

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE FISIOTERAPIA

Gabriela Valentim Cardoso

Larissa Bethonico Cunha

**PERFIL DAS PACIENTES ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS
PELO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**

Juiz de Fora

2017

Gabriela Valentim Cardoso
Larissa Bethonico Cunha

**PERFIL DAS PACIENTES ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS
PELO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**

Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, da Faculdade de Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de graduação em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^ª. Ms Simone Meira Carvalho

Co-orientadora: Prof^ª. Ms Cyntia Pace Schmitz Corrêa

Juiz de Fora

2017

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

CARDOSO, Gabriela V., CUNHA, Larissa B..

Perfil das pacientes acometidas por câncer de mama atendidas pelo serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora / CUNHA, Larissa B.

CARDOSO, Gabriela V.. – 2017.

37 f.

Orientadora: Simone Meira Carvalho

Coorientadora: Cyntia Pace Schmitz Corrêa

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Fisioterapia, 2017.

1. Câncer de Mama. 2. Epidemiologia. 3. Fisioterapia. 4. Oncologia. I. Meira Carvalho, Simone, orient. II. Pace Schmitz Corrêa, Cyntia, coorient. III. Título.

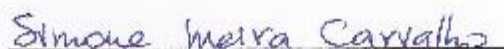
Gabriela Valentim Cardoso

Larissa Bethonico Cunha

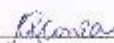
**"PERFIL DAS PACIENTES ACOMETIDAS POR CÂNCER
DE MAMA ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE
FISIOTERAPIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA"**

O presente trabalho, apresentado como pré requisito para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, da Faculdade de Fisioterapia da UFJF, foi apresentado em audiência pública a banca examinadora e **aprovado** no dia 20 de novembro de 2017.

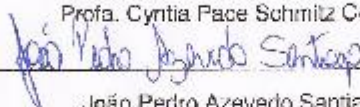
BANCA EXAMINADORA:



Profa. Simone Meira Carvalho



Profa. Cynthia Pace Schmitz Corrêa



João Pedro Azevedo Santiago



Vinícius Faria Weiss

AGRADECIMENTOS

A realização desta pesquisa demandou o trabalho e dedicação de algumas pessoas, que durante um ano, e em diferentes momentos, colaboraram, de forma direta ou indireta, na formação deste trabalho final. Sem elas, nada teria sido possível.

Agradecimentos especiais:

À Deus por abençoar os meus caminhos até chegar aqui, permitindo a realização deste trabalho.

À minha orientadora Simone Carvalho e coorientadora Cyntia Schmitz, por toda ajuda na elaboração da pesquisa, pela disponibilidade, sempre presentes, por troca de conhecimentos e todo aprendizado durante esta etapa, contribuindo para a minha formação profissional.

À minha amiga e dupla Larissa Cunha, pela grande amizade, todo apoio e incentivo, as trocas de informações e colaboração durante a realização deste trabalho. Sem você teria sido difícil concluir esta etapa.

Ao Vinicius e João Pedro, pela contribuição e participação na banca examinadora.

Às pacientes que contribuíram para a realização desta pesquisa, pelo fornecimento dos dados necessários.

Aos meus familiares, em especial meus pais e a minha irmã, pelo imenso carinho, paciência e por todo o suporte durante a faculdade. Sem vocês nada disso seria possível.

Gabriela Valentim Cardoso

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter permitido que eu chegasse até aqui. Por ter me dado forças, perseverança e muita fé para que meus objetivos fossem alcançados.

À minha mãe, Rosana, por ser meu porto seguro. Minha fonte inesgotável de amor, inspiração e exemplo. Por nunca ter medido esforços para que eu chegasse até aqui, por ter criado eu e meus irmãos sozinha e nunca ter desistido de nós. Essa conquista é sua, pois muito antes de eu sonhar em realiza-la você já estava cuidando do seu jardim para que florescesse no futuro. Floresceu mãe. Estou realizando um sonho que sonhamos juntas. Obrigada pela mãe exemplar que você sempre foi e por me fazer espelhar em você para criar a Maria Clara.

Ao meu pai, Reinaldo, pela preocupação e incentivo nesses longos cinco anos de faculdade. Obrigada por estar do meu lado e me apoiar sempre. Aos meus irmãos pela paciência, pelo silêncio dentro de casa nos momentos que eu precisava estudar, por serem minhas cobaias, por dividirem comigo todos os sentimentos durante esses anos e me incentivarem sempre. Obrigada por estarem comigo nessa etapa tão importante da minha vida.

Ao meu segundo pai, Edimar. Obrigada por todo apoio e ajuda nesses anos. Por sempre se preocupar em deixar nossa rotina mais leve, por toda ajuda em todos os momentos mais importantes da minha vida e principalmente por fazer minha mãe tão feliz.

Ao meu noivo, Magno, por todo amor que vivemos juntos. Pela paciência nos momentos de desespero, medo e ansiedade. Por sempre ter palavras de alívio, consolo e incentivo quando muitas vezes pensei em desistir. Esses anos foram mais leves com você ao meu lado e daqui pra frente temos muito que correr atrás para nosso futuro juntos. Acabou!!!! Podemos casar!!!! [risos] Te amo muito.

De maneira muito especial e mais importante, dedico essa conquista e a minha vida, à minha filha, Maria Clara, que chegou durante essa jornada da faculdade. Filha, admito que não foi fácil conciliar a maternidade com os estudos, mas Deus foi tão perfeito que me deu você para completar minha felicidade e estar comemorando comigo esse momento. Agradeço por cada experiência vivida com sua chegada e por estar sempre me esperando, nos meus momentos de ausência, com o sorriso mais lindo que já vi. Sem dúvidas, você é a minha força para seguir em frente. É tudo por você e é pra você. Te amo pra sempre.

À minha orientadora Simone e co-orientadora Cyntia, por todo aprendizado e carinho transmitido nessa nossa jornada do TCC. Por serem exemplos de profissional e mulher. Por sempre me receber de braços abertos e me fazer sentir aconchegada com toda preocupação,

paciência e simpatia de sempre. Obrigada por aceitarem construir comigo esse trabalho, por todas as correções, leituras, pesquisas, reuniões e principalmente por fazerem parte desse momento tão importante.

À banca examinadora, Vinicius e João Pedro por somarem e dividirem comigo seus conhecimentos.

A minha parceira de TCC, Gabi, que esteve comigo desde o início da faculdade, do trote ao TCC! Quem diria! Obrigada pela amizade, pelas festas, pelas risadas, conselhos e por principalmente entender a minha rotina e não perder a paciência comigo nos momentos de tantas correções que precisamos fazer ao longo desse trabalho! Chegamos ao fim dessa etapa e também o início de várias oportunidades que virão ao longo da nossa vida! Você merece todo sucesso que houver nesse mundo, conte sempre comigo! Amo você!

Obrigada a todos que contribuíram até aqui, prometo que este é só o começo.

