

**ALINE DE MATOS
FERNANDA SILVA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES PÓS
MASTECTOMIA E SUA RELAÇÃO COM A FISIOTERAPIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Fisioterapia, da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof^a Msc. Mirella Dias

Palhoça
2011

**ALINE DE MATOS
FERNANDA SILVA**

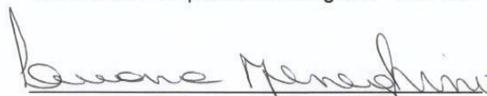
**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES PÓS
MASTECTOMIA E SUA RELAÇÃO COM A FISIOTERAPIA.**

Este trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia e aprovado em sua forma final pelo curso de graduação em Fisioterapia, da Universidade do Sul de Santa Catarina.

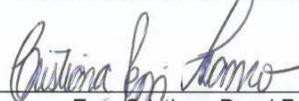
Palhoça, 06 de Dezembro de 2011.



Profª M.Sc. Mirélla Dias
Universidade do Sul de Santa Catarina
Centro de Pesquisas Oncológicas - CEPON



Profª Msc. Luana Meneghini
Universidade do Sul de Santa Catarina



Esp. Cristiana Pezzi Franco
Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON

Dedicamos este estudo as nossas famílias, pela compreensão e pelo apoio sempre, em especial aos nossos pais onde mais que tudo sempre ajudaram e nunca deixaram que desistíssemos onde conseguimos chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me dar pais maravilhosos, oportunidades e força para seguir em frente. Aos meus pais, Vilson e Maria que são tudo para mim, que souberam me educar com todo o amor, atenção, permitindo que eu pudesse saber o que é certo e errado e assim seguir. Obrigada por me ensinarem que quando nos dedicamos tudo é possível.

Agradeço aos meus irmãos que também sempre me apoiaram, ajudaram quando necessário, em geral a minha família a qual amo muito.

Ao Thiago meu namorado, por muitas vezes enquanto eu realizava trabalhos de faculdade ficou até tarde junto comigo sempre me ajudando e dando apoio.

A Fernanda, minha dupla querida, fofa, obrigada por acreditar que poderíamos realizar essa etapa juntas com sucesso. Te desejo muito sucesso sempre, você merece.

A linda professora e orientadora Mirella, a qual não se questiona como profissional, sendo excelente no que faz e muito querida. Agradece - lá por aceitar este trabalho e pela dedicação.

Aos meus amigos e colegas queridos, eu só tenho a agradecer pelo carinho, compreensão e toda a ajuda. Foram quatro anos de muita alegria, companheirismo, ansiedades e frustrações, porém tenho certeza e sei que todos também, de que tudo valeu muito à pena!

Agradeço também à todos os professores a qual passei durante todo esse tempo, pelo conhecimento repassado a qual considero excelente, em especial a professora Luana Meneghini, onde com todo seu carinho, paciência tenta ajudar os alunos sempre. Obrigada Lu, te adoro muito!

A todos os pacientes, que de certa forma confiaram em mim e apoiaram. A todos MUITO OBRIGADA!

Aline de Matos

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo seu amor e sua presença nos momentos de aflição e também nos felizes. A minha mãe Filomena e irmã Luciana que sempre me apoiaram em tudo na vida. Ao meu esposo Fernando e filha Letícia que me apoiaram e entenderam os momentos de ausência, amo muito vocês.

Aos meus sobrinhos Leonardo e Leandro, que por vezes me ajudaram a realizar trabalhos.

A minha querida prima Eliana, irmã de coração que mesmo longe fisicamente, mas perto espiritualmente sempre me apoiando.

A Aline minha dupla, linda, dedicada, obrigada por me convidar e acreditar que poderíamos realizar essa etapa juntas com sucesso. Te desejo muito sucesso sempre, você merece e que Deus te abençoe.

A nossa professora e orientadora Mirella, ótima profissional, querida, fofa e um anjo na vida de muitas pessoas. Agradece - lá por nos aceitar como orientandas.

Aos meus amigos e colegas queridos, eu só tenho a agradecer pelo carinho, compreensão e toda a ajuda. Foram quatro anos de muita alegria, companheirismo, ansiedades e frustrações, porém tenho certeza e sei que todos também, de que tudo valeu muito à pena!

A todos os professores a qual passei durante todo esse tempo, que não se limitaram a teorias, aos que são professores por vocação e não por ocasião, aos que se mostraram amigos e preocupados com nossos interesses. Serei eternamente grata.

A todos os pacientes, que de certa forma confiaram em mim e apoiaram.
A todos MUITO OBRIGADA!

Fernanda Silva

“... **NUNCA** deixem que lhe digam que não vale a pena acreditar no sonho que se tem e que seus planos nunca vão dar certo, ou que você nunca vai ser alguém, quem acredita **SEMPRE** alcança...” (Renato Russo).

RESUMO

O câncer de mama feminino é uma patologia que, para a mulher, além do estigma, se traduz em muito sofrimento psicofísico e uma cirurgia mutiladora de um órgão que simboliza feminilidade, sexualidade e maternidade. O presente estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida das mulheres tratadas cirurgicamente por câncer de mama e relacionar à fisioterapia. A amostra foi composta por 6 mulheres pós mastectomia radical, onde foi dividida em 2 grupos, (GRUPO A) composto por mulheres que não realizam fisioterapia e (GRUPO B) quem realiza fisioterapia. O procedimento deu-se pelo preenchimento da ficha de avaliação com seus dados de identificação, aplicação do Questionário SF-36, onde as pesquisadoras faziam as perguntas para as mulheres. Os resultados do estudo demonstraram em alguns gráficos resultados sem diferenças significativas. O GRUPO A possui maior déficit no estado geral da saúde comparado com o GRUPO B; apresentou também maiores escores no domínio dor. No entanto o GRUPO B possui menos capacidade funcional comparando com o GRUPO A, mas os valores são próximos; maior limitação por aspectos físicos; emocionais e limitação por aspectos sociais, quando comparado ao GRUPO A que possui maior vitalidade por aspectos físicos e melhor saúde mental. A aplicação do questionário de qualidade de vida demonstrou que embora o grupo que realiza fisioterapia, tenha apresentado menores valores nos domínios do SF-36, deve-se levar em consideração que estas mulheres são as que apresentam maiores complicações relacionadas à cirurgia de mama, e buscam atenção fisioterapêutica. Verificamos também que a fisioterapia possibilita uma melhor qualidade de vida no que diz respeito à dor, e a realização das AVD'S nas mulheres mastectomizadas. Por fim, a busca na melhora da assistência a essas mulheres, pelos profissionais de saúde, deve ser ponto central no programa de tratamento e a qualidade de vida.

Palavras chave: Câncer de Mama. Mastectomia. Qualidade de Vida. Fisioterapia.

ABSTRACT

The female breast cancer is a disease that, for women, beyond the stigma, translates into a lot of suffering and psycho mutilating surgery of an organ that symbolizes femininity, sexuality and motherhood. This study aimed to analyze the quality of life of women treated surgically for breast cancer and relate to physical therapy. The sample consisted of six women after radical mastectomy, which was divided into 2 groups (group A) composed of women who do not realize and physical therapy (group B) who performs physical therapy. The procedure was given for completing the evaluation form with their identification data, application of SF-36, where the researchers were questions for women. The results of the study showed some graphs results without significant differences. The group has the largest deficit in the general state of health compared to group B, also showed higher scores in the pain domain. However the group B has less functional capacity compared with group A, but the values are close, greater physical aspects limitation, emotional and social aspects limitation when compared to group A which has a greater physical vitality and better mental health . The application of quality of life questionnaire showed that although the group that performs physical therapy, has shown lower values in the domains of the SF-36, one should take into account that these women are those with major complications related to breast surgery, and seek physical therapy care. We also found that physical therapy provides a better quality of life with regard to pain, and ADL performance in the women `s mastectomy. Finally, the search for the improvement of care for these women, health professionals, should be central in the treatment program and quality of life.

Keywords: Breast Cancer. Mastectomy. Quality of Life. Physical Therapy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estruturas da mama.....	21
Figura 2 – Sistema Linfático da mama.....	22
Figura 3 – Auto Exame de mama.....	24
Figura 4 – Mastectomia Parcial.....	25
Figura 5 – Mastectomia Radical.....	26
Figura 6 – Linfedema.....	31
Figura 7 – Limitação de ADM.....	32
Figura 8 – Seroma Pós-Mastectomia.....	33
Figura 9 – Escápula Alada.....	35

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 1 – Média do Estado Geral de Saúde.....	53
Grafico 2 – Média da Capacidade Funcional.....	54
Grafico 3 – Média da Limitação por Aspectos Físicos.....	56
Grafico 4 – Média dos Aspectos Emocionais.....	58
Grafico 5 – Média dos Aspectos Emocionais.....	60
Grafico 6 – Média da Dor.....	61
Gráfico 7 – Média da Vitalidade.....	63
Gráfico 8 – Média da Saúde Mental.....	64
Gráfico 9 – Média do Estado geral da Saúde X há Um ano Atrás.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Característica das Mulheres que preencheram os critérios de inclusão.....	44
Tabela 2 – Variáveis relacionadas a doença.....	47
Tabela 3 – Terapias adjuvantes realizadas.....	48
Tabela 4 – Complicações Pós-Operatórias.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS EOU SIGLAS

- A.V.D`s: Atividades de Vida Diárias
- AdMF: Síndrome da Mama Fantasma
- ADM: Amplitude de movimento
- CEP: Comitê de Ética em Pesquisa
- CEPON: Centro de Pesquisas Oncológicas
- CNS: Conselho Nacional da Saúde
- CONEP: Conselho Nacional de pesquisa
- DNA: Ácido Desoxirribonucléico
- DMF: Dor na Mama Fantasma
- EVA: Escala de Visualização Analógica
- INCA: Instituto Nacional de Câncer
- MG: Minas Gerais
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- P.O: Pré - Operatório
- Q.V: Qualidade de Vida
- SMF: Sensação Mama Fantasma
- SF-36: Questionário São Francisco com 36 questões
- TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UNISUL: Universidade do Sul de Santa Catarina

LISTA DE SÍMBOLOS

® Marca Registrada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 OBJETIVOS.....	18
1.1.1 Objetivo geral.....	18
1.1.2 Objetivos específicos.....	18
1.2 JUSTIFICATIVA.....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2 ANATOMIA DA MAMA.....	20
2.2 CÂNCER DE MAMA.....	23
2.3 HISTÓRIA CLÍNICA E CIRURGICA.....	26
2.4 COMPLICAÇÕES.....	29
2.5 QUALIDADE DE VIDA.....	35
2.6 FISIOTERAPIA.....	38
3 MATERIAIS E MÉTODOS	40
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	40
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	40
3.3 MATERIAIS/INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	41
3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETAS DE DADOS.....	42
3.5 TRATAMENTO DOS DADOS.....	43
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
3.7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	44
3.7.1 Caracterização da a mostra.....	44
3.7.2 História da Doença Atual.....	46
3.7.3 Complicações no Pós-Operatório Imediato e Tardio.....	50
3.7.3 Questionário SF-36.....	52
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICE.....	76
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	77
ANEXO.....	79
ANEXO A – FICHA DE AVALIAÇÃO.....	80
ANEXO B - QUESTIONÁRIO SF-36.....	83
ANEXO C – PARECER DO CEP.....	92

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama representa uma proliferação maligna das células epiteliais que revestem os ductos ou lóbulos mamários. A disseminação de células neoplásicas ocorre por via linfática, afetando principalmente os linfonodos axilares do mesmo lado da mama, produzindo depósitos metastáticos. A disseminação num estado mais avançado ocorrerá pela corrente sanguínea; estas células implantam-se em diferentes locais do organismo, como: ossos, pulmões, pleura, fígado, cérebro, ovários, globos oculares e estômago (CAMPANHOLI et. al., 2006 apud HARRISON et. al., 1998; GUIRRO E.; GUIRRO R., 2002).

Na última atualização do Instituto Nacional do Câncer - INCA (2012 - 2013), apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. Sem os casos de câncer da pele não melanoma, estima-se um total de 385 mil casos novos. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireóide para o sexo feminino. Destes, os mais incidentes para o sexo feminino, destacam-se, entre os 5 mais incidentes, os tumores de pele não melanoma (71 mil casos novos), mama (53 mil), colo do útero (18 mil), cólon e reto (16 mil) e pulmão (10 mil).

Alguns fatores prognósticos para a sobrevida global em câncer de mama são: o tamanho do tumor, o status dos linfonodos e dos receptores hormonais, o grau histológico e a idade (PEDERSEN et. al., 2004).

A principal forma de tratamento é a remoção destas células neoplásicas por meio de um procedimento cirúrgico que tem por objetivo promover o controle local, proporcionar maior sobrevida, definir o estadiamento da patologia, orientar a terapia sistêmica e identificar risco de metástase a distância. A linfonodectomia é feita para controlar a doença na axila, avaliar o prognóstico quanto a recidivas locais e a distância, observar o estadiamento na região axilar e orientar a terapêutica complementar. A radioterapia, a quimioterapia e a hormonioterapia poderão ser procedimentos coadjuvantes

antes ou após a cirurgia (CAMPANHOLI et. al., 2006 apud GUIRRO E.; GUIRRO R., 2002; CAMARGO; MARX, 2000).

A cirurgia no câncer de mama tem objetivo promover o controle local, com a remoção mecânica de todas as células malignas presentes junto ao câncer primário, proporcionar maior sobrevida, orientar a terapia sistêmica, definir o estadiamento cirúrgico da doença e identificar grupo de maior risco de metástase a distância. O esvaziamento axilar por sua vez é feito para o estadiamento cirúrgico da axila, controle da doença na axila, avaliação de prognóstico, no que se refere a recidiva local e a distância e orientar a terapêutica complementar (CAMARGO; MARX, 2000).

O câncer de mama feminino é uma patologia que, para a mulher, além do estigma, se traduz em muito sofrimento psicofísico e uma cirurgia mutiladora de um órgão que simboliza feminilidade, sexualidade e maternidade. A idéia de reconstruir a mama data da mesma época da sua amputação. Em 1894, Halsted, propôs a cirurgia para tratamento do câncer mamário, que consistia na retirada da glândula mamária, músculos grande e pequeno do peitoral e esvaziamento ganglionar axilar, infra escapular e cervical. A primeira descrição de reconstrução mamária é atribuída a Czerny que, em 1893, substituiu o tecido glandular mamário por um lipoma da mesma dimensão extraído da região lombar do paciente. A partir desta data, muitas publicações ocorreram na tentativa de reconstrução (CAMARGO; MARX, 2000).

A abordagem do fisioterapeuta deve ser já no Pré – Operatório (P.O). Quanto mais precoce forem orientados e realizados os exercícios de recuperação, mais rapidamente a mulher responderá ao tratamento (CAMARGO; MARX, 2000).

Há o consenso clínico de que a paciente deve ser tratada como um todo, globalmente. Para isso, são utilizados tanto parâmetros fisiológicos, quanto psicológicos (BRUNETTO; ZAMPIERI, 1997 apud MOREIRA; MANAIA, 2005).

Na paciente submetida à mastectomia, o estigma do câncer, a mutilação, a estética, a limitação nas atividades da vida diária após a cirurgia, a rotina de exames, e as complicações não são os únicos problemas apresentados. A ausência da mama traz, além dos efeitos físicos, conseqüências sociais e emocionais que irão afetar diretamente a qualidade de

vida dessas mulheres. As conseqüências destas disfunções superam o marco individual e estendem se aos familiares, amigos e relações profissionais. Isso implica em uma sobrecarga emocional para a paciente (WHELAN et. al., 2000; KRISHNAN et. al., 2001; MOREIRA et. al., 2002 apud MOREIRA; MANAIA, 2005).

Com base nessas considerações, formulou-se a questão problema que orientou o presente estudo: Será que mulheres que realizaram tratamento fisioterapêutico possuem uma melhor qualidade de vida comparada a mulheres que não realizaram?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a qualidade de vida das mulheres tratadas cirurgicamente por câncer de mama e relacionar à fisioterapia.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Comparar a satisfação das mulheres pesquisadas em relação às práticas das Atividades de Vida Diárias (AVD's) relacionando ao questionário de Qualidade de Vida (Q.V);
- Identificar a satisfação das mulheres pesquisadas quanto aos aspectos: físicos, emocionais e sexuais e compará-las, entre mulheres operadas que realizam fisioterapia e quem não realiza;
- Verificar se há diferenças na Q.V entre mulheres que iniciaram a Fisioterapia precocemente (menos de 1 mês de pós operatório) com as que iniciaram após este período.

1.2 JUSTIFICATIVA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado de pleno bem-estar físico, mental e social. A partir dessa definição, tornou-se importante para o tratamento de qualquer doença determinar o impacto social, físico e psicológico que ela impõe, aumentando a preocupação com as repercussões das doenças sobre a qualidade de vida dos indivíduos (ELSNER, 2009).

Segundo a OMS, a Q.V é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto qualidade de vida da cultura e sistemas de valores, nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Ela também é descrita como uma sensação de bem estar na realização das atividades físicas, intelectuais e psíquicas, dentro da realidade particular de cada indivíduo (SALES et. al., 2001 apud MOREIRA; MANAIA, 2005).

