

Ministério da Saúde



COORDENAÇÃO DE ENSINO

Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia/

Curso de Fisioterapia

KELLY DE MENEZES FIREMAN

**Impacto da Fisioterapia na Funcionalidade e Qualidade de Vida de Mulheres
Submetidas a Tratamento Cirúrgico para Câncer de Mama**

Rio de Janeiro

2017

KELLY DE MENEZES FIREMAN

**Impacto da Fisioterapia na Funcionalidade e Qualidade de Vida de Mulheres
Submetidas a Tratamento Cirúrgico para Câncer de Mama**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Nacional de
Câncer José Alencar Gomes da Silva
como requisito parcial para a conclusão
da *Residência Multiprofissional em
Oncologia/ Curso de Fisioterapia*.

Orientadoras: Marianna Brito de Araújo Lou

Flávia Oliveira Macedo

Rio de Janeiro

2017

F523 FIREMAN, Kelly de Menezes.

Impacto da Fisioterapia na funcionalidade e qualidade de vida de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama / Kelly de Menezes Fireman. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

68 p.

Trabalho Conclusão de Curso -Residência Multiprofissional em Oncologia/ Curso de Fisioterapia. Orientadoras: Marianna Brito de Araújo Lou. Flávia Oliveira Macedo
Inclui bibliografia.

1. Neoplasias da mama 2. Fisioterapia 3. Qualidade de vida I. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva II. Título III. Lou, Marianna Brito de Araújo; Macedo, Flávia Oliveira.

CDD 616.994

KELLY DE MENEZES FIREMAN

**Impacto da Fisioterapia na Funcionalidade e Qualidade de Vida de Mulheres
Submetidas a Tratamento Cirúrgico para Câncer de Mama**

Avaliado e Aprovado por:

Marianna Brito de Araújo Lou

Ass. _____

Rejane Medeiros Costa

Ass. _____

Julio Guilherme Silva

Ass. _____

Data: __/__/__

Rio de Janeiro

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha mãe Cleyde e ao meu amor Rubens por toda paciência e incentivo que contribuíram diretamente para que essa caminhada fosse possível.

Agradeço especialmente às minhas orientadoras Marianna Lou e Flavia Macedo pelo apoio e dedicação durante todo este trabalho e também à Anke Bergmann e Suzana Aguiar que me deram total suporte nas análises estatísticas. Obrigada por estarem comigo na concretização deste trabalho.

Gostaria também de agradecer a toda equipe de fisioterapeutas do INCA/HC III – Erica Fabro, Daniele Torres, Flavia Orind, Rejane Medeiros, Juliana Flavia e Cristiane Monteiro – que muito me ajudaram no encaminhamento de pacientes, além da Regina, que sempre esteve pronta a me ajudar através da busca de prontuários e contato telefônico com as pacientes.

Não posso deixar de agradecer às pacientes que participaram deste trabalho e me permitiram compartilhar suas experiências e histórias de vida. Vocês são exemplos de força e vontade de viver.

O meu mais sincero agradecimento a todos vocês!

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é a localização tumoral mais frequente na população feminina brasileira. O seu tratamento envolve a cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e terapia alvo, levando em consideração o estadiamento da doença. Diagnósticos tardios ocasionam condutas mais agressivas e com maiores sequelas. As complicações do tratamento do câncer de mama podem afetar a funcionalidade da paciente, interferindo diretamente na sua percepção de qualidade de vida. O tratamento fisioterapêutico objetiva o retorno às atividades de vida diária e melhora da qualidade de vida e funcionalidade. **Objetivo:** Avaliar o impacto do tratamento fisioterapêutico na qualidade de vida e funcionalidade de mulheres submetidas à mastectomia radical modificada, acompanhadas semanalmente no ambulatório do serviço de fisioterapia do INCA/ HC III. **Métodos:** Trata-se de um ensaio clínico não controlado, no qual foram incluídas mulheres submetidas à mastectomia radical modificada que apresentavam limitação da amplitude de movimento do ombro homolateral à cirurgia. Foram selecionadas 31 mulheres, mas somente 25 concluíram o estudo e seguiram com acompanhamento semanal no grupo de cinesioterapia durante 10 sessões. Na 1ª sessão as pacientes foram submetidas a uma avaliação inicial, realização de testes musculares, goniometria e aplicação de questionários de funcionalidade (DASH) e de qualidade de vida (WHOQOL-bref). Após a 5ª e a 10ª sessões, as pacientes foram reavaliadas e os questionários reaplicados. Ao final das 10 sessões, foram realizadas entrevistas individuais, cujos relatos foram audiogravados e posteriormente transcritos. A coleta dos dados sociodemográficos, clínicos e de tratamento foi feita com base nos prontuários eletrônicos e físicos institucionais. **Resultados:** A média de idade das mulheres incluídas no estudo foi de 52,84 (\pm 10,24), a maioria possuía estadiamento tumoral avançado (80,6%) e foram submetidas à quimioterapia neoadjuvante (87,1%), radioterapia adjuvante (90,3%) e hormonioterapia (61,3%). Na avaliação inicial, 80,6% das mulheres apresentavam dificuldades na realização do autocuidado e atividades domésticas. Ao final do tratamento, todas estavam independentes no autocuidado e a grande maioria (84%) realizava atividades domésticas sem dificuldade. Houve melhora estatisticamente significativa da amplitude de movimento e da dor ($p < 0,01$) principalmente nas primeiras sessões. **Conclusão:** A intervenção fisioterapêutica foi capaz de melhorar a amplitude de movimento e reduzir a queixa algica das pacientes, especialmente na fase inicial do tratamento. Nas últimas sessões, essa melhora não foi tão evidente, possivelmente pelo início do tratamento radioterápico. Apesar da melhora da funcionalidade e da qualidade de vida não terem sido estatisticamente significativas, por meio das entrevistas observou-se que o tratamento fisioterapêutico em grupo pode ser uma boa estratégia de reabilitação para essas mulheres, oferecendo sensação de apoio, possibilitando retorno às atividades de vida diária e a sua reinserção social.

Palavras-chave: Neoplasias mamárias, Fisioterapia, Funcionalidade, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Background: The breast cancer is the most frequent type of cancer among Brazilian women. The treatment involves surgery, radiotherapy, chemotherapy, hormone therapy and monoclonal antibodies, considering the disease's stage. Late diagnosis leads to more aggressive procedures and worst sequels. Complications of breast cancer treatment can affect the patient's functionality, directly interfering with her perception of quality of life. Physiotherapy program aims to return to routine activities and improve quality of life and functionality. **Objective:** To evaluate the impact of physiotherapeutic treatment on the quality of life and function of women submitted to modified radical mastectomy, followed weekly in the outpatient clinic of the INCA / HC III physiotherapy service. **Methods:** This is an uncontrolled clinical trial in which were included women who underwent modified radical mastectomy that have shown limited shoulder range of movement ipsilateral to surgery. In this study, 31 women were chosen but only 25 concluded the protocol, being followed weekly at Kinesiotherapy group during 10 sessions. In the first session the patients were submitted to an initial evaluation, performing muscular tests, Goniometry and application of functional (DASH) and quality of life (WHOQOL-bref) questionnaires. After the 5th and 10th sessions, the patients were re-evaluated and the questionnaires reapplied. At the end of 10th session, individual interviews were conducted, whose reports were audiographed and later transcribed. The sociodemographic, clinical and treatment data were collected based on the electronic and physical institutional records. **Results:** The average age of women included in the study was 52.84 (\pm 10.24), the majority had advanced tumor staging (80.6%) and were submitted to neoadjuvant chemotherapy (87.1%), adjuvant radiotherapy (90, 3%) and hormone therapy (61.3%). In the initial evaluation, 80.6% of the women presented difficulties in performing self-care and domestic activities. At the end of treatment, all were independent in self-care and the vast majority (84%) performed domestic activities without difficulty. There was a statistically significant improvement in range of motion and pain ($p < 0.01$), especially in the first sessions. **Conclusion:** The physiotherapeutic program was able to improve the range of movement and reduce pain, especially in the initial phase of treatment. In the last sessions, this improvement was not so evident, possibly due to the beginning of radiotherapy. Although the improvement in functionality and quality of life were not statistically significant, through the interviews it was observed that group physiotherapeutic treatment can be a good rehabilitation strategy for these women, offering a feeling of support, allowing a return to the activities of Daily life and their social reintegration.

Keywords: Breast Neoplasms, Physiotherapy, Functionality, Quality of Life.

ABREVIATURAS

ADM	Amplitude de Movimento
ANZ	Anastrozol
CDI	Carcinoma Ductal Invasivo
CDIS	Carcinoma Ductal In Situ
CLI	Carcinoma Lobular Invasivo
DASH	Disability Arm, Shoulder and Hand
DP	Desvio-Padrão
EVA	Escala Visual Analógica
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMX	Tamoxifeno
WHOQOL-bref	World Health Organization Quality of Life - bref

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
1.1	Justificativa.....	10
1.2	Objetivo Geral.....	11
1.3	Objetivos Específicos.....	11
2	METODOLOGIA.....	12
2.1	Delineamento.....	12
2.2	População.....	12
2.3	Inclusão.....	12
2.4	Exclusão.....	12
2.5	Recrutamento.....	12
2.6	Coleta de dados e seguimento.....	13
2.7	Análise de dados.....	15
2.8	Tamanho amostral.....	16
2.9	Aspectos éticos.....	16
3	RESULTADOS.....	17
3.1	Convivendo com os efeitos do tratamento oncológico e com as limitações pós-cirúrgicas.....	23
3.2	Conceito de qualidade de vida.....	27
3.3	Impacto do tratamento fisioterapêutico no retorno às atividades diárias.....	28
4	DISCUSSÃO.....	30
4.1	Diminuição da Amplitude de Movimento.....	30
4.2	Dor.....	31
4.3	Síndrome da Rede Axilar.....	32
4.4	Funcionalidade.....	33
4.5	Radioterapia.....	34
4.6	Impacto Social.....	36
4.7	Aspectos Psicológicos.....	37
4.8	Tratamento em Grupo.....	38
4.9	Qualidade de Vida.....	39
5	CONCLUSÃO.....	40
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
	ANEXO A – Folha de Exercícios.....	50
	ANEXO B – Ficha de Avaliação.....	52
	ANEXO C – Ficha de Coleta de Dados.....	54
	ANEXO D – DASH.....	55
	ANEXO E – WHOQOL bref.....	57
	ANEXO F – Roteiro de Entrevistas.....	61
	ANEXO G – TCLE.....	62

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a localização tumoral mais frequente na população feminina brasileira, sendo esperados mais de 57 mil novos casos para o biênio 2016/2017 (BRASIL, 2015). É a líder de mortalidade por câncer em mulheres nos países em desenvolvimento e a segunda causa de morte nos países desenvolvidos. Em 2012, o câncer de mama foi responsável por cerca de 13 mil mortes no Brasil (BRASIL, 2015).

Como no Brasil os diagnósticos são, muitas vezes, realizados em fases tardias da doença (SCLOWITZ et al., 2005; WÜNSCH FILHO et al., 2008; FELIX et al., 2011) são necessárias condutas mais agressivas, que levam a maiores sequelas funcionais, emocionais e sociais (PURUSHOTHAM et al., 2005; LANGER et al., 2007; LATOSINSKI; DABBS; MOFFAT, 2008; KOOTSTRA et al., 2008; ROSA e RADUNZ, 2013).

O tratamento para o câncer de mama envolve a cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e terapia alvo. A abordagem terapêutica leva em consideração o estadiamento da doença, as características individuais, tanto clínicas, como psicológicas, visando obter melhor qualidade de vida para a paciente após o tratamento (GRIFFITHS et al., 2012).

Os tratamentos cirúrgicos podem ser divididos em conservadores e radicais. As complicações cirúrgicas ocorrem com diferenças de intensidade e incidência, tanto nas técnicas conservadoras como nas radicais (MARTINO et al., 2002; MOREIRA & CANAVARRO, 2012). Em um estudo prospectivo que avaliou 1004 mulheres, realizado no Instituto Nacional de Câncer no Rio de Janeiro, foram observadas as seguintes complicações pós-operatórias: seroma (54,3%), linfedema (47,3%), cicatrização tardia da ferida operatória (17,0%), redução da amplitude de movimento do ombro (15%), infecção no membro superior (9,3%), escápula alada (6,8%), necrose tecidual (3,5%), infecção da ferida operatória (3,3%) e hematoma (1%). Quanto às sintomatologias referidas após o tratamento para câncer de mama, a alteração de sensibilidade no trajeto do nervo intercostobraquial apresentou alta prevalência (55,3%), seguido pelo relato de dor em membros superiores (40,5%), sensação de peso no membro superior (29,3%) e dor cicatricial (27%). Em relação às limitações de movimento da articulação do ombro apresentaram prevalência de 1% a 35%, dependendo do movimento realizado (BERGMANN et al, 2007).

Em uma revisão de literatura realizada por RIETMAN et al (2003), a restrição da amplitude articular foi de 2 a 51%, a diminuição da força muscular no membro superior

homolateral foi de 17 a 33% e a incidência de dor um ano ou mais após a cirurgia variou de 12 a 51% e indicou que todas essas restrições podem influenciar na qualidade de vida das pacientes. ENGEL et al (2003) demonstraram através de estudo prospectivo com 990 mulheres que 38% destas pacientes ainda apresentavam limitação de movimento e linfedema no membro superior homolateral à cirurgia após 5 anos do diagnóstico e que a qualidade de vida era significativamente menor comparando às pacientes que não apresentavam limitações. Demonstrou também que a extensão da abordagem axilar, comorbidades, atividade laborativa e idade precoce contribuíram significativamente para as restrições neste membro. Assis et al (2013) apontam a dor como principal disfunção do membro superior por estar diretamente relacionada à redução da amplitude de movimento e ao linfedema.

