

Ministério da Saúde



COORDENAÇÃO DE ENSINO
Programa de Residência Multiprofissional em
Oncologia/Curso de Fisioterapia

LIZ DE OLIVEIRA MARCHITO

Adesão às orientações fisioterapêuticas na prevenção e cuidado do
linfedema após tratamento do câncer de mama

Rio de Janeiro

2018

LIZ DE OLIVEIRA MARCHITO

**Adesão às orientações fisioterapêuticas na prevenção e cuidado do
linfedema após tratamento de 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
Erica Alves Nogueira Fabro

Rio de Janeiro
2018

LIZ DE OLIVEIRA MARCHITO

**Adesão às orientações fisioterapêuticas na prevenção e cuidado do
linfedema após tratamento de câncer de mama**

Avaliado e Aprovado por:

Marianna Brito de Araújo Lou

Ass. _____

Anke Bergmann

Ass. _____

Rejane Medeiros Costa

Ass. _____

Data: __/__/__

Rio de Janeiro

2018

LISTA DE ABREVIATURAS

IMC – Índice de massa corporal

LA – Linfadenectomia axilar

BLS – Biópsia do linfonodo sentinela

UICC – União Internacional Contra o Câncer

SNC – Sistema nervoso central

CDI – Carcinoma ductal invasivo

AGRADECIMENTO

Agradeço à Deus, por ter me concedido saúde, força e disposição. Aos meus pais Alvarez e Rosemar, que me deram apoio e incentivo nas horas difíceis. Ao Gabriel, pela paciência e estímulo durante esse tempo e compreendeu minha ausência.

As minhas orientadoras queridas Marianna e Erica, por toda paciência, ensino e cumplicidade. Há pessoas que marcam a nossa vida, despertam algo especial em nós, abrem nossos olhos e transformam à nossa maneira de ver o mundo.

Agradeço a minha banca, que dividiram comigo esse momento tão especial e por todas considerações realizadas.

Ao INCA e o Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia, que sem eles nada disso seria possível.

Aos funcionários e fisioterapeutas do Hospital do Câncer III, por toda ajuda e incentivo.

E as pacientes que participaram e compartilharam comigo seus momentos de angústia, vocês são minha maior inspiração.

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é a neoplasia mais comum entre a população feminina brasileira, sendo esperados mais de 59 mil novos casos para o biênio 2018/2019. O tratamento pode envolver a cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia. O linfedema é a complicação mais frequente e é caracterizado pela insuficiência do sistema linfático por obstrução ao fluxo da linfa. A intervenção fisioterapêutica precoce é fundamental para melhorar a qualidade de vida e prevenir tal sequela, porém, as orientações preventivas podem gerar um sentimento de incapacidade e limitação. **Objetivo:** Identificar a adesão das pacientes às orientações fisioterapêuticas na prevenção e no cuidado do linfedema. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativo e qualitativo, no qual foram incluídas 61 pacientes com diagnóstico de câncer de mama, submetidas a tratamento cirúrgico com abordagem axilar, em acompanhamento no Hospital do Câncer III/INCA. Foram coletados os dados do prontuário físico e eletrônico e, aplicado questionário com perguntas fechadas. **Resultados:** A maioria das pacientes foi submetida à mastectomia (86,9%) e realizaram LA (55,7%). Quanto às complicações, 13,1% desenvolveram linfedema, 73,8% não relataram sensação de aumento do volume do membro, no entanto, 54,1% queixaram-se de sensação de peso. Com relação aos desfechos, 85,2% das pacientes seguem os cuidados assistenciais, 67,2% se expuseram mais vezes aos fatores de risco, não aderindo aos cuidados com o membro e 72,1% não seguiram os cuidados relacionados aos exercícios. Comparando as características clínicas e de tratamento com a adesão aos cuidados, 82,1% das pacientes com estadiamento clínico avançado seguiram os cuidados assistenciais, assim como 94,1% que realizaram radioterapia. Em relação aos cuidados com o membro, 37% das mulheres submetidas à mastectomia se expuseram menos aos fatores de risco, aderindo aos cuidados com o membro, assim como 50% das que realizaram LA. Quanto aos cuidados relacionados aos exercícios, 38,2% das mulheres submetidas à LA seguiram essas orientações. **Conclusão:** As mulheres apresentaram grande dificuldade em aderir à maioria dos cuidados fisioterapêuticos orientados após o tratamento para o câncer de mama. Por meio das entrevistas, pudemos perceber que essas mulheres convivem com um grande medo de desenvolver o linfedema, mas em contrapartida, têm a forte necessidade de retomar suas tarefas domésticas. Também é marcante nas falas o quanto as orientações fisioterapêuticas geram angústia, tristeza e sensação de inutilidade a essas mulheres. A fisioterapia deve estar atenta à maneira como apresenta as orientações preventivas de linfedema de forma a gerar mais informação e menos angústia. A abordagem fisioterapêutica deve buscar sempre a adaptação e nunca a proibição, de forma a trazer compreensão e promover a cooperação, compartilhando com as mulheres a responsabilidade por seu autocuidado.

Palavras-chave: Neoplasias mamárias, linfedema, fisioterapia, prevenção.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the most common neoplasm among the Brazilian female population, with more than 57 thousand new cases expected by 2017. Treatment may involve surgery, radiation therapy, chemotherapy, hormone therapy, and immunotherapy. Lymphedema is the most frequent complication and is characterized by insufficient lymphatic system due to obstruction to lymph flow. Early physiotherapeutic intervention is essential to improve quality of life and prevent such sequelae, but preventive guidelines can generate a feeling of incapacity and limitation. **Objective:** To identify patients' adherence to physiotherapeutic guidelines in lymphedema prevention and care. **Materials and methods:** This is a cross-sectional study, in which 61 patients with breast cancer diagnosed undergoing axillary surgery were included in follow-up at Hospital do Câncer III / INCA. Physical and electronic medical records data were collected and questionnaire was applied with closed questions. **Results:** The majority of the patients underwent mastectomy (86.9%) and performed LA (55.7%). As for complications, 13.1% developed lymphedema, 73.8% did not report sensation of increase in limb volume, however, 54.1% complained of feeling heavy. Regarding the outcomes, 85.2% of the patients follow the care, 67.2% were exposed to the risk factors more often, not adhering to the care with the member and 72.1% did not follow the care related to the exercises. Comparing clinical and treatment characteristics with adherence to care, 82.1% of the patients with advanced clinical staging followed care, as did 94.1% who underwent radiotherapy. Regarding limb care, 37% of women undergoing mastectomy were less exposed to risk factors, adhering to limb care, as were 50% of those who underwent LA. Regarding exercise-related care, 38.2% of the women submitted to LA followed these guidelines. **Conclusion:** Women had great difficulty in adhering to most post-treatment physiotherapy care for breast cancer. Through the interviews, we could see that these women coexist with a great fear of developing lymphedema, but in return, they have a strong need to resume their domestic tasks. It is also striking in the speeches how much the physiotherapeutic orientations generate anguish, sadness and sense of uselessness to these women. Physiotherapy should be aware of the way it presents the preventive guidelines for lymphedema in order to generate more information and less distress. The physiotherapeutic approach must always seek adaptation and never prohibition, in order to bring understanding and promote cooperation, sharing with women the responsibility for their self-care.

Keyword: Breast Neoplasm, Lymphedema, physiotherapy, prevention.

SUMÁRIO

1. Introdução	8
1.2 Justificativa	10
1.3 Objetivo.....	12
1.3.1 Objetivo Geral.....	12
1.3.2 Objetivo Específico.....	12
2. Metodologia	13
2.1 Delineamento	13
2.2 População.....	13
2.3 Inclusão	13
2.4 Exclusão.....	13
2.5 Recrutamento e coleta de dados.....	13
2.6 Desfechos	14
2.7 Variáveis descritivas e de controle	15
2.8 Análise de dados	18
2.9 Tamanho amostral	19
2.10 Aspectos éticos.....	19
3. Resultados	20
4. Discussão	31
5. Conclusão	34
6. Referências bibliográficas	35
ANEXO A – Ficha de coleta de dados	40
ANEXO B – Roteiro de entrevistas.....	42
ANEXO C – TCLE	43

1. Introdução

O câncer de mama é a localização tumoral mais frequente na população feminina brasileira, sendo esperados mais de 59 mil novos casos para o biênio de 2018/2019. É o líder de mortalidade por câncer em mulheres nos países em desenvolvimento e representa a segunda causa de morte por esta doença nos países desenvolvidos (BRASIL, 2018).

O estadiamento tumoral representa um importante fator prognóstico de sobrevida do câncer de mama, portanto, o diagnóstico precoce, com a doença em estágio inicial, pode resultar em uma maior chance de cura e menor morbidade associada ao tratamento. No entanto, no Brasil, os diagnósticos costumam acontecer em estágios mais avançados, levando a necessidade de condutas terapêuticas mais agressivas, o que aumenta a morbidade e eleva a incidência de sequelas funcionais, emocionais e sociais, comprometendo diretamente a qualidade de vida desses pacientes (LANGER et al., 2007; WÜNSCH FILHO et al., 2008; ABRAHÃO et al., 2015).

