

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

GESILANI JÚLIA DA SILVA HONÓRIO

**INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM IDOSAS
SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CÂNCER
DE MAMA**

**FLORIANÓPOLIS
2014**

GESILANI JÚLIA DA SILVA HONÓRIO

**INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM IDOSAS
SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CÂNCER
DE MAMA**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do Grau de Doutor em Enfermagem.

Prof^ª. Orientadora: Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

**FLORIANÓPOLIS
2014**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Honório, Gesilani Júlia da Silva
INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM IDOSAS SUBMETIDAS A
TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CÂNCER DE MAMA / Gesilani Júlia
da Silva Honório ; orientadora, Sílvia Maria Azevedo dos
Santos - Florianópolis, SC, 2014.
220 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Neoplasia de mama. 3. Mastectomia. 4.
Fisioterapia. 5. Idoso. I. Santos, Sílvia Maria Azevedo
dos. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

GESILANI JÚLIA DA SILVA HONÓRIO

**INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM IDOSAS
SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CANCER
DE MAMA**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

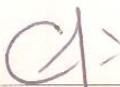
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 29 de setembro de 2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.**

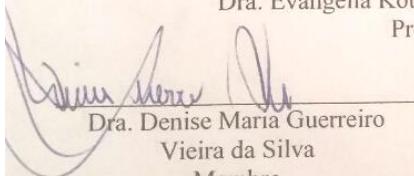


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

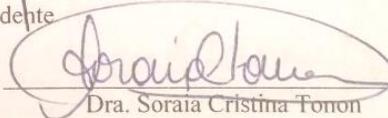
Banca Examinadora:



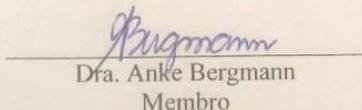
Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Presidente



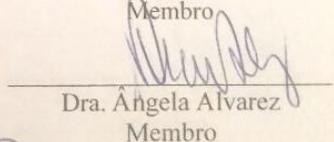
Dra. Denise Maria Guerreiro
Vieira da Silva
Membro



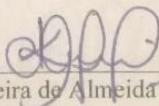
Dra. Soraia Cristina Tonon
da Luz
Membro



Dra. Anke Bergmann
Membro



Dra. Angela Alvarez
Membro



Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt
Membro

Dedico este trabalho a minha maior incentivadora! Desde que eu era muito pequena, dava-me força e garra para alcançar meus objetivos. Vó Maria, sei que estás comigo e que continuas a me cuidar. Este trabalho e esta etapa de minha vida dedico a você. Obrigada por todo o carinho e estímulo!

AGRADECIMENTOS

Às minhas queridas participantes, mulheres guerreiras e que se dispuseram a trilhar comigo este caminho de muito esforço, mas com muitas conquistas. Obrigada pela confiança e carinho nesta trajetória, vocês me fizeram crescer, além de profissionalmente, pessoalmente. É por mulheres como vocês que cada vez tenho mais interesse e vontade em estudar o universo feminino.

Às minhas estimadas alunas Saionara, Keyla e Débora, minhas auxiliares e companheiras, que me ajudaram e foram essenciais nos atendimentos.

Às professoras, que compuseram a banca examinadora, Dra. Denise Guerreiro, Dra. Anke Bergmann, Dra. Ângela Alvarez, Dra. Karina Hammerschmidt, assim como às professoras presentes na qualificação, Dra. Silvia Nassar e Dra. Odaléa Brüggmann. Agradeço pela disponibilidade e contribuições. Vocês são exemplo de profissionais, educadoras e mulheres, a quem tenho muita admiração. Fico lisonjeada de tê-las presentes neste momento especial de minha vida. Agradeço especialmente minha coorientadora de coração, professora Dra. Soraia Tonon da Luz, que além de sempre me incentivar é uma pessoa que admiro e que tenho um carinho imenso.

Agradeço à Professora Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, que me apoiou na defesa como presidente da banca examinadora, auxiliando-me neste momento importante, contribuindo de forma tão especial.

À minha orientadora maravilhosa, Professora Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos, que me auxiliou, guiou e me mostrou novos caminhos e perspectivas, construindo, em conjunto comigo, esta pesquisa. Agradeço também pelo apoio em todos os momentos, desde que nos conhecemos, e pela possibilidade de ser sua orientanda, assim como pela sua confiança em mim.

Aos membros do Grupo de Estudos sobre Cuidados em Saúde de Pessoas Idosas (GESPI), grupo acolhedor e no qual pude aprender cada vez mais sobre o processo do envelhecimento. Agradeço pelas ajudas, pelas experiências e discussões nos nossos encontros.

Aos colegas da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), em especial do Laboratório de Biomecânica, local que iniciei meus “experimentos” como pesquisadora, ainda na graduação como bolsista de iniciação científica. Sem o estímulo de vocês com certeza não estaria nesta fase de minha trajetória acadêmica. Agradeço especialmente: Professor Ms. Mário César de Andrade, meu eterno

orientador, que sempre se mostra disposto a me auxiliar em todos os momentos; Professor Dr. Aluisio Otavio Vargas Avila, orientador do meu curso de mestrado e quem me apresentou à pesquisa científica; e Professora Dra. Deyse Borges Machado, pelos seus ensinamentos e ajuda em todos os sentidos.

Aos queridos colegas da Maternidade Carmela Dutra da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), pelos anos vivenciados, pelas experiências adquiridas com vocês, pelo acolhimento que tiveram comigo e o carinho que me transmitem. Agradeço especialmente às minhas amigas da UTI Neonatal, pela nossa parceria, pelos momentos de alegrias que passamos, por todo o apoio e incentivo que sempre me deram. Especialmente às queridas Karine, Rosimary, Cecília e Janete, que além de colegas de trabalho são amigas para todas as horas.

Aos amigos do Centro Universitário Estácio de Sá, local que iniciei minha vida profissional e que fiz muitas amizades. Agradeço a todos que torceram por mim nesta construção de minha vida acadêmica e a todos que de uma forma ou de outra me ajudaram a conseguir passar por esta fase. Agradeço, especialmente, à minha “chefinha” e amiga Professora Rita de Cássia Teodoroski, por me estimular e sempre se mostrar disponível a me ajudar. Também agradeço ao meu novo “chefe” e amigo Professor Jackson Gullo, por toda a força nesta etapa final do doutorado.

Aos meus amigos de longa data e amigos que fiz recentemente, mas que igualmente me fazem ser uma pessoa abençoada pelo carinho e amor de todos vocês. Agradeço pelo alento, estímulo, palavras de conforto, choros, risadas, cumplicidade, carinho. Vocês foram essenciais nestes quatro anos de formação e são fundamentais em minha existência. Amo todos vocês!

À minha amiga Janaina Medeiros de Souza, que desde que nos conhecemos na Estácio construímos uma relação de parceria, carinho e apoio. Obrigada querida amiga por estar sempre comigo!

