

VISITA DOMICILIAR A MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: UMA ESTRATÉGIA A SER RESGATADA¹

Mariana Vendramini Parra*
Marislei Sanches Panobiano**
Maria Antonieta Spinoso Prado***
Ana Maria de Almeida****
Ana Helena Junqueira Franco*****
Letícia Meda Vendrusculo*****

RESUMO

Estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com análise quantitativa, objetivou analisar registros dos roteiros de visitas a mulheres mastectomizadas realizadas em seus domicílios. O local estudado foi um serviço de reabilitação de mastectomizadas no Interior de São Paulo. Entre 16 de junho e 08 de agosto de 2008 foram pesquisados 821 prontuários e observadas 454 visitas domiciliares realizadas no período de 1992 a 2007. Para coleta dos dados foi utilizado um instrumento previamente elaborado de acordo com o roteiro das visitas domiciliares, e após a consolidação dos dados foi realizada análise descritiva. A maioria dos roteiros assinalava alterações relacionadas ao câncer de mama. Os motivos do não comparecimento ao serviço foram principalmente a ocupação e a dificuldade de ir até o local. Além disso, a maioria das anotações citava a presença de rede de apoio e a ausência de dificuldade de relacionamento. As visitas domiciliares mostraram-se de extrema importância enquanto estratégia de aumentar a adesão ao tratamento do linfedema e autocuidado, assim como no oferecimento de cuidados paliativos ao paciente e sua família, de acordo com suas necessidades e limitações.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama. Visita Domiciliar. Reabilitação. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a neoplasia maligna mamária é a primeira causa de mortalidade e a segunda de maior incidência entre as mulheres, estimando-se em cerca de 49 mil os novos casos para os anos de 2010 e 2011⁽¹⁾.

Em relação ao câncer de mama na população brasileira, observam-se diagnósticos tardios, em estágios avançados da doença, além da ocorrência crescente em mulheres abaixo dos 35 anos, o que nos remete a tratamentos mais agressivos e aumento de recidivas e metástases. As metástases, múltiplas ou únicas, podem aparecer em diversos graus de estadiamento da doença e mesmo antes do diagnóstico da lesão

primária⁽²⁾.

Assim, muitas vezes é necessária a realização de cirurgias radicais, com retirada total da mama, linfonodectomia axilar e utilização de tratamentos complementares como a quimioterapia e radioterapia, o que expõe as mulheres com câncer de mama a complicações futuras, destacando-se o linfedema do braço homolateral à cirurgia.

Além dos aspectos físicos que envolvem o câncer, em especial o câncer de mama, cabe destacar que o diagnóstico desta doença pode ser impactante e desnorteante para o ser humano, abalando sua vida e a das pessoas com as quais ele convive⁽³⁾.

Essas características evidenciam que o câncer

¹Projeto subsidiado pela Pró-reitoria da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP sob a forma de bolsa de Iniciação Científica, no ano de 2008.

*Enfermeira. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade da Alta Paulista. E-mail: mazinhavp@yahoo.com.br

**Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: marislei@eerp.usp.br

***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. E-mail: masprado@eerp.usp.br

****Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: amalmeid@eerp.usp.br

*****Psicóloga. Mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: lancachelena@usp.br

*****Terapeuta Ocupacional. Mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: leticiamvto@usp.br

de mama não se restringe ao tratamento hospitalar, sendo de grande importância serviços de acompanhamento que ajudem essas mulheres. Mudanças no modelo de assistência iniciadas na década de 60 estão crescendo e conquistando espaço, ante a necessidade de melhor qualidade da assistência hospitalar e, principalmente, da assistência pós-hospitalar. Os serviços de saúde precisam voltar-se para o paciente, cujo cuidado deve ser individualizado e abranger todos os seus aspectos biopsicossociais⁽⁴⁾. Devem também contar com uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de proporcionar, além dos tratamentos, educação no cuidado, garantia de adesão ao tratamento, reabilitação e permanência do vínculo entre o paciente e o serviço de saúde.