As complicações do tratamento oncológico podem trazer consequências físicas e emocionais e algumas afetam a qualidade de vida e a funcionalidade dessas mulheres, interferindo em suas atividades de vida diária necessitando da atenção da equipe multidisciplinar (BERGMANN et al., 2007).

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, dentro do contexto da cultura e de sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1995). Por meio de sua avaliação é possível compreender a percepção do paciente sobre o impacto da doença na sua vida, criar indicadores da gravidade e progressão da doença e prever a influência dos tratamentos sobre a condição da mesma (BERZON, 1998).

A qualidade de vida é um conceito multidimensional que inclui o bem estar físico, emocional, social e funcional (CONDE et al., 2006). Este conceito é intrínseco, subjetivo e só possível de ser avaliado pelo próprio indivíduo (SEGRE & FERRAZ, 1997). Uma variedade de aspectos pode afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas (FLECK et al., 2000).

Baixos escores entre qualidade de vida e idade, escolaridade, tipo de tratamento oncológico realizado e o tempo decorrido do diagnóstico e tratamento já foram demonstrados em estudos prévios (LOTTI et al., 2008; RABIN et al., 2008; SAWADA et al., 2009). Além de sintomas referentes à funcionalidade do membro homolateral à doença também foram relacionados negativamente com a qualidade de vida (LOTTI et al, 2008).

A funcionalidade e incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) e os fatores

contextuais (fatores ambientais e pessoais). A incapacidade não é um atributo da pessoa, mas sim um conjunto complexo de condições que resulta da interação pessoa-meio (STUCKI, G., 2005). Funcionalidade é o termo genérico para as funções e estruturas do corpo, atividades e participação. Corresponde aos aspectos positivos da interação entre um indivíduo e os seus fatores ambientais e pessoais (CIF, OMS, 2004).

Martins et al. (2009) afirmam que o tratamento para o câncer de mama acarreta à mulher várias mudanças relativas à sua autonomia e independência, gerando dificuldades psicossociais. A reabilitação tem se mostrado parte integrativa do cuidado clínico tanto pela recuperação física quanto pela melhora da qualidade de vida pós-cirurgia. Os exercícios em grupo se mostraram fundamentais no tratamento das seqüelas motoras e psicológicas (MISHRA et al., 2012). Após o término do tratamento oncológico, as mulheres que participaram do grupo de reabilitação puderam iniciar o processo de reconstrução de suas vidas cotidianas e, com isso, tornaram-se mais independentes, o que melhorou a sua qualidade de vida (FANGEL et al., 2013).

1.1 Justificativa

As consequências do tratamento do câncer de mama envolvem alterações nos campos musculoesquelético, vascular, estético, psicológico e social. A limitação de movimento da articulação do ombro, além de dor, escápula alada, parestesia no trajeto do nervo intercostobraquial, fraqueza muscular, síndrome da rede axilar, entre outros são complicações do tratamento do câncer de mama que podem afetar a funcionalidade da paciente e suas atividades de vida diária, afetando diretamente sua percepção de qualidade de vida que abrange o bem estar físico, emocional e social.

Exercícios fisioterapêuticos em grupo com mulheres submetidas ao mesmo procedimento cirúrgico permitem identificação e maior interação social, troca de experiências e a atividade de forma lúdica torna a sessão mais prazerosa.

O tratamento fisioterapêutico objetiva o retorno às atividades de vida diária e melhora da qualidade de vida e funcionalidade.

1.2. Objetivo Geral

- ✓ Avaliar o impacto do tratamento fisioterapêutico na qualidade de vida e funcionalidade de mulheres submetidas à mastectomia radical modificada, acompanhadas semanalmente no ambulatório do serviço de fisioterapia do INCA/ HC III.

1.3. Objetivos específicos

- ✓ Descrever o estudo quanto às variáveis epidemiológicas, clínicas, e o tipo de abordagem terapêutica implementada;
- ✓ Comparar a amplitude de movimento, a qualidade de vida e o nível de funcionalidade das participantes antes e após o tratamento fisioterapêutico;
- ✓ Avaliar a frequência de complicações pós-operatórias associadas à redução da amplitude de movimento.

2. METODOLOGIA

2.1 Delineamento:

Trata-se de um ensaio clínico não controlado, de abordagem quantitativa e qualitativa.

2.2 População:

Mulheres com diagnóstico de câncer de mama, matriculadas no Hospital de Câncer III (INCA/ HCIII).

2.3 Inclusão:

Foram incluídas mulheres com idade a partir de 18 anos, submetidas à mastectomia com linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama, em acompanhamento no ambulatório de cinesioterapia do serviço de Fisioterapia do Hospital de Câncer III no período de 01 de julho a 31 de outubro de 2016.

2.4 Exclusão:

Foram excluídas do estudo mulheres com recidiva locorregional e/ou metástase à distância, submetidas à reconstrução mamária ou submetidas a tratamento cirúrgico bilateral, com história de doença prévia no membro superior homolateral à cirurgia, com algum déficit cognitivo que as impossibilite de responder aos questionamentos e as que não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.5 Recrutamento:

O ambulatório de cinesioterapia atende mulheres que apresentam restrição da amplitude de movimento de membros superiores consequente ao procedimento cirúrgico para tratamento do câncer de mama. Na consulta fisioterapêutica realizada trinta dias após a cirurgia, ao ser detectada a limitação funcional do membro superior, o fisioterapeuta encaminharia a paciente para acompanhamento semanal em grupo.

Durante a sessão de tratamento semanal foram realizadas técnicas de alongamento e exercícios ativos livres em grupo com o objetivo de ganho de amplitude de movimento (ADM) do membro superior e alívio da dor. Aliado a isto, foram fornecidas orientações quanto à realização de exercícios domiciliares duas vezes ao dia com folheto específico (Anexo A) fornecido durante a primeira consulta. As pacientes foram reavaliadas após 5 e 10 sessões.

2.6 Coleta de dados e seguimento:

Na primeira sessão de atendimento foi realizada a avaliação inicial em folha padronizada utilizada na rotina institucional (Anexo B), onde foram avaliadas: amplitude de movimento, escápula alada, intercostobraquialgia, síndrome da rede axilar, presença de linfedema em membros superiores, presença de dor, seroma, deiscência, entre outros.

Outras variáveis foram coletadas em prontuário físico e eletrônico, tais como: idade, estado civil, escolaridade, renda familiar mensal, cor da pele, ocupação, lado dominante, data da cirurgia, lado da cirurgia, estadiamento clínico e histopatológico e tratamentos oncológicos realizados (Anexo C).

A ADM foi avaliada através do goniômetro, mensurando os movimentos de flexão, abdução e rotação interna e externa do ombro homolateral à cirurgia. Os movimentos de flexão e abdução de ombro foram medidos a partir de uma posição anatômica neutra, através do plano sagital e coronal respectivamente; as rotações externa e interna de ombro foram medidas com o braço abduzido, cotovelo a 90° de flexão e antebraço pronado. A posição para ambos os movimentos iniciou-se com antebraço horizontal e pronado (MARQUES, 1997). Os limites de cada movimento foram determinados por movimentos compensatórios, ou limitação da ADM por dor ou desconforto (BOX et al., 2002). Foram considerados os valores absolutos da goniometria para cálculo dos resultados.

Para avaliação da presença de escápula alada, a paciente deveria manter-se em posição ortostática empurrando a parede com os braços abduzidos a 90°, cotovelos fletidos e mãos apoiadas na parede na altura do esterno. Foi considerada escápula alada, (hipotonia do músculo serrátil anterior) casos de deslocamento do bordo interno e/ou do ângulo inferior da escápula ipsilateral ao tratamento cirúrgico (SICÍNIO et al., 2003).

A presença da intercostobraquialgia (causada pela lesão do nervo intercostobraquial) foi considerada através do relato da paciente sobre alterações sensitivas, queimação e/ou algia puntiforme na axila, região interna do membro superior e/ou parede torácica do lado afetado (JUNG et al., 2003).

A dor no ombro ipsilateral à cirurgia foi avaliada através dos seguintes testes específicos para diagnosticar lesões nesta articulação e, em seguida, caso sentissem dor, deveriam atribuir uma nota através da Escala Visual Analógica (EVA) que posteriormente foi calculada com seu valor absoluto:

- Coçar de Apley: paciente sentada, instruída a colocar a mão do lado afetado atrás da cabeça e tocar o ângulo superior da escápula oposta. A seguir, foi solicitado à paciente que

colocasse as mãos nas costas e tentasse tocar o ângulo inferior da escápula oposta. Caso a examinada sentisse dor, indicaria tendinite/ tendinose do manguito rotador (usualmente do tendão do músculo supraespinhoso) (SICÍNIO et al., 2003);

- Gerber: Paciente em pé, instruída a posicionar o membro superior afetado em rotação interna com o dorso da mão na altura de L5 e tentar afastar a mão das costas. A incapacidade ou dor indica lesão do manguito rotador (usualmente do músculo subescapular) (SICÍNIO et al., 2003).

A síndrome da rede axilar é caracterizada pela presença de cordões linfáticos fibróticos palpáveis na axila ou ao longo do membro superior homolateral à cirurgia, podendo estar associada à restrição da amplitude de movimento deste membro e/ou a dor (BERGMANN et al., 2012).

Para a avaliação da presença de linfedema foi realizada a perimetria dos membros superiores durante o exame físico conforme rotina institucional (Anexo B). A perimetria foi realizada bilateralmente tendo como ponto de referência a interlinha articular do cotovelo; a partir deste ponto, mediremos 7 e 14 cm acima (braço) e 7, 14 e 21 cm abaixo (antebraço) e utilizamos a circunferência da região metacarpiana para a medida da mão. Seria considerado linfedema caso a diferença entre o membro afetado e o membro contralateral fosse maior ou igual a 2cm em, pelo menos, uma das medidas. Qualquer relato de sensação de peso ou de braço inchado foi valorizada (FABRO et al., 2016).

Para avaliação da função e dos sintomas algícos do membro superior homolateral à cirurgia do câncer de mama foi aplicado o questionário Disability Arm, Shoulder and Hand (DASH) (Anexo D), já validado na população brasileira (ORFALE et al., 2005). Este questionário contém 30 questões que objetivam avaliar as funções física e social além dos sintomas. É necessário um mínimo de 27 itens respondidos e cada questão possui o valor máximo de 5 (ORFALE et al., 2006). Além disso, este questionário possui dois módulos opcionais quanto à performance musical ou esportiva e trabalho, com quatro itens cada mas que não foram considerados neste trabalho por não contemplarem a realidade cultural da população do estudo.

Para avaliar a qualidade de vida (QV) utilizamos o questionário WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life abreviado) que abrange os domínios saúde física, psicológico, relações sociais e meio ambiente, distribuídos em 26 questões referentes às duas últimas semanas (Anexo E). Neste instrumento, os escores dos domínios encontram-se dispostos numa escala positiva, ou seja, escores maiores denotam melhor qualidade de vida.

Entretanto, as questões 3, 4 e 26, por apresentarem o maior escore como dado negativo, devem ser revertidas para a realização correta do cálculo (WHO, 1996).

Os questionários foram aplicados no primeiro dia do tratamento fisioterapêutico e ao final de 5 e 10 sessões do acompanhamento.

Outras informações relativas ao tratamento oncológico foram coletadas por meio de busca direta em prontuário físico e/ou eletrônico.

Ao final do tratamento fisioterapêutico, foram realizadas entrevistas individuais guiadas por roteiro semi- estruturado abordando questões relacionadas à qualidade de vida e funcionalidade pós-cirurgia para o câncer de mama (Anexo F). As entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas.

Todas as etapas do protocolo foram realizadas pelo mesmo profissional.

2.7 Análise dos dados:

Foi realizada análise descritiva dos dados utilizando as medidas de tendência central, dispersão e medidas de frequência absoluta e relativa. A alteração da qualidade de vida, funcionalidade, dor e amplitude de movimento entre a primeira e última sessão de fisioterapia foram avaliadas por meio do teste *t-student* (diferença de médias) e pelo teste de *Wilcoxon*, considerando intervalo de confiança de 95%.

Para a análise das entrevistas, utilizamos a técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2008). Na Análise de Conteúdo, a fala do indivíduo corresponde a uma expressão dele como sujeito. Ela considera a presença de palavras e expressões que se repetem ao longo do texto, buscando categorizar esses achados posteriormente (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Para Bardin (2008), a Análise de Conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens”.

Essa técnica de análise se realiza em três etapas: pré- análise; exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. A primeira etapa é a fase de organização. Na segunda etapa, o texto é desmembrado e codificado. Na última etapa, é feita a categorização dos dados, classificando e agrupando os elementos de acordo com suas semelhanças e diferenças (BARDIN, 2008).

2.8 Tamanho amostral:

Para cálculo do tamanho amostral, foi considerada melhora de 50% na funcionalidade de membros superiores após a intervenção fisioterapêutica, com precisão absoluta de 10% e nível de significância de 5%. Com esses parâmetros, seria necessária a inclusão de 96 mulheres no estudo.

2.9 Aspectos éticos:

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer- INCA/ HC III sob parecer 1.585.927 de 12 de junho de 2016 atendendo às exigências da resolução 196/96, revisada na resolução CNS nº 466/12, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

As participantes deste estudo foram informadas sobre os objetivos do trabalho e seu caráter voluntário; tiveram a garantia de seu anonimato, sigilo de suas informações pessoais e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) demonstrando estarem de acordo e o desejo de participar do trabalho (Anexo G). As voluntárias deste estudo foram informadas da possibilidade de recusa em responder os questionários e quanto à saída voluntária a qualquer momento do estudo, caso assim desejassem.