Ao falar de amizade, quero agradecer à minha grande amiga, companheira, parceira, comadre e incentivadora Karina Brongholi. Obrigada “cumas” por todos os momentos que trilhamos juntas e que iremos trilhar. Obrigada pela parceria no trabalho, onde sempre me apoiaste, e na vida. Obrigada por me deixar fazer parte de sua história!

A todos os meus familiares, pelo apoio e amor, em especial ao meu tio, amigo e compadre Gilzoé da Silva, que em vários momentos desta trajetória e da minha vida soube me dizer palavras de conforto, assim como por todos os momentos maravilhosos vivenciados ao seu lado.

À minha querida irmã Maria Eduarda, pelo seu carinho e amor, assim como minhas amadas cunhadas, Micheline e Melissa, que são como irmãs para mim. Obrigada pela convivência maravilhosa e pelo cuidado que sempre tiveram comigo e com minha família. Agradeço às minhas lindas sobrinhas Brenda e Valentina, por trazerem alegria às nossas vidas. Também agradeço aos meus sogros, Luiz e Sônia, que sempre estão presentes, ajudando no que for necessário.

Aos meus pais, Austregésilo e Rosani, pela atenção, amor, carinho e por todos os estímulos e incentivos. Tenho muita gratidão a vocês, pela educação que me deram, mas especialmente pelos valores que me ensinaram.

Ao meu marido Luiz Felipe, pelo companheirismo e por todos os momentos que passamos juntos nestes quase 20 anos de convivência. Obrigada por acreditar em mim e ser o meu maior incentivador. Agradeço pelo amor, compreensão e apoio! Te amo!

Ao amor maior de minha vida, Maria Fernanda, minha eterna “pequena”. Obrigada querida filha por existir, dando-me tanto orgulho, e por ser esta menina especial, carinhosa, amorosa, querida. Obrigada por ser esta filha tão companheira e que sempre que estava cansada ou desanimada me fazia ter forças para lutar e para continuar os meus objetivos. Tudo que fiz e tudo que faço é pensando em você. Te amo demais!

E a Deus, força que me ilumina, guiando-me e protegendo-me!

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos da intervenção fisioterapêutica a idosas submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama. Caracterizado por abordagem quanti-qualitativa, sendo a revisão integrativa outro método de investigação utilizado. A abordagem quantitativa volta-se a um estudo de caráter série de casos. O referencial teórico associado à abordagem qualitativa baseia-se na antropologia da saúde. A pesquisa ocorreu junto a pacientes oriundas de tratamento cirúrgico realizado na Maternidade Carmela Dutra (MCD), sendo a amostra inicial composta por nove mulheres, cinco finalizaram a intervenção. O laboratório de Biomecânica da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) foi o local para a realização das avaliações físicas, sendo feitas no primeiro encontro (AV1), após 15 atendimentos (AV2) e após 30 atendimentos (AV3). Foram verificadas a condição cutânea e linfática, amplitude de movimento, circunferência dos segmentos superiores, sensibilidade cutânea e aspectos de dor. A intervenção foi iniciada após a AV1, ocorrendo de uma a duas vezes por semana, com duração de uma hora, sendo feitos 30 atendimentos no ambulatório de fisioterapia da MCD. Foi realizada entrevista semiestruturada ao final dos 30 encontros. A revisão integrativa ocorreu através da seleção bibliográfica nas bases: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), PUBMED, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e *Scopus*; através da combinação dos descritores (DeCS): *mastectomy, physiotherapy, aged; mastectomía, fisioterapia, anciano; mastectomia, fisioterapia, idoso*. Foram incluídos 21 estudos para compor a revisão integrativa. Na análise dos dados quantitativos, utilizou-se estatística descritiva. Para as comparações das variáveis da avaliação física entre segmentos, assim como nos três momentos de avaliação, foi utilizada estatística inferencial através do teste *U* de Mann-Whitney, nível de significância de 0,05. Para os dados qualitativos, a técnica de análise foi a proposta operativa de Minayo (2004), também utilizada para a análise dos dados da revisão integrativa. Como resultados, houve melhora do aspecto cicatricial e da condição dérmica. Sobre a circunferência dos segmentos superiores, na avaliação inicial, não houve diferença superior a 1,5 cm entre segmentos e praticamente todos os valores do membro atribuído à cirurgia foram maiores que o membro contralateral, sem significância estatística. Para a condição da sensibilidade cutânea, ao início, os limiares percebidos

foram altos e na avaliação final foi evidente a melhora do padrão da sensibilidade cutânea, inclusive cicatricial. Para a amplitude de movimento do ombro, na primeira avaliação, todos os valores do membro homolateral à cirurgia foram inferiores ao membro contralateral, com diferença estatisticamente significativa. Na avaliação final, os valores do segmento homolateral à cirurgia, mesmo com aumento em relação ao início, permaneceram inferiores ao segmento contralateral. Sobre a dor, na avaliação inicial, ocorreu o seu maior relato, sendo atribuída, principalmente, ao fator sensitivo. Na avaliação intermediária houve redução expressiva (domínio sensitivo $p=0,049$ e escore total $p=0,036$), e três das cinco participantes que terminaram a intervenção já não a apresentavam. Os resultados qualitativos foram apresentados através de dois eixos temáticos “*Enfrentamento do diagnóstico e tratamento do câncer de mama de mulheres idosas*” e “*O processo do tratamento fisioterapêutico de mulheres idosas com câncer de mama e suas repercussões*”. Considera-se, ao final do estudo, a importância do atendimento a estas mulheres, com melhora de variáveis físicas que destacam o efeito positivo da fisioterapia a este grupo. Um fator que chamou atenção foram as desistências (quatro participantes), o que demonstrou que um suporte familiar e acompanhamento aos atendimentos foi essencial na finalização da intervenção. Através dos resultados quantitativos, assim como pelas percepções referenciadas pelas mulheres, é importante repensar a assistência, focando a intervenção para possíveis potencialidades destas mulheres, trabalhando através de um atendimento integral, envolvendo fatores culturais que demonstraram o que era primordial na assistência, como a recuperação funcional e a possibilidade do trabalho doméstico. Outro ponto é pensar em atendimentos com tempo de acompanhamento mais curto, pois neste grupo de mulheres, com 15 atendimentos houve melhora expressiva de sua condição física inicial. Porém, este atendimento mais curto não deve estar distante do acompanhamento sistemático, e devem ser considerados fatores essenciais para o sucesso da assistência, como um vínculo adequado.