Neste sentido, o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA), da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo, constituído por uma equipe multiprofissional, entende que a luta das mulheres acometidas pelo câncer de mama continua após o diagnóstico e o tratamento, guiando-se no desafio de sobreviver e ter qualidade de vida. O REMA considera que o tratamento do câncer de mama não se limita aos aspectos biológicos da doença, pois abrange todo o processo do adoecimento e sua relação com o cotidiano da família, que convive com a incerteza da cura da doença e com possíveis conflitos futuros. No tratamento ainda deve ser levado em conta o contexto sócio-cultural em que a mulher vive⁽⁵⁾.

Assim procedendo estaremos nos aproximando da característica da assistência domiciliar, a qual abrange ações de saúde tanto em nível de ensino e pesquisa como - e especialmente - de cuidado. Essa estratégia é apontada como fundamental para a assistência multiprofissional, por atender o indivíduo em sua integralidade⁽⁶⁾.

No Brasil o modelo de atenção domiciliar à saúde é recente, mas se encontra em processo de ascensão, em consequência das diversas alterações ocorridas na sociedade, tendo como objetivo promover mudanças sociais e melhorias no sistema de saúde. Esse modelo comporta diferentes modalidades complementares divididas pelas diferentes perspectivas e atividades, que são a atenção, o atendimento, a

internação e a visita domiciliar⁽⁷⁾.

Como parte integrante e essencial da assistência domiciliar, as visitas são destinadas à recuperação e/ou reabilitação dos usuários e são realizadas por um profissional e/ou equipe de saúde mediante o atendimento residencial, para avaliar suas necessidades relacionando-as com seus familiares e o ambiente onde residem⁽⁸⁾.

A visita domiciliar do REMA tem sido realizada para usuárias faltosas no serviço ou para aquelas em fase avançada da doença, as quais devem estar devidamente cadastradas, com os objetivos de manter o vínculo entre a usuária e o serviço, conhecer o estado de saúde das mulheres, acompanhar a evolução da doença e oferecer apoio a essas mulheres e suas famílias⁽⁵⁾. Durante a visita é utilizado um roteiro de avaliação de saúde dessas mulheres, contendo aspectos físicos e emocionais, além de se investigar o motivo do afastamento do serviço.

A finalidade do presente estudo foi conhecer a dinâmica das visitas domiciliares realizadas pelo REMA, pois estas informações nos trarão subsídios para melhor assistir as mulheres, principalmente aquelas com complicações do tratamento.

O objetivo geral foi analisar as anotações dos registros de visitas domiciliares realizadas pelo REMA, e o específico foi identificar as condições de saúde da mulher mastectomizada visitada e a rede de apoio nos relacionamentos familiares e sociais.

METODOLOGIA

O estudo é transversal, descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa, realizado no período de 16 de junho a 08 de agosto de 2008, onde foram pesquisados todos os 821 prontuários das usuárias cadastradas no Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas no período de 1989 a 2007, e selecionados aqueles que continham roteiros de visita domiciliar devidamente preenchidos. Alguns prontuários continham mais de um roteiro, ou seja, foi realizada mais de uma visita para a mesma mulher.

Da amostra deste estudo constaram 454 roteiros de visitas domiciliares realizadas, cujos dados foram coletados mediante um instrumento

previamente elaborado de acordo com as avaliações obtidas durante as visitas domiciliares descritas nos roteiros de visita.

Após a coleta, os dados foram organizados com a utilização do programa EpiInfo (versão 2005), e após sua consolidação foi realizada a análise estatística descritiva.

Foi feita uma análise individual e cuidadosa das anotações de cada roteiro, abordando os seguintes dados: informações sobre o estado geral da mulher visitada; os motivos do não comparecimento ao REMA; complicações relacionadas ao câncer de mama; a existência de rede de apoio; e dificuldades nos relacionamentos familiares e sociais.

