

## ESTUDO DA ADESÃO ÀS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO LINFEDEMA EM MASTECTOMIZADAS

Adherence to lymphedema prevention and control strategies in mastectomized women

Estudio de adhesión a las estrategias de prevención y control del linfedema en mastectomizadas

Marislei Sanches Panobianco<sup>1</sup>

Mariana Vendrami Parra<sup>2</sup>

Ana Maria de Almeida<sup>3</sup>

Maria Antonieta Spinoso Prado<sup>4</sup>

Paola Alexandria Pinto de Magalhães<sup>5</sup>

### RESUMO

Estudo transversal, descritivo e quantitativo, com o objetivo de identificar a adesão às estratégias para prevenção e tratamento de linfedema e relacioná-la à ocorrência do edema do membro superior homolateral à cirurgia, em mulheres mastectomizadas. O estudo foi realizado no Núcleo de Ensino Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA), da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, entre 5 de fevereiro e 29 de junho de 2007. Participaram 65 mulheres, que responderam questionário elaborado de acordo com a literatura pertinente à prevenção e controle do linfedema pós-mastectomia. Os resultados mostraram que as mulheres têm conhecimento sobre as estratégias de prevenção e controle do linfedema pós-cirurgia para o câncer de mama, porém, grande parte delas não têm consciência da necessidade e importância da aplicabilidade de tais estratégias. Conclui-se que são necessários esclarecimentos convincentes dessa necessidade de adesão às estratégias de prevenção e controle, diante da gravidade das complicações devidas ao linfedema.

**Palavras-chave:** Neoplasias Mamárias. Linfedema. Reabilitação. Saúde da Mulher. Prevenção e Controle.

### Abstract

This cross-sectional, descriptive and quantitative study aimed to identify adherence to lymphedema prevention and treatment strategies and relate it with the occurrence of upper limb edema on the same side of the surgery among mastectomized women. The study was carried out in the Teaching, Research and Care Group for the Rehabilitation of Mastectomized Women (REMA), at the University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, between February 5<sup>th</sup> and June 29<sup>th</sup> 2007. Participants were 65 women who answered a questionnaire, elaborated according to literature about post-mastectomy lymphedema prevention and control. The results showed that these women know about post-breast surgery lymphedema prevention and control strategies, although many of them are not aware of the need and importance of applying these strategies. It is concluded that clarifications are needed to convince them about the need to adhere to the prevention and control strategies, in view of the severity of complications due to lymphedema.

**Keywords:** Breast neoplasms. Lymphedema. Rehabilitation. Women's Health. Prevention and control.

### Resumen

Estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, con objetivo de identificar la adhesión a las estrategias para prevención y tratamiento de linfedema y relacionarla a la ocurrencia del edema del miembro superior homolateral a la cirugía, entre mujeres mastectomizadas. El estudio fue realizado en el Núcleo de Enseñanza, Investigación y Atención en la Rehabilitación de Mastectomizadas (REMA), de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto/USP, entre 05 de febrero y 29 de junio de 2007. Participaron 65 mujeres, que respondieron a un cuestionario, elaborado de acuerdo con la literatura pertinente a la prevención y control del linfedema post-mastectomía. Los resultados mostraron que las mujeres tienen conocimiento sobre las estrategias de prevención y control del linfedema post-cirugía para el cáncer de mama. Sin embargo, muchas entre ellas no tienen conciencia de la necesidad e importancia de la aplicabilidad de tales estrategias. Se concluye que son necesarios clarificaciones convincentes de esa necesidad de adhesión a las estrategias de prevención y control, ante la severidad de las complicaciones debidas al linfedema.

**Palabras clave:** Neoplasias de la mama. Linfedema. Rehabilitación. Salud de la Mujer. Prevención e control.

<sup>1</sup>Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Brasil. E-mail: marislei@eerp.usp.br, <sup>2</sup>Aluna do Curso de Bacharelado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Brasil. E-mail: mazinhavp@yahoo.com.br, <sup>3</sup>Enfermeira, Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Brasil. E-mail: amalmeid@eerp.usp.br, <sup>4</sup>Enfermeira, Especialista de Laboratório do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Brasil. E-mail: masprado@eerp.usp.br, <sup>5</sup> Aluna do Curso de Bacharelado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Brasil. E-mail: paolaalexandria@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama causa transtornos físicos, emocionais e sexuais, assim como alterações na autoimagem das pessoas por ele acometidas<sup>1</sup>. No Brasil é a primeira causa de óbitos por câncer, em mulheres, e a segunda de maior incidência (superada apenas pelo câncer de pele, não melanoma), principalmente em mulheres acima de 35 anos. O Instituto Nacional de Câncer – INCA estima, para 2008, a ocorrência de 49.400 novos casos<sup>2</sup>.