Larissa B. Cunha

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é o segundo tipo mais comum entre as mulheres no Brasil e no mundo, representando um risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres. O acometimento tem sido em mulheres jovens com uma curva ascendente a partir dos 35 anos e uma incidência maior a partir dos 50 anos. **Objetivo:** Delinear o perfil epidemiológico e clínico das pacientes acometidas por câncer de mama assistidas no Ambulatório de Fisioterapia do HU/UFJF-EBSERH, durante o período de 2008 a 2016. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo de dados secundários dos prontuários de 107 pacientes acometidas por câncer de mama. **Resultados:** A idade média das pacientes foi de 54,53 anos, sendo que grande parte era casada (39,3%), atuava em funções domésticas (41,1%) e a maioria (80,4%) não estavam ativas profissionalmente. A maior parte das mulheres residia em Juiz de Fora, negaram tabagismo (81,3%), etilismo (61,7%) e uso de drogas (79,4%). A maioria era sedentária, correspondendo a 58,9% da amostra. A lateralidade do câncer foi maior na mama esquerda (54,2%). Quanto às características cirúrgicas, a mastectomia radical foi a cirurgia predominante, sendo que 64,5% da amostra realizaram dissecação axilar e apenas 22,3% das mulheres realizaram reconstrução mamária tardia ou imediata. Quimioterapia foi o tratamento adjuvante mais realizado. Em relação às complicações pós-mastectomia, observou-se que os achados mais frequentes foram linfedema (22,4%), seguido de radiodermite (15,9%) e seroma (12,1%). No que diz respeito à amplitude de movimento, 25,3% da amostra apresentaram limitação da flexão de ombro e 36,4% apresentaram limitação da abdução lateral de ombro, ambas abaixo de 90°. **Conclusão:** Este estudo permitiu caracterizar o perfil epidemiológico e clínico das pacientes acometidas por câncer de mama. Tais achados reforçam a importância da atuação fisioterapêutica tanto no pré quanto no pós-operatório, contribuindo para uma melhoria dos aspectos físico-funcionais, sociais, emocionais e qualidade de vida dessas mulheres.

Palavras-chave: Câncer de mama. Epidemiologia. Fisioterapia. Oncologia.

ABSTRACT

Background: Breast cancer is the second most common cancer among women in Brazil and in the World. Representing an estimated risk of 56.20 cases per 100 thousand women. The involvement has been in young women with an ascending curve from 35 years and with a higher incidence from 50 years. **Objective:** To delineate the epidemiological and clinical profile of patients with assisted breast cancer in the physiotherapy ambulatory of the HU/UFJF – EBSEH, during the period from 2008 to 2016. **Methods:** This is a retrospective, descriptive study of secondary data from medical records of 107 patients affected by breast cancer. **Results:** The mean age of the patients was 54.53 years, most were married (39.3%), played in domestic functions (41.1%) and 80.4% were not professionally active. Most women resided in Juiz de Fora, denied smoking (81.3%), alcoholism (61.7%) and drugs use (79.4%). The majority were sedentary, corresponding to 58.9% of the sample. Cancer laterality was higher in the left breast (54.2%). As for surgical characteristics, the radical mastectomy was the most prevalent surgery 64.5% of the sample underwent axillary dissection and only 22.3% of the women underwent breast reconstruction, being either late or immediate. Chemotherapy was the most accomplished adjuvant treatment. In respect of post-mastectomy complications, it was observed that the most frequent findings were lymphedema (22.4%), followed by radiodermatitis (15.9%) and seroma (12.1%). Regarding the range of motion, 25.3% of the sample presented limitation of shoulder flexion and 36.4% presented limitation of lateral abduction of the shoulder, both below 90 °. **Conclusion:** This study allowed to characterize the epidemiological and clinical profile of the patients affected by breast cancer. These findings reinforce the importance of physical therapy in both the preoperative and postoperative periods, contributing to an improvement in the physical-functional, social, emotional and quality of life of these women.

Keywords: Breast-cancer. Epidemiology. Physiotherapy. Oncology.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características sociodemográficas das pacientes.....	17
TABELA 2 – Características clínicas das pacientes.....	18
TABELA 3 – Grau de amplitude de movimento do ombro do lado acometido.....	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADM	Amplitude de Movimento
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HU	Hospital Universitário
INCA	Instituto Nacional do Câncer
UBD	Unidade Dom Bosco
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	15
2.1 GERAL.....	15
2.2 ESPECÍFICOS	15
3 MATERIAIS E MÉTODOS	16
3.1 DESENHO DO ESTUDO	16
3.2 LOCAL DO ESTUDO	16
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	16
3.4 FONTE DE DADOS	16
3.5 COLETA DOS DADOS.....	17
3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	17
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	17
4 RESULTADOS	18
5 DISCUSSÃO	21
6 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	28
 ANEXOS	
ANEXO I – Ficha de Admissão das Pacientes.....	32
ANEXO II – IPAQ (Internacional Physical Activity Questionnaire).....	35
ANEXO III - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	36

1 INTRODUÇÃO

Atualmente o câncer de mama é o segundo tipo mais comum entre as mulheres no Brasil, logo depois do de pele não melanoma, e também a principal causa de mortalidade por câncer em mulheres no cenário mundial (BRASIL, 2015; AKRAM, 2017). Cerca de 57.960 casos novos de câncer de mama foram esperados no Brasil para o ano de 2016, representando um risco estimado de 56,2 casos a cada 100 mil mulheres. As taxas de incidência desse câncer variam de acordo com as regiões brasileiras. A região Sudeste, por exemplo, é a segunda onde o câncer de mama é o tipo mais frequente entre as mulheres, com uma taxa de risco de 68,08 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2015). Particularmente em Minas Gerais, foram esperados 5.160 novos casos com uma taxa de incidência de 48,09 casos para cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2017b). As estatísticas indicam um aumento da sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. As taxas de mortalidade ainda permanecem altas no Brasil, com um registro de 14 óbitos a cada 100 mil mulheres, em 2013 (BRASIL, 2015). Tal fato pode ser explicado pela falta da detecção precoce da doença, pois esta, quando diagnosticada nas fases iniciais e com a realização de tratamento adequado, apresenta um bom prognóstico na maioria das vezes (BRASIL, 2017a).

O câncer de mama vem acometendo mulheres jovens com uma curva ascendente a partir dos 35 anos (com incidência maior a partir dos 50 anos, segundo dados do INCA), sendo relativamente raro antes dessa idade, segundo as informações de registros hospitalares (BRASIL, 2012). De acordo com Pereira (2001), este fator foi considerado importante no prognóstico da doença, mostrando um maior número de óbitos à medida que a idade da população da amostra aumentava, com maior incidência após os 60 anos.

Conforme Ferreira e Mamede (2003) e Oliveira et al. (2010), após a confirmação do diagnóstico as mulheres se deparam com dois problemas: o medo do câncer propriamente dito, com seu estigma de doença terminal, e a possível mutilação de um órgão que representa a maternidade, a sexualidade e estética feminina, tonando assim, esse tipo de neoplasia, uma das mais temidas pela população feminina.

A abordagem terapêutica do câncer de mama é multidisciplinar e pode envolver o tratamento cirúrgico, o tratamento sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia), a radioterapia e a reabilitação física e psicológica. O principal objetivo é eliminar o tumor e bloquear suas vias de drenagem (linfonodos), quando necessário. A retirada dos linfonodos

axilares (linfadenectomia) pode ocasionar o linfedema (edema crônico que se instala alguns meses após o tratamento cirúrgico), com alteração da simetria corporal e da movimentação do braço, além de dor (MESQUITA, 2010). A maioria das mulheres diagnosticadas com esse tipo de tumor passa por uma intervenção cirúrgica para retirada parcial (retirada do nódulo ou quadrantectomia) ou total da mama (mastectomia), alterando sua aparência, sensibilidade e funcionalidade. Este tratamento é considerado pela maioria das mulheres como traumatizante. Seus resultados, associados ou não a tratamentos complementares, podem causar sequelas temporárias ou permanentes na vida da mulher, afetando-a de uma forma multidimensional, tanto na parte física, social, cultural e emocional, destacando-se a importância de um tratamento multidisciplinar (SANTOS; SANTOS; VIEIRA, 2014; GONÇALVES et al., 2012).