Mulheres com câncer de mama acumulam experiências de ajustamento psicológico durante o ciclo de tratamento. Intervenções que possam ajudar a reduzir o impacto negativo do tratamento na Q.V devem ser designadas e integradas nas rotinas de prática clínica (NAGEL et. al., 2001 apud MOREIRA; MANAIA, 2005).

As principais razões para que o fisioterapeuta se preocupe em verificar a Q.V de suas pacientes são: justificar diferentes formas de terapêuticas de tratamento, identificar as seqüelas de doenças, provar a eficácia de determinados métodos, e identificar quanto uma determinada alteração ou doença interferem na vida do indivíduo (MOREIRA; MANAIA, 2005).

Com este trabalho, a comunidade acadêmica e científica poderá contar com dados que identificarão a qualidade de vida nas mulheres que realizam a fisioterapia, desta forma, poderão compreender a importância da atuação fisioterapêutica no pós - operatório de pacientes, principalmente no que diz respeito ao conforto, à funcionalidade, e poderão comparar com aquelas mulheres que não realizaram a fisioterapia. O estudo pretende demonstrar a importância da atuação precoce da Fisioterapia baseada numa

avaliação consistente e num plano de assistência coerente com o diagnóstico cinesiofuncional, e em conseqüência sua interferência na qualidade de vida das mulheres.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ANATOMIA DA MAMA

A mama é um anexo de pele localizado no interior da fáscia superficial da parede anterior do tórax, como órgão par, com peso e formato variáveis, de acordo com fatores como constituição física, idade, paridade, lactação, etc. Em 80% das mulheres, ocorre uma leve assimetria entre as mamas. Pode apresentar forma cônica, discóide, pendular, plana, etc, com espessura média de 5 a 7 cm, diâmetro em torno de 10 a 12 cm e peso que pode variar de 150 até 900g (CAMARGO; MARX, 2000).

As mamas situam-se ventralmente, uma de cada lado, separadas pelo seio mamário, espaço existente entre as mamas, na parede torácica. Cada mama estende-se desde a segunda costela até a sexta ou sétima e da linha parasternal, medialmente, e até a linha axilar média, lateralmente. Profundamente, repousa sobre a fáscia (fáscia profunda), recobrimdo quase todo o músculo peitoral maior e estendendo-se, em parte, sobre o músculo serrátil anterior. As mamas volumosas podem recobrir parcialmente as aponeuroses dos músculos oblíquo externo e reto do abdômen (HALBE, 2000).

As mamas são formadas por: parênquima de tecido glandular, glândulas mamárias, divididas em lobos mamários que são destinados a secretar leite; estroma de tecido conjuntivo, envolvendo cada lobo e a glândula como um todo; e pele, dotada de glândulas sebáceas e sudoríparas (HALBE, 2000).

A pele que recobre a mama é fina, elástica, mais clara, com discretos pêlos, diferenciando-se do resto do corpo somente em seu ponto central, onde é mais espessa, mais pigmentada, um pouco enrugada e

desprovida de pêlos, é o complexo areolopapilar. A aréola tem forma circular, tamanho variável entre 3 a 6 cm e contém glândulas sebáceas, sudoríparas e glândulas areolares acessórias. A papila é uma formação cilíndrica, de tamanho variável, que emerge do centro da aréola, tendo em média 10 a 12 mm de largura por 9 a 10 mm de altura. Ela está revestida por um epitélio escamoso, estratificado, queratinizado. A superfície profunda da epiderme contém papilas dérmicas comumente longas, que permitem aos capilares aportar sangue à vizinhança superficial (CAMARGO; MARX, 2000).

A mama é estrutura intensamente vascularizada. É nutrida por ramos colaterais das artérias torácica interna, torácica externa, subclávia e axilar, assim como por finos ramos intercostais. As ramificações destas artérias formam dois plexos, sendo um circular superficial, que termina ao redor da papila e da aréola, e outro mais profundo, também circular, que irriga a profundidade da mama (PIATO, 1995).

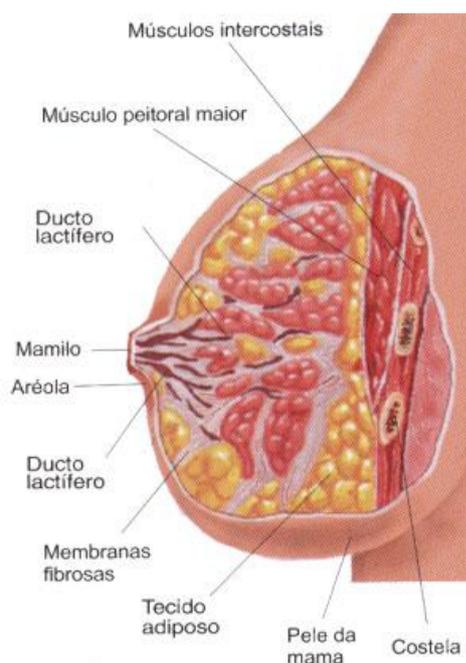


Figura 1: Estruturas da mama.

Fonte: http://pt-br.infomedica.wikia.com/wiki/Fisiologia_da_Lacta%C3%A7%C3%A3o

Os ramos provenientes da segunda, terceira e quarta artérias perfurantes anteriores chegam à glândula mamária na forma de artéria mamária interna, cujos ramos emergem junto à borda esternal do primeiro ao quarto espaços intercostais, atravessam o grande peitoral e irrigam a metade

interna da mama. Estes ramos da mamária interna se anastomosam com as artérias intercostais; a mamária interna emite ainda ramos colaterais mediastinais, pericárdicos, esternais e termina dividindo-se em dois ramos: a artéria epigástrica superior e a artéria musculofrênica (CAMARGO; MARX, 2000).

As veias superficiais drenam através dos ramos perfurantes da torácica interna ou das veias superficiais da parte inferior do pescoço. As veias profundas drenam para as veias perfurantes tributárias da torácica interna, axilares e intercostais. As conexões da última com o plexo venoso vertebral fornecem uma via para que as propagações cancerosas alcancem os ossos e o sistema nervoso. (GARDNER et. al., 1988).

A rede linfática é complexa e bem desenvolvida, drenando preferencialmente, para a axila. Também ocorre drenagem para a cadeia mamária interna das porções centro-mediais da mama. Existe, ainda, a via transpeitoral que desemboca nos linfodos de Rotter (FREITAS et. al., 1997).

A principal via de drenagem linfática é o agrupamento de linfonodos axilares. O conhecimento dos vasos e nódulos linfáticos da mama e axila é de primordial importância não só por constituírem a principal via de disseminação de células neoplásicas, responsável pela formação de metástase, mas também porque sua manipulação cirúrgica nos casos de câncer de mama acarreta uma vulnerabilidade ao linfedema (CAMARGO; MARX, 2000).

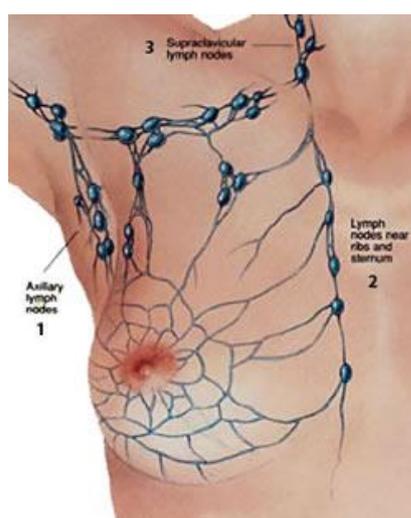


Figura 2: Sistema linfático da mama.

Fonte: http://www.centrodemama.com.br/paginas/pacientes_e_publico/anatomia_da_mama

A drenagem linfática da mama ocorre em direção à cadeia axilar em cerca de 97% enquanto que os 3% restantes são drenados para a cadeia mamária interna. Existe certa tendência da parte lateral do órgão drenar em direção da axila, enquanto a medial drena em direção à cadeia mamária interna (PIATO, 1995).

2.2 CÂNCER DE MAMA

A mama por ser um órgão superficial, é de fácil encontro de anormalidades, quase sempre casual. Isso faz com que a mulher tema a possibilidade de doença maligna (HALBE, 2000).

O carcinoma de mama é uma doença complexa e heterogênea, com formas de evolução lenta ou rapidamente progressivas, dependendo do tempo de duplicação celular e outras características biológicas de progressão. É também a neoplasia mais comum nas mulheres. As lesões neoplásicas da mama podem se originar em qualquer uma das estruturas que a compõe: epitélio glandular, mesenquima e epiderme. Os carcinomas de mama são classificados em: não invasivos e em invasivos. A importância do diagnóstico precoce do câncer está em tentar evitar a disseminação das células malignas pelo corpo. Por isso, quando o câncer de mama é detectado e tratado precocemente a mulher tem mais opções de tratamento e boas chances de recuperação completa (CAMARGO; MARX, 2000).

A partir da instalação do tumor primário de mama, ocorrerá a sua propagação às estruturas vizinhas e à distância, podendo esta ser por: via direta, atingindo seqüencialmente os ductos, parênquima mamário, podendo progredir até o tecido perimamário, culminando com a invasão de tecidos adjacentes; via linfática, que ocorre concomitante com a disseminação sanguínea, através da embolização das células neoplásicas ao serem veiculadas pela linfa; e por via vascular, originando-se a partir de pequenas veias intramamárias (CHAGAS, 1997 apud BERGMANN et. al., 2000).

As células cancerosas apresentam capacidade de invadir o tecido normal e de se disseminar para locais distantes; esta característica é

responsável, em última análise pela morte da paciente, pois o tumor primário, por ele mesmo, e geralmente suscetível a extirpação cirúrgica. Os tumores malignos se disseminam por extensão direta: o tumor se desenvolve dentro do tecido de origem, podendo estender-se diretamente além dos limites de determinado órgão para desenvolver tecidos adjacentes; ou por disseminação metastática, que ocorre por via linfática e venosa. Os órgãos mais comumente envolvidos pelas metástases são: linfonodos regionais, pele, osso, fígado, pulmão e cérebro (CAMARGO; MARX, 2000).

Os variados tipos de câncer são classificados conforme o local do corpo humano em que a doença se instala. No tecido de revestimento em nível da pele, mucosas e glândulas encontram-se os carcinomas, que podem ser não-invasivos ou invasivos.

O exame clínico da mama é parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico de câncer. Deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, e constitui a base para a solicitação dos exames complementares. Como tal, deve contemplar os seguintes passos para sua adequada realização: inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal.



Figura 3: Auto exame de mama.

Fonte: <http://vilamulher.terra.com.br/auto-exame-de-mama-9-6193210-4096-pfi-ideiasdemulher.php>

A ultra-sonografia é o método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis, em mulheres com menos de 35 anos. Naquelas com idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método de eleição. A sensibilidade da mamografia é alta, ainda que, na maioria dos estudos feitos, sejam registradas perdas entre 10 a 15% dos casos de câncer detectáveis ao exame físico. A sensibilidade da prova é muito menor em mulheres jovens.

Quando se trata de lesão não palpável, a biópsia cirúrgica deve ser precedida de marcação pré-cirúrgica, que pode ser guiada por Raios X (mão livre, biplanar ou estereotaxia) ou por ultra-sonografia (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004).

O tratamento inicial da doença é dividido em primário, que é o cirúrgico, podendo ser complementado com a quimioterapia neoadjuvante, e adjuvante, acrescido de radioterapia, e hormonioterapia. Nas cirurgias, encontramos dois subgrupos principais, a mastectomia parcial e a total.

Na mastectomia parcial, utilizada para tumores menores de 3 cm de diâmetro e que não se localizam na área reto mamilar, é realizada a remoção do tumor, com margem de 1 cm de diâmetro do tecido mamário normal. A quadrantectomia é um tipo de mastectomia parcial, na qual um quadrante de tecido deve ser removido.



Figura 4: Mastectomia Parcial.

Fonte: <http://www.magestetica.com.br/blog/?p=787>

Outra modalidade cirúrgica é a mastectomia total, com a retirada de todo tecido mamário do lado afetado, incluindo o mamilo.

O câncer de mama atualmente é tratado como uma doença sistêmica, portanto, muitas vezes, o tratamento cirúrgico é seguido de uma terapia adjuvante como quimioterapia ou hormonioterapia (MAKLUF et. al., 2006).



Figura 5: Mastectomia Radical.

Fonte: <http://invasaopatologica2009.blogspot.com/2009/11/mastectomia-radical.html>

As ações interdisciplinares na atenção ao câncer de mama devem ser iniciadas a partir do diagnóstico, e devem fazer parte da atuação conjunta entre todos os profissionais de saúde, junto aos pacientes e familiares. As intervenções interdisciplinares têm como objetivo fazer uma junção entre conhecimentos e disciplinas, que intercedam efetivamente na qualidade de vida desta população após o tratamento, favorecendo de forma prioritária o seu retorno as atividades físicas, sociais e profissionais. A equipe interdisciplinar deverá ser composta por: médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

2.2 HISTÓRIA CLÍNICA E CIRÚRGICA

A maioria dos casos de câncer de mama é identificada entre 45 e 55 anos de idade. No entanto, tem-se verificado um aumento significativo do número de casos em faixas etárias mais jovens como um fenômeno mundial (MENKE et. al., 2000).

Os fatores de risco para o câncer de mama incluem idade avançada, história familiar positiva, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gestação a termo após os 25 anos, nuliparidade, uso de estrogênio exógeno, dieta rica em gordura, uso de contraceptivos orais, entre outros (ANDREOLI et. al., 2002 apud ELSNER et. al., 2009).

No final do século XIX, o médico-cirurgião Hasteld descreveu e publicou os resultados de uma técnica inovadora de remoção cirúrgica que representaria a cura para o câncer de mama. Esta técnica, denominada mastectomia radical, consiste na retirada total da mama afetada pelo câncer, de ambos peitorais e do conteúdo axilar, em monobloco através da incisão vertical e, por ser considerada um procedimento cirúrgico extremamente agressivo e traumático para a mulher, atualmente vem sendo substituída por outras cirurgias que evitam a mutilação. Essas inovações contribuíram para que a mastectomia radical não representasse a única forma de tratamento para o câncer de mama, dando lugar a cirurgias que preservam o corpo da mulher, como a quadrantectomia e tumorectomia. Além disso, mesmo realizando a retirada da mama, há atualmente a possibilidade de reconstrução da mesma com utilização do silicone ou a partir da retirada do tecido do abdômen. A reconstrução da mama nesse âmbito representa uma possibilidade de reabilitação bastante atual para as mulheres que necessitam realizar a mastectomia radical como o tratamento principal para o câncer de mama. Essa reconstrução dependera de vários aspectos: peso, altura, idade, tratamento prévio ou complementar com radioterapia, estado de saúde e outras cirurgias que a paciente já tenha realizado (BOFF, 1999).

Desde o final do século XIX, a cirurgia tem sido o tratamento tradicional do câncer de mama, e a mastectomia radical clássica, descrita por Halsted, permaneceu como o tratamento de escolha por aproximadamente 60 anos. Na segunda metade do século XX algumas alterações foram introduzidas na mastectomia clássica, sendo que as técnicas com preservação do músculo grande peitoral ou de ambos os peitorais, descritas por Patey e Dyson e por Madden, respectivamente, passaram a ser conhecidas como mastectomia radical modificada (FREITAS et. al., 2001).

O avanço das técnicas de cirurgia plástica nos últimos anos tem proporcionado resultados satisfatórios para a expectativa estética e psicológica da mulher, ao reduzir o trauma causado pela mutilação. Desse modo, o surgimento e o desenvolvimento das técnicas coadjuvantes de radiologia e quimioterapia nos últimos quarenta anos, possibilitaram que o câncer de mama fosse tratado de forma multidisciplinar e integrada, alcançando maiores índices de sobrevida e qualidade de vida das mulheres acometidas por essa doença.

Atualmente, a mastectomia somente é indicada para tumores avançados e consiste na retirada da mama afetada juntamente com os linfonodos axilares (MALZYNER, 1997).

- Na mastectomia radical Modificada tipo Patey, são removidos a glândula mamaria e o músculo pequeno peitoral, em monobloco com esvaziamento axilar radical (Níveis I, II e III), linfonodos interpeitorais, aponeurose anterior e posterior do músculo grande peitoral (CAMARGO; MARX, 2000).

- Na mastectomia radical modificada tipo Madden, são removidos a glândula mamaria, juntamente com a aponeurose anterior e posterior do músculo grande peitoral e no esvaziamento axilar (Níveis I, II e III), e linfonodos interpeitorais, sendo preservados os músculos grande e pequeno peitoral. A conservação do músculo pequeno peitoral é necessária para que este junto ao músculo grande peitoral crie uma loja para o implante de uma prótese de silicone. Sua indicação preferencial é em tumores de até 3 cm, com axila clinicamente negativa e inelegíveis ao tratamento conservador (CAMARGO; MARX, 2000).

Em relação à dissecação axilar completa, ela é de grande importância para determinar o estadiamento e o prognóstico da paciente com câncer de mama por dar uma completa informação sobre o estadiamento da doença além da proteção locorregional o que não se consegue com uma linfonodectomia parcial dos linfonodos axilares. Porém para muitos, não está claro se a dissecação de linfonodos axilares traz benefícios além de um atraso na recorrência locorregional e se as taxas de sobrevivência decorram da limpeza axilar ou das terapias adjuvantes que se seguem após a dissecação (HACK et. al., 1999).