Entre as formas mais eficazes para detecção precoce do câncer de mama encontram-se o exame clínico da mama e a mamografia. Esses exames, incluindo também a ultrassonografia como apoio diagnóstico, geralmente fornecem dados suficientes para o estadiamento clínico do tumor e a opção entre os tratamentos<sup>2</sup>.

O tratamento inicial da doença é dividido em primário, que é o cirúrgico, podendo ser complementado com a quimioterapia neoadjuvante, e adjuvante, acrescido de radioterapia, e hormonoterapia. Nas cirurgias, encontramos dois subgrupos principais, a mastectomia parcial e a total. Na mastectomia parcial, utilizada para tumores menores de 3 cm de diâmetro e que não se localizam na área retomamilar, é realizada a remoção do tumor, com margem de 1 cm de diâmetro do tecido mamário normal. A quadrantectomia é um tipo de mastectomia parcial, na qual um quadrante de tecido deve ser removido. Outra modalidade cirúrgica é a mastectomia total, com a retirada de todo tecido mamário do lado afetado, incluindo o mamilo. Ambas as terapias cirúrgicas abrangem, simultaneamente, a linfonodectomia axilar, devido ao grande acometimento dessa extensa rede vascular<sup>3</sup>.

Atualmente, novas técnicas cirúrgicas estão sendo empregadas, assim como tem sido utilizada a biópsia do linfonodo sentinela, que pode prever, em 95% dos casos, o *status* da cadeia linfonodal, possibilitando a indicação seletiva de linfonodectomia, reduzindo o aparecimento de seus efeitos colaterais<sup>4</sup>. Apesar disso, a prevalência de diagnósticos tardios ainda é alta em nosso país, determinando a instituição de tratamentos mais radicais, incluindo a linfonodectomia axilar<sup>2,3</sup>.

O esvaziamento axilar permite um estadiamento cirúrgico do carcinoma e obtém informações determinantes para a sua terapêutica adjuvante, além de ser preditivo para o controle local da doença e aumento da sobrevivência<sup>5</sup>. A linfonodectomia axilar está associada a algumas sequelas e complicações<sup>5</sup>, entre as quais tem destaque o linfedema de braço<sup>3</sup>, que é definido como a tumefação dos tecidos moles pelo acúmulo de líquido intersticial, rico em proteínas, causado por uma deficiência na circulação do fluxo linfático, combinado com uma insuficiente proteólise extralinfática das proteínas plasmáticas, isto é, a ultrapassagem da capacidade máxima do sistema linfático<sup>6</sup>.

O linfedema do membro superior pós-cirurgia por câncer de mama e aderências na parede torácica podem resultar em risco aumentado de complicações pulmonares pós-operatórias,

diminuição da amplitude de movimento do ombro do lado envolvido e deformidade postural do tronco. Acarretam ainda, a diminuição da força muscular, desencadeando tensão muscular, dor e aumento do peso do membro superior acometido. Essas alterações, associadas à cronicidade do processo do linfedema, aumentam ainda o potencial para o desenvolvimento de assimetrias posturais<sup>7</sup>.

A etiologia do linfedema é variável; entretanto, a extensão da dissecação axilar e a terapia radioterápica são os fatores predisponentes mais importantes<sup>8</sup>.

Entre as ações preventivas, os exercícios físicos visam à recuperação da amplitude do movimento e a integridade da cintura escapular, a partir da contração muscular e movimentos como os de adução e abdução do braço, que favorecem a absorção linfática. Com a mesma finalidade, a automassagem acelera a velocidade do transporte da linfa, enquanto os cuidados com a pele ajudam a manter a sua normalidade, auxiliando no aumento da drenagem linfática superficial<sup>8</sup>.

Após a mastectomia, é necessária uma avaliação constante do membro homolateral à cirurgia para detecção precoce do linfedema, objetivando o tratamento adequado. Devem ser avaliadas as alterações ortopédicas; coloração e aspecto da pele; realização da palpação e perimetria (medida da circunferência de ambos os membros superiores), confirmando localização, extensão e características do linfedema<sup>8</sup>.

Quando não tratado, o edema aumenta progressivamente, podendo acarretar diagnósticos de linfedema permanente e resistente ao tratamento, gerado pelo acúmulo de linfa que leva à estagnação de proteínas e consequente fibrose, tornando-se um meio de cultura propício para o desenvolvimento de linfangites e erisipelas, condições estas que agravam ainda mais o sistema linfático, previamente danificado, além de predispor quadros de linfangiossarcoma, tumor raro, porém de alta letalidade<sup>8,9</sup>.