Foram respeitados todos os aspectos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas para a realização de pesquisas que envolvam seres humanos. A realização deste estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (protocolo 0928/2008), com dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos 454 roteiros adequadamente preenchidos, as visitas variaram entre o mínimo de uma e o máximo de onze por paciente. Essas visitas foram realizadas de 1992 (ano em que o serviço iniciou essa atividade) a 2007, com o mínimo de nove e máximo de quarenta e cinco por ano.

Em relação ao estado geral de saúde das mulheres visitadas, 409 (90,1%) roteiros continham descrição de algum tipo de sinal e sintoma. Desses, 363 (80,0%) roteiros relatavam queixas e avaliações anotadas pelo profissional atuante na visita, relacionadas ao câncer de mama, e 216 (47,6%) roteiros citavam outros problemas de saúde. Quarenta e cinco (9,9%) não assinalavam nenhuma queixa ou alteração no estado geral de saúde da usuária.

Dos roteiros que citavam sinais e sintomas relacionados ao câncer de mama, 287 (79,1%) se referiam à presença de linfedema, 80 (22,0%) a metástase, principalmente a óssea, 77 (21,2%) às sequelas físicas da cirurgia; 21 (5,8%) à mastectomia, principalmente aderência no local cirúrgico; 19 (5,2%) ao tratamento adjuvante,

sobretudo náuseas, vômitos e alopecia, devido à quimioterapia e às queimaduras e descamações cutâneas provocadas pela radioterapia, e 32 (8,9%) outros sintomas, como depressão, desânimo e problemas com autoimagem, nódulos em investigação, erisipela e reconstrução mamária.

O câncer de mama traz muitas consequências físicas e acarreta grandes danos emocionais e psicossociais, seja no diagnóstico, seja no decorrer do tratamento e até mesmo depois dele. O linfedema de braço continua sendo a principal seqüela da mastectomia, em consequência do esvaziamento axilar; por isso na reabilitação de mastectomizadas é preciso aumentar o enfoque na assistência, por apresentar minimização da frequência e evolução das ocorrências e suas consequências serem diretas⁽⁹⁾. No Brasil, pelo fato de o diagnóstico ainda ser feito tardiamente, essa neoplasia se manifesta com mais frequência. Os resultados deste estudo refletem essa realidade, uma vez que a presença de linfedema é descrita, na maioria dos roteiros de visita, como o principal sinal e sintoma relacionado ao câncer de mama.

No tocante às sequelas físicas referidas em grande parte dos roteiros utilizados nas visitas domiciliares, a dor, a queimação, o ardor, o aumento do peso do braço, a diminuição da força muscular e a limitação da amplitude do movimento do braço homolateral à cirurgia podem também ser consequências da presença de linfedema. Assim como o linfedema, a aderência na parede torácica, decorrente do ato cirúrgico, também citada nos roteiros, pode contribuir para a presença dessas sequelas físicas⁽¹⁰⁾.

As estratégias de prevenção e controle do linfedema são essenciais para minimizar as complicações desse quadro. Neste sentido, as visitas domiciliares realizadas pelo serviço de reabilitação de mastectomizadas mostram-se de extrema importância, seja para reintroduzir essas mulheres no serviço seja para aumentar a adesão ao tratamento e ao autocuidado⁽¹¹⁾.

É importante ressaltar que a presença de metástase, principalmente a óssea, aparece em segundo lugar entre os sinais e sintomas relacionados ao câncer de mama, e a terminalidade é um dos motivos mais descritos para o não comparecimento ao serviço. O

primeiro dado condiz com a literatura, que aponta o esqueleto como uma das principais sedes de metástases no tumor de mama⁽²⁾. Ainda, esse resultado apresentado pode estar relacionado à presença de diagnósticos em estádios avançados da doença, devido à variação de fatores de risco e às características genéticas que estão envolvidas na etiologia, e também à deficiência no rastreamento do câncer de mama e à falta de mamógrafos e de busca ativa de usuárias na atenção básica⁽¹⁾.