A definição da abordagem terapêutica do câncer de mama depende das características individuais e psicológicas do paciente e do estadiamento da doença. O tratamento pode envolver cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e terapia alvo. Dentre as abordagens cirúrgicas, estão as mastectomias e as cirurgias conservadoras que podem ser acompanhadas de linfadenectomia axilar (LA) ou biópsia de linfonodo sentinela (BLS) (AZEVEDO et al., 2004; NCCN, 2011; GRIFFITHS; OLIN, 2012).

A incidência e intensidade das complicações decorrentes do tratamento do câncer de mama estão diretamente associadas com a extensão da abordagem cirúrgica, podendo acontecer tanto nas técnicas mais conservadoras quanto nas mais radicais (HAYES et al., 2008; MACEDO, 2015). Um estudo de coorte prospectivo conduzido no Instituto Nacional de Câncer em 2012 observou as seguintes complicações e sintomas pós-operatórios: parestesia no trajeto do nervo intercostobraquial (61,3%), seroma (37,9%), dor em membros superiores (52,9%), sensação de peso no membro superior homolateral à cirurgia (38,2%), dor (61,2%), necrose cicatricial (12,3%), hematoma (7,2%) e deiscência (30%) (FABRO et al., 2012).

O linfedema é a complicação mais temida pelos pacientes submetidos ao tratamento para o câncer de mama. Se manifesta pelo acúmulo de água, proteínas e produtos celulares no espaço extracelular devido à insuficiência do sistema linfático na condução da linfa diante de uma obstrução ao seu fluxo (GARY, 2007; TORRES LACOMBA et al., 2010; INTERNATIONAL SOCIETY OF LYMPHOLOGY, 2013; MCLAUGHLIN et al., 2013).

A prevalência do linfedema em pacientes submetidos à linfadenectomia axilar varia entre 6% e 49% e a incidência entre 0% e 22%, dependendo dos critérios adotados para diagnóstico e do tempo transcorrido da cirurgia (BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2007). Em estudo realizado no INCA em 2012, com 1.054 mulheres submetidas à LA, a incidência de linfedema foi de 17% em 2 anos e 30% em 5 anos (BEVILACQUA et al., 2012). Macedo (2015) realizou um estudo observacional de coorte com 933 mulheres (683 mulheres submetidas à BLS, 144 BLS seguida de LA e 106 submetidas à LA) e concluiu que a BLS representou um fator de proteção independente para complicações quando comparada à LA. Pereira (2017) realizou um estudo observacional prospectivo em uma coorte hospitalar de 10 anos com 965 mulheres submetidas tratamento cirúrgico para câncer de mama, e após este período foi observada uma incidência de 41,1% de linfedema.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do linfedema são: o número de linfonodos retirados, a realização de radioterapia em cadeias de drenagem, a ocorrência de infecções no membro superior, o elevado índice de massa corporal (IMC), a idade avançada e ter evoluído com seroma e edema precoce no pós-operatório (BERGMANN, 2000; LEE; BERGAN, 2005; JAMMALLO et al., 2013; PEREIRA, 2013; WARREN et al., 2014; HUANG et al., 2015; SHERMAN et al., 2015; RIBEIRO PEREIRA; KOIFMAN; BERGMANN, 2017).

O linfedema pode impactar diretamente na qualidade de vida das pacientes, trazendo consequências físicas, emocionais e interferindo em suas atividades de vida diária, por isso, as orientações preventivas realizadas pela equipe multiprofissional são muito importantes (AHN; PORT, 2015).

Como medidas preventivas do linfedema, algumas diretrizes recomendam que os pacientes façam uso de repelentes contra picadas de insetos, evitem traumas, queimaduras, aferir pressão arterial e administrar injeções no membro homolateral à cirurgia (CEMAL; PUSIC; MEHRARA, 2011; DISIPIO et al., 2013; FERGUSON et al., 2016).

A fisioterapia também realiza medidas de prevenção por meio de orientações quanto aos cuidados, recomendando evitar a utilização de calor superficial ou profundo no membro ipsilateral à cirurgia, bem como a restrição do uso de carga em excesso e a realização de movimentos rápidos e repetitivos com este membro, pois estes recursos e atitudes aumentam a ultrafiltração capilar, isto é, intensificam a saída de água, oxigênio e nutrientes do interior do capilar sanguíneo para o interstício celular, podendo causar sobrecarga do sistema linfático. Outra recomendação fisioterapêutica de rotina é a realização de exercícios miolinfocinéticos, que devem ser iniciados precocemente, de forma lenta, sem resistência e com poucas repetições, pois a contração muscular durante a realização dos exercícios melhora o tônus dos linfangions, promove a angiomotricidade linfática e o recrutamento das vias linfáticas colaterais (FÖLDI; FÖLDI; CLODIUS, 1989; SAGEN; KÅRESEN; RISBERG, 2009; TORRES LACOMBA et al., 2010; PASKETT et al., 2012; PARAMANANDAM; ROBERTS, 2014; LU et al., 2015; FABRO et al., 2016).

O setor de fisioterapia do Hospital do Câncer III possui uma rotina instituída que prevê que todos os pacientes com câncer de mama submetidos à BLS ou LA, devem ser acompanhados pela fisioterapia desde o pré-operatório e 1º dia de pós-operatório até os 30 dias, 6 meses e 1 ano após a cirurgia, buscando a prevenção das possíveis complicações pós-operatórias, a redução de custos pessoais e hospitalares, a promoção de um cuidado integral e da qualidade de vida dessas pacientes (BERGMANN et al., 2006).

Ao longo dos anos, as técnicas cirúrgicas vêm evoluindo bastante e têm surgido dúvidas sobre a eficácia e intensidade dos cuidados preventivos orientados. Desta forma, desejamos compreender a importância e o impacto das orientações fisioterapêuticas na prevenção e cuidado do linfedema, buscando adequar as orientações ao contexto atual e promover o máximo de independência e o mínimo de angústia a estas pacientes.

1.1 Justificativa

O linfedema é a complicação crônica mais incidente após o tratamento do câncer de mama. Muitos pacientes apresentam medo de tal sequela, pois o membro inchado e muitas vezes desfigurado remete ao câncer e afeta a funcionalidade da paciente e suas atividades de vida diária.

A intervenção fisioterapêutica precoce é fundamental na recuperação funcional, melhoria da qualidade de vida e prevenção desta sequela tão temida. No entanto, as orientações preventivas podem gerar um sentimento de limitação, incapacidade e impotência física, agravando a qualidade de vida desses pacientes.

Com esse estudo buscamos identificar a adesão dos pacientes às orientações fisioterapêuticas na prevenção e cuidado do linfedema no intuito de implementar uma rotina institucional mais eficaz e resolutiva.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

- ✓ Identificar a adesão dos pacientes às orientações fisioterapêuticas na prevenção e no cuidado do linfedema.

1.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes;
- ✓ Analisar os fatores sociodemográficos, clínicos e de tratamento associados à adesão aos cuidados;
- ✓ Avaliar a compreensão dos pacientes sobre as orientações fisioterapêuticas preventivas e sua importância.

2. Metodologia

2.1 Delineamento

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa.

2.2 População

Pacientes com diagnóstico de câncer de mama, matriculados no Hospital do Câncer III/INCA.

2.3 Inclusão

Serão incluídos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico com abordagem axilar para o câncer de mama em acompanhamento no Hospital do Câncer III/INCA.

2.4 Exclusão

Serão excluídos os pacientes em tratamento paliativo, metástase óssea e metástase para sistema nervoso central (SNC), com menos de 6 meses de cirurgia, menores de 18 anos, aqueles com dificuldade de compreensão para responder as perguntas.

2.5 Recrutamento e coleta de dados

A população deste estudo será selecionada por meio de busca ativa no sistema ABSOLUT. Serão recrutados pacientes agendados para consultas de rotina nos ambulatórios de Mastologia e Oncologia do Hospital do Câncer III/INCA conforme critérios de inclusão. Após a consulta médica, os pacientes serão abordados e informados sobre o caráter do estudo e, caso aceitem participar, deverão assinar o TCLE. Em um ambiente privativo e por um profissional capacitado, será aplicado questionário com perguntas fechadas (ANEXO A) e realizada entrevista semi-estruturada, seguindo roteiro elaborado especialmente para essa pesquisa (ANEXO B). O tempo total para a aplicação desses instrumentos será de aproximadamente 40 minutos. Em um segundo momento, sem a presença do paciente, será coletado os dados do prontuário físico e eletrônico.