O linfedema pode, ainda, ameaçar a intimidade, a imagem corporal e a relação social, ocasionando depressão, ansiedade e baixa autoestima. Portanto, a prevenção e tratamento precoce são indispensáveis para o controle do volume do membro afetado e aumento das possibilidades de cura, sobrevivência e melhora da qualidade de vida da paciente<sup>10</sup>.

O tratamento do linfedema vai desde o uso de medicamentos e de acessórios compressivos até a abordagem cirúrgica. A linfoterapia é, atualmente, o método principal e mais utilizado, alcançando, em seu conjunto de ações fisioterápicas, resultados positivos para a condição crônica do quadro que requer cuidados constantes<sup>10</sup>.

A linfoterapia, na fase intensiva, visa à mobilização do edema e iniciais regressões das alterações teciduais fibroescleróticas, promovendo um aumento na pressão tecidual e, com isso, dificultando o acúmulo de linfa. Consiste em drenagem linfática manual, enfaixamento compressivo funcional, exercícios, orientações sobre autocuidado e automassagem. Na fase de manutenção, uso de braçadeira elástica, exercícios, automassagem com supervisão, no

início, e cuidado com a pele e o braço, são determinantes para a manutenção dos resultados obtidos<sup>11</sup> e para prevenção de futuras complicações como infecções, que podem vir a agravar o quadro de linfedema.

Levando em conta os prejuízos físicos e emocionais que o linfedema de braço acarreta às mulheres que o apresentam, entendemos que se torna imprescindível envolver esforços com o intuito de prevenir e/ou controlar essa complicação, assim como o fato de as mulheres aderirem às estratégias preventivas e/ou terapêuticas para esse fim.

Nesse sentido, a adesão das mulheres às estratégias de prevenção e tratamento, instituídas pela equipe de saúde, é fator fundamental para alcançar resultados satisfatórios, que nem sempre ocorrem de forma adequada e efetiva.

Investigação científica com 32 mulheres acerca da adesão ao tratamento do linfedema indicou que 50% destas rejeitaram o uso da braçadeira elástica, 45% não fizeram a automassagem e 40% não realizaram exercícios físicos. A falta de tempo, o aquecimento excessivo do membro afetado quando realizavam atividade física e o fato de acreditarem que a realização dos exercícios físicos fora do serviço de reabilitação não tivesse a mesma eficácia foram os motivos citados por não os terem realizado. A rejeição ao uso de braçadeira elástica na fase de manutenção do tratamento do linfedema derivou de incômodos, tais como: calor, escoriações na axila, na região do cotovelo e no polegar, alergia na pele e até inchaço no membro; enquanto as justificativas para a não-realização de automassagem foram a falta de tempo, a incerteza quanto ao procedimento correto e o fato de não acreditarem em resultados positivos com esse procedimento<sup>11</sup>.

Algumas barreiras enfrentadas para adesão da atividade física, na prevenção do linfedema, foram relatadas em estudo realizado em 2004 e dizem respeito à falta de força de vontade, à ausência de percepção da necessidade de melhora de sua condição de saúde, ao desânimo, à fadiga, à falta de disciplina, de tempo e de condicionamento físico<sup>12</sup>.

Com isso, identifica-se que as falhas na adesão aos tratamentos na área da saúde ultrapassam o não-seguimento das orientações terapêuticas, envolvendo a estrutura do sistema de saúde; fatores pessoais, familiares, socioeconômicos e culturais, sendo muitas vezes relacionados à própria doença.

Acreditamos que estudos para identificar a relação entre adesão às estratégias sobre práticas preventivas e terapêuticas, com o aparecimento, aumento ou diminuição do linfedema de braço pós-cirurgia por câncer de mama, poderão auxiliar o paciente e a equipe de saúde no sentido de aprimoramento dessas estratégias e na eficiência de sua aplicação.

O objetivo deste estudo foi identificar a adesão às estratégias para prevenção e tratamento de linfedema e relacionar esse aspecto à ocorrência do edema do membro superior homolateral à cirurgia, em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama, acompanhada do esvaziamento axilar.

## MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo, com abordagem de análise quantitativa, que foi desenvolvido no Núcleo de Ensino Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA), sediado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). O REMA conta com uma equipe multiprofissional e tem como objetivo a assistência integral na reabilitação da mulher com câncer de mama, contemplando a reabilitação física, emocional e psicossocial. Esse atendimento inclui exercícios direcionados à prevenção do linfedema de braço pós-mastectomia, tratamento do linfedema quando não foi possível evitá-lo, além de discussões em grupo, em que são oferecidas informações em relação ao câncer de mama, assim com as possibilidades de tratamento; propiciam-se suporte e apoio no enfrentamento da doença; organizam-se atividades de lazer, entre outros.