A mulher com câncer de mama metastático e/ou em fase terminal da doença necessita, além de tratamento adequado, de conforto físico, mental e espiritual e de apoio emocional da equipe de saúde, dos familiares e das pessoas mais próximas. A visita domiciliar de profissionais de um serviço de reabilitação que ela já tenha frequentado pode ser uma das estratégias para proporcionar-lhe esse apoio.

Um estudo com enfermeiros aponta as visitas domiciliares como um aspecto marcante para a construção de uma rede de proteção à família e ao paciente terminal, por tornarem o processo de morte e morrer mais ameno através da percepção da realidade de vida dessas pessoas, permeando outras formas de cuidar e de prestar assistência à saúde⁽¹²⁾.

Outros sinais e sintomas relatados estavam relacionados à terapêutica quimioterápica, que, devido aos agentes antineoplásicos, apresenta como consequência diversos tipos de toxicidade, especialmente a toxicidade gastrointestinal, mais comumente manifestada por náuseas e vômitos, e as lesões de células com velocidades de crescimento rápidas, sendo uma dessas o folículo piloso, causando principalmente a alopecia⁽¹³⁾. Essas consequências foram também as mais encontradas neste estudo como motivos referidos nos roteiros de visita para o não comparecimento ao REMA.

Do mesmo modo, foram observadas, no presente estudo, queixas de queimações e descamações cutâneas nos locais irradiados. Este fato é uma das consequências da radioterapia, a qual afeta principalmente os tecidos que proliferam com maior rapidez, como os da pele⁽¹⁴⁾.

As orientações quanto ao autocuidado e às estratégias de minimização dos efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia podem ser

fornecidas durante as visitas domiciliares, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das mulheres nesta fase do tratamento.

O déficit linfático e venoso causado pela cirurgia e pela radioterapia e a imunossupressão causada pela quimioterapia podem predispor ao aparecimento de erisipela na pele do tórax e nos membros superiores. Mesmo sendo pouco citada nos roteiros, essa complicação do tratamento do câncer de mama requer extrema atenção nos métodos de prevenção e tratamento, pois pode colocar em risco a viabilidade do membro e até mesmo ameaçar a vida da paciente⁽¹⁴⁾.

Os sinais e sintomas provocados por outros problemas de saúde foram assinalados em 216 roteiros, sendo que 70(32,4%) deles constavam a dor em alguma parte do corpo; 49(22,7%) mencionavam problemas musculoesqueléticos, sobretudo artrite, artrose e osteoporose; 44(20,4%) apresentavam problemas cardiovasculares, principalmente hipertensão arterial; 34(15,7%) mencionavam problemas psicológicos e psiquiátricos, em especial a depressão; 27(12,5%) citavam problemas dermatológicos, sobretudo lesões acidentais; 23(10,6%) mencionavam problemas endócrinos (diabetes *mellitus*); 23(10,6%), problemas sensoriais (visuais, auditivos e verbais), e 39(18,1%) apontavam outros problemas (neurológicos, respiratórios, gastrointestinais, renais, de infecção e virose, hepáticos e ginecológicos).

Em relação aos outros problemas de saúde citados nos roteiros, a dor pode apresentar diferentes etiologias e efeitos lesivos, entre eles a dor crônica, que é uma condição debilitante e pode acarretar sintomas que repercutem diretamente na qualidade de vida, como depressão, insônia, redução da funcionalidade física e dificuldade para caminhar e ter relações sexuais⁽¹⁵⁾.

Entre as sequelas emocionais relacionadas ao câncer de mama, a depressão foi a mais citada nos roteiros, inclusive no item denominado de "outros problemas de saúde". O diagnóstico do câncer de mama traz consigo o medo e o desespero pelo fato de o câncer ainda estar relacionado ao tabu de letalidade; à possibilidade de perda da mama, afetando a feminilidade da mulher e sua autoimagem, e possível recorrência do câncer, acarretando sentimentos de

depressão⁽¹⁶⁾.

