

Curso de Fisioterapia

Seminário de Monografia I e II

2007/2008

3º ano

Monografia Final de Curso

***O Fisioterapeuta no “seio” da
funcionalidade da mulher
mastectomizada.***

Ana Catarina Silva Chelmiki Ferreira – nº 200590902

Orientador: Professora Sónia Bárcia.

Barcarena, 30 Junho de 2008

*“ O teu corpo é belo tal como é.
Não importam os padrões de beleza
que são impostos pelos outros.
O que é verdadeiramente importante
é o modo como tu o vês, como tu o sentes,
e como funciona.
Porque isso faz de ti
um modelo único
diferente de toda a gente.”*

Steve Ilg

Agradecimentos

Á professora Sónia Bárcia,

Á fisioterapeuta Maria da Lapa,

Aos meus pais e irmã,

Ao meu namorado,

Aos meus amigos.

Obrigada por tudo!

Índice

Introdução	Pag 6
Capítulo I – “ O primeiro encontro”	Pag 8
Capítulo II – “ Uma abordagem Biopsicossocial”	Pag 19
Capítulo III – “ Em busca da Funcionalidade”	Pag 28
Capítulo IV – “ A construção do Raciocínio”	Pag 37
Capítulo V – “ A Reflexão”	Pag 49
Referências Bibliográficas	Pag 52
Anexos	Pag 55
Apêndices	Pag 73

Resumo

Este trabalho tem como metodologia, um Estudo de Caso Terapêutico com Narrativa. O seu principal objectivo foi narrar a história de uma utente de 50 anos de idade, mastectomizada que realizava fisioterapia no CMR de Alcoitão, relatando como foi a nossa relação terapêutica. A narrativa inclui não só a descrição do caso clínico como também a descrição do meio envolvente onde a utente estava inserida, e as principais dificuldades sentidas durante todo o processo de intervenção.

Foi realizada a fundamentação teórica necessária para mostrar que a fisioterapia é uma das alternativas de tratamento que confere bastantes benefícios a estes utentes.

Pode-se pensar à partida, que a relação entre o fisioterapeuta e o doente oncológico é um pouco complicada, no entanto nem sempre é assim. Até mesmo nas pessoas que se sentem mais fragilizadas e incapacitadas, podemos ver verdadeiros exemplos de coragem.

O que é estritamente necessário é estarmos sempre dispostos a aprender e termos a noção que todas as pessoas tem potencial e que este deve ser sempre utilizado, procurando que a pessoa fique com o maior nível de Funcionalidade.

Palavras-Chave: Cancro da Mama, Linfedema, Fisioterapia e Imagem Corporal.

Introdução

Este trabalho centra-se na descrição da história de uma utente de meia-idade, sobrevivente de cancro da mama que, em Outubro de 2007 se encontrava a realizar fisioterapia no CMR de Alcoitão.

Tem como principais objectivos a descrição de todas as fases do Modelo de Gestão de Utente concretizadas durante a realização do estudo de caso, mostrando os benefícios que a intervenção da fisioterapia pode trazer ao doente oncológico, uma vez que as técnicas utilizadas mostram grande evidência no tratamento das disfunções mais comuns após a cirurgia para tratamento do cancro da mama. É narrada toda a história clínica anterior, bem como todos os antecedentes pessoais que interferiram com a condição clínica actual da utente e o plano de intervenção realizado.

São abordadas todas as dificuldades enfrentadas durante a intervenção, bem como as estratégias adoptadas para as resolver. Estas dificuldades centram-se essencialmente na insegurança sentida devido a inexperiência profissional, e na dificuldade que inicialmente era sentida devido ao carácter depressivo da utente.

A relação terapêutica estabelecida entre o fisioterapeuta e o utente também é alvo de grande atenção, neste trabalho, na medida em que esta se mostra de extrema importância. Esta relação deve basear-se essencialmente no respeito, confiança e empatia entre ambos. No entanto, inicialmente estas características podem não estar presentes mas ao longo do tempo, estas devem desenvolver-se naturalmente de modo a contribuir para uma maior eficácia da intervenção.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho foi o estudo de caso aprofundado com narrativa onde o principal objectivo é a descrição de um caso clínico, tendo em conta não só os dados clínicos do paciente com também a descrição pormenorizada do ambiente em que este se insere e o relato da relação terapêutica estabelecida entre o fisioterapeuta e o utente.

As narrativas são textos particulares que envolvem uma sequência temporal de eventos ou acções interrelacionadas, representados por personagens. Não são meras representações fotográficas, exigem uma sequência de acontecimentos que tem de ser compreendida pelo leitor. (Gabriel, 2004)

Pode também ser descrita como um conjunto de histórias que no seu todo representam uma dado acontecimento. Histórias que não sendo ficção, em conjunto narram acontecimentos verdadeiros. (Gabriel, 2004)

Em suma, a história aqui narrada retrata a realidade vivida por esta utente mostrando o modo como a doença oncológica afectou o seu ambiente biopsicossocial e a importância que a fisioterapia assumiu na diminuição das limitações sentidas.

Capítulo I

O Primeiro Encontro...

Toda esta história começa no dia 1 de Outubro de 2007, o dia em que me preparava para iniciar o meu primeiro estágio, no qual seria totalmente responsável por todo o processo de avaliação, raciocínio clínico e tratamento de utentes. Não era a primeira vez onde, dentro do âmbito académico, me inseria num meio hospitalar, com o objectivo de observar, aprender e começar a familiarizar-me com aquela que irá ser futuramente a minha vida profissional, mas desta vez era diferente... era onde eu iria ter a oportunidade de utilizar todos os conhecimentos adquiridos e construir o meu próprio raciocínio clínico, de uma forma mais autónoma. Recordo-me que estava ansiosa e ao mesmo tempo receosa, mas sentia-me mentalmente preparada. Pelo menos eu pensava que sim...

O local de estágio onde fui colocada foi o Centro de Medicina de Reabilitação (CMR) de Alcoitão. Esta escolha agradou-me bastante pois já lá tinha estado anteriormente, no 1º ano do curso, e tinha adorado a experiência. Na minha opinião qualquer aluno de Fisioterapia deveria estagiar, nem que fosse só uma vez, naquele centro.

Ali deparamo-nos, por vezes com casos bastante duros, muitas vezes resultantes dos vícios e costumes a que a nossa sociedade está habituada. Temos de encarar exactamente a realidade dos casos que nos aparecem, e temos a obrigação de nos adaptar não só física, mas ainda mais psicologicamente, a todas as situações.

O CMR de Alcoitão é uma instituição de saúde pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e é o único no Serviço Nacional de Saúde, que presta desde 1966 serviços na área da Medicina de Reabilitação. É um centro vocacionado para a reabilitação pós-aguda de pessoas portadoras de deficiência de predomínio físico, motor e sensorial ou multideficiência congénita e adquirida, de qualquer idade e provenientes de todo o país. (<http://www.scml.pt/>)

Chego à instituição de manhã bem cedo e noto que o centro visto de fora tem um aspecto simpático, observa-se um edifício acastanhado com uma larga entrada e rodeado de um imenso jardim. Por fora, não se parece em nada com um hospital.

A entrada tem uma longa parede de vidro que deixa transparecer para a rua, o movimento que existe dentro do edifício.

Ao entrar dá-se logo conta de que os corredores são bastante amplos e espaçosos com capacidade para se cruzarem duas cadeiras de rodas. Não observei qualquer barreira arquitectónica, talvez porque aquele edifício já tenha sido construído exactamente para acolher

pessoas com grande incapacidade cuja mobilidade se encontra reduzida, no entanto há a salientar um aspecto menos favorável, que me chamou a atenção que foi a escuridão dos corredores.

Desloco-me até ao Serviço de Fisioterapia - Músculo-Esquelética onde sou prontamente recebida pelo fisioterapeuta responsável pelos estágios realizados no CMR de Alcoitão. Aí em conjunto com os outros colegas que também iam para lá estagiar, foi-nos explicado o funcionamento do centro e fomos distribuídos pelos diferentes educadores clínicos.

Eu já tinha conhecimento de que o meu estágio teria a valência de Músculo-Esquelética, por isso não me mostrei surpresa quando me comunicaram quem seria a minha educadora clínica. Naquele primeiro dia, tive a oportunidade de conhecer um pouco de todos os serviços do CMR. Visitei vários locais, entre os quais o serviço de Pediatria, Terapia Ocupacional, alguns gabinetes de Terapia da Fala, o laboratório de marcha, a oficina de ortóteses, a piscina e os tanques para banhos de remoinho, e pude compreender que de facto este centro está preparado para uma abordagem bastante abrangente à população que integra. Ao conhecer um pouco melhor o CMR, compreendi o porquê de se intitularem como “Excelência em Reabilitação”. Segundo Galhordas e Lima (2004), a reabilitação da pessoa deve ser realizada como um todo, ou seja, física e mentalmente e aqui o utente está sujeito, de facto, a um processo de reabilitação, pois a cada doente é atribuída uma equipa multidisciplinar composta por vários profissionais que tentam em conjunto reabilitar a pessoa da melhor forma possível de modo a conferir-lhe uma vida normal e conseqüentemente uma melhoria da qualidade de vida.

No serviço de Músculo-Esquelética trabalham vários fisioterapeutas. O espaço onde funciona é bastante vasto, de modo que ao entrar pela porta principal observamos em frente um espaço amplo de onde se estende para cada um dos lados um corredor comprido. O corredor da esquerda engloba diversos compartimentos, tendo no final uma porta que dá acesso à piscina. Enquanto que o corredor da direita engloba os vários gabinetes e ao fundo bifurca-se em duas pequenas salas: a sala onde se realizam os tratamentos de ondas-curtas e uma outra sala à esquerda, que eu inicialmente não percebi muito bem para que servia. Reparei apenas que continha uma marquesa ao centro, um pequeno banco de rodas, um móvel de apoio, uma máquina um tanto ao quanto estranha e totalmente desconhecida para mim e um poster fixado na parede que ilustrava o sistema linfático.

O ambiente que se vive neste serviço é particularmente agradável, existe a qualquer hora do dia um grande movimento provocado pelos inúmeros utentes à espera do seu tratamento que cumprimentam de forma simpática todos os profissionais de saúde e auxiliares, que por eles passam. É notória a relação saudável de amizade e entre-ajuda existente entre os fisioterapeutas e auxiliares e sobretudo a forma agradável e simpática com que todos, sem excepção recebem os

estagiários. Até hoje, aquele foi o primeiro local de estágio onde me senti realmente bem enquanto estagiária, não só porque me colocaram à vontade logo desde o primeiro dia, como também porque ouvi da parte de vários fisioterapeutas: "Bem vinda! Se precisar de mim, sabe onde me encontrar".

O primeiro dia rapidamente se passou, e eu sentia-me cada vez mais ansiosa para começar a trabalhar com os doentes...

No dia seguinte a educadora clínica forneceu-me um dossier, algumas escalas e instrumentos de medida utilizados em músculo-esquelética, as folhas de registo utilizadas no serviço e por fim os doentes que eu iria tratar. Inicialmente fiquei responsável por cerca de cinco doentes com diferentes disfunções.

O tempo foi passando e eis que a meio da manhã aparece a primeira utente: uma senhora de meia-idade, de estatura média, magra e com o cabelo curto de cor grisalha. Aparentemente simpática mas um pouco retraída. Um dos aspectos que saltou logo à vista foi o facto de o seu membro superior esquerdo ter uma dimensão desproporcional à do membro superior direito. A educadora clínica cumprimentou-a e encaminhou-a até à sala do lado esquerdo, a tal que eu não percebia muito bem para que servia, e eu acompanhei-a.

Ao entrar para a sala identifiquei-me enquanto estagiária ao mesmo tempo que a utente se preparava para realizar o tratamento. Este era o meu segundo dia no local de estágio e estava muito empenhada em fazer tudo da melhor forma possível.

Enquanto eu falava, a utente ia retirando a sua roupa, mas eis que ao ver o seu tronco a nu... fiquei sem palavras!

De repente, foi como se um turbilhão de coisas atormentassem o meu pensamento e a minha forma de estar. Eu não sabia de que forma me deveria comportar, não sabia se havia de olhar, se devia desviar-me, se me devia ir embora... eu estava completamente em pânico pois achava que a utente não se sentia à vontade ali comigo, sentia que lhe deveria dar espaço pois, afinal ela estava a expor-me algo de muito íntimo. Contudo, a utente já ali realizava tratamentos há seis meses e por isso mesmo se mantinha calma e descontraída. Provavelmente, já teria até sido tratada por algum outro estagiário.

Eu tinha conhecimento que aquela utente tinha sido submetida a uma mastectomia, mas na verdade, eu nunca tinha visto nenhuma. Hoje arrependo-me um pouco da minha reacção embora saiba que não foi premeditada, mas de facto foi muito difícil para mim olhar para aquela mulher e perceber que a simetria que eu estava à espera de encontrar no seu tronco, simplesmente não existia. A zona que outrora era ocupada pela mama esquerda, dava agora lugar a três cicatrizes.

Apesar disso não demonstrei à utente a minha sensibilidade relativamente ao que estava a ver, tive de manter a todo o custo uma postura profissional para não a fazer sentir envergonhada. Eu como estagiária e futura fisioterapeuta é que tinha de ter a noção que devo ter acima de tudo respeito pela individualidade de cada utente. E em casos como este, deveria manter sempre uma atitude profissional não deixando que as minhas emoções afectem de forma negativa a relação terapêutica.

A utente parecia-me, no entanto calma e bastante à vontade... era como se a imagem corporal que ela tinha de si própria tivesse já sido apreendida e aceite por ela. Eu é que de facto não estava à vontade naquele sítio, naquela sala pois aquela imagem era totalmente nova para mim. Nunca dantes tinha visto uma mulher que tivesse sido submetida a uma mastectomia radical e aquela não era, de todo, a imagem que eu tinha do corpo humano.

Consegui então perceber a utilidade daquela sala. Uma sala à parte, com privacidade para que as mulheres mastectomizadas que realizavam tratamento em Alcoitão pudessem sentir-se bem e não fossem vítimas de preconceitos por parte dos outros utentes, não tivessem de suportar reacções parecidas com a que eu tinha tido por estranhar aquela imagem.

Iniciei então o meu diálogo com ela para a poder conhecer um pouco melhor.

A D. Luísa tinha 50 anos de idade era casada e habitava com o filho e com o marido numa moradia de dois andares localizada no Estoril.

Era engomadeira de profissão mas naquele momento encontrava-se de baixa e os seus dias resumiam-se a realizar tratamentos de Fisioterapia durante as manhãs, de terça e quinta-feira, no CMR de Alcoitão e tirando uma ou outra saída à rua para comprar algo, passava o resto do dia em casa ocupando algum tempo a ver televisão.

Por vezes, fugia um pouco desta rotina e lá passeava com o filho até ao centro comercial ou à feira de São Pedro de Sintra.

Tinha como diagnóstico médico mastectomia radical modificada à esquerda, com consequente linfedema do membro superior esquerdo e fractura da última costela direita.

A sua história clínica anterior contava com várias intervenções cirúrgicas para remoção de fibroadenomas (quistos benignos) de ambas as mamas desde os seus 18 anos de idade.

Na altura, frequentava o CMR de Alcoitão para a realização de tratamentos de fisioterapia para a cura ou melhoria das disfunções causadas pela cirurgia a que foi sujeita em Agosto de 2006 devido a cancro da mama e por uma fractura da última costela direita em Agosto de 2007.

Os seus antecedentes pessoais resumiam-se a um episódio de depressão ocorrido em 2005 e quanto aos antecedentes familiares a D. Luísa referiu que não existiam episódios de Cancro nos

seus familiares próximos, com excepção de um tio que sofreu desta doença localizada nos intestinos e que acabou por falecer.

A medicação que a utente fazia era para combater o cancro e a quimioterapia era feita por duas vias: oral e intravenosa. Este tratamento provocava-lhe alterações ao nível do sistema cardiovascular realizando por isso mesmo, exames complementares de diagnóstico ao coração (não soube especificar quais) de dois em dois meses.

Este exame subjectivo, foi particularmente difícil de realizar, pois tratava-se de uma situação delicada e eu tive receio de realizar algumas perguntas porque não sabia como a utente iria reagir. Ela poderia mostrar-se disponível para me contar a sua história, como poder-me-ia dizer que não gostava de a relembrar.

Gostaria de lhe ter feito muito mais perguntas logo naquele dia mas, ao longo de toda a entrevista fui-me apercebendo que a utente tinha um carácter bastante depressivo. Por vezes, respondia ao que eu perguntava de uma forma brusca, especialmente quando a questioneei se havia alguma tarefa que ela tinha dificuldade em realizar. Eu compreendi as suas reacções e decidi dar-lhe algum espaço e algum tempo. Afinal eu era uma estranha a tentar que ela me contasse uma fase bastante dura da sua vida. Achei então, que seria melhor realizar o exame subjectivo por duas vezes.

As informações que tinha recolhido eram, na minha opinião, bastante vagas e senti que precisava de saber ainda mais coisas para que pudesse conhecer melhor aquela utente. Gostava que ela me tivesse contado toda a sua história, mas tinha de ser paciente... primeiro tinha de ganhar a sua confiança.

Neste primeiro dia, o tempo de tratamento foi dividido pela realização do exame subjectivo e pela intervenção.

Achei importante consultar posteriormente o processo da D. Luísa para poder ler alguns registos anteriores para que no próximo dia em que a utente regressasse, eu pudesse já estar um pouco mais esclarecida e sentir-me mais segura para conversar com ela.

O dia chegou ao fim e regressei a casa sempre a pensar neste assunto. Eu não percebia porquê mas pressentia que a relação com aquela utente não iria ser fácil em parte devido à minha inexperiência a nível profissional e sobretudo porque eu teria de ter bastante cuidado com a forma como lhe questionava as coisas, pois não queria magoá-la de forma nenhuma. Apesar de a D. Luísa não mo ter dito directamente, eu percebi que por detrás da sua face havia alguma tristeza e angústia.