Descritores: Neoplasia de mama; Mastectomia; Fisioterapia; Idoso.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar los efectos de la intervención de la fisioterapia en mujeres de la tercera edad, bajo tratamiento quirúrgico contra el cáncer de mama. Está caracterizado por abordaje cuantitativo/cualitativo, siendo la revisión integradora otro método de investigación utilizado. El abordaje cuantitativo se vuelca a un estudio casi práctico. El referencial teórico, asociado al abordaje cualitativo, se basa en la antropología de la salud. La investigación se llevó a cabo con nueve pacientes que provenían de un tratamiento quirúrgico, realizado en la Maternidad Carmela Dutra (MCD). El laboratorio de Biomecánica de la Universidad del Estado de Santa Catarina (UDESC) fue el lugar donde se llevó a cabo las evaluaciones físicas que se realizaron en el primer encuentro (AV1), luego de 15 atenciones (AV2) y después de 30 atenciones (AV3). En todas las ocasiones se verificaron la condición cutánea, la amplitud de movimiento, la circunferencia de los segmentos superiores, la sensibilidad cutánea y los aspectos del dolor. La intervención propuesta se inició luego de AV1, una o dos veces por semana, con una duración de una hora, siendo realizadas 30 atenciones en el consultorio de fisioterapia de la MCD. Se realizó una entrevista parcialmente estructurada al finalizar los 30 encuentros. La revisión integradora se produjo a través de la selección de una bibliografía, basada en la Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS), en el Sistema Online de Búsqueda y Análisis de la Literatura Médica (MEDLINE), PUBMED, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) y *Scopus*; a través de la combinación de los descriptores (DeCS): *mastectomía*, *fisioterapia* y *ancianidad*. Se incluyeron 21 estudios para componer la revisión integradora. En el análisis de los datos cuantitativos se utilizó la estadística descriptiva. Para comparar las variables de la evaluación física entre segmentos, así como en las tres etapas de la evaluación, se utilizó la estadística de inferencia a través del test *U* de Mann-Whitney, con un nivel de relevancia de 0,05. Para los datos cualitativos la técnica de análisis se utilizó la propuesta operativa de Minayo (2004), también usada para el análisis de los datos de la revisión integradora. Como resultado, hubo una mejora en el aspecto de la cicatrización y de la condición cutánea. Sobre la circunferencia de los segmentos, en la evaluación inicial, no hubo, en general, una diferencia superior a 1,5cm entre los segmentos. Prácticamente todos los valores del miembro atribuidos a la cirugía fueron mayores que el miembro contralateral, sin resultados significativos. Respecto a la condición de la

sensibilidad cutánea, al inicio, los umbrales observados fueron altos. En la evaluación final se evidenció una mejora del padrón atribuido a la sensibilidad cutánea, incluso en la cicatriz. En relación a la amplitud del movimiento del hombro en la primera evaluación, todos los valores del miembro homolateral a la cirugía fueron inferiores al miembro contralateral, marcando una diferencia significativa, estadísticamente. En la evaluación final, los valores del segmento homolateral a la cirugía permanecieron inferiores al segmento contralateral, incluso con un incremento en relación al inicio. En la evaluación inicial se produjo un mayor relato respecto al dolor, siendo atribuido principalmente al factor sensitivo. En la evaluación intermedia hubo una reducción expresiva (dominio sensitivo $p=0,049$ y puntuación total $p=0,036$), y 3 de las 5 participantes que finalizaron la intervención ya no lo presentaban en ese momento. Los resultados cualitativos se presentaron a través de dos ejes temáticos “*Enfrentamiento del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en mujeres de la tercera edad*” y “*El proceso del tratamiento fisioterapéutico en mujeres de la tercera edad con cáncer de mama y su impacto*”. Se considera, al final del estudio, la importancia de la atención a estas mujeres, con una mejora de las variables físicas, que destacan el efecto positivo de la fisioterapia a este grupo. Un factor que llamó la atención fue la deserción, lo que demostró que la ayuda familiar y el acompañamiento a las consultas fue esencial para completar las 30 atenciones. De esta forma, a través de los resultados cuantitativos, así como por las percepciones referenciadas por las mujeres, es importante repensar en la asistencia, enfocándose en la intervención para las posibles potencialidades de estas mujeres, trabajando a través de una atención integral, involucrando factores culturales, que demostraron que era primordial en la asistencia, como la recuperación funcional y la posibilidad del trabajo doméstico. Otra cuestión es pensar en atenciones con tiempo de acompañamiento más corto, pues en este grupo de mujeres, con 15 atenciones hubo mejora considerable de su condición física inicial. Aunque esta atención más corta no deba estar distante del acompañamiento sistemático y deban considerarse factores esenciales para el éxito de la asistencia, como un vínculo adecuado.

Descriptor: neoplasia de mama; mastectomía; fisioterapia; ancianidad.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the effects of a physiotherapeutic intervention for elderly women undergoing surgical treatment for breast cancer. It is characterized by a quantitative approach, being an integrative review, another research method used. The quantitative approach returns to a study with multicase character. The theoretical framework associated with the qualitative approach is based on the Anthropology of Health. The study was conducted with patients from surgical treatment performed in the Maternity Carmela Dutra (MCD), being the sample composed of 9 women and 5 finalized intervention. The Biomechanics laboratory of the State University of Santa Catarina (UDESC) was the location for the implementation of physical assessments, being made in the first meeting (AV1), after 15 visits (AV2) and after 30 visits (AV3). At all times, the skin condition, range of motion, circumference of upper segments, skin sensitivity and aspects of pain were checked. The proposed intervention was initiated after the AV1, occurring 1 to 2 times per week, with a duration of 1 hour, being made 30 visits in outpatient physiotherapy at the MCD. Semi-structured interviews were carried out at the end of the 30 meetings. The integrative review occurred through the selection in bibliographic databases: Latin American Literature in Health Sciences (LILACS), Online System of Search and Analysis of Medical Literature (MEDLINE), PUBMED, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) and *Scopus*; through the combination of the descriptors (DeCS): *mastectomy, physiotherapy, aged; mastectomía, physiotherapy, anciano; mastectomy, physiotherapy, elderly*. There were 21 studies included, which composed the integrative review. In the analysis of the quantitative data, descriptive statistics were used. For the comparisons of the variables of the data in the physical assessment between segments, as well as at the three assessment points, was used inferential statistics using the Mann-Whitney U-test, significance level of 0.05. For qualitative data, the technique of analysis was the proposal operative Minayo (2004), also used for the data analysis of the integrative review. As a result, there was improvement of healing aspect and skin condition. On the circumference of the segments, in the initial evaluation there was no, in terms of average difference greater than 1.5 cm between segments. Almost all the values of the member assigned to surgery were larger than the contralateral limb, without significance. For the skin sensitivity condition, at the beginning, the perceived thresholds were

high. In the final evaluation, there was a clear improvement in the pattern assigned to skin sensitivity, including healing. For the range of motion of the shoulder, at the first evaluation, all the values of the limb ipsilateral to surgery were lower than the contralateral limb, with statistically significant difference. In the final evaluation, the values of the segment ipsilateral to surgery, even with an increase in relation to the beginning, remained lower than the contralateral segment. Regarding pain, in the initial evaluation, occurred the greatest report, being attributed mostly to sensory factor. In the mid-term evaluation there was a significant reduction of pain complaint (sensory domain ($p= 0.049$) and total score ($p= 0.035$), and 3 of the 5 participants who completed the intervention no longer had pain at this time. The qualitative results were presented by two thematic axes *"Coping with the diagnosis and treatment of breast cancer in elderly women"* and *"The process of physiotherapeutic treatment of older women with breast cancer and its effects"*. Is considered at the end of the study, the importance of attending to these women, with improvement of physical variables, highlighting the positive effect of physical therapy for this group. A factor that drew attention was the withdrawals, which demonstrated that a family support and monitoring the care was essential in the completion of 30 sessions. Thus, by means of the quantitative results, as well as the perceptions referenced by women, focusing on intervention for possible potential of these women, working through a comprehensive care, involving cultural factors that showed what was of the utmost importance in assisting in this older group, such as the functional recovery and the possibility of domestic work. Another point is to think about visits with a shorter follow-up time, because in this group of women, with 15 visits there has been significant improvement in their physical condition. However, this shorter service should not be far from systematic monitoring, and should be considered essential factors for the success of the assistance as an adequate bond.