2.6 Desfechos

- **Aferir pressão arterial no MS homolateral à cirurgia:** o paciente foi questionado quanto à realização deste procedimento e categorizando em sim (1) e não (0).
- **Receber injeções no membro homolateral à cirurgia:** foi perguntado se o paciente tomou injeção ou realizou punção venosa no membro, categorizando em sim (1) e não (0).
- **Retirar cutículas da mão homolateral à cirurgia:** foi interrogado se o paciente retira as cutículas da mão homolateral à cirurgia, sendo categorizado em sim (1) e não (0).
- **Realizar atividades domésticas:** o paciente foi interrogado quanto aos cuidados com o lar, se divide a realização das tarefas e se tem ajuda de outras pessoas para a realização destas, sendo categorizado em sim (1) e não (0).
- **Expor o membro superior homolateral à cirurgia ao calor:** foi indagado se o paciente expõe o membro ao calor (forno, fogão, compressas quentes, sauna, banheiras quentes, etc) e categorizando em sim (1) e não (0).
- **Utilizar objetos apertados no membro superior homolateral à cirurgia:** foi perguntado se o paciente usa roupas, joias ou objetos apertados no membro, sendo categorizado em sim (1) e não (0).
- **Sofrer traumas no membro superior homolateral à cirurgia:** foi indagado se o paciente evita traumas, ferimentos e queimaduras no membro e categorizando em sim (0) e não (1).
- **Utilizar lâminas na axila homolateral à cirurgia:** o paciente foi perguntado se utiliza lâminas de barbear para depilar a axila, sendo categorizado em sim (1) e não (0).
- **Realizar exercícios domiciliares:** o paciente foi interrogado se realiza os exercícios fisioterapêuticos recomendados, sendo categorizado em sim (0) e não (1).

- **Sustentar peso com o membro superior homolateral à cirurgia:** o paciente foi questionado se sustenta, carrega, puxa ou empurra objetos pesados com membro, sendo categorizado em sim (1) e não (0).

Visando melhor análise e compreensão dos resultados, agrupamos os desfechos em três categorias:

1. **Cuidados assistenciais:** aferir pressão arterial no MS homolateral à cirurgia, receber injeções no membro homolateral à cirurgia.
2. **Cuidados com o membro:** retirar cutículas da mão homolateral à cirurgia, realizar atividades domésticas, expor o membro superior homolateral à cirurgia ao calor, utilizar objetos apertados no membro superior homolateral à cirurgia, sofrer traumas no membro superior homolateral à cirurgia e utilizar lâminas na axila homolateral à cirurgia.
3. **Cuidados relacionados ao exercício:** realizar exercícios domiciliares e sustentar peso com o membro superior homolateral à cirurgia.

2.7. Variáveis descritivas e de controle

1. **Idade:** serão anotadas a data de nascimento completa e a idade em anos na data da inclusão no estudo. Na análise, será realizada a média da idade das participantes.
2. **Estado civil:** será considerado o estado civil relatado na entrada do estudo (solteira, casada, união estável, viúva, separada ou divorciada). Essa variável será estratificada em dois grupos: mulheres que tem um companheiro sob o mesmo teto (casadas e uniões não formais) e aquelas que não o tem (solteiras, viúvas, separadas e divorciadas).
3. **Escolaridade:** será considerado o grau de instrução, sendo categorizada em: analfabeto, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior.
4. **Cor da pele:** conforme relato, sendo estratificada em: branca, negra, parda ou morena, amarela, vermelha (BRASIL, 2010). Na análise bivariada, a variável será dicotomizada em branca e não branca.

5. **Ocupação:** conforme relato em prontuário, pessoas em idade ativa que são classificadas quanto à condição de ocupação, sendo estratificada em: do lar, em atividade, aposentada ou desempregada. A análise será dicotomizada em do lar e em atividade.
6. **Renda familiar mensal:** será coletada a informação de renda total. Para a análise, a variável será categorizada da seguinte forma: até 1 salário mínimo; mais de 1 a 3 salários mínimos; mais de 3 salários mínimos; sem rendimento; sem declaração.
7. **Vínculo previdenciário:** será considerado o relato da paciente sobre sua situação a respeito da sua contribuição junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social no momento da entrevista, sendo categorizada em: sem vínculo e com vínculo.
8. **Índice de massa corporal:** será utilizado o peso e altura registrados em prontuário na última avaliação da equipe de Nutrição. Será determinado o índice de massa corporal (IMC) através da razão entre o peso (em quilos) e o quadrado da altura (em metros).
9. **Tipo de cirurgia mamária:** conforme descrito no relatório cirúrgico, sendo classificadas como cirurgia conservadora (segmentectomia, centrolectomia, quadrantectomia e tumorectomia) ou mastectomia (Halsted, mastectomia radical modificada a Patey, mastectomia radical modificada a Madden, mastectomia higiênica, mastectomia simples).
10. **Reconstrução mamária:** será obtido pela descrição cirúrgica no prontuário médico pelo cirurgião plástico, sendo categorizada em: reconstrução ou não realizada.
11. **Linfadenectomia axilar:** será verificado o nível do esvaziamento axilar, segundo descrição em prontuário, sendo dividida em nível I, II ou III. O número de linfonodos retirados será documentado de acordo com o resultado histopatológico.
12. **Biópsia do linfonodo sentinela (BLS):** será verificada a realização da BLS e número de linfonodos retirados para a biópsia de acordo com relato cirúrgico em prontuário.
13. **Estadiamento clínico:** obtido por consulta em prontuário, na data da primeira avaliação da mastologia e será utilizada a classificação clínica TNM preconizada pela União Internacional Contra o Câncer (UICC).

14. **Tipo histológico:** referente ao tipo celular que constitui o tumor, obtido através da intranet, sendo classificado em carcinoma ductal infiltrante, carcinoma lobular, carcinoma in situ e outros.
15. **Grau histológico:** referente ao grau de diferenciação celular tumoral, obtido através do laudo histopatológico disponível na intranet, sendo classificado em I, II ou III.
16. **Lateralidade cirúrgica:** será observado o lado da mama acometida pelo câncer (direito e esquerdo).
17. **Realização de quimioterapia:** será considerada a realização e proposta do tratamento quimioterápico, conforme relato em prontuário.
18. **Realização de hormonioterapia:** será considerada a realização da hormonioterapia e proposta do tratamento conforme relato em prontuário.
19. **Utilização de terapia alvo:** será considerada a utilização de terapia alvo e proposta do tratamento com base em anotações em prontuário.
20. **Realização de radioterapia:** será considerada a realização e proposta do tratamento radioterápico.
21. **Infecções no membro superior homolateral à cirurgia:** serão coletados relatos em prontuário de ocorrência de celulites, erisipelas ou uso de antibiótico para infecções no membro e número de episódios.
22. **Linfedema:** sua presença será considerada por meio da perimetria realizada no dia da entrevista ou pela medida descrita em prontuário durante o exame físico da fisioterapia conforme rotina institucional ou através do relato da paciente de sensação de peso no dia da entrevista. A perimetria é realizada bilateralmente, tendo como ponto de referência a interlinha articular do cotovelo; a partir deste ponto, é medida a circunferência 7 e 14 cm acima (braço) e 7, 14 e 21 cm abaixo (antebraço) e utilizaremos a circunferência da região metacarpiana para a medida da mão. Será considerado linfedema quando a diferença entre o membro afetado e o membro contralateral for maior ou igual a 2cm em, pelo menos, uma das medidas.

Qualquer relato de sensação de peso ou de braço inchado deve ser valorizado (FABRO et al., 2016).

2.8. Análise dos dados

Na etapa quantitativa, será realizada análise descritiva em relação às variáveis selecionadas e aos desfechos principais, através da análise das medidas de tendência central, de dispersão e distribuição de frequência. A avaliação dos desfechos será executada por meio do risco relativo (para as variáveis categóricas) e por diferença de média (Teste t de Student), sendo considerado intervalo de confiança de 95%. Para análise dos dados será utilizado o programa SPSS versão 20.

Na fase qualitativa, utilizaremos a técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2010). 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 (2010), 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, 2010).

2.9 Tamanho amostral

Para o cálculo do tamanho amostral, na etapa quantitativa, será considerada a adesão de 50% das pacientes às orientações fisioterapêuticas preventivas, com nível de significância de 5%. A partir desses parâmetros, será necessária a inclusão de 96 mulheres no estudo.

Para a etapa qualitativa, o número de participantes a ser incluído será definido de acordo com o princípio da saturação teórica. Segundo este processo, a coleta de dados é interrompida no momento em que se constata que os elementos apreendidos já se mostram suficientes para subsidiar as interpretações (FONTANELLA et al., 2011)

2.10 Aspectos éticos

Este projeto foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Câncer em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os participantes deste estudo foram devidamente informados 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 desejarem participar do trabalho (ANEXO C).

Todo estudo envolve riscos, entretanto, esta pesquisa buscou preservar ao máximo seus participantes, e, para isso, foi conduzida por profissional habilitado e em local privativo. Os métodos para avaliação não foram invasivos, somente através de consulta de prontuários, aplicação de questionários e entrevista, o que acreditamos não tenha causado nenhum constrangimento em relação aos assuntos abordados.

Os benefícios deste trabalho foram indiretos, já que ao traçar o perfil dos pacientes com linfedema e sua adesão às orientações e ao tratamento fisioterapêutico, buscamos compreender as principais dificuldades enfrentadas por essa população e assim, poderemos tentar adequar as condutas fornecidas aos pacientes tratados no Instituto Nacional de Câncer. Desta forma, buscamos proporcionar uma atenção mais especializada, adequada e eficaz a essa população.