A linfonodectomia axilar é um procedimento cirúrgico realizado com algum outro tipo de cirurgia no tratamento do câncer de mama. Ela consiste no esvaziamento da cavidade axilar e conseqüentemente na retirada dos linfonodos presentes nessa região, com o intuito de se fazer uma avaliação prognóstica adequada e também para evitar que ocorra o crescimento tumoral de possíveis linfonodos comprometidos pela neoplasia mamária por ocasião do tratamento (FREITAS, 1991 apud MASTRELLA et. al., 2009).

Atualmente, novas técnicas cirúrgicas estão sendo empregadas, assim como tem sido utilizada a biópsia do linfonodo sentinela, que pode prever, em 95% dos casos, o status da cadeia linfonodal, possibilitando a indicação seletiva de linfonodectomia, reduzindo o aparecimento de seus efeitos colaterais. Apesar disso, a prevalência de diagnósticos tardios ainda é alta em nosso país, determinando a instituição de tratamentos mais radicais, incluindo a linfonodectomia axilar (INCA, 2012-2013).

2.3 COMPLICAÇÕES

Dentre as modalidades de tratamento para o câncer de mama se incluem a fisioterapia, a radioterapia, a quimioterapia, a reposição hormonal e a intervenção cirúrgica (mastectomia).

É importante salientar que a mastectomia pode causar algumas complicações físicas e emocionais para a paciente, tais como: seroma, infecções, hematomas, edema mamário, bursite, atrofia de pele, linfedema, mama fantasma, síndrome da rede axilar, trombose venosa profunda, complicações respiratórias, alterações posturais, escápula alada, entre outras (CAMARGO; MARX et. al., 2000 apud ELSNER et. al., 2009).

Alguns autores sugerem que essas complicações podem dificultar a realização das AVD's das pacientes (MARINHO; MACEDO, 2006 apud ELSNER et. al., 2009).

- **LINFEDEMA:** O linfedema é a tumefação dos tecidos moles resultante do acúmulo de fluido intersticial com alta concentração proteica causado pela deficiência do fluxo linfático em combinação com um insuficiente domínio extra-linfático das proteínas plasmáticas (CAMARGO; MARX, 2000).

O sistema linfático tem como funções básicas a defesa contra agentes invasores, formação do mecanismo imunológico e retorno do excesso de líquido intersticial e proteínas à corrente sanguínea (GYTON, 1992).

O linfedema pós-mastectomia, pode ter várias causas. É uma das complicações após a retirada da mama, mais temidas. É o resultado da obstrução linfática. A infecção pode ser a causa do linfedema, ocorre no

espaço abaixo dos retalhos cirúrgicos, designado de espaço morto, que logo enche-se de sangue, tornando-se um local propício ao crescimento de bactérias. Lesões cutâneas no membro superior também podem iniciar uma infecção (CAMARGO; MARX, 2000).

Além da classificação do linfedema quanto à causa, há também a classificação segundo o grau de intensidade:

- Fase I: é o mais simples, onde há pequeno aumento de linfa intersticial e certa estase nos vasos linfáticos. Regredir facilmente apenas com estímulo da circulação linfática;
- Fase II: espontaneamente irreversível, para regredir são necessárias atitudes terapêuticas mais intensivas. Caracteriza-se por possuir fibrose do fluido intersticial em certos pontos da região afetada, com conseqüente aumento da consistência da pele. O fluxo linfático está bem mais lento, havendo certo grau de estagnação da linfa em coletores e capilares;
- Fase III: linfedema mais grave, em geral com grande volume da região afetada, apresenta grau elevado de fibrose linfostática com grave estagnação da linfa nos vasos e capilares. A pele, neste estágio torna-se muito vulnerável a infecções como erisipela ou linfangites e a região atingida pelo linfedema apresenta-se deformada;
- Fase IV: o mais grave de todos, chamado de elefantíase por alguns, apresenta todas as alterações da fase III, com gravidade ainda maior, traduzindo a total falência dos vasos linfáticos, que se encontram de tal maneira distendidos pela estase que a insuficiência valvular subseqüente leva ao refluxo linfático (CAMARGO; MARX, 2000).

Tipicamente o linfedema começa de forma gradual, o membro envolvido está aumentado, sem outras manifestações. A extremidade edemaciada está amolecida e deixa cacifo. O edema diminui à noite. Com o passar do tempo, a pele torna-se espessada e pode não estar elevada em uma dobra, sendo que o edema se torna mais persistente (CECIL et .al., 1997.)



Figura 6: Linfedema.

Fonte: <http://clinicacuidar.blogspot.com/2011/01/linfedema.html>

- ADM: é o movimento completo possível de um segmento, sendo mantida por movimentação periódica deste membro (KISNER; COLBY, 1998).

Alguns fatores podem levar à diminuição da ADM. Dentre eles ressaltamos as agressões cirúrgicas e a inatividade ou imobilização do membro. Em casos de realização da Mastectomia Radical, os músculos peitoral maior e menor são removidos, resultando em diminuição na força e função do membro superior envolvido. O mesmo ocorre quando o nervo de Bell é temporariamente traumatizado durante a dissecação axilar, resultando na fraqueza do músculo serrátil anterior, desestabilizando a escápula e o movimento de abdução do ombro do lado afetado (BOX et. al., 2002; CAMARGO; MARX, 2000).

A reeducação da cintura escapular e do membro superior é uma necessidade básica na paciente operada de câncer de mama, seja qual for a técnica cirúrgica empregada. Seu objetivo principal é restabelecer o mais rapidamente possível a função do membro (NAGEL, 2003).

- Esta limitação aparece causada pela dor proveniente da tração exercida na cavidade axilar, na parede torácica e no membro superior. A própria cicatriz da cavidade axilar é outro fator limitante do movimento pois a paciente tem medo de tirar o dreno aspirativo de posição e de desunir as bordas cirúrgicas e mostra-se receosa na realização dos exercícios (CAMARGO; MARX, 2000).



Figura 7: Limitação de ADM.

Fonte: <http://virgemcancer.wordpress.com/2010/06/29/mastectomia/>

- **SENSIBILIDADE:** Na cirurgia, é provável que aconteça a transecção dos nervos intercostobraquial ou intercostal cutâneo inferior, porque a parte inferior da axila, localização anatômica desses nervos, é a região em que mais frequentemente se localiza o linfonodo sentinela. A sua transecção é traduzida em alteração da sensibilidade da região axilar e interna do braço. A prevalência de sintomas varia entre 7% e 88% de acordo o tempo transcorrido da cirurgia e com a característica da sensação avaliada (VELLOSO et. al., 2009).

O nervo intercostobraquial deriva de ramos cutâneos laterais dos segundo e terceiro nervos intercostais e, ao perfurar os músculos serrátil anterior e intercostal, penetra na axila 1 a 2 centímetros anteriormente ao trajeto do nervo torácico longo, na linha axilar média. Após curto trajeto na base da axila, divide-se em dois ou três ramos, sendo que o ramo superior pode ou não fazer anastomose com o cutâneo medial do braço, e os ramos inferiores dirigem-se ao lado medial da porção superior do braço, onde inerva as regiões posteromedial e superior do braço e axila. A sua lesão provoca disestesia, queimação e/ou algia puntiforme, que podem se localizar na axila, região interna do braço e/ou parede torácica do lado afetado. Os sintomas surgem logo após a Linfonodectomia Axilar nas mulheres que tiveram o nervo intercostobraquial lesado (NOGUEIRA et. all., 2010).

Como forma de se tentar amenizar o grau de morbidade e o número de mortalidade, há grande preocupação, entre a comunidade médica, em desenvolver métodos de detecção precoce e terapêutica, como a intervenção cirúrgica. Esta pode produzir comprometimentos emocionais e/ou físicos às pacientes, como a alteração de sensibilidade, gerar pequenos desconfortos e

ate influenciar as atividades do dia a dia. A alteração de sensibilidade pode estar relacionada ao procedimento da linfadenectomia axilar (ORNELAS et. al., 2009).

- **SEROMAS:** Os seromas ocorrem no espaço morto axilar e, é considerado uma complicação bastante freqüente em pós-operatório de câncer de mama. Tem incidência de 25% a 50% pacientes (BLAND; COPELAND, 1994).



Figura 8: Seroma Pós Mastectomia.
Fonte: <http://www.google.com.br>

- **SDPM:** a síndrome dolorosa pós-mastectomia é definida pela International Association for Study of Pain (IASP) como dor crônica que se inicia após a mastectomia ou quadrantectomia, localizada na face anterior do tórax, axila e/ou na metade superior do braço e que persiste por período superior a três meses após a operação.

É descrita como dor crônica, de origem neuropática, na qual o exame neurológico detecta lesão do nervo intercostobraquial. A maior freqüência de dor não está relacionada ao tipo de procedimento cirúrgico, mas sim à abordagem sobre a axila onde o nervo intercostobraquial, por sua proximidade, pode ser lesado (COUCEIRO et. al., 2009).

- **INFECÇÕES:** Muitos fatores podem reduzir, retardar ou impedir a cicatrização. Estes fatores podem ser divididos em locais, como corpos estranhos e sistêmicos; como infecções, que prejudicam a cicatrização por manter a reação inflamatória em atividade; a desnutrição, especialmente devido à deficiência de proteínas, de vitamina C ou de zinco, por interferir diretamente nos processos de síntese de colágeno; lesões vasculares ou perturbações hemodinâmicas, pois acarretam baixa perfusão tecidual, que por

sua vez reduz o fornecimento de nutrientes e oxigênio, que retarda e até impede a cicatrização (PANOBIANCO et. al., 2010).

- **MAMA FANTASMA:** A dor fantasma pode apresentar-se com sensações de persistência, peso, prurido e formigamento, sendo chamada de sensação de mama fantasma (SMF), ou apenas com dor, conhecida como dor na mama fantasma (DMF); ambas podem ocorrer em toda ou em apenas parte da mama fantasma. A síndrome da mama fantasma (SdMF) constitui-se no aparecimento simultâneo da dor e da sensação fantasmas, sendo clinicamente variável quanto à intensidade e ao intervalo de tempo entre a mastectomia e o início dos sintomas (SILVA, et. al., 2007).

- **COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS E ALTERAÇÕES POSTURAS:** a dor na incisão, que restringe o movimento do membro superior do lado mastectomizado a adesões secundárias na parede torácica podem levar à: complicações pulmonares, perda da amplitude de movimento e deformidades posturais de tronco; além de dor cervical e na cintura escapular, restringindo os movimentos do membro superior com redução da amplitude de movimento e aumento do linfedema (BLAND; COPELAND, 1994).

- **FRAQUEZA MUSCULAR:** ocorrerá a fraqueza do membro superior do lado mastectomizado, por lesão nervosa axilar, principalmente os adutores horizontais do ombro (mastectomia radical); e serrátil anterior (por lesão nervosa durante mastectomia radical modificada, onde durante a retirada dos nódulos linfáticos pode lesar o nervo torácico longo), o que acaba comprometendo a estabilidade da função do ombro (BLAND; COPELAND, 1994).

- **ESCÁPULA ALADA:** A escápula alada é uma condição em que a borda medial da escápula mostra-se proeminente e tende a se deslocar para trás, dando o aspecto de asa. Os pacientes com esse tipo de alteração queixam-se de dor, fraqueza, desconforto, diminuição da mobilidade ativa do ombro ou podem, eventualmente, ser assintomáticos. A alteração ocorre devido à lesão do nervo torácico longo, durante a manipulação cirúrgica da axila, como parte do tratamento do câncer de mama, podendo ser total ou parcial, gerar uma alteração definitiva ou transitória (MASTRELLA et. al., 2009).



Figura 9: Escápula alada.

Fonte: <http://deformidades-toracicas.blogspot.com/2011/01/escapula-alada.html>

2.6 QUALIDADE DE VIDA

O restabelecimento da aparência e a necessidade de auto-cuidado foi um aspecto bastante presente nas falas das mulheres como pontos fundamentais na recuperação física e psicológica como podem evidenciar na seguinte frase:

A aparência pessoal é uma das preocupações básicas na vida do ser humano saudável, trazendo traços característicos (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Esse aspecto pode fazer diferença na recuperação e na manutenção da auto-estima dessas mulheres. A roupa desempenha um importante papel durante o período pós-cirúrgico, uma vez que é por meio do uso de alguma vestimenta que a mulher procura ocultar a cicatriz. Ao se preocupar consigo mesma, a mulher procura meios de se cuidar buscando soluções desejáveis (BARRETO et. al., 2008).

A mastectomia é um procedimento cirúrgico agressivo que traz conseqüências traumatizantes nas experiências de vida e saúde da mulher. A mama desde a adolescência é um componente marcante da feminilidade, pois representa parte da imagem corporal, sexual, além de cumprir a função de amamentação (BARRETO et. al., 2008).

O esperado impacto negativo de uma mastectomia radical sobre a estética, auto-estima e libido feminina reflete-se na recomendação atual de

sempre oferecer a cirurgia de reconstrução da mama para aquelas pacientes aptas que serão submetidas a este procedimento por opção ou necessidade. Isso pode ter sido influenciado pelo fator cultural, pois a mama tem importante significado na vida sexual. Após a mastectomia e, conseqüentemente, a mutilação do corpo, as pacientes sentem depressão e angústia em intensidades variáveis (SILVA et. al., 2007).

A ausência ou alteração da mama traz efeitos físicos, psicossociais, sexuais e emocionais que irão afetar diretamente sua qualidade de vida. Tais alterações superam o marco individual e estendem-se aos familiares, amigos e às relações profissionais, o que implica sobrecarga emocional (MANAIA et. al., 2003; BOX et. al., 2002 apud GOUVEIA et. al., 2008).

A cirurgia freqüentemente gera comorbidades que causam grande temor entre as mulheres, provocando alterações psicológicas que afetam a percepção da sexualidade e a imagem pessoal, além dos desconfortos e debilidades físicas (NOGEUIRA et. al., 2005).

A perda da mama, parte do corpo fundamental para a identidade feminina, resulta na alteração negativa da imagem corporal. A retirada desse órgão representa uma limitação estética e funcional, que provoca uma imediata repercussão física e psíquica, constituindo um evento traumático para a maioria das mulheres, trazendo prejuízo em sua qualidade de vida, na satisfação sexual e recreativa (ARAN et. al., 1996).

Paralelamente à evolução do tratamento médico do câncer de mama, tornou-se imprescindível na abordagem multidisciplinar dessas pacientes, considerando não só o quadro patológico, mas também a reabilitação global, física, psicológica, social e profissional, além de se preocupar com a manutenção e melhora da qualidade de vida das paciente (NOGEUIRA et. al., 2005).

A qualidade de vida das mulheres mastectomizadas parece depender do apoio social e familiar que a mulher recebe, da satisfação sexual, da possibilidade de atividades de lazer e de voltar ao mercado de trabalho, e ainda, da estrutura do ego. Pesquisas revelam que a maioria das mulheres estudadas se auto-avaliaram como tendo uma qualidade de vida boa ou ótima, atribuindo a isso os fatores relacionados acima. A reconstrução da mama é outro fator que pode contribuir para a qualidade de vida dessas mulheres,

representando a preservação da auto-imagem, do senso de feminilidade e do relacionamento sexual, proporcionando um processo de reabilitação menos traumático (ALMEIDA, 2006).

As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de subsistência, sendo o adoecer sinônimo de fraqueza, de incapacidade de auto-sustentação.

Em seu estudo notou-se que algumas dos sujeitos não se preocupavam em perder a mama desde que ficassem saudáveis, sendo este pensamento freqüente nas mulheres de idade avançada. Já as jovens tiveram uma reação diferente em perder a mama, causando desespero por pertencerem a uma sociedade que é regida por normas estéticas e sexuais rígidas (BARRETO et. al., 2008).

Á medida que mais mulheres sobrevivem ao câncer de mama, torna-se imperativo entender os diversos aspectos associados à doença, tratamento e processo de recuperação, bem como a mensuração da qualidade de vida deve ser breve, dinâmica e sensível às mudanças (HUGUET, 2005 apud CARVALHO, 2007).

A qualidade de vida passa pela necessária mudança de comportamento, vivência de valores, crescimento profissional e humano, disciplina e respeito, cuidados com os ambientes e atenção à saúde (FEUSER; JUNIOR, 2007).

Nos dias atuais, onde o conceito de saúde estende-se a um âmbito maior que a ausência de doenças, o termo qualidade de vida vem sendo agregado a vários estudos e contextos de pesquisa, proporcionando uma visão interdisciplinar e servindo como elo entre várias áreas especializadas do conhecimento como a sociologia, a medicina, a enfermagem, a psicologia, a economia, a geografia, a história social e a filosofia, entre outras (CARVALHO, 2007).

A qualidade de vida pode ser avaliada do ponto de vista do paciente, referindo-se à apreciação dos pacientes e satisfação com seu nível funcional, comparado com o que ele percebe como sendo possível ou ideal. Dessa forma, a avaliação da qualidade de vida global inclui os funcionamentos físico, psicológico, social, sexual e espiritual, incluindo ainda nível de independência, ambiente e crenças pessoais (SALES et. al., 2001).