Todo estudo envolve riscos, entretanto, esta pesquisa preservou ao máximo seus participantes, foi realizada por profissional habilitado e em local privativo. Os métodos para avaliação e tratamento não foram invasivos, somente através de exame físico, consulta de prontuários e consulta fisioterapêutica individual e em grupo, que acreditamos não ter causado nenhum constrangimento em relação aos assuntos abordados, mas caso a participante se sentisse constrangida, teria total autonomia para não responder as perguntas ou questionários e poderia sair do estudo se assim desejasse, sem nenhum risco de ter seu tratamento oncológico comprometido nesta unidade.

Os benefícios deste trabalho são diretos e indiretos. Os diretos envolvem a detecção de restrições de movimento pós-operatórias, e a partir disso, o encaminhamento aos profissionais responsáveis, permitindo uma intervenção precoce. O ganho também é indireto, já que buscando compreender as questões que interferem na qualidade de vida dessas mulheres, poderemos adequar às orientações preventivas fornecidas às pacientes tratadas no Instituto Nacional de Câncer. Avaliando a funcionalidade antes e após tratamento fisioterapêutico, buscamos proporcionar uma atenção mais especializada, adequada e eficaz a essa população.

3. RESULTADOS

Neste estudo foram incluídas 31 mulheres submetidas à mastectomia radical modificada. Antes da 1ª reavaliação, quatro mulheres foram excluídas por dificuldades de frequentar o grupo de cinesioterapia semanalmente. Entre a 5ª e a 10ª sessão, tivemos duas perdas, uma por dificuldade em ausentar-se da atividade laboral e a outra por preferir realizar o tratamento fisioterapêutico próximo ao seu domicílio. Ao final, a população do estudo foi composta por 25 pacientes. Não foi possível incluir o número de mulheres de acordo com o cálculo amostral pelo curto período de coleta dos dados – entre abril e outubro de 2016.

A média de idade das mulheres incluídas no estudo foi de 52,84 ($\pm 10,24$). Em relação às variáveis sócio-demográficas, 71% das pacientes não viviam com companheiro, 71% cursaram mais de oito anos de estudo, 42% tinham o trabalho doméstico como sua principal ocupação, 38,7% não possuíam vínculo previdenciário, 83,9% não enfrentavam problemas financeiros e 67,7% se auto-declararam de raça não branca. A maioria destas mulheres (87,1%) relatou o membro superior direito como sendo seu lado dominante e com relação ao procedimento cirúrgico, 41,9% das cirurgias foram realizadas deste mesmo lado. A escápula alada foi identificada em 80,6% das pacientes, 64,5% tiveram complicações cicatriciais e 58,1% desenvolveram síndrome da rede axilar no período pós-operatório e nenhuma mulher apresentou linfedema neste período.

Considerando as características tumorais, 54,8% de todas as pacientes apresentaram estadiamento clínico IIIB e 45,2% estadiamento histopatológico IIB/ IIIA. Quanto ao tipo e grau histológico, 71% possuíam carcinoma ductal invasivo (CDI) e 51,6% eram Grau 2.

Quanto ao tratamento oncológico, a maioria (87,1%) foi submetida à quimioterapia neoadjuvante e 90,3% recebeu radioterapia adjuvante. O tratamento da hormonioterapia esteve presente em 61,3% desta população, sendo que destes, 32,3% das pacientes receberam anastrozol e 29% tamoxifeno. A respeito da terapia alvo (Trastuzumab), 35,5% das pacientes foram submetidas a esse tipo de tratamento.

Tabela 1. Distribuição das características sócio-demográficas, clínicas e de tratamento das mulheres submetidas à mastectomia radical modificada.

	N ou média	% ou DP
Idade	52,84	10,24
Estado Civil		
Com companheiro	9	29
Sem Companheiro	22	71
Nível de Escolaridade		
> 8 anos	22	71
< ou = 8 anos	9	29
Ocupação		
Do lar	13	41,9
Externa	18	58,1
Vínculo Previdenciário		
Com vínculo	19	61,3
Sem vínculo	12	38,7
Problemas Financeiros		
Não	26	83,9
Sim	5	16,1
Cor da Pele		
Branca	10	32,3
Não branca	21	67,7
Lado Dominante		
Direito	27	87,1
Esquerdo	3	9,7
Ambidestro	1	3,2
Lado Cirurgia		
Direito	13	41,9
Esquerdo	18	58,1
Estadiamento Clínico		
0 / I / IIA	4	12,9
IIB / IIIA	8	25,8
IIIB	17	54,8
Sem informação	2	6,5
Estadiamento Histopatológico		
0 / I / IIA	11	35,5
IIB / IIIA	14	45,2
IIIB	4	12,9
Sem informação	2	6,5
Tipo Histológico		
CDIS	3	9,7
CLI	3	9,7
CDI	22	71
Outros	3	9,7
Grau Histológico		
Grau 1	4	12,9
Grau 2	16	51,6
Grau 3	11	35,5

Continuação Tabela 1

	N ou média	% ou DP
Quimioterapia		
Não	1	3,2
QT neoadjuvante	27	87,1
QT adjuvante	3	9,7
Radioterapia		
Não	2	6,5
RXT neoadjuvante	1	3,2
RXT adjuvante	28	90,3
Hormonioterapia		
Não	12	38,7
HMT adjuvante TMX	9	29
HMT adjuvante ANZ	10	32,3
Terapia Alvo (Trastuzumab)		
Não	20	64,5
Sim	11	35,5
Síndrome da Rede Axilar		
Não	13	41,9
Sim	18	58,1
Complicações Cicatriciais		
Não	11	35,5
Sim	20	64,5
Escápula Alada		
Não	6	19,4
Sim	25	80,6
Linfedema		
Não	31	100
Sim	0	0

DP: desvio-padrão; CDIS: Carcinoma Ductal In Situ; CDI: Carcinoma Ductal Invasivo; CLI: Carcinoma lobular Invasivo; TMX: Tamoxifeno; ANZ: Anastrozol.

De acordo com a **tabela 2** podemos verificar que na primeira avaliação (antes do início do tratamento fisioterapêutico), a maioria das mulheres (80,6%) apresentou dificuldade na realização dos cuidados pessoais e das atividades domésticas, todas relataram parestesia e 45,2% referiram intercostobraquialgia no membro homolateral à cirurgia. A maioria das pacientes (87,1%) relatou dor, sendo que 32,3% destas apresentaram esse sintoma ao repouso.

Após a 5ª sessão de Fisioterapia – 1ª reavaliação – somente 25,9% apresentaram dificuldade na realização de cuidados pessoais e 51,9% dificuldade na realização de atividades domésticas; 85,2% referiram parestesia e somente 29,6% relataram intercostobraquialgia. O relato de dor foi referido por 66,7% das pacientes, das quais todas eram ao movimento.

Ao final do estudo – após a 10ª sessão – todas as pacientes relataram realizar seus cuidados pessoais de forma totalmente independente e 84% conseguiam realizar as atividades domésticas sem dificuldade. A parestesia foi identificada em 72% das pacientes e somente 28% relataram intercostobraquialgia. Dor foi referida por 52% das mulheres, sendo que 36% de todas as pacientes apresentaram dor ao movimento e 16% ao repouso.

Tabela 2. Distribuição de atividades de vida diária e sintomas nas três avaliações realizadas.

	Av. Pré		Av. 5		Av. 10	
	N	%	N	%	N	%
Cuidados Pessoais						
Independente	5	16,1	20	74,1	25	100
Independente com Dificuldade	25	80,6	7	25,9	0	0
Dependente	1	3,2	0	0	0	0
Atividades Domésticas						
Realiza sem Dificuldade	1	3,2	13	48,1	21	84
Realiza com Dificuldade	25	80,6	14	51,9	4	16
Não Consegue Realizar	5	16,1	0	0	0	0
Parestesia						
Não	0	0	4	14,8	7	28
Sim	31	100	23	85,2	18	72
Intercostobraquialgia						
Não	17	54,8	19	70,4	18	72
Sim	14	45,2	8	29,6	7	28
Dor						
Não	4	12,9	9	33,3	12	48
Sim	27	87,1	18	66,7	13	52
Tipo de Dor						
Não se Aplica	4	12,9	9	33,3	12	48
Movimento	17	54,8	18	66,7	9	36
Repouso	10	32,3	0	0	4	16

Na **tabela 3**, os desfechos foram analisados através das médias, em que podemos verificar os resultados das três avaliações. No questionário DASH, quanto menor o escore, melhor a funcionalidade, assim como nos testes de Apley e Gerber que são quantificados pela escala de dor (EVA).

Observamos através das médias que houve melhora em todos os desfechos analisados quando comparamos o início (avaliação pré-tratamento) e a metade do tratamento (5ª avaliação), assim como início e o fim do tratamento (10ª avaliação). A comparação entre a 5ª avaliação e a 10ª avaliação demonstrou que em alguns desfechos (DASH, Domínio QV geral,

Domínio Físico, Domínio Ambiente e teste de Apley) ocorreram pioras nas médias, apesar dessas diferenças serem discretas.

Tabela 3. Médias (DP) da funcionalidade, QV, ADM e dor no início do tratamento, após a 5ª sessão e após a 10ª sessão.

Desfechos	Av. Pré	Av. 5	Av. 10
DASH	25,59 (11,65)	19,85 (11,93)	20,44 (17,07)
Domínio QV geral	64,56 (10,49)	66,89 (11,74)	66,62 (16,12)
Domínio Físico	59,91 (13,52)	66,66 (10,54)	65,29 (18,26)
Domínio Psicológico	68,06 (15,29)	69,9 (12,88)	70,84 (16,09)
Domínio Relações Sociais	67,6 (15,73)	67,9 (22,0)	69 (25,86)
Domínio Ambiente	62,97 (10,63)	63,1 (11,63)	61,39 (13,46)
Flexão	126,3 (20,4)	148,15 (18)	163,8 (14,74)
Abdução	124,1 (22,1)	143,7 (20,41)	160,8 (16,05)
Rotação Externa	76,67 (15,63)	86,48 (7,31)	87,6 (6,63)
Rotação Interna	60 (15,75)	77,2 (11,79)	83,4 (9,86)
Apley	4,41 (4,19)	1,7 (2,46)	1,8 (2,36)
Gerber	3,67 (4,03)	2,37 (2,84)	1,48 (2,43)

Na **tabela 4**, em que comparamos os períodos através do teste de Wilcoxon, podemos perceber que houve melhora progressiva em todos os desfechos, mas verificamos que nem todos foram estatisticamente significativos.

No período 1, houve melhora significativa da funcionalidade ($p=0,02$), do domínio físico no questionário WHOQOL-bref ($p=0,01$), da ADM em todos os movimentos avaliados ($p<0,01$) e diminuição significativa da dor no teste de Apley ($p<0,01$).

No período 2, houve melhora significativa somente nos movimentos de flexão e abdução ($p<0,01$). Podemos verificar um aumento do número de pacientes no item “Piora” em quase todos os desfechos, porém sem significância estatística. Nesta fase todas as pacientes estavam sob tratamento de Radioterapia.

No período 3, apesar de verificarmos melhora da funcionalidade e do domínio físico da QV, seus resultados não foram estatisticamente significativos ($p=0,08$), enquanto todos os movimentos avaliados e a dor apresentaram resultados positivos com significância estatística ($p<0,01$).

Tabela 4. Comparação dos desfechos no início, após a 5ª sessão e após a 10ª sessão, através do *Wilcoxon Test*.

Variável	Diferença 1ª-5ª (Período 1)					Diferença 5ª-10ª (Período 2)					Diferença 1ª- 10ª (Período 3)				
	Média (IC 95%)	Valor p	Melhora	Piora	Manteve	Média (IC 95%)	Valor p	Melhora	Piora	Manteve	Média (IC 95%)	Valor p	Melhora	Piora	Manteve
DASH	5,74 (0,93 - 10,55)	0,02	17	7	3	0,72 (-3,57 - 5,01)	0,73	16	8	1	5,52 (0,75 - 11,79)	0,08	16	8	1
Dom. QV geral	2,33 (-1,01 - 5,67)	0,16	15	12	0	- 0,96 (-4,23 - 2,32)	0,55	10	15	0	2,33 (-1,79 - 6,45)	0,25	14	11	0
Dom. Físico	6,74 (1,81 - 11,67)	0,01	17	7	3	- 1,27 (-6,74 - 4,19)	0,63	9	12	4	5,44 (-0,76 - 11,63)	0,08	16	7	2
Dom. Psicológico	1,84 (-2,47 - 6,16)	0,39	12	11	4	0,17 (-3,17 - 3,51)	0,91	11	9	5	3,00 (-1,93 - 7,93)	0,22	12	10	3
Dom. Social	0,31 (-6,12 - 6,73)	0,92	11	6	10	- 0,66 (-7,01 - 5,69)	0,83	10	9	6	1,67 (-4,61 - 7,95)	0,6	11	9	5
Dom. Ambiente	0,12 (-4,92 - 5,18)	0,96	12	9	6	- 2,00 (-5,73 - 1,73)	0,28	11	9	5	- 0,74 (-4,61 - 3,13)	0,7	14	11	0
Flexão	21,85 (15,33 - 28,37)	< 0,01	23	1	3	14,6 (8,92 - 20,28)	< 0,01	20	3	2	38,2 (31,81 - 44,59)	< 0,01	25	0	0
Abdução	19,63 (11,51 - 27,75)	< 0,01	22	2	3	15,6 (7,78 - 23,42)	< 0,01	21	2	2	38,00 (29,64 - 46,36)	< 0,01	23	0	2
Rotação Externa	9,81 (5,14 - 14,48)	< 0,01	15	0	12	0,2 (-2,22 - 2,62)	0,87	2	1	22	10,8 (4,65 - 16,95)	< 0,01	14	1	10
Rotação Interna	17,22 (11,13 - 23,31)	< 0,01	22	2	3	6,00 (0,379 - 11,62)	0,37	11	4	10	23,0 (15,92 - 30,97)	< 0,01	20	1	4
Dor - Apley	2,70 (0,882 - 4,53)	< 0,01	14	4	9	0,08 (-1,19 - 1,35)	0,9	7	6	12	2,64 (0,8 - 4,48)	< 0,01	15	3	7
Dor - Gerber	1,29 (0,44 - 3,03)	0,14	12	5	10	- 0,56 (-1,99 - 0,87)	0,43	9	4	12	2,2 (0,62 - 3,77)	< 0,01	13	1	11

Pelo método qualitativo da Análise de Conteúdo, os achados nas entrevistas foram categorizados considerando palavras e expressões que se repetiram ao longo da pesquisa conforme o Quadro 1.