Teria de esperar até à próxima vez que a utente se deslocasse ao CMR com o objectivo de concretizar mais um dos seus tratamentos, para terminar o meu exame subjectivo e esclarecer algumas dúvidas que entretanto me foram surgindo.

Eu sentia um grande interesse neste caso, mas a insegurança e receio que eu sentia deviam-se ao facto de desde muito nova que a doença que eu mais temia era o cancro. Nunca gostei muito de falar sobre este tema, achava esta doença tenebrosa e a pior de todas as doenças. Felizmente, nunca tive nenhum contacto directo com um doente oncológico, mas a ideia que eu tinha é que a pessoa com cancro sofre demasiado e que quase nunca se consegue curar.

Nesta altura, já não pensava assim. Acho que o facto de ter entrado para o curso de Fisioterapia me ajudou a crescer... Eu já não rotulava todas as pessoas doentes como sendo pessoas debilitadas e dependentes da ajuda de terceiros. Já tinha visto doentes com grandes disfunções que encaravam a sua doença de uma forma muito positiva, reduzindo deste modo drasticamente o seu grau de incapacidade, pois ao darem maior ênfase às actividades que conseguiam desempenhar, olhavam a sua situação pelo lado positivo e evidenciavam a sua funcionalidade.

A minha visão alterou-se de tal modo que se até à data, pensava que os utentes eram propriedade dos profissionais de saúde e que estes decidiam o que era melhor para eles, hoje em dia percebo quão errada era esta minha ideia.

O facto de me ter sido dado a conhecer o ICF, e de ter sido incentivada a aplicá-lo desde sempre, ensinou-me a ver as coisas de outro modo: percebi que temos de olhar para a pessoa com uma visão mais ampla porque o indivíduo é muito mais que um corpo constituído por estruturas com determinadas funções. Existem também os campos psicológico e social que podem ou não ficar afectados e que poderão trazer repercussões ao nível da execução de tarefas ou acções por parte do indivíduo (Actividades) ou do seu envolvimento numa situação comum da vida real (Participação). (ICF, 2004)

Perante uma condição de saúde, não cabe ao profissional determinar o grau de incapacidade que esta confere ao indivíduo. Deve ser dada ao utente a oportunidade de ser ele próprio a referir que importância atribui à sua condição de saúde e qual o impacto que esta representa na sua vida. Depois há que aproveitar a sua funcionalidade para potencializar as actividades que podem ser desempenhadas pelo utente.

É preciso que os profissionais de saúde percebam que ter saúde não é só estar bem fisicamente, mas sim estar em harmonia tanto a nível biológico, como psicológico e social.

É esta a ideia que o ICF pretende passar-nos porque nos permite uma visão multidimensional de saúde. Em relação aos fisioterapeutas esta ferramenta é uma mais valia na

medida em que permite medir um dos campos de intervenção da fisioterapia – a funcionalidade. (ICF, 2004)

Não sabia como era a D. Luísa, não tinha conseguido ainda perceber se aquela tristeza se devia ao facto de ela se sentir incapacitada com a sua condição, ou se era apenas a sua personalidade e maneira de ser. A única coisa de que eu tinha absoluta certeza é que teria de lhe mostrar o lado positivo da sua história. Teria de lhe mostrar que apesar de tudo o que ela tinha passado, estava viva e que a partir de agora poderia contar com a minha ajuda para em conjunto melhorarmos a sua condição.

Num outro dia, estava eu sentada na sala de convívio e trabalho dos fisioterapeutas, a organizar o dossier que me tinha sido entregue no início do estágio, que entretanto já estava repleto de papéis contendo exames e avaliações que eu havia até então realizado aos meus utentes. De súbito, noto alguém a espreitar na porta e ao virar-me vejo a D. Luísa, particularmente alegre e com um enorme sorriso na cara. Cumprimentámo-nos e ela perguntou-me: “ Posso ir entrando?”. Eu disse que sim e que já iria ter com ela. Pensei para comigo, “Hoje tenho de colocar todas as minhas questões sem ter receio da sua reacção.”

Ao chegar à sala, a D. Luísa já estava deitada na marquesa e pronta para começarmos.

Iniciei o nosso diálogo ao questioná-la de como se tinha sentido desde o último dia de tratamento. Ela respondeu-me de uma forma calma e simpática que se sentia melhor. Expliquei-lhe então que da última vez não tinha terminado a entrevista, por isso necessitava que ela me respondesse a mais algumas questões.

Comecei por tentar saber como era a sua vida social e familiar. Percebi que tinha uma óptima relação com o filho e com o marido, e que estes representavam para ela uma grande ajuda tendo sido sempre a sua base de apoio e suporte emocional ao longo de todo o desenrolar da sua condição clínica. Não se relacionava com quaisquer amigos pois sentia-se bastante deprimida, sem vontade de se encontrar com as pessoas (sic). As poucas vezes que saía era na companhia do filho, e após bastante insistência deste.

A conversa estava a correr de modo agradável até eu perguntar à D. Luísa quais eram os seus principais problemas tendo em conta o seu estado actual... de repente, sem eu perceber muito bem como nem porquê, a utente desata a chorar.

Fiquei sem saber o que fazer! A minha primeira reacção foi tentar acalmá-la fazendo com parasse de chorar. Ao fim de alguns minutos, a D. Luísa conseguiu acalmar-se e por fim explicou-me por que motivo tinha reagido assim: sente-se incapaz de realizar as tarefas domésticas e isso faz subir os seus níveis de ansiedade. Explicou-me que sempre fez questão de ter a sua casa limpa e arrumada mas devido ao seu estado actual sente-se incapaz de cumprir

estas tarefas. Quando se lembra do que era e o que fazia antigamente e repara na pessoa em que hoje se tornou, apetece-lhe chorar (sic).

Em momentos como este, eu não podia deixar de me sentir sensibilizada pela pessoa que ali tinha à minha frente. Ela não estava a lamentar-se por não poder passear, nem se encontrava naquele estado por não poder realizar nenhum hobbie. Ela simplesmente queria ter a sua casa limpa, queria proporcionar ao seu marido e ao seu filho algum conforto. Queria poder cozinhar e tratar deles como sempre tinha feito. Mas actualmente não conseguia....

Penso que este sentimento por parte da utente se deve sobretudo à exagerada associação entre as mulheres e certas profissões.

Nos últimos anos, tem havido uma alteração significativa do estatuto da mulher, a vontade de ser mãe e o lugar que esta ocupa dependem cada vez mais da sua livre vontade. No entanto, a mulher continua a ser educada de tal modo que continua a sentir que tem um papel preponderante na vida doméstica e que existem certas profissões, funções e tarefas que lhe estão destinadas. (Araújo, 2007)

Segundo Chaplain, Luc, Lucidi e France (2001) citados por Araújo (2007), desde sempre que devido à aptidão feminina para a realização de algumas tarefas, que existiram algumas profissões que eram exclusivamente ocupadas por mulheres.

Estas profissões correspondem às mesmas tarefas que a mulher tem como dever de realizar em casa como tal, estas realizam no espaço profissional funções que são igualmente desempenhadas no espaço doméstico. (Araújo, 2007)

Hoje em dia, e apesar de toda a evolução do conceito de igualdade de oportunidades, a verdade é que ainda se mantém o modelo tradicional de divisão entre homem e mulher. As crianças do sexo feminino ainda hoje continuam desde muito cedo a ser ensinadas a realizar as tais tarefas que estão destinadas às mulheres. (Araújo, 2007)

Devido a este estigma, quando por qualquer razão, seja por motivos de saúde ou outros, a mulher se vê impedida de realizar os seus deveres sente-se culpada e sente que não está a cumprir as suas obrigações e isso causa-lhe sentimentos de stress e culpa. (Dias et al, 2001)

A juntar a isto, havia também o facto de passar o dia todo sozinha em casa sem poder trabalhar e sempre com a sensação de dor e desconforto no membro superior esquerdo.

A conversa ia-se desenrolando até que finalmente a D. Luísa decidiu contar-me a sua história mais detalhadamente. Fiquei contente por não ter que ser eu a perguntar-lhe, ela é que, provavelmente, sentiu necessidade de falar.

Começou por me dizer que os acontecimentos por que tinha passado nos últimos três anos da sua vida tinham-na levado a sentir um certo tipo de superstição com o mês de Agosto.

Desde os seus 18 anos, data em que lhe foram descobertos diversos fibroadenomas tanto na mama esquerda como na mama direita, que a utente foi sujeita a várias intervenções cirúrgicas.

Como tal, foi sempre uma doente de risco e com potencial para desenvolver um tumor maligno na mama. Apesar de não ter antecedentes familiares nem pessoais de cancro de mama, esta doente teve de ser vigiada toda a sua vida como modo de prevenção.

Fora esta situação, foi sempre uma pessoa saudável sem grandes problemas de saúde.

Em Agosto de 2005, a utente começou por se sentir bastante mal. Segundo ela, tinha um aperto no peito, sentia-se profundamente cansada e triste acabando por perder a vontade de fazer fosse o que fosse. Por estranhar os sintomas, e porque nunca antes tinha acontecido uma situação como esta, a utente deslocou-se com o apoio da sua família ao médico. Foi-lhe diagnosticada uma depressão severa e foi medicada para este efeito. A utente refere que nessa altura deixou de reconhecer o seu filho e o seu marido. Passeava de mão dada com o seu filho na rua, tal e qual como se fosse uma criança (sic). Não falava, não reagia, nada.... Nessa altura tornou-se completamente dependente daqueles que lhe eram mais próximos.

Felizmente, conseguiu recuperar, embora não completamente. Tornou-se autónoma mas manteve sempre o seu estado depressivo.

Quando as coisas pareciam estar mais estáveis, a D. Luísa estranhou uma sensação que de súbito apareceu na mama esquerda. Nessa altura, os sintomas que tinha eram o ardor na mama esquerda (sic) e tosse seca irritativa que aparecia sempre que se deitava em decúbito dorsal. A única maneira que tinha para poder dormir, era ter a cabeceira bastante elevada.

Mais uma vez se deslocou à sua médica do Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa e ao descrever os seus sintomas, foi aconselhada a realizar alguns exames complementares de diagnóstico. A D. Luísa assim fez, realizou os exames prescritos e curiosamente, ela que era uma pessoa que tinha o hábito de abrir todos os exames que realizava e ler os relatórios, desta vez não o tinha feito.

Tinha de facto, curiosidade em saber o que estes tinham revelado, mas mesmo assim não os tinha aberto.

Até conseguir marcar uma nova consulta com a médica, passaram-se alguns dias, ou talvez mesmo semanas sendo que os sintomas se mantiveram constantes durante todo este tempo. A consulta foi marcada para dia 20 de Julho, precisamente o dia de anos do seu filho.

Nesse dia fez-se acompanhar com o seu marido ao IPO de Lisboa. Ao entrar para o consultório e ao entregar os exames à médica para esta os analisar notou de imediato, ao observar a sua expressão, que algo não estava bem.

Sentia-se ansiosa, cada vez mais ansiosa e acabou por perguntar: “Então Dr^a o que se passa comigo?” ao que a médica respondeu: “Olhe é grave. Tem cancro e tem de ser operada o mais depressa possível.”

De repente, a D. Luísa foi assaltada por um medo terrível e por uma imensidão de perguntas e incertezas. A forma como o diagnóstico lhe foi revelado, foi de uma frieza incalculável mas, quem pensa que esta resposta foi insensível, não sabe a resposta seguinte...

A D. Luísa sentia-se completamente desorientada, bem como o seu marido que se mantinha a seu lado. Perguntou novamente à médica: “Então e agora Dr^a quando é que sou operada? Quem é que me vai operar? É a Dr^a?” Ao que a médica respondeu novamente com uma frieza esplêndida: “Eu? Eu não. Eu vou agora de férias. Tenho de a encaminhar para uma colega.”

Esta resposta por parte da médica impressionou-me bastante. Não compreendo como existem profissionais de saúde tão insensíveis ao ponto de transmitirem um diagnóstico reservado com uma atitude tão fria.

Aqui está claramente representado o modelo biomédico porque esta atitude mostra uma visão mecanicista e reducionista do indivíduo. Foi apenas tido em conta a ideia de que qualquer doença representa um desvio do limiar que é estabelecido entre o que é normal e anormal descurando completamente o impacto que esta “anormalidade” teria a nível psicológico e social tanto da D. Luisa como do seu marido. (McColl & Bickenbach, 1998)

Obviamente que a D. Luísa não tinha palavras, estava completamente perdida. Ela poderia já suspeitar o diagnóstico mas a forma como lhe foi dito, abalou-a completamente.

Preocupava-a o facto de não ter obtido nenhuma explicação da parte da sua médica, preocupava-a o facto de saber que estava muito doente e que não sabia o que fazer exactamente e preocupava-a ainda mais, o facto de ter de contar ao seu filho, o seu estado de saúde, ainda para mais no seu dia de anos...

Enfim, apesar de tudo isto teve de ser paciente. Teve de regressar a casa e em conjunto com o seu marido tomar uma decisão. Decidiram que o melhor para ela seria procurarem uma clínica privada onde pudesse ser operada e recuperar o mais rapidamente possível.

A D. Luísa passou por momentos muito difíceis, mas aquele que mais lhe custou foi quando teve de contar ao seu filho o estado de saúde em que se encontrava. Essa foi uma das piores dores da sua vida. (sic) Custou-lhe muito ver a cara do seu filho ao tomar consciência da situação que se passava com ela.

O filho e o marido apoiaram-na sempre e em todos os momentos e foi precisamente na companhia do seu filho, que no dia 2 de Agosto de 2006 a utente se deslocou ao Porto para ser sujeita à intervenção cirúrgica da qual resultou uma mastectomia radical modificada à esquerda.

Felizmente, o médico que a acompanhou desta vez foi capaz de dar resposta a todas as questões que atormentavam a D. Luísa.

Foi franco com ela, e explicou-lhe que uma vez que a D. Luísa tinha diversos fibroadenomas na mama direita, que ele aconselhava-a a realizar o mais rapidamente possível uma mastectomia à direita como forma de prevenção e para tentar evitar que futuramente a D. Luísa passasse por todo este processo doloroso novamente.

Por decisão própria, a D. Luísa não seguiu o conselho do médico naquela altura.

Regressou à sua casa e continuou todo o processo de tratamento que lhe fora prescrito. Conseguiu novamente estabilizar a sua situação e apesar de todas as suas limitações vai conseguindo fazer a sua vida.

Por último, em Agosto de 2007 fracturou a última costela direita enquanto realizava uma actividade doméstica.

Acabou por resolver também este problema e neste momento encontra-se no CMR de Alcoitão desde Março de 2007 em tratamentos de Fisioterapia devido às disfunções resultantes da cirurgia a que foi sujeita e também devido à fractura que fez.

Quanto aos benefícios da Fisioterapia, a utente refere que se tem sentido muito bem, notando melhorias após cada tratamento.

Após ouvir esta história, eu não sabia o que dizer. De facto, como é que uma pessoa que passou por todas estas situações pode não sentir qualquer tristeza? Por outro lado, a verdade é que o pior já tinha passado. O processo de reabilitação poderia ser complicado e demorado mas para isso a D. Luísa contava com vários profissionais que poderiam dar o seu melhor visando em conjunto a melhoria da sua condição.

Era preciso que a utente percebesse que era uma sobrevivente e que isso só por si já era uma vitória!

Uma Abordagem Biopsicossocial

Este caso era de facto muito interessante! Quanto mais se desenrolava mais eu me interessava por ele.

Não estava muito à vontade com o tema, e para além disso esta era a primeira utente com linfedema que tinha. Por isso mesmo, e para que nada falhasse, decidi estudar correctamente este tema. Tinha a oportunidade de poder acompanhar a utente durante cinco semanas seguidas e queria fazê-lo o melhor possível. Tinha tempo suficiente para estudar a questão a fundo, observar os sintomas de que a utente se queixava, pesquisar os sinais e ainda podia construir um plano de tratamento adequado e de acordo com a evidência demonstrada pela literatura existente.

Findo o exame subjectivo era necessário dar o passo seguinte. Sou da opinião que um exame subjectivo bem estruturado é o primeiro passo para um exame objectivo conciso e orientado.

Em primeiro lugar é preciso ter noção que o cancro da mama é uma doença que desagrega o funcionamento biopsicossocial da doente porque ao ser uma doença potencialmente mortal, obriga a mulher a readaptar as suas vivências intrapsíquicas. (Dias, Manuel, Xavier, & Costa, 2001) Assim sendo, qualquer profissional de saúde em geral, e o fisioterapeuta, em particular, devem optar hoje em dia e cada vez mais por uma abordagem biopsicossocial aos seus utentes.

Seria portanto necessário que eu realizasse uma pesquisa à literatura existente para que pudesse conhecer o impacto desta doença a nível biológico através das alterações que provoca ao nível das estruturas e funções do corpo; a nível psicológico pela alteração da imagem corporal que é imposta às mulheres sobreviventes de Cancro da Mama e a nível social percebendo de que forma esta doença abala o seio familiar da mulher bem como as suas actividades e participação na sociedade.

Ao chegar a casa, entre pesquisas na Internet e consulta de alguns livros fiquei a saber que segundo a OMS o cancro da Mama é a forma mais comum de cancro entre as mulheres, sendo que é umas das doenças que mais afecta as mulheres portuguesas (Carreiras & Patrão, 2006). Estima-se que apareçam, por ano, no nosso país cerca de 4000 novos casos desta doença. (Guimarães et al, 2003)

Era preciso esclarecer o significado desta doença, quais as suas variantes e factores de risco.

Cancro é sinónimo de neoplasia maligna. Segundo Barata (2007) a palavra neoplasia define-se etimologicamente pelo novo crescimento de células com características diferentes.

Num dicionário comum, pode encontrar-se a definição de cancro como sendo qualquer proliferação celular anárquica, incontrolável e incessante, que geralmente invade os tecidos, com capacidade para gerar metástases em vários locais de corpo que tende a reaparecer após uma tentativa cirúrgica ou levar à morte se não for tratado adequadamente (Franco, Villar, Almeida & Casteleiro, 2002).