A maioria das pacientes submetidas a mastectomia (90,90%) possui complicações pós-cirúrgicas. É nesse contexto que a fisioterapia se faz necessário, tanto na reabilitação das incapacidades já instaladas, que afetam a funcionalidade, a atividade das pacientes e sua participação social, quanto na prevenção de futuras complicações e seus efeitos. Dessa forma, a reabilitação física desempenha um papel fundamental no restabelecimento da função e da qualidade de vida dessas pacientes (FERREIRA et. al., 2005).

2.7 FISIOTERAPIA

Nos últimos 20 anos as técnicas para o tratamento do câncer de mama sofreram significativas mudanças com a utilização de técnicas cirúrgicas menos radicais. No entanto, a mulher ainda esta propensa a desenvolver complicações decorrentes da mastectomia (CAMARGO; MARX, 2000).

Estas complicações acarretam uma serie de conseqüências de ordem física e emocional, dentre as quais destacam-se as relacionadas ao desempenho de suas atividades da vida diária e de seus papéis sociais (MAMEDE et. al., 2000 apud DIAS, 2005).

No primeiro ano após o tratamento cirúrgico do carcinoma mamário, as restrições físicas como limitação de amplitude de movimento e de força muscular impostas pelo manejo cirúrgico são maiores, e afetam diretamente a capacidade destas mulheres nas atividades diárias e profissionais (SHIMOZUMA et. al., 1999 apud DIAS, 2005).

A reeducação da cintura escapular e do membro superior, coloca-se como necessidade básica na paciente mastectomizada, seja qual for a técnica cirúrgica empregada. É fundamental que se restabeleça o mais rapidamente possível a função do membro superior, bem como atuar de maneira preventiva na formação de cicatrizes hipertróficas e aderentes e de disfunções linfáticas que possam se estabelecer tais como, linfedema (CAMARGO; MARX, 2000).

A fisioterapia desempenha um papel fundamental junto a paciente mastectomizada, desde a intervenção mais precoce da cintura escapular e membro superior ate a profilaxia de seqüelas como retração e aderência

cicatricial, fibrose, linfedema, objetivando sempre a melhor qualidade de vida possível para as pacientes. A fisioterapia atua de maneira direta na prevenção, minimização ou regressão das complicações pós-cirúrgicas do câncer de mama, apresentando importante papel no pré e pós-operatório do carcinoma mamário (ACIOLY, 2003).

A fisioterapia desempenha um papel fundamental nestes casos, utilizando recursos terapêuticos específicos (físicos e naturais) para promover não só a recuperação funcional da cintura escapular e de membros superiores (MENKE et. al., 2000 apud ELSNER et. al., 2009), como também minimizar complicações decorrentes do tratamento (BERGAMANN et. al., 2004 apud ELSNER et. al., 2009).

É de suma importância a reabilitação funcional da paciente que realizou cirurgia do câncer de mama, pois suas atividades de vida diária, as transferências e deambulação podem estar comprometidas e essas funções exigem uma combinação de movimentos e uma certa amplitude da articulação do ombro (ACIOLY, 2003).

A abordagem cirúrgica é um processo inevitável que deve ser realizado para o tratamento da doença, independente da técnica radical ou conservadora, a mastectomia, pode determinar complicações físicas, imediata ou tardiamente à cirurgia, tais como: limitação e diminuição de movimentos de ombro e braço, linfedema e variados graus de fibrose da articulação escapuloumeral. A atuação fisioterápica deve começar o mais precocemente possível para prevenção destas complicações (LEITE et. al., 2008).

A fisioterapia está incluída no planejamento da assistência para a reabilitação física no período pré e pós-operatório do câncer de mama, prevenindo algumas complicações, promovendo adequada recuperação funcional e, conseqüentemente, propiciando melhor qualidade de vida (FERREIRA, et. al., 2005).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Neste capítulo serão apresentados os aspectos metodológicos do estudo no que tange a caracterização da pesquisa, a população e a amostra, os instrumentos e os procedimentos utilizados na coleta de dados e procedimentos para análise de dados.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo caracteriza-se como sendo uma pesquisa descritiva, onde o interesse está em conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la, conhecer a natureza do fenômeno, sua composição e os processos que o constituem descrevendo-os, classificando-os e interpretando-os. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados (RUDIO, 2003).

Quanto ao procedimento técnico é um estudo transversal de prevalência. Este tipo de estudo avalia a relação entre doenças, agravos ou características relacionadas a saúde, e outras variáveis de interesse, a partir de dados coletados simultaneamente em uma população (LAST, 2001).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo da presente pesquisa compreendeu 17 mulheres contidas na lista de espera ou que realizavam tratamento fisioterapêutico na Clínica Escola de Fisioterapia da UNISUL, Pedra Branca – Palhoça com objetivo de tratamento do câncer de mama.

A amostra foi composta por 6 mulheres mastectomizadas no tratamento cirúrgico do câncer de mama, enquadravam-se nos critérios de inclusão. Para fins estatísticos esta amostra foi dividida em 2 grupos, constituído por mulheres que nunca ou não realizam tratamento fisioterapêutico

(GRUPO A) pelos sujeitos 1 e 2 onde respectivamente possuem 2 anos e 6 anos de cirurgia e quem realiza fisioterapia (GRUPO B) composto dos sujeitos 3, 4, 5 e 6, onde respectivamente possuem 31 anos, 2 anos, 2 anos e 1 ano de cirurgia.

Devido a amostra ser pequena por alguns sujeitos possuir os critérios de exclusão, e as pesquisadoras não conseguiram entrar em contato com outras por haver números de telefones errados e inexistentes.

Os critérios de inclusão foram:

- As mulheres que realizaram a mastectomia radical;
- Serem atendidas na clínica ou estão na lista de espera.

Segue os critérios de Exclusão:

- Mulheres que não consigam responder o questionário por não entendimento;
- Mulheres que tenham realizado a reconstrução mamária ou cirurgias conservadoras.

3.3 MATERIAIS/INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Para se conseguir atingir o objetivo principal do estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário com dados de identificação (nome, idade e idade da menarca e menopausa, uso de antidepressivos, tipo de cirurgia, lateralidade, tempo de cirurgia, terapias adjuvantes, se realizou alguma vez ou realiza fisioterapia, complicações).
- Questionário SF-36 (Versão Brasileira) – O questionário SF-36 é composto por 36 itens, divididos em oito dimensões: função física (dez itens), limitações atribuídas aos problemas da saúde física (quatro itens), limitações atribuídas aos problemas da saúde emocional (três itens), função social (dois

itens), saúde mental (cinco itens), dor (dois itens), vitalidade (energia/ fadiga): (quatro itens), percepção da saúde geral (cinco itens). Esta última dimensão inclui ainda um item que considera o estado de saúde atual comparado há um ano atrás, que é computado à parte. A escala estende-se de zero (o pior estado de saúde) a cem (o melhor estado de saúde) para cada dimensão. Um escore total de todos os oito parâmetros foi obtido com um escore máximo de cem para QV. Foi traduzido e validado no Brasil em 1997 pela pesquisadora Rozana Mesquita Ciconelli (MARTINEZ, 2002).

3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETAS DE DADOS

Inicialmente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISUL para análise. O projeto foi aprovado no CEP da UNISUL através do parecer de número 11.324.4.08 III (Anexo C).

O procedimento de coleta de dados iniciou com agendamento das mulheres.

Inicialmente apresentou-se ao sujeito o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) para assinatura que nos permitisse sua inclusão no estudo, assim autorizando dar início.

O procedimento deu-se pelo preenchimento realizado pelas pesquisadoras da ficha de avaliação com seus dados de identificação (Anexo A) e a aplicação do Questionário SF-36 (Anexo B) onde as pesquisadoras perguntavam aos sujeitos.

A data e o horário para a avaliação foi agendado previamente com as pesquisadoras e os indivíduos selecionados foram chamados individualmente em uma sala reservada, para realizar a coleta de dados.

Os sujeitos da pesquisa têm a sua identidade preservada e, somente as pesquisadoras e orientadora tem acesso aos dados, garantindo sigilo e privacidade aos indivíduos.

Para dar início a presente pesquisa inicialmente foi verificado os arquivos da Clínica Escola de Fisioterapia da Unisul, os prontuários de

atendimento e a lista de espera das pacientes, para obter informações sobre a população prevista.

3.5 TRATAMENTO DOS DADOS

A análise dos resultados obtidos na coleta de dados referente a ficha de avaliação e o Questionário SF-36, foi utilizado o programa Excel da Microsoft® 2007 para a elaboração de tabelas.

Os dados obtidos foram organizados e tabulados em planilhas gerados a partir da tabulação, os dados foram tratados através de estatística descritiva (frequência, média e desvio-padrão), pelo programa Microsoft Excel for Windows® 2007, sendo feita à conferência manual para identificação de valores equivocados e/ou erros de digitação, os quais serão corrigidos, quando necessário.

Posteriormente os resultados foram organizados em gráficos e tabelas a fim de facilitar a visualização e discussão dos mesmos, sendo discutidos com a literatura pesquisada.

Os resultados relevantes serão apresentados à comunidade científica sendo eles positivos ou não e será elaborado um artigo científico para futura publicação.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Cabe ressaltar que tal pesquisa atendeu as exigências éticas e científicas fundamentais de acordo com a Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde/Conselho Nacional de Pesquisa (CNS/CONEP) que preconiza os princípios da autonomia, não maleficência, justiça e equidade.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo serão apresentados os dados coletados através da ficha de Avaliação com os dados de identificação e o Questionário SF-36. Os dados foram expostos em forma de tabelas e gráficos e discutidos com base na literatura encontrada.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os dados referentes às características das mulheres que preencheram os critérios de inclusão no estudo estão resumidos na tabela 1 e 2.

De acordo com os critérios do estudo foram incluídas na amostra 6 mulheres, com média de idade 60 anos.

Tabela1 – Característica das mulheres que preencheram os critérios de inclusão.

VARIÁVEL	NÚMERO	MÉDIA	D.P.	%
IDADE	-	60	14,07	-
Até 35 anos	-	-	-	-
> 35 anos	6	-	-	100
TEMPO DE	-	7,33	11,72	-
CIRURGIA	-	-	-	-
1 ano a 5 anos	4	-	-	66,66
5 anos a 10 anos	1	-	-	16,66
> 10 anos	1	-	-	16,66
MENOPAUSA		50,16	5,27	-
Sim	6	-	-	100
Não	-	-	-	-
MENARCA	-	14,33	2,06	-
Até 15 anos	4	-	-	66,66
> 16 anos	2	-	-	33,33

Fonte: Dados das pesquisadoras (2011).

A maioria das mulheres realizaram a cirurgia de câncer de mama no período de 1 a 5 anos, todas mulheres encontram-se na menopausa com

idade media de 50,16 anos e a idade media da menarca foi 14,33 anos (Tabela 1).

Segundo Thuler (2003) o simples fato de pertencer ao sexo feminino constitui-se no fator de risco mais importante. Embora homens possam apresentar este tipo de câncer, a doença é pelo menos 100 a 150 vezes mais freqüente entre as mulheres. Isto se deve a maior quantidade de tecido mamário encontrado nas mulheres e a sua exposição ao estrogênio endógeno.

Paiva et. al. (2002) em um estudo sobre fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora (MG) coloca que o principal fator de risco para a ocorrência do câncer de mama é a idade avançada.

Para Thuler (2003) a maior contribuição para a gênese do câncer de mama vem da idade, sendo o envelhecimento o único fator de risco conhecido em muitos casos. No Brasil, para o período compreendido entre 1996 e 2000, dados de incidência dos Registros de Câncer de Base Populacional de Goiânia, São Paulo e Manaus indicam que 60 a 70% dos casos novos ocorreram na faixa etária compreendida entre os 40 e 69 anos de idade. No que diz respeito à mortalidade por câncer de mama, dados disponíveis para o período de 1996 a 2000 mostram que 91% das mortes foram registradas em mulheres com mais de 40 anos de idade, indo ao encontro do presente estudo.

O INCA considera que a menarca precoce, a menopausa tardia (após os 50 anos de idade), a ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos e a nuliparidade, sejam fatores de risco para o câncer de mama (INCA, 2012-2013).

Considera-se menarca precoce quando ocorrida com onze anos ou menos e primeira gestação completa tardia quando com trinta anos ou mais" (PAIVA et .al., 2002).

Thuler (2003) relata que mulheres com história de menarca precoce têm maiores riscos de desenvolverem câncer de mama. Sabe-se que o estrogênio tem um importante papel no câncer de mama ao induzir o crescimento das células do tecido mamário, o que aumenta o potencial de alterações genéticas e, conseqüentemente, o desenvolvimento do câncer. Por isso, qualquer fator que leve a um aumento no estrogênio poderá levar também a um aumento no risco de ficar doente por câncer de mama.

No estudo de Paiva et. al. (2002) 27,5% (22/80) dos casos de câncer de mama ocorreram em mulheres em pré-menopausa. A idade média da menopausa natural foi de 44,7 anos. A idade da menarca variou entre os casos dos 9 aos 20 anos. O presente estudo corrobora com os achados da literatura apresentando uma idade média 47,6 anos para a menopausa.

Uma atividade cíclica ovariana longa, com uma menarca precoce e/ou menopausa tardia, estão associados a um alto risco de desenvolvimento de câncer de mama. Estima-se um decréscimo de 4,7% no risco de desenvolvimento de câncer de mama para cada ano de menarca que se atrasa. Um período fértil de 30 anos ou mais foi relatado como um fator que aumenta em duas vezes a chance de câncer de mama. Ciclos menstruais irregulares são fatores protetores para câncer de mama (PAIVA et. al., 2002).

4.2 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Os dados referentes a algumas variáveis consideradas relevantes da doença atual entre as mulheres que participaram do estudo estão resumidos na tabela 2.

Tabela 2 – Variáveis relacionadas à doença.

VARIÁVEL	NÚMERO	MÉDIA	D.P.	%
LATERALIDADE	-	3	0	-
Direita	3	-	-	50
Esquerda	3	-	-	50
Bilateral	-	-	-	-
Tipo de cirurgia	-	2	1	-
Halsted	1	-	-	16,66
Patey	2	-	-	33,33
Madden	3	-	-	50
Não sei	-	-	-	0
Fisioterapia	-	2	1,73	-
Sim	4	-	-	66,66
Não no momento	1	-	-	16,66
Nunca	1	-	-	16,66
ANTIDEPRESSIVOS	-	3	0	-
Sim	3	-	-	50
Não	3	-	-	50
Complicações	-	6	0	-
Sim	6	-	-	100
Não	-	-	-	0

Fonte: Dados das pesquisadoras (2011).

Com relação à lateralidade do câncer de mama houve igualdade nos lados 50% ambas. Quanto ao tipo de cirurgia a amostra se dividiu em 50% do tipo radical modificada Madden, Patey 33,33% e apenas 16,66% do tipo radical Halsted. As complicações pós-operatórias surgiram em 100% da amostra e o uso de antidepressivos 50% das mulheres.

Freitas et al. (2001) apud Batiston e Santiago (2005), escrevem que avanços significativos foram observados nas últimas décadas no que se refere ao tratamento cirúrgico do câncer de mama, a partir da mastectomia clássica descrita por Halsted em 1894. Modificações das técnicas cirúrgicas foram realizadas com métodos que preservam o músculo grande peitoral (Patey e Dyson) ou ambos os peitorais (Madden), que passaram a ser conhecidas como mastectomia radical modificada.

Segundo Batiston e Santiago (2005), as técnicas foram evoluindo chegando até as cirurgias conservadoras, mais conhecidas como quadrantectomia e tumorectomia, sendo as técnicas radicais então substituídas

por procedimentos menos mutilantes, que proporcionam melhores resultados estéticos e psicológicos.

No estudo de Moraes et. al. (2006) a mastectomia tipo Patey foi o procedimento adotado na maioria dos casos 152 (60,3%), estando associada ou não aos outros tratamentos, conforme avaliação médica, não estando de acordo com os achados na presente pesquisa.

Em um estudo feito por Ferreira et. al. (2005), observou-se que 50,38% das pacientes tiveram a mama esquerda acometida pelo carcinoma, 44,96% o lado direito e 4,65% foram acometidas bilateralmente, não estando de acordo com o presente estudo. Em nossa pesquisa os dados foram mais equilibrados, distribuídos de forma igualitária a lateralidade como citado anteriormente. O procedimento cirúrgico mais realizado foi a mastectomia tipo Madden, em 66,11% das pacientes, seguida pela quadrantectomia, em 25,61% das pacientes, 3,29% realizaram outras técnicas como a mastectomia simples e a tumorectomia e 4,95% das pacientes não possuíam esses dados reportados.

No estudo realizado por Battiston e Santiago (2005), o tratamento cirúrgico radical foi realizado em 68,8% das mulheres e 31,2% foram submetidas a procedimento cirúrgico conservador.

No estudo de Dias (2005), 72 mulheres realizaram o procedimento cirúrgico para tratamento do câncer de mama, sendo o lado esquerdo o mais cirurgiado (51,38%), seguido do lado direito (45,83%) e ambos (2,79%). As técnicas cirúrgicas mais realizadas foram: mastectomia radical modificada do tipo Madden (50,0%), quadrantectomia (33,33%), mastectomia radical modificada do tipo Patey (8,33%), tumorectomia (5,55%), radical a Halsted (2,79%). Realizaram linfonodectomia axilar 93,24% da amostra.