Para preservar o anonimato das pacientes entrevistadas, elas foram codificadas através da letra M seguida de um número.

Quadro 1. Análise de Conteúdo.

Categorias Temáticas	Subcategorias
Convivendo com os efeitos do tratamento oncológico e com as limitações pós-cirúrgicas	<ul style="list-style-type: none"> • Autoimagem • Dificuldades relacionadas ao trabalho • Desempenho nas atividades domésticas e de vida diária • Alterações psicológicas e sintomas físicos
Conceito de Qualidade de Vida	<ul style="list-style-type: none"> • Situações de vida • Apoio Social
Impacto do tratamento fisioterapêutico no retorno às atividades diárias	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionalidade • Segurança e independência • Socialização

3.1 Convivendo com os efeitos do tratamento oncológico e com as limitações pós-cirúrgicas:

Todas as mulheres entrevistadas relataram efeitos e limitações decorrentes do tratamento para o câncer de mama, relacionados à autoimagem, trabalho, atividades domésticas e de vida diária, restrições de movimento com o membro superior, alterações psicológicas, sentimentos de insegurança e incapacidade, entre outros.

Em relação à **autoimagem**, as pacientes relataram dificuldades em aceitar a perda da mama, demonstrando diminuição de sua autoestima, impactando nas suas relações afetivas, percepção como mulher, sexualidade, vergonha e tristeza diante da realidade do corpo.

- Tristeza diante da realidade do corpo:

“Ninguém aceita ser mutilada, né? Você aceita pela sua saúde, foi necessário fazer essa cirurgia, ninguém fica satisfeito. Eu nasci com os dois seios e não com um, me faz falta. Às vezes dá uma tristeza olhar e pensar como vou conviver com isso o resto da vida, é difícil.” M2

“Me olhar depois da cirurgia foi um choque muito grande, eu não aceitei. Me olhar no espelho foi a parte mais difícil, eu não conseguia me aceitar, eu sabia que a dor eu conseguia superar tomando medicamento, eu fiquei 25 dias para me olhar. Me ver sem a mama foi muito traumático, foi a pior parte.” M23

“Tirei todos os espelhos da casa porque eu não aceito meu peito, não consigo olhar.” M25

- Percepção como mulher e vergonha:

“O visual mesmo, olhar e não ver a mama. Sinto como se fosse menos mulher... Algumas festas, no começo eu não ia, porque não me sentia bem, as pessoas ficam olhando, então eu evitava ir.” M7

- Relações afetivas e sexualidade:

“Mas a beleza que ainda me trava, agora apareceu um namorado e eu não quis por causa da beleza e nem tive coragem de dizer que não tinha mais o seio. Eu tenho vergonha, pouco me olho no espelho, meu sutiã e prótese já dormem do meu lado porque só tiro pra dormir... Mas atrapalha mesmo nessa relação homem e mulher” M9

“Em relação também ao físico não me sinto totalmente segura inclusive no meu casamento, atrapalhou um pouco meu relacionamento, me sinto insegura.” M10

Nas falas podemos observar uma grande **insegurança** em relação às **atividades laborais**, muitas tiveram que parar de trabalhar ou mudar de função devido às seqüelas do tratamento. É um assunto pouco abordado na literatura e que merece ser mais explorado.

“Tô tentando me reciclar porque não consigo mais costurar e preciso trabalhar.” M2

“Antes eu trabalhava, tinha uma barraca de salgados e por causa das dores do braço tive que parar, mas dei sorte que consegui me aposentar. Vou levando a vida do jeito que dá pra levar, mas agora me mudei e vou ter que pagar aluguel, então vai ficar mais complicado porque no momento vivo só da aposentadoria e não consigo mais voltar a fazer salgados.” M11

“Depois da cirurgia sinto que estou recebendo tratamento diferenciado no trabalho, sensação de que a empresa pode pensar que não to mais produzindo porque minha minha atividade normal mesmo não faço como antes, eu sou promotora de vendas. Sensação muito forte de insegurança e

incapacidade. Não consigo e nem posso trabalhar como antes, trabalho com prospecção direta, antes visitava muitos clientes num dia, hoje em dia sinto muito cansaço, tem dias que nem vou, diminuí muito minha produção e frequência.” M15

“Eu trabalhava como garçom e bartender e isso me limitou muito, essa era minha realidade e hoje não é mais, hoje sou somente dona de casa.” M6

Todas as entrevistadas relataram dificuldades no desempenho das **atividades domésticas e/ou atividades de vida diária**, sendo necessárias **adaptações** em suas rotinas na tentativa de retomar suas funções.

- Dificuldades:

“Varrer, pegar alguma coisa no alto da prateleira, passar pano na casa. Tive muita dificuldade de realizar.” M1

“Antes eu morava sozinha, agora minha mãe veio morar comigo. Eu fazia tudo, como lavar banheiro, esfregar, passar pano na casa. Agora limitou. Hoje tenho dificuldade até pra cozinhar por causa do calor do fogão, pelo peso da panela.” M3

“Não consigo mais arrumar a casa toda, não consigo mais pegar ônibus direito, tenho que esperar passar um vazio porque não consigo segurar meu corpo.” M9

“Algumas atividades não faço porque tenho medo do braço inchar, quando tento colocar algo na prateleira de cima parece que pesa uma tonelada, o restante faço naturalmente mas me cansa.” M15

“Antes eu corria e hoje percebo que não tenho mais a mesma disposição, me canso rapidamente. Eu fazia musculação e parei, só a dança que voltei a fazer.” M23

- Adaptações:

“Me acostumei a arrumar a casa aos poucos, distribuindo as tarefas pelos dias da semana.” M5

“Me polio com medo de me acidentarmos em casa e o braço inchar.” M3

“Acabo forçando o outro braço, pego todas as sacolas e panelas com o outro braço. Faço o que eu posso e acabo deixando de fazer o que não dá ou peço ajuda à minha filha. Fico com muito medo do meu braço inchar.” M22

“Tive que comprar uma máquina de lavar, meu marido colocou piso na área porque tava difícil pra limpar. Hoje dependo dele pra me ajudar a fazer as coisas.” M8

“Tive que trocar a mala que trabalho por uma de rodinha.” M15

Ao longo das entrevistas, algumas mulheres relataram **alterações de humor** após o tratamento, outras relataram **distúrbios do sono**, assim como **sintomas** mais recorrentes que tiveram impacto negativo durante ou após o tratamento.

- Alterações psicológicas:

“O tratamento deixa debilitada, pra baixo mesmo, é uma luta com você mesma todo dia, muito cansaço. Mexe com o emocional, ainda bem que tenho minha família.” M5

“Fiquei mais retraída, parece que os outros me olham com pena, fiquei mais caseira. Fiquei muito irritada com o tratamento.” M13

“Não é só a queda de cabelo, é tudo, você se sente inferior, incapaz, a maioria fica comovida mas o preconceito existe, você é diferente, você é debilitada. É muito ruim. Às vezes tenho alterações, parece que não to falando coisa com coisa, raciocínio mais lento, memória pior, a química é um veneno.” M15

“Insônia, estresse, isso me incomoda muito. Fico muito sozinha aí choro, tenho que tomar calmante. Quando saio e vejo amigos e família, consigo ficar bem. Mas ir ao shopping sozinha é chato ou ler um livro acabo cansando e fico triste, dependente de calmante. Tem horas que dá vontade de morrer, mas logo depois me arrependo por ter pensado isso.” M22

“Eu fiquei mais humana, mais solidária, eu era uma pessoa um pouco agressiva.” M3

“Hoje tenho mais vontade de viver, passei por todas essas etapas.” M9

- Sintomas físicos:

“Fico muito fadigada, tem dias que parece que passou um caminhão em cima de mim.” M15

“O enjoô e o cansaçô foram horríveis durante a quimio. A dor no braço também é bem enjoado, é um repuxado que parece que to amarrada, se eu não fizer o exercícios por 2 dias já me sinto presa, apreço que ta costurado.” M20

A **radioterapia** desencadeia lenta reparação cicatricial, acentuada fibrose tecidual e, como conseqüência, comprometimento importante da função do membro superior (OLIVEIRA 2010), como podemos observar nos seguintes discursos:

“Sensação de peso no braço depois da radioterapia, como se ele tivesse adormecido de novo. Depois da radioterapia me senti voltando ao zero” M2

“Meu movimento piorou muito com a radioterapia, foi a pior parte do tratamento, tive queimadura na minha pele, voltei a sentir dor pra mexer o braço.” M4

3.2 Conceito de Qualidade de Vida:

Ao serem questionadas sobre o que é ter qualidade de vida, as respostas se dividiram entre **situações de vida** (moradia, lazer, saúde, alimentação e renda) e **apoio social** (família e/ou amigos).

“É poder sair de casa, passear, se exercitar, trabalhar.” M3

“É o que estou tendo agora, dou mais atenção à minha família, faço dever de casa com meu filho. Minha alimentação está mais saudável.” M4

“Poder viver bem, passear, ter lazer, viajar. Poder fazer o que eu quiser na hora que eu quiser.” M7

“Ter saúde, ter boa alimentação, uma família. A família faz parte desse tratamento.” M9

“Ter um trabalho, ter seu lazer sem dificuldade, ter boa saúde, boas condições de moradia e ter boas relações.” M15

3.3 Impacto do tratamento fisioterapêutico no retorno às atividades diárias:

Todas as pacientes relataram impacto positivo do tratamento fisioterapêutico no desempenho das suas atividades de vida diária e atividades domésticas, sentem-se mais seguras e independentes para retomar suas rotinas e avaliam como positiva a experiência do tratamento em grupo para socialização com pessoas que passaram pelo mesmo processo, possibilitando troca de experiências e formação de vínculos.

- Funcionalidade:

“A fisioterapia contribuiu em tudo mesmo, pra eu me vestir, tomar banho, lavar minha cabeça, dirigir pra levar meus filhos na escola, voltei a trabalhar fazendo os doces, voltei a me cuidar sozinha.” M4

“Não conseguia lavar meu cabelo, hoje já me cuido sozinha. Eu tava com uma faxineira, hoje já consigo dar um jeitinho na casa. Quando fui fazer a radioterapia teve um problema na máquina e demorou uns 10 dias para consertar e nesse tempo eu comecei a fisioterapia, quando ficou pronta, meu braço já tava indo pra trás, então tive que refazer a marcação e a radioterapia não precisou pegar no meu braço.” M7

“Hoje levanto o braço, boto minha roupa, consigo abotoar o sutiã, antes minha filha que fazia pra mim, agora to normal. Voltei a cuidar de mim e fazer minhas coisas, cozinho, limpo casa, arrumo a cama.” M16

“Hoje consigo fazer as atividades da minha casa que antes eu não conseguia, não conseguia fazer uma atividade física porque o braço não respondia e hoje já voltei a fazer, até mesmo sair da minha casa, pegar uma condução, antes eu me sentia muito mais restrita.” M23

- Segurança e independência:

“Eu me sentia muito insegura pra pegar ônibus, sempre apelava pro táxi mesmo sem poder financeiramente, hoje já consigo me apoiar sozinha no ônibus. Me sinto segura. Voltei a usar salto alto, antes eu sentia medo de cair e machucar o braço, voltei a me maquiar. Voltei a encontrar amigos, me sinto segura pra sair de casa, sinto que voltei a ser eu mesma. Voltei a cuidar da minha mãe, levar ao médico e dar os remédios dela.” M3

“Me sinto mais independente, mais segura no ir e vir, claro que com alguns resguardos, mas já sei meu limite, até que ponto meu corpo vai ser respeitado. Meu braço melhorou visivelmente e o movimento foi restabelecido. Foi muito bom estar aqui.” M23

- Socialização:

“Tenho colegas aqui do grupo que a gente se fala no whatsapp, teve a nossa festinha, a gente sente falta umas das outras, a gente faz propaganda pras outras pacientes que ainda não estão fazendo, meu humor melhorou muito, eu tava muito pra baixo quando comecei.” M3

“Eu sou extremamente tímida, eu me soltei aqui, formamos um grupo, vi outras pessoas, fiz amizades.” M5

“Me ajudou muito através dos exercícios, da ajuda e paciência da fisioterapeuta e do contato com outras pessoas que passaram pelo mesmo processo que eu, com os mesmos medos, a gente conseguiu trocar muita coisa e fazer amizade.” M10

4. DISCUSSÃO

Como já descrito anteriormente, diagnósticos em fases mais tardias, ocasionam condutas mais agressivas e, portanto, piores seqüelas físicas, emocionais e sociais. A população deste estudo apresentou, em sua maioria, estadiamento avançado como observado na tabela 1 e foi submetida à Mastectomia Radical Modificada que inclui a dissecação axilar. Este procedimento possui uma relação bem descrita na literatura quanto à maior frequência de morbidades no membro superior homolateral à cirurgia, como linfedema, dor, diminuição da amplitude de movimento do ombro, parestesia, intercostobraquialgia, síndrome da rede axilar, escápula alada e complicações cicatriciais (SAGEN et al 2014).