Descriptors: Breast Cancer; Mastectomy; Physiotherapy; Elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Monofilamentos Semmes-Weinstein.....	61
Figura 2 - Esquema da demarcação para a avaliação da sensibilidade cutânea.....	65
Figura 3 - Organograma com as fases da coleta de dados, Florianópolis, 2014.....	68
Figura 4 - Fluxograma das etapas da revisão integrativa, Florianópolis, 2014.....	69
Figura 5 - Esquema indicativo dos eixos temáticos e categorias relacionadas à análise qualitativa.	73

MANUSCRITO 1

Figura 1 - Gráfico dos tipos de estudo dos artigos selecionados na pesquisa (2005-2013).	87
---	----

MANUSCRITO 2

Figura 1 - Gráfico da frequência de alterações dérmicas e cicatriciais nos 3 momentos de avaliação da pesquisa.....	114
Figura 2 - Gráfico da frequência dos relatos associados aos monofilamentos por quadrantes da região preservada e comprometida na AV1.....	117
Figura 3 - Gráfico da frequência dos relatos associados aos monofilamentos por quadrantes da região preservada e comprometida na AV2.....	118
Figura 4 - Gráfico da frequência dos relatos associados aos monofilamentos por quadrantes da região preservada e comprometida na AV3.....	119
Figura 5 - Gráfico dos escores associados à condição de dor, dos 4 domínios do questionário, nos 3 momentos de avaliação.	122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Especificação dos Monofilamentos..... 66

MANUSCRITO 1

Quadro 1 - Autores, anos, títulos, objetivos principais e tipos de estudo dos artigos selecionados na pesquisa (1° ao 5° artigo), 2005-2007. 82

Quadro 2 - Autores, anos, títulos, objetivos principais e tipos de estudo dos artigos selecionados na pesquisa (6° ao 13° artigo), 2008-2010. 83

Quadro 3 - Autores, anos, títulos, objetivos principais e tipos de estudo dos artigos selecionados na pesquisa (14° ao 21° artigo), 2011-2013. ... 85

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 2

Tabela 1 - Dados de identificação, histórico cirúrgico e do acompanhamento fisioterapêutico.....	113
Tabela 2 - Valores médios da circunferência dos segmentos superiores, para cada região avaliada, nos três momentos da avaliação.....	115
Tabela 3 - Valores das amplitudes de movimento do ombro nos 3 momentos de avaliação	120
Tabela 4 - Valores comparativos de amplitude de movimento entre as avaliações	121

MANUSCRITO 3

Tabela 1 - Características das participantes.....	144
---	-----

MANUSCRITO 4

Tabela 1 - Características das participantes da pesquisa	168
--	-----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	27
2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	33
2.1 PROCESSO DE VIVER, TER SAÚDE, ADOECER E CUIDAR-SE NA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA	33
2.2 O CÂNCER DE MAMA E ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS.....	38
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	47
3.1 CÂNCER DE MAMA: FATORES DE RISCO E TRATAMENTO CIRÚRGICO.....	47
3.2 PRINCIPAIS MORBIDADES FÍSICO-FUNCIONAIS ASSOCIADAS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE MAMA.....	50
4 MÉTODO.....	57
4.1 TIPO DE ESTUDO	57
4.1.1 Pesquisa de campo.....	57
4.1.2 Pesquisa bibliográfica	58
4.2 LOCAL DA PESQUISA	58
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	59
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	59
4.4.1 Abordagem quantitativa	59
4.4.2 Abordagem qualitativa	62
4.4.3 Revisão integrativa da literatura	62
4.5 COLETA DE DADOS.....	62
4.5.1 Abordagem quantitativa	62
4.5.2 Abordagem qualitativa	67
4.5.3 Revisão integrativa da literatura	68
4.6 VARIÁVEIS	70
4.6.1 Abordagem quantitativa	70
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	71
4.7.1 Dados quantitativos.....	71
4.7.2 Dados qualitativos	72
4.7.3 Revisão integrativa da literatura	73
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	73
5 RESULTADOS.....	75

5.1 MANUSCRITO 01: MORBIDADES FÍSICAS E TENDÊNCIAS DE TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA MULHERES IDOSAS SUBMETIDAS À CIRURGIA PARA CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	77
5.2 MANUSCRITO 02: O PROCESSO DE RECUPERAÇÃO FÍSICO-FUNCIONAL DE MULHERES IDOSAS APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CANCER DE MAMA	105
5.3 MANUSCRITO 03: ESTOU COM CÂNCER: PERCEPÇÃO DAS MULHERES IDOSAS SOBRE A DESCOBERTA DO CÂNCER DE MAMA E SEU TRATAMENTO	139
5.4 MANUSCRITO 04: MULHERES IDOSAS E O PROCESSO DE VIVER APÓS A CIRURGIA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA: CORPO, MOVIMENTO E FISIOTERAPIA	163
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	185
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	189
APÊNDICE A – Ficha de avaliação	206
APÊNDICE B – Roteiro entrevista semiestruturada.....	209
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	210
ANEXO A – Intervenção = protocolo fisioterapêutico	212
ANEXO B - Questionário de dor mcgill.....	214
ANEXO C - Parecer aprovação CEP - Universidade Federal de Santa Catarina	215
ANEXO D - Parecer aprovação Cep – Maternidade Carmela Dutra	218

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama, atualmente, tem demonstrado ser importante questão de estudo em relação às condições relacionadas à saúde da mulher. Para o Instituto Nacional do Câncer no Brasil (INCA), o câncer de mama é a neoplasia mais comum do sexo feminino. Estima-se que ocorrerão 57.120 novos casos no Brasil no ano de 2014 (INCA, 2014).

Salienta-se a causa multifatorial do câncer de mama, entendendo-se como fatores de risco para seu desenvolvimento: idade, condição socioeconômica, eventos reprodutivos (menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade), terapia de reposição hormonal, estilo de vida de risco (álcool, dieta, obesidade, sedentarismo), história familiar de câncer de mama, história de disfunção benigna da mama, radiação ionizante (DUMITRESCU; COTARLA, 2005; GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005; SCHNEIDER, D'ORSI, 2009; MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2010).