Tabela 3 – Terapias adjuvantes realizadas.

VARIÁVEL	NÚMERO	%
QUIMIOTERAPIA	-	-
Sim	3	50
Não	3	50
Radioterapia	-	-
Sim	2	33,33
Não	4	66,66
Hormonioterapia	-	-
Sim	3	50
Não	3	50

Fonte: Dados das pesquisadoras (2011).

As terapias adjuvantes mais utilizadas pelas mulheres da amostra foram a quimioterapia (50%) e a hormonioterapia em (50%).

A radioterapia tem um importante papel no controle local da doença. A quimioterapia visa um tratamento sistêmico, o mesmo acontecendo com a hormonioterapia. Entretanto estes dados nos levam novamente a acreditar no diagnóstico tardio, onde os tratamentos realizados são mais radicais e as possibilidades de complicações pós-operatórias se tornam maiores (BERGMANN et. al., 2000).

A cirurgia, associada a radioterapia e a terapia adjuvante, tem como objetivo erradicar a doença local, reduzir ou prevenir a recorrência loco-regional e prolongar a sobrevida. Na terapia adjuvante, são empregadas: a quimioterapia com drogas citotóxicas e a hormonioterapia, que modifica ou modula a resposta dos receptores hormonais. Entretanto, nos casos em que o diagnóstico é feito em estágios mais adiantados, o avanço de novas terapias tem possibilitado as pacientes uma sobrevida com boa qualidade de vida (MORAES et. al., 2006).

Segundo o estudo de Bergmann et. al. (2000) foi preconizada radioterapia adjuvante em 60,3%, quimioterapia em 60,5% e hormonioterapia em 43%.

A utilização da hormonioterapia para o tratamento das pacientes foi percentualmente maior do que a não utilização e pode verificar-se melhor sobrevida para as mulheres que receberam hormonioterapia adjuvante (85,3%) em comparação com aquelas que não usaram (78,2%) ($p=0,05$). A adoção da

terapia hormonal adjuvante tem uma elevada efetividade na melhoria da sobrevida das pacientes com câncer de mama (CINTRA et. al., 2008).

4.3 COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO

Os dados referentes a frequência das complicações pós-operatórias nas mulheres que participaram do estudo estão resumidos na tabela 4.

Tabela 4 – Complicações pós-operatórias.

VARIÁVEL	NÚMERO	%
SENSIBILIDADE ALTERADA	4	66,66
LIMITAÇÃO DE ADM DO OMBRO	5	83,33
ADERÊNCIA TECIDUAL	3	50
LINFEDEMA	5	83,33
SEROMA	1	16,66
FIBROSE	4	66,66

Fonte: Dados das pesquisadoras (2011).

Com base na tabela 4 constatou-se que as principais complicações pós-operatórias nas mulheres da amostra foram: limitação da ADM de ombro (83,33%), linfedema (83,33%).

Para Lima e Vendramini (2006), as cirurgias para tratamento do câncer de mama podem trazer diversas alterações funcionais, seqüelas e complicações para as pacientes submetidas a essa conduta terapêutica, tais como: má cicatrização, fibrose tecidual, síndrome da mama fantasma, alterações respiratórias, diminuição da amplitude de movimento, dores e edema do membro superior, além de retrações cicatriciais e queloides, o que limita ainda mais a amplitude de movimento do membro superior homolateral a intervenção cirúrgica. Algumas das complicações relatadas foram bastante semelhantes as encontradas no presente estudo.

Ivens et. al. (1992) mostram que os efeitos colaterais da dissecação axilar, incluindo dormência, fraqueza, dor, inchaço, e rigidez são comuns e por isso devem ser mencionados no tempo de obtenção do consentimento para o

procedimento operatório. Contudo eles também tendem a ser leve, porém afetam a vida diária em aproximadamente um terço dos pacientes.

Na pesquisa de Batiston e Santiago (2005), foram estudadas as fichas de avaliação fisioterapêutica de 160 pacientes encaminhadas ao Setor de Fisioterapia pelo Serviço de Oncologia do Hospital Universitário da UFMS entre janeiro de 1998 e dezembro de 2001, verificando-se o momento do encaminhamento ao fisioterapeuta e sua relação com as complicações observadas. As complicações observadas foram: limitação do movimento do ombro (61,9%), linfedema (29,4%), aderência cicatricial (3,1%) e alterações sensitivas (2,5%); 19,4% das mulheres não apresentavam complicações.

No estudo de Hack et. al. (1999), referente a morbidez física e psicológica após dissecação de nódulo linfático axilar decorrente de câncer de mama, a amplitude de movimento de ombro foi comprometida em 73% das mulheres, sendo um dos fatores prejudiciais associados significativamente a qualidade de vida e saúde mental, como também demonstrado em nosso estudo.

Segundo Camargo e Marx (2000), Sasaki e Lamari (1997), é comum a articulação do ombro ser a mais afetada devido a hipomobilidade do membro superior homolateral a cirurgia.

Os movimentos de abdução e flexão do ombro são os mais afetados, em geral, essa limitação é decorrente da dor e até mesmo da cicatriz cirúrgica, pois muitas mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico não movimentam o membro superior por medo de deiscência da cirurgia. Entretanto o principal fator limitante é a modificação da cavidade axilar, que tem um importante desempenho na função articular. Quando é realizado o esvaziamento axilar, a serosidade local é retirada, o que pode levar ao desenvolvimento de aderências e dificuldades na movimentação dessa articulação.

A alteração de sensibilidade pode estar relacionada ao procedimento da linfonodectomia axilar. Na tentativa de evitar a dissecação da axila, nos casos desnecessários, para redução de morbidade do procedimento, atualmente se utiliza a biópsia do linfonodo sentinela.

Essa técnica conservadora prediz o estado dos linfonodos axilares nas pacientes com câncer de mama. Após tratamento cirúrgico e

linfonodectomia axilar, a queixa de hipoestesia no metâmero do nervo intercostobraquial e bastante comum na prática ambulatorial (ORNELAS et. al., 2009).

Em um estudo prospectivo, que avaliou 1.004 mulheres, realizado no INCA no Rio de Janeiro, foi observado alta prevalência de alteração sensitiva no trajeto do nervo intercostobraquial (55,3%), seguida pelo relato de dor em membros superiores (40,5%), sensação de peso no membro superior (29,3%) e dor cicatricial (27%) (NOGUEIRA et. al., 2010).

Segundo Turner et. al. (2004), o linfedema é a complicação que mais causa medo após o tratamento do câncer de mama, além disso, pode piorar ao longo dos anos. Acredita-se que pelo menos um terço das mulheres tratadas com linfonodectomia axilar e radiação desenvolvam linfedema.

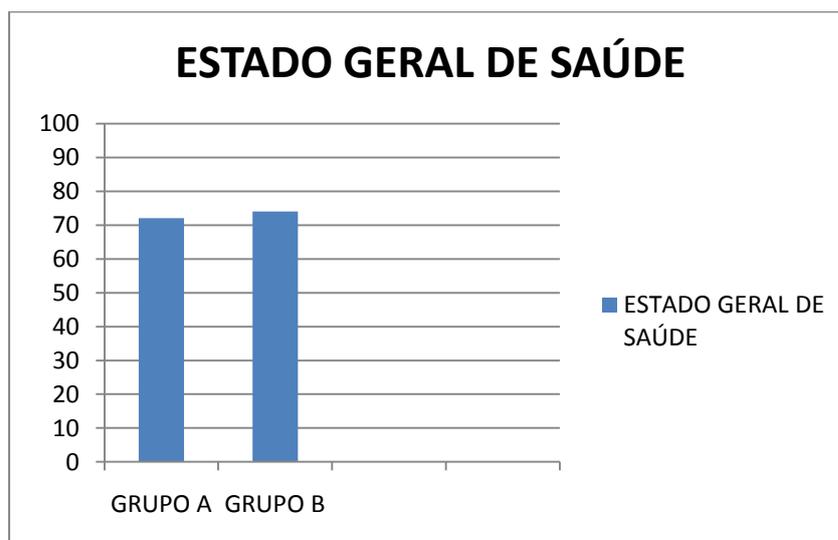
4.3 QUESTIONÁRIO SF-36

Os gráficos seguintes mostram os resultados referentes ao Questionário SF-36

Para cada domínio específico, a fins estatísticos. Vale ressaltar que os valores do questionário de Qualidade de Vida, SF-36, foram expressos em forma de porcentagem, sendo que 100% indica uma melhor qualidade de vida, visto que somam 100 pontos nos escores dos diferentes domínios.

Os resultados foram expostos nos gráficos 1 à 9.

Gráfico 1 – Média do Estado geral de saúde.



Fonte: Dados das pesquisadoras (2011).

Com base no gráfico 1 constatou-se que a diferença não foi significativa tendo no grupo A menor déficit no estado geral da saúde(72%) comparando com o grupo B (74%).

Segundo Helsner et. al. (2009) o aspecto geral de saúde avalia como o paciente se sente em relação a sua saúde global. Acredita-se que isto possa estar ligado a alguns fatores como a persistência da dor, o sentimento de mutilação e as limitações funcionais causadas pelo tratamento cirúrgico.

Mercês (1998) apud Dias (2005), ao avaliar a percepção de pacientes oncológicos sobre a sua qualidade de vida, considerou que esta poderia ser afetada sob diversas dimensões: física, psico-emocional, social, espiritual, e ocupacional. À dimensão física, esta define como compreendendo todos os eventos biológicos, orgânicos e funcionais que ocorrem com o enfermo, bem como o gerenciamento de auto-cuidado.

Os efeitos negativos da cirurgia podem persistir por muitos anos após o tratamento do tumor primário e segundo Krishnan et. al. (2001) e afetam substancialmente a qualidade de vida das mulheres. Muitos sintomas apresentados logo após a cirurgia declinam em até três meses de pós-operatório, no entanto os problemas relacionados a funcionalidade do membro superior homolateral à cirurgia podem persistir (KING et. al., 2001 apud Dias, 2005).

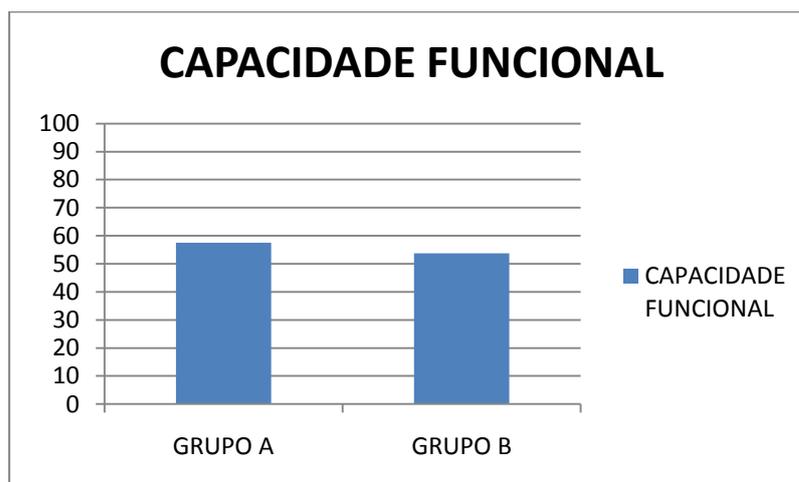
Rodrigues et. al. (1998) apud Dias (2005), colocam que a recuperação e reabilitação após mastectomia é freqüentemente um processo desgastante podendo ser acompanhado de limitações, que as impossibilitam de desenvolver algumas das ações que costumeiramente faziam.

Segundo Silva et. al. (1998) apud Dias (2005), as complicações freqüentes de uma cirurgia de mama, tais como deiscência cicatricial, retrações e fibroses teciduais, dor na incisão cirúrgica e região cérvico-escapular, alterações respiratórias, linfedema, fraqueza muscular, alterações de sensibilidade no membro superior acometido, lesões nervosas, adesões da parede torácica dentre outras, contribuem de forma significativa para a diminuição da amplitude de movimento, prejudicando as atividades da vida diária, e conseqüentemente a qualidade de vida destas mulheres.

Correia et. al. (2007), realizaram um estudo para avaliar a qualidade de vida de mulheres submetidas a mastectomia radical e segmentar, participaram deste estudo 20 mulheres divididas em dois grupos, grupo segmentectomia e grupo radical, os instrumentos para avaliar a qualidade de vida das mulheres foram o SF-36 e o Questionário de Impacto Negativo. No estudo não encontraram diferenças significativas entre os grupos, nos domínios do questionário SF-36. Entretanto, os dados obtidos pelo Questionário de Impacto Negativo mostram que o grupo radical foi o mais comprometido após o procedimento cirúrgico.

Elsner et. al. (2009), realizaram um estudo para avaliar o efeito da hidroterapia na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas, participaram 3 mulheres, as quais responderam o questionário SF-36 antes e após as 10 sessões de hidroterapia. Concluíram que a hidroterapia é eficaz na reabilitação de pacientes mastectomizadas, pois proporciona benefícios físicos e funcionais, auxilia na melhora do estado emocional das pacientes, e conseqüentemente, na qualidade de vida destas.

Gráfico 2 – Média da Capacidade Funcional



Fonte: Dados das pesquisadoras (2011).

Com base no gráfico 2 constatou-se que a diferença não foi significativa tendo no grupo B menos capacidade funcional (53,75%) comparando com o grupo A (57,5%).

A capacidade funcional avalia a presença e a extensão delimitações relacionadas à capacidade física.

Segundo Champion e Lange (2000) a melhora desse componente deve-se ao alívio da dor e espasmos musculares, manutenção ou aumento da amplitude de movimento das articulações, fortalecimento dos músculos enfraquecidos e aumento na sua tolerância aos exercícios, encorajamento das atividades funcionais, etc.

Segundo Resende et. al. (2005) as principais complicações que surgem durante o tratamento da paciente pós mastectomizadas incluem incapacidade funcional, limitação articular, contratura da musculatura da região escapular, (principalmente de trapézio e adutores), medo da dor, deiscência e possibilidade de incapacidade do membro superior.

Soares et al. (2001), definem a maneira pela qual os pacientes avaliam seu nível de funcionalidade e satisfação em relação a um padrão ideal por eles mesmos definido.

Com relação ao bem estar físico-funcional, mulheres que realizaram cirurgias recentes principalmente radicais relatam maior insatisfação, e o maior problema relacionado às cirurgias conservadoras diz respeito ao medo da recidiva do câncer (ARORA, 2001 apud Dias, 2005).

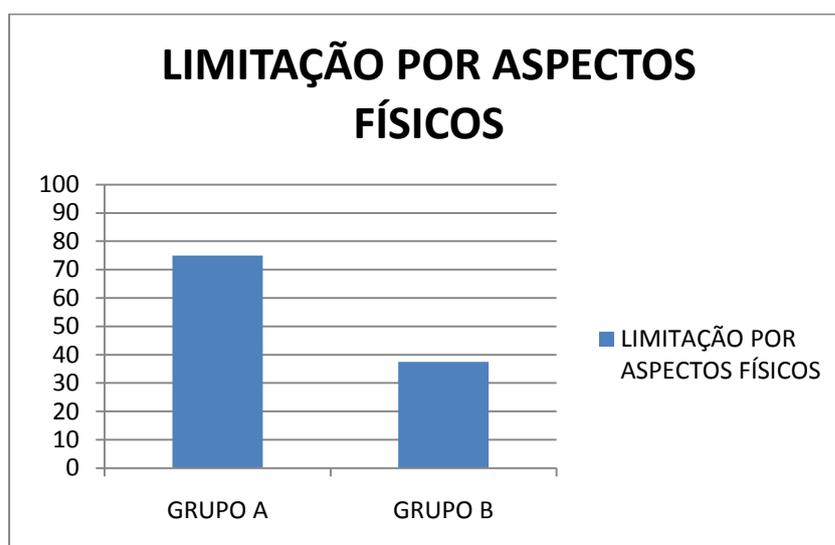
A longo prazo Dorval et. al (1998) apud Dias (2005), não encontraram diferenças estatisticamente significantes entre os tipos de cirurgias no que diz respeito à saúde física, estado emocional e funcionamento psicossocial.

A fisioterapia tem sido recomendada para auxiliar as mulheres a recuperarem funcionalmente a articulação escápulo-umeral, e quanto antes iniciarem o seu tratamento menos perdas, em termos de movimento terão (BOX et. al., 2002).

Através da realização de fisioterapia as mulheres podem prevenir e/ou tratar seqüelas decorrentes do procedimento cirúrgico, tais como: aderências cicatriciais, limitações da amplitude de movimento e força no membro superior homolateral a cirurgia, linfedema, alterações de sensibilidade, alterações posturais entre outras.

Capodaglio et. al. (1997) apud Dias (2005), colocam que a capacidade funcional dos membros superiores é de fundamental importância para a maioria das atividades diárias e esta capacidade é muitas vezes prejudicada nas pacientes que realizaram a mastectomia devido ao próprio procedimento cirúrgico e a linfadenectomia axilar.

Gráfico 3 – Média da Limitação por Aspectos Físicos



Fonte: Dados das pesquisadoras (2011).