Em todos esses aspectos físicos ou emocionais a visita domiciliar é uma estratégia inovadora, capaz de contribuir, através da atuação de uma equipe multidisciplinar, na prevenção, tratamento e qualidade de vida de mastectomizadas, por ampliar o olhar da usuária e incluí-la no ambiente em que ela vive e na sua comunidade. Pode-se observar, de acordo com os resultados apresentados, a realização dessas ações pelo serviço de reabilitação em que o estudo foi realizado.

Quanto às outras doenças abordadas no atual estudo, observa-se a presença relevante de artrite, artrose, osteoporose, hipertensão arterial e diabetes mellitus, doenças que estão entre as quatro mais frequentes nas áreas urbanas de metrópoles de sete países⁽¹⁷⁾.

Os problemas dermatológicos mais citados nos roteiros de visita domiciliar são as lesões acidentais, muitas vezes causadas por cortes, queimaduras, hematomas e escoriações decorrentes de quedas e picadas de insetos. Esse fato pode contribuir para o aparecimento do linfedema, pelo fato de abrir uma porta de entrada para microorganismo, facilitando a ocorrência de infecções⁽¹⁷⁾.

No que diz respeito ao motivo do não comparecimento ao serviço de reabilitação, em parte dos 454 roteiros analisados foi referido mais de um motivo. Em 101(22,2%) deles foi citada a ocupação, principalmente dentro de casa; 87(19,2%) mencionaram dificuldade de ir até o serviço, incluindo transporte e distância; 81(17,8%) referiram outros problemas de saúde; 59(13,0%) mencionaram falta de disposição e vontade; 45(9,9%) citaram como causa a terminalidade; 43(9,5%) mencionaram falta de tempo; 31(6,8%) citaram dificuldade de enfrentamento do câncer; 29(6,4%) afirmaram que o paciente estava bem e não precisava do serviço; 15(3,3%) referiram problemas de saúde familiar; 13(2,9%) mencionaram tratamento adjuvante (quimioterapia e radioterapia); 43(9,5%) citaram outros motivos. Nesse último foram mencionados, respectivamente: debilidade física; outras atividades no horário de funcionamento do serviço ou o fato de já realizar outros tipos de atividade física; dificuldade de interação com o grupo; falta de companhia para ir ao serviço; considerar que o grupo não

contribui em nada; medo de sair de casa; viagem; dificuldade financeira; frio; vergonha por ter faltado em um retorno; não haver massagem no serviço para todas as usuárias, e o marido não achar necessário ir ao serviço.

Nesse sentido, o não comparecimento ao serviço reforça ainda mais as necessidades do contato do profissional por meio das visitas domiciliares, por essas apresentarem um caráter pontual de investigação do contexto familiar e observação da realidade do paciente em seu domicílio, seja no tocante à estrutura física e material seja no que tange às relações pessoais intrafamiliares⁽⁷⁾.

As mulheres, mesmo doentes, continuam diretamente inseridas nas atividades do lar e nas relações familiares, e são as responsáveis pelo cuidado e pela manutenção do elo entre os componentes da família, o que justifica a ocupação, que gera a falta de tempo, e os problemas familiares citados como motivos para o não comparecimento ao serviço. Além disso, a dificuldade de transporte, a distância, outros problemas de saúde, a terminalidade, a dificuldade de enfrentamento do câncer e os tratamentos adjuvantes contribuem para sua falta de disposição e vontade de frequentar o serviço de saúde.

Na visão dos usuários de serviços de saúde que utilizam na composição de sua atenção as visitas domiciliares de equipes de saúde, estas foram apontadas como garantia de direitos relacionados à saúde e facilitadoras do acesso aos serviços de saúde, diagnósticos e tratamento⁽¹⁸⁾. Essas visitas podem ser utilizadas como estratégia para reinserir as usuárias no serviço de reabilitação, através do conhecimento da realidade de sua vida atual e de sua família, ajustar suas tarefas aos outros membros da família e assisti-las no processo de enfrentamento do diagnóstico, tratamento e prognóstico do câncer.