Esta palavra parece ter agregado a si um forte estigma, pois está quase sempre associada à morte. Por esta razão, a partir do momento em que é palpado um nódulo na mama, inicia-se um processo interno de medos, receios e incertezas. (Maluf, Mori & Barros, 2004).

O cancro tem por si só um carácter trágico, mas ainda se torna mais medonho e particularmente difícil quando se localiza na mama. (Tapadinhas, 2004)

Para uma melhor compreensão do desenvolvimento desta doença é necessário conhecer um pouco da anatomia dos órgãos mamários.

Existem, por norma duas mamas que se localizam na porção ântero-superior do tórax, uma de cada lado do esterno e anteriormente aos músculos grande e pequeno peitoral.

Anatomicamente, a mama é constituída pelo tecido glandular, pelo corpo mamário e por um tecido conjuntivo denso com vasos sanguíneos e nervos, distribuídos entre os lobos e lóbulos do tecido glandular. (Esperança Pina, 2004)

Cada corpo mamário é formado por cerca de 15 a 20 lobos mamários, separados entre si por tecido conjuntivo denso que penetra cada um dos lobos para originar os lóbulos mamários. (Esperança Pina, 2004)

Por sua vez os lóbulos mamários ligam-se entre si por canais denominados intralobulares, que se reúnem posteriormente para formar os canais interlobulares que, em último lugar, reunidos entre si formam os canais galactóforos.

As mamas tem funções diferentes nos géneros masculino e feminino.

Na mulher, a função da mama é a da produção e segregação de leite destinado à amamentação do recém-nascido durante todo o período de aleitamento. (Esperança Pina, 2004)

Esta proximidade entre a mãe e o bebé durante a amamentação estabelece entre eles um contacto íntimo. (Esperança Pina, 2004)

Por outro lado, as mamas sofrem alterações directamente relacionadas com o estado funcional do aparelho genital feminino devendo por isso ser consideradas como órgãos genitais

femininos. Este facto contribui para que estas sejam consideradas zonas de erotização, assumindo um papel importante na função sexual. (Esperança Pina, 2004)

A mama representa então a identidade e maturidade feminina e tem um forte simbolismo associado à sexualidade, maternidade, criatividade e beleza (Tapadinhas, 2004) e por essa mesma razão o diagnóstico e tratamento do cancro da mama, pode não ser hoje em dia um acontecimento tão traumático como há alguns anos atrás, mas a verdade é que ainda hoje constitui uma fonte de sofrimento psicológico (Petronis et al, 2003 citado por Tapadinhas, 2006).

Existem duas variantes principais de Cancro da Mama: os cancros não invasivos e os cancros invasivos. (Ogden, 2004)

O cancro não invasivo ou *in situ* forma-se a partir dos canais galactóforos ou dos lóbulos e fica confinado apenas à camada de tecido onde se desenvolveu, não se espalhando para as zonas circundantes enquanto que o cancro invasivo se pode formar a partir dos vários constituintes da mama acabando por se espalhar ao tecido circundante. (Ogden, 2004)

Dentro de cada variante podem distinguir-se vários tipos de tumores.

Os factores de risco não genéticos para este tipo de Cancro são: idade, história de doença mamária anterior, densidade aumentada do tecido mamário, exposição a radiações e factores relacionados com os estilos de vida como o peso, o exercício e o consumo de bebidas alcoólicas. (Korde, Calzone & Zujewski, 2005)

Uma vez concluída a pesquisa acerca da possível etiologia desta doença e explicadas as suas variantes, é preciso agora focar quais os tipos de tratamento que a mulher tem ao seu dispor.

O tratamento para o Cancro da Mama inclui alguma variedade de opções. Estes podem dividir-se em duas categorias: em tratamentos locais quando são usados para remover, destruir ou controlar as células cancerígenas de uma área específica, como no caso da cirurgia; e em tratamentos sistémicos, como é o caso da quimioterapia e terapias hormonais e biológicas, que são utilizados para destruir ou controlar as células cancerígenas por todo o corpo. (Ogden, 2004)

O tratamento que é preferencialmente usado no tratamento desta doença é a cirurgia. O cirurgião é o membro da equipa que decide o tipo de cirurgia apropriada para cada situação tendo em conta o tamanho e localização do tumor e o facto de este ter causado ou não metástases pelo organismo podendo optar entre a conservação da mama ou a mastectomia. (Ogden, 2004)

No caso de se optar por uma cirurgia que conserve a mama, existem duas opções cirúrgicas: a tumorectomia que é recomendada para tratar um cancro da mama em fase inicial, ou seja, um tumor de tamanho pequeno que não tenha ainda metastizado os gânglios linfáticos. Aqui o tumor é removido bem como uma pequena secção do tecido mamário circundante,

deixando a mama praticamente intacta; outra opção seria a quadrantectomia, onde é removido o quadrante da mama onde está localizado o tumor. (Ogden, 2004)

Quando a conservação da mama não é possível, o cirurgião tem de optar por uma mastectomia. Existem três formas de realizar a mastectomia, que têm vindo a evoluir ao longo do tempo. (Ogden, 2004)

A mastectomia radical clássica consiste na remoção da mama, dos músculos peitorais e esvaziamento do conteúdo axilar. Segundo Menke (1991) citado por Meneses (2007), esta técnica está em declínio, pois é considerada como uma mutilação. Actualmente, utiliza-se apenas no caso de haver tumores volumosos.

Na mastectomia radical modificada remove-se a mama e todo o conteúdo axilar, mas preservam-se os músculos peitorais. (Meneses, 2007)

Por ultimo, na mastectomia simples recorre-se à ablação da mama, reservando os gânglios axilares e os músculos peitorais. (Meneses, 2007)

Apesar do tratamento cirúrgico se mostrar o mais eficaz no tratamento do cancro da mama, este não é inócuo, ou seja dele resultam algumas disfunções. (Meneses, 2007)

Por definição a Fisioterapia “centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo; utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas, e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, deficiência, da incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar, utentes/clientes com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida.” (Decreto Lei nº261/93).

Ou seja, o fisioterapeuta não actua directamente na patologia, a sua função centra-se essencialmente na resolução da disfunção que fica, quando a patologia é resolvida.

A Fisioterapia não dá, por esta mesma razão, o seu contributo no tratamento do cancro da mama, mas as técnicas e intervenção que utiliza tem como objectivo resolver ou melhorar as disfunções que normalmente surgem após a cirurgia: dor no ombro e membro superior, diminuição da amplitude de movimentos do membro superior e linfedema.

No caso da D. Luísa o linfedema era precisamente uma disfunção que resultara da cirurgia. Então, era importante perceber como e porquê este se tinha formado. Isto só seria compreendido após uma ligeira abordagem à anatomia e fisiologia do sistema de transporte da linfa.

O sistema linfático forma um sistema de circulação de linfa por todo o corpo humano e difere essencialmente da circulação sanguínea por ser um sistema de circulação não fechado no qual os capilares têm um ponto terminal localizado ao nível dos tecidos. Outra das distinções relevantes no sistema linfático diz respeito à baixa pressão hidrostática a que a linfa circula. (Espanha, Correia, Pascoal, Silva & Oliveira, 2001) Este factor agregado ao facto de a parede dos capilares linfáticos ser extremamente fina e possuir alguns espaços entre as células facilitam a concretização da função principal do sistema linfático – drenar o líquido que sai da circulação sanguínea e que tende a acumular-se nos tecidos. (Espanha et al, 2001)

O gradiente de pressão entre os dois meios facilita a passagem do líquido do espaço intersticial para o interior dos capilares linfáticos, evitando a sua acumulação nos tecidos. (Espanha et al, 2001)

Este líquido assim que ultrapassa a barreira da parede do capilar linfático, passa a designar-se de linfa e é reencaminhado de novo para a corrente sanguínea. (Espanha et al, 2001)

Os capilares linfáticos estão distribuídos por todo o corpo excepto no sistema nervoso central e tecidos não vascularizados. (Espanha et al, 2001)

A sua estrutura interna é muito semelhante à das veias pois ambas possuem no seu interior válvulas que impedem o retrocesso da linfa e do sangue venoso, respectivamente. (Espanha et al, 2001)

A circulação linfática converge para dois vasos linfáticos principais: o canal linfático que drena o hemitórax direito, membro superior direito e metade direita da cabeça e pescoço terminando na veia subclávia direita; e o canal torácico, de maior diâmetro que o anterior que drena as restantes regiões corporais terminando na veia subclávia esquerda. (Espanha et al, 2001)

Ao longo do seu trajecto, os vasos linfáticos encontram várias estruturas glandulares denominadas gânglios linfáticos por onde a linfa tem de passar obrigatoriamente antes de regressar à circulação sanguínea. (Espanha et al, 2001)

Existem precisamente ao nível da axila, gânglios que drenam a linfa da zona torácica e membro superior ipsilateral. Durante a cirurgia para o Cancro da Mama, é normalmente necessária a remoção dos gânglios linfáticos axilares (total ou parcialmente) para que seja possível o despiste da existência de metástases. (Ogden, 2004)

Quando o sistema linfático é lesado devido a cirurgia ou radiação, a sua capacidade para absorver o excesso de líquidos e células do espaço intersticial fica reduzido. (Cohen, Payne & Tunkel, 2001)

Se a capacidade de transporte está reduzida, poderá ocorrer uma insuficiência do sistema linfático pois ele não tem a capacidade para drenar este aumento do aporte de líquidos. Este

processo pode desenvolver-se em semanas, meses ou mesmo anos após o tratamento para o cancro da mama. (Cohen et al, 2001)

O linfedema é então caracterizado pela concentração de proteínas causado por todos estes processos fisiopatológicos. As proteínas mantêm-se no espaço intersticial por muito tempo e elevam a pressão osmótica a um nível muito elevado fazendo com que o edema se mantenha. (Leduc, Leduc, Bourgeois & Belgrado, 1998)

O linfedema pode classificar-se segundo a sua origem em primário e secundário. O linfedema é primário quando resulta de defeitos congénitos do sistema linfático e é secundário quando é adquirido através da obstrução ou interrupção do fluxo linfático no sentido dos gânglios linfáticos, como no caso de cirurgia mamária. (Megens & Harris, 1998)

Este pode então ser considerado uma das sequelas principais e mais importantes do tratamento para o Cancro da Mama. (Cohen et al, 2001) e existem vários factores que facilitam o seu aparecimento.

Todas as situações que causem a sobrecarga do sistema linfático como sendo a fadiga muscular resultante do sobreuso do membro, a vasodilatação, o trauma local, a massagem vigorosa entre outros podem levar a utente a desenvolver linfedema. (Cohen et al, 2001)

Estas situações podem ser causadas muito facilmente aquando da realização de situações comuns e básicas do dia-a-dia. (Cohen et al, 2001)

Segundo Cohen et al (2001) o linfedema causa muitas vezes a sensação de dor que pode resultar do alongamento dos tecidos e segundo Gerber (1998) pode também limitar ocasionalmente a amplitude de movimentos.

Estudadas todas as complicações biológicas existe também um outro campo que pode ficar profundamente afectado por todas estas alterações corporais e do qual não nos podemos descurar. Os aspectos psicológicos constituem outro dos pontos da abordagem biopsicossocial que os fisioterapeutas devem seguir e como já está referido anteriormente, esta doença tem um grande impacto a este nível sobretudo pela imposição da alteração da imagem corporal e implicações ao nível da vida sexual.

Por definição, imagem corporal consiste na representação cognitiva e emocional que temos do nosso corpo. (Galhordas & Lima, 2004)

Segundo Price (1998) citado por Tapadinhas et al (2006) esta imagem corporal é uma imagem mental que envolve quatro dimensões: a percepção que a pessoa tem do seu corpo; a forma como o indivíduo pensa sobre o seu próprio corpo; a forma como apresenta o seu corpo aos outros e a satisfação que sente face à sua própria aparência.

O corpo tem uma série de funções cruciais para o bom funcionamento da saúde mental e para a vida relacional. É um veículo de relação e comunicação da pessoa consigo própria e com o mundo. (Shilder, 1981 citado por Galhordas et al, 2004)

Como tal, perante uma incapacidade física a maneira psicológica de agir depende sobretudo do indivíduo. (Oliveira, 2000 citado por Galhordas et al, 2004)

No entanto, e de uma forma geral a instalação do handicap torna-se central na vida do indivíduo. (Rybarczyk & Behel, 2004; Galhordas et al, 2004). Este vai dividir a sua pessoa por dois momentos distintos: o antes e o depois. A pessoa compara necessariamente aquilo que foi outrora com o que é actualmente. (Pierre, 1998 citado por Galhordas et al, 2004)

A instalação do handicap pressupõe novas aprendizagens em domínios corporais, sexuais, psicoafectivos, familiares, profissionais, sociais, entre outros. (Galhordas et al, 2004)

Podem ser encontradas algumas reacções psicológicas como negação, luto, depressão, raiva, impulsividade, egocentrismo e frustração como forma de rejeição do handicap. (Cardoso, 1998 citado por Galhordas et al, 2004)

Quando ocorre uma lesão corporal, quer seja a perda de uma parte do corpo ou de funções do mesmo, existe na maioria das vezes uma alteração da imagem corporal, que se associa muitas vezes a sentimentos de tristeza e desvalorização do indivíduo. (Galhordas et al, 2004)

Segundo Ballone (2002) citado por Tapadinhas (2004) algumas pessoas parecem não saber gerir o processo de doença, e em cerca de 25% dos casos, acabam por sofrer de depressão mais ou menos grave, sobretudo quando se fala em doenças com o impacto do cancro.

Como referido anteriormente, segundo Petronis et al (2003) citado por Tapadinhas (2006) o cancro assume ainda hoje uma acentuada fonte de sofrimento psicológico ainda para mais quando se localiza na mama que é o órgão que representa, por excelência, a identidade e maturidade feminina, a sexualidade, atractividade, amamentação e maternidade.

Independentemente da idade, as mulheres dão muito mais importância à imagem corporal do que os homens (Striegel-Moore & Fanko, 2004) e por esta razão a perda de uma mama pode para algumas mulheres induzir consequências negativas na imagem corporal e auto-conceito. (Pickler & Winterwood, 2003 citados por Tapadinhas et al, 2006)

A mastectomia, não só altera a imagem corporal como também provoca a desfiguração do corpo na medida em que provoca alterações na pele e o aparecimento das cicatrizes. (Tapadinhas et al, 2006) Posteriormente associado a si, a mastectomia pode acabar por causar a formação do linfedema que também altera a imagem corporal da pessoa na medida em que a

acumulação de líquidos na extremidade do membro faz aumentar o seu volume. (Megens & Harris, 1998)

O Linfedema pode ainda dar uma sensação de peso e desconforto no membro envolvido, dificultando a função e levando à insatisfação na aparência. (Megens & Harris, 1998)

O facto de uma mulher ter sido submetida a uma mastectomia, e de se ter formado posteriormente linfedema no membro superior pode, impedir-lhe o uso de certo tipo de roupas bem como o uso de pulseiras, relógios ou outros adereços no membro que está afectado. (Gerber, 1998)

Para as mulheres para quem a aparência é muito investida, todos estes aspectos assumem um grande impacto nas suas vidas. (Romanek et al, 2005 citados por Tapadinhas et al, 2006)

Por outro lado o tema da sexualidade também pode sofrer algumas alterações. (Romanek et al, 2005 citados por Tapadinhas et al, 2006)

Na opinião de Dias et al (2001) citado por Ramos e Patrão (2005) as preocupações pessoais da doente e o impacto na sua auto-imagem centram-se essencialmente no receio de comprometer a relação conjugal e a sua sexualidade. As perdas associadas à cirurgia terão, de acordo com Pereira e Mestre (1997) citados por Ramos et al (2005) um impacto grave na vida relacional da mulher que sofre de cancro da mama.

Em controvérsia, surgem algumas investigações que revelam que a maioria dos casais apresenta um bom ajustamento marital após o diagnóstico de cancro, ocorrendo mesmo para alguns uma melhoria na qualidade geral do seu relacionamento (Lichtman et al, 2000 citados por Ramos et al, 2005)

Dias et al (2001) citados por Ramos et al (2005) consideram que na maioria dos casos a doença oncológica fortalece a relação conjugal no que toca à comunicação e à intimidade.

Por último, é necessário também dar a devida importância aos aspectos sociais. Perceber de que modo foi afectado o ambiente onde a utente se insere representa também um momento de grande importância em todo o processo de reabilitação. É importante saber se a utente apesar da sua condição se encontra inserida na sociedade ou se pelo contrário depende dela, se os seus laços de amizade se mantêm ou se têm vindo a diminuir cada vez mais.

Comecemos então por perceber o impacto que o Cancro da Mama causa no seio familiar em que a doente se insere.

Em primeiro lugar é importante salientar que as investigações realizadas nos últimos anos acerca deste tema se centram demasiadamente na doença tentando sobretudo perceber a etiologia do Cancro e as estratégias de adaptação à doença por parte do indivíduo, descurando o impacto causado também ao nível familiar. (Schmaling & Sher, 2000 citados por Dias et al, 2001)

É preciso ter a noção que apesar de ser apenas um dos elementos a sofrer desta doença, todo o núcleo familiar fica afectado sendo por esta mesma razão, denominados por Rait e Lederberg (1989) citados por Dias et al (2001) como “pacientes de segunda ordem”.

Nesta linha de pensamento, Dias et al (2001) considera que os membros da família constituem alicerces indestrutíveis no suporte psicossocial sendo verdadeiros aliados da doente durante todo o processo.

É na família que a doente tenta encontrar subsistência emocional para conseguir ajustar-se à doença. (Dorval, Maunsell, Taylor-Brown & Kilpratich, 1999 citados por Dias et al, 2001)

A família é tanto mais afectada quanto maior for a sua percepção de impotência face à doença e as alterações emocionais a que está exposta contribuem para um aumento ou diminuição dos seus níveis de stress. (Dias et al, 2001)

Por vezes, numa tentativa de “superprotecção” da mulher e da própria família, algumas pessoas optam por reduzir a comunicação, e isto a longo prazo acaba por se repercutir em efeitos negativos. A doente acaba por ter receio de demonstrar as suas preocupações gerando desta forma um clima de desconfiança entre o casal. (D’Haese et al, 2000 citados por Dias et al, 2001)

A doente oncológica e o cônjuge partilham ambos de preocupações pessoais. A primeira preocupa-se essencialmente com os aspectos financeiros que poderão decorrer da sua situação laboral enquanto que o segundo experimenta preocupações existenciais, de medo da doença oncológica, medo das alterações emocionais e restrições das actividades e sobretudo da morte da mulher. (Dias et al, 2000)

A família alargada e os amigos dão à doente e à sua família um importante suporte, tanto a nível da organização do espaço familiar como na prestação de cuidados. (Primomo, 1997 citado por Dias et al, 2001)

Capítulo III

Em Busca da Funcionalidade...