Considerando o fator de risco “idade”, destaca-se que nos países desenvolvidos a taxa de mulheres com idade maior que 80 anos é de 5%, sendo que mais de 500 novos casos de câncer de mama neste grupo populacional são diagnosticados por ano, representando aproximadamente 12% dos casos desta doença (BOURCHARDY et al., 2003). Assim, pode-se dizer que o câncer de mama vem acompanhando o envelhecimento da população mundial. Nos países que apresentam alta expectativa de vida, observa-se maior incidência. Populações mais velhas apresentam as taxas mais elevadas desta neoplasia (MIRANDA et al., 2008). Desta forma, quanto maior a expectativa de vida, maior a exposição a fatores de risco (SILLIMAN, 2003; MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2010). Portanto, a idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco para o câncer de mama (CORDEIRO et al., 2009).

Após o diagnóstico, a principal forma de tratamento para as neoplasias de mama é a cirurgia. Existem possibilidades cirúrgicas relacionadas ao tamanho do tumor, acometimento de tecidos, acometimento linfático, sendo que os procedimentos podem variar de uma técnica conservadora a uma técnica radical. As cirurgias podem levar a complicações em âmbito psicológico, social e físico. A morbidade no membro homolateral à cirurgia pode ocorrer no pós-operatório imediato, sendo comum neste período, e pode continuar por todo o processo de terapêutica clínica (HAYES et al., 2012).

Frente ao exposto, salienta-se a importância da equipe interdisciplinar para o cuidado das mulheres submetidas a cirurgias de

mama. Em relação a esta equipe, nota-se a ação do fisioterapeuta no acompanhamento assistencial das mulheres que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento do câncer de mama. Dentre as complicações físico-funcionais em que a fisioterapia pode agir, destacam-se: alterações linfáticas, diminuição de amplitude de movimento de membro superior, aderências torácicas, dor, alterações cicatriciais e disfunções posturais (PEREIRA; VIEIRA; ALCÂNTARA, 2005; BERGMANN et al., 2006; GOMIDE; MATHEUS; REIS, 2007). O fisioterapeuta deve ser incluído no plano de assistência às mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama, com intuito de prevenir complicações, promover adequada recuperação funcional e, como resultado, promover melhora da qualidade de vida dessas mulheres (BATISTON; SANTIAGO, 2005; GOMIDE; MATHEUS; REIS, 2007).

O tratamento fisioterapêutico é importante para a recuperação após a cirurgia, no entanto, percebe-se a necessidade de mais estudos de campo para entender o processo de recuperação de forma minuciosa (PEREIRA; VIEIRA; ALCÂNTARA, 2005). Neste sentido, a evolução do tratamento pode ser acompanhada de forma apropriada por instrumentos específicos, como métodos de avaliação da amplitude de movimento, sensibilidade cutânea, volume do membro, avaliação da dor, podendo ratificar mais precisamente os efeitos da ação fisioterapêutica.

Outro ponto de interesse sobre as mulheres submetidas a tratamento para câncer de mama é a característica do processo de recuperação físico-funcional de idosas, pois do ponto de vista clínico, acredita-se que mulheres com faixa etária mais avançada tenham processo de reabilitação mais difícil. A população brasileira vem envelhecendo, o que implica em novas condições de saúde e compreensão do processo de envelhecimento de grupos com características específicas, como no caso de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico do câncer de mama. As necessidades específicas de mulheres idosas com câncer de mama são discutidas, com desafios clínicos a serem enfrentados, incluindo falta de um método adequado para avaliá-las. Outro aspecto é melhorar a compreensão das condições terapêuticas dessas mulheres (TRIPPLES; ROBINSON, 2009).

Apesar do avanço das técnicas de tratamento na área da mastologia, observa-se que mulheres em faixa etária mais avançada são excluídas de pesquisas clínicas, principalmente no que diz respeito a estudos prospectivos (MIRANDA et al., 2008; TRIPPLES; ROBINSON, 2009). Por conta das condições bastante heterogêneas das

idosas, é importante a realização destes estudos, incluindo aspectos da avaliação global, oferecendo melhor terapêutica, respeitando suas condições, pois intenções mais brandas de tratamento podem se tornar subtratamento (CRIVELLARI et al., 2007; TRIPPLES; ROBINSON, 2009; PROTÈRE et al., 2010). O subtratamento também foi mencionado por Bourchardy et al. (2003) como um fator para o aumento da mortalidade de idosas, visto que mulheres sem tratamento ou apenas com tratamento hormonal apresentaram maiores índices de mortalidade quando comparadas a mulheres submetidas a cirurgias. Os idosos precisam cada vez mais de uma equipe especializada, incorporando fatores físicos e psicológicos para dar apoio e suporte na tentativa de manter uma qualidade de vida adequada (TRIPPLES; ROBINSON, 2009).

Portanto, questões a respeito de mulheres submetidas à cirurgia para tratamento do câncer poderiam se expandir a percepções de suas experiências e a história de vida da mulher idosa diagnosticada com câncer de mama. Entende-se que este caminho relaciona-se com práticas socioculturais de cuidado adotadas ao longo de seu processo de viver, sendo possível que influenciem na maneira como essa mulher significa a doença e se resignifica como doente. Assim, essa mulher irá definir, junto com sua família e pessoas próximas, o itinerário terapêutico que deve seguir e esses aspectos transcendem as questões clínicas/cirúrgicas, a aceitação e adesão aos tratamentos e as repercussões dos mesmos (MENÉNDEZ, 2003).

Sabe-se que para as mulheres que enfrentam o câncer, a doença já é um importante fator de impacto emocional, pois pode envolver alterações das condições sexuais, sociais, físicas, e a estes aspectos são associados diversos sentimentos, como medo, culpa e rejeição social, o que gera diferentes percepções e simbolismos (PINHEIRO et al., 2008; BINKLEY et al., 2012).

Em geral, as pesquisas identificam critérios em relação ao diagnóstico do câncer de mama, assim como durante o tratamento clínico, como no estudo de Ganz et al. (2003), indicando que a assistência psicológica levou a um melhor enfrentamento à radioterapia e quimioterapia, assim como menor índice de tristeza e menor prejuízo na vida social. Hurria et al. (2006), em seu estudo longitudinal, perceberam que as pacientes idosas mantinham seu estado funcional e qualidade de vida antes da quimioterapia e após 6 meses de tratamento. Kua (2005) relatou que as mulheres idosas apresentam desafios específicos, como: dificuldade de relatar alterações psicopatológicas; comorbidades associadas; alterações cognitivas; diminuição do suporte

social; dificuldade de aporte financeiro; e, possivelmente, falta de conhecimento envolvendo as opções de tratamento para o câncer.

Revisão sistemática realizada por Fitzsimmons et al. (2009) indica que grande parte dos artigos são voltados às percepções de qualidade de vida no momento do diagnóstico e formas de enfrentamento das mulheres ao descobrir o câncer de mama. Esses estudos também concluem que os instrumentos de avaliação, muitas vezes, ignoram as necessidades específicas das pessoas idosas, assim como os fatores sociais e culturais envolvidos com a doença e os tratamentos subsequentes.