Ao se verificar o acompanhamento e rastreamento do câncer de mama, constatou-se que 400(88,1%) roteiros apresentavam mulheres com retornos médicos regulares, 38(8,4%) que não registravam retorno e 16(3,6%) que não continham informações.

Observa-se ainda, neste estudo, que a maioria das mulheres realizava acompanhamento e rastreamento do câncer de mama através de

retornos à rede básica de saúde, seguindo, assim, as recomendações do Ministério da Saúde brasileiro no sentido de que mulheres de 50 a 69 anos de idade realizem pelo menos um exame de mamografia a cada dois anos e um exame clínico anual das mamas. Esta estratégia é tida como o principal meio de rastrear a população. Para mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para o câncer de mama, recomenda-se fazer o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos de idade⁽¹⁾.

Quanto à rede de apoio familiar e social, 377(83,0%) roteiros referiam que essas mulheres visitadas possuíam algum tipo de apoio, e 21(4,6%) registravam que elas não tinham nenhum tipo de apoio e 56(12,3%) não continham informação.

Na análise das dificuldades nos relacionamentos (familiares, sociais, sexuais), 336 (74,0%) roteiros não apontavam nenhuma dificuldade; 74(16,3%) roteiros continham assinalado algum tipo de dificuldade e 44(9,7%) não continham informação. Dentre as dificuldades observadas, 54(73,0%) roteiros indicavam dificuldade de relacionamento familiar, 23(31,1%) mencionavam dificuldade de relacionamento social e 02(2,7%) referiam dificuldade de relacionamento sexual.

Por fim, a maioria dos roteiros continha dados indicativos de que as mulheres visitadas tinham rede de apoio e não apresentavam dificuldades em seus relacionamentos. Um estudo mostra que a integridade do relacionamento familiar é essencial para a recuperação física, emocional e social da pessoa que está vivenciando uma situação de agravo à saúde⁽¹⁹⁾; entretanto, entre os roteiros que citavam algum tipo de dificuldade de relacionamento, a maioria estava relacionada à família, informação que condiz com a literatura, segundo a qual os problemas no contexto familiar parecem surgir ou se intensificar a partir do aparecimento do câncer⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos roteiros pesquisados assinalava alguma queixa ou alteração no estado geral de saúde das usuárias. Em sua maior parte essas queixas se referiam ao câncer de mama, e as

restantes se associavam a outras patologias. Destacou-se a presença do linfedema do membro superior homolateral à mastectomia, seguido pelas metástases, principalmente as ósseas e pelas sequelas físicas da cirurgia. Houve ainda outras queixas relacionadas ao linfedema, como aderência no local cirúrgico, dor, queimação, ardor, aumento do peso do braço, diminuição da força muscular e limitação da amplitude do movimento do braço do lado operado. Também foram relatados efeitos adversos da quimioterapia e radioterapia, além das sequelas emocionais e psicossociais acarretadas pelo câncer.

Os principais motivos do não comparecimento ao serviço de reabilitação foram: a ocupação e a falta de tempo; a dificuldade de transporte e a distância da residência até o REMA; a terminalidade; a dificuldade de enfrentamento do câncer, que seria muito presente, estando entre mulheres com câncer de mama; os efeitos dos tratamentos complementares à cirurgia, além de problemas de saúde de familiares.

Apesar da dificuldade referida pelas mulheres para frequentar o núcleo de reabilitação - como a ocupação e a falta de tempo, a dificuldade de ir até o serviço, a terminalidade, a dificuldade de enfrentamento do câncer, os efeitos dos tratamentos complementares à cirurgia, além de problemas de saúde de familiares - os roteiros acusavam que a maioria delas afirmava realizar regularmente o acompanhamento e rastreamento do câncer de mama e receber satisfatório suporte familiar e social.