Uma vez concluída a revisão da literatura existente sobre o tema, o meu objectivo agora, era sobretudo hierarquizar os problemas referidos pela D. Luísa e avaliar qual o grau de funcionalidade que tinha.

No fim desta pesquisa, consegui perceber que de facto desde o diagnóstico e ao longo de todo o processo de tratamento estes doentes atravessam um período muito atribulado.

Eu via agora a D. Luísa com outros olhos, talvez até porque nesta altura eu já conseguia percebê-la melhor. O facto de me encontrar mais à vontade com o tema também contribuiu bastante para me sentir mais confiante.

Alguns dias se passaram entretanto e uma das vezes em que chegava após a minha pausa da manhã, mal entro na porta do serviço encontro a D. Luísa que entretanto aguardava pela sua vez.

Assim que me viu, cumprimentou-me e esboçou um sorriso. De seguida, encaminhou-se até a salinha do fundo, entrou e fechou a porta.

Após algum tempo, dirigi-me até à sala e entrei...A D. Luísa tinha-se preparado entretanto para começarmos.

Apesar de ter já toda a teoria estruturada na minha mente, passá-la para a prática não era tarefa fácil!

Expliquei-lhe os procedimentos que tinha planeado para aquele dia e qual a sua importância. A D. Luísa percebeu que os testes e medidas que eu faria dali em diante serviriam para posteriormente construir um plano de tratamento adequado ao seu caso específico.

Concordou, apesar de ter demonstrado alguma impaciência pois eu já não era a primeira estagiária que a submetia a todo este processo de recolha de dados.

Apesar disso, iniciei o exame.

Segundo o que tinha planeado, a minha avaliação seria primeiramente efectuada às alterações biológicas, aquelas que eram para mim as mais facilmente observáveis. Faria primeiramente uma avaliação geral de todos os sistemas e passaria depois então aos testes e medidas propriamente ditos.

Através do exame subjectivo, eu tinha já percebido que o principal problema da D. Luísa era não conseguir desempenhar as tarefas domésticas. Agora tinha era de perceber, a que se devia este facto.

Para isso teria de avaliar que sequelas tinham resultado da cirurgia. Teria de medir a perimetria do edema, avaliar as amplitudes articulares, objectivar a dor e palpar o estado das cicatrizes. Só depois poderia entender, a que se devia aquela limitação.

O sistema cardiovascular encontrava-se comprometido devido à medicação tomada pela utente. Não apresentava nenhuma disfunção ao nível deste sistema, apenas eram referidos pela utente alguns episódios de arritmia, mas para esse efeito realizava exames regularmente (cerca de seis vezes por ano) de modo a que pudesse haver um controlo da situação.

Ao avaliar o sistema tegumentar, notei que a pele tem uma coloração normal, com um elevado número de sinais. O seu membro superior esquerdo estava edemaciado e apresentava três cicatrizes localizadas acima da região do hipocôndrio esquerdo.

Os sistemas neurológico e respiratório não apresentam alterações e quanto ao sistema músculo-esquelético apresenta uma diminuição das amplitudes articulares activas do ombro esquerdo, mantendo uma força muscular normal.

Posto isto, era necessária uma avaliação mais detalhada.

Quanto à forma como se deve processar a medição do perímetro do edema, foram encontradas duas opiniões distintas de diferentes autores: segundo Gerber (1998) a medição dos perímetros deve ser realizada em três pontos: ao nível do olecrâneo, ao nível da apófise estilóide do rádio e sobre as articulações metacarpofalângicas; contrariamente a este autor e segundo Harris, Hugi, Olivotto e Levine (2001) era necessário controlar a perimetria do edema em quatro pontos: ao nível das articulações metacarpofalângicas, no punho, 10cm abaixo do epicôndilo e 15cm acima do epicôndilo.

No entanto, eu decidi seguir as indicações dadas pela minha educadora clínica e realizei medições em seis zonas diferentes: ao nível da axila, 10 cm abaixo da axila, na articulação do cotovelo, 10 cm abaixo do cotovelo, sobre a articulação do punho e sobre a transcárpica (distância que vai desde a base do 5º metatarso até à apófise estilóide do rádio).

A medição do edema era importante sobretudo para que eu pudesse controlar o seu comportamento no desenrolar da intervenção, de forma a conseguir perceber posteriormente se este tinha diminuído ou não.

A utente apresentava nessa altura, nos seis pontos de medição a diferença de 1 cm a mais nos perímetros do membro superior esquerdo, com excepção da articulação do cotovelo que

apresentava mais 2 cm que o cotovelo direito e a articulação do punho que apresentava 1,5 cm a mais relativamente ao punho direito.

Pode notar-se que o linfedema é evidente desde a raiz do membro superior esquerdo até à mão.

As amplitudes articulares foram testadas porque poderiam estar comprometidas devido à cirurgia. Testei os movimentos de flexão/extensão, abdução/adução e rotação interna e externa da articulação do ombro, flexão/extensão do cotovelo e flexão/extensão, desvio radial/desvio cubital do punho. A força muscular também foi testada para os grupos musculares responsáveis pelos movimentos fisiológicos acima descritos.

As amplitudes medidas foram as esperadas na sua maioria excepto no movimento de abdução do ombro que foi de 160°, rotação interna com 50° e rotação externa com 85°; ao nível do cotovelo, a amplitude obtida para a flexão foi de 135° e ao nível do punho obteve 65°, 15° e 30° nos movimentos de flexão, desvio radial e desvio cubital, respectivamente.

No entanto, e apesar dos graus de amplitude articular terem valores considerados normais segundo a nomenclatura de Kendal e McCreary (2005), cada pessoa tem os seus próprios valores para a amplitude de movimentos das suas articulações.

Como tal, tive de comparar as amplitudes que obtive nas articulações do membro superior esquerdo com as amplitudes obtidas no membro superior direito. Só posteriormente poderia concluir se existia ou não, uma verdadeira diminuição dos valores.

Então quando comparadas com o membro superior direito, obtive para a abdução do ombro uma amplitude de 180°, para a rotação interna e rotação externa os valores obtidos foram 50° e 80°, respectivamente. A flexão realizada pelo cotovelo direito era de 140° e o punho direito realizava 50° de flexão, 10° de desvio radial e 30° de desvio cubital.

Como forma de conclusão, pude observar que as amplitudes que estavam verdadeiramente diminuídas eram as de abdução do ombro esquerdo, flexão do cotovelo esquerdo, desvio radial do punho esquerdo, pois as restantes correspondem e estão de acordo com os graus de amplitude considerados normais para a D. Luísa.

Era preciso notar que esta diminuição das amplitudes articulares, excepto a de abdução do ombro, poderia dever-se e provavelmente dever-se-iam ao edema presente no membro superior esquerdo que provocava um end-feel mole entre as estruturas.

Até esta altura, a avaliação dos sinais presentes na D. Luísa corria da melhor forma. Mas, eis que chegou a altura de avaliar o estado das cicatrizes...

Mais uma vez, o meu receio apareceu. Até agora, a zona que esteve a ser observada e medida era uma zona corporal que normalmente está exposta. O membro superior, por mais

alterações que tenha, é um membro que se pode tapar através da roupa mas que não se consegue esconder aos olhos das pessoas.

Mas, agora eu ia avaliar uma outra zona, mais íntima e que está sempre coberta de roupa. Uma zona que a D. Luísa só mostra aos demais apenas por opção própria. Eu precisava de medir e palpar as suas cicatrizes para perceber a sua aderência aos tecidos profundos, mas tinha receio de começar.

Comecei por observa-las apenas, e esse facto, felizmente fez com que a D.Luísa percebesse o meu interesse nas suas cicatrizes e então começou ela própria a tocar-lhes.

Eu pedi permissão para as medir e a utente concordou.

A D. Luísa apresentava três cicatrizes na zona do tronco que antigamente era ocupada pela mama esquerda. A cicatriz maior estava horizontalizada e media 16,5 cm, outra das cicatrizes que media cerca de 3cm, estava localizada junto desta primeira formando um ângulo com a sua extremidade. A última cicatriz estava localizada na zona da axila medindo aproximadamente 5,5cm de comprimento.

Depois da medição realizei a palpação. As suturas estavam já cicatrizadas e sem aderências ao tecidos subjacentes. Isto levou-me a concluir que, estando as cicatrizes neste estado, estas não causam limitações na mobilidade do membro superior esquerdo.

Por último era preciso focar a minha atenção na dor. Tinha de perceber a sua localização exacta e o seu comportamento durante as 24 horas do dia percebendo que factores a agravavam ou aliviavam. E tinha sobretudo de perceber se esta causava diminuição da mobilidade.

Então, a primeira dor a caracterizar foi a que era sentida no antebraço e mão esquerdos e ao longo do trajecto do músculo extensor do 4º e 5º dedos.

Quanto ao comportamento esta dor não era constante, ou seja não estava sempre presente ao longo de todo o dia. Exacerbava-se com o movimento e diminuía a sua intensidade em repouso.

Utilizando a Escala Visual Análoga (EVA) para a quantificar, a pontuação dada pela D. Luísa foi igual a quatro. Esta escala tem um score de 0 a 10 e a dor é tanto maior quanto mais elevada for a pontuação dada pela utente.

Em relação às disfunções resultantes do tratamento para o cancro da mama eu tinha já avaliado todos os aspectos que tinha planeado. Teria de passar agora à avaliação dos sintomas referidos pela D. Luísa em relação à lesão ocorrida aquando da fractura da última costela esquerda.

O único sintoma sentido era a dor. Esta era mais evidente na zona da última costela esquerda, irradiando-se para a região lombar, zona glútea e membro inferior direito.

Esta dor estava presente durante todo o dia com uma intensidade constante, no entanto, diminuía de intensidade após cada tratamento de fisioterapia. A D. Luísa comparava esta dor a uma brasa que ali estava localizada, a queimá-la constantemente (sic).

Ao longo do dia exacerba-se com o movimento especialmente durante esforços e abrandava com o repouso, perturbando por vezes o sono durante a noite.

Na escala de EVA, a pontuação atribuída pela D. Luísa para quantificar esta dor é de dois valores.

Estava concluído por hoje, o exame objectivo. Era preciso ter a noção que os tratamentos da D. Luísa são por si só bastante longos, e estes últimos dias tinham sido particularmente cansativos porque a mesma sessão tinha de ser dividida pela realização das avaliações e pelo tempo de intervenção.

Então optei por ficar por ali! Decidi que o melhor a fazer era pegar em toda a informação já recolhida, que a meu ver era bastante, olhá-la e interpretá-la com atenção.

Mais uma vez, ao chegar a casa, depois de organizar tudo o que tinha recolhido e organizar todos os dados, senti necessidade de realizar uma nova pesquisa, mas desta vez com o objectivo de encontrar escalas de avaliação que se pudessem aplicar à D. Luísa de modo a quantificar o seu desempenho funcional na realização de AVD's e tarefas domésticas.

Eu tinha já concluído a avaliação biológica através dos sintomas descritos pela utente e dos sinais observáveis por mim. Mas isso não era o suficiente... Eu precisava agora de saber que actividades funcionais se mantinham. Precisava de saber que actividades conseguia a D. Luísa desempenhar apesar da sua condição actual.

Quer isto dizer, será que apesar das limitações que estavam presentes a D. Luísa conseguia vestir-se sozinha? Conseguiu tomar banho autonomamente? Era capaz de cozinhar ou conduzir? Conseguiu transportar sacos de compras do supermercado até sua casa?

Estes eram os aspectos que realmente interessavam, e podiam ser de facto medidos e quantificados através desses instrumentos de medida.

Então ao ler mais detalhadamente as escalas que a educadora clínica me tinha fornecido no segundo dia de estágio, encontrei três cuja aplicação era pertinente para o caso da D. Luísa.

A versão portuguesa do “Health Assessment Questionnaire” (HAQ) iria medir com que grau de dificuldade a D. Luísa realiza as suas Actividades Básicas da Vida Diária (ABVD'S); a escala “Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand” (DASH) que pretende conhecer os sintomas sentidos pela utente bem como a sua capacidade para desempenhar determinadas actividades que necessitem do membro superior e o

“Questionário do Estado de Saúde” (SF – 36v2) que pretende avaliar exactamente o estado de saúde sentido e descrito pelo próprio indivíduo.

Para já estes três instrumentos de medida, eram suficientes para a abordagem que eu queria agora efectuar.

Pensava eu que a parte mais aborrecida do exame objectivo, já tinha acontecido. Agora seriam só umas questões de resposta simples e rápida a que a D. Luísa tinha de responder para que eu pudesse aplicar os três instrumentos seleccionados.

A realização dos exames subjectivo e objectivo, são por norma um pouco difíceis de concretizar. Especialmente porque pressupõem a realização de várias perguntas, algumas delas até bastante íntimas, e alguns testes e medições que se podem tornar um pouco cansativos. Por isso mesmo os utentes apresentam por vezes alguma relutância em responder e colaborar.

Em certas alturas, durante a aplicação de escalas e devido ao facto de provavelmente já terem sido tratados por outros alunos estagiários, o utente sabe já qual é a pergunta que se segue, melhor do que o próprio fisioterapeuta.

Eu sabia disso, mas na altura em que pedi permissão à D. Luísa pensei que a reacção dela talvez fosse diferente. Ela não se negou, é um facto, mas mostrou uma certa contrariedade... acabando no final por concordar.

Comecei então por aplicar a escala DASH (anexo A). Depois das limitações encontradas quando realizei a goniometria, queria perceber de que modo estas poderiam ou não interferir nas actividades funcionais da utente. Este instrumento consegue avaliar o grau de Incapacidade para realizar tarefas básicas do dia-a-dia em casa. Avalia 30 itens ao atribuir a cada um deles um valor que varia de 1 a 5, sendo que 1 significa que não existe nenhuma dificuldade e 5 significa que se é incapaz. O score máximo possível é de 100 pontos sendo que o grau de incapacidade é tanto maior quanto maior for o score obtido.

O score total obtido pela utente foi de 43,75 pontos. Este significa que a D. Luísa se sente incapaz de realizar essencialmente actividades do tipo: abrir um frasco com tampa bem fechada, abrir e empurrar uma porta bem fechada, colocar um objecto numa prateleira acima da cabeça, carregar um saco de compras ou uma pasta e carregar um objecto com um peso superior a 5kg. Para além destas a D. Luísa sentia-se também incapaz de realizar actividades de lazer que exigissem alguma força ou provocassem algum impacto no braço, ombro ou mão esquerdos bem como actividades de lazer nas quais tivesse de movimentar o membro superior esquerdo livremente.

De seguida passamos imediatamente à aplicação da escala HAQ (anexo B). Este instrumento avalia o desempenho das AVD's divididas em oito campos distintos formando um

total de 20 actividades avaliadas. Cada actividade pode ser avaliada por uma escala que varia de 0 a 3 valores. O valor máximo obtido nesta escala é 3 sendo que quanto maior for o score obtido, maior é o grau de Incapacidade do utente.

Mais um esforço e a D. Luísa acabou por me responder às questões que este instrumento coloca. Aqui obtive o score 1,375. Este valor revela que a D. Luísa se mostrava capaz de desempenhar sem dificuldade ou com alguma dificuldade a maior parte das AVD's. Era capaz de se arranjar (vestir e despir), de se levantar (de uma cadeira e da cama), de comer (cortar alimentos, abrir pacotes e levar um copo à boca), de andar (caminhar fora de casa e subir degraus) e de realizar a sua higiene pessoal (tomar banho e levantar-se/sentar-se na sanita). Realizava com muita dificuldade as actividades de pegar em objectos (abrir e fechar portas, abrir e fechar frascos e torneiras), de realizar actividades (fazer compras, realizar a lida da casa) mostrando-se apenas incapaz de alcançar e trazer até si um objecto de 2,5 kg colocado numa prateleira acima da cabeça.

Faltava agora só mais um questionário, o último! Sentia a D. Luísa já um pouco cansada e eu confesso que também já me sentia assim...

Se os dois instrumentos anteriores até tinham corrido de forma normal, deste já não se pode dizer o mesmo...

Mal coloquei a primeira pergunta do SF-36 (anexo C): “ Em geral, diria que a sua saúde é: Óptima, Muito Boa, Boa, Razoável ou Fraca?” a D. Luísa começou novamente a chorar!

Eu fiquei novamente sem saber como agir, o que dizer e ainda menos o que havia de pensar.

De novo, a minha primeira reacção foi tentar acalmá-la e depois pensei que o melhor seria ficarmos por ali. Talvez eu estivesse a exigir muito da D. Luísa. Ela estava fragilizada a nível psicológico, e eu tinha-a feito recordar alguns dos seus principais problemas. Mas, a D. Luísa insistiu para continuarmos. Eu expliquei que não haveria qualquer problema ao adiar as perguntas para o dia seguinte, mas a D. Luísa insistiu...

Continuamos então... cada pergunta que se seguia parecia mais um espinho que se cravava na D. Luísa, magoando-a. E ao longo de todo o questionário ela continuou sempre a chorar...

Hoje arrependo-me de não ter dito Basta! e ter realmente adiado o resto do questionário para o dia seguinte.

No final, não foi possível calcular o score deste instrumento, porque era desconhecido para mim. No entanto, ele revela de uma forma muito generalizada que a D. Luísa considera a

sua saúde fraca e quando compara o seu estado geral actual com o estado em que se encontrava há cerca de uma ano atrás considera-se muito pior.