Então, percebe-se lacuna em relação aos aspectos culturais envolvidos no processo de viver destas idosas no momento do pós-operatório e durante o processo de reabilitação física. Makluf, Dias e Barra (2006) concluíram que incluir avaliações das percepções dos indivíduos na prática clínica parece ser desafiador, porém, de acordo com o impacto pelo qual as mulheres sofrem, tanto físico como social, estas medidas são essenciais para determinar e avaliar intervenções e consequências da doença em todos os âmbitos, como também podem se expandir para avaliar a aderência ao tratamento. Segundo Favoreto e Cabral (2009), é importante dar “voz” aos sofrimentos dos indivíduos para poder compreendê-los e tratá-los, indo além dos pressupostos da biomedicina. Destaca-se que o processo de saúde e adoecer deve ser enfrentado não somente no foco da doença (*disease*), mas também nas experiências ocorridas (*illness*) pelo sujeito desde a sua descoberta e as fases que a acompanham (KLEINMAN, 1988).

Também há que se ressaltar que vários estudos em oncologia têm se direcionado nas investigações do conhecimento pelo modelo percebido pelo profissional, mas é de extrema importância perceber o conhecimento do indivíduo sobre o processo do adoecimento por câncer, e esta compreensão é importante para o direcionamento da assistência a estas mulheres (SKABA, 2003). Segundo Gomes (2012), muito se discute sobre novos modelos de cuidado, porém, não pode haver transformações na forma de cuidado sem modificar a lógica deste atendimento, assim como dos profissionais envolvidos nesse processo. O conhecimento que considere as dimensões simbólicas atribuídas a esta doença é necessário para que haja paradigmas diferenciados, pensando em cuidados mais específicos e integrais (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002).

Assim, é importante que os profissionais da área da fisioterapia percebam o que envolve, sob a perspectiva cultural destas mulheres, o tratamento fisioterapêutico e como as mesmas o representam, sendo uma

maneira de repensá-lo e direcioná-lo para um processo que articula, de forma ampla, a mulher, sua condição física e seus anseios, visto que estes aspectos podem influenciar o processo de enfrentamento do câncer, assim como a possibilidade de acompanhamento, por aspectos possivelmente não somente associados ao “estar com câncer”, como também do fator idade influenciando estas interpretações.

Com relação ao que foi mencionado anteriormente, ratifico, através de minha experiência profissional como fisioterapeuta de uma maternidade pública que apresenta assistência oncológica na área de mastologia, a importância da fisioterapia para esta clientela, sobretudo no que se refere à reabilitação física e o consequente retorno desta mulher às atividades de vida diária. No entanto, algumas considerações puderam ser evidenciadas, como a dificuldade de avaliação e acompanhamento da recuperação físico-funcional de idosas submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama. Saliento, portanto, que técnicas específicas de mensuração e acompanhamento fisioterapêutico sistemático, assim como a compreensão da percepção destas mulheres em relação a este tratamento e sobre seu processo de recuperação, podem ser úteis no melhor entendimento destas fases, criando novas possibilidades a esta população.

Frente ao exposto e tomando como referência minhas observações clínicas quanto ao tratamento fisioterapêutico a mulheres submetidas à cirurgia para tratamento do câncer de mama, defendo a seguinte **tese**: o processo de reabilitação físico-funcional de idosas submetidas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama contribui para recuperação no pós-operatório, favorece o retorno ao desempenho das atividades da vida diária mais precocemente, melhora a imagem corporal, fatores que influenciam na percepção positiva do tratamento realizado.

Diante disso, trabalhei com a seguinte **pergunta de pesquisa**: Qual o efeito da intervenção fisioterapêutica realizada com idosas submetidas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama?

Deste modo, para delimitação desta pesquisa, determinou-se como **objetivo geral**: avaliar o efeito da intervenção fisioterapêutica realizada com idosas submetidas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama.

Para alcançar o objetivo geral, delimitou-se os seguintes **objetivos específicos**:

- Verificar o estado da arte sobre as principais morbidades físicas associadas às cirurgias para tratamento do câncer de mama e as

abordagens de fisioterapia para as mesmas, com ênfase a pacientes idosas;

- Caracterizar as mulheres submetidas à intervenção fisioterapêutica, em relação a dados relacionados às características pessoais (idade, estado civil, índice de massa corporal) e à cirurgia realizada;

- Comparar variáveis físico-funcionais (condição dérmica do tórax, amplitude de movimento, circunferência do segmento superior, sensibilidade cutânea, dor) ao início do tratamento, após 15 e 30 atendimentos;

- Conhecer a percepção das participantes do estudo acerca do diagnóstico de câncer de mama, tratamento cirúrgico e fisioterapêutico no desenvolvimento do seu processo de viver, através de uma abordagem baseada na antropologia da saúde, no molde interpretativista.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo traz como base a abordagem da antropologia da saúde, referencial escolhido para a composição do trabalho e para aprofundar as percepções e referências em relação às mulheres estudadas. Será feita explanação geral do tema, assim como, ao final desse capítulo, enfoque será dado a estudos que adotaram este referencial para compreender o indivíduo com câncer, com ênfase na mulher com câncer de mama.

2.1 PROCESSO DE VIVER, TER SAÚDE, ADOECER E CUIDAR-SE NA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA

A relação entre saúde e cultura não é tema novo na antropologia, sendo Rivers o primeiro antropólogo a analisar a medicina como categoria de pesquisa nas culturas fora da Europa, com estudos publicados em 1922, preocupando-se com a caracterização ou a classificação da medicina “primitiva” de acordo com categorias de pensamento, identificando, na época, como pensamento mágico, religioso ou naturalista (LANGDON, 1995).

Clements, em 1932, também foi pioneiro na antropologia da saúde, sendo responsável por um estudo comparativo sobre conceitos da doença na medicina “primitiva”, com base nas crenças etiológicas (LANGDON, 1995). Ao aprofundar o pensamento destes autores, de que a medicina deveria se apresentar como modo de pensamento diferente da biomedicina tradicional, Erwin Ackerknecht foi considerado o fundador da antropologia médica nos Estados Unidos, e argumentava sobre a importância de se entender aspectos médicos de forma a não se distanciar do resto da cultura da sociedade (LANGDON, 1995).

Assim, estes estudiosos foram homens da antropologia de sua época, e pioneiros no reconhecimento de que para entender o sistema de saúde de uma população, deve-se examiná-lo dentro do seu contexto sociocultural (LANGDON, 1994; LANGDON, 1995).

A transição da etnomedicina para a antropologia da saúde foi ocorrendo nos anos de 1960 e 1970, onde vários antropólogos começaram a lançar perspectivas alternativas à biomedicina sobre os conceitos de saúde e doença (KLEINMAN, 1988; LANGDON, 1995; HELMAN, 2009; SANTOS, 2012). Foi havendo aproximação da etnomedicina com a antropologia simbólica, semiótica, psicologia, e foram desenvolvidas considerações sobre cura e construção de

paradigmas articulados com a cultura, preocupando-se com dinâmica da doença e do processo terapêutico (LANGDON 1995; LANGDON; WIİK, 2010). No Brasil, estudos sobre saúde interligados à cultura e fatores sociais vêm aumentando nos últimos 20 anos (LANGDON; WIİK, 2010).