Muitos dos problemas citados pelas mulheres nos roteiros de visita domiciliar justificam sua ausência, porém outros poderiam ser minimizados com a frequência regular no REMA, pois assim elas receberiam informação adequada e seriam estimuladas a utilizar estratégias de prevenção e controle, por exemplo, do linfedema e da limitação de amplitude do braço, da dor e de outras complicações devidas à cirurgia. Além disso, o serviço oferece também reabilitação psicossocial, o que poderia ajudá-las a enfrentar melhor as sequelas provocadas pela doença e seus tratamentos, assim como a sua terminalidade.

Neste sentido, as visitas domiciliares, além

do compromisso de manter o vínculo das mulheres com o serviço de reabilitação e de oferecer apoio nas questões que envolvem a saúde dessas mulheres e de suas famílias, devem também estimular a reintrodução no serviço daquelas que ainda têm essa possibilidade, para

que, apoiadas pelo cuidado de uma equipe multidisciplinar, possam aumentar a adesão ao tratamento e ao autocuidado. Dessa maneira elas podem conciliar as necessidades de saúde dessas mulheres com suas limitações de vida.

HOME VISIT TO WOMEN WITH BREAST CANCER: A STRATEGY TO BE BACKED

ABSTRACT

This cross-sectional, retrospective, descriptive and quantitative study analysis aimed to analyze the annotations of home visits done to mastectomized women. The venue of the study was a rehabilitation service for mastectomized women in the interior of the state of São Paulo. Between June 16th and August 08th 2008, 821 patient files were searched, and data of 454 home visits carried out between 1992 and 2007 were observed. A previously developed instrument, according to home visits' scripts, was used for data collection. Descriptive analysis was carried out after consolidation of data. Most visit information reported alterations related to breast cancer. The reasons for not going to the service were mainly business and the difficulty to go to the service. Moreover, most annotations mentioned the presence of support network and absence of relationship difficulty. Home visits were shown to be extremely important, as a strategy to increase the adherence to lymphedema treatment and self-care. They also offer palliative care to patients and families, according to their needs and limitations.

Key words: Breast Neoplasms. Home Visit. Rehabilitation. Nursing.

VISITA DOMICILIARIA A MUJERES CON CÁNCER DE MAMA: UNA ESTRATEGIA A SER RESCATADA

RESUMEN

Este estudio transversal, descriptivo y cuantitativo con análisis retrospectivo tuvo como objetivo analizar registros de los guiones de visitas domiciliarias realizadas a las mujeres mastectomizadas. El local del estudio fue un servicio de rehabilitación de mastectomizadas en una ciudad del interior del estado de São Paulo. Entre el 16 de junio y el 08 de agosto de 2008, fueron investigados 821 registros médicos, en los cuales fueron observadas 454 visitas domiciliarias realizadas entre 1992 y 2007. Para la recogida de los datos fue utilizado un instrumento previamente elaborado de acuerdo con el guión de las visitas domiciliarias. Después de la consolidación de los datos fue realizado el análisis descriptivo. La mayoría de los guiones señalaba alteraciones relacionadas al cáncer de mama. Los motivos de la no comparecencia al servicio fueron principalmente la ocupación y la dificultad de ir hasta el servicio. Además, la mayoría de los apuntes citaba la presencia de red de apoyo y ausencia de dificultad de relaciones. Las visitas domiciliarias se mostraron de extrema importancia, como estrategia de aumentar la adhesión al tratamiento del linfedema y autocuidado, así como en el ofrecimiento de cuidados paliativos al paciente y su familia, de acuerdo con sus necesidades y limitaciones.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama. Visita Domiciliaria. Rehabilitación. Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas de Câncer no Brasil. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2009. [citado em 2010 jun 16]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/>
2. Kokurian M, Garcia RJ, Ishihara H, Ponte FM, Viola DCM. Tratamento de metástases do tumor de mama na coluna vertebral. *Rev Bras Ortop.* 2006; 41(4): 116-21.
3. Feijó AM, Schwartz E, Jardim VMR, Linck CL, Zillmer JGV, Lange C. O papel da família sob a ótica da mulher acometida por câncer de mama. *Cienc Cuid Saude.* 2009; 8 (Suplem): 79-84.
4. Teixeira CF. Modelo de atenção para qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde. In: Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. *Promoção e vigilância da saúde.* Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2002. p. 79-99.
5. Almeida AM. A reabilitação de mulheres com câncer de mama: uma análise descritiva do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas. [Tese Livre docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
6. Lopes WO, Saube R, Massaroli, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Cienc Cuid Saude.* 2008 abr-jun; 7(2): 241-7.
7. Lacerda MR, Ciacomozzi CM, Olinishi SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saude Soc.* 2006 maio-ago; 15(2): 88-95.
8. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2004; 12(5): 721-6.
9. Veiros I, Nunes R, Martins F. Complicações da mastectomia: linfedema do membro superior. *Acta Med*