**Critérios de inclusão na amostra:** 1) Participar do REMA e ter sido submetida à cirurgia da mama, acompanhada de linfonodectomia axilar.

**Critérios de exclusão da amostra:** 1) incapacidade de responder ao questionário; 2) apresentar doença ativa no momento; 3) metástases diagnosticadas.

### Procedimentos de coleta de dados

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP (protocolo nº 0740/2006), conforme recomenda a lei 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisas com seres humanos, as mulheres que preenchiam os critérios para inclusão na amostra foram convidadas a participar do estudo, nos dias e horários de atendimento do REMA e por telefone, no período de 5 fevereiro a 29 de junho de 2007. Após esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi aplicado pelas pesquisadoras um questionário com 11 perguntas objetivas e descritivas relativas ao controle do linfedema. Foram retirados de seus prontuários os dados pessoais (data de nascimento, escolaridade, ocupação, endereço, estado civil), tipo e a data da cirurgia bem como os valores da última perimetria, em relação ao braço contralateral, antes do dia da entrevista. Para o valor da perimetria, considerou-se a maior diferença encontrada nos pontos de mensuração.

### Análise dos dados

Foi organizado um banco de dados, utilizando o programa Excell da Microsoft, e, após a consolidação dos dados, foi utilizado o programa EpInfo (versão 2000) para análise estatística descritiva.

## RESULTADOS

### Caracterização dos sujeitos do estudo

Das 81 mulheres convidadas, que frequentaram o serviço regularmente durante o período da coleta de dados, 65 concordaram em fazer parte do estudo. Entre as participantes, a maioria (40 mulheres, 60,6%) tinha entre 50 e 69 anos de idade, era casada (46 mulheres, 70,8%), não havia concluído o ensino fundamental (32 mulheres, 49,2%) e exercia atividade doméstica em suas residências (39 mulheres, 60,0%).

No que diz respeito ao tipo de cirurgia, 21 (32,3%) mulheres realizaram quadrantectomia; 21 (32,3%), mastectomia tipo Madden ou Patey; 14 (21,5%), nodulectomia; e 9 (13,8%), mastectomia tipo Hasteld. Em relação ao tempo de cirurgia até o dia da entrevista, 28 (43,0%) mulheres tinham de 5 a 10 anos.

Além da cirurgia, as participantes deste estudo foram submetidas a tratamentos complementares, como a radioterapia, realizada por 48 (73,8%) mulheres. As outras 17 (26,2%) não necessitaram de tal intervenção. Entre as que realizaram radioterapia, 40 (83,4%) fizeram 20 a 40 sessões e apenas 5 (10,4%) fizeram mais de 40 sessões.

Em relação à presença do linfedema de braço, 47 (72,3%) mulheres o apresentavam, sendo que 32 delas (49,2%) apresentavam linfedema de grau leve (perimetria de até 3 cm de diferença em relação ao braço contralateral); 7 (10,8%) apresentavam linfedema de grau moderado (perimetria até 5 cm); e 8 (12,3%) apresentavam linfedema grave (perimetria superior a 5 cm). Quanto ao tempo decorrido desde o aparecimento desta complicação, 15 (26,3%) mulheres apresentavam há menos de 6 meses; 9 (15,8%) mulheres, entre 6 meses a 1 ano; e 33 (57,9%) tinham linfedema há mais de 1 ano.

### Conhecimento sobre o linfedema

Quando questionadas sobre o conhecimento das estratégias de prevenção do linfedema e dos cuidados com o braço homolateral à cirurgia, apenas uma mulher referiu não ter informações a respeito. Dentre as que referiram ter conhecimento, 32 (50,0%) citaram os exercícios físicos e a realização da automassagem como estratégias conhecidas. Além disso, 27 (42,1%) achavam importante evitar peso; 25 (39,0%), evitar calor; e 18 (28,1%), evitar esforços físicos em excesso. Outras estratégias foram citadas em menor número (Tabela 1).