Com base no gráfico 3 constatou-se que o grupo A possui maior limitação por aspectos físicos (75%) comparando com o grupo B (37,5%).

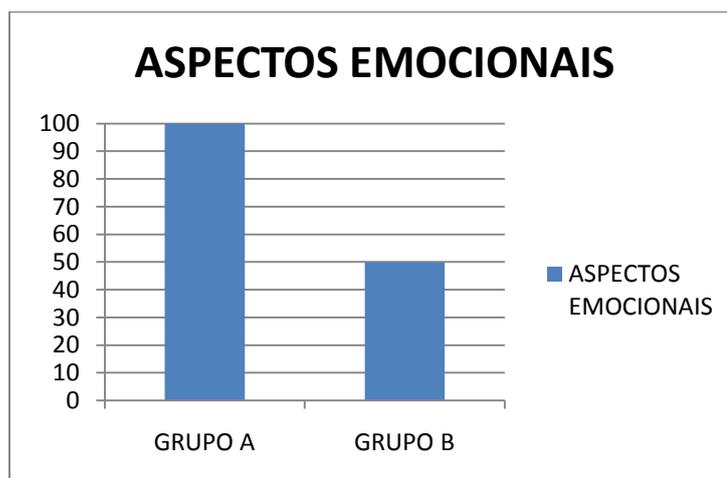
Segundo Helsner et. al. (2009) o aspecto físico avalia as limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, bem como quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho e das AVDs. Muitas vezes, a realização de AVDs é dificultada pela presença de dor ou simplesmente por receio que as pacientes tenham em desenvolver complicações em decorrência do esforço empregado em atividades domésticas e do trabalho.

Mellette (1985) apud Dias (2005) coloca que as mulheres que realizam cirurgias radicais podem ter maiores dificuldades em realizar trabalhos manuais os quais requerem uma maior aptidão física, do que as que realizaram cirurgias conservadoras.

A indisposição para o trabalho mostra-se como um componente físico na diminuição do desempenho profissional e ainda se torna um problema de stress emocional causando também problemas de concentração (MOCK, 1998 apud Dias, 2005).

Jammal et. al. (2008), verificaram que a fisioterapia tem em vista não somente a recuperação do câncer, mas também a reabilitação global no âmbito físico, a fisioterapia desempenha um papel fundamental nesta nova etapa da vida da mulher operada, pois além de significar um conjunto de possibilidades terapêuticas físicas passíveis de intervir desde a mais precoce recuperação funcional, até a profilaxia das seqüelas, além de diminuir o tempo de recuperação, com retorno mais rápido às atividades cotidianas e ocupacionais, colaborando com sua reintegração à sociedade, sem limitações funcionais.

Gráfico 4 – Média dos Aspectos Emocionais



Fonte: Dados das pesquisadoras (2011).

Com base no gráfico 4 constatou-se que o grupo A não possui limitação por aspectos emocionais (100%) comparando com o grupo B (50%).

Segundo Helsner et. al. (2009) as terapias realizadas em grupo são extremamente benéficas aos pacientes por proporcionarem trocas de experiências.

Segundo Venâncio (2007) afirma que reunir pacientes com a mesma doença num grupo só traz vantagens, já que permite ao paciente perceber e aceitar melhor seus problemas vendo esses nos outros, aprendendo a tolerar o que repudiam em si, melhorando assim a resolução da doença.

As experiências pelas quais passam as mulheres frente ao câncer de mama, ocorrem como um processo dinâmico na busca de adaptação e equilíbrio, uma vez que passam a conviver com perdas, alterações da imagem corporal, complicações ligadas a sua insegurança e ainda, com as incertezas da doença (CALIRI et. al., 1998 apud Dias, 2005).

Pacientes com linfedema pós-mastectomia, segundo Bergmann (1998), queixam-se de dificuldade em conviver socialmente, em se vestir, procurando ao máximo esconder esta condição na tentativa de evitar explicações, o que prejudica sua auto-estima, imagem corporal, relação social e sexual, todos estes fatores importantes para a qualidade de vida.

O linfedema é considerado uma das principais complicações decorrentes das cirurgias para tratamento do câncer de mama que se associam a retirada de linfonodos axilares. Nesta pesquisa 14,86% das mulheres relataram o

linfedema como queixa principal que atualmente interfere na sua qualidade de vida.

Beaulac et. al. (2002) apud Dias (2005), mostraram que o linfedema pode afetar significativamente a qualidade de vida das mulheres independente do tipo de cirurgia realizada.

Segundo Panobianco; Mamede (2002) o linfedema é considerado um incômodo físico e muitas vezes emocional para as mulheres, e em alguns casos as mesmas poderão apresentar sintomas de ansiedade e depressão necessitando de suporte psicológico.

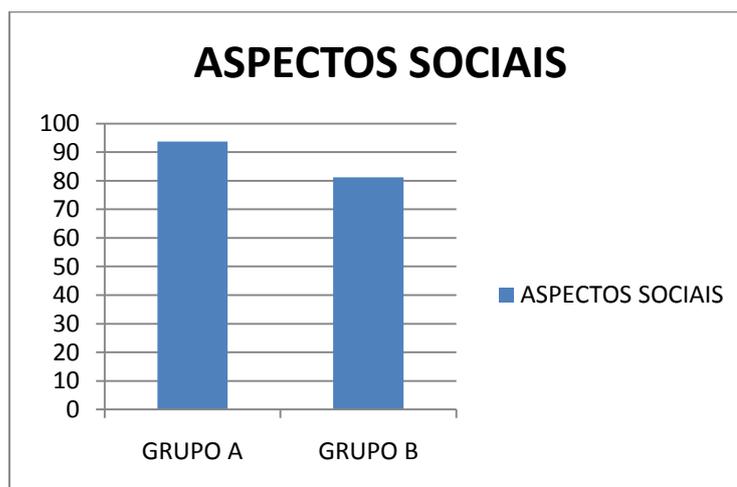
Rockson (1998) apud Dias (2005), afirma que apesar da alta incidência de linfedema, os fatores predisponentes para o seu desenvolvimento permanecem pouco compreendidos.

Bosombra et. al. (2002) apud Dias (2005), complementam que por ser uma condição não letal, o linfedema recebe menos atenção nas pesquisas e estudos quando comparados a outras áreas. O linfedema pode trazer problemas no trabalho, alterações da imagem corporal, problemas com vestuário e perda do interesse por atividades sociais.

Muitas opções de tratamento para o linfedema são descritas, mas nenhuma oferece uma redução permanente ou eliminação completa do problema (Mackenzie; Kalda, 2003 apud Dias, 2005).

Segundo Bergmann (1998), pacientes com linfedema pós mastectomia queixam-se, de dificuldade de conviver socialmente, em se vestir, procurando o máximo esconder esta condição na tentativa de evitar explicações, o que prejudica sua auto-estima, imagem corporal, relação social e sexual, todos estes fatores importantes na qualidade de vida.

Gráfico 5 – Média dos Aspectos Sociais



Fonte: Dados das pesquisadoras (2011).

Com base no gráfico 5 constatou-se que o grupo A possui menor limitação por aspectos sociais (93,75%) comparando com o grupo B (81,25%).

Segundo Helsner et. al. (2009) os aspectos sociais analisam a integração do indivíduo em atividades sociais.

Segundo Sales et. al. (2001) verificou em seu estudo que o relacionamento familiar e social não mudou em 60% das pacientes após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

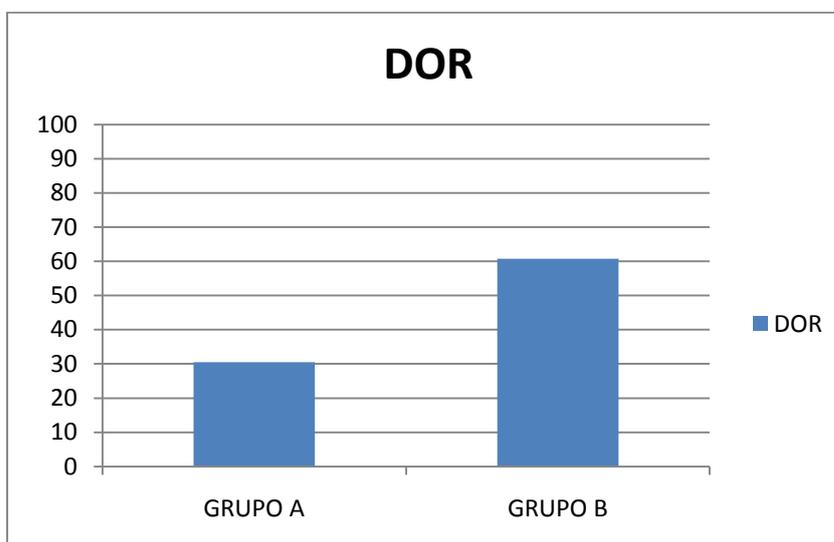
Mamede et. al. (2000), ressaltam que o tratamento para o câncer de mama, em especial a cirurgia, acarreta para a mulher uma série de conseqüências de ordem física e emocional, dentre as quais destacam-se aquelas relacionadas ao desempenho de suas atividades na vida diária e de seus papéis sociais.

Sales et. al. (2001), relataram em seu estudo, que 22% das pacientes referiram que problemas físicos decorrentes da doença e do tratamento determinaram influências na vida pessoal, social e familiar. Das 50 pacientes com diagnóstico de carcinoma de mama entrevistadas por estes autores, os problemas físicos e situações mencionadas foram: a dor pré (4%) e pós-cirúrgica (8%), a própria doença (6%), a dor da metástase (2%), mutilação (2%), o tratamento radioterápico (2%) e o cirúrgico (2%). Nesta mesma pesquisa, as conseqüências das alterações físicas apresentadas pelas pacientes na sua qualidade de vida foram a introversão (4%), a dependência dos outros (4%), o nervosismo (4%), o choque das pessoas (4%), medo (4%),

vergonha de se vestir (2%), o distanciamento das pessoas (2%) e problemas com alimentação e sono (2%). Afirmam ainda que as razões pelas quais estas pacientes avaliam sua qualidade de vida como ruim ou regular compreendem dor, insônia, dificuldades psicológicas, preocupações financeiras e medo da recorrência neoplásica.

Segundo Moreira e Manaia (2005), todo tipo de integração da paciente com o meio social é realizado por meio de participação em grupo ou por terapias que façam redescobrirem seu corpo e sua capacidade de agir com ele. Com isso, oferece-se à paciente melhora na auto-estima e, assim, melhorando sua qualidade de vida.

Gráfico 6 – Média da Dor



Fonte: Dados das pesquisadoras (2011).

Com base no gráfico 7 constatou-se que o grupo A possui mais dor (30,5%) comparando com o grupo B (60,75%), contradizendo os resultados no módulo aspectos emocionais.

Segundo Helsner et. al. (2009) o componente dor avalia a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas atividades da vida diária.

De acordo com Silva (2003) a dor pode ocorrer em um período pós-operatório mais tardio, dando ao paciente um desconforto muito grande. Sua principal causa é a limitação de movimento do membro superior acometido, provavelmente por retrações músculo aponeuróticas, as quais podem levar a fibrose e à inflamação local.

A dor é colocada neste estudo como um dos principais problemas que afetam a qualidade de vida. Casso et. al. (2004) declaram que a presença de dor após o câncer de mama tem um profundo impacto na qualidade de vida, interferindo no dia-a-dia e bem estar das mulheres. Naquelas pacientes que realizaram radioterapia pós-operatória a dor na mama pode estar relacionada a irritações de pele (STANTON et. al., 2001 apud Dias, 2005).

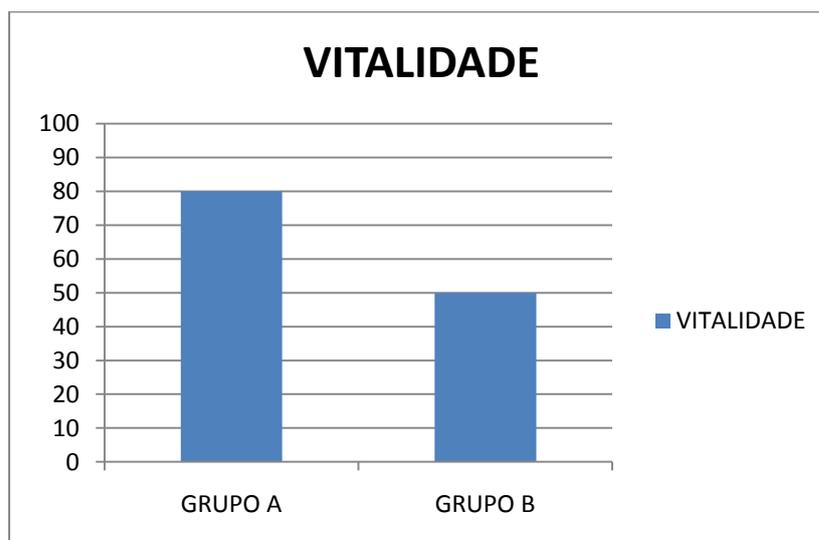
A presença de dor costuma dificultar a execução das atividades diárias e profissionais em mulheres após cirurgia de mama (SHIMOZUMA et. al., 1999; SALES et. al., 2001 apud Dias, 2005).

A fisioterapia tem sido recomendada para auxiliar as mulheres a recuperarem funcionalmente a articulação escápulo-umeral, e quanto antes iniciarem o seu tratamento menos perdas, em termos de movimento terão (BOX et. al., 2002).

Através da realização de fisioterapia as mulheres podem prevenir e/ou tratar seqüelas decorrentes do procedimento cirúrgico, tais como: aderências cicatriciais, limitações da amplitude de movimento e força no membro superior homolateral a cirurgia, linfedema, alterações de sensibilidade, alterações posturais entre outras. A detecção cada vez mais precoce do câncer, o avanço no tratamento e o número crescente de sobreviventes, têm levado os profissionais de saúde envolvidos no tratamento desses doentes, a dar maior ênfase para a qualidade de vida dos mesmos (DIAS, 2005).

Mamede et. al. (2000) apud Dias (2005), enfatizam a importância de uma assistência multiprofissional, voltada para a reabilitação de mulheres com câncer de mama, uma vez que seu tratamento leva a sérios problemas físicos, emocionais, sociais e sexuais.

Gráfico 7 – Média da Vitalidade



Fonte: Dados das pesquisadoras (2011).

Com base no gráfico 7 constatou-se que o grupo A possui mais vitalidade por aspectos físicos (80%) comparando com o grupo B (50%).

Segundo Helsner et. al. (2009) o componente vitalidade avalia o nível de energia e de fadiga, e o fato de não ter atingido uma melhora significativa talvez se justifique pelo fato das pacientes ainda sentirem dor ou ainda por apresentarem limitação na amplitude de movimento.

Silva (1998) coloca que pacientes submetidas a tratamento fisioterapêutico têm seu tempo de recuperação diminuído, retorno mais rápido as suas atividades da vida cotidiana, ocupacional e desportiva, readquirem amplitude de movimento, postura e auto-estima e principalmente, tem suas complicações pós-operatórias reduzidas, o que resulta em uma melhor recuperação e qualidade de vida.

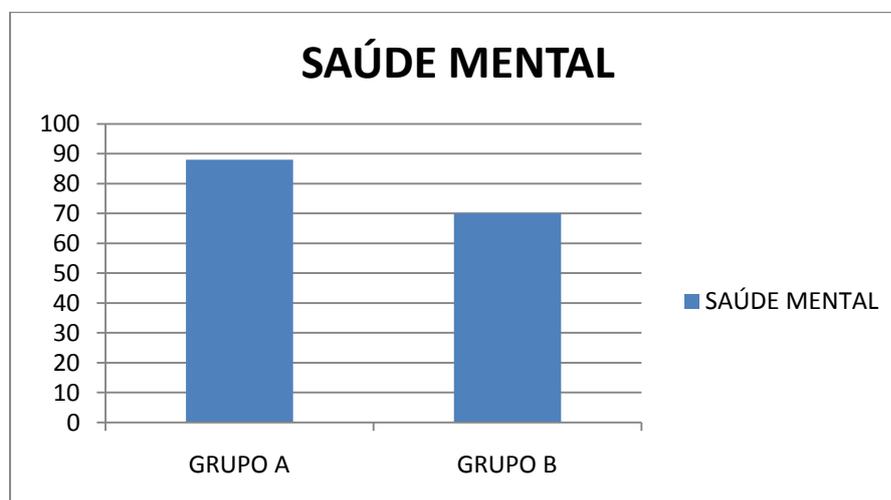
Mamede et. al. (2000) apud Dias (2005) enfatizam a importância de uma assistência multiprofissional voltada para a reabilitação de mulheres com câncer de mama, uma vez que seu tratamento leva a sérios problemas físicos, emocionais, sociais e sexuais.

Bradley (2002) apud Dias (2005) demonstra que o câncer de mama tem um efeito negativo na decisão de voltar ao trabalho e isso poderá trazer às mulheres problemas de ordem psicológica e sócio-econômica.

Maunsell et. al. (1999) apud Dias (2005) consideram que o retorno e a manutenção do emprego podem ser componentes fundamentais na

qualidade de vida em mulheres tratadas após o câncer de mama. O retorno ao trabalho mostra às mulheres a sua recuperação, o controle da doença, seu bem estar, representando desta forma um passo para o seu futuro.