Quando acabou o tratamento, a D. Luísa parecia até aliviada! Já não chorava, e estava até já a falar comigo de outros assuntos. Eu é que não conseguia tirar aquela imagem da minha cabeça. Eu tinha-a feito chorar, mas chorar muito sentidamente!!!

No fim da sessão, decidi falar com a educadora clínica. Precisava de lhe contar tudo o que tinha acabado de se passar naquela sala e precisava sobretudo de saber se a minha atitude era reprovável !!!

Depois de conversar com a fisioterapeuta fiquei muito mais descansada. Na sua opinião, sempre que a D. Luísa sentisse vontade de chorar ou desabafar eu não devia impedi-la.

Afinal eu estava ali para tentarmos em conjunto resolver as suas disfunções e apesar da minha intervenção não poder ajudar muito nos seus problemas psicológicos eu tinha o dever de ouvir a minha doente. Tinha o dever de ouvir tudo o que ela tivesse para me dizer e até poderia daí retirar algumas conclusões que fossem úteis para mim.

Até então eu não tinha ainda pensado muito sobre nisso, mas realmente, o seu estado bastante depressivo poderia constituir um factor ainda mais Incapacitante do que propriamente as limitações que eu tinha observado a nível físico.

Para que eu pudesse perceber melhor, toda esta questão psicológica a fisioterapeuta forneceu-me um Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (anexo D) para aplicar à D. Luísa.

O cálculo da pontuação obtida nesta escala era desconhecido tanto para mim como no local de estágio, mas mesmo assim achei importante aplicar o questionário pois assim poderia ficar com um registo que mais tarde, na altura das reavaliações me permitiria uma comparação entre os dois momentos.

Mais uma vez, foi bastante complicado a aplicação da escala à D. Luísa. Tudo se processou da mesma maneira. Foi mais um dia de choro e sofrimento pelo qual a utente teve de passar, a única coisa diferente era a minha atitude.

Sentia alguma compaixão pela D. Luísa por estar a assistir a todo o sofrimento pelo qual ela estava a passar, mas por outro lado sentia-me segura pois sabia que não a estava a prejudicar.

E novamente no final, a D. Luísa me pareceu mais aliviada...
Para terminar o exame objectivo, faltava-me apenas algo que quantificasse as restrições sociais que condicionavam a D. Luísa. Infelizmente, não consegui obter nenhum instrumento de avaliação que me permitisse medir e avaliar esse campo. Então tive de tentar perceber em que situação se encontrava a D. Luísa relativamente à família e à sociedade.

Após várias conversas estabelecidas com a utente percebi que o seu ambiente familiar não era dos mais favoráveis. Não porque o seu marido ou o seu filho não a apoiassem, nada disso! Apenas porque se tinha instalado naquela casa um clima de grande tensão.

Como já referi anteriormente, o principal problema da D. Luísa era não poder ser ela actualmente a orientar e tomar conta da sua própria casa. Este aspecto representava para ela um problema terrível, contrariamente ao seu filho e ao seu marido que achavam que esta situação era bastante fácil de contornar.

Tentavam fazer-lhe ver que não havia qualquer problema com o facto de ela não ser capaz de realizar algumas tarefas domésticas, ainda para mais tendo a colaboração de uma senhora que tinha sido contratada exactamente para garantir a limpeza da habitação.

A D. Luísa não via as coisas desta forma e por isso mesmo se instalavam várias vezes bastantes conflitos lá em casa.

Certo dia, a utente chegou mesmo a dizer-me que achava que o seu marido não tinha a verdadeira noção da sua doença.

No meu ponto de vista, o seu filho e o seu marido apenas queriam tirar-lhe o peso da sua incapacidade fazendo-lhe ver que o facto de ela não conseguir realizar algumas tarefas, não tinha para eles importância absolutamente nenhuma.

Quanto à sua posição na sociedade, a D. Luísa não reunia neste momento o nível de funcionalidade necessário para trabalhar, porque para desempenhar a sua actividade profissional necessitava muito da função dos membros superiores. Deste modo, não constituía uma fonte de rendimento mas sim uma fonte de despesa para a sociedade.

Quanto aos seus laços de amizade, pode dizer-se que vieram a diminuir ao longo do tempo, sendo que naquela altura a D. Luísa não mantinha relações de convívio com nenhum dos seus amigos.

Capítulo IV

A construção do Raciocínio.

A informação já tinha sido recolhida! (Apêndice A) A partir de agora era tudo uma questão de organização.

A OMS criou em 2006 um modelo de gestão de utente que orienta o profissional na sua intervenção. Este modelo divide o processo de intervenção em seis fases contíguas, para organizar a recolha de informação e tratamento dos dados. (Hall & Brody, 2001)

Na universidade sempre fomos incentivados para utilizar este modelo, e como tal também desta vez eu o iria seguir. Neste momento tinha dado já os dois primeiros passos que correspondem respectivamente ao Exame e Avaliação. O passo seguinte seria a realização do Diagnóstico que no meu caso seria o Diagnóstico em Fisioterapia.

Para facilitar a nossa compreensão, a informação recolhida pode ser facilmente organizada e estruturada através de um quadro também criado pela OMS que aparece no seguimento da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICF).

Este quadro tem o nome de Rehabilitation Problem Solving Form (RPSform) e divide-se em duas perspectivas distintas: na perspectiva do utente, em primeiro lugar e seguidamente na perspectiva do Fisioterapeuta.

Por sua vez, estas perspectivas assentam sobre a visão que cada um tem acerca das estruturas e funções do corpo do utente e sobre a capacidade de desempenho das suas Actividades e da sua Participação.

A perspectiva do utente pode ser realizada logo após a conclusão do exame subjectivo, sendo completada posteriormente a perspectiva do fisioterapeuta com base nas informações recolhidas no exame objectivo.

Então, vendo as coisas desta forma teríamos na perspectiva da utente as seguintes citações respeitantes às estruturas e funções do seu corpo: “Sinto um grande peso no braço”, “É uma dor que me vai até aos dedos”, “Desde que parti a costela, que tenho umas dores aqui que vão até à anca”, “ Parece que tenho aqui uma brasa”, “Eu não tenho saúde nenhuma”, “Parece que estou cada vez pior”.

Na perspectiva do fisioterapeuta teríamos sobre estes tópicos informações como: Edema linfático no membro superior esquerdo evidente desde a raiz do membro até à mão. Diminuição das amplitudes articulares de abdução do ombro esquerdo (160°), flexão do cotovelo esquerdo

(135°) e desvio radial do punho esquerdo (15°). Força muscular normal em todos os grupos musculares do membro superior esquerdo. Sensação de dor no antebraço esquerdo com pontuação quatro na EVA e na zona correspondente à última costela direita com pontuação dois na EVA.

Escala DASH com uma pontuação de 43,75 e Inventário para avaliação clínica da depressão que mostra que a utente se encontra num estado bastante depressivo.

Quanto às actividades, na perspectiva do utente aparecem as seguintes citações: “Não consigo limpar a minha casa”, “Tenho tudo por limpar, tudo por arrumar”, “Eu nunca vi a minha casa desta maneira”, “Tudo isto me enerva” enquanto que na perspectiva do fisioterapeuta conclui-se que, baseado na pontuação obtida no HAQ (1,375) que a condição actual da utente provoca-lhe algumas limitações ao nível das suas actividades, aumentando-lhe os níveis de stress e irritação.

Por último, para classificar a participação, as citações proferidas pela utente são: “Preciso de ajuda para tudo”, “Não tenho vontade de fazer compras”, “Não quero sair de casa”, “Passeio muito pouco”, “Às vezes nem conduzir me apetece”, “Não posso ir trabalhar”. Na perspectiva do fisioterapeuta, conclui-se que a condição actual da utente lhe provoca restrições ao nível da participação, pois a utente passa muito tempo isolada em casa, sem poder trabalhar.

Quanto aos factores contextuais podíamos classificar como facilitadores ambientais o auxílio prestado à utente por parte do filho e do marido e o trabalho realizado pela empregada na limpeza e arrumação da habitação e como barreira nos factores pessoais, o carácter bastante depressivo desta utente.

A informação estava já organizada e agora a elaboração do diagnóstico e a definição do Prognóstico seriam mais fáceis de realizar.

Assim sendo, a D. Luísa tinha como diagnóstico em Fisioterapia: Diminuição da Funcionalidade resultante de deficiências estruturais e funcionais, limitações na actividade e restrições na participação devidas a linfedema secundário no membro superior esquerdo com repercussões ao nível das amplitudes articulares do respectivo membro e sensação de dor no antebraço e mão.

O prognóstico divide-se em objectivos a curto, médio e longo prazo. Antes de qualquer raciocínio, era preciso ter presente que o meu principal objectivo seria acima de tudo o aumento da funcionalidade e a diminuição da incapacidade da utente. Neste caso e tendo por base os dados obtidos os objectivos a curto prazo eram essencialmente a diminuição na dor e diminuição dos níveis de ansiedade da utente.

Como objectivos a médio prazo, tínhamos a redução do edema com consequente aumento das amplitudes articulares e o ensino de procedimentos como forma de prevenção do aparecimento do linfedema.

Os objectivos a longo prazo visavam sobretudo o aumento da funcionalidade para uma consequente melhoria da qualidade de vida da utente e dos seus familiares.

Nesta altura, estava já capaz de definir um plano de tratamento adequado à D. Luísa.

No entanto, apesar de o fisioterapeuta poder ser considerado hoje em dia um profissional de primeiro contacto, e a fisioterapia ser uma profissão com autonomia, no CMR de Alcoitão o programa de intervenção é prescrito pelos médicos fisiatras, cabendo aos fisioterapeutas delinear, neste caso as parametrizações a utilizar nas modalidades de electroterapia e mecanoterapia bem como a forma como se processam os tratamentos.

A intervenção realizada à D. Luísa era composta por: modalidade de TENS no modo convencional de apenas um canal na região da última costela direita e Parafangoterapia na zona dorsal e lombar concomitantemente e com a duração de 30 minutos, drenagem linfática manual seguida de pressoterapia ao membro superior esquerdo a 20mmHg durante 60 minutos.

Para o alívio da dor do antebraço esquerdo, era colocada no final do tratamento uma banda elástica à D. Luísa que lhe limitasse a flexão do punho.

Aparte disto, havia a indicação para o uso de uma banda elástica compressiva durante o dia.

Segundo a literatura, o tratamento do linfedema é constituído por tratamentos conservadores (essencialmente os que são realizados em fisioterapia) e cirúrgicos. (Leduc, 1998)

O tratamento conservador não é de todo contraditório ao tratamento cirúrgico, este constitui apenas o primeiro passo do tratamento que pode ser prescrito à utente assim que esta apresenta os primeiros sinais de formação de linfedema. (Leduc, 1998)

A fisioterapia tem técnicas apropriadas para a resolução do edema linfático do membro superior. Estas técnicas não se limitam exclusivamente ao tratamento dos sintomas mas visam também a cura da condição. (Leduc, 1998)

De entre várias técnicas aprofundar-se-ão a Drenagem Linfática Manual (DLM) e a Pressoterapia.

A principal função da DLM quando realizada de modo normal é drenar os líquidos excedentes que envolvem as células, mantendo desta forma, o equilíbrio hídrico dos espaços intersticiais e evacuando os detritos provenientes do metabolismo celular. (Leduc, 2000)

Para uma realização correcta desta técnica é preciso conhecer e ter em conta dois aspectos vitais: o primeiro é que esta deve ser uma técnica adaptada a cada paciente e as regras

que o fisioterapeuta deve seguir são ditadas pelo próprio tratamento dependendo essencialmente do comportamento do edema e reacção do próprio utente e o segundo é que a manipulação tem de ser sempre superficial e extremamente leve. (Leduc, 1998)

Para além destes dois pontos vitais, é necessário que o manuseamento na DLM seja baseado no funcionamento do sistema linfático. (Cohen, 2001)

Esta técnica é normalmente eficaz para evacuar o edema pois esta estimula a reabsorção de proteínas. No entanto, é preciso ter a noção que esta técnica apenas se mostra eficaz se existirem ainda alguns gânglios linfáticos passíveis de serem activados. (Leduc, 1998)

Segundo Leduc (2000), a técnica de DLM deve facilitar essencialmente dois processos bastante diferentes que contribuem para a evacuação dos líquidos.

O primeiro processo é denominado de captação e é realizada pela rede de capilares linfáticos. A captação acontece como consequência do aumento local da pressão tecidual. Ambas são directamente proporcionais, ou seja o aumento da pressão leva a um aumento da captação dos capilares linfáticos. (Leduc, 2000)

O segundo processo consiste na evacuação, que é realizada longe da região filtrada, dos elementos captados pelos capilares. (Leduc, 2000)

De forma simplificada, a captação é realizada ao nível da filtração enquanto que a evacuação consiste na transferência dos líquidos captados para longe da zona de captação. (Leduc, 2000)

De modo particular, a DLM no membro superior deve ser realizada com o doente em decúbito dorsal, com o membro superior em abdução e em declive. (Leduc, 2000)

A drenagem deveria começar em situação normal pelos gânglios da pirâmide axilar, mas no caso de esvaziamento axilar, a técnica tem de ser iniciada ao nível do pescoço ou tronco e desse local ela progride desde uma posição proximal para uma posição distal. (Leduc, 2000)

Harris et al (2001) criaram as guidelines para o cuidado e tratamento do Linfedema resultante do cancro de mama com o objectivo de conceder informação e recomendações às mulheres e aos fisioterapeutas quando estes têm de tomar decisões acerca do manuseamento do linfedema resultante do cancro de mama. Neste artigo, a DLM aparece associada a outras técnicas como: cuidados de limpeza de pele, utilização de bandas multicamadas e realização de exercício.

Foi realizado por Anderson et al (2000) citado por Harris et al (2001) um estudo envolvendo 42 mulheres com linfedema cujo objectivo era comparar duas formas de intervenção para reduzir o linfedema: um grupo de mulheres realizava tratamento standard, enquanto um outro grupo de mulheres realizava DLM associada ao tratamento standard.

O tratamento standard incluía o uso de uma manga de compressão durante o dia, instrução para exercícios físicos, ensino de limpeza e cuidados com a pele e informação e recomendações acerca do linfedema.

Ambos os grupos obtiveram ao longo do tempo uma redução significativa no volume do membro, uma diminuição do desconforto sentido e um aumento da mobilidade.

Um outro estudo realizado por Johansson et al (1999) citado por Harris et al (2001) com 35 mulheres, comparou o uso de bandas de compressão associadas à DLM e o uso exclusivo de bandas de compressão para o tratamento do linfedema. Os resultados obtidos mostram que houve uma tendência para a redução do volume médio e estatisticamente houve uma diferença significativa na percentagem de redução do volume entre os dois grupos, ficando favorecido o grupo que realizou o tratamento combinado.

A Pressoterapia também denominada de Bombas de compressão pneumática é uma outra técnica realizada para o tratamento do linfedema. Esta actua essencialmente sobre o líquido intersticial facilitando a sua reabsorção pelas veias. (Leduc, 2000)

É uma técnica suave e realiza-se usando uma manga onde é colocado o membro no seu interior. Esta manga divide-se em várias câmaras que são insufláveis alternadamente desde a extremidade distal até à extremidade proximal do membro. As insuflações realizadas são sobrepostas permitindo deste modo um gradiente de pressão constante ao longo de todo o membro, no sentido de distal para proximal. (Leduc, 2000)

A pressão utilizada é baixa (< 40 mmHg) porque uma vez que o edema é superficial, esta actua sobre a rede linfo-venosa subcutânea. Existe sempre um tempo de repouso entre dois ciclos de compressão para permitir que haja reabsorção do líquido intersticial em excesso pelas veias. A duração total deste tratamento é de cerca de uma hora. (Leduc, 2000)

Nas “*guidelines*” criadas por Harris et al (2001), há referência a um estudo realizado por Dini et al (1998) com a colaboração de 80 mulheres com linfedema secundário após mastectomia, divididos por dois grupos: um grupo experimental cujo tratamento era composto exclusivamente por bombas de compressão pneumática (um ciclo de duas semanas com tratamentos diários com a duração de duas horas cada tratamento, seguido de cinco semanas de pausa, e novamente mais duas semanas de tratamento igual ao do primeiro ciclo) e um grupo de controlo que não realizava qualquer tratamento. Os resultados mostraram que a diminuição do perímetro do membro superior foi em média, quatro vezes maior no grupo experimental do que no grupo de controlo.

Um outro estudo realizado por Swedborg (1984) citado por Harris et al (2001) revelou que as bombas de compressão pneumática reduzem o edema linfático em mais 18% que as bandas de compressão elástica.

As duas técnicas acima descritas aparecem muitas vezes associadas.

Segundo Leduc (2000), quando o edema que existe é do tipo mole, a ordem de sucessão destas duas técnicas não tem grande relevância. Por outro lado, quando o membro está muito edemaciado e a pele pouco macia, deve começar-se pela pressoterapia só passando posteriormente à DLM.

No caso da D. Luísa, o seu edema era do tipo mole, por isso o tratamento iniciava-se pela DLM, seguida pela pressoterapia.

Quanto ao restante tratamento realizado à D. Luísa para a diminuição da dor resultante da fractura, existe indicação do uso da modalidade TENS e parafangoterapia.

TENS é a sigla utilizada para Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, que traduzido significa Neuroestimulação elétrica transcutânea. Como o próprio nome indica, é uma modalidade de electroterapia e é um método de estimulação da fibra nervosa aferente destinado a controlar a dor, quer seja esta aguda ou crónica. (Foley, 2001)

Esta é uma modalidade bastante utilizada hoje em dia para o tratamento de várias síndromes dolorosas encontradas em várias zonas corporais. Tem diferentes modos de utilização que diferem sobretudo na parametrização (amplitude, frequência e duração do impulso). (Foley, 2001)

A sua eficácia pode ser maximizada utilizando-se uma abordagem individualizada quanto à avaliação do paciente, uma escolha adequada da parametrização a utilizar e uma colocação acertada dos eléctrodos. (Foley, 2001)

A escolha da parametrização adequada vai depender sobretudo do tipo de dor do paciente. (Foley, 2001)

No caso da D. Luísa, a sua dor já era considerada crónica, pois esta existia desde há 2 meses. O objectivo desta modalidade nesta utente era o alívio da dor.