**TABELA 1: Distribuição de mulheres mastectomizadas, segundo grau de linfedema e conhecimento sobre prevenção desse problema. Ribeirão Preto, 2007**

Grau de Linfedema \ Prevenção (*)	Ausente		Leve		Moderado		Grave		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Automassagem	14	43,8	16	50,0	2	6,3	0	0	32	49,2
Drenagem linfática manual	1	50,0	1	50,0	0	0	0	0	2	3,1
Evitar calor	3	12,0	13	52,0	4	16,0	5	20,0	25	38,5
Evitar esforço físico em excesso	6	33,3	8	44,4	1	5,6	3	16,7	18	27,7
Evitar elevar o braço	0	0	0	0	0	0	1	100	1	1,5
Evitar machucar	1	14,3	2	28,6	3	42,9	1	14,3	7	10,8
Evitar movimentos repetitivos	0	0	1	100	0	0	0	0	1	1,5
Evitar peso	3	11,1	16	59,3	5	18,5	3	11,1	27	41,5
Evitar dormir em cima do braço	1	50,0	1	50,0	0	0	0	0	2	3,1
Exercícios	11	34,4	15	46,9	2	6,3	4	12,5	32	49,2
Hidratação	1	100	0	0	0	0	0	0	1	1,5
Hidroginástica	0	0	1	100	0	0	0	0	1	1,5

(\*) Foi relatada mais de uma estratégia de prevenção por sujeito, considerando N=65.

Ao relatarem sobre os cuidados que realizavam com o braço homolateral à cirurgia, 41 (64,0%) mulheres referiram evitar carregar peso; 27 (42,1%), evitar calor; 25 (39,0%), realizar os exercícios físicos; 16 (25,0%), evitar esforço físico em excesso; 15 (23,4%), evitar machucar o braço; 14 (21,8%), fazer a automassagem, além de outros citados na Tabela 2. É importante notar que duas mulheres citam conceitos errôneos quanto às estratégias de prevenção: uma cita que evita elevar o braço, e outra, que evita mexer o braço.

**TABELA 2: Distribuição de mulheres mastectomizadas, segundo grau de linfedema e realização de cuidados com o braço homolateral à cirurgia. Ribeirão Preto, 2007.**

Cuidado (*)	Ausente		Leve		Moderado		Grave		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Automassagem	6	42,9	6	42,9	2	14,3	0	0	14	21,5
Evitar aferir pressão arterial	1	100	0	0	0	0	0	0	1	1,5
Evitar elevar o braço	0	0	0	0	0	0	1	100	1	1,5
Evitar calor	5	18,5	13	48,1	4	14,8	5	18,5	27	41,5
Evitar esforço físico em excesso	4	25,0	8	50,0	2	12,5	2	12,5	16	24,6
Evitar machucar	6	40,0	6	40,0	2	13,3	1	6,7	15	23,1
Evitar mexer o braço	0	0	1	100	0	0	0	0	1	1,5
Evitar movimentos repetitivos	0	0	1	100	0	0	0	0	1	1,5
Evitar peso	11	16,8	19	46,3	6	14,6	5	12,2	41	63,1
Evitar dormir em cima do braço	1	16,7	4	66,7	1	16,7	0	0	6	9,2
Evitar roupas apertadas	0	0	1	100	0	0	0	0	1	1,5
Exercícios	8	32,0	12	48,0	2	8,0	3	12,0	25	38,5
Hidratação	1	100	0	0	0	0	0	0	1	1,5
Hidroginástica	0	0	1	100	0	0	0	0	1	1,5

(\*) Foi relatado mais de um cuidado por sujeito, considerando N=65.

A análise das Tabelas 1 e 2 indicam um maior conhecimento das estratégias de prevenção e adesão aos cuidados com o braço homolateral à mastectomia entre as mulheres que apresentavam linfedema de grau leve e naquelas com ausência de linfedema. Além disso, responderam sobre os motivos de não-realização da automassagem: preguiça, impaciência e esquecimento. Já as justificativas para não-realização dos

exercícios foram a falta de tempo, indisposição, dor nas pernas, cansaço, preguiça e depressão.

Ao final, foi perguntado às mulheres se elas acreditavam que faziam ou haviam feito tudo que era possível para prevenir o linfedema. Do total de participantes, 42 (64,6%) responderam positivamente. Entre as respostas das que consideravam que não estavam se prevenindo adequadamente

ou não se preveniram anteriormente quanto ao linfedema, 13 (56,5%) citaram não evitar machucados ou calor e peso, em excesso, além de não realizarem os exercícios; 9 (39,1%) disseram que não faziam automassagem ou a realizavam de maneira incompleta. Outras referiram, ainda, desconhecimento de alguns cuidados, esquecimento ou falta de tempo para realizá-los; desconhecimento dos cuidados de prevenção do linfedema antes de vir a tê-lo e de participar do REMA; ausência de prevenção antes de ter o linfedema; ausência de uso da braçadeira elástica; e 1 mulher não considerava necessário prevenir, pois não apresentava linfedema.