Gráfico 8 – Média da Saúde Mental



Fonte: Dados das pesquisadoras (2011).

Com base no gráfico 8 constatou-se que o grupo A possui uma melhor saúde mental (88%) comparando com o grupo B (70%).

Segundo Moreira e Manaia (2005) saúde mental inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico. Em um estudo semelhante a este, o autor indica a necessidade da abordagem interdisciplinar no tratamento de mulheres mastectomizadas, pois somente assim será possível obter o ajustamento psicológico e aceitação da enfermidade pelos familiares.

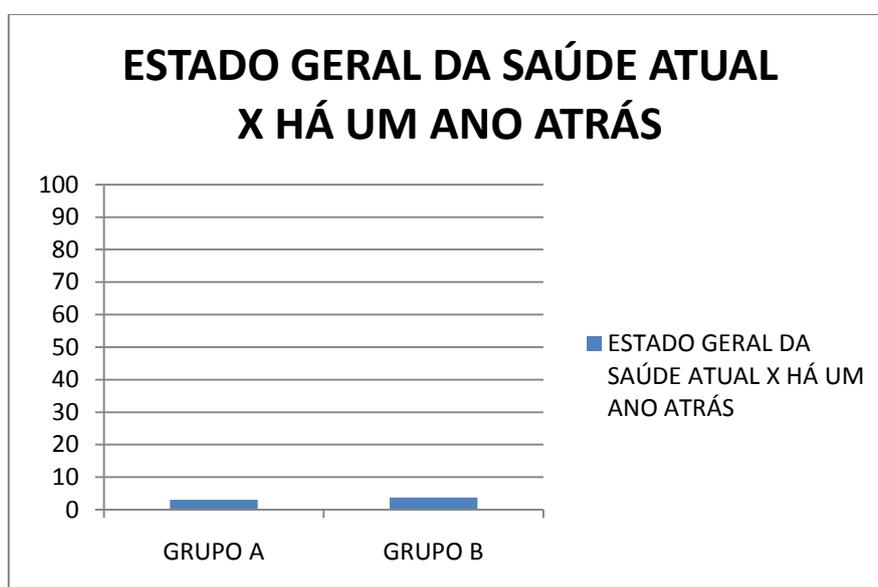
Janni et. al. (2001) apud Dias (2005), demonstram que existe uma grande insatisfação com a imagem corporal e um alto grau de stress emocional causado pela aparência física em mulheres que realizaram cirurgias radicais, principalmente quando são avaliadas mulheres mais jovens. Os autores relatam que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao estado emocional e papéis sociais porém estes achados também foram encontrados por Pusic et. al. (1999).

Maunsell (1999) apud Dias (2005) relata que as mulheres demonstram diferentes apreensões com relação ao retorno ao trabalho, principalmente no que diz respeito aos efeitos do tratamento e condições

físicas. O autor observa ainda que as mulheres sentem medo de perder seus empregos ou modificarem suas funções profissionais por se sentirem menos competentes e com receio de desapontar seus colegas de trabalho.

Segundo Moreira e Manaia (2005) todo tipo de integração da paciente com o meio social é realizado por meio de participação em grupo ou por terapias que façam redescobrirem seu corpo e sua capacidade de agir com ele. Com isso, oferece-se à paciente melhora na auto-estima e, assim, melhorando sua qualidade de vida.

Gráfico 9 – Média do Estado Geral da Saúde Atual X Há um ano Atrás



Fonte: Dados das pesquisadoras (2011).

Com base no gráfico 9 onde não pertence a nenhum componente anterior, constatou-se que a diferença não foi significativa tendo no grupo A maior limitação (3%) comparando com o grupo B (3,75%).

Das complicações do grupo B (realizam fisioterapia) a maioria ainda permanece e trata de linfedema, fibrose cicatricial e limitação de amplitude de movimento.

A aplicação do questionário de qualidade de vida demonstrou que embora o grupo que realiza a Fisioterapia, tenha apresentado menores valores nos domínios do SF-36, deve-se levar em consideração que estas mulheres são as que apresentam maiores complicações relacionadas à cirurgia de mama, e buscam atenção fisioterapêutica.

No estudo de Gouveia et. al. (2008) três pacientes relataram não terem recebido tratamento fisioterapêutico no pós-operatório imediato, duas tiveram- no até oito meses, duas até quatro meses e duas logo após a cirurgia. No estudo os autores avaliaram quantitativamente a ADM do ombro nos movimentos de flexão, extensão e abdução em mulheres mastectomizadas, comparando-o com o lado contralateral à cirurgia e, nas 29 pacientes avaliadas por biofotogrametria computadorizada, encontraram diferenças significantes nos movimentos de flexão do ombro; neste estudo, além da flexão, foi encontrada limitação significativa também na abdução do ombro.

Tengrup et. al. (2000) relatam que 49% das pacientes avaliadas desenvolveram problemas na mobilidade do ombro após a cirurgia e Brennan; Depompolo; Gardem (1996), relatam que a incidência do linfedema varia de 5,5% a 80%; para Petrek e Heelan (1998), essa incidência varia entre 15 e 20%; e Mondry (2000) acredita que 6% a 30% das mulheres irão desenvolver um linfedema em algum momento de sua vida após a cirurgia para câncer de mama (AZAMBUJA et. al., 2008).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hegg (2000) afirma que o carcinoma de mama tem sua importância fundamentada em diversos aspectos: alta incidência, elevado índice de mortalidade, dificuldade para estabelecer diagnóstico precocemente e a escassez de informações sobre seu comportamento biológico.

Morelle e Garicochea (2000) apud Dias (2005), afirmam que o câncer de mama constitui uma doença de grande impacto na saúde pública mundial. Esta patologia é, provavelmente, a mais temida pelas mulheres devido à sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção de sexualidade e a própria imagem pessoal.

Existem diversos conceitos para o termo qualidade de vida.

A Organização Mundial e Saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores no quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

No estudo de Moreira e Manaia (2005), que avaliou 14 mulheres submetidas à mastectomia concluíram que a atuação fisioterapêutica no tratamento da paciente submetida à mastectomia promove melhora da qualidade de vida total.

Silva (1998) coloca que pacientes submetidas a tratamento fisioterapêutico têm seu tempo de recuperação diminuído, retorno mais rápido as suas atividades da vida cotidiana, ocupacional e desportiva, readquirem amplitude de movimento, postura e auto-estima e principalmente, tem suas complicações pós-operatórias reduzidas, o que resulta em uma melhor recuperação e qualidade de vida.

Diante da pesquisa realizada observou-se que a média de idade foi 60 anos; a maioria das mulheres realizaram a cirurgia de câncer de mama no período de 1 a 5 anos; todas mulheres já tiveram o fim dos ciclos menstruais (menopausa) com idade média de 50,16 anos e a idade média da menarca foi 14,33 anos; com relação a lateralidade do câncer de mama houve igualdade nos lados 50% ambas; ao tipo de cirurgia 50% do tipo radical modificada Madden, Patey 33,33% e apenas 16,66% do tipo radical Halsted; as complicações do pós-operatórias surgiram em 100% da amostra sendo as principais limitação da ADM de ombro (83,33%), linfedema (83,33%) e o uso de antidepressivos 50% das mulheres; as terapias adjuvantes mais utilizadas pelas mulheres da amostra foram a quimioterapia (50%) e a hormonioterapia em (50%); Constatou-se que o grupo A (não realiza fisioterapia) possui maior déficit no estado geral da saúde comparando ao grupo B, que realiza fisioterapia; apresentou também maiores escores no domínio dor. No entanto o grupo B possui menos capacidade funcional comparando com o grupo A, mas os valores são próximos; Maior limitação por aspectos físicos; emocionais e limitação por aspectos sociais, quando comparados ao grupo A que possui maior vitalidade por aspectos físicos e melhor saúde mental.

Verificamos também que a fisioterapia possibilita uma melhor qualidade de vida no que diz respeito à dor, e a realização das AVD's nas mulheres mastectomizadas.

Podemos considerar, com base na literatura analisada, que há uma dificuldade conceitual da expressão qualidade de vida e não há consenso

sobre qual instrumento a ser utilizado ou qual o melhor momento para se avaliar a qualidade de vida.

Sugere-se para dar continuidade na pesquisa, com um maior número de mulheres, para que a análise estatística possa ser realizada com números suficientes que possibilitem maiores comparações.

Por fim, a busca na melhora da assistência a essas mulheres, pelos profissionais de saúde, deve ser ponto central no programa de tratamento e a qualidade de vida, sendo esta um aspecto importante a ser mensurado, pois avalia as várias dimensões da doença e cria parâmetros para práticas assistenciais cotidianas nos serviços de saúde.

REFERENCIAS

ACIOLY, Marília Carmem de Araujo Cardoso Sampaio. **Carcinoma Mamário: Orientações Fisioterapêuticas na Fase Ambulatorial.2003.** Disponível em: <<http://www.santafisio.com/trabalhos/ver.asp?codigo=177>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

ALMEIDA, Raquel Ayres de. Impacto da mastectomia na vida da mulher. *Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, dez. 2006.*

ARÁN, M.R.; ZAHAR, S.; DELGADO, P.G.G.; SOUZA, C.M.; CABRAL, C.P.S.; VIEGAS, M. (1996). Representações de pacientes mastectomizadas sobre doença e mutilação e seu impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 45 (11), 633-639.

AZAMBUJA, Laís Rosa Souza; CARMO, Edna Maria do; BIROLI, Marcela Fernanda Val; PEREIRA, Renata Santos; MORIMOTO, Juliana; MARINHO, Marcela Pereira. **Avaliação da qualidade de vida de mulheres Mastectomizadas inseridas em um programa de Fisioterapia aquática. Departamento de Fisioterapia - FCT/UNESP.** 2008. Disponível em: <http://prope.unesp.br/xxi_cic/27_02460466196.pdf> Acesso em: 01 de Nov. de 2011.

BARRETO, RAS; SUZUKI, K; LIMA, MA; MOREIRA, AA. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008;10(1):110-123.**

BATISTON, Adriane Pires; SANTIAGO, Silvia Maria. **Fisioterapia e complicações fisiofuncionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.12, n.3, p.30-35. 2005.** Disponível em: <http://www.crefito3.org.br/revista/usp/05_09_12/pdf/31_complicacoes.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2011.

BERGMANN, Anke; MATTOS, Inês Echenique; KOIFMAN, Rosalina Jorge. **Prevalência de Linfedema Subseqüente a tratamento cirúrgico para câncer de mama.** Dissertação Apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública. Dezembro 2000.

BERGMANN, Anke. Tratamento Fisioterápico de Linfedema. **Revista Fisio&Terapia. Ano II, n.7, 1998. p.16-17.**

BLAND K. I; COPELAND E. M. **A Mama: tratamento compreensivo das doenças benignas e malignas.** São Paulo: Manole, 1994.

BOFF, A. R. **Repercussões associadas à terapêutica cirúrgica de mulheres com câncer de mama.** Dissertação (Mestrado Departamento de Saúde

Materno-Infantil)- Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1999.

BOX, RC; Reul, Hirche HM; Bullock, Saxton JE. Furnival, CM. Physiotherapy after breast cancer surgery: results of a randomized controlled study to minimise lymphoedema. **Breast Cancer Res Treat** 2002;**75:51-64**.

CAMARGO, Marcia Colliri; MARX, Angela Gonçalves. **Reabilitação física no câncer de mama**. São Paulo: Roca, 2000. xiv, 173 p.

CAMPION, MR; LANGE, MC. **Hidroterapia: princípios e prática**. São Paulo: Manole; 2000.

CARVALHO, Patrícia Luciene de. **Qualidade de vida das mulheres com câncer de mama atendidas na cidade de Joinville-SC**. 2007 Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente) UNIVILLE-Universidade da Região de Joinville, 2007

CECIL, BENNETT, J.Claude(MD); PLUM, Fred(MD). **Tratado de Medicina interna**. 20ª edição. Rio de Janeiro: volume. 1997.

CINTRA, Jana Duarte Rocha; GUERRA, Maximiliano Ribeiro; TEIXEIRA-BUSTAMANTE, Maria Teresa. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas a quimioterapia adjuvante. **Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v.54, n. 4, p.339-346, abr. 2008**.

CORREIA, Grasiéla Nascimento; OLIVEIRA, Jussara de; FERRARI, Raquel Agnelli Mesquita. Avaliação da qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia radical e segmentar. **Fisioterapia e pesquisa, 2007 14(3) 31-6**

COUCEIRO, Tania Cursino de Menezes; MENEZES, Telma Cursino; VALENÇA, Marcelo de Moraes. Síndrome Dolorosa Pós-Mastectomia. A Magnitude do Problema - Artigo de Revisão. **Revista Brasileira de Anestesiologia. Vol. 59, No 3, Maio-Junho, 2009**

DIAS, Mirella. **Impacto das cirurgias para tratamento do câncer de mama na qualidade de vida e atividade profissional**. 2005. 97 f. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005

DUARTE, TP; ANDRADE, AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia. 2003;8(1):155-163**.

ELSNER, Viviane R.; TRENTIN, Regina P.; HORN, Carla C. **Efeito da hidroterapia na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas**. **Arq Ciênc Saúde** 2009 abr/jun;**16(2):67-71**

FREITAS, F. et al. **Rotinas em ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

FREITAS, Ruffo Junior de; RIBEIRO, Luiz Fernando Jube; TAIA, Lucia; KAJITA, Daissuke; FERNANDES, Marcus Vinicius; QUEIROZ, Geraldo Silva. Linfedema em Pacientes Submetidas a Mastectomia Radical Modificada. **Revista Brasileira de Ginecologia & e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 205-208, 2001.**

FERREIRA, PCA; NEVES, NM, CORREA, RD, BARBOSA, SD; PAIM, C; GOMES, NF; et al. **Educação e assistência fisioterapêutica às pacientes pós-cirurgia do câncer de mama.** In: 8º Encontro de Extensão da UFMG; 2005. Belo Horizonte. Anais. Belo Horizonte; 2005

FEUSER, Alessandra Fernandes; JUNIOR, Aderbal Silva Aguiar. **Efeitos do Estilo de vida sedentário na qualidade de vida em mulheres pós câncer de mama do Vale do Braço do Norte.** Trabalho de conclusão de Curso. Braço do Norte, 2007..

GARDNER, E.; GRAY, D. J.; RAHILLY, R. **Anatomia: estudo regional do corpo humano.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOMES, Flávia Azevedo; PANOBIANCO, Marislei Sanches; FERREIRA, Cintia Braghetto; KEBBE, Leonardo Martins; MEIRELLES, Maria Cristina Cortez Carneiro. Utilização de Grupos na Reabilitação de Mulheres com Câncer de Mama. **R Enferm UERJ 2003; 11:292-5.**

GOUVEIA, Priscila Fernandes; GONZALEZ, Estela de Oliveira; GRER, Patrícia Arduino; FERNANDES, Camila Amaro; LIMA, Maurício Corrêa. Avaliação da amplitude de movimento e força da cintura escapular em pacientes de pós-operatório tardio de mastectomia radical modificada. **Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.15, n.2, p.172-6, abr./jun. 2008**

GUIRRO, ECO; GUIRRO, RRJ. **Fisioterapia dermatofuncional: fundamentos, recursos, patologias.** 3 ed. São Paulo: Manole; 2002

GYTON, A. **Tratado de Fisiologia Médica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 8a ed. 1992.

HACK, Thomas F.; COHEN, Lorenzo; KATZ, Joel; ROBSON, Lynda S.; GOSS, Paul. Physical and psychological morbidity after axillary lymph node dissection for breast cancer. **Journal of Clinical Oncology, v. 17, n. 1, p. 143-149,** January 1999. Disponível em: <<http://jco.ascopubs.org/content/17/1/143.full.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2011.

HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia.** 3. ed. São Paulo: Roca, 2000.

HARRISON, TR; RESNICK, WR; WINTROLE, MM. **Medicina interna.** 14 ed. Rio de Janeiro: Mac Graw Hill; 1998.

HEGG, Roberto. Câncer de mama. **Revista Brasileira de Medicina – Especial Mulher. v.57, n.5, 2000. p.463-473.**

INCA 2012-2013. **Câncer de mama**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>
Acesso em: 25 de Nov. de 2011

IVENS, D; HOE, A. L; PODD, T. J; HAMILTON, C. R; TAYLOR, I; ROYLE, G. T. Assessment of morbidity from complete axillary dissection. **British Journal of Cancer**, v. 66, n. 1, p.136-138, july 1992. Disponível em:
<<http://ukpmc.ac.uk/backend/ptpmcrender.cgi?accid=PMC1977908&blobtype=pdf>>. Acesso em: 21 Nov. 2011.

JAMMAL, PM; MACHADO MAR; RODRIGUES RL. **Fisioterapia na Reabilitação de Mulheres Operadas por Câncer de Mama**. O Mundo da Saúde São Paulo; 2008. 32 (4): 506-510.

KISNER, C.; COLBY L.A. **Exercícios Terapêuticos – fundamentos e técnicas**. Rio de Janeiro: Editora Manole Ltd. 1998.