A TENS no modo convencional baseia-se na Teoria do Portão de Wall e Melzack que defende que quando ocorre uma lesão, a informação dolorosa sobre as alterações ocorridas ao nível da pele são transmitidas pelas terminações nervosas livres (nociceptores) até ao sistema nervoso central. (Foley, 2001)

A informação é conduzida através dos nervos periféricos aferentes, incluindo as fibras dolorosas C e A-delta de pequeno diâmetro, que entram no corno dorsal da medula espinhal e fazem sinapses com as várias lâminas lá existentes. Entre essas lâminas destaca-se a lâmina V

que contém na sua constituição células de transmissão (células T) que são responsáveis pela condução da informação desde a medula espinhal até aos centros superiores. Aí a informação é decodificada podendo desencadear-se respostas autónomas ou a percepção de dor. (Foley, 2001)

Por outro lado o input dos mecanorreceptores é transportado até ao corno dorsal da medula pelas fibras A-beta e A-gama de grande diâmetro. No corno dorsal da medula estas sinapsam também com várias lâminas, incluindo a substância gelatinosa (SG) e lâminas II e III. (Foley, 2001)

Os ramos centrais dos axónios das fibras mielinizadas excitam as células da SG e os interneurónios da SG, por sua vez inibem as células T das fibras da dor, fazendo “fechar o portão” interrompendo desta forma a sensação de dor. Os interneurónios que fecham o portão envolvem uma variedade de processos neuroquímicos inibitórios. (Foley, 2001)

A TENS no modo convencional activa as fibras nervosas de grande diâmetro, modulando a dor através de um mecanismo de passagem de uma substância neuroquímica. (Foley, 2001)

Por último, a utilização de parafangoterapia era aplicada à D. Luísa principalmente com o objectivo de promover relaxamento muscular à zona lombar e dorsal.

Por vezes, na presença de dor, a pessoa acaba por adquirir posturas que lhe permitam uma protecção à exacerbação da dor. Isto implica um desequilíbrio da tensão muscular ideal quando se mantém uma postura correcta.

O calor está indicado para esse efeito. Visa o relaxamento muscular dos músculos lombares neste caso, que sofrem um aumento da tensão provocado pelas posturas anti-álgicas.

Por tudo isto, que foi exposto anteriormente, pode-se constatar que o plano de tratamento está de facto de acordo com a evidência. Isto veio a ser comprovado quando chegou a altura das reavaliações.

Como já referi, o edema da D. Luísa era mole, pelo que segundo a literatura deve-se iniciar a intervenção realizando DLM seguida de Pressoterapia. Pois deste modo, o líquido intersticial em excesso era drenado sendo depois mais facilmente reabsorvido pelo sistema de captação venoso.

Sem qualquer medição objectiva, era visível a diminuição do edema tratamento após tratamento.

Por sua vez, a dor sentida na zona da última costela direita também diminuía a sua intensidade ao longo do tempo, porque segundo a literatura o TENS no modo convencional confere ao utente alguma analgesia que diminui os sintomas.

Passadas algumas semanas, tinha chegado a altura de realizar novas medições. Nesta fase a nossa relação já era de grande proximidade e eu já não tinha grandes problemas em pedir o que quer que fosse à D. Luísa.

Este facto fez com que a reavaliação fosse realizada de uma forma muito mais simples e rápida.

De uma forma geral, observei uma melhoria da condição de saúde da utente. O edema diminuiu, assim como a sensação de dor tanto no antebraço esquerdo como na zona da última costela direita.

Pude concluir então que tinha ocorrido uma melhoria ao nível das estruturas e funções do corpo. Esta melhoria deveria ter diminuído as limitações sentidas no desempenho das actividades bem como as restrições ao nível da participação. No entanto, isso não era confirmado pela utente.

A D. Luísa mantinha as queixas quanto ao desempenho das actividades funcionais. Continuava a referir que tinha bastante dificuldade em realizar as tarefas domésticas e apesar de ter melhorado fisicamente continuava a não querer sair para passear ou para estar com os amigos.

Até mesmo os scores obtidos nas escalas mantiveram-se com valores aproximados aos iniciais, contudo o resultado obtido no HAQ foi ligeiramente inferior. Este facto, leva-me a concluir que talvez o seu estado psicológico, que se mantinha bastante depressivo, fosse o principal causador da Incapacidade sentida pela D. Luísa, porque a nível físico existiam melhorias.

Por outro lado, houve uma melhoria significativa na relação terapêutica. Penso que o facto de os tratamentos serem realizados naquela “salinha” à parte de tudo o resto, estabeleceu entre mim e a utente uma relação de amizade e confiança.

Mais para o fim, já era possível ter um relacionamento aberto com a utente e eu conseguia já colocar-lhe as dúvidas que me surgissem sem ter medo da reacção da D. Luísa. Os tratamentos eram longos, e sempre que possível, em vez de concluir o meu trabalho e deixar a utente a realizar pressoterapia sozinha durante uma hora, sentava-me ao seu lado e conversávamos. Conversávamos sobre si, sobre mim e sobre qualquer outro assunto que a D. Luísa decidisse abordar.

Isto foi fazendo primeiro com que nos conhecêssemos melhor, e depois com que a sua confiança em mim fosse crescendo.

Contou-me alguns episódios da sua vida: uns relacionados com a sua condição actual, outros relacionados com outros assuntos. Hoje à distância, consigo perceber que a D. Luísa

afinal não era uma pessoa tão fechada para consigo, como parecia inicialmente. Era uma pessoa que gostava muito de falar da sua família, e pelas suas conversas eu conseguia perceber que ela era também muito querida pela mesma.

Penso que a relação terapêutica que se estabelece entre o fisioterapeuta e o utente é extremamente importante! Eu diria até que é tão importante quanto uma avaliação, raciocínio clínico e intervenção bem estruturados.

Segundo Mercadier (2004), a linguagem ocupa um lugar privilegiado em qualquer relacionamento, mas esta não é mais que o topo de todo o processo de comunicação. A comunicação verbal encobre muitas vezes a comunicação não verbal. Esta última existe como resultado da combinação dos cinco sentidos. De entre a visão, a audição, o paladar, o tacto e o olfacto aqueles que assumem, sem dúvida uma maior importância na relação entre o fisioterapeuta e o utente é o tacto e a visão.

O tacto é o sentido mais interactivo de todos os outros porque, não podemos tocar em alguém sem sermos tocados. (Mercadier, 2004)

O fisioterapeuta não consegue tratar ninguém sem tocar na pessoa, e neste caso acontecia também isso comigo. Durante todo o tratamento eram inúmeras as vezes que eu tinha de tocar na D. Luísa.

Isso estabeleceu logo desde início uma relação entre nós. Eu não conhecia aquela utente, mas antes mesmo de poder conversar com ela, tive de lhe tocar imediatamente, logo no primeiro dia.

Por outro lado, existe um outro campo a que precisamos de dar especial atenção enquanto fisioterapeutas. A comunicação não verbal, transmite-nos informação sobre o estado de espírito e sentimentos relativos ao utente e é revelada muitas vezes pelo olhar. (Mercadier, 2004)

O olho é o órgão que possibilita por excelência uma interacção recíproca entre duas pessoas. (Mercadier, 2004)

Com a D. Luísa, eu conseguia por vezes decifrar a sua disposição mesmo antes de iniciar um diálogo com ela. Bastava ver a sua face e normalmente conseguia logo perceber se naquele dia a D. Luísa estava bem disposta ou se pelo contrário, estava num dia menos bom. Isso evitava uma conversa inicial aborrecida e inconveniente para ambas.

Assim que eu percebia o seu estado de espírito, tentava adaptar o meu comportamento à sua disposição.

Para além disto, existem dois aspectos importantes a ter em conta para que se possa construir uma relação clínica saudável e consistente entre o fisioterapeuta e o utente. É

necessário que o profissional de saúde tenha duas características: o respeito e a empatia. (Queiroz, 2004)

De uma forma geral, podemos pensar que respeitar uma pessoa é ter por ela uma certa consideração e um certo reconhecimento por méritos ou características que essa pessoa apresente mas no contexto da relação terapêutica, ter respeito pelo utente é algo diferente. (Queiroz, 2004)

Lazure (2002), citado por Queiroz (2004) define respeito como sendo a capacidade de acreditar profundamente que o ser humano é capaz de ser único, e que devido a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória.

Deste modo, o respeito é uma qualidade fundamental, um valor e uma atitude de base que se encontra na expressão de comportamentos. (Queiroz, 2004)

Segundo Egan (2003), citado por Queiroz (2004) existem cinco atitudes a adoptar pelo profissional para que se demonstre respeito pelo utente: Mostrar interesse pelo utente, vê-lo como um ser único, favorecer a sua afirmação, acreditar na sua boa vontade, ser determinado e competente respeitar o carácter confidencial da relação de ajuda.

Por outro lado, a empatia também deve ser foco de grande atenção. Este termo define-se pela capacidade de imersão no mundo subjectivo do outro e de participar na sua experiência na medida em que a comunicação verbal ou não verbal o permitam. Resumidamente, “é a capacidade de nos colocarmos verdadeiramente no lugar do outro, e de ver o mundo exactamente como ele o vê.” (Queiroz, 2004)

Entre nós o respeito existiu logo desde o início, e fazia-se notar principalmente em todas as vezes que eu precisava de questionar a D. Luísa por qualquer motivo, mas a utente não tinha vontade de colaborar. Eu nesses casos tinha de ser paciente a aguardar por um momento em que ela estivesse disponível e colaborante. Precisava de realizar a entrevista, mas tinha de respeitar a vontade da utente. Não podia impor-lhe a minha vontade nem a podia obrigar a falar comigo se ela não o quisesse.

A empatia foi-se acentuando com o passar do tempo. Inicialmente eu até poderia nem compreender muito bem alguns actos e algumas reacções da utente, mas esta incompreensão rapidamente se dissipou e ao longo da nossa convivência, a confiança foi aumentando. Eu ultimamente já tinha aprendido a relacionar-me com a D. Luísa, já conhecia melhor as suas formas de agir e reagir perante determinadas situações. Conhecia já melhor a sua história e por isso mesmo conseguia compreender exactamente as mensagens que ela me queria transmitir. No final, era mais fácil para mim colocar-me no seu papel, ver o mundo da forma que ela o via e compreender as coisas da mesma forma que ela as compreendia.

Tentava perceber o porquê da sua tristeza, o porquê da sua insegurança, o porquê da sua maneira brusca de reagir perante determinadas situações. Tudo tinha de ter uma explicação e era importante que eu conseguisse perceber qual era ela.

Os dias foram-se sucedendo de forma normal até que chegou por fim o dia da despedida.

Os últimos dias passados em qualquer local de estágio são sempre muito dolorosos para mim. Penso que por pior que um estágio possa correr, segundo a nossa opinião de estagiários, existem sempre laços de amizade que se criam e que causam no fim uma despedida triste.

Gosto tanto do que faço durante qualquer estágio, que a minha integração costuma ser muito intensa. No último dia, sinto sempre uma grande tristeza de ter que me vir embora e deixar lá os doentes que me foram entregues durante aquele tempo.

Desta vez sucedeu-se a mesma coisa, com a agravante que agora tinha de me despedir da D. Luísa que tantas marcas tinha deixado em mim.

Tinha sido a primeira utente com que tinha trabalhado de forma mais autónoma. Tinha tido responsabilidade sobre todo o seu processo de avaliação e tratamento durante aquelas cinco semanas e tinha também criado alguns laços de amizade com ela. Mas tinha de ser... ela tinha de prosseguir a sua vida e eu a minha. Tinha chegado a altura de estagiar noutros locais e de poder aplicar noutros utentes tudo aquilo que tinha aprendido com a D. Luísa.

A nossa despedida foi tão simples como a nossa apresentação. No final do tratamento, a D. Luísa cumprimentou-me e desejou-me boa sorte e as maiores felicidades. Virou costas e seguiu em frente na direcção da porta de saída do serviço. Eu mantive-me à porta da salinha a vê-la partir e com a sensação de missão cumprida!!!

A título de curiosidade e porque também porque considero esta ferramenta uma das mais úteis para a progressão e desenvolvimento da Fisioterapia decidi consultar os Padrões de Prática.

Este documento foi preparado para guiar o fisioterapeuta ao longo das suas intervenções, tentando estabelecer algumas normas que são consideradas as mais correctas e que devem ser seguidas tanto pelos fisioterapeutas como pelos estudantes de fisioterapia. (Bettencourt et al, 2005)

Percebi que de uma forma geral a minha prestação estava de acordo com o que deve ser realizado uma vez que iniciei a intervenção com uma recolha inicial de dados e utilizei para esse efeito instrumentos de medida válidos e fiáveis como forma de avaliação da condição actual da utente.

Posteriormente, analisei toda a informação obtida e verifiquei que o plano de intervenção estabelecido para a utente estava adequado e que lhe trazia os maiores benefícios.

E por último, considere sempre a D. Luísa um elemento activo em todo o processo reconhecendo a sua importância e individualidade e baseando a nossa relação terapêutica em atitudes como a confiança e a cordialidade.

Capítulo V

A Reflexão...

Antes de concluir este trabalho, não posso deixar de reflectir sobre vários aspectos que fui questionando ao longo de toda a narrativa.

Penso ser relevante realizar uma auto-avaliação crítica acerca da minha prestação enquanto estagiária de fisioterapia. Considero ser importante salientar todos os aspectos positivos e negativos para poder repetir futuramente os primeiros e tentar corrigir os segundos.

Em primeiro lugar, posso dizer que a D. Luísa deixou marcas em mim por várias razões, marcas essas que nunca se irão apagar e que farão com que eu me lembre dela para sempre.

Além de ter sido uma das primeiras doentes que tive a oportunidade de tratar de forma mais independente, foi a doente em particular que mudou muito a minha forma de pensar em relação aos doentes com cancro. Afinal nem todas as pessoas que passam por todo este tormento perdem a guerra. Existem pessoas, como a D. Luísa, que conseguem enfrentar tudo acabando por vencer e seguir o seu caminho. E essas são as pessoas que ficam para contar a história, e alterar mentalidades.

Percebi que se deve ter a noção que cada doente é um doente e que é errado generalizar. Não devemos deixar que as nossas crenças interfiram no nosso desempenho, pelo que ao ver uma pessoa pela primeira vez devemos deixar que seja ela própria a apresentar-nos a sua maneira de ser, estar e de reagir perante a condição de saúde que enfrenta naquele momento.

De facto, uma pessoa pode sofrer de uma doença grave e apesar disso sentir que tem ainda muito potencial e muito para dar às pessoas que o rodeiam. Nós devemos estar sempre disponíveis e ter a humildade suficiente para reconhecer que da mesma forma que nós ensinamos os outros também podemos aprender com eles.

No meu ponto de vista, é errado pensar que uma vez que nós é que somos os profissionais de saúde só nós é que sabemos tudo o que há para saber em relação a uma determinada doença ou condição. Não nos podemos esquecer que sabemos a teoria mas só quem experimenta a doença pode definir o que está a sentir e é por isso que é tão importante escutar. Antes de intervir, devemos escutar e tentar perceber o que realmente afecta a pessoa. Não faz sentido incidir sobre um aspecto que para nós representa um problema quando este na verdade não o é para o nosso doente.

Neste caso concreto, as minhas crenças quanto a esta doença causaram inicialmente alguma insegurança da minha parte. Como tinha ideia que este tipo de doentes eram fragilizados e como me sentia inexperiente, estava um pouco retraída e tinha receio de colocar algumas questões. Tentava contornar este problema realizando pesquisas constantes.

Hoje em dia, noto que poderia ter perdido imenso. Esta falta de confiança poderia ter deixado que me escapassem informações importantes. Felizmente que ao longo do tempo a nossa relação foi-se fortalecendo e então eu já questionava a D. Luísa de forma normal, sem qualquer tipo de receio, tornando assim a minha insegurança em confiança.

Em relação ao local de estágio, são poucas as palavras que tenho para o descrever, senti-me realmente bem recebida no CMR de Alcoitão.

Grande parte da minha aprendizagem, devo-o à minha educadora clínica porque foi uma pessoa que sempre me deixou a vontade o suficiente tanto para a questionar sempre que me surgia uma dúvida como também me deixou de facto quase totalmente responsável pelos utentes que me foram atribuídos. Tive sempre a permissão para realizar o tratamento da forma que achasse mais correcta e a fisioterapeuta apenas intervinha quando era solicitada por mim.

Disponibilizou-me grande parte da informação e mostrou-se sempre disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida.

O próprio serviço em si tinha um ambiente convidativo para os estagiários. Existiam sempre fisioterapeutas que tentavam despertar o nosso interesse para a pesquisa de informação de temas relacionados com a fisioterapia. Considero este facto uma aspecto muito positivo, porque desta forma incutem-nos o gosto pela pesquisa e investigação.

Por último, acho pertinente perceber que tipo de contributo dá este tipo de trabalho à Fisioterapia. É certo que a Narrativa foge ao que é comum dos trabalhos que são normalmente realizados, não se centra na análise e interpretação de estudos mas dá uma atenção especial à relação terapêutica.

Este facto é muito importante, porque na minha opinião o sucesso de um tratamento não depende somente de um plano de tratamento adequado mas sim também de uma relação terapêutica sólida e de confiança entre o fisioterapeuta e o utente.

Para além disso, permite que se possa fazer uma retrospectiva da nossa prestação de cuidados de modo a podermos fazer uma reflexão crítica sobre isso mesmo.

Tudo isto assume grande importância quando utilizamos as conclusões a que chegámos para futuramente melhorarmos a nossa postura.

Mais concretamente, dou o exemplo da D. Luísa. Possivelmente ao longo de toda a sua condição passaram pela sua vida vários profissionais de saúde, e independentemente das funções

que cada um pudesse ter, deveria ser objectivo comum de todos a melhoria da condição da utente. Todos deveriam transmitir-lhe coragem e determinação para ultrapassar os seus problemas.