4.1 Diminuição da Amplitude de Movimento

A limitação da ADM interfere diretamente na capacidade funcional e qualidade de vida (SILVA e REZENDE, 2014). Essa complicação é frequentemente descrita e influenciada pela extensão da abordagem axilar, complicações cicatriciais e radioterapia pós-operatória. A dor e o medo de realizar exercícios no período pós-operatório também contribuem para essa restrição do movimento (LAHOZ et al., 2010).

Todas as pacientes incluídas neste estudo inicialmente apresentaram essa restrição no ombro homolateral à cirurgia (tabela 3), principalmente nos movimentos de flexão e abdução ($126,3 \pm 20,4$ e $124,1 \pm 22,1$ respectivamente). Essa limitação é decorrente da dor e até mesmo da cicatriz cirúrgica, pois muitas mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico evitam o movimento do membro superior por medo de deiscência da ferida operatória (RETT et al., 2012). Entretanto o principal fator limitante é a modificação da cavidade axilar, que ao ser dissecada, a serosidade local é retirada, podendo levar ao desenvolvimento de aderências e dificuldades na movimentação do complexo articular do ombro (BREGAGNOL e DIAS, 2010). Silva e Rezende (2014) sugerem que a limitação da flexão tem mais impacto negativo na qualidade de vida que os demais movimentos, provavelmente pelo seu envolvimento na maioria das atividades diárias.

Esse mesmo autor aponta que a qualidade de vida é influenciada pela dissecação axilar independente da presença ou ausência de linfedema.

Ao longo das sessões podemos verificar que a cinesioterapia aumentou progressivamente e significativamente a ADM do ombro, corroborando com os achados de outros autores. Rett et al (2013) verificaram que após 10 sessões de cinesioterapia (3 sessões semanais por um mês) houve melhora significativa da ADM e da funcionalidade. De acordo com Lauridsen et al (2005), o tratamento fisioterapêutico precoce e a longo prazo melhora a função do ombro, sendo isso ratificado por Petito et al (2012) que verificaram melhora significativa na ADM após 105 dias de pós-operatório com realização diária de exercícios em pacientes mastectomizadas. Conforme a revisão sistemática de Groef e colaboradores (2015), na qual foram analisados 18 ensaios clínicos randomizados com objetivo de verificar a eficácia da cinesioterapia na recuperação da ADM, todos os estudos demonstraram resultados estatisticamente significativos para melhora do arco de movimento e sugeriram que os exercícios devem ser iniciados em fase precoce, em no máximo 6 semanas após a cirurgia, apesar de utilizarem diferentes protocolos e de não existir ainda um consenso na literatura sobre frequência de sessões ou tipos de exercícios aplicados.

4.2 Dor

A dor pós-mastectomia é uma condição que surge após o tratamento do câncer de mama e que pode estar localizada na parede anterior ou lateral do tórax, axila e/ou metade superior do braço, causando sintomas como queimação, fígada, pressão e/ou dormência. Pacientes diagnosticadas tardiamente e submetidas à ressecção axilar apresentam risco duas vezes maior para o desenvolvimento desta condição, assim como a associação dessa técnica à radioterapia pode causar dor persistente (FABRO et al., 2012).

A dor pode manifestar-se em repouso ou durante o movimento. O medo de movimentar o membro e a inatividade levam a um comprometimento gradual da força muscular e diminuição da ADM, o que predispõe a dor (LAHOZ et al., 2010; RETT et al., 2012; GIACON et al., 2013).

Este sintoma merece atenção especial visto que impacta negativamente na qualidade de vida, no autocuidado, nas atividades laborais, no bem-estar físico e emocional e nas tarefas

domésticas (RETT et al., 2012). Já é bem definido na literatura que os exercícios no membro homolateral à cirurgia auxiliam na prevenção e tratamento da dor, o que também verificamos no presente estudo.

Na tabela 2 deste estudo, observamos que ao longo das intervenções um menor número de pacientes relatou sintomas álgicos e algumas evoluíram de “dor ao repouso” para “dor ao movimento”, entretanto, percebemos uma discreta piora entre a 5ª e a 10ª sessão que coincide com o início da radioterapia, corroborando com a pesquisa de Fabro (2012). Na tabela 3, verificamos que a dor na aplicação do teste muscular de Gerber melhorou progressivamente ao longo das sessões, enquanto no teste de Apley houve uma discreta piora entre a 5ª e a 10ª sessão. A relação entre início da radioterapia e piora do quadro álgico também ficou evidente pelo próprio relato das pacientes durante as sessões e durante as entrevistas, como vimos nos discursos das pacientes M2 e M4 na subcategoria “sintomas físicos”.

Apesar da importante diminuição da dor, esse sintoma ainda permaneceu em algumas pacientes que a descreveram como leve (EVA 1 a 3). Esse resultado foi similar ao estudo de Rett (2012) que atribui a manutenção da dor, ainda que reduzida, ao fato de que as mulheres ao se sentirem mais aptas para execução das suas atividades acabaram realizando mais esforço com o membro superior ou à lesão do nervo intercostobraquial durante ato cirúrgico, determinando alteração de sensibilidade o que justificaria a presença constante de dor. Este mesmo estudo ainda concluiu que houve redução do quadro álgico após 10 sessões de fisioterapia, reforçando a importância de uma intervenção precoce.

4.3 Síndrome da Rede Axilar

A síndrome da rede axilar (SRA) é uma importante morbidade que está relacionada à piora da ADM, desconforto e aumento da dor, entretanto sua fisiopatologia ainda não é bem estabelecida na literatura (FOURIE e ROBB, 2009; BERGMANN et al., 2012; FABRO et al., 2012).

Segundo Bergmann e colaboradores (2012), pacientes submetidas somente à biópsia do linfonodo sentinela tem uma redução de risco de 68% de desenvolvimento de cordões linfáticos

comparadas às pacientes que realizaram linfadenectomia. Portanto o tipo de abordagem axilar é crucial na ocorrência desta síndrome. Outro estudo de Bergmann (2007) concluiu que o risco para o desenvolvimento desta síndrome aumenta em 1% por linfonodo removido e sua presença também está relacionada ao edema inicial pós-cirúrgico.

Segundo Morkovitz (2001), pacientes que apresentam esta síndrome tem maior predisposição para dor irradiada e limitação do movimento do ombro – principalmente abdução no período pós-operatório. Verificamos em nossos resultados (tabela 1) que 58% das pacientes desenvolveram cordões linfáticos, ou seja, mais da metade das mulheres do presente estudo apresentavam maior predisposição para os sintomas citados pelo autor acima. Esse resultado foi superior ao descrito por Bergmann et al (2012) em que a incidência dessa síndrome após linfadenectomia foi de 36%, enquanto Leidenius et al (2003) e Lacomba et al (2009) encontraram incidência de 72% e de 48,3% respectivamente.

4.4 Funcionalidade

A capacidade funcional está associada à habilidade de um indivíduo em realizar suas atividades básicas de vida diária de maneira independente de outras pessoas, sendo caracterizada pela eficiência na execução de tarefas cotidianas e é dependente da preservação de habilidades motoras e cognitivas, estando diretamente ligada à qualidade de vida (LINO et al., 2008).

A presença das disfunções no membro superior após o tratamento do câncer de mama tem impacto negativo no desempenho de tarefas do dia a dia (YANG et al., 2015) e podem levar à perda de papéis relacionados ao trabalho, família e sexualidade (MAJEWSKI et al., 2012), além de interferir na administração domiciliar e administração de seus cuidados (FANGEL et al., 2013). Esse impacto pode ser observado nos discursos das pacientes M1, M3, M9 e M23 na subcategoria “desempenho das atividades domésticas e de vida diária”. Na tabela 2, na primeira avaliação, podemos observar que a maioria das pacientes tinha dificuldade na realização do auto cuidado e dos afazeres domésticos e algumas sequer conseguiam executar essas atividades.

Já é consenso na literatura que a cinesioterapia é ferramenta indispensável no restabelecimento da função física e funcional dessas mulheres e que deve ser iniciada

precocemente (BEURSKENS et al., 2007; RETT et al., 2012; RETT et al., 2013; SOUSA et al., 2013; GROEF et al., 2015), sendo isso compatível com os resultados da tabela 2 que mostram que ao final do tratamento todas as pacientes estavam independentes na realização do autocuidado, contudo poucas pacientes voltaram a apresentar dificuldade na execução de atividades domésticas entre a 5ª e a 10ª sessão após o início da radioterapia. Nas tabelas 3 e 4, observamos que a funcionalidade avaliada pelo DASH também melhorou ao final do tratamento, sendo estatisticamente significativa no período 1 – entre a 1ª e a 5ª sessão. Compatível também com os relatos das pacientes M4, M16 e M23 durante as entrevistas na categoria “Impacto do tratamento fisioterapêutico no retorno às atividades diárias”.

Esse resultado estatisticamente significativo de melhora da funcionalidade nas primeiras sessões coincide com o estudo de Fangel et al (2013), que sugere que a reconstrução da vida cotidiana se inicia neste período, no qual as pacientes começam a realizar de forma independente as atividades básicas da vida diária, que necessitam de menor dispêndio físico. Entretanto mesmo após a cinesioterapia, ao esbarrarem com atividades que necessitam de maior esforço físico, as pacientes ainda se vêem parcialmente limitadas, não somente pela redução da força muscular e da ADM ou dor, mas também pelas orientações preventivas de linfedema após a cirurgia (LAHOZ et al., 2010; FANGEL et al., 2013; SOUSA et al., 2013), que levam ao medo do braço inchar e demandam adaptações durante a execução dessas tarefas como podemos ver nos relatos das pacientes M3, M22 e M5 na subcategoria “Adaptações”.

4.5 Radioterapia

A linfadenectomia axilar, quando em conjunto com a radioterapia adjuvante, pode causar morbidades severas no membro superior ou piorar as já existentes. Esses sintomas são frequentemente observados e merecem atenção já que interferem na vida diária e na qualidade de vida dessas mulheres (LAHOZ et al., 2010).

No presente trabalho, as mulheres iniciaram a radioterapia entre a 5ª e 10ª sessão de cinesioterapia e podemos verificar que algumas voltaram a sentir dor ao repouso (tabela 2) e que houve aumento no quesito “Piora” neste mesmo período em quase todos os desfechos (tabela 4).

Como a radiação também incide nas regiões de tecido normal, ela causa efeitos colaterais como dor, fadiga, alterações sensitivas e cutâneas, como a radiodermite (BEZERRA et al., 2012). Fadiga e dor podem ocorrer frequentemente junto com a depressão nesta fase do tratamento por apresentarem etiologias semelhantes (SO et al., 2009).

O dano tecidual provocado pela radioterapia aumenta a liberação de mediadores inflamatórios, como a Interleucina-6 (SHIMIDT et al., 2016). Essa expressão aumentada de mediadores é um potencial mecanismo de desenvolvimento da dor e também está associada à fadiga relacionada ao câncer (SHIMIDT et al., 2016) e aos mecanismos de comportamentos depressivos (SMITH, 2015).

Segundo Bezerra et al (2012), a dor no membro superior é um sintoma presente logo após a cirurgia, com aumento significativo da intensidade de dor imediatamente após o tratamento radioterápico, corroborando com Lahoz et al (2010) e Fabro et al (2012). Concomitantemente ao aumento da intensidade de dor, observou-se, no estudo de Bezerra et al (2012), aumento da incapacidade funcional, demonstrando piora da funcionalidade do membro superior após a radioterapia, compatível com os relatos das pacientes M2 e M4 na subcategoria “Sintomas Físicos”.

A fadiga relacionada ao câncer é multicausal e pode ser física, emocional e cognitiva, interferindo de forma significativa na funcionalidade e qualidade de vida (BERGER; GERBER; MAYER, 2012). É um dos sintomas mais importantes relacionados ao tratamento do câncer (GOLDSTEIN et al., 2012) e a prevalência durante a radioterapia adjuvante varia de 30 a 80% (KIM et al., 2013). Shimidt et al (2016) demonstraram em estudo randomizado que o grupo submetido a exercícios durante o tratamento radioterápico apresentou recuperação mais rápida da fadiga após a radioterapia.

De acordo com Oliveira et al (2010), o acompanhamento fisioterapêutico prévio à irradiação é insuficiente, sugerindo que durante e após a radioterapia os programas de reabilitação devem ser mantidos, corroborado por Bezerra et al (2012), que sugere maior tempo de acompanhamento.

4.6 Impacto Social

Uma das preocupações com mulheres em tratamento para o câncer de mama é o impacto sobre a sua vida social, que se alia ao conceito de saúde que “ultrapassa a ausência de doença e compreende o sujeito como um ser inserido em um contexto amplo” (OMS, 1986).

As expressões do âmbito social interferem diretamente no quadro de saúde da população que, diante de um adoecimento que precisa de acompanhamento contínuo, fica ainda mais fragilizada às conseqüências do tratamento (FRAZAO; SKABA, 2013).

Observando a tabela 1, verificamos que 58% das mulheres deste estudo tinham ocupação externa, mas todas mantinham suas responsabilidades com os afazeres domésticos e cuidados com os filhos, estando de acordo com a nossa própria cultura, em que o trato do lar é exclusivamente feminino.