## DISCUSSÃO

A maioria das mulheres estudadas tinha idade acima de 50 anos, dado compatível com outros estudos que mostram que essa é a faixa etária de maior prevalência da doença<sup>11,12</sup>. Como grande parte delas tinha entre 5 e 10 anos de cirurgia, e as mais realizadas foram as cirurgias radicais modificadas, isso condiz com a literatura que mostra mudanças extremas na abordagem cirúrgica do câncer de mama e a utilização de tratamentos mais conservadores, nos últimos 30 anos<sup>13</sup>. Além disso, observa-se que mesmo aquelas mais conservadoras na maioria das vezes são acompanhadas de linfonodectomia. Este fato é importante porque um dos fatores predisponentes ao linfedema é a interrupção da drenagem linfática, pela danificação do sistema, e associada a isso está a realização da radioterapia como tratamento complementar<sup>8</sup>. Neste estudo, 47 (72,3%) mulheres apresentavam linfedema, sendo que todas elas realizaram cirurgias acompanhadas de linfonodectomia e 48 (73,8%) foram submetidas à radioterapia.

A frequência do linfedema aliada ao fato de o estudo ter sido realizado em um núcleo de reabilitação aponta para a questão de que as mulheres reconhecem as estratégias de prevenção e controle do linfedema. Entretanto, há um hiato entre o conhecimento das estratégias e a adesão a elas. Percebe-se que uma parte das entrevistadas que diz conhecer as estratégias não as utiliza. Isso indica que elas não têm consciência da real importância da prevenção do problema e precisam ser mais bem esclarecidas nesse sentido, inclusive porque duas mulheres citam conceitos errôneos quanto às estratégias de prevenção, ou seja, evitar levantar o braço e evitar mexer o braço.

Em relação a isso, a elevação ativa do membro afetado pelo linfedema influencia no funcionamento da bomba linfática, esvaziando os espaços com acúmulo de líquidos na região axilar, devido à ausência de coletores linfáticos, auxiliando, assim, na redução do edema<sup>8</sup>. O mesmo autor orienta a movimentação ativa do membro homolateral à cirurgia desde o primeiro dia de pós-operatório. Esta deve se iniciar com exercícios posturais simples, para articulação do cotovelo, ampliando para movimentação do ombro até 90 graus; após a retirada do dreno e pontos, em torno do décimo quinto dia de pós-operatório,

amplitude acima de 90 graus dos eixos de movimento, e retorno às atividades diárias.

É importante observar que as demais estratégias conhecidas ou adotadas pelas entrevistadas no cuidado com o membro superior homolateral à cirurgia encontram-se entre aquelas mencionadas na literatura pertinente ao assunto, principalmente em relação à manutenção da integridade da pele. Elas referem que evitam machucados e o esforço físico em excesso; não carregam peso com o braço do lado operado e, além disso, realizam os exercícios físicos e a automassagem.

Assim, estudos recomendam promover e manter a hidratação do braço, e evitar: cortes na retirada de cutículas ou depilação de axila, coletar sangue ou administrar injeções; lesões, queimaduras, escoriações e picadas de inseto, para prevenir a abertura de portas de entrada para microrganismos, facilitando a ocorrência de infecções; aconselha-se também, utilizar desodorante sem álcool, pois o álcool resseca a pele, e evitar desodorantes em creme ou antitranspirantes, que influenciam na atividade ganglionar sudorípara<sup>8,14</sup>.

É recomendado, também, evitar exposição excessiva do braço ao sol e calor, e realizar os banhos, preferencialmente, com água morna ou fria. O calor em excesso facilita a drenagem da linfa, pois promove a vasodilatação que, por outro lado, favorece a produção da linfa, ocasionando uma nova formação de edema; deve-se evitar utilizar roupas ou acessórios apertados, assim como aferir pressão arterial no membro, para não dificultar a passagem da linfa<sup>8,14</sup>.

Entre os fatores que interferem negativamente na manutenção da diminuição do linfedema, alcançada na fase intensiva da linfoterapia, destaca-se a não-realização dos autocuidados com o braço e a pele, dos exercícios, da automassagem e do uso adequado da braçadeira elástica<sup>15,16</sup>. Estudo com 32 mastectomizadas aponta, entre as intercorrências com o braço e/ou mão no período pós-operatório, carregar peso em excesso, queimaduras, lesões e pancadas, além de verificação da pressão arterial, realização de punções e micoses nas unhas do membro superior do lado operado<sup>15</sup>. Muitas dessas observações coincidem com citações das mulheres que participaram deste estudo. Mais uma vez fica claro que elas têm o conhecimento, mas não aderem a todos os cuidados necessários, e a atuação da equipe de saúde que as atende precisa ser reforçada, no sentido de criar caminhos para a adesão à prevenção.