Sei bem que isso nem sempre foi assim. Como já não se pode remediar o mal que estava feito restou-me apenas contribuir um pouco mais para aumentar a boa imagem que a D. Luísa já tinha sobre a sua fisioterapeuta.

Esta foi outra das lições que aprendi. Os meus actos enquanto estagiária de fisioterapia, quer sejam eles bons ou maus contribuem para a construção de uma boa ou má imagem da fisioterapia em geral, respectivamente.

A partir deste estágio, tento sempre que cada utente fique com a melhor impressão possível da fisioterapia e que veja o fisioterapeuta como um profissional de saúde competente, um amigo em quem se pode confiar e que está sempre pronto para ajudar a resolver os problemas.

Penso que ficarei com este exemplo para sempre gravado na memória e com toda a certeza, numa outra situação semelhante em que volte a ter de intervir numa outra utente mastectomizada, lembrar-me-ei deste caso e de tudo o que aprendi com ele. Empenhar-me-ei ao máximo, tentarei basear a minha intervenção nas mesmas linhas, tendo no entanto, sempre presente que cada pessoa é uma pessoa e que a história que viverei nessa altura pode ser totalmente diferente desta que acabei de narrar.

O que é importante é estarmos dispostos a fazer sempre tudo o que está ao nosso alcance, para benefício da pessoa que nos procura e pede a nossa ajuda. Por isso mesmo concordo inteiramente com a seguinte citação de Pasteur quando diz que:

“...sejam quais forem os resultados, com êxito ou não,
o importante é que no final cada um possa dizer:
Fiz o melhor que pude!”

Referências Bibliográficas

- Araújo, M. (2007). *O problema das mulheres que trabalham como mulheres*. Revista Comuna 13. Consultado em 24 de Junho de 2008 através de http://www.fpce.up.pt/ciie/publs/mjaraujo_mulheres_comuna.pdf
- Barata, J. (2007). *Dicionário médico para todos*. (2ª ed). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Bettencourt, C., Machado, I., Guerra, I., Fonseca, J., Pascoalinho, J., Avilez, M. et al. (2005). *Padrões de prática*. (3ªed). Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.
- Carreiras, M., & Patrão, I. (2006). *Personalidade e controlo emocional em mulheres com cancro da mama*. Livro de Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp 341-345). Faro: Universidade do Algarve.
- Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. Consultado em 12 de Fevereiro de 2008 em <http://www.scml.pt/default.asp?site=cmra&sub=&id=1&ACT=5&content=31&mnu=1&layout=>
- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (2004). Direcção Geral de Saúde. OMS.
- Cohen, S., Payne, D., & Tunkel, R. (2001). Lymphedema – strategies for management. *Cancer Supplement*, 92, 980-987.
- Dias, M., Manuel, P., Xavier, P., & Costa, A. (2001). O cancro da mama no seio da família. In M. Dias , & E. Durá (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 303-320). Lisboa: Climepsi.
- Decreto de Lei nº 2 61/93 de 24 de Julho.
- Espanha, M., Correia, P., Pascoal, A., Silva, P., & Oliveira, R. (2001). *Anatomofisiologia: Funções da vida orgânica interna*. (1ª ed). Lisboa: FMH edições.
- Esperança Pina, J.(2004). *Anatomia humana da relação*. (1ª ed). Lisboa: Editora Lidel.
- Franco, F., Villar, M., Almeida, J., & Casteleiro, J. (2003). *Dicionário houaiss da língua portuguesa*. Instituto António Houaiss de Lexicografia Portugal. (1ªed). Lisboa: Círculo de Leitores.

- Foley, R. (2001). Estimulação nervosa eléctrica transcutânea. (5ªed). In K.Hayes (Ed.), *Manual de agentes físicos* (pp 127-149). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Gabriel, Y. (2004). The voice of experience and the voice of the expert: Can they speak to each other. (1ªed). In B. Hurwitz, T. Greenhalgh & V. Skultans (Ed.), *Narrative research in health and illness* (pp 168-185). Massachusetts: Blackwell publishing.
- Galhordas, J., & Lima, P. (2004). Aspectos psicológicos na reabilitação. *Re(habilitar)*, 0, 35-47.
- Gerber, L. (1998). A review of measures of lymphedema. *Cancer Supplement*, 83 (12), 2803-2804.
- Guimarães, A., Gonçalves, F., Pinto, F., Santos, J., Quintela, M., Viegas, P. et al. (2003). *Guia de Apoio à Mulher com Cancro da Mama*. Direcção Geral de Saúde. Consultado em 20 de Junho de 2008 através de <http://www.dgs.pt/>
- Hall, C., & Brody, L. (1999). *Therapeutic exercise: Moving toward function*. (1ªed). Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Harris, S., Hugi, M., Olivotto, I., & Levine, M.(2001). Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: Lymphedema. *Canadian Medical Association Journal*, 164 (2), 191-199.
- Kendall, F., McCreary, E., & Provance, P. (2005). *Músculos: Provas e funções*. (4ªed). São Paulo: Editora Manole.
- Korde, L., Calzone, K., & Zujewski, J. (2005). Avaliação do risco de cancro da mama: Os factores genéticos não são tudo. *Post Graduate Medicine*, 24(1),17-26.
- Leduc, A., & Leduc, O. (2000). *Drenagem linfática: Teoria e prática*. (2ª ed). São Paulo: Editora Manole.
- Leduc, O., Leduc, A., Bourgeois, P., & Belgrado, J. (1998). The physical treatment of upper limb edema. *Cancer Supplement*, 83, 2835-2839.
- Maluf, M., Mori, L., & Barros, A. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(2), 149-154. Consultado em 29 de Janeiro de 2008 através de http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v02/pdf/revisao1.pdf

- McColl, M., & Bickenbach, J. (1998). *Introduction to disability*. (1ªed). London: WB Saunders.
- Megens, A., & Harris, S.(1998). Physical therapist management of lymphedema following treatment for breast cancer: a critical review of its effectiveness. *Physical Therapy*, 78 (12), 1302-1311.
- Meneses, M.(2006). *Mastectomia e autoconceito*. (1ª ed). Loures: Lusociência.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. (1ªed). Loures: Lusociência.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. (1ªed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Queiroz, A. (2004). *Empatia e respeito*. (2ªed). Coimbra: Ariadne Editora.
- Ramos, A., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3 (23), 295- 304.
- Rybarczyk, B., & Behel, J. (2004). Rehabilitation Medicine and Body Image. (1ªed) In T. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image* (pp 387-394). London: The Guilford press.
- Striegel-Moore, R., & Franko, D. (2004). Body Image Issues among girls and women.(1ªed) In T. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image* (pp 183-191). London: The Guilford press.
- Tapadinhas, A.(2004). *Alterações do humor face ao adoecer da mama*. Livro de Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp 551-557) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tapadinhas, A., Palhinhas, P., & Gouveia, P. (2006). *Validação da escala da imagem corporal, como me relaciono com o meu corpo: Estudo com uma amostra de mulheres com cancro da mama*. Livro de Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp 333-339) Faro: Universidade do Algarve.

Anexos

Anexo A

Aplicação da escala DASH

EP

9/10/2007

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

DASH

Portugal

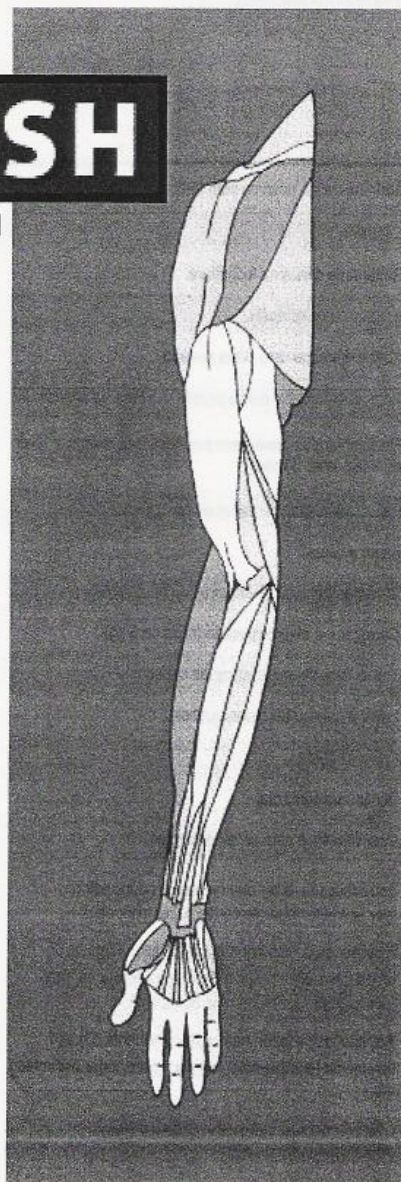
INSTRUÇÕES

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

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

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

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



DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

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

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

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

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

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

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

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

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

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

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

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

$$\left[\frac{80}{29} - 1 \right] \times 25 = [2.75 - 1] \times 25 = 43.75$$

E.P

30/10/2007.

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

DASH

Portugal

INSTRUÇÕES

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

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

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

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



DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

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

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

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

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

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

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

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

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

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

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

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

$$\left[\frac{81}{30} - 1 \right] \times 25 = [2.7 - 1] \times 25 = 42.5$$

Anexo B

Aplicação do HAQ



Nome: E.P.
 Nº Processo: _____ Nº Ficheiro Ft.: _____ Data Preenchimento: 9 / 10 / 07
 Diagnóstico: _____
 Fisioterapeuta Responsável: Dr. Lapa Rosado

Versão Portuguesa do Health Assessment Questionnaire
HAQ

Score Total $\frac{11}{8}$ = 1,375
 (0 - 3)

Você é capaz de...		Sem dificuldade (0)	Com alguma dificuldade (1)	Com muita dificuldade (2)	Incapaz de o fazer (3)	
Arranjar-se	1. Vestir-se, incluindo a roupa e atar sapatos?		X			1
	2. Lavar o cabelo?	X				
Levantar	3. Erguer-se de uma cadeira?			X		2
	4. Deitar-se e levantar-se da cama?			X		
Comer	5. Cortar a carne?			X		2
	6. Abrir pela primeira vez um pacote de leite de cartão?	X				
Andar	7. Levar à boca um copo cheio?	X				0
	8. Caminhar fora de casa em terreno plano?	X				
Higiene	9. Subir cinco degraus?	X				1
	10. Lavar e limpar todo o corpo?		X			
Alcançar	11. Tomar banho?		X			3
	12. Sentar-se e levantar-se da sanita?		X			
Pegar	13. Alcançar e trazer até si um objecto de 2,5 kg colocado numa prateleira acima da cabeça?				X	0
	14. Curvar-se e apanhar roupas caídas no chão?			X		
Actividades	15. Abrir a porta de um carro?	X				2
	16. Abrir a tampa de frascos que já tenham sido abertos?	X				
	17. Abrir e fechar torneiras?	X				
	18. Fazer compras e recados?			X		
	19. Entrar e sair de um carro?			X		
	20. Fazer a lida da casa, como varrer ou lavar pratos?		X			

Assinale as actividades para cujo desempenho necessita habitualmente de outra pessoa:

- Vestir-se e arranjar-se Levantar-se Comer Caminhar
 Higiene pessoal Alcançar Abrir e fechar coizas Lida doméstica

Assinale qual destes auxiliares usa habitualmente:

- Bengala, muletas, andarrilho ou cadeira de rodas Utensílios com pegas altas
 Banco ou barra especial para tomar banho Sanita mais alta
 Abre-bolões (para bolões que já tenham sido abertos)

Elaborado em: Janeiro/ 2005
 Adaptado de: Santos, R.A., Reis, P., Rebelo, L., Dias, F.C., Rosa, C.M. & Viana de Quelroz, M. (1996). Health Assessment Questionnaire (versão curta): Adaptação para língua portuguesa e estudo da sua aplicabilidade. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 76: 15-20.

Nome: E.P.
 Nº Processo: _____ Nº Ficheiro Ft.: _____ Data Preenchimento: 30/10/07
 Diagnóstico: _____
 Fisioterapeuta Responsável: Maria da Lapa Rosado

Versão Portuguesa do Health Assessment Questionnaire
HAQ

Score Total $\frac{12}{8} = 1,5$
(0 - 3)

Você é capaz de...		Sem dificuldade (0)	Com alguma dificuldade (1)	Com muita dificuldade (2)	Incapaz de o fazer (3)	
Arranjar-se	1. Vestir-se, incluindo a roupa e atar sapatos?	X				1
	2. Lavar o cabelo?		X			
Levantar	3. Erguer-se de uma cadeira?	X				0
	4. Deitar-se e levantar-se da cama?	X				
Comer	5. Cortar a carne?		X			1
	6. Abrir pela primeira vez um pacote de leite de cartão?	X				
Andar	7. Levar à boca um copo cheio?		X			0
	8. Caminhar fora de casa em terreno plano?	X				
Higiene	9. Subir cinco degraus?	X				0
	10. Lavar e limpar todo o corpo?		X			
Alcançar	11. Tomar banho?		X			1
	12. Sentar-se e levantar-se da sanita?	X				
Pegar	13. Alcançar e trazer até si um objecto de 2,5 kg colocado numa prateleira acima da cabeça?				X	3
	14. Curvar-se e apanhar roupas caldas no chão?	X				
Actividades	15. Abrir a porta de um carro?				X	3
	16. Abrir a tampa de frascos que já tenham sido abertos?				X	
	17. Abrir e fechar tomelras?		X			3
	18. Fazer compras e recados?				X	
	19. Entrar e sair de um carro?	X				3
	20. Fazer a lida da casa, como varrer ou lavar pratos?		X			3

Assinale as actividades para cujo desempenho necessita habitualmente de outra pessoa:

- Vestir-se e arranjar-se Levantar-se Comer Caminhar
 Higiene pessoal Alcançar Abrir e fechar coisas Lida doméstica

Assinale qual destes auxiliares usa habitualmente:

- Bengala, muletas, andalího ou cadeira de rodas Utensílios com pegas altas
 Banco ou barra especial para tomar banho Sanita mais alta
 Abre-bolões (para bolões que já tenham sido abertos)

Anexo C

Aplicação da SF-36

E.P. 9/10/2007

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima 1 Muito boa 2 Boa 3 Razoável 4 Fraca 5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor 1 Com algumas melhoras 2 Aproximadamente igual 3 Um pouco pior 4 Muito pior 5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
(1)	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	(1)	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	(4)	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	(3)	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	(5)

MUITO OBRIGADO

Aplicação do inventário de avaliação clínica da depressão

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO
(@ Copyright ³ Vaz-Serra, 1994)

Nome Data: .../.../199...
 Idade: anos. Estado Civil: Telefone:
 Habilitações: Profissão:
 Naturalidade: Residência:

Total = ____ BIOL ____ COGN = ____ IP = ____ DT = ____
 F1 = ____ F2 = ____ F3 = ____ F4 = ____ F5 = ____
 IVG = ____ IVT = ____ IVS = ____ IVF = ____

INSTRUÇÕES

Cada um dos sintomas que a seguir é apresentado não se refere à sua maneira de ser habitual mas sim ao *estado em que se sente pelo menos desde há duas semanas para cá*. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a *sua* resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Se lhe parecer que duas respostas diferentes já foram experimentadas por si, assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo aquela que se aproximar mais do seu estado actual.

- 1 - O interesse pelo meu trabalho é o mesmo de sempre
- Ultimamente ando a sentir um interesse menor pelo meu trabalho
 - Presentemente sinto, com bastante frequência, desinteresse pelo que tenho de fazer
 - Actualmente ando a sentir, muitíssimas vezes, um grande desinteresse pelo meu trabalho
 - Perdi por completo todo o interesse que tinha pelo meu trabalho.
- 2 - No meu dia-a-dia não preciso de recorrer à ajuda das outras pessoas mais do que o costume
- Presentemente recorro mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer
 - No momento actual recorro bastante mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer
 - Agora recorro muitíssimo mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer
 - Actualmente sinto-me completamente incapaz de fazer seja o que for sem a ajuda dos outros.
- 3 - Ando-me a sentir tão sossegado como de costume
- Ando-me a sentir interiormente mais desassossegado do que o habitual
 - Sinto-me interiormente bastante mais desassossegado do que o costume
 - Sinto-me interiormente muitíssimo mais desassossegado do que o habitual
 - Sinto-me interiormente num estado permanente de agitação.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

- 4 - Presentemente, no contacto com os outros (familiares, amigos ou conhecidos) sou capaz de falar sobre os temas habituais das conversas comuns
- No momento actual tenho tendência, no contacto com os outros, a falar mais do que o habitual daquilo que sinto ou me preocupa, embora consiga conversar também sobre outros assuntos
 - Reconheço que agora passo bastante tempo a falar aos outros daquilo que me anda a preocupar e estou a sentir, embora possa também abordar outros assuntos
 - No momento presente, no contacto com os outros, falo muitíssimo mais do que o costume daquilo que me preocupa e ando a sentir, evitando abordar assuntos diferentes
 - Actualmente, no contacto com os outros, só sei falar daquilo que me preocupa e tenho sentido, mostrando-me incapaz de conversar de quaisquer outros assuntos.
- 5 - A minha consciência não me acusa de nada em particular que tenha feito
- Ando-me a sentir um fardo para a minha família, amigos e colegas
 - Sinto actualmente que há faltas no meu passado que não devia ter cometido
 - Penso, muitas vezes, que cometi certas faltas graves no meu passado
 - Passo o tempo a pensar que o estado em que me sinto é consequência das faltas graves que cometi na minha vida.
- 6 - A minha capacidade de fixação é a mesma que sempre tive
- Às vezes custa-me fixar aquilo que preciso
 - Sinto, bastantes vezes, que ando a fixar pior aquilo que preciso
 - Sinto, muitíssimas vezes, que me esquecem facilmente as coisas
 - Sinto-me incapaz de fixar seja o que for.
- 7 - Não me sinto mais infeliz do que o costume
- Tenho períodos em que me sinto mais infeliz do que habitualmente
 - Ando-me a sentir bastante mais infeliz do que o costume, embora tenha ocasiões em que me sinta tão feliz como dantes
 - Só em raros momentos é que me consigo sentir feliz
 - Actualmente não tenho um único momento em que me sinta feliz.
- 8 - No momento presente não tenho qualquer dificuldade em começar a dormir
- Quando me deito passo cerca de meia hora sem conseguir adormecer
 - Actualmente, quando me deito, demoro cerca de 1-2 horas antes de conseguir adormecer
 - Quando me deito nalgumas noites não consigo dormir nada
 - Se não tomar nada para adormecer as minhas noites são de insónia completa.
- 9 - O valor que dou às coisas que faço e a mim próprio não é maior nem é menor do que o costume
- Actualmente penso por vezes que, como indivíduo, tenho pouco mérito naquilo que faço
 - Últimamente apanho-me a pensar, bastantes vezes, que não valho nada
 - Penso, com muita frequência, que não tenho qualquer valor como pessoa.
 - No momento actual sinto constantemente que não valho nada como pessoa.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