O trabalho externo representa para muitas mulheres também uma realização pessoal, por ser um espaço construído individualmente, no qual se sentem valorizadas como pessoas (COELHO, 2002), significando mais do que sua subsistência mas também sua independência e autonomia.

A realidade sócio-ocupacional da maioria das pacientes deste estudo é de atividades laborais mais pesadas, portanto, mesmo após o tratamento, essas mulheres não retornam ao trabalho ou são obrigadas a se reinserir em outro tipo de atividade, como podemos observar nos discursos das pacientes M2 e M6 na subcategoria “Dificuldades relacionadas ao trabalho”.

A realização de tarefas domésticas neste momento de vulnerabilidade, em que elas já estão afastadas dos seus trabalhos remunerados, proporciona a essas mulheres o sentido de produtividade. Por outro lado, acarreta em si mesmas cobrança e culpabilização quando apresentam restrições na execução dessas tarefas devido aos efeitos colaterais do tratamento (FRAZAO; SKABA, 2013) e devido às orientações preventivas de linfedema. Nos discursos das pacientes M6, M3 e M15 – subcategorias “Dificuldades relacionadas ao trabalho” e “Dificuldades nas AVD’s” – essa dualidade fica evidente.

As pacientes também relataram impactos em sua situação econômica durante as sessões por diferentes razões. Algumas tiveram dificuldades financeiras pelos gastos decorrentes do

tratamento, como custeio de transporte e alimentação, motivo pelo qual quatro mulheres se desligaram deste estudo nas primeiras sessões. Outras, ao saírem de seus empregos formais, perderam benefícios como vale-transporte e vale-refeição/ vale-alimentação. Além das trabalhadoras informais que se viram impossibilitadas de complementar a renda familiar, como é o caso da paciente M11 em seu relato na subcategoria “Dificuldades relacionadas ao trabalho”.

4.7 Aspectos Psicológicos

O sofrimento físico afeta a sobrevivência, pois pode inibir as estratégias de enfrentamento dos pacientes em tratamento, nos quais é observada alta prevalência de tensão (46%), nervosismo (48%), sensação de solidão (29%), ansiedade e depressão (41%), além de alterações sociais, de estilo de vida e de auto-imagem (ENGEL et al., 2004). Esse contexto tem impacto negativo sobre a qualidade de vida, afetando diretamente a saúde e bem-estar (CELLA; NOWINSKI, 2002).

O tratamento para o câncer de mama tem influência significativa nos aspectos emocionais da mulher por gerar mudanças relativas à sua autonomia e independência (MARTINS et al., 2009). Existe também a proximidade, real ou imaginada, com a morte e a incapacidade, que leva ao medo, angústias, vergonha e sentimento de discriminação, gerando prejuízos nos aspectos emocionais (PINHO et al., 2007). Essa afirmativa pode ser verificada nos discursos das pacientes M7 – “Percepção como mulher e vergonha” – e M15, “Dificuldades relacionadas ao trabalho”.

O diagnóstico do câncer causa uma mudança na vida e gera um estresse emocional muito significativo, que pode resultar em distúrbios do sono. O distúrbio mais prevalente é a insônia e está relacionada ao medo da recorrência, sintomas depressivos e sintomas vasomotores decorrente do tratamento hormonal. Distúrbios persistentes podem levar à depressão, fadiga crônica e alterações cognitivas (BARDWELL et al., 2009). Esses sintomas podem ser observados no relato da paciente M22 em “Alterações psicológicas” no qual ela afirma sofrer de insônia e ser dependente de calmantes e no relato da paciente M15 no qual ela demonstra angústia e descreve algumas alterações cognitivas.

A prevalência de depressão em pacientes com câncer é três vezes mais alta do que na população em geral. Altos níveis de estresse por um período prolongado de tratamento podem

causar ansiedade e depressão, a mistura dessas duas sintomatologias é muito comum e está relacionada com uma pior qualidade de vida (LINDEN et al., 2012). Pacientes com queixas de dores moderadas a intensas apresentam prevalência significativamente maior de depressão do que os pacientes com dores leves, sugerindo que a dor pode ser fator causal de depressão (SPIEGEL; SANDS; KOOPMAN, 1994).

Outro aspecto importante é o trauma em relação à mutilação e distorção da autoimagem, pois a mama é uma parte simbólica e característica da imagem feminina e faz relação com a sexualidade e também com a função de mulher (LAHOZ et al., 2010). A imagem corporal é a percepção cognitiva da aparência física (PRUZINSKY, 2004). Nas pacientes mastectomizadas, a imagem corporal esteve alterada não somente após a cirurgia, mas também após a quimioterapia e radioterapia (HOPWOOD; FLETCHER; AL GHAZAL, 2001). Essas afirmativas foram corroboradas nos discursos das entrevistadas nos tópicos “Tristeza diante da realidade do corpo”, “Percepção como mulher e vergonha” e “Relações afetivas e sexualidade”.

Morone et al (2014) observaram em seu estudo que as pacientes que tinham a autoimagem menos alterada apresentaram melhores resultados na reabilitação e que a imagem corporal é fator prognóstico de qualidade de vida.

O estresse emocional pode ser a base para um mau prognóstico e pode ser aumentado pelos impactos negativos do câncer e de seu tratamento no âmbito ocupacional, familiar, físico e funcional (SMITH, 2015).

4.8 Tratamento em Grupo

A convivência em grupo composto por pessoas com problemas semelhantes proporciona uma experiência que pode desenvolver um clima de muito valor terapêutico. Isso ajuda os participantes a quebrarem barreiras criadas por sentimentos de solidão e isolamento, especialmente pela possibilidade de feedback e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciam os mesmos problemas (MUNARI; RODRIGUES, 1997).

O tratamento em grupo proporciona às mulheres ajuda no desenvolvimento de novas maneiras de lidar com o câncer de mama, ampliando a rede de suporte social e reduzindo o impacto emocional causado pelo câncer, tratamento e complicações, aumentando, desta forma, sua autoestima. O contato com mulheres que passaram pelos mesmos problemas possibilita a

discussão e a reflexão sobre os objetivos da reabilitação favorecendo a sua realização (GOMES et al., 2003).

Fangel et al (2013) observaram em seus resultados um comprometimento nos aspectos psicossociais das participantes, sugerindo que o tratamento do câncer predispõe ao isolamento social e que a equipe deve estimular atividades de lazer e de participação. A realização de exercícios em grupo oferece esse benefício psicossocial da integração entre pacientes e deles com o fisioterapeuta constituindo uma estratégia segura que oferece sensação de suporte (OLIVEIRA et al., 2010).

Essas afirmações podem ser verificadas nos relatos das pacientes durante as entrevistas. No discurso da paciente M13 em “Alterações psicológicas” fica evidente sua alteração de humor e conseqüente isolamento social. Enquanto que na subcategoria “Socialização” as pacientes M3, M5 e M10 descrevem de forma positiva a experiência do tratamento em grupo abordando a formação de vínculo entre elas.

4.9 Qualidade de vida

O impacto do diagnóstico e do tratamento no bem-estar físico, emocional, profissional e social compromete de forma bastante significativa a qualidade de vida das pacientes como já discutimos nos contextos anteriores.

Durante as entrevistas, ao serem questionadas sobre o que é ter qualidade de vida, a maioria das pacientes falou sobre condições de vida (moradia, lazer, renda) e sobre rede de apoio, como observamos nos discursos das pacientes M3, M4, M7, M9 e M15.

Analisando as tabelas 3 e 4, percebemos que houve aumento nos domínios do questionário WHOQOL, mas sem significância estatística.

Uma das explicações para esses resultados talvez seja atribuído ao fato da intervenção fisioterapêutica ser por si só insuficiente para alterar os aspectos da percepção de qualidade de vida descritos pelas pacientes nas entrevistas. O domínio físico do questionário apresentou o melhor resultado, mas a qualidade de vida é um conceito multidimensional que inclui, mas não se limita, à sua condição de saúde e às intervenções médicas (FLECK et al., 2000).

5. CONCLUSÃO

A cinesioterapia aumentou significativamente a ADM e reduziu significativamente a dor no membro superior homolateral à abordagem cirúrgica, principalmente no início do tratamento fisioterapêutico, comprovando a real necessidade de intervenção precoce. Nas últimas sessões essa melhora não foi tão evidente possivelmente pelo início do tratamento radioterápico, sugerindo que o acompanhamento deve se estender até o período pós-radioterapia.

Apesar de apresentarem melhora progressiva da funcionalidade e da qualidade de vida, os resultados não foram estatisticamente significativos, provavelmente pelas restrições na execução de tarefas mais pesadas e pelos impactos financeiros e psicológicos do adoecimento e tratamento que interferem diretamente no bem-estar, mas que a fisioterapia por si só não seria capaz de alterar. Nas entrevistas as pacientes descreveram de forma bastante positiva a intervenção fisioterapêutica especialmente no retorno às atividades de vida diária e de autocuidado e se reinseriram socialmente indicando que o tratamento em grupo é uma boa estratégia de reabilitação e que oferece sensação de apoio e suporte.

Esses resultados vêm contribuir para o entendimento das dificuldades enfrentadas pelas pacientes com câncer de mama em uma vertente de cuidado integral possibilitando um olhar mais amplo sobre o impacto do adoecimento e do tratamento oncológico no cotidiano dessas mulheres, inclusive sobre a real necessidade de políticas públicas que ofereçam suporte social e financeiro para o acesso integral à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, M.R. et al. Late morbidity in upper limb function and quality of life in women after breast cancer surgery. **Braz J Phys Ther.** 2013 May-June; 17(3):236-243.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2008.

BARDWELL, W.A. et al. The relative importance of specific risk factors for insomnia in women treated for early stage breast cancer. **Psychooncology** 2009; 18:1273-80.

BERGER, A.M.; GERBER, E.H.; MAYER, D.K. Cancer related fatigue: implications for breast cancer survivors. 2012. **Cancer** 2012; 118:2261-2269.

BERGMANN, A. et al. Upper limb lymphedema following breast cancer surgery: prevalence and associated factors. **Lymphology.** 2007; 40:96-106.

BERGMANN, A. et al. Axillary web syndrome after lymph node dissection: results of 1004 breast cancer patients. **Lymphology** 40 (Suppl): 198-203, 2007.

BERGMANN, A. et al. Incidence and risk factors for axillary web syndrome after breast cancer surgery. **Breast Cancer Res Treat** 131:987-992. 2012.

BERZON, R.A. **Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies.** In: Staquet MJ, Hays RD, Fayers PM. Quality of life assessment in clinical trials: methods and practice. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 3-15.

BEZERRA, T.S. et al. Hipoestesia, dor e incapacidade no membro superior após radioterapia adjuvante no tratamento para o câncer de mama. 2012. **Rev Dor. São Paulo,** 2012 out-dez;13(4):320-6.

- BEURSKENS, C.H.G. et al. The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomised controlled study. **BMC Cancer**. 2007;7;7:166.
- BOX, R.C. et al. Shoulder movement after breast cancer surgery: results of a randomized controlled study of postoperative physiotherapy. **Breast Cancer Research and Treatment** 2002, 75: 35-50.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- BREGAGNOL, R.K.; DIAS, A.S. Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. 2010. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2010; 56(1): 25-33.
- CAREGNATO, R.C.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**. v.15, n.4, p.679-684, 2006.
- CELLA, D.; NOWINSKI, C.J. Measuring quality of life in chronic illness: the functional assessment of chronic illness therapy measurement system. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**.2002;83(12 Supl 2):S 10-7.
- CIF. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. OMS, Lisboa. 2004.
- COELHO, V.P. O trabalho da mulher, relações familiares e qualidade de vida. **Revista Serviço Social e Sociedade**. 2002 ;23(71):63-79.
- CONDE, D.M. et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2006; 28(3): 195-204.
- ENGEL, J. et al. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. **Breast J**. 2004; 10(3):223-31.
- FABRO, E.A.N. et al. Post-mastectomy pain syndrome: Incidence and risks, **The Breast** (2012), doi:10.1016/j.breast.2012.01.019.

FABRO, E.A.N. et al. Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Cancer III/ Instituto Nacional de Câncer. **Revista Brasileira de Mastologia**. 2016;26(1):4-8.

FANGEL, L.M.V. et al. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. 2013. **Acta Paulista Enfermagem**. 2013;26(1):93-100.

FELIX, J.D. et al. Tendência da mortalidade por câncer de mama em mulheres no estado do Espírito Santo, no período de 1980 a 2007. **Rev bras cancerol**. 2011; 57(2): 159-66.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev Saúde Pública**, 2000; 34(2): 178-183.

FOURIE, W.J.; ROBB, K.A. Physiotherapy management of axillary web syndrome following breast cancer treatment: discussing the use of soft tissue techniques. **Physiotherapy** 95(4):314-320. 2009.

FRAZAO, A.; SKABA, M.M.F.V. Mulheres com Câncer de mama: as expressões da questão social durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante. 2013. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2013; 59 (3): 427-435.

GIACON, F.P. et al. Efeitos do tratamento fisioterapêutico no pós-operatória de câncer de mama na força muscular e amplitude de movimento de ombro. **J Health Sci Inst**. 2013;31(3):316-9.

GOLDSTEIN, D. et al. Cancer-Related Fatigue in Women With Breast Cancer: Outcomes of a 5-Year Prospective Cohort Study. **J Clin Oncol** 2012; 30: 1805-1812.

GOMES, F.A. et al. Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. **R Enferm UERJ** 2003; 11:292-5.