As intervenções e terapias adjuvantes podem causar sequelas temporárias ou permanentes relativas ao tratamento do câncer de mama. Acerca das dimensões afetadas, ressaltamos algumas complicações físicas, dentre elas, a infecção e/ou necrose de pele, seroma, aderência e/ou deiscência cicatricial, limitação da amplitude de movimento (ADM) do ombro ipsilateral à cirurgia, cordão axilar, dor, alteração sensorial, lesão de nervos motor e/ou sensitivo, fraqueza muscular e linfedema. Este último é a complicação que mais causa medo após o tratamento do câncer de mama e pode piorar ao longo dos anos (NASCIMENTO et al., 2012; SILVA et al., 2008).

A ADM é “um movimento completo possível de um segmento, sendo mantida por movimentação periódica desse membro” (JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008, p. 508). As agressões cirúrgicas, a imobilidade e/ou inatividade do membro superior homolateral podem predispor à uma diminuição da ADM. Isso é observado, por exemplo, em intervenções onde ocorre remoção da musculatura peitoral maior e menor, que desencadeia uma redução da força muscular e restrição da função do membro (JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008).

Sabe-se que o câncer de mama e seus tratamentos geram alterações intimamente ligadas à funcionalidade que, na maioria das vezes, apresenta-se com um significativo déficit no desempenho ocupacional dessas mulheres, resultando no abandono de algumas atividades cotidianas a respeito das dimensões de autocuidado, atividades domésticas, entretenimento, lazer, trabalho e participação social gerando um sentimento de incapacidade que ainda afeta a qualidade de vida. A realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária de um

indivíduo está relacionada com a capacidade funcional do mesmo, ou seja, no que se refere à atividade e participação que pode exercer em diferentes contextos, desenvolvendo-as de forma autônoma e independente, dependendo da preservação das habilidades motoras e cognitivas (ARAÚJO; BUCHALLA, 2013; FANGEL et al., 2013).

A abordagem fisioterapêutica, quando iniciada precocemente, desempenha um importante papel na busca da prevenção, reabilitação e recuperação acerca do tratamento do câncer de mama, favorecendo a melhora da conscientização corporal e dos resultados funcionais importantes para atividades de vida diária, conseqüentemente propiciando melhor qualidade de vida (NASCIMENTO et al., 2012; BERGMANN et al., 2006; JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008; SILVA et al., 2008).

É importante que o programa fisioterapêutico seja desenvolvido em todas as fases do câncer de mama, desde o diagnóstico até a cirurgia, que é o tratamento principal. E, posteriormente, durante a quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, em casos de recorrência da doença e nos cuidados paliativos. Sendo assim, é de extrema relevância o conhecimento das necessidades da paciente, suas queixas e sintomas e o impacto que isso gera em sua funcionalidade (BERGMANN et al., 2006).

No Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), inicialmente, os atendimentos eram realizados semanalmente, através de aulas práticas na disciplina “Fisioterapia na Saúde da Mulher” e de um projeto de extensão (“De peito aberto”), utilizando-se um espaço dedicado a outras áreas da fisioterapia. Este hospital é referência tanto na cidade de Juiz de Fora quanto na região, recebendo pacientes de várias cidades da Zona da Mata Mineira, sul de Minas Gerais e alguns municípios do Rio de Janeiro. Sendo um hospital-escola, constitui-se campo de ensino, pesquisa e extensão para a comunidade.

Até 2007, o HU contava apenas com uma unidade, hoje chamada de Unidade Santa Catarina, na qual, além da estrutura hospitalar e alguns ambulatorios, se encontrava a faculdade de medicina com sua parte administrativa e salas de aula.

Em 2008, foi inaugurado o então chamado Centro de Atenção à Saúde, com um serviço de fisioterapia que contemplava o atendimento ambulatorial assistindo áreas específicas, como, por exemplo, a saúde da mulher.

Atualmente gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o HU conta com duas unidades, a saber: Unidade Santa Catarina (leitos e Unidade de Tratamento Intensivo) e Unidade Dom Bosco (UDB) com atendimentos ambulatoriais. Em relação à saúde da mulher, os atendimentos são limitados às aulas práticas, projeto de extensão e estágio supervisionado. Neste último, por ser um estágio que abrange várias áreas, são dedicados somente alguns atendimentos à saúde das mulheres, abordando alterações uroginecológicas, mastológicas e no período gestacional.

Neste panorama, o presente estudo pretende avaliar o perfil epidemiológico e clínico das pacientes com câncer de mama, atendidas no Ambulatório de Fisioterapia do HU/UFJF-EBSERH, situado na Unidade Dom Bosco, buscando averiguar o registro dos dados dos prontuários. Tal avaliação poderá servir de subsídio para a criação de indicadores de qualidade assistencial, podendo direcionar a rotina da assistência de reabilitação dessas mulheres. Além disso, poderá colaborar com a adequação do serviço e nortear a escolha das estratégias e condutas a serem adotadas, visando, em última instância, incrementar a qualidade do atendimento realizado em nosso Ambulatório.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Traçar o perfil epidemiológico e clínico das pacientes com câncer de mama assistidas no Ambulatório de Fisioterapia da Unidade Dom Bosco do HU/UFJF-EBSERH, durante o período de 2008 a 2016.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Delinear o perfil sociodemográfico da população das pacientes acometidas pelo câncer de mama atendidas no Ambulatório de Fisioterapia do HU/UFJF-EBSERH;
- Descrever o perfil clínico da população foco do estudo;
- Favorecer a implantação de melhores estratégias terapêuticas que poderão ser adotadas no Ambulatório.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo de dados secundários dos prontuários das pacientes acometidas por câncer de mama assistidas no Ambulatório de Fisioterapia do HU/UFJF-EBSERH, no período de 2008 a 2016.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Ambulatório de Fisioterapia da UDB do HU/UFJF-EBSERH, situado em Juiz de Fora, Minas Gerais.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A amostra foi composta por: mulheres diagnosticadas com câncer de mama, estando ou não em tratamento (quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia), atendidas no Ambulatório de Fisioterapia.

Não foram incluídos os prontuários que não tiverem a avaliação fisioterapêutica, bem como os prontuários de pacientes homens.

3.4 FONTE DE DADOS

Foram analisados os dados das fichas de avaliação fisioterapêutica das pacientes atendidas pelo Ambulatório de Fisioterapia (Anexo I). Aquelas pacientes que porventura tinham mais de uma ficha de avaliação/reavaliação, por ser um ambulatório inserido em um hospital-escola, foram colhidos os dados da primeira ficha.

Para a análise do nível de atividade física, utilizou-se a classificação segundo o IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), que classifica os indivíduos em quatro níveis: “muito ativas”, “ativas”, “irregularmente ativa”, “sedentários” (ANEXO II).