- Port. 2007; 20: 335-40.
10. Baraúna MA, Canto RST, Schulz E, Silva RAV, Silva CDC, Veras MTS, et al. Avaliação da amplitude de movimento do ombro em mulheres mastectomizadas pela biofotogrametria computadorizada. *Rev Bras Cancerol.* 2004; 50(1): 27-31.
11. Gupta N, Silva ACS, Passos LN. The role of integrated home-based care in patient adherence to antiretroviral therapy. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2005; 38(2): 241-5.
12. Valente SH, Teixeira MB. Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliar do enfermeiro à família no processo de terminalidade. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(3): 655-61.
13. Marziona F, Varella AD, Scaleira N, Antunes RCP, Mendes GN, Gebrim LH, Barros ACSD, Sampaio M. Quimioterapia neoadjuvante com o esquema TAc em câncer de mama localmente avançado. Apresentação e discussão de nove casos. *Rev Bras Mastol.* 2009 ab-jun; 19(2): 63-8.
14. Oliveira JG, Junior RF, Paulinelli RR, Esperidião MD. Erisipela pós-mastectomia. *Femina.* 2004 jul; 32(6): 481-6.
15. Ferreira KA, Kimura M, Teixeira MJ, Mendoza TR, Nobrega JC da, Graziani SR et al. Impact of cancer-related symptom synergisms on health-related quality of life and performance status. *J Pain Symptom Manage.* 2008; 35(6): 604-16.
16. Pinho LS, Campos ACS, Fernandes AFC, Lobo SA. Câncer de mama: da descoberta a recorrência da doença. *Rev Eletr Enf.* [Internet]. 2007; 9(1): 154-65. [citado em 2008 set 18]. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ree/v9n1/v9n1a12.pdf>
17. Meirelles MCCC, Mamede MV, Souza L, Panobiano MS. Avaliação de técnicas fisioterapêuticas no tratamento do linfedema pós-cirurgia de mama em mulheres. *Rev Bras Fisioter.* 2006; 13(4):393-9.
18. Albuquerque ABB de, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da estratégia de saúde da família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009 maio; 25(5):1103-12.
19. Melo EM, Silva RM, Fernandes AFC. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. *Rev Bras Cancerol.* 2005; 51(3): 219-25.
20. Oliveira NFS, Costa SFG, Nóbrega MML. Diálogo vivido entre enfermeiras e mães de crianças com câncer. *Rev Eletr Enf.* [Internet]. 20068(1):99-107. [citado em 2007 maio 10]. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ree/v8n1/v8n1a14.pdf>

Endereço para correspondência: Mariana Vendrami Parra. Rua Bolívia, 95, Jardim América, CEP: 17605-310, Tupã, São Paulo. E-mail: mazinhavp@yahoo.com.br

Data de recebimento: 25/08/2009

Data de aprovação: 05/03/2010