Quanto aos benefícios com a realização da automassagem, cuidado citado pelas mulheres deste estudo, a informação é de que ela estimula a circulação linfática periférica e a diminuição de fibroses e aderências, evitando a concentração proteica; pode ser realizada pela própria paciente, previamente orientada<sup>16</sup>.

Os exercícios também citados por elas como estratégia de prevenção são indicados por aumentarem o bombeamento nas estruturas linfáticas, elevando o fluxo linfático, a partir da contração muscular, e ganho e/ou manutenção da força e amplitude articular

do ombro e braço homolaterais à mastectomia<sup>8</sup>. Observa-se, em diferentes protocolos de reabilitação, a necessidade da realização dos exercícios como medida de prevenção de complicações pós-operatórias, incluindo o volume de secreção drenada, incidência de seroma, deiscência da ferida cirúrgica, retrações e amplitude do ombro e, principalmente a longo prazo, o desenvolvimento do linfedema crônico; não têm influência pela sua forma de aplicação, sequências pré-estabelecidas ou livres, e podem ser realizados precocemente, sem interferências nas complicações cirúrgicas<sup>17</sup>.

O fato de as mulheres com linfedema de grau leve e aquelas com ausência de linfedema terem apresentado um maior conhecimento das estratégias de prevenção e adesão aos cuidados com o braço homolateral à mastectomia pode ser atribuído a uma preocupação maior em adquirir o linfedema ou ocorrer aumento do volume daquele já existente, uma vez que estas têm contato com aquelas com linfedema grave. As mulheres com linfedema, por sua vez, convivem com o problema, preocupam-se menos com a prevenção de complicações, e mais com o tratamento do braço afetado.

Quando as mulheres citam os motivos para a não-realização da automassagem (preguiça, impaciência e esquecimento), demonstram menos preocupação do que deveriam ter em relação à adesão dessas estratégias de prevenção do linfedema, e, portanto, há a necessidade de a equipe de saúde que as atende encontrar novos caminhos para que essa adesão seja efetiva.

Já no caso da não-realização dos exercícios por falta de tempo, indisposição, dor nas pernas, cansaço, preguiça e depressão, outros fatores merecem ser levados em conta. A falta de tempo pode ocorrer pelas atividades que a mulher se vê obrigada a realizar no dia-a-dia, seja em casa ou no trabalho fora do lar. Os outros fatores citados podem estar relacionados à doença, à idade e aos tratamentos, e tudo precisa ser analisado e trabalhado pelos profissionais que cuidam dessas mulheres.

Neste estudo encontramos alguns pontos comuns com outros realizados com mastectomizadas no ano de 2001, em que a realização dos exercícios é percebida por todas as mulheres como bom para sua saúde, e as barreiras para essa prática eram: a falta de vontade, em 96,7% das respostas, seguida de condições emocionais, atividades sociais, falta de tempo, efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia e queixas físicas<sup>12</sup>; e estudo do ano de 2003, quando 40% das mulheres referiram não realizá-los porque não tinham tempo, se esqueciam ou porque achavam que não teriam o mesmo valor do que quando realizados no serviço<sup>11</sup>.

Quanto ao uso da braçadeira, as mulheres deste estudo deixaram de usá-la devido à melhora do edema do braço afetado, preguiça, edema e cianose de extremidades e por esquecimento. Pesquisa de Meirelles (2003) revela que 50% dos sujeitos deixaram de utilizar a braçadeira devido ao excesso de calor, escoriações na axila, na região anterior ao cotovelo e no polegar, alergia na pele e inchaço do membro.

Quando as mulheres deste estudo justificam a não-utilização da braçadeira devido à melhora do edema do braço, demonstram

que desconhecem a importância do uso regular da braçadeira elástica na manutenção dos resultados do tratamento do linfedema. Casley-Smith (1998) afirma, em seu estudo, que a adesão das mulheres, a longo prazo, ao uso da braçadeira elástica e realização dos exercícios levaram a um aumento de redução do edema do membro de 63% para 79% nos 3 anos estudados. Outro estudo com 239 pacientes também mostra a redução de 38% a 56% do linfedema no prazo de 38 a 52 dias, tendo relação benéfica com a realização da automassagem, exercícios, autoenfaixamento e o uso contínuo de vestimentas de compressão<sup>18</sup>.

Algumas participantes citaram, ainda, que desconheciam cuidados de prevenção ou que não os utilizavam antes de virem a ter o linfedema. Isso demonstra que é necessário enfatizar os cuidados preventivos quanto ao linfedema desde o momento em que a mulher é internada para a cirurgia ou quando realiza tratamentos neoadjuvantes.