- 10 - A minha confiança em relação ao futuro é a mesma de sempre
- Ao contrário de antigamente sinto-me por vezes inseguro em relação ao futuro
 - No momento actual sinto, bastantes vezes, falta de confiança no futuro
 - Sinto agora, muitíssimas vezes, falta de confiança no futuro
 - Presentemente perdi por completo a esperança que tinha no futuro.
- 11 - Depois de conseguir adormecer não tenho tendência a acordar durante a noite
- Actualmente acordo 1 hora antes do habitual e depois não consigo voltar a dormir
 - Presentemente ando a acordar ao fim de 4-5 horas de sono e depois não consigo voltar a dormir
 - Após ter adormecido, acordo ao fim de 1 ou 2 horas e não sou capaz de voltar a dormir
 - Se não tomar nada para dormir, a minha noite é de completa insónia.
- 12 - Considerando a minha vida passada não sinto que tenha sido um fracasso
- No momento presente, observando o meu passado, acho que tive alguns fracassos
 - Penso que no meu passado existiu um número bastante grande de fracassos
 - Actualmente considero que tive, no meu passado, um número muitíssimo grande de fracassos
 - Quando observo a minha vida passada considero-a como um acumular constante de fracassos.
- 13 - Quando acordo de manhã sinto-me renovado para enfrentar o meu dia
- Apesar de ir fazendo o que necessito de fazer, quando acordo de manhã tenho a sensação de estar sem energia para o que preciso de efectuar
 - Logo que acordo de manhã e posteriormente ao longo do dia sinto-me bastante fatigado e é com dificuldade que vou realizando o que preciso de fazer
 - Desde que acordo de manhã e depois durante o dia sinto-me tão fatigado que já não consigo fazer tudo o que tenho a fazer
 - Quando acordo de manhã o meu cansaço é tão grande que me sinto incapaz de fazer seja o que for.
- 14 - O meu convívio com outras pessoas é o mesmo de sempre
- O meu estado de espírito actual leva-me, por vezes, e mais do que o costume, a evitar conviver com as outras pessoas
 - No momento presente fujo bastante do convívio com as outras pessoas
 - Devido à maneira como me ando a sentir raramente me sinto capaz de conviver com outras pessoas
 - Presentemente não me sinto capaz de conviver seja com quem for.
- 15 - No momento presente não noto quaisquer dificuldades na minha capacidade de concentração
- Sinto por vezes dificuldade em me concentrar no que estou a fazer
 - Sinto com frequência dificuldade em me concentrar naquilo que executo
 - Sinto muitíssimas vezes dificuldade em me concentrar naquilo que faço
 - Sinto-me actualmente incapaz de me concentrar seja no que for.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

- 16 - Não penso que os meus problemas sejam mais graves do que o habitual
- Ando com medo de não ser capaz de resolver alguns dos problemas que tenho
 - Penso com frequência que não é fácil encontrar solução para alguns dos meus problemas
 - Passo o tempo preocupado com os meus problemas, pois sinto que são de solução muitíssimo difícil
 - Considero que os meus problemas não têm qualquer solução possível.
- 17 - Quando é necessário sou capaz de tomar decisões tão bem como dantes
- Agora sinto-me mais hesitante do que o costume para tomar qualquer decisão
 - No momento actual demoro bastante mais tempo do que dantes para tomar qualquer decisão
 - Presentemente custa-me tanto tomar decisões que passo o tempo a adiá-las
 - Actualmente sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão sem a ajuda das outras pessoas.
- 18 - A satisfação que sinto com a vida é a mesma de sempre
- Actualmente sinto-me mais aborrecido do que o costume com a vida que tenho
 - Sinto, com frequência, que a minha vida não me dá o prazer de antigamente
 - Sinto, com muitíssima frequência, que a minha vida não me traz qualquer satisfação
 - Perdi por completo a alegria de viver.
- 19 - No momento presente acho que a vida vale a pena ser vivida e não sinto qualquer desejo de fazer mal a mim mesmo
- Actualmente sinto que a vida não vale a pena ser vivida
 - No momento presente não me importaria de morrer
 - Tenho com muita frequência desejos de que a morte venha
 - Ultimamente tenho feito planos para pôr termo à vida.
- 20 - Ao executar as minhas tarefas diárias usuais não sinto maior fadiga do que o costume
- No cumprimento das minhas tarefas ando a sentir-me mais fatigado do que o habitual sem razão para isso
 - Naquilo que tenho de fazer ao longo do dia, embora sem motivo para isso, sinto-me bastante mais fatigado do que o costume
 - Sinto-me, sem motivo justificativo, muitíssimo fatigado naquilo que tenho de fazer, deixando de executar algumas das minhas tarefas usuais
 - Sinto-me exausto, ao menor esforço, deixando de cumprir a maior parte das tarefas que antigamente fazia.
- 21 - Quando me comparo com os outros sei que sou capaz de me sair tão bem como eles a fazer o que é preciso
- Actualmente, ao comparar-me com os outros, acho por vezes que não me desempenho tão bem como eles nas tarefas que precisam de ser feitas
 - Presentemente considero que as outras pessoas fazem as coisas bastante melhor do que eu
 - Acho que me saio muitíssimo pior do que os outros a fazer o que é necessário ser feito
 - Considero que os outros são sempre capazes de fazer melhor do que eu as coisas que precisam de ser feitas.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

22 - Quando executo qualquer tarefa faço-a com a rapidez do costume

- No momento presente sinto-me mais lento a fazer o que tenho para fazer
- Actualmente demoro bastante mais tempo do que o habitual a fazer o que tenho para fazer
- Sinto-me muitíssimo mais lento a fazer tudo quanto tenho para fazer
- Presentemente demoro uma enormidade de tempo a fazer seja o que for.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

23 - A capacidade de me manter activo é a mesma do costume

- Não me sinto capaz de me manter tão activo como o habitual
- Actualmente dá-me para passar largos momentos sem fazer absolutamente nada
- No momento actual raramente faço o que preciso de fazer
- Só me dá vontade de estar todo o tempo deitado na cama, sem fazer nada.

<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Apêndices

Apêndice A

Estudo de Caso segundo o Modelo de Gestão de Utente

Exame Subjectivo

Dados Pessoais

Nome: M.E.A.E.P. **Sexo:** Feminino

Data de nascimento: 26 de Outubro de 1956 **Idade:** 50 anos

Agregado Familiar: Vive com o marido e com o filho.

Estado Civil: Casada **Profissão:** Engomadeira

Regime: Doente externa com tratamentos bi-semanais á 3ª e 5ª feira.

Fisioterapeuta Responsável: Maria da Lapa Rosado

Diagnóstico Médico: Mastectomia radical à esquerda com consequente linfedema do membro superior.

História Clínica

História Clínica Anterior: A utente foi sujeita aos 18 anos a várias intervenções cirúrgicas a quistos no peito.

História Clínica Actual: A utente foi submetida a uma intervenção cirúrgica no dia 2 de Agosto de 2006 para uma mastectomia radical modificada à esquerda com remoção dos gânglios axilares esquerdos e realiza tratamento no serviço de fisioterapia do CMR desde Março de 2007 devido ao linfedema do Membro Superior Esquerdo.

Apresenta actualmente fibroadenomas na mama direita e foi aconselhada pelo médico a realizar uma mastectomia radical à direita: “Sinto ardor na mama”(sic)

Antecedentes Pessoais: Sofre de depressão desde Agosto de 2005. Fracturou a 12ª costela direita em Agosto de 2007.

Antecedentes Familiares: Não existem casos de cancro de mama na sua família mas um tio faleceu com cancro nos intestinos.

Medicação: realiza quimioterapia por via medicamentosa e intra-venosa.

Exames Complementares de Diagnóstico: a utente realiza exames ao coração de 2 em 2 meses para controlo da sintomatologia referida.

Situação Social: A utente encontra-se bastante deprimida e refere que não se relaciona com amigos. Não convive com ninguém sem ser com o filho e com o marido.

Situação Familiar: A utente é casada e tem um filho.

Condições Habitacionais:

Vive numa moradia de dois andares com o marido e com o filho. Não existe referência a barreiras arquitectónicas. Tem empregada uma vez por semana.

Situação profissional: A utente encontra-se de baixa.

Principais Problemas: A utente sente-se incapaz para realizar as suas tarefas domésticas e isso sobe os seus níveis de ansiedade.

“ Não consigo ver as coisas por fazer”

“ Vejo tudo desarrumado e só me apetece chorar”

“ Tenho tudo por limpar, tudo por arrumar”

Expectativas: A utente sabe que poderá não recuperar totalmente, mas espera melhorar o mais possível com a fisioterapia.

Exame Objectivo

Revisão dos Sistemas

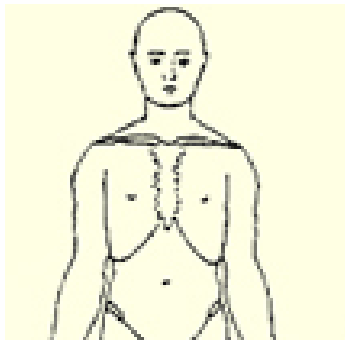
Sistema Cardiovascular – apresenta algumas alterações devido à medicação tomada. A utente refere arritmias. Realiza exames de 2 em 2 meses para controlo.

Sistema Tegumentar:

- Aspecto da Pele – coloração normal com presença de muitos sinais.
- Edema – Apresenta edema linfático em todo o membro superior esquerdo.

Direita			Esquerda	
30/10/07	9/10/07		9/10/07	30/10/07
33 cm	33 cm	Axila	34 cm	33 cm
27 cm	27 cm	10cm abaixo da axila	28 cm	28 cm
23 cm	24 cm	Cotovelo	26 cm	24 cm
22 cm	22 cm	10 cm abaixo do cotovelo	23 cm	23 cm
16 cm	16,5 cm	Punho	18 cm	17 cm
11 cm	11 cm	Transcárpica	12 cm	10 cm

- Cicatrizes: apresenta 3 cicatrizes localizadas acima da região do hipocôndrio esquerdo.



A – 16,5 cm

B – 3 cm

C – 5,5 cm

Suturas cicatrizadas e sem aderências

Sistema Neurológico: sem alterações.

Sistema Respiratório: sem alterações.

Sistema Músculo-Esquelético: diminuição das amplitudes articulares activas do membro superior esquerdo. Força muscular normal.

30 Out	9 Out	Dta	Movimento	Esq	9 Out	30 Out
180°/5	180°/5	O	Flexão	O	180°/5	180°/5
0°/5	0°/5		Extensão		0°/5	0°/5
180°/5	180°/5		Abdução		160°/5	160°/5
0°/5	0°/5		Adução		0°/5	0°/5
80°/5	80°/5		Rot. Externa		85°/5	85°/5
50°/5	50°/5		Rot. Interna		50°/5	50°/5
140°/5	140°/5	C	Flexão	C	135°/5	140°/5
0°/5	0°/5		Extensão		0°/5	0°/5
50°/5	50°/5	P	Flexão	P	65°/5	70°/5
65°/5	65°/5		Extensão		70°/5	70°/5
15°/5	15°/5		Desvio Radial		10°/5	15°/5
30°/5	30°/5		Desvio Cubital		30°/5	30°/5

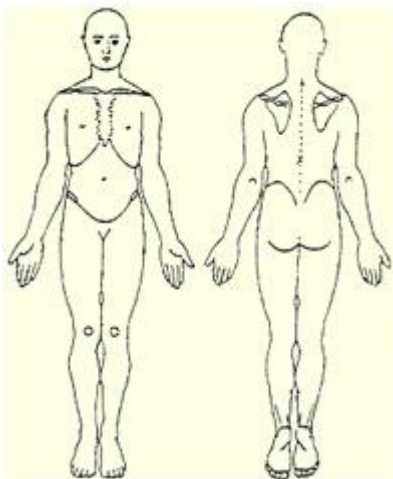
Conclusão: Amplitudes diminuídas - abdução do ombro esquerdo, flexão do cotovelo esquerdo e desvio radial do punho esquerdo.

Dor

A utente apresenta dor:

- no antebraço e mão esquerdos ao longo do trajecto do músculo extensor do 4º e 5º dedos (D1);

- e na região da 12ª costela direita com irradiação para a zona lombar e região glútea direita (D2).



D1

Esta dor nem sempre está presente. Alivia com o movimento e quando é colocado um adesivo nesta zona de forma a limitar a flexão do punho.

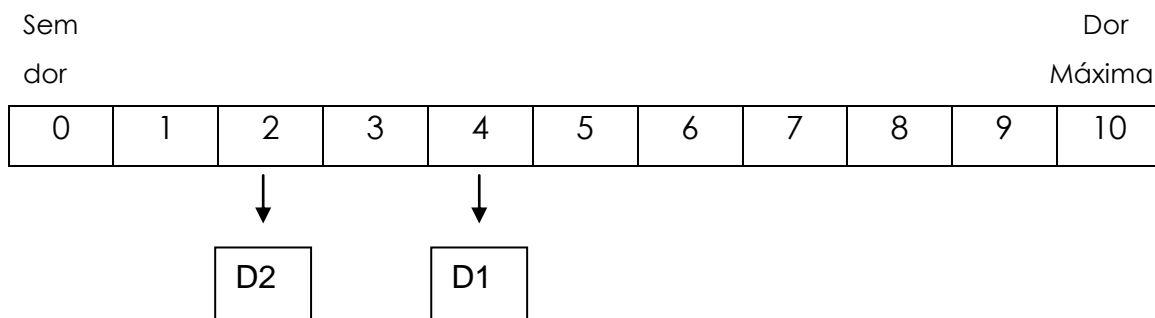
D2

A utente descreve a dor que sente na região da anca direita como “uma brasa a queimar”.

Esta dor está presente durante 24h por dia e perturba o sono por vezes.

Alivia com os tratamentos e com o repouso e piora com os movimentos e esforços.

Escala Visual Análoga



Aplicação de Escalas:

	Data	Score Obtido
HAQ	11/10/2007	1,375
	30/10/2007	1,5

	Data	Score Obtido
DASH	11/10/2007	43,75
	30/10/2007	42,5

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

RPSform

Perspectiva do Utente	<p>“Sinto um grande peso no braço”</p> <p>“É uma dor que me vai até aos dedos”</p> <p>“Desde que parti a costela tenho umas dores aqui que me vão até à anca”</p> <p>“Parece que tenho aqui uma brasa”</p> <p>“Eu não tenho saúde nenhuma”</p> <p>“Parece que estou cada vez pior”</p>	<p>“Não consigo limpar a minha casa”</p> <p>“Tenho tudo por limpar, tudo por arrumar”</p> <p>“Eu nunca vi a minha casa desta maneira”</p> <p>“Tudo Isto me enerva”</p>	<p>“Preciso de ajuda para tudo”</p> <p>“Não tenho vontade de fazer compras”</p> <p>“Não quero sair de casa”</p> <p>“Passeio muito pouco”</p> <p>“As vezes nem conduzir me apetece”</p> <p>“Não posso ir trabalhar”</p>
	Estruturas e Funções	Actividades	Participação
Perspectiva do Fisioterapeuta	<p>s730.2.7.2 - Linfedema em todo o M.Sup Esq.</p> <p>b7101.1-Diminuição das amplitudes articulares: abdução do ombro esq. (160°), flexão do cotovelo esq. (135°) e desvio radial do punho esq. (15°).</p> <p>b730.0 - Força Muscular Normal.</p> <p>b28014 - D1 – EVA = 4</p> <p>b28018 - D2 – EVA = 2</p>	<p>HAQ = 1,375</p> <p>DASH = 43,75</p> <p>d2101.2, d698.3</p> <p>Limitação ao nível das actividades.</p>	<p>d620.2, d859.4, d475,1</p> <p>Utente bastante isolada.</p> <p>Restrições ao nível da participação.</p>

Factores Contextuais	
Ambientais	Pessoais
<p>e310+3 - Vive com o marido e com o filho que a auxiliam.</p> <p>e335+2 - Tem empregada uma vez por semana.</p>	<p>e498. 2 - Utente bastante depressiva.</p>

Diagnóstico do Fisioterapeuta

Diminuição da Funcionalidade resultante de deficiência estruturais e funcionais, limitações na actividade e restrições na participação devidas a linfedema secundário no membro superior esquerdo com repercussões ao nível das amplitudes articulares do respectivo membro e sensação de dor no antebraço e mão.

Objectivos da Intervenção

Curto Prazo: Diminuição da dor;

Diminuição dos níveis de ansiedade.

Médio Prazo: Redução da perimetria do edema com conseqüente aumento das amplitudes articulares.

Ensino de procedimentos para prevenção do linfedema.

Longo Prazo: Aumento da funcionalidade para uma conseqüente melhoria da qualidade de vida da utente e dos seus familiares.

Plano de Intervenção

- TENS de um canal, no modo convencional (zona da ultima costela direita) – 30 min.
- Parafangoterapia na zona lombar e dorsal – 30 min.
- Drenagem Linfática Manual ao M. Sup. Esquerdo.
- Pressoterapia ao M. Sup. Esquerdo a 20 mmHg durante 1h.

- Colocação de uma banda elástica no final do tratamento para limitar a flexão do punho.

- Indicação para o uso de uma banda elástica compressiva durante o dia.