GRIFFITHS, C.L., et al. Triple negative breast cancer: a brief review of this characteristics and treatment options. **Journal of Pharmacy Practice**. 2012 – jpp.sagepub.com

- GROEF, A.D. et al. Effectiveness of postoperative physical therapy for upper-limb impairments after breast cancer treatment: a systematic review. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation** 2015; 96:1140-53.
- HOPWOOD, I.P.; FLETCHER, A.L.; AL GHAZAL. A body image scale for use with cancer patients. **European Journal of Cancer**, vol. 252, no. 2, PP. 189-197, 2001.
- JUNG, B.F. et al. Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. **Pain**. Jul 2003; 104:1-13.
- KIM, Y.H. et al. Effects of meditation on anxiety, depression, fatigue, and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast cancer. **Complementary Therapies in Medicine** 2013; 21: 379-387.
- KOOTSTRA, J. et al. Quality of Life After Sentinel Lymph Node Biopsy or Axillary Lymph Node Dissection in Stage I/II Breast Cancer Patients: A Prospective Longitudinal Study. **Annals of Surgical Oncology**, 2008; 15(9):2533–2541.
- LACOMBA, M.T. et al. Axillary web syndrome after axillary dissection in breast cancer: a prospective study. **Breast Cancer Res Treat** 2009; 117(3):625-630.
- LAHOZ, M.A. et al. Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomizadas. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2010; 56(4): 423-430.
- LANGER, I. et al. Morbidity of Sentinel Lymph Node Biopsy (SLN) Alone Versus SLN and Completion Axillary Lymph Node Dissection After Breast Cancer Surgery: A Prospective Swiss Multicenter Study on 659 Patients. **Annals of Surgery** 2007; 245 (3): 452-461.
- LATOSINSKY, S.; DABBS, K.; MOFFAT, F. Quality-of-life outcomes with sentinel node biopsy versus standard axillary treatment in patients with operable breast cancer. **Canadian Journal Surgery** December 2008; 51 (6): 483-85.

LAURIDSEN, M.C.; CHRISTIANSEN, P.; HESSOV, I. The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: a randomised study. **Acta Oncol** 2005; 44:449–57.

LEIDENIUS, M. et al. Motion restriction and axillary web syndrome after sentinel node biopsy and axillary clearance in breast cancer. **Am J Surg** 2003; 185(2):127-130.

LINDEN W. et al. Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender and age. **J Affect Disord** 141: 343-351, 2012.

LINO, V.T. et al. Cross-cultural adaptation of the independence in activities of daily living index. **Cad Saúde Pública**. 2008; 24 (1): 103-12.

LOTTI, R.C.B. et al. Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2008; 54(4): 367-371.

MAJEWSKI, J.M. et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciência Saúde Coletiva**. 17 (3);707-16. 2012.

MAKLUF, A.S.D.; DIAS, R.C.; BARRA, A.A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2006; 52 (1): 49-58.

MARQUES, A.P. **Manual de Goniometria**. 1º ed. São Paulo, Manole, 1997.

MARTINO, G. Prevenção e terapia das complicações. In: VERONESI, U. **Mastologia Oncológica**. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

MARTINS, L.C. et al. Professional or household performance of patients with breast cancer undergoing chemotherapy. **Rev Assoc Med Bras**. 2009; 55(2): 158-62.

MISHRA, S.I. et al. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, vol. 8, Article ID CD008465, 2012.

MOREIRA, H.; CANAVARRO, M.C. Tipo de cirurgia, adaptação psicossocial e imagem corporal no cancro de mama. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 2012, 13 (2), 169 – 190.

MORKOVITZ, A.H., et al. Axillary web syndrome after axillary dissection. **The American Journal of Surgery** 2001; 181: 434-9.

MORONE, G. et al. Effects of a multidisciplinary educational rehabilitative intervention in breast cancer survivors: the role of body image on quality of life outcomes. 2014. **The Scientific World Journal**, volume 2014, Article ID 451935.

MUNARI, D.B.; RODRIGUES, A.R.F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB Editora; 1997.

OLIVEIRA, M.M.F. et al. Exercícios para membros superiores durante radioterapia para câncer de mama e qualidade de vida. 2010. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2010; 32(3):133-8.

ORFALE, A.G. et al. Translation into brazilian portuguese, cultural adaptation and avaliation of reliability of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire. **Braz J Med Biol Res**, 2005; 38: 292-302.

ORFALE, A.G. **Cálculo do score do DASH. Tradução para o português (Brasil)**; Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brasil. Institute for Work & Health, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Carta de Ottawa. Primeira conferência internacional sobre promoção de saúde. Ottawa, 1986.

PINHO, L.S. et al. Breast cancer: of the Discovery to the recurrence of the illness. **Rev Eletronica Enferm**. 2007 [cited 2011 Apr 2]; 9(1):154-65.

PETITO, E.L. et al. Aplicação de programa de exercícios domiciliares na reabilitação do ombro pós-cirurgia de câncer de mama. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 20(1):[09 telas]. Jan-Fev 2012. www.eerp.usp.br/rlae.

PRUZINSKY, T. Enhancing quality of life in medical populations: a vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care. **Body Image**, vol. 1, no. 1, PP. 71-81, 2004.

PURUSHOTHAM, A.D. et al. Morbidity After Sentinel Lymph Node Biopsy in Primary Breast Cancer: Results From a Randomized Controlled Trial. **Journal of Clinical Oncology** 2005; 23 (19): 4312-21.

RABIN, E.G. et al. Quality of life predictors in breast cancer women. **European Journal of Oncology Nursing**, 2008; 12: 53–57.

RETT, M.T. et al. A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. **Rev Dor**. São Paulo, 2012 jul-set;13(3):201-7.

RETT, M.T. et al. Efeito da fisioterapia no desempenho funcional do membro superior no pós-operatório de câncer de mama. (2013) **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 18-24, jan./abr. 2013

RIETMAN, J.S. et al. Late morbidity after treatment of breast cancer in relation to daily activities and quality of life: a systematic review. **Eur J Surg Oncol**. 2003 Apr; 29(3):229-38.

ROSA, L.M.; RADUNZ, V. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3): 713-21

SAGEN, A. et al. Upper Limb Physical Function and Adverse Effects After Breast Cancer Surgery: A Prospective 2.5-Year Follow-Up Study and Preoperative Measures. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation** 2014;95:875-81.

SAWADA, N.O. et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev Esc Enferm USP**, 2009; 43(3): 581-587.

SCHIMIDT, E.M. et al. Resistance exercise and inflammation in breast cancer patients undergoing adjuvant radiation therapy: mediation analysis from a randomized, controlled intervention trial. **Int J Radiation Oncology Biology Physics**. 2016. Vol 94, No 2, pp. 329-337.

SCHNEIDER, I.J.C.; D'ORSI, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina. **Cadernos de Saúde Pública**. v.25, n.6, p. 1285-1296, 2009.

SCLOWITZ, M.L. et al.. Conduas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Revista de Saúde Pública** 2005, 39 (3): 340-9.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**,1997;31(5):538-42.

SICÍNIO, H. et al. **Ortopedia e traumatologia**. 3ª edição. Porto Alegre: Artes médicas. 2003.

SILVA, R.C.M.; REZENDE, L.F. Assessment of impact of late postoperative physical function disabilities on quality of life in breast cancer survivors. 2014. **Tumori**,100: 87-90.

SMITH, H.R. Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). **Oncology Letters** 9: 1509-1514, 2015.

SO, W.K. et al. The symptom cluster of fatigue, pain, anxiety and depression and the effect of quality of life of women receiving treatment for breast cancer: a multicenter study. 2009. **Oncology Nurse Forum** 2009; 36.

SOUSA, E. et al. Funcionalidade de membro superior em mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2013; 59 (3): 409-417.

SPIEGEL, D.; SANDS, S.; KOOPMAN, C.: Pain and depression in patients with cancer. **Cancer** 74; 2570-2578, 1994.

STUCKI, G. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a promising framework and classification for rehabilitation medicine. *Am. J. Phys. Med. Rehabil*, 2005; 84 (10): 733-740.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine** 1995.10:1403-1409.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL-BREF, introduction, administration, scoring and generic Version of the Assessment. **Programme on mental health**. Geneva, 1996.

WÜNSCH-FILHO, V. et al. Perspectivas da Investigação sobre Determinantes Sociais em Câncer. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 2008; 18 (3): 427-450.

YANG, E.J. et al. Discrepant trajectories of impairment, activity and participation related to upper limb function in patients with breast cancer. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation** 2015; 96:2161-8.

ANEXO A – Folha de Exercícios

Leia atentamente o que se pede a seguir.

Escolha um momento tranqüilo e faça 2 vezes ao dia pelo menos 4 exercícios dos propostos nos desenhos abaixo, repetindo cada movimento 10 vezes.

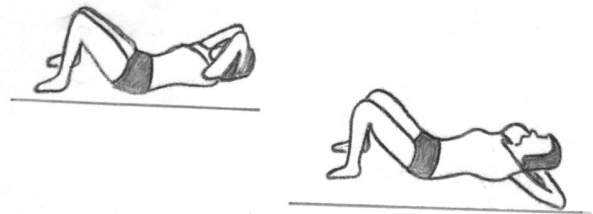
Em caso de dor durante o exercício faça-o com calma e até onde você consegue, seja persistente mas não exagere. Não faça movimentos bruscos e rápidos.

Qualquer dúvida entre em contato com a equipe de fisioterapia que a acompanha.

Observações:



1-Sentada ou em pé, com braços esticados levar a toalha para um lado depois para o outro.



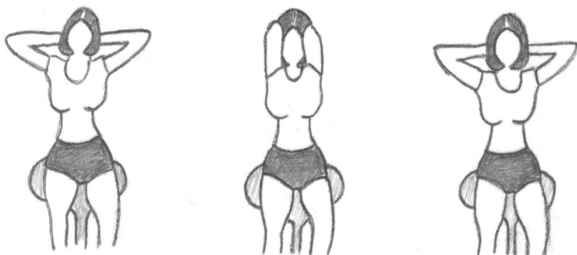
2-Deitada com as mãos entrelaçadas na nuca aproximar e afastar cotovelos abrindo os braços.



3-Sentada ou em pé com as mãos entrelaçadas no queixo, elevar os braços esticando cotovelos com as palmas das mãos viradas para cima.



4-Sentada ou em pé com os braços acima da cabeça, trazer para um lado depois para o outro.



5-Sentada ou em pé mãos na nuca, aproximar e afastar os cotovelos.

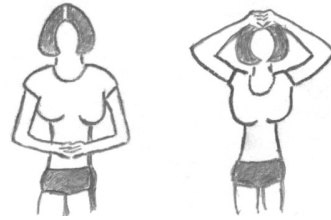


6-Deitada com braços esticados e mãos juntas levar braços para trás da cabeça.

- () Compressa gelada por 20 minutos (braço, lateral do tórax, cicatriz / mama;
 () Massagem cicatricial por 3 minutos;
 () Exercícios _____ ;



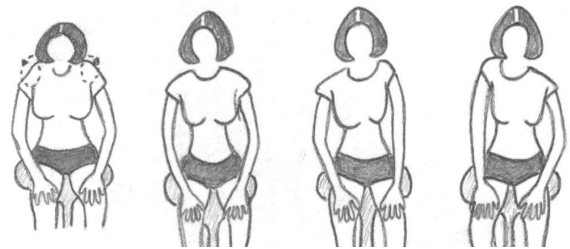
7-Sentada ou em pé, elevar a toalha com cotovelos esticados e abaixá-la atrás da cabeça.



8-Sentada ou de pé com mãos entrelaçadas, tocar atesta com o dorso da mão e depois a barriga com a palma.



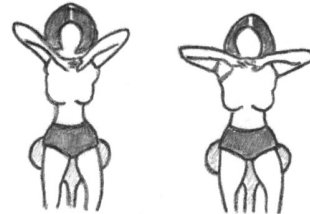
9-Em pé elevar os braços para a lateral inspirando pelo nariz e abaixá-los soltando o ar pela boca.



10-Sentada com mãos nas pernas, rodar os ombros para frente depois para trás. Em seguida rodar com apenas um ombro à frente depois com o oposto, fazer o mesmo para trás.



11-Em pé inclinar o corpo suavemente para frente elevar braços à frente e atrás alternadamente.



12-Sentada ou em pé com as mãos entrelaçadas no queixo, elevar os cotovelos e abaixar.



13-Deitada com os pés apoiados no chão, e mãos entrelaçadas na testa elevá-las com a palma da mão para cima e abaixá-las.



14-Em pé com a mão na cintura, levar a outra mão até a orelha oposta.