## CONCLUSÕES

Observamos que o número de mulheres estudadas que diz conhecer as estratégias de prevenção e controle do linfedema é maior do que o das que adotam tais estratégias. Cuidados relevantes, como evitar aferir pressão arterial no braço homolateral à cirurgia; elevar o braço quando em repouso; manter a hidratação da pele; drenagem linfática manual, principalmente para as mulheres que têm linfedema, e evitar vestimentas apertadas são respostas citadas por poucas mulheres. Também encontramos informações equivocadas, como evitar elevar e mexer o braço, sendo consideradas como benéficas.

Esses dados evidenciam que algumas mulheres não têm conhecimento ou conscientização suficientes do perigo de adquirir o linfedema ou de não tratá-lo. Mesmo entre aquelas que já apresentam o problema, e sofrem as consequências por isso, muitas não têm aderido às estratégias de controle do linfedema.

É necessário que os profissionais que trabalham com mulheres com câncer de mama estejam atentos em enfatizar os cuidados preventivos quanto ao linfedema, e isso deve ser feito desde o momento em que a mulher é internada para a cirurgia ou quando realiza tratamentos neoadjuvantes, como quimioterapia e radioterapia, para evitar problemas futuros.

Na assistência a mulheres mastectomizadas, é necessária a utilização de novos recursos de orientações, visando à reflexão das mulheres a respeito das consequências acarretadas pelo câncer de mama, mais especificamente o linfedema, possibilitando a elas a conscientização da necessidade da utilização de estratégias de prevenção e controle do problema, assim como um esforço maior, por parte delas próprias, para o autocuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Souto MD, Souza IEO. Sexualidade da mulher após mastectomia. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2004 dez; 8(3): 402-10.
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Estimativas de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro(RJ): INCA; 2008.
3. Smee WO. Câncer de mama. In: Spence RAI, Johnston PG. *Oncologia*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2001. p.295-315.
4. Araújo HR, Costa LOBF, Costa HLFF et al. Linfonodo sentinela: novos rumos no tratamento do câncer de mama. *Rev Bras Mastol* 2004 abr/jun; 14(2): 61-6.
5. Temple LKF, Baron R, Cody HS et al. Sensory morbidity after sentinel lymph node biopsy and axillary dissection: a prospective study of 233 women. *Ann Surg Oncol* 2002; 9(7): 654-62.
6. Foldi E, Foldi M. *Lymphoedema: methods of treatment and control*. Victória( AUS): Lymphoedema Association of Austrália; 1993.
7. Baraúna MA, Canto RST, Schulz E et al. Avaliação da amplitude de movimento do ombro em mulheres mastectomizadas pela biofotogrametria computadorizada. *Rev Bras Cancerol* 2004; 50(1): 27-31.
8. Camargo MC, Marx AG. *Reabilitação física no câncer de mama*. São Paulo (SP): Roca; 2000.
9. Clark B, Sitzia J, Harlow W. Incidence and risk of arm oedema following treatment for breast cancer: a three- year follow-up study. *QJM: Int J Med* 2005; 98(5): 343-48.
10. Bergmann A, Mattos IE, Koifman J. Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. *Rev Bras Cancerol* 2004; 50(4): 311-20.
11. Meirelles MCCC. Efetividade de técnicas fisioterápicas no tratamento do linfedema pós-cirurgia por câncer de mama em mulheres [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.
12. Prado MAS, Mamede MV, Almeida AM, Clapis MJ. A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. *Rev Latino-am de Enfemagem* 2004; 12 (3): 494-502.
13. Tiezzi DG. Cirurgia conservadora no câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007; 29(8): 428-34.
14. Meirelles MCCC, Mamede MV, Souza L, Panobianco MS. Avaliação de técnicas fisioterapêuticas no tratamento do linfedema pós-cirurgia de mama em mulheres. *Rev Bras Fisioter* 2006 out/dez; 13(4): 393-9.
15. Souza VP, Panobianco MS, Almeida AM, Prado MAS, Santos MSM. Fatores predisponentes ao linfedema de braço referidos por mulheres mastectomizadas. *Rev Enferm UERJ* 2007 jan/mar; 15(1): 87-93.
16. Brennan MJ, Miller LT. Overview of treatment options and review of the current role and use of compression garments, intermittent pumps, and exercise in the management of lymphedema. *Cancer* 1998; 12(1): 2821-7.
17. Rezende LF, Beletti PO, Franco RL, Morais SS, Gurgel MSC. Exercícios livres versus direcionados nas complicações pós-operatórias de câncer de mama. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(1): 37-42.
18. Szuba A, Cooke JP, Yousuf S, Rockson SG. Descongestive lymphatic therapy for patient with cancer-related or primary lymphedema. *Am J Med*. 2000; 109(4): 296-30.