3. Resultados

Neste estudo, foram incluídos 61 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico com abordagem axilar para o câncer de mama.

Conforme descrito na tabela 1, todos os participantes desta pesquisa eram do sexo feminino, com idade média de 57,7 anos, declararam-se da cor branca (60,7%), 70,5% cursaram o ensino médio e 60,7% não viviam com companheiro. A maioria das mulheres era do lar (72,1%), 60,7% possuíam vínculo previdenciário e 65,6% com renda de 1 a 3 salários mínimos por mês. A maior parte das pacientes incluídas relatou ser destra (96,7%) e 45,9% delas foram submetidas à cirurgia do lado dominante. Em relação ao índice de massa corporal, 57,4% das pacientes apresentavam peso adequado, com IMC menor que 24.

Com relação às características clínicas, a maioria (45,9%) apresentou estadiamento avançado (maior que IIb). O grau histológico mais comum foi o Grau II (65,6%) e o tipo histológico carcinoma ductal invasivo (CDI) (86,9%). Quanto a localização do tumoral, 49,2% localizava-se na mama esquerda, 42,6% na mama direita e 8,2% bilateralmente.

Em relação ao tratamento realizado, o tempo médio entre a abordagem cirúrgica e o momento da entrevista foi de 4,09 anos, variando de 9 meses a 15 anos, 86,9% das pacientes foram submetidas à mastectomia, 55,7% realizaram linfadenectomia axilar, 44,3% biópsia do linfonodo sentinela e a maior parte das mulheres não realizou reconstrução mamária (63,9%). 81% foram submetidas à quimioterapia, 55,7% a radioterapia, 91,8% a hormonioterapia e 78,7% não realizaram terapia alvo.

Tabela 1- Características sociodemográficas, clínicas e de tratamento.

Variáveis	N (%)
Cor da pele	
Branca	37 (60,7%)
Não branca	24 (39,3%)
Nível de escolaridade	
Analfabeto	0 (0%)
Ensino fundamental	4 (6,6%)
Ensino médio	43 (70,5%)
Ensino superior	14 (23,0%)
Estado Civil	
Sem companheiro	37 (60,7%)
Com companheiro	24 (39,3%)
Ocupação	
Do lar	44 (72,1%)
Em atividade	17 (27,9%)
Vínculo Previdenciário	
Sem vínculo	24 (39,3%)
Com vínculo	37 (60,7%)
Renda	
< 1 salário mínimo	12 (19,7%)
1 a 3 salários	40 (65,6%)
> 3 salários	9 (14,8%)
Lado dominante	
Destro	59 (96,7%)
Sinistro	2 (3,3%)
Cirurgia no lado dominante	
Lado dominante	28 (45,9%)
Lado não dominante	28 (45,9%)
Bilateral	5 (8,2%)
IMC	
Adequado	35 (57,4%)
Obeso	11 (18,0%)
Sem informação	15 (24,6%)
Estadiamento Clínico	
Inicial	20 (32,8%)
Avançado	28 (45,9%)
Sem informação	13 (21,3%)
Tipo histológico	
CDI	53 (86,9%)
Lobular invasivos	2 (3,3%)
CD in situ	4 (6,6%)
Outros	2 (3,3%)
Grau histológico	
Grau 1	3 (4,9%)
Grau 2	40 (65,6%)
Grau 3	14 (23,0%)
Grau 4	3 (4,9%)
Lado do tumor	
Direito	26 (42,6%)
Esquerdo	30 (49,2%)
Bilateral	5 (8,2%)
Abordagem na mama	
Cirurgia conservadora	8 (13,1%)
Mastectomia	53 (86,9%)

Continuação da Tabela 1

Abordagem axilar	
BLS	27 (44,3%)
Linfadenectomia	34 (55,7%)
Reconstrução	
Não	39 (63,9%)
Sim	22 (36,1%)
Quimioterapia	
Não	11 (18,0%)
Sim	50 (82,0%)
Radioterapia	
Não	27 (44,3%)
Sim	34 (55,7%)
Hormonioterapia	
Não	5 (8,2%)
Sim	56 (91,8%)
Terapia Alvo	
Não	48 (78,7%)
Sim	13 (21,3%)

Das pacientes incluídas, 6,6% apresentaram infecção no membro superior homolateral à cirurgia e 13,1% desenvolveram linfedema. 73,8% não relataram sensação de aumento do volume do membro, no entanto, 54,1% queixaram-se de sensação de peso. A maioria das mulheres relatou queixa álgica no membro superior homolateral a cirurgia (54,1%) e apenas 19,7% apresentou limitação da amplitude de movimento (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das complicações

Variáveis	N (%)
Infecção no MS acometido	
Não	57 (93,4%)
Sim	4 (6,6%)
Linfedema	
Não	53 (86,9%)
Sim	8 (13,1%)
Sensação de edema	
Não	45 (73,8%)
Sim	16 (26,2%)
Sensação de peso	
Não	28 (45,9%)
Sim	33 (54,1%)
Dor	
Não	28 (45,9%)
Sim	33 (54,1%)
Limitação de amplitude de movimento	
Não	49 (80,3%)
Sim	12 (19,7%)

Quanto aos desfechos deste estudo, todas as mulheres entrevistadas receberam as orientações fisioterapêuticas preventivas no primeiro dia de pós-operatório. De acordo com as análises, 85,2% das pacientes aderiram aos cuidados assistenciais; 67,2% se expuseram mais vezes aos fatores de risco, não aderindo aos cuidados com o membro e 72,1% não seguiam os cuidados relacionados aos exercícios (Tabela 3).

Tabela 3 - Desfechos

Desfechos	N (%)
Cuidados Assistenciais	
Sim	52 (85,2%)
Não	9 (14,8%)
Cuidados com o membro	
Sim	20 (32,8%)
Não	41 (67,2%)
Cuidados relacionados aos exercícios	
Sim	17 (27,9%)
Não	44 (72,1%)

Relacionando as variáveis sociodemográficas com a adesão aos cuidados preventivos, não observamos diferença estatisticamente significativa. (Tabela 4)

Tabela 4 - Comparação das variáveis sociodemográficas com a adesão aos cuidados

Variáveis	Cuidados Assistenciais			Cuidados com o membro			Cuidados relacionados aos exercícios		
	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p
Cor da pele									
Branca	31 (83,8%)	6 (16,2%)	0,689	10 (27,0%)	27 (73,0%)	0,234	8 (21,6%)	29 (78,4%)	0,177
Não branca	21 (87,5%)	3 (87,5%)		10 (41,7%)	14 (58,3%)		9 (37,5%)	15 (62,5%)	
Ocupação									
Do lar	37 (84,1%)	7 (15,9%)	0,682	15 (34,1%)	29 (65,9%)	0,727	13 (29,5%)	31 (70,5%)	0,630
Em atividade	15 (88,2%)	2 (11,8%)		5 (29,4%)	12 (70,6%)		4 (23,5%)	13 (76,5%)	
Vínculo Previdenciário									
Sem vínculo	20 (83,3%)	4 (16,7%)	0,734	8 (33,3%)	16 (66,7%)	0,942	8 (33,3%)	16 (66,7%)	0,443
Com vínculo	32 (86,5%)	5 (13,5%)		12 (32,4%)	25 (67,6%)		9 (24,3%)	28 (75,7%)	

Comparando as características clínicas e de tratamento com a adesão aos cuidados, das oito variáveis analisadas, quatro apresentaram significância estatística.

De acordo com as análises, 82,1% das pacientes com estadiamento clínico avançado seguiram os cuidados assistenciais, assim como 94,1% daquelas que realizaram radioterapia. Em relação aos cuidados com o membro, 37% das mulheres submetidas à mastectomia se expuseram menos aos fatores de risco, aderindo aos cuidados com o membro, assim como 50% daquelas que realizaram LA. Quanto aos cuidados relacionados aos exercícios, 38,2% das mulheres submetidas à LA seguiram essas orientações.

