia que se origina no carinho 104
5.5 Relação Profissional de Saúde-Paciente 106
5.6 A Importância da Humanização e Afetividade na Relação Terapeuta-Paciente 108
5.7 Afetividade e Fisioterapia 111
CAPÍTULO VI - RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS CASOS 115
6.1 Apresentação dos casos 115
6.2 Discussão dos casos 123
CONSIDERAÇÕES FINAIS 131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 138
GLOSSÁRIO 155
ANEXOS 158

GLOSSÁRIO

ADERÊNCIA = união fibrosa anormal entre um órgão e outro ou parte dele a outra.

AMESTRADO= tornar mestre, perito; ensinar, adestrar.

ARÉOLA = zona circular rosada ou castanha que rodeia a papila da mama (mamilo).

ATROFIA = redução local, adquirida, do tamanho de uma célula, de um tecido, de um órgão ou de uma região do organismo, que pode ser fisiológica ou patológica.

CÂNCER = Termo generalizado para designar mais de 100 tipos de moléstias caracterizadas pelo crescimento anormal e desordenado de células. A massa resultante, ou tumor, pode invadir e destruir os tecidos anormais circunvizinhos. Células cancerosas desse tumor podem espalhar-se através do sangue ou da linfa (líquido que banha as células do corpo) e dar origem a novos cânceres em outras partes do corpo.

CARCINOMA = tumor maligno, câncer.

DISSEMINAR = dispersar, espalhar.

ESPECTRO = fantasma.

EXERÉSE = retirada; extirpação.

FÁSCIA = camadas de tecido areolar sob a pele (fáscia superficial. Tecido fibroso situado

entre os músculos e que constitui as bainhas musculares ou então reveste outras estruturas profundas, como nervos e vasos sanguíneos (fáscia profunda).

FIBROSE = aumento do tecido conjuntivo fibroso.

GÂNGLIO = corpo arredondado de tamanho e estrutura variáveis, no trajeto de um vaso linfático ou de um nervo.

HOMOLATERAL = Situado do mesmo lado ou referente a algo do mesmo lado.

IATROGENIA = induzido pelo médico; refere-se aos efeitos das palavras, atitudes, atos ou tratamentos de um médico sobre uma paciente.

LINFADENECTOMIA = excisão de um gânglio linfático.

LINFANGITE = inflamação de um ou mais gânglios linfáticos.

LINFEDEMA = edema decorrente de obstrução de vasos linfáticos.

LINFONODOS = Gânglios em formato de feijão, espalhados ao longo dos vasos do sistema linfático. Agem como filtros, recolhendo bactérias ou células cancerosas que eventualmente se desloquem através do sistema linfático.

MASTECTOMIA = excisão ou amputação da mama.

MASTOLOGIA = Estudo da mama.

METÁSTASE = A propagação do câncer, do primeiro tumor para as outras partes do corpo.

NULIPARIDADE = mulher que jamais parturiu um filho.

ONCOLOGIA = Estudo de tumores malignos.

PARESTESIA = sensação pervertida de formigamento, arranhamento ou queimação da pela.

SEROMA = acúmulo de soro sanguíneo que produz tumefação tumoriforme geralmente subcutânea.

TUMOR = Crescimento anormal de tecido.