DATA DA 1ª REAVALIAÇÃO: ____/____/____		MELHORA EM RELAÇÃO AO INÍCIO DO GRUPO? () não () sim	
Cuidados pessoais: () dependente () independente com dificuldade () indepenete			
Atividades domésticas: () não realiza () realiza com dificuldade () realiza sem dificuldade			
Membro superior homolateral à cirurgia: () direito () esquerdo		Dor: () não () sim () movimento () repouso	
Flexão: () 0°-45° () 45°-90° () 90°-150° () 150°-180°		RE: () realiza () realiza com dificuldade () não realiza	
Abdução: () 0°-45° () 45°-90° () 90°-150° () 150°-180°		RI: () torácica () lombar () sacro	
Membro superior contralateral à cirurgia: () direito () esquerdo		Dor: () não () sim () movimento () repouso	
Flexão: () 0°-45° () 45°-90° () 90°-150° () 150°-180°		RE: () realiza () realiza com dificuldade () não realiza	
Abdução: () 0°-45° () 45°-90° () 90°-150° () 150°-180°		RI: () torácica () lombar () sacro	
Parestesia ICB: () não () sim		Intercostobraquialgia: () não () sim	
Escápula alada: () não () sim			
Local: () homolateral () contralateral () aderida			
Linfedema: () não () sim () luva padrão () luva sob medida () enfaixamento			
Término do tratamento: () não () sim		Retorno rotina:	

Fisioterapeuta: _____			

DATA DA 2ª REAVALIAÇÃO: ____/____/____		MELHORA EM RELAÇÃO AO INÍCIO DO GRUPO? () não () sim	
Cuidados pessoais: () dependente () independente com dificuldade () indepenete			
Atividades domésticas: () não realiza () realiza com dificuldade () realiza sem dificuldade			
Membro superior homolateral à cirurgia: () direito () esquerdo		Dor: () não () sim () movimento () repouso	
Flexão: () 0°-45° () 45°-90° () 90°-150° () 150°-180°		RE: () realiza () realiza com dificuldade () não realiza	
Abdução: () 0°-45° () 45°-90° () 90°-150° () 150°-180°		RI: () torácica () lombar () sacro	
Membro superior contralateral à cirurgia: () direito () esquerdo		Dor: () não () sim () movimento () repouso	
Flexão: () 0°-45° () 45°-90° () 90°-150° () 150°-180°		RE: () realiza () realiza com dificuldade () não realiza	
Abdução: () 0°-45° () 45°-90° () 90°-150° () 150°-180°		RI: () torácica () lombar () sacro	
Parestesia ICB: () não () sim		Intercostobraquialgia: () não () sim	
Escápula alada: () não () sim			
Local: () homolateral () contralateral () aderida			
Linfedema: () não () sim () luva padrão () luva sob medida () enfaixamento			
Término do tratamento: () não () sim		Retorno rotina:	

Fisioterapeuta: _____			

ANEXO C – Ficha de coleta de dados

IDENTIFICAÇÃO

Código Numérico: _____

Data nascimento ____/____/____ Idade: _____

Município de residência _____

Telefones de contato: _____

ENTREVISTA

Estado civil atual (ESTCIVIL) (0) casada/ união consensual (1) solteira (2) divorciada/separada/ viúva

Escolaridade atual (NIVELESCOL) (0) analfabeto (2) 1º completo (4) 2º completo (6) superior completo
(1) 1º incompleto (3) 2º incompleto (5) superior incompleto (7) pós-graduação

Ocupação _____

Vínculo previdenciário _____

Renda Familiar _____

Quantas pessoas moram com você _____

Até o momento, você deixou de vir a consulta por problemas financeiros? (PROFIN) (1) não (2) sim

Cor da pele (0) branca (1) parda (2) negra (3) outras

Lado dominante (0) destro (1) sinistro (2) ambidestro (9) sem informação

DADOS CLÍNICOS

Data da cirurgia ____/____/____

Lado da cirurgia _____

Estadiamento Clínico (0) 0 (1) I (2) II A (3) II B (4) III A (5) III B (6) IV (9) sem informação

Estadiamento Histopatológico (0) 0 (1) I (2) II A (3) II B (4) III A (5) III B (6) IV (9) sem informação

Tipo histológico (0) CDIS (1) lobular invasivo (2) ductal invasivo (3) outros (9) sem informação

Grau histológico (0) Grau 1 (1) Grau 2 (2) Grau 3 (9) Sem informação

TRATAMENTOS REALIZADOS

Quimioterapia (QT) (0) não (1) neo (2) adjuvante

Radioterapia (RXT) (0) não (1) neo (2) adj - mama ou plastrão (3) adj - + cadeias de drenagem

Hormonioterapia (HMT) (0) não (1) neo (2) adj - tamoxifeno (3) adj - inibidor de aromatase

Imunoterapia (IMT): (0) não (1) sim (2) não se aplica

ANEXO D - Appendix 2. Brazilian DASH.

Instruções

Esse questionário é sobre seus sintomas, assim como suas habilidades para fazer certas atividades.

Por favor, responda a todas as questões baseando-se na sua condição na semana passada.

Se você não teve a oportunidade de fazer uma das atividades na semana passada, por favor, tente estimar qual resposta seria a mais correta.

Não importa qual mão ou braço você usa para fazer a atividade; por favor, responda baseando-se na sua habilidade independentemente da forma como você faz a tarefa.

Meça a sua habilidade em fazer as seguintes atividades na semana passada circulando a resposta apropriada abaixo:

	Não houve dificuldade	Houve pouca dificuldade	Houve dificuldade média	Houve muita dificuldade	Não conseguiu fazer
1. Abrir um vidro novo ou com a tampa muito apertada	1	2	3	4	5
2. Escrever	1	2	3	4	5
3. Virar uma chave	1	2	3	4	5
4. Preparar uma refeição	1	2	3	4	5
5. Abrir uma porta pesada	1	2	3	4	5
6. Colocar algo em uma prateleira acima de sua cabeça	1	2	3	4	5
7. Fazer tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão)	1	2	3	4	5
8. Fazer trabalho de jardinagem	1	2	3	4	5
9. Arrumar a cama	1	2	3	4	5
10. Carregar uma sacola ou uma maleta	1	2	3	4	5
11. Carregar um objeto pesado (mais de 5 kg)	1	2	3	4	5
12. Trocar uma lâmpada acima da cabeça	1	2	3	4	5
13. Lavar ou secar o cabelo	1	2	3	4	5
14. Lavar suas costas	1	2	3	4	5
15. Vestir uma blusa fechada	1	2	3	4	5
16. Usar uma faca para cortar alimentos	1	2	3	4	5
17. Atividades recreativas que exigem pouco esforço (por exemplo: jogar cartas, tricotar)	1	2	3	4	5
18. Atividades recreativas que exigem força ou impacto nos braços, ombros ou mãos (por exemplo: jogar vôlei, martelar)	1	2	3	4	5
19. Atividades recreativas nas quais você move seu braço livremente (como pescar, jogar peteca)	1	2	3	4	5
20. Transportar-se de um lugar a outro (ir de um lugar a outro)	1	2	3	4	5
21. Atividades sexuais	1	2	3	4	5
	Não afetou	Afetou pouco	Afetou medianamente	Afetou muito	Afetou extremamente
22. Na semana passada, em que ponto o seu problema com braço, ombro ou mão afetou suas atividades normais com família, amigos, vizinhos ou colegas?	1	2	3	4	5
	Não limitou	Limitou pouco	Limitou medianamente	Limitou muito	Não conseguiu fazer
23. Durante a semana passada, o seu trabalho ou atividades diárias normais foram limitadas devido ao seu problema com braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
Meça a gravidade dos seguintes sintomas na semana passada:	Nenhuma	Pouca	Mediana	Muita	Extrema
24. Dor no braço, ombro ou mão	1	2	3	4	5
25. Dor no braço, ombro ou mão quando você fazia atividades específicas	1	2	3	4	5
26. Desconforto na pele (alfinetadas) no braço, ombro ou mão	1	2	3	4	5

27. Fraqueza no braço, ombro ou mão	1	2	3	4	5
28. Dificuldade em mover braço, ombro ou mão	1	2	3	4	5

	Não houve dificuldade	Pouca dificuldade	Média dificuldade	Muita dificuldade	Tão difícil que você não pôde dormir
29. Durante a semana passada, qual a dificuldade que você teve para dormir por causa da dor no seu braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
30. Eu me sinto menos capaz, menos confiante e menos útil por causa do meu problema com braço, ombro ou mão	1	2	3	4	5

As questões que se seguem são a respeito do impacto causado no braço, ombro ou mão quando você toca um instrumento musical, pratica esporte ou ambos.

Se você toca mais de um instrumento, pratica mais de um esporte ou ambos, por favor, responda com relação ao que é mais importante para você.

Por favor, indique o esporte ou instrumento que é mais importante para você: _____

Eu não toco instrumentos ou pratico esportes (você pode pular essa parte)

Por favor circule o número que melhor descreve sua habilidade física na semana passada. Você teve alguma dificuldade para:	Fácil	Pouco difícil	Dificuldade média	Muito difícil	Não conseguiu fazer
1. Uso de sua técnica habitual para tocar instrumento ou praticar esporte?	1	2	3	4	5
2. Tocar o instrumento ou praticar o esporte por causa de dor no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. Tocar seu instrumento ou praticar o esporte tão bem quanto você gostaria?	1	2	3	4	5
4. Usar a mesma quantidade de tempo tocando seu instrumento ou praticando o esporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o impacto do seu problema no braço, ombro ou mão em sua habilidade em trabalhar (incluindo tarefas domésticas se este é seu principal trabalho).

Por favor, indique qual é o seu trabalho: _____

Eu não trabalho (você pode pular essa parte)

Por favor, circule o número que melhor descreve sua habilidade física na semana passada. Você teve alguma dificuldade para:	Fácil	Pouco difícil	Dificuldade média	Muito difícil	Não conseguiu fazer
1. Uso de sua técnica habitual para seu trabalho?	1	2	3	4	5
2. Fazer seu trabalho usual por causa de dor em seu braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. Fazer seu trabalho tão bem quanto você gostaria?	1	2	3	4	5
4. Usar a mesma quantidade de tempo fazendo seu trabalho?	1	2	3	4	5

Cálculo do escore do DASH

Para se calcular o escore das 30 primeiras questões, deverá ser utilizada a seguinte fórmula:
(Soma dos valores das 30 primeiras questões - 30)/1,2

Para o cálculo dos escores dos módulos opcionais, estes deverão ser calculados separadamente, utilizando a seguinte fórmula:
(Soma dos valores - 4)/0,16

ANEXO E

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se **acom que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO F – Roteiro das Entrevistas

- O que você acha que mudou na sua vida após a cirurgia?
- Quais atividades você fazia antes e depois da cirurgia você percebeu dificuldade em realizar?
- Foi necessário realizar alguma adaptação na sua rotina?
- Quais são as suas queixas em relação às consequências do tratamento do câncer de mama?
- O que é qualidade de vida para você?
- O tratamento fisioterapêutico contribuiu para sua melhora? Como?
- Após o tratamento fisioterapêutico, você voltou a fazer atividades que antes não conseguia fazer?

ANEXO G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: IMPACTO DA FISIOTERAPIA NA FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CÂNCER DE MAMA.

Você está sendo convidada a participar de um projeto de pesquisa porque foi atendido(a) ou está sendo atendida nesta instituição e apresentou limitação na amplitude de movimento do ombro após o tratamento cirúrgico. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar deste estudo depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe do estudo sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

Pesquisador (a)

Participante

PROPÓSITO DO ESTUDO

Avaliar o impacto do tratamento fisioterapêutico no desempenho das atividades de vida diária, funcionalidade e qualidade de vida de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama, acompanhadas semanalmente no ambulatório do serviço de fisioterapia INCA/ HC III.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se você concordar, os pesquisadores responsáveis por este projeto de pesquisa consultarão seus dados clínicos que se encontram no seu prontuário físico e eletrônico. Os pesquisadores avaliarão sua amplitude movimento através de um instrumento chamado goniômetro e preencherão dois questionários referentes às suas atividades diárias e qualidade de vida, além de uma ficha com suas informações de apoio social. Você será reavaliada ao final de 5 (cinco) e de 10 (dez) sessões neste ambulatório e poderá ser realizada uma entrevista semi-estruturada abordando aspectos da sua qualidade de vida.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerada por sua participação. Os benefícios deste projeto de pesquisa serão diretos e indiretos. Os diretos envolvem a detecção de restrições de movimentos pós-operatórias e intervenção precoce. Os indiretos envolvem proporcionar uma atenção mais especializada, adequada e eficaz a essa população. Se você concordar com o uso das suas informações e do material do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes deste projeto de pesquisa.

RISCOS

Todo estudo envolve riscos, entretanto, esta pesquisa preservará ao máximo seus participantes. É importante que você entenda que nenhum método de avaliação e de intervenção será invasivo, somente através de exame físico, consulta de prontuários, dos seus questionários de avaliação e da sua entrevista e as consultas serão individuais e em grupo, sem causar nenhum constrangimento sobre os assuntos abordados. Caso você se sinta constrangida com alguma pergunta da entrevista ou do questionário, terá total autonomia para não respondê-la e sair do estudo se assim desejar, sem nenhum risco de ter seu tratamento comprometido nesta unidade.

CUSTOS

Se você concordar com o uso das suas informações como descrito acima, você não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação nesse projeto de pesquisa. Nem você, nem seu convênio médico/SUS deverão pagar por qualquer procedimento, medicação em estudo ou teste exigido como parte deste estudo clínico.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar deste projeto de pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, resultados de exames e testes bem como às informações do seu registro médico. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

Pesquisador (a)

Participante

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS

Todo e qualquer dano decorrente do desenvolvimento deste projeto de pesquisa, e que necessite de atendimento médico, ficará a cargo da instituição. Seu tratamento e acompanhamento médico independem de sua participação neste estudo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada.

ACESSO A RESULTADOS DE EXAMES

Você tem o direito de ser atualizada sobre os resultados parciais do estudo. Os resultados de seus exames e do seu tratamento são seus e estarão disponíveis.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar

Pesquisador (a)

Participante

conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a **Dra. Marianna Lou** ou **Dra. Flavia Macedo** no telefone **(21) 3207- 3766**, de segunda à sexta, de 8h às 17h. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam à participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 h, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

Pesquisador (a)

Participante

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações contidas no meu registro médico e imagens ilustrativas obtidas durante o atendimento nesse hospital. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste projeto.

___/___/___

Nome e Assinatura do participante

Data

___/___/___

Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial

Data

Pesquisador (a)

Participante

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste projeto de pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação deste estudo.

/ /

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo

Data

Pesquisador (a)

Participante