Tabela 5 - Comparação das características clínicas e de tratamento realizado com adesão aos cuidados

Variáveis	Cuidados Assistenciais			Cuidados com o membro			Cuidados relacionados aos exercícios		
	Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p
Estadiamento Clínico									
Inicial	20 (100%)	0 (0%)	0,042	7 (35,0%)	13 (65,0%)	0,701	3 (15,0%)	17 (85,0%)	0,269
Avançado	23 (82,1%)	5 (17,9%)		10 (35,7%)	18 (64,3%)		9 (32,1%)	19 (67,9%)	
Sem informação	9 (69,2%)	4 (30,8%)		3 (23,1%)	10 (76,9%)		5 (38,5%)	8 (61,5%)	
Reconstrução									
Não	35 (89,7%)	4 (10,3%)	0,187	16 (41,0%)	23 (59,0%)	0,068	11 (28,2%)	28 (71,8%)	0,938
Sim	17 (77,3%)	5 (22,7%)		4 (18,2%)	18 (81,8%)		6 (27,3%)	16 (72,7%)	
Quimioterapia									
Não	8 (72,7%)	3 (27,3%)	0,196	1 (9,1%)	10 (90,9%)	0,064	3 (27,3%)	8 (72,7%)	0,961
Sim	44 (88,0%)	6 (12,0%)		19 (38,0%)	31 (62,0%)		14 (28,0%)	36 (72,0%)	
Radioterapia									
Não	20 (74,1%)	7 (25,9%)	0,028	9 (33,3%)	18 (66,7%)	0,935	9 (33,3%)	18 (66,7%)	0,396
Sim	32 (94,1%)	2 (5,9%)		11 (32,4%)	23 (67,6%)		8 (23,5%)	26 (76,5%)	
Terapia Alvo									
Não	40 (83,3%)	8 (16,7%)	0,418	17 (35,4%)	31 (64,6%)	0,400	16 (33,3%)	32 (66,7%)	0,067
Sim	12 (92,3%)	1 (7,7%)		3 (23,1%)	10 (76,9%)		1 (7,7%)	12 (92,3%)	
Cirurgia lado dominante									
Lado não dominante	26 (92,9%)	2 (7,1%)	0,303	6 (21,4%)	22 (78,6%)	0,112	5 (17,9%)	23 (82,1%)	0,270
Lado dominante	22 (78,6%)	6 (21,4%)		13 (46,4%)	15 (53,6%)		10 (35,7%)	18 (64,3%)	
Bilateral	4 (80,0%)	1 (20,0%)		1 (20,0%)	4 (80,0%)		2 (40,0%)	3 (60,0%)	
Abordagem na mama									
Cirurgia conservadora	8 (100%)	0 (0%)	0,207	0 (0%)	8 (100%)	0,034	0 (0%)	8 (100%)	0,059
Mastectomia	44 (83,0%)	9 (17,0%)		20 (37,7%)	33 (62,3%)		17 (32,1%)	36 (67,9%)	
Abordagem axilar									
BLS	21 (77,8%)	6 (22,2%)	0,143	3 (11,1%)	24 (88,9%)	0,001	4 (14,8%)	23 (85,2%)	0,043
Linfadenectomia	31 (91,2%)	3 (8,8%)		17 (50,0%)	17 (50,0%)		13 (38,2%)	21 (61,8%)	

*p valor calculado para valores conhecidos

Durante a etapa qualitativa, foram entrevistadas 14 pacientes. Após análise das falas apreendidas, pudemos construir três categorias que representam ideias, palavras e expressões centrais considerando a temática da adesão aos cuidados fisioterapêuticos, conforme mostra o Quadro 1.

Buscando preservar o anonimato das pacientes, seus nomes foram substituídos pela letra M, seguida de um número.

Quadro 1 - Análise de Conteúdo - Categorias

Categorias Temáticas
Conhecimento e importância dos cuidados
Angústia e limitações
Convivendo com os cuidados ao longo do tempo

➤ **Conhecimento e importância dos cuidados**

Com relação ao recebimento das orientações por parte da equipe de fisioterapia do HCIII e seu entendimento, as pacientes entrevistadas relataram que foram devidamente orientadas e que compreenderam a real importância dessas recomendações.

“Eu acho importante seguir esses cuidados, porque se eu não seguir quem vai sair prejudicada sou eu, eu que vou sentir dor, o meu braço que ficará inchado, eu que vou tudo, então eu sigo à risca e quero viver muito tempo.” M11.

“Eu recebi as orientações da fisioterapia quando eu estava internada e compreendi o porquê de cada cuidado. Se a gente fizer esforço o braço vai inchar e vai ser prejudicial pra mim, né?!” M13.

“Eu acho muito importante seguir os cuidados. É para o meu bem, né?! Sigo os cuidados até hoje.” M4.

“Na fisioterapia elas explicaram com mais detalhes e eu compreendi perfeitamente que poderia dar um linfedema. Eu segui religiosamente o que elas orientaram e eu fiquei muito bem, graças a Deus” M2.

Elas também acabam deixando transparecer a preocupação ao ver o exemplo de outras mulheres e o arrependimento por não ter seguido o orientado.

“Acho fundamental seguir os cuidados. Outras colegas que fizeram mastectomia e não seguiram as orientações ficaram com limitação no braço.” M2.

“Eu acho importante seguir as orientações, eu esqueci por um momento e olha só o que aconteceu, a gente acaba esquecendo.” M9.

➤ **Angústia e limitações**

Os principais sentimentos despertados nessas mulheres ao serem questionadas sobre a adesão aos cuidados preventivos são a preocupação, o medo e o pânico. Após a cirurgia, elas convivem sempre com o fantasma do linfedema. Esse constante temor parece ser o que as relembra/motiva da necessidade de manter os cuidados preventivos.

“Tenho medo de o meu braço inchar, porque eu vejo aqui no INCA coisas horríveis, quando eu vejo, me conscientizo mais ainda e tomo mais cuidado. Tenho medo que ele fique inchado e fique aquela coisa horrorosa, que não desincha mais.” M11.

“Eu tenho uma conhecida que o braço dela inchou, tenho medo demais do braço inchar. É desagradável aquele braço inchado, a gente já não é bonita, ainda vai ficar mais difícil com o braço inchado e, também, o braço deve pesar.” M7.

“Às vezes eu evito fazer qualquer coisa com o braço porque eu tenho pânico de inchar, morro de medo de o braço inchar e ter que usar luva, não quero de jeito nenhum.” M12.

“Eu fico triste em ver aqui no hospital as mulheres com aquele braço inchado, com aquelas faixas, e a preocupação maior é que não volta ao normal.” M7

Outro ponto bastante marcante nas falas é como as orientações fisioterapêuticas preventivas acabam por gerar no cotidiano dessas mulheres um sentimento de grave limitação, desencadeando tristeza, mais medo e sensação de inutilidade.

“Quando recebi as orientações dos cuidados com o meu braço eu senti minha vida limitada, eu acho que minha vida agora vai ser assim, eu tenho limitações, tudo que eu fizer que prejudique será pior para mim, então procuro evitar. Sou uma pessoa muito hiperativa, não sei ficar parada, quando ela disse que eu não podia fazer um monte de coisa, eu fiquei muito triste.” M11.

“Quando eu recebi as orientações eu me senti limitada, me sinto até hoje, me sinto uma pessoa inválida, não posso fazer nada, mas eu preciso fazer, acabo fazendo, mas fico com medo. Às vezes eu até entro para o banheiro e começo a chorar.” M12.

“Quando meu braço começou a inchar eu fiquei muito preocupada, fico vendo algumas fotos e percebo quanto meu braço inchou, porque antes não era assim, quando eu me vejo no espelho percebo a diferença no tamanho do braço, às vezes me sinto mal, porque tem blusa que eu quero colocar e não consigo porque marca mais o braço, me incomoda, quase não

estou usando minhas blusas, só larga para não marcar e, tive que trocar até a aliança de mão porque não entra mais.” M10.

A importância do papel da mulher como a cuidadora e, muitas vezes, mantenedora do lar fica evidente. Existe uma preocupação muito grande por parte dessas mulheres quanto ao retorno a suas tarefas domésticas e laborais. A possibilidade de se recolocar no mercado de trabalho após o câncer de mama também é uma questão bastante complicada e angustiante para elas.

“Minha família quer que eu tenha repouso, quer que eu viva como uma inútil dentro de casa, mas eu não quero essa vida. Eu sinto falta de capinar um quintal, de cuidar das minhas plantas, de fazer coisas que eu gostava, mas fico com medo de me prejudicar. Eu tenho medo de ficar com meu braço com aquelas faixas, porque eu vou me sentir uma pessoa inútil com aquelas coisas.” M6.

“Eu quero fazer as coisas em casa para ver se eu tenho condições de trabalhar fora, porque depois que eu tive o câncer eu perdi o meu emprego, eu cuidava de uma senhora que pesava 100 kg, e quando eu voltei a trabalhar minha patroa disse que eu não tinha mais condições de trabalhar, não pagou meu INPS, não quis ficar comigo e eu fiquei sem nada.” M6.

➤ **Convivendo com os cuidados ao longo do tempo**

As entrevistadas reconhecem que logo após a cirurgia, aderem mais aos cuidados preventivos, mas que com o passar do tempo, essa rotina de cuidados torna-se mais complicada, especialmente diante de seus compromissos domésticos.

“Antes eu seguia as orientações, mas com o passar do tempo eu fui relaxando. Percebi que algumas orientações são mais difíceis de seguir, pois tenho que fazer as coisas em casa.” M8.

“Eu fiquei um pouco relaxada com os cuidados com o braço conforme foi passando o tempo.” M7.

“No início eu segui mais as orientações, até porque a limitação era muito maior. Hoje eu diminuí, mas ainda tomo cuidado.” M2.

Na tentativa de manter os cuidados e retornar às suas vidas, elas buscam adaptar suas rotinas e acabam reconhecendo que o auxílio da família é importante.

“Eu faço todos os cuidados com a casa. Eu tento dividir as coisas com o meu marido, as coisas mais pesadas eu não faço.” M10.

“Quando eu vou fazer uma faxina em casa, os meus filhos ficam falando que eu não posso fazer, mas não é com os braços, é com as pernas.” M6.

“Eu cuido de três netos, mas não carrego criança no colo. Vou ao mercado, mas não carrego nada muito pesado. O serviço de casa a gente sempre tem que fazer, mas eu não saio carregando móvel. Quando eu sinto que começa a doer eu paro.” M6.

“Eu falo agora na minha casa para os meus filhos e para o meu marido, eu tenho limitações, minha vida agora é limitada, coisas que eu fazia antes não posso mais. Daqui pra frente eu vivo para mim, já criei meus filhos.” M11.

“Eu comecei a observar, quando voltei a trabalhar que o braço dá um sinalzinho quando estou digitando muito, então eu tenho mais cuidado. Procuro nivelar o braço da cadeira, limito mais os movimentos da mão, mas não tive dificuldade para voltar ao trabalho.” M2.

“Eu não deixei de fazer tudo, eu aprendi a diminuir o ritmo.” M4.

“Eu adaptei a minha rotina, e agradeço muito as informações que eu recebi aqui, procuro sempre seguir.” M5.

“Eu procuro dividir o trabalho de casa, faço tudo devagar e limpo cada cômodo em um dia, não pego peso, não tiro cutícula de jeito nenhum, mas os exercícios em não faço. Não tenho paciência, eu acho chato.” M13.

“Sou eu quem faz tudo em casa, mas quando vou à feira ou ao mercado, procuro sempre levar o carrinho, para não voltar com a sacola pesada. Procuro usar as bocas de trás do fogão e faço os exercícios pelo menos três vezes por semana.” M14.

4. Discussão

A média de idade das pacientes estudadas foi de 57,7 anos, corroborando com a literatura, que mostra maior incidência de câncer de mama em mulheres com mais de 50 anos (BRASIL, 2018). A maioria das pacientes entrevistadas não apresentavam linfedema, no entanto, 54,1% relataram sensação de peso no membro superior homolateral à cirurgia, o que segundo a literatura corresponde a um estágio subclínico do linfedema (INTERNACIONAL SOCIETY OF LYMPHOLOGY), representando um importante sinal de alerta para a possibilidade do aumento do volume do membro. Desta forma, o fisioterapeuta deve estar atento para uma intervenção precoce (FABRO et al, 2016).

As participantes deste estudo, em sua maioria exerciam exclusivamente atividades do lar, apesar de atualmente a mulher assumir múltiplos papéis sociais, seja como chefe de família, mantenedora, mãe e principal cuidadora (WEGNER; PEDRO, 2010). Os cuidados com o lar têm uma importância central na vida das mulheres estudadas, um ponto marcante nas falas das entrevistas é como as orientações preventivas limitam as suas vidas, gerando uma sensação de inutilidade, além do medo, pânico e preocupação da possibilidade em desenvolver o linfedema. Esses sentimentos ficam evidentes nas falas de M11, M7, M12 e M10. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Panobianco e colaboradores (2008) onde as mulheres relataram esses mesmos sentimentos negativos, o que as levaram a privar-se de atividades que lhe proporcionavam prazer.

Diante disso, buscando dar continuidade a sua rotina prévia ao tratamento, elas buscam adaptar seu dia a dia, e para isso muitas contam com o auxílio da família e mudanças de hábitos, conforme as falas de M10, M6, M11, M2, M13, M14, M5 e M4. A participação solidária da família também fica evidente no estudo realizado por Panobianco e colaboradores (2008).

Todas as mulheres incluídas nesse estudo receberam as orientações preventivas da equipe de fisioterapia do HCIII e relataram ter compreendido a importância das mesmas, como mostra as falas das entrevistadas M11, M13, M4 e M2. No entanto, a maioria das

pacientes apresentou grande dificuldade em aderir aos cuidados preventivos orientados pelos fisioterapeutas.

Em estudo realizado por Sherman e colaboradores (2014), foi observado que a adesão as orientações aumentou em 79% das pacientes com o passar do tempo no acompanhamento até 12 meses de cirurgia. Em nosso estudo, o tempo médio de tratamento foi de 4 anos, variando de 9 meses a 15 anos. Algumas mulheres entrevistadas relataram que as adesões aos cuidados preventivos diminuem com o passar do tempo, especialmente devido a necessidade de desempenhar as suas atividades domésticas, como mostra as falas das entrevistadas M8, M7 e M2.

Com relação aos cuidados assistenciais, 85,2% aderiram, talvez por envolverem cuidados mais simples de serem prevenidos e por terem caráter mais esporádico, como aferição de pressão arterial e punções no membro acometido. Os cuidados assistenciais estão mais relacionados à conduta do profissional de saúde na sua prática, especialmente da equipe de enfermagem. O INCA possui uma conduta já bem instituída quanto a não realização desses procedimentos, sempre que possível, no membro superior homolateral à cirurgia (BERGMANN, 2000; BERGMANN et al, 2006; FABRO et al, 2016).

Nesse estudo, as mulheres com estadiamento clínico avançado e que realizaram radioterapia aderiram mais a esses cuidados. De acordo com a literatura, a radioterapia aumenta o risco de linfedema (HAYES et al., 2008; PARK; LEE; CHUNG, 2008; ASIM et al., 2012). Pereira e colaboradores (2017) observou que além da radioterapia, o estadiamento avançado também aumenta o risco de linfedema no membro homolateral a cirurgia.

Quanto aos cuidados relacionados com o membro, 67,2% das mulheres relataram a não adesão, corroborando com Panobianco e colaboradores (2009). Em nosso estudo, com o passar do tempo, as pacientes acabaram retornando a determinadas práticas tais como usar lâmina de barbear na axila e retirar as cutículas, talvez por serem hábitos comuns da população feminina brasileira. Observamos também, que as pacientes submetidas as cirurgias mais radicais, como mastectomia e a linfadenectomia axilar aderiram mais aos cuidados em comparação com as cirurgias mais conservadoras. De acordo com a literatura, as pacientes submetidas a mastectomia e linfadenectomia axilar apresentam maior risco de desenvolver linfedema (NESVOLD et al., 2008; PARK; LEE; CHUNG, 2008; DEVOOGDT et al., 2011; LOPEZ PENHA et al., 2011; HAN et al., 2012).

Nos tempos atuais, existe uma grande dúvida se realmente há necessidade de seguir tantas orientações preventivas, quais são realmente importantes e quais devem ser mantidas. Alguns estudos discutiram essa temática, como Ferguson (2016) que observou que a infecção e punção venosa aumentam o risco de linfedema. Outros estudos também demonstraram a associação significativa entre infecção no membro homolateral à cirurgia e linfedema (CLARK; SITZIA; HARLOW, 2005; BEVILACQUA et al., 2012; SHOWALTER et al., 2013; FU et al., 2014). Sendo assim, entendemos ser importante manter cuidados que visem a prevenção de infecções, tais quais a não retirada de cutículas, o cuidado com cortes e lesões na pele e a não utilização de lâminas na axila homolateral à cirurgia (FABRO et al, 2016).

Quanto aos cuidados relacionados aos exercícios, 72,1% relataram não aderir devidamente, voltando a sustentar peso com o membro e deixando de praticar os exercícios preventivos com regularidade. Das que aderiram, 38,2% foram submetidas à LA. Elas reconheceram que logo após a cirurgia têm mais facilidade em seguir esses cuidados, porém com o passar do tempo e com a melhora da função do ombro, deixaram de realiza-los, como evidenciado na fala de M2. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Huang e colaboradores (2015) e Fu e colaboradores (2014). Este último observou que após 12 meses de acompanhamento as pacientes diminuem a adesão aos exercícios.

Entendemos que mais estudos precisam ser realizados com um número maior de participantes e levando em consideração as características próprias da população brasileira, a fim de compreendermos quais orientações são realmente necessárias e assim gerar menos angústia e limitação às nossas pacientes.

5. Conclusão

Embora as mulheres entrevistadas tenham afirmado que receberam e compreenderam a importância das orientações preventivas do linfedema, elas apresentaram dificuldade em aderir à maioria dos cuidados fisioterapêuticos após o tratamento para o câncer de mama. As principais dificuldades relatadas para a não adesão estão relacionadas aos trabalhos nos cuidados com o lar.

Observamos que as pacientes com estadiamento clínico avançado e que realizaram radioterapia seguem os cuidados assistenciais. As mulheres que foram submetidas a mastectomia e linfadenectomia axilar aderiram aos cuidados com o membro em comparação com aquelas submetidas a cirurgias conservadoras. Em relação aos cuidados relacionados aos exercícios, as pacientes submetidas a LA os seguiram com mais frequência.

Por meio das entrevistas, percebemos que as orientações preventivas geram muitos sentimentos negativos. O medo de desenvolver o linfedema muitas vezes preocupa mais que a doença em si. É marcante nas falas o quanto as orientações fisioterapêuticas geram angústia, tristeza e sensação de inutilidade a essas pacientes.

A fisioterapia deve estar atenta à maneira como apresenta as orientações preventivas de linfedema de forma a gerar mais informação e menos angústia, para melhorar a assistência a essas mulheres. A abordagem fisioterapêutica deve buscar sempre a adaptação e nunca a proibição, provendo compreensão e cooperação, compartilhando com as pacientes a responsabilidade por seu autocuidado.

6. Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, K. de S.; BERGMANN, A.; AGUIAR, S. S. de; THULER, L. C. S. Determinants of Advanced Stage Presentation of Breast Cancer in 87,969 Brazilian Women. **Maturitas**, v. 82, n. 4, p. 365–370, dez. 2015.

AHN, S.; PORT, E. R. Lymphedema precautions: Time to abandon old practices? **Journal of Clinical Oncology**, v. 34, n. 7, p. 655–658, 2015.

AZEVEDO, G.; MENDONÇA, S.; DA SILVA, A. M.; CAULA, W. M. Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama admitidas no Instituto Nacional de Câncer. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1232–1239, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BERGMANN, A. Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro [dissertação]. **Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola de Saúde Pública**, 2000.

BERGMANN, A.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R. J. Incidência e prevalência de linfedema após tratamento cirúrgico do câncer de mama: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 4, p. 461–470, 2007.

BERGMANN, A.; RIBEIRO, M. J. P.; PEDROSA, E.; NOGUEIRA, E. A.; OLIVEIRA, A. C. G. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III/INCA. **Rev Bras Cancerol**, v. 52, n. 1, p. 97–109, 2006.

BEVILACQUA, J. L. B.; KATTAN, M. W.; CHANGHONG, Y.; KOIFMAN, S.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R. J.; BERGMANN, A. Nomograms for Predicting the Risk of Arm Lymphedema after Axillary Dissection in Breast Cancer. **Annals of Surgical Oncology**, v. 19, n. 8, p. 2580–2589, ago. 2012.

BRASIL. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679–684, 2006.

CEMAL, Y.; PUSIC, A.; MEHRARA, B. J. Preventative Measures for Lymphedema: Separating Fact from Fiction. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 213, n. 4, p. 543–551, out. 2011.

DISIPIO, T.; RYE, S.; NEWMAN, B.; HAYES, S. Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. **The lancet oncology**, v. 14, n. 6, p. 500–515, 2013.

FABRO, E. A. N.; BERGMANN, A.; SILVA, B. do A.; RIBEIRO, A. C. P.; ABRAHÃO, K. de S.; FERREIRA, M. G. da C. L.; DIAS, R. de A.; THULER, L. C. S. Post-Mastectomy Pain Syndrome: Incidence and Risks. **The Breast**, v. 21, n. 3, p. 321–325, jun. 2012.

FABRO, E. A. N.; COSTA, R. M.; OLIVEIRA, J. F. de; LOU, M. B. de A.; TORRES, D. M.; FERREIRA, F. O.; MACEDO, F. O.; CARVALHO, C. M.; RIBEIRO, M. J. P.; BERGMANN, A. Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III/Instituto Nacional de Câncer. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 26, n. 1, p. 4–8, 1 mar. 2016.

FERGUSON, C. M.; SWAROOP, M. N.; HORICK, N.; SKOLNY, M. N.; MILLER, C. L.; JAMMALLO, L. S.; BRUNELLE, C.; O'TOOLE, J. A.; SALAMA, L.; SPECHT, M. C.; TAGHIAN, A. G. Impact of Ipsilateral Blood Draws, Injections, Blood Pressure Measurements, and Air Travel on the Risk of Lymphedema for Patients Treated for Breast Cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 34, n. 7, p. 691–698, mar. 2016.

FÖLDI, E.; FÖLDI, M.; CLODIUS, L. The Lymphedema Chaos: A Lancet. **Annals of Plastic Surgery**, v. 22, n. 6, p. 505–515, jun. 1989.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 388–394, fev. 2011.

GARY, D. E. Lymphedema Diagnosis and Management. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 19, n. 2, p. 72–78, fev. 2007.

GRIFFITHS, C. L.; OLIN, J. L. Triple Negative Breast Cancer: A Brief Review of Its Characteristics and Treatment Options. **Journal of Pharmacy Practice**, v. 25, n. 3, p. 319–323, jun. 2012.

HAYES, S. B.; FREEDMAN, G. M.; LI, T.; ANDERSON, P. R.; ROSS, E. Does Axillary Boost Increase Lymphedema Compared With Supraclavicular Radiation Alone After Breast Conservation? **International Journal of Radiation Oncology*Biography*Physics**, v. 72, n. 5, p. 1449–1455, dez. 2008.

INTERNATIONAL SOCIETY OF LYMPHOLOGY. The Diagnosis and Treatment of Peripheral Lymphedema: 2013 Consensus Document of the International Society of Lymphology. **Lymphology**, v. 46, n. 1, p. 1–11, mar. 2013.

JAMMALLO, L. S.; MILLER, C. L.; SINGER, M.; HORICK, N. K.; SKOLNY, M. N.; SPECHT, M. C.; O'TOOLE, J.; TAGHIAN, A. G. Impact of Body Mass Index and Weight Fluctuation on Lymphedema Risk in Patients Treated for Breast Cancer. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 142, n. 1, p. 59–67, nov. 2013.

LANGER, I.; GULLER, U.; BERCLAZ, G.; KOECHLI, O. R.; SCHAER, G.; FEHR, M. K.; HESS, T.; OERTLI, D.; BRONZ, L.; SCHNARWYLER, B.; WIGHT, E.; UEHLINGER, U.; INFANGER, E.; BURGER, D.; ZUBER, M. Morbidity of Sentinel Lymph Node Biopsy (SLN) Alone Versus SLN and Completion Axillary Lymph Node Dissection After Breast Cancer Surgery. **Annals of Surgery**, v. 245, n. 3, p. 452–461, mar. 2007.

LEE, B. B.; BERGAN, J. J. New clinical and laboratory staging systems to improve management of chronic lymphedema. **Lymphology**, v. 38, n. 3, p. 122–129, 2005.

LU, S.-R.; HONG, R.-B.; CHOU, W.; HSIAO, P.-C. Role of Physiotherapy and Patient Education in Lymphedema Control Following Breast Cancer Surgery. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, v. 11, p. 319–327, 2015.

MACEDO, F. O. Abordagem cirúrgica axilar no câncer de mama estadiamento clínico T1-T2N0M0: complicações pós-operatórias e sobrevida em uma coorte hospitalar de mulheres do Rio de Janeiro [dissertação]. **Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, 2015.

MCLAUGHLIN, S. A.; BAGARIA, S.; GIBSON, T.; ARNOLD, M.; DIEHL, N.; CROOK, J.; PARKER, A.; NGUYEN, J. Trends in Risk Reduction Practices for the Prevention of Lymphedema in the First 12 Months after Breast Cancer Surgery. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 216, n. 3, p. 380–389, mar. 2013.

NCCN. Breast cancer: treatment guidelines for patients. **American Cancer Society**, 2011.

PANOBIANCO, M. S.; MAMEDE, M. V.; ALMEIDA, A. M. de; CLAPIS, M. J.; FERREIRA, C. B. Experiência de mulheres com linfedema pós-mastectomia: significado do sofrimento vivido. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 4, p. 807–816, 2008.

PANOBIANCO, M. S.; PARRA, M.V.; ALMEIDA, A. M. de; PRADO; M.A.S.; MAGALHÃES, P.A.P. Estudo da adesão às estratégias de prevenção e controle do linfedema em mastectomizadas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 161–168, 2009.

PANOBIANCO, M. S.; CAMPACCI, N.; FANGEL, L.M.V.; PRADO, M.A.S.; ALMEIDA, A. M. de; GOZZO, T.O. Qualidade de vida de mulheres com linfedema após cirurgia por câncer de mama. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 2, p. 206–213, 2014.

PASKETT, E. D.; DEAN, J. A.; OLIVERI, J. M.; HARROP, J. P. Cancer-Related Lymphedema Risk Factors, Diagnosis, Treatment, and Impact: A Review. **Journal of Clinical Oncology**, v. 30, n. 30, p. 3726–3733, 20 out. 2012.

PEREIRA, A. C. P. R. Estudo de uma coorte hospitalar de mulheres submetidas a linfadenectomia axilar após 10 anos de seguimento: funcionalidade e incidência de linfedema [dissertação]. **Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz**, 2013.

SAGEN, Å.; KÅRESEN, R.; RISBERG, M. A. Physical Activity for the Affected Limb and Arm Lymphedema after Breast Cancer Surgery. A Prospective, Randomized Controlled Trial with Two Years Follow-Up. **Acta Oncologica**, v. 48, n. 8, p. 1102–1110, jan. 2009.

SHERMAN, K. A.; MILLER, S. M.; ROUSSI, P.; TAYLOR, A. Factors Predicting Adherence to Risk Management Behaviors of Women at Increased Risk for Developing Lymphedema. **Supportive Care in Cancer**, v. 23, n. 1, p. 61–69, jan. 2015.

TORRES LACOMBA, M.; YUSTE SÁNCHEZ, M. J.; ZAPICO GOÑI, A.; PRIETO MERINO, D.; MAYORAL DEL MORAL, O.; CEREZO TÉLLEZ, E.; MINAYO MOGOLLÓN, E. Effectiveness of Early Physiotherapy to Prevent Lymphoedema after Surgery for Breast Cancer: Randomised, Single Blinded, Clinical Trial. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 340, p. b5396, 12 jan. 2010.

WARREN, L. E. G.; MILLER, C. L.; HORICK, N.; SKOLNY, M. N.; JAMMALLO, L. S.; SADEK, B. T.; SHENOUDA, M. N.; O'TOOLE, J. A.; MACDONALD, S. M.; SPECHT, M. C.; TAGHIAN, A. G. The Impact of Radiation Therapy on the Risk of Lymphedema after Treatment for Breast Cancer: A Prospective Cohort Study. **International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics**, v. 88, n. 3, p. 565–571, 1 mar. 2014.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. **Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 31, n. 2 (jun. 2010), p. 335-342**, 2010.

WÜNSCH FILHO, V.; ANTUNES, J. L. F.; BOING, A. F.; LORENZI, R. L. Perspectivas Da Investigação Sobre Determinantes Sociais Em Câncer. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, n. 3, set. 2008.



ANEXO A – FICHA DE COLETA DE DADOS

Data da coleta: ___/___/___ **N°:** _____

Exclusão: (1) Não (2) Sim **Motivo:** _____

Identificação

Nome: _____

Matrícula: _____ **Data nascimento:** ___/___/___ **Idade:** _____

Cor da pele: (1) Branca (2) Não branca

Estado civil: (1) Solteira (2) Casada (3) Divorciada/Separada (4) Viúva

Profissão: (1) Do lar (2) Em atividade (3) Aposentada (4) Desempregada

Escolaridade: (1) Analfabeto (2) menos de 9 anos (3) 9 à 12 anos (4) Graduação

Renda: _____

Vínculo Previdenciário: (1) Não (2) Aposentada (3) Benefício

Dados Clínicos

Data da triagem: ___/___/___

Estadiamento Clínico: (1) 0 (2) I (3) II A (4) II B (5) III A (6) III B (7) IV (8) S/ Informação

Estadiamento Histopat.: (1) 0 (2) I (3) II A (4) II B (5) III A (6) III B (7) IV (8) S/ Informação

Tipo histológico: (1) CDI (2) Lobular invasivo (3) CD in situ (4) Outros (5) S/ Informação

Grau histológico: (1) Grau 1 (2) Grau 2 (3) Grau 3 (4) S/ Informação

Lado do tumor: (1) Direito (2) Esquerdo (3) Bilateral (4) S/ Informação

Abordagem na mama: (1) Não (2) Segmentectomia (3) Mastectomia (3) Mastectomia

Abordagem axilar: **Abordagem axilar:** (3) BLS

N° de linfonodos retirados: _____ **N° de linfonodos comprometidos:** _____ **Data:** ___/___/___

N° de linfonodos retirados: _____ **N° de linfonodos comprometidos:** _____ (1) Não
(2) Imediata (3) Tardia

Quimioterapia: (1) Não (2) Neo (3) Adj

Aplicação da QT: (1) MS homolateral ao tumor (2) Contra lateral ao tumor (3) Não se aplica

Quantas Aplicações: _____

Radioterapia: (1) Não (2) Neo (3) Adj

Local da Rxt: (1) Mama (2) Plastrão (3) Axila (4) FSC (5) Não se aplica

Hormonioterapia: (1) Não (2) Neo (3) Adj

Terapia Alvo: (1) Não (2) Neo (3) Adj

Comorbidades:

Hipertensão arterial: (1) Não (2) Sim

Diabetes: (1) Não (2) Sim

Peso: _____ **Altura:** _____ **IMC:** _____ (1ª Av. - Serviço de Nutrição)

Apresentou linfedema: (1) Não (2) Sim **Data do diagnóstico linfedema:** ___/___/___

Sintomas:

Aumento do volume: (1) Não (2) Sim

Sensação subjetiva: (1) Não (2) Sim

Dor: (1) Não (2) Sim

Déficit funcional: (1) Não (2) Sim

Lado dominante: (1) Destro (2) Sinistro (3) Ambidestro (4) S/Informação

Infecção MS acometido: (1) Não (2) Sim **Nº episódios:** ___ **DT última infecção** ___/___/___

Entrevista

Recebeu orientações preventivas da Fisioterapia: (1) Não (2) Sim

Quando recebeu? _____

Segue as orientações: (1) Não (2) Sim

Realiza exercícios domiciliares recomendados: (1) Não (0) Sim

Frequência dos exercícios: _____ (por semana)

Aferiu pressão arterial no MS acometido: (0) Não (1) Sim

Retira as cutículas do MS acometido: (0) Não (1) Sim

No último mês, quantas vezes você retirou a cutícula: (1) 0 (2) 1 (3) 2 (4) 3 (5) 4 (6) + de 5

Mantém a pele dos braços hidratada: (1) Não (0) Sim

Passa repelente nos MMSS: (1) Não (0) Sim

Tomou injeção no MS acometido: (0) Não (1) Sim

Realiza os cuidados com o lar: (0) Não (1) Sim

No último mês, quantas vezes você realizou o cuidado com o lar: (1) 0 (2) 1 (3) 2 (4) 3 (5) 4 (6) + de 5

Utiliza luvas para os cuidados com o lar: (1) Não (0) Sim

Costuma carregar objetos pesados no MS acometido: (0) Não (1) Sim

No último mês, quantas vezes você carregou peso no MS acometido: (1) 0 (2) 1 (3) 2 (4) 3 (5) 4 (6) + de 5

Expõe o MS acometido ao calor: (0) Não (1) Sim

Faz uso de roupas e jóias apertadas: (0) Não (1) Sim

Faz uso de lâmina de barbear na axila: (0) Não (1) Sim

Previne corte e queimadura na pele: (1) Não (0) Sim

Evita punção no MS acometido: (1) Não (0) Sim

Perimetria							
	14	07	IA	07	14	21	Mão
MSD							
MSE							
≠							



ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

- 1) Você recebeu as orientações fisioterapêuticas preventivas no seu pós- operatório?
- 2) Você compreendeu o porquê de cada cuidado?
- 3) Segue os cuidados orientados? Se não, por quê?
- 4) Quais os cuidados você segue? E os que não segue?
- 5) Acha importante seguir esses cuidados? Por que?
- 6) O que acha que pode interferir na sua adesão aos cuidados? (trabalho, cuidados com o lar, filhos, papel de cuidadora da mulher, etc)
- 7) Acha que a medida que o tempo passa, você aderiu menos ou mais aos cuidados?



ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa Adesão às orientações fisioterapêuticas na prevenção e cuidado do linfedema pós tratamento de câncer de mama

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque foi atendido (a) ou está sendo atendido (a) nesta instituição após ter sido submetido à cirurgia para o câncer de mama. 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 desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha.

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

PROPÓSITO DA PESQUISA

Identificar a adesão dos pacientes às orientações fisioterapêuticas na prevenção e no cuidado do linfedema após o tratamento do câncer de mama no INCA/HC III.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Se você concordar em participar, os pesquisadores responsáveis por este projeto de pesquisa consultarão seus dados clínicos que se encontram no seu prontuário médico. Os pesquisadores preencherão um questionário referente às orientações preventivas do linfedema em uma sala reservada, por aproximadamente 40 minutos. Você também poderá ser convocado para uma nova entrevista, caso os pesquisadores julguem necessário.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa poderá não oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso de suas informações e/ou do material do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

Pesquisador

Participante

O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, o diagnóstico e o tratamento para esse tipo de câncer beneficiem outros pacientes.

RISCOS

Todo estudo envolve riscos. Entretanto, nesse estudo não há realização de exames, consumo de medicações, entre outros. É importante que você entenda que nenhum procedimento médico adicional será realizado e nenhuma nova amostra de sangue ou de tumor, será coletada. Apenas serão analisados dados de seu prontuário, aplicação de questionário com perguntas e realizada entrevista por um profissional capacitado. Caso você se emocione durante a aplicação do questionário ou entrevista, uma psicóloga poderá te assistir.

CUSTOS

Se concordar com a participação neste estudo, o questionário e/ou entrevista serão aplicados no mesmo dia da sua consulta médica e você não terá quaisquer custos ou despesas adicionais.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta 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.

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.

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 conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a **Dra. Marianna Lou** ou **Dra. Erica Fabro** no telefone **(21) 3207- 4066**, de segunda à sexta-feira, de 9h 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 a 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

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 de parte de meu tumor e/ou meu sangue obtidos 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 desta pesquisa 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 nesta pesquisa.

_____ / ____/____
Nome e Assinatura do participante Data

_____ / ____/____
Nome e Assinatura do responsável legal/Testemunha imparcial Data

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