3.5 COLETA DOS DADOS

Para facilitar a análise, os dados de interesse foram inseridos em planilha eletrônica (programa Excel). As variáveis analisadas, contempladas na planilha: idade, sexo, estado civil, profissão, cidade de origem, diagnóstico clínico, tipo de cirurgia, esvaziamento axilar, outros tratamentos para o câncer, reconstrução mamária, complicações pós-cirúrgicas, tabagismo, etilismo, atividade física, amplitude de movimento.

3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para a análise descritiva da amostra, os dados da tabela Excel foram importados para programa SPSS[®], versão 20.0, onde foram e calculados as frequências absoluta e relativa das variáveis estudadas (n e %).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este trabalho atendeu um dos objetivos propostos no Projeto de Pesquisa DE PEITO ABERTO: percepção das usuárias e da equipe sobre o adoecimento, o tratamento e assistência no câncer de mama, já aprovado pelo Comitê de Ética pelo parecer 1.047.539, de 04 de maio de 2015 (Anexo III).

A presente pesquisa não apresentou riscos, já que utilizamos dados secundários. Vale esclarecer que foi respeitada a confidencialidade e o anonimato das pacientes do Ambulatório, observando os aspectos éticos em todo o processo de investigação, de acordo com a Resolução CNS n° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, que aprovam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

4 RESULTADOS

A amostra constituiu-se de 107 fichas de avaliação fisioterapêutica de mulheres portadoras de câncer de mama.

A idade média encontrada foi de 54,53 anos, variando entre 37 e 87 anos. Quanto ao perfil sociodemográfico, apresentado na TABELA 1, houve predominância na situação conjugal para mulheres casadas (39,3%), procedentes de Juiz de Fora (77,6%), atuantes em funções domésticas (41,1%), não estavam ativas profissionalmente (80,4%). Negaram tabagismo (81,3%), etilismo (61,7%) e uso de drogas (79,4%) e eram sedentárias (58,9%) da amostra.

TABELA 1 – Características sociodemográficas das pacientes.

Variáveis	Categorias	Nº	%
Idade	35 a 50 anos	42	39,3
	51 a 65 anos	49	45,8
	66 a 85 anos	15	14
	86 a 100 anos	1	0,9
Estado Civil	Casada	42	39,3
	Solteira	23	21,5
	Divorciada	16	15
	Viúva	13	12,1
	Separada	3	2,8
	Outros	3	2,8
Procedência	Dados A/I ¹	7	6,5
	Juiz de Fora	83	77,6
	Outras cidades	18	16,8
Ocupação	Dados A/I ¹	6	5,6
	Trabalhos Domésticos	44	41,1
	Aposentada	21	19,6
	Outros	36	33,6
Ativa Profissionalmente	Dados A/I ¹	6	5,6
	Não	86	80,4
	Sim	16	15
Tabagismo	Dados A/I ¹	5	4,7
	Não	87	81,3
	Sim	9	8,4
Etilismo	Dados A/I ¹	11	10,3
	Não	66	61,7
	Sim	31	29
Atividade Física	Dados A/I ¹	10	9,3
	Sedentária	63	58,9
	Alguma atividade física	31	29
	Dados A/I ¹	13	12,1

Fonte: Prontuários das pacientes do HU/UFJF.

¹: Dados Ausentes/Incompletos

Observam-se na TABELA 2 as características clínicas das pacientes, onde a lateralidade predominante para o acometimento do câncer de mama foi a mama esquerda (54,2%). O tipo de cirurgia mais realizado foi a mastectomia radical (35,5%) e a maioria das mulheres realizou a dissecação axilar completa (64,5%). A reconstrução mamária não foi realizada em maior incidência (65,6%). O tratamento mais realizado foi a quimioterapia (65,4%). Linfedema (22,4%) foi a complicação pós operatória mais comum seguida de radiodermite (15,9%).

TABELA 2 – Características clínicas das pacientes.

Variáveis	Categorias	Nº	%
Lateralidade	Direita	44	41,1
	Esquerda	58	54,2
	Bilateral	4	3,7
	Dados A/I ¹	1	0,9
Tipo de Cirurgia	Mastectomia Radical	38	35,5
	Mastectomia Total	22	20,6
	Quadrantectomia	22	20,6
	Dados A/I ¹	25	23,4
Dissecação axilar	Completa	69	64,5
	Incompleta	7	6,5
	BLS ² Negativo	1	0,9
	Dados A/I ¹	30	28
Reconstrução mamária	Não	67	62,6
	Sim	24	22,4
	Dados A/I ¹	16	24
Tratamentos realizados	Quimioterapia	70	65,4
	Radioterapia	56	52,3
	Hormonioterapia	19	17,8
	Dados A/I ¹	11	10,3
Complicações	Linfedema	24	22,4
	Radiodermite	17	15,9
	Seroma	13	12,1
	Deiscência cicatricial	9	8,4
	Linfocele	5	4,7
	Linfocisto	4	3,7
	Nenhuma	38	35,5
	Dados A/I ¹	18	16,8

Fonte: Prontuários das pacientes do HU/UFJF.

¹: Dados Ausentes/Incompletos

² Biópsia do Linfonodo Sentinela

Na TABELA 3, sobre o grau de ADM do ombro no lado acometido, encontrou ADM de flexão do ombro com limitação inferior a 90° (25,7%) onde uma limitação grave abaixo de 45° foi também encontrada (4,7%). Os achados mais prevalentes foram para mulheres que possuíam a ADM próxima ao grau de normalidade, acima de 90° (53,3%). Já em relação à abdução do ombro homolateral à cirurgia, observa-se ADM inferior a 90° (36,4%), seguida de restrição grave (9,3%) e ADM maior que 90° (42,1%).

TABELA 3 – Grau de ADM do ombro no lado acometido.

Variáveis	Categorias	Nº	%
ADM Flexão de ombro	0 a 45°	5	4,7
	46 a 90°	22	20,6
	> 91°	57	53,3
	Dados A/I ¹	23	21,5
ADM Abdução lateral de ombro	0 a 45°	10	9,3
	46 a 90°	29	27,1
	> 91°	45	42,1
	Dados A/I ¹	23	21,5

Fonte: Prontuários das pacientes do HU/UFJF.

¹: Dados Ausentes/Incompletos

5 DISCUSSÃO

Este estudo aborda características sociodemográficas e clínicas relacionadas ao câncer de mama, um dos tumores mais estudados em todo o mundo (MOURÃO, 2008).

Analisando os dados da amostra relacionados à caracterização geral (TABELA 1), percebe-se que, apesar do câncer de mama estar aumentando em mulheres com menos de 50 anos (MOURÃO, 2008; AKRAM, 2017; DONNELLY, 2013), a faixa etária de prevalência neste estudo foi entre 51 a 65 anos (45,8%). Tal achado vai ao encontro com estudos de outros autores, onde a população feminina acometida por câncer de mama encontra-se na faixa etária acima de 50 anos (MOURÃO, 2008; AKRAM, 2017; LEITE, 2009; SOARES, 2010; BERGMANN, 2005; GÓIS, 2011). Ainda com relação às faixas etárias, assim como evidenciado por Leite (2009), a prevalência do câncer foi menor nas faixas abaixo de 35 e acima de 66 anos.

Com relação à situação conjugal, 39,3% da amostra era casada, estando os outros 60,7% distribuídos entre solteiras, viúvas, separadas e outros, corroborando dados encontrados em outras pesquisas (LEITE, 2009; SHAMSI, 2014). Uzma Shamsi et al. (2014) em um estudo de casos onde avaliaram fatores de risco para câncer de mama em Karachi, no Paquistão, encontraram um maior risco entre as mulheres solteiras, viúvas e divorciadas, fato também encontrado em outro estudo de casos realizado por Parkseresht et al. (2009), em Delhi, na Índia. Esses dados são de grande relevância, pois o companheiro exerce papel importante no suporte à mulher no momento do diagnóstico e durante os tratamentos (O'MAHONEY, 1997).

Alguns dos estudos que avaliaram perfil de pacientes com câncer de mama (MOURÃO, 2008; LEITE, 2009) relacionaram o grau de escolaridade com risco de mortalidade e diagnóstico precoce, devido ao fato de mulheres analfabetas apresentarem um risco de morte 7,4% maior em relação às mulheres com ensino superior. A justificativa seria que o analfabetismo pode estar relacionado à falta de informações sobre métodos de prevenção e detecção precoce, assim como a realização de exames das mamas e mamografia, contribuindo para aumento das taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil (MOURÃO, 2008; LEITE, 2009; RODRIGUES, 2010). Neste estudo, entretanto, não se

obteve acesso ao nível de escolaridade das pacientes, pois esse dado não constava nas fichas de avaliação. Percebeu-se então a necessidade de inclusão deste item nas fichas do serviço.

Quanto à ocupação, 41,1% das mulheres do estudo atuam em funções domésticas, dentro ou fora do lar. Tal resultado se aproximou dos achados da pesquisa de Mourão et al. (2008), na qual foi avaliado o perfil de 1.934 pessoas portadoras de câncer de mama em um hospital do Ceará, Brasil. Do total da população estudada, 51,9% da amostra atuava em serviços domésticos, dentre eles “faxineira”, “doméstica”, “cozinheira” e “costureira”, correlacionando os dados com o baixo grau de escolaridade da população do estudo (MOURÃO, 2008). Tal relação reforça a necessidade de se adicionar o grau de escolaridade na ficha de admissão das pacientes do ambulatório foco do estudo, pois o baixo grau de escolaridade está intimamente relacionado a menores oportunidades de diagnóstico precoce, como destacado por diversas pesquisas (MOURÃO, 2008; LEITE, 2009; RODRIGUES, 2010).

Ainda com relação à ocupação, em um estudo transversal com 101 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, encaminhadas para um serviço de fisioterapia no Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino, em Cuiabá, no Mato Grosso, Mesquita (2010) verificou uma alta prevalência de mulheres (77,6%) que possuíam como ocupação atual “serviços do lar”, reforçando os achados deste estudo, onde a maior parte das mulheres da amostra (41,1%) atuava em serviços domésticos. Com relação ao estar ou não ativa profissionalmente, 80,4% da amostra estavam inativa, o que pode ser justificado pelo fato das mulheres estarem aposentadas, realizando tratamento ou ainda não estarem aptas a retornar as suas atividades fora do lar (MESQUITA, 2010; PANOBIANCO, 2002; BERGMANN, 2005).

Quanto à saúde e ao estilo de vida, foi achado que 81,3% das mulheres negam tabagismo, 61,7% negam etilismo e uma grande maioria da amostra era sedentária (58,9%). Vale ressaltar que, segundo Inumaru et al. (2011), praticar atividades físicas de forma regular, igual ou superior a três vezes por semana, proporciona um fator de proteção para o desenvolvimento do câncer de mama em todas as faixas etárias, principalmente após os 50 anos, ou seja, pós menopausa. Os benefícios estão relacionados ao atraso da menarca, aumento da quantidade de ciclos anovulatórios e irregulares, redução de níveis de estrógeno sérico, aumento de globulinas ligadas a hormônios sexuais, redução do processo inflamatório, melhora da função imune e, ainda, ao controle de peso e sensibilidade à insulina.

Em relação ao nível de atividade física, o estudo de Felden et al. (2011), aponta que a atividade física independente do tipo ou da intensidade, favorece um efeito protetor significativo ao surgimento do câncer de mama. De acordo com esses autores, pode-se reduzir de 20 a 40% o risco de desenvolvimento da doença em mulheres fisicamente ativas. A prática de atividade física é relatada pela literatura como sendo benéfica não só na prevenção, mas também no tratamento pós-mastectomia, pois atua no restabelecimento da função articular trazendo melhorias nos aspectos psicológicos, na capacidade funcional e, conseqüentemente, na qualidade de vida (PRADO et al., 2004).

O tabagismo é apontado, segundo outras literaturas (SILVA, 2011; BATISTON, 2011), como o principal fator de risco para o desenvolvimento de câncer de modo geral, com destaque para o câncer de pulmão e colo de útero, não possuindo uma ligação direta ao câncer de mama. Já o etilismo, segundo Silva et al. (2011), mostra-se como um fator a mais e de grande importância para o desenvolvimento do câncer de mama, porém não é considerado um fator predominante no sexo feminino. Para Zhao (2017), a associação do consumo de álcool com risco de desenvolver câncer se dá, secundariamente, pelo fato de o álcool aumentar os níveis de hormônio no sangue.

De acordo com Batiston et al. (2011), apesar de existir uma alta incidência de mulheres com conhecimentos sobre as formas de detecção do câncer de mama, uma grande parte desconhece os fatores de risco. Isto reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar envolvendo um conhecimento mais ampliado acerca do câncer de mama, relacionados a práticas preventivas principalmente ligadas a fatores de riscos modificáveis como os abordados no presente estudo.

O acometimento tumoral, no presente estudo, ocorreu com mais frequência na mama esquerda, correspondendo a cerca de 54,2% da amostra. Na mama direita observamos uma prevalência de 41,1%, além de 3,7% para o acometimento bilateral. Tais achados divergem de outros estudos. Pessoa et al. (2015), encontraram uma prevalência de 52,2% na mama direita e 45,7% para mama esquerda. Já no trabalho de Mourão et al. (2008), a lateralidade do câncer de mama foi praticamente equivalente, com 44,1% para acometimentos da mama direita e 44,8% para a mama esquerda. Tais achados parecem indicar que o câncer atinge indiscriminadamente qualquer uma das mamas, mas também abrem portas para novos estudos com investigação de uma amostra maior que possa mostrar resultados mais

determinantes quanto ao assunto, já que há divergências entre os resultados dos estudos atuais.

Em relação às características cirúrgicas, no presente estudo a mastectomia radical foi o procedimento mais realizado (34,6%), seguida da mastectomia total e da quadrantectomia (20,6% cada uma). Os achados deste estudo também foram evidenciados por Crippa et al (2003), onde a maior parte da amostra realizou mastectomia radical. A maioria da amostra (64,5%) realizou dissecação axilar. Apesar de a mastectomia radical ter sido o procedimento mais realizado em alguns estudos, Sanvido (2011) defende a realização de intervenções mais conservadoras, já que não há achados sobre influência significativa na sobrevida das pacientes em questão, permanecendo, portanto, um tratamento menos agressivo e uma indicação de um amplo tratamento sistêmico e das terapias-alvo. Ainda com relação aos tipos de cirurgia realizados, encontramos uma grande porcentagem da amostra (21,9%) com dados incompletos ou ausentes.

Outra variável do presente estudo, diz respeito à reconstrução mamária. Apenas 22,3% das mulheres foram submetidas a tal procedimento, sendo ele de forma imediata ou tardia. Paredes et al. (2013), em um estudo transversal que avalia a qualidade de vida em pacientes com câncer de mama, concluiu que a reconstrução da mama trouxe a essas mulheres uma melhor qualidade de vida no âmbito psicológico e para as relações sociais, além de interferir no grau de satisfação, preservação da autoimagem e ainda em um pós operatório menos impactante. Outros estudos (YOON, 2017; ELDER, 2005; BRANDBERG, MALM, BLOMGVIST, 2000) referem à importância da reconstrução mamária (imediata ou tardia) para a melhora da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. Chamou-nos a atenção o fato de só $\frac{1}{4}$ das pacientes do nosso ambulatório ter realizado a reconstrução mamária. Isso favorece a realização de novos estudos que correlacionem este baixo índice com a qualidade de vida destas pacientes.

No presente estudo, o tratamento mais comum foi a quimioterapia, realizado em cerca de 65,4% das pacientes. Sabe-se que esta modalidade proporciona ao paciente aumento da sobrevida e melhor qualidade de vida (CONDE, 2004). Porém, a escolha do melhor tratamento se baseia não apenas no tumor de base, mas também nas possibilidades de metástase e na diminuição dos sintomas. Rodrigues et al. (2010) discutem em seu estudo a importância da utilização de terapias combinadas, seja com intervenções cirúrgicas, radioterapia e/ou hormonioterapia, mostrando um resultado significativo na redução da massa

tumoral, alívio de dor e progresso na terapia antineoplásica. Os autores discutem que não somente a quimioterapia é o tratamento principal, podendo ter outras modalidades de grande importância. No presente estudo, observou-se também que 52,3% das pacientes realizaram radioterapia e 17,8% realizaram hormonioterapia.

Em relação às complicações pós-cirúrgicas, a literatura traz que uma margem de 6% a 83% das pacientes mastectomizadas desenvolvem linfedema (SILVA, 2009). No estudo atual, a maior complicação encontrada foi, de fato, o linfedema (22,4%), seguido de radiodermite (15,9%), seroma 12,1%, deiscência cicatricial (8,4%), linfocele (4,7%) e linfocisto (3,7%). Em um estudo retrospectivo, Nascimento et al (2012) apresentam o linfedema como uma complicação comumente relatada pelas mulheres mastectomizadas após dois anos de pós-operatório, além da restrição de ADM. O linfedema é apontado como o principal responsável pela restrição do movimento ou até a imobilidade do membro superior, além de desencadear impactos na vida social e abalo emocional devido a mudanças na autoimagem. Felipe, (2005) advoga que, quando a mulher é submetida a um procedimento cirúrgico mais complexo, ou seja, que envolva lesões dos vasos linfáticos e sanguíneos, outras complicações também podem ocorrer como o aparecimento de seroma e linfocele que podem ser a causa para um pós-operatório mais demorado e gerar mais sintomas. De acordo com o autor, além, disso, há também a possibilidade de outras complicações, como surgimento de radiodermite, deiscência cicatricial e linfocisto que também são comuns após a mastectomia.

Segundo Góis et al. (2011), dentre tantas complicações apresentadas no período de pós operatório de mastectomia, a redução da ADM representa uma faixa de 3,8 a 73% das alterações mais encontradas na literatura, morbidade essa diretamente relacionada ao baixo índice de qualidade de vida e alto nível de estresse psicológico. No presente estudo, tal alteração é apresentada com uma amostra de 4,7% que desencadeou limitação grave para o movimento de flexão de ombro e 9,3% para o movimento de abdução, ambos com valores abaixo de 45°. Porém, 20,6% e 27,1% estavam entre 46 a 90° de ADM para flexão e abdução de ombro, respectivamente. E a maioria apresentava uma ADM próxima à normalidade, ou seja, acima de 90° (53,3% para flexão e 43,1% para abdução). Tais achados corroboram o estudo de Nascimento et al. (2012) que justifica o ganho de ADM próximo aos valores de normalidade devido à importância da fisioterapia para o período de pós-mastectomia, visando a prevenção, reabilitação e recuperação dos movimentos do membro superior homolateral à cirurgia. De acordo com o estudo de Mesquita et al. (2010), mulheres com menor tempo entre uma avaliação de um profissional fisioterapeuta e a data da cirurgia apresentam probabilidade

2,65 vezes maior de desencadear limitação articular em comparação à pacientes que já recebem a intervenção e orientação precoce. E, ainda, as pacientes que se submetem à cirurgia conservadora possuem uma margem de 68% de chance de não apresentar alteração de ADM se comparado à mastectomia (MESQUITA, 2010).

Comparado a outros estudos sobre perfil de pacientes com câncer de mama atendidas em ambulatório de fisioterapia, neste estudo foi identificado a incompletude de dados importantes na ficha de avaliação, tais como a classificação do estágio da doença, o tipo de reconstrução mamária, o grau de escolaridade, bem como um maior detalhamento dos aspectos cirúrgicos (técnica cirúrgica utilizada, quantidade de linfonodos axilares retirados, tipo de reconstrução mamária). Cruz et al. (2014) observaram em seu estudo que essa falta de informações é justificada devido a alguns profissionais de saúde, de modo geral, categorizarem de forma irrelevante algumas informações colhidas na primeira anamnese. Desta forma, o preenchimento da ficha de avaliação é uma conduta de extrema importância e não precisa ser somente realizado no primeiro contato com o paciente, havendo necessidade de ser um hábito contínuo e permanente. Assim como no nosso estudo, esses autores observaram que o fato dos pacientes não estarem inteirados de sua condição clínica ou não possuírem documentos com informações sobre sua doença (por exemplo, sumário de alta hospitalar) contribuiu para a incompletude das fichas.

Cabe ressaltar a importância da completude destes dados de forma clara, para identificar, assim, a prescrição de terapêuticas adequadas a cada caso, bem como a necessidade de encaminhamento ou possibilidade de atuação inter/multidisciplinar, já que a doença e seus tratamentos acometem tanto os aspectos físicos como psicossociais, necessitando de uma equipe multi/inter profissional que abarque a complexidade do adoecimento.

Tal avaliação poderá servir de subsídio para a criação de indicadores de qualidade assistencial, podendo direcionar a rotina da assistência de reabilitação dessas mulheres. Além disso, poderá colaborar com a adequação do serviço e nortear a escolha das estratégias e condutas a serem adotadas, visando incrementar a qualidade do atendimento realizado em nosso Ambulatório.

6 CONCLUSÃO

Concluiu-se que a maioria das mulheres eram casadas, procedentes de Juiz de Fora, profissionalmente inativas e sedentárias. Clinicamente, observou-se uma prevalência de mulheres mastectomizadas, com dissecação axilar completa, sem reconstrução mamária e submetidas à quimioterapia e radioterapia. Dentre tantas complicações que comprometem aspectos importantes na vida das mulheres acometidas pelo câncer de mama, o linfedema foi o que mais afetou a funcionalidade das mulheres, devido a grande restrição de movimento desencadeada por ele. Tais achados reforçam a importância da atuação da fisioterapia no período pré e pós-mastectomia, visando a prevenção de complicações, bem como a reabilitação e recuperação dos movimentos do membro acometido, impactando na melhoria dos aspectos sociais, emocionais e qualidade de vida dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

AKRAM, Muhammad; et al. Awareness and current knowledge of breast cancer. **Biological Research**, v. 50, n. 33, 2017.

ARAUJO, Eduardo Santana; BUCHALLA, Cassia Maria. Utilização da CIF em fisioterapia do trabalho: uma contribuição para coleta de dados sobre funcionalidade. **Revista Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 1-7, 2013.

BATISTON, Adriane; et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 2, 2011.

BERGMANN, Anke; et al. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III / INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 97-10, 2006.

BERGMANN, Anke. Incidência e fatores de risco do linfedema após tratamento cirúrgico para câncer de mama: estudo de uma coorte hospitalar. 2005 – [Tese Doutorado em Saúde Pública]. ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

BRANDBERG, Y; MALM, M; BLOMGVIST, L. A prospective and randomized study, "SVEA," comparing effects of three methods for delayed breast reconstruction on quality of life, patient-defined problem areas of life, and cosmetic result. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 105, n. 1, p. 66-76, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: maio_2017.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tipos de câncer. Câncer de Mama**. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mam>. Acesso em: maio_2017(a).

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Informação dos registros hospitalares de câncer como estratégia de transformação: perfil do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva em 25 anos**. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rhc.pdf>>. Acesso em: maio_2017.

_____. Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. Saúde da Mulher. **Estatísticas**. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/saudedamulher>>. Acesso em: maio_2017(b).

CONDE, Délio; et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 3, 2004.

CRUZ, Diego P.; et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes atendidos em ambulatório psiquiátrico. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 30, n. 3, 2014.

CRIPPA, Carlos Gilberto; et al. Perfil Clínico e Epidemiológico do Câncer de Mama em Mulheres Jovens. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 3, 2003.

DONNELLY, Tam Truong; et al. Arab Women's Breast Cancer Screening Practices: A Literature Review. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 14, n. 8, p. 4519-4528, 2013.

ELDER, Elisabeth Edstrom; et al. Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: a prospective study. **The Breast**, v. 14, p. 201-208, 2005.

FANGEL, Leticia Meda V; et al. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 93-100, 2013.

FELDEN, Jussara; et al. Distribuição da gordura corporal e câncer de mama: um estudo de caso-controle no Sul do Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, 2011.

FELIPPE, Wilza A B. Fatores associados à infecção do sítio cirúrgico após cirurgia para o tratamento do câncer de mama em mulheres usuárias do sistema de drenagem – 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Rio de Janeiro.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques; MAMEDE, Marli Villela. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, Maio/Junho, 2003.

GÓIS, Mariana Carlos; et al. Prevalência das complicações pós-operatórias decorrentes da mastectomia radical modificada com linfadenectomia axilar. **Rev. Brasileira de Mastologia**, v. 21, n. 4, p. 157-160, 2011.

GONÇALVES, Carolina de Oliveira; et al. Instrumentos para avaliar a imagem corporal de mulheres com câncer de mama. **Revista Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 14, n. 2, Agosto, 2012.

INUMARU, Livia E; et al. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n.7, 2011.

JAMMAL, Millena Prata; MACHADO, Ana Rita Marinho; RODRIGUES, Leiner Resende. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 506-510, 2008.

LEITE, Franciéle Marabotti Costa; et al. Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno: Perfil Sociodemográfico e Clínico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 1, p. 15-21, 2009.

MATSUDO, Sandra; et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Atividade Física e Saúde**, v.6, n.2, 2001.

MESQUITA, Cristiane Ferraz. Perfil das mulheres encaminhadas à fisioterapia no pós-operatório de câncer de mama. Rio de Janeiro, 2010. (Dissertação Mestrado em Saúde Pública) – ENSP, Rio de Janeiro, 2010.

MOURÃO, Carla Monique Lopes; et al. Perfil de pacientes portadores de câncer de mama em um hospital de referência no Ceará. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 47-53, 2008.

NASCIMENTO, Simony Lira; et al. Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 248-255, 2012.

OLIVEIRA, Carolina Linardi de; et al. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. **Revista Rene**, Nordeste, v. 11, n. especial, p. 53-60, 2010.

O'MAHONEY, Jean M; CARROLL; Richard A. The impact of breast cancer and its treatment on marital functioning. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, v. 4, n. 4, p. 397-415, 1997.

PAKSERESHT, S; et al. Risk factors with breast cancer among women in Delhi. **Indian Journal of Cancer**, v. 46, n. 2, p. 132-138, 2009.

PANOBIANCO, Marislei Sanches; MAMEDE, Marli Villela. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. **Rev. Latino Ann. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n.4, p. 544-551, 2002.

PAREDES, Carolina G; et al. Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 28, n. 1, 2013.

PESSOA, Juliana M; et al. Avaliação do seguimento oncológico de mulheres abaixo de 40 anos portadoras de câncer de mama em um hospital de referência da Amazônia. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 25, n. 1, 2015.

PEREIRA, Waltair Maria Martins. **Mortalidade e sobrevida por câncer de mama, no estado Pará**. 2001. (Dissertação Mestrado em Saúde Pública) – ENSP, Pará.

PRADO, Maria Antonieta Spinoso; et al. A prática de atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 494-502, 2004.

RODRIGUES, Juliana Stoppa Menezes; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 4, p. 431-441, 2010.

SANTOS, Daniela Barsotti; SANTOS, Manoel Antônio dos; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, Out/Dez, 2014.

SANVIDO, Vanessa M. O esvaziamento axilar ainda é necessário? Impacto do ACOSOG Z0011 Trial e conduta adotada na Disciplina de Mastologia da Universidade Federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 21, n. 2, 2011.

SHAMSI, Uzma; et al. A Multicenter Matched Case Control Study of Breast Cancer Risk Factors among Women in Karachi, Pakistan. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 14, n. 1, p. 183-188, 2014.

SILVA, Marcela Ponzio Pinto; et al. Comparação das morbidades pós operatórias em mulheres submetidas a linfadenectomia axilar e biopsia do linfonodo sentinela por câncer de mama – revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 54, n. 2, p. 185-192, 2008.

SILVA, Silvia H; et al. Diagnóstico e Prevalência de Linfedema em Mulheres Pós-tratamento Cirúrgico por Câncer de Mama. **Departamento de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular**, v. 23, n. 4, 2009.

SILVA, Pamela Araujo; et al. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 6, 2011.

SOARES, Elisângela Maria; SILVA, Sueli Riul; Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 517-522, 2010.

YOON, Alfred P; et al. Outcomes of immediate versus delayed breast reconstruction: Results of a multicenter prospective study. **The Breast**, v. 37, p. 72-79, 2018.

ZHAO, M; et al. Alcohol promotes migration and invasion of triple-negative breast cancer cells through activation of p38 MAPK and JNK. **Molecular Carcinogenesis**, v. 56, p. 849-62, 2017.

ANEXO I – FICHA DE ADMISSÃO DAS PACIENTES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFJF Ambulatório de Fisioterapia - Fisioterapia Gineco-Obstétrica e Urológica

AVALIAÇÃO em MASTOLOGIA

Data Avaliação:/...../.....

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Data de nasc:.....
 End: Telefone:.....
 Est. Civil: Ocupação: Escolaridade:.....
 Indicação: Fone Ind.:
 Hipótese diagnóstica:

2. ANAMNESE:

Queixa Principal:

História da Doença Atual (descrever a história do adoecimento, diagnóstico, tratamentos, evolução se alguma complicação – plegias, parestias, etc):

Sinais e Sintomas () Dormência () Suor () Náuseas () Diarreia
 Associados: () Cefaleia () Edema () Vômito () Constipação

Obs.:

Edema (como, quando surgiu):

História Progressiva:

() Doenças reumáticas:

() Problemas ortopédicos no ombro:

História Menarca: Climatério: TRH:

Gineco-Obstétrica: G / P / A: Amamentação: Nº Filhos:

Obs.:

História Familiar:

Cirurgia (tipo, como, onde, quando):

Reconstrução mamária (quando, tipo):

Complicações () Radiodermite () Seroma (Inforêia) () Linfocele () Linfedema
 pós-cirúrgicas / () Linfocisto () Deiscência cicatr. () Linfangiose Carcinomatosa
 tratamento: Obs:

Tratamento () Quimioterapia () Radioterapia () Hormonioterapia () Outros

Complementar: Obs.:

Tabagismo: Etilismo: Uso de drogas:

Ativ. Físicas: Tempo / Freq.:

Gesto Profissional:

Alimentação:

Hábitos: () Desodorante () Creme hidratante () Luva compressiva

() Perfume () Depilação () Cutículas

() Prótese externa de mama – tipo:

Obs.:

Sono (descrever distúrbios de sono associados):

Uso de medicamentos (medicação, classe funcional, concentração, frequência):

.....
 Exames complementares (tipo, data, laudo):

3. EXAME FÍSICO ESTÁTICO

Aspecto Geral:

Sist. Cardiorresp.: F.C.:b.p.m. P.A.:/.....mmHg Pulso no membro afetado:.....
 F.R.:i.p.m. Padrão Ventilatório:

Ausculta:

Expansão Torácica:

Estatura:.....m Massa corporal:.....Kg Índice de Massa Corporal:.....Kg/m²

Dermato (inspeção):

Edema (grau - Földi, extensão, característica, volume – Marques et al, 2011):

Dor (Início, localização, frequência, característica, intensidade –escala EVA, irradiação, duração, eventos associados, fatores de melhora/plora):

Palpação (textura, elasticidade e temperatura da pele, retração/ aderência cicatricial):

Sensibilidade (tátil, dolorosa, térmica):

Avaliação Postural:

- Vista anterior:

- Vista lateral:

- Vista posterior:

Outras Alterações Ortopédicas:

4. EXAME FÍSICO DINÂMICO:

AVALIAÇÃO FUNCIONAL:

A.D.M. (cervical, cotovelo, punho e ritmo escapuloumeral):

Goniometria (passiva):

OMBRO	MSD	MSE
Flexão		
Extensão		
Abdução		
Adução		
Rotação interna		
Rotação externa		

Força muscular (Miller e Hahn, 1996):

Avaliação da marcha:

Testes ortopédicos especiais:

Perimetria dos Membros Superiores (posição da paciente: sentada com os MMSS apoiados na maca):

M. S. Direito		M. S. Esquerdo	
20 cm acima		20 cm acima	
15 cm acima		15 cm acima	
10 cm acima		10 cm acima	
Prega anter. cotovelo		Prega anter. cotovelo	
10 cm abaixo		10 cm abaixo	
15 cm abaixo		15 cm abaixo	
20 cm abaixo		20 cm abaixo	
Mão		Mão	

Avaliação das AVD's (com o lado acometido):

Realiza sem dificuldade(0) Pouca dificuldade(1) Muita dificuldade(2) Não realiza(3)

- () Pentear o cabelo () Escovar os dentes () Vestir calça () Amarrar os sapatos
 () Vestir blusa p/cabeça () Fechar o sutiã () Tomar banho () Fechar zíper atrás
 () Torcer a roupa () Varrer () Arrumar cama () Estender roupa n varal
 () Cozinhar () Carregar sacola () Fazer trabalhos manuais

Outras tarefas domésticas:.....

Obs.:

5. CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:

Diagnóstico Fisioterapêutico:

.....

Objetivos do tratamento:

.....

Conduta Fisioterapêutica: () Individual () Em grupo

.....

Orientações:

.....

Encaminhamentos:

.....

Início do tratamento:/...../..... Previsão de término:/...../..... Total de sessões:

Estagiário responsável:

ANEXO II – IPAQ



CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA IPAQ

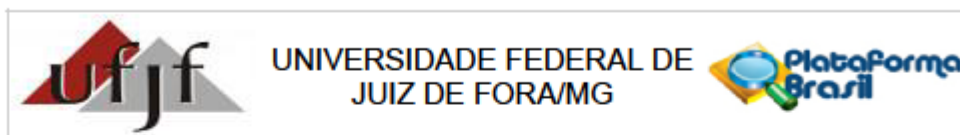
- 1. MUITO ATIVO:** aquele que cumpriu as recomendações de:
- VIGOROSA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão
 - VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + MODERADA e/ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão.
- 2. ATIVO:** aquele que cumpriu as recomendações de:
- VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; **ou**
 - MODERADA ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; ou
 - Qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).
- 3. IRREGULARMENTE ATIVO:** aquele que realiza atividade física porém insuficiente para ser classificado como ativo pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa). Este grupo foi dividido em dois sub-grupos de acordo com o comprimento ou não de alguns dos critérios de recomendação:
- IRREGULARMENTE ATIVO A:** aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade:
- Frequência: 5 dias /semana **ou**
 - Duração: 150 min / semana
- IRREGULARMENTE ATIVO B:** aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.
- 4. SEDENTÁRIO:** aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

Exemplos:

Indivíduos	Caminhada		Moderada		Vigorosa		Classificação
	F	D	F	D	F	D	
1	-	-	-	-	-	-	Sedentário
2	4	20	1	30	-	-	Irregularmente Ativo A
3	3	30	-	-	-	-	Irregularmente Ativo B
4	3	20	3	20	1	30	Ativo
5	5	45	-	-	-	-	Ativo
6	3	30	3	30	3	20	Muito Ativo
7	-	-	-	-	5	30	Muito Ativo

F = Frequência – D = Duração

ANEXO III – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DE PEITO ABERTO: percepção das usuárias e da equipe sobre o adoecimento, o tratamento e assistência no câncer de mama

Pesquisador: SIMONE MEIRA CARVALHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43897715.3.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Fisioterapia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.047.539

Data da Relatoria: 28/04/2015

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

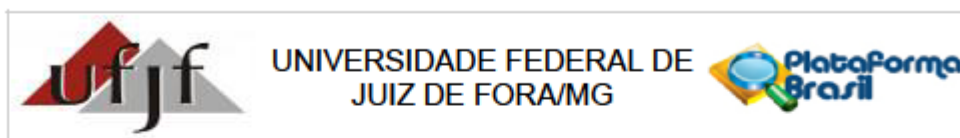
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 486/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.047.539

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 486/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Dezembro de 2016.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 486/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 04 de Maio de 2015

Assinado por:
Francis Ricardo dos Reis Justi
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br