LAST, John M. **A dictionary of epidemiology**. ed. 4. New York: Oxford University Press. 2001.

LEITE, Aline; VIANNA, Ana Luisa; GUTERRES, Andreza; COSTA, Daniela; SAES, Franciele; MACIEL, Isadora; HOFFMANN, Natacha; MOREIRA Flaviano. **Importância da Fisioterapia na Assistência às Mulheres Mastectomizadas. XVII CIC X ENPOS. Nov. 2008**. Disponível em:
<http://www.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS_00644.pdf> Acesso em: 17 de Nov. de 2011..

LIMA, Ines Alexandra; VENDRAMINI, Taisa. Reeducação postural global em pacientes mastectomizadas. **Revista Fisiobrasil, Sao Carlos, v. 10, n. 78, p. 7-13, Jul./Ago 2006**.

MAKLUF, Ana Silvia Diniz; DIAS, Prof. Dr^a Rosângela Corrêa; BARRA, Dr. Alexandre de Almeida. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revisão Literária, Revista Brasileira de Cancerologia 2006; 52(1): 49-58**.

MALZYNER, A. **Metamorfose de uma angústia: o tratamento do câncer de mama de Halsted ao BRCA-1**. In M. G. G. Gimenes & M. H. Favero (Orgs.), *A mulher e o câncer* (pp. 72-107). Campinas: Editorial Psy, 1997.

MAMEDE, Marli Villela et al. Orientações pós-mastectomia: o papel da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia. v.46, n.1, 2000. p. 57-62**.

MARTINEZ, M. C. **As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador**. São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado – Programa de Pós- Graduação do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

MASTRELLA, Adriana de Souza; JÚNIOR, Ruffo Freitas; PAULINELLI, Régis Resende; SOARES, Leonardo Ribeiro. Escápula Alada Pós-Linfadenectomia no Tratamento de câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2009; 55(4): 397-404

MENKE, CH; BIAZÚS, JV; CAVALHEIRO, JÁ; RABIN, EG; CERICATTO, R. Rotinas em mastologia. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

MINISTERIODASAUDE. **Instituto Nacional do Câncer: Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso, 2004.**

MORAES, Anaelena Braganca; ZANINI, Roselaine Ruviano; TURCHIELLO, Marcelo Scalvenzi., RIBOLDI, Joao; MEDEIROS, Lidia Rosi. Estudo da sobrevida de pacientes com cancer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos De Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2219-2228, out. 2006.**

MOREIRA, ECH; MANAIA, CAR. **Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina**[dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina;2005 [citado 2007 Set 20]. Disponível em: <http://www.uel.br/proppg/semina/pdf/semina_26_1_20_28.pdf> Acesso em 21 de Nov. de 2011.

MOREIRA, Eliane Cristina Hilberath; MANAIA, Clárcia Aparecida Rodrigues.**Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 26, n. 1, p. 21-30, jan./jun. 2005

NOGUEIRA EA, BERGMANN A, PAIXÃO E, THULER LCS. Alterações Sensitivas, Tratamento Cirúrgico e Nervo intercostobraquial: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2010; 56 (1):85-91

NOGUEIRA, PVG; GUIRRO, ECO; PALAURO, VA. Efeitos da facilitação neuromuscular proprioceptiva na performance funcional de mulheres mastectomizadas. **Fisiot Brasil** 2005;6(1):28-35.

ORNELAS, Fernanda Aparecida de; RODRIGUES, Jose Ricardo Paciencia; UEMURA, Gilberto. Análise sensitiva convencional no pos-cirurgico de cancer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 53-59, abr./jun. 2009.** Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br/revista%202009/19-02/pag%2053.pdf>>. Acesso em: 20 de Nov. 2011.

PAIVA, Carlos Eduardo; RIBEIRO, Bianco Sakamoto; GODINHO, Agildo Alvarenga; MEIRELLES, Ricardo de Souza Portes; SILVA, Eduardo Vignoli Guzella da Silva; MARQUES, Guilherme D'addazio; ROSSINI, Olamir Junior. Fatores de Risco para Cancer de Mama em Juiz de Fora (MG): um estudo

caso-controle. **Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v.48, n. 2, p. 231-237, set. 2002.**

PANOBIANCO, M. S.; MAMEDE, M. V. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. **Revista Latino Americana de Enfermagem. v. 10, n. 4, p. 544-51, 2002.**

PANOBIANCO, Marislei Sanches; SAMPAIO, Bárbara Alexandre Lespinassi; CAETANO, Edilaine Assunção; INOCENTI, Aline; GOZZO, Thais de Oliveira. Comparação da cicatrização pós-mastectomia entre mulheres portadoras e não-portadoras de diabetes mellitus. **Rev. Rene, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 15-22**

PEDERSEN, L; GUNNARSDOTTIR, K.A; RASMUSSEN, B.B; MOELLER, S; LANNG, C. **The prognostic influence of multifocality in breast cancer patients. Breast 2004; 13:188-93.**

PIATO, S. **Mastologia.** São Paulo: Roca, 1995.

REZENDE, LF; FRANCO, RL; GURGEL, MSC. Fisioterapia aplicada à fase pós-operatória de câncer de mama: o que considerar. **Rev Ciênc Méd (Campinas). 2005;14(3):295-302.**

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

SALES, C.A.C.C.; PAIVA, L.; SCANDIUZZI, D.; ANJOS, A.C.Y. (2001). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia. 47 (3), 263-72.**

SASAKI, Tania; LAMARI, Neuseli Marino. Reabilitação funcional precoce pós mastectomia. **HB científica, Sao Jose do Rio Preto, v. 4, n. 2, p. 121-127, mai./ago. 1997.**

SEID, EMF; ZANNON, CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública. 2004;20(2):580-8.**

SILVA, Benedito Borges; MENDES, Lucas Cronemberger Maia; COSTA, Nayanna Kelly Braga; HOLANDA, Lorena Guimarães Martins; LIMA, Giordana Portela; TELES, João Batista Mendes; VIEIRA, Sabas Carlos. Síndrome da mama fantasma: características clínicas e epidemiológicas. **Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(9):446-51**

SILVA, IR. **O impacto das orientações ergonômicas e o tratamento fisioterapêutico na saúde das mulheres pós-cirúrgicas de câncer de mama que retornam ao trabalho**[dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003 [citado 2007 Set 20]. Disponível em: <http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/publicacoes/iara_rodrigues.pdf> Acesso em: 21 de Nov. de 2011.

THULER, Luiz Claudio. Consideracoes sobre a prevencao do cancer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 49, n. 3, p.227-238, jun. 2003.**

TURNER, J.; HAYES, S.; REUL-HIRCHE, H. Improving the physical status and quality of life of women treated for breast cancer: a pilot study of a structured exercise intervention. **Journal of Surgical Oncology, v. 86, n. 3, p. 141-146, jun. 2004.**

VELLOSO FSB, BARRA AA, DIAS RC. Morbidade de Membros Superiores e Qualidade de Vida após a Biópsia de Linfonodo Sentinela para o tratamento do Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia 2009; 55 (1):75-85**

VENÂNCIO, JL . **Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama** [citado 2007 Out24]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/revisao3.pdf> Acesso em: 29 de Nov. de 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP UNISUL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Título da pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES PÓS MASTECTOMIA E SUA RELAÇÃO COM A FISIOTERAPIA.**

A Senhora está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir se deseja participar, é importante que a Senhora entenda por que esta pesquisa será feita, como suas informações serão usadas, o que o estudo pode envolver e os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos. Por favor, leia com atenção e cuidado as informações a seguir e se desejar, discuta com sua família e com o seu médico, para que a decisão sobre a sua participação possa ser uma decisão bem informada.

QUAL OBJETIVO DESTE ESTUDO E QUAIS AS INFORMAÇÕES DISPONÍVEIS?

Este estudo está sendo realizado na Clínica Escola de Fisioterapia da UNISUL – Pedra Branca/ Palhoça e as pesquisadoras são graduadas em Fisioterapia da UNISUL Aline de Matos e Fernanda Silva sob a orientação e supervisão da fisioterapeuta da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do CEPON e Professora da UNISUL, Mirella Dias. O objetivo desta pesquisa é Avaliar a qualidade de vida das mulheres tratadas cirurgicamente por câncer de mama, comparando-as no aspecto de realizar tratamento fisioterapêutico e que não realiza.

EU TENHO QUE PARTICIPAR?

Cabe a senhora decidir se irá ou não participar. Mesmo que a senhora não queira participar do estudo, a senhora não terá nenhuma desvantagem, inclusive em relação ao tratamento médico e aos cuidados que a senhora tenha direito de receber. Caso decida participar, a senhora irá receber este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar. Mesmo que decida participar, a senhora ainda será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar a sua desistência. Isso não irá afetar de maneira nenhuma, o padrão de cuidados que a senhora irá receber. Sua participação poderá ser interrompida sem o seu consentimento caso a senhora se torne inelegível (não ter certas características para continuar no estudo). Ocorrendo esta situação, a senhora será imediatamente informada.

O QUE ACONTECERÁ COMIGO SE EU PARTICIPAR?

Sua avaliação vai constar do preenchimento de um questionário de qualidade de vida e avaliação física, onde serão anotados dados referentes informações de como você sente e de como é capaz de realizar a atividades de vida diária, essas dificuldades de realizar as atividades de vida diária interferem na vida emocional e social, dor, contraturas musculares, queixa principal. Essa avaliação será realizado em período de

uma hora, sendo que a senhora terá que responder o questionário de vida. Acrescento também que a senhora não precisa usar nenhuma roupa especial, não terá nenhum gasto extra, e os dados serão confidenciais.

QUAIS SÃO OS POSSÍVEIS DESCONFORTOS QUE POSSO TER SE PARTICIPAR?

A aplicação do questionário não causará nenhum desconforto, lembrando que a senhora só responde o questionário se quiser.

O QUE ACONTECERÁ COM AS INFORMAÇÕES DESTA PESQUISA E COMO OS DADOS PESSOAIS DA SENHORA SERÃO UTILIZADOS?

Informo que seus dados serão mantidos sob sigilo absoluto e privado, de posse somente pelas pesquisadoras e orientadora desta pesquisa. Também não serão tiradas fotos, nem realizadas filmagens dos procedimentos. A divulgação dos resultados visará apenas mostrar os possíveis benefícios obtidos na pesquisa em questão. Vale ressaltar que somente as pesquisadoras terão acesso aos dados e os mesmos tornar-se-ão públicos sejam eles positivos ou negativos, garantido a divulgação da pesquisa. Os dados estarão sob responsabilidade das pesquisadoras, em processador próprio, pelo período de 5 anos, garantindo a segurança dos mesmos. A divulgação das informações no meio científico serão anônimas e em conjunto com as informações de todos os participantes da pesquisa, sendo que a senhora poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

QUE CUSTOS TEREI SE PARTICIPAR?

Por ser voluntário e sem interesse financeiro, a senhora não terá nenhum gasto extra e também não terá direito a nenhuma remuneração.

QUAIS OS POSSÍVEIS BENEFÍCIOS QUE POSSO TER SE PARTICIPAR?

Espera-se que a partir da coleta dos dados, composta pela avaliação, possamos entregar para cada responsável a situação da saúde a fim de alertar, prevenir e promover qualidade de vida, porém isso não pode ser uma garantia. Pode ser que a senhora não tenha nenhum benefício com o estudo.

COM QUEM DEVO ENTRAR EM CONTATO SE NECESSITAR DE MAIS INFORMAÇÕES?

Em caso de qualquer dano relacionado ao estudo, ou sempre que a senhora tiver qualquer dúvida sobre o estudo, por favor, entre em contato com:

Professora Mirella Dias Telefone: 8414-0514

Alunas Aline de Matos Telefone: 9952-0776

Fernanda Silva Telefone: 9909-3749

Eu, (nome do paciente ou responsável legal em letras de forma).....
 recebi informações sobre o estudo acima, além disso, li e entendi todas as informações fornecidas sobre minha participação nesta pesquisa.

Tive a oportunidade de discuti-las e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu voluntariamente concordo em participar deste estudo.

Ao assinar este termo de consentimento, estou de pleno acordo com os dados a serem coletados, podendo os mesmos serem utilizados conforme descrito neste termo de consentimento. Entendo que receberei uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura da pessoa que aplicou este termo

Nome da pessoa que aplicou este termo

.....

.....

Data .../.../.....

Assinatura do paciente

Nome do paciente

Data .../.../.....

ANEXO

Sujeito 3			
Sujeito 4			
Sujeito 5			
Sujeito 6			

TEMPO DE CIRURGIA	1 ANO A 5 ANOS	5 ANOS A 10 ANOS	MAIS DE 10 ANOS
Sujeito 1			
Sujeito 2			
Sujeito 3			
Sujeito 4			
Sujeito 5			
Sujeito 6			

FISIOTERAPIA	SIM (HÁ QUANTO TEMPO? COM QUANTO TEMPO DE P.O INICIOU?)	NÃO (NO MOMENTO. MAS JÁ REALIZOU POR QUANTO TEMPO? COM QUANTO TEMPO DE P.O INICIOU?)	NUNCA
Sujeito 1			
Sujeito 2			
Sujeito 3			
Sujeito 4			
Sujeito 5			
Sujeito 6			

ANTIDEPRESSIVOS	SIM	NÃO	NÃO MAIS
Sujeito 1			
Sujeito 2			
Sujeito 3			
Sujeito 4			
Sujeito 5			
Sujeito 6			

TERAPIAS ADJUVANTES	QUIMIOTERAPIA	RADIOTERAPIA	HORMONIOTERAPIA	NENHUMA
Sujeito 1				
Sujeito 2				
Sujeito 3				
Sujeito 4				
Sujeito 5				
Sujeito 6				

COMPLICAÇÕES	Suj. 1	Suj. 2	Suj. 3	Suj. 4	Suj. 5	Suj. 6
RESPIRATÓRIAS						
INFECÇÃO/INFLAMAÇÃO DA CICATRIZ						
SENSIBILIDADE ALTERADA						
NECROSE TECIDUAL						
LIMITAÇÃO DE ADM DO OMBRO						
ADERÊNCIA TECIDUAL						
DEICÊNCIA CICATRICIAL						
LINFEDEMA						
SEROMA						
HEMORRAGIA						
FIBROSE						
NENHUMA COMPLICAÇÃO						
OUTRAS						

ANEXO B – Questionário SF-36

ESTADO GERAL DE SAÚDE – SF 36

Questionário traduzido e validado para o português em 1997 por Ciconelli (MARTINEZ, 2002)

Instruções: Esta parte da pesquisa questiona vocês sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

DADOS PESSOAIS
Idade: _____ anos
Sexo: F () M ()
ESTADO CIVIL
()solteiro ()Casado ()Separado ()Viúvo
FORMAÇÃO
<input type="checkbox"/> 1º grau completo
<input type="checkbox"/> 1º grau incompleto
<input type="checkbox"/> 2º grau incompleto
<input type="checkbox"/> 2º grau completo
<input type="checkbox"/> Superior completo
<input type="checkbox"/> Superior incompleto

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árdus.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou se vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

Sim		Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhum a	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma	1	2	3	4	5	6

pessoa muito nervosa?						
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Tabela dos Escores do Medical Outcome SF 36

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	

06	<p>Se a resposta for</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>	<p>Pontuação</p> <p>5</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>
07	<p>Se a resposta for</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p>	<p>Pontuação</p> <p>6,0</p> <p>5,4</p> <p>4,2</p> <p>3,1</p> <p>2,0</p> <p>1,0</p>
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escorre da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	

09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p style="text-align: center;">Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p style="text-align: center;">Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p style="text-align: center;">Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p style="text-align: center;">Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p style="text-align: center;">Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p style="text-align: center;">Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p style="text-align: center;">Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>
10	Considerar o mesmo valor.
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p style="text-align: center;">Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p style="text-align: center;">Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p style="text-align: center;">Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p style="text-align: center;">Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p style="text-align: center;">Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

***Domínio:**

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100

Variação (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO C – Parecer do CEP

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL

Pedra Branca, 02 de dezembro de 2011.

Registro no CEP (código): 11.324.4.08.III

Ao pesquisador(a): Prof(a). Mirella Dias
Aline de Matos
Curso de Fisioterapia - Campi PB

Prezado(a) Senhor(a),

Vimos, através deste, informar que o projeto de pesquisa "Avaliação da Qualidade de Vida em mulheres Pós Mastectomizadas e sua relação com a Fisioterapia", foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL. Este CEP-UNISUL segue a legislação federal brasileira. Trata-se de colegiado criado para contribuir ao desenvolvimento da pesquisa na UNISUL dentro de elevados padrões éticos. Avalia, eticamente, projetos de pesquisas em seres humanos (não somente os da área de saúde), projetos envolvendo biossegurança, pesquisas com cooperação estrangeira, pesquisas de novos fármacos, novas vacinas ou novos testes diagnósticos, ou qualquer projeto de pesquisa que envolva um problema que exija avaliação ética.

Gostaríamos de salientar que, embora aprovado, qualquer alteração dos procedimentos e metodologias que houver durante a realização do projeto em questão, deverá ser informado imediatamente ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL.

Cordialmente,



Prof. Pedro Santos
Coordenador do CEP-UNISUL

 Universidade do Sul de Santa Catarina
Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP UNISUL