Segundo esta visão, a base do reconhecimento dos padrões de doença e seus tratamentos não devem ficar somente limitados a estudos com foco quantitativo, mas sim, o emprego de outras abordagens como a qualitativa que permite processo de análise pautado na busca de significados. Nessa perspectiva, a antropologia interpretativista permite análise mais aprofundada que possibilita a construção de representações do adoecimento por parte do sujeito (LANGDON; WIİK, 2010; SANTOS, 2012).

A antropologia da saúde se faz necessária para entender de forma mais aprofundada o sentido da saúde/doença e as interpretações dos diferentes atores envolvidos: sujeito, familiares e profissionais. É com base nessas que se indicam e/ou buscam os tratamentos. Nesse sentido, a antropologia interpretativista nos permite analisar e interpretar melhor o que nos dizem, através da comunicação verbal e não verbal, as pessoas que assistimos ou cuidamos (GEERTZ, 2008). Desta forma, o homem escolhe como vai desempenhar seu processo de viver atribuindo sentido a suas escolhas, dentro de limites estreitos, dados de forma social e cultural (SARTI, 1992).

Os indivíduos são, de acordo com Langdon e Wiik (2010), “socializados” pelos padrões culturais vigorantes em seu ambiente, que são edificados pelas relações cotidianas, como também pelos processos rituais e de filiações institucionais, isto também é percebido pelas diferenças existentes no próprio grupo em relação à idade, gênero, relações de poder, entre outras características específicas.

Ainda segundo Langdon e Wiik (2010), há uma relação importante dos aspectos conceituais da Antropologia e profissionais de saúde, uma vez que há o trabalho dos mesmos com indivíduos de diferentes classes sociais, religiões, regiões, gêneros, grupos étnicos, entre outras características, que correspondem a diferentes formas de encarar o processo de saúde e doença. Assim, seus comportamentos e pensamentos são diferenciados em relação à doença e tratamento, não em virtude do processo biológico em si, mas em razão das influências socioculturais (LANGDON; WIİK, 2010).

O desenvolvimento da ciência médica foi construído não considerando o sujeito, sua história, condições sociais e culturais, relações com a morte, havendo o isolamento do corpo, com passividade

do doente em relação ao tratamento recebido e suas consequências, sendo reducionista, dando enfoque puramente biológico (KLEINMAN, 1988; MANDÚ, 2004).

Quando se trata da perspectiva do processo de saúde, identifica-se a importância do olhar além da ação isoladamente clínica, devendo incorporar a vivência, as percepções dos sujeitos em relação a todo o percurso feito e suas expectativas frente a esta condição, assim como confrontar estes fatores de acordo com situações culturais e sociais, pois desta forma, pode-se obter, de forma mais abrangente, o que há por traz do “adoecimento”, como se percebem e como interpretam estes fatores (DUARTE, 2003).

Percebe-se que os padrões associados à cultura transcendem visões de crenças e valores estanques, mas sim estão em meio a condições dinâmicas e que a todo o momento são construídas, reconstruídas e aprendidas pelos atores sociais (GEERTZ, 2008).

Isso se aplica à compreensão da doença, em que seu significado é alicerçado por paradigmas culturais e sociais, não sendo estanque, mas sim condição relacionada a experiências. Desta forma, a visão sociocultural interfere e modifica a manifestação e o comportamento dos indivíduos frente a esse processo (LANGDON, 1994). As pessoas, em determinados contextos, tendem a construir representações sobre enfermidades a partir das suas vivências e experiências adquiridas de suas trajetórias existenciais (SKABA, 2003).

Puernell (2005) caracteriza que a cultura influencia as crenças individuais, tradições e valores, e isto repercute na forma de encarar o processo de saúde e de adoecer, ocorrendo, neste século, processo de multiculturalismo¹¹, o que traz diversidades nos cuidados em saúde.

O processo de saúde e adoecer deve ser encarado não somente no que é a doença especificamente, sua carga biológica (*disease*), mas também a experiência vivenciada (*illness*) desde sua descoberta e os processos que acompanham as fases posteriores ao diagnóstico, associados às diferentes formas de tratamento (KLEINMAN, 1988). É importante a incorporação da perspectiva cultural no processo clínico e do cuidado, pelo fato da doença não ser encarada de forma igualitária por todas as pessoas, por suas experiências, seus valores, suas formas de enfrentamento. Estes aspectos se observam na forma de encarar o sofrimento e possíveis modificações de comportamento associados ao

¹ Multiculturalismo, sob à luz da Antropologia, refere-se àquilo que se articula a elementos de muitas culturas, quando diversos elementos culturais se acoplam dentro de um mesmo espaço (GEERTZ, 2008).

processo saúde-doença, assim como busca de auxílio ao cuidado (KLEINMAN, 1988).

Pode-se associar a estes conceitos anteriormente expostos a visão do *sickness*, que envolve a influência de outras condições que podem se unificar ao desenvolvimento de riscos em determinadas populações, como as características econômicas, políticas. Este aspecto envolve uma visão globalizada do processo, abrangendo-o em todas as suas dimensões (KLEINMAN, 1988).

Helman (2009) ainda expõe que o “poder” muitas vezes atribuído aos profissionais pode lhes dar o direito de moldar os modelos explicativos dos indivíduos, de modo que o sujeito se adapte ao modelo médico das enfermidades (*diseases*) ao invés de permitir que o próprio expresse suas perspectivas em relação à doença (*illness*).

Compreende-se, então, que a experiência do adoecimento não deve ser compreendida somente pelo aspecto biológico em si, mas como uma construção contínua, embasada pela sua cultura (MARTINS, 2012). A doença vai além dos sintomas e sinais relatados pelo sujeito, assim como dos problemas clínicos, por ser um processo experiencial de cada indivíduo (LANGDON, 1994).

Pensando nestas concepções, Kleinman (1988) destaca que diferentes grupos culturais apresentam formas diferenciadas de explicar o processo da doença e as etapas que a seguem, como sua evolução, sintomatologias e tratamentos. Ainda segundo este autor, muitos problemas de entendimento e de atrito entre setores populares e profissionais vêm do predomínio do *disease* sobre *illnes*.

Desta forma, de acordo com a Antropologia, os cuidados devem ultrapassar a visão biomédica, articulando todo o processo envolvido com o cuidado, desde a busca para prevenir, controlar, atenuar e curar determinado estado de adoecimento e doença, assim como todas as consequências deste processo (MENÉNDEZ, 2003).

Os indivíduos, quando ocorre o adoecimento, envolvem-se na busca por alternativas para alívio dos sofrimentos, e as experiências vivenciadas se relacionam às avaliações destas condições, o que direcionam o enfrentamento (MENÉNDEZ, 2003). Os sujeitos entram em processo intencional enredado com a manutenção, recuperação e possível aumento da saúde e qualidade de vida, com representações e práticas que foram sendo absorvidas e desenvolvidas no processo de viver a doença (MARTINS, 2012). Essa trajetória é resultado de processo histórico onde as representações da doença apresentam um papel decisivo, e esse “trilhar” é construído de diferentes formas segundo concepções individuais (SKABA, 2003).

Quando se trabalha alicerçado a este pensamento, não se pode dar foco somente no que é clínico, biomédico e quantitativo, em termos da doença e seus desfechos, mas sim compreender que o processo do adoecer e até mesmo a cura e recuperação estão interligados a condições amplas que vão além do entendimento do profissional, mas que devem ser levadas em conta para se alcançar o objetivo da abordagem integral. Nesse sentido, de acordo com Gomes (2012), não se pode apenas pensar em novos modelos de cuidado sem mudar a lógica deste atendimento, assim como dos profissionais envolvidos nesse processo.

A cultura gera variadas percepções de bem estar e doença, sendo assim, os profissionais de saúde devem reconhecer e lidar com essas condições, com a finalidade de estabelecer relação terapêutica apropriada com o indivíduo que necessita de seu cuidado (PUERNELL, 2005). Os prestadores de cuidado devem ser culturalmente conscientes e sensíveis, e através disto, integrar as crenças e práticas nos seus planos de intervenção (PUERNELL, 2005). É necessário considerar padrões subjetivos que envolvem o processo relacionado à saúde, à doença e à atenção e seus diferentes significados (MENÉNDEZ, 2003).

Desta forma, quando se consideram aspectos presentes em uma sociedade relacionados à saúde, incluindo origens, causas, tratamentos das enfermidades, técnicas terapêuticas, praticantes, papéis e padrões nesse cenário, fala-se de sistema de atenção à saúde (LANGDON; WIJK, 2010). Esse sistema se ampara por simbolismos que expressam a prática, interações e instituições, que condizem com a cultura do grupo, servindo para definir e explicar fenômenos classificados como doença, não estando separado das visões e experiências vivenciadas pelo sujeito, identificando que os valores, conhecimentos e comportamentos de um povo formam um sistema sociocultural relacionado à saúde (LANGDON; WIJK, 2010). Gomes (2012) indica que o sistema de saúde, para dar conta de atender às necessidades dos usuários, deve ser integral, valorizando redes sociais e itinerários percorridos, e para isso, é necessário haver mudanças estruturais e organizacionais.

No cuidado em saúde, as dimensões simbólicas vivenciadas pelo indivíduo que adoecer frente às suas construções culturais em relação à doença são pontos extremamente relevantes na interpretação da experiência e organização de cuidados a essa pessoa (MARUYAMA et al., 2006). O indivíduo é sujeito ativo no processo do cuidado, sendo assim, suas necessidades, desejos e percepções devem ser identificados, interpretados e atendidos no processo do cuidado (GOMES, 2012).

Deste modo, ao trabalhar com cuidado, é possível reforçar sentidos positivos da experiência da doença, valorizando e reintegrando

o corpo à própria vida, com suas expectativas, visão do mundo, seus valores e crenças. Assim, os indivíduos que fazem escolhas no curso do processo saúde-doença, respeitando suas limitações e perspectivas, provavelmente terão comportamento mais positivo em relação à doença, tratamento e sua vida em si (MARUYAMA et al., 2006).

2.2 O CÂNCER DE MAMA E ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS

Muitas doenças foram consideradas catastróficas ao passar dos tempos, sendo associadas a castigos ou punições para certos povos, definidas como “doenças metáforas”. O câncer passou a ser considerado uma dessas modalidades a partir do século XX, sendo identificado como mal associado ao mundo moderno relacionado ao comportamento caótico, destruição do corpo e da sociedade (MARUYAMA et al., 2006; COSTA; JIMENÉZ; RIBEIRO, 2012). Neste interim, receber o diagnóstico de câncer é um marco na trajetória e no processo de viver de qualquer pessoa (MARUYAMA et al., 2006; COSTA; JIMENÉZ; RIBEIRO, 2012).

O câncer, na história, associa-se a experiências “malditas” e serve até mesmo como metáfora para diversas condições adversas físicas, mentais e sociais (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002). O câncer, na visão cultural, tem sido associado à punição, castigos, e esses aspectos se associam aos sinais e sintomas físicos, o que traz ao sujeito também carga emocional e moral associada a este adoecimento (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002; MARUYAMA et al., 2006; SONTAG, 2007). Essas crenças, de acordo com Gomes, Skaba e Vieira (2002), trazem consequências devastadoras emocionalmente, o que interfere na ação prática do enfrentamento do adoecer por câncer.

O câncer está adjunto a esses aspectos, pois são relativamente recentes as descobertas de tratamento e combate a esta doença. Também preocupam as grandes incidências de morbidades e mortalidades relacionadas ao câncer, assim como as formas de controle e cura do mesmo ainda não ocorrerem em todos os casos (KOWALSI; SOUSA, 2006; MARUYAMA et al., 2006). Mesmo com o aumento atual da taxa de sobrevivência, o câncer continua a suscitar medo, estresse, angústia, tristeza, dos indivíduos e familiares, pela questão da letalidade ainda associada a esta doença e pelo tratamento da mesma, muito relacionado a processos longos e sofridos e/ou “mutilações” (COSTA; JIMENÉZ; RIBEIRO, 2012).

Desta forma, o indivíduo identifica o câncer como algo temível, pois, a seu ver, é de difícil tratamento, controle e cura, o que caracteriza

impacto negativo no processo de evolução desta doença. Sontag (2007) também indica que o medo associado ao câncer o faz inimigo importante, não sendo relacionado somente como doença letal, mas como moléstia “vergonhosa”. Como o sofrimento de ter o câncer se relacionam outros sentimentos como a preocupação pela sobrevivência, expectativa de dor e mudanças de aparência (GOMES, 2012).

O câncer traz diferentes imagens e significados, como a concepção de ser uma doença do espírito para algumas pessoas, outras o encaram como processo de culpa por não assumir hábitos saudáveis ou comportamentos apropriados socialmente. Também alguns indivíduos o representam com a incurabilidade, como algo destrutor, “tira vida” de quem o tem (MARUYAMA et al., 2006). Maruyama et al. (2006) identificam o fato da liminaridade, ou seja, doença que causa sofrimento e sobreviver a esta experiência traz perspectiva de viver entre vida e morte. Ainda Skaba (2003) traduz o câncer como sendo um “lado sombrio da vida”, sendo decifrado como doença ardilosa, transformando por completo a vida das pessoas que o apresentam e de seus familiares. Para Skaba, Gomes e Vieira (2002), alguns indivíduos indicam a cura como milagre, não a incorporando ao repertório cultural.

Outros fatores que são impostos ao imaginário que se associa à representação social do câncer se relacionam à exclusão do mercado de trabalho, possibilidade de vida dependente e comprometimento da vida sexual (SKABA, 2003).

Desta forma, além dos conhecimentos de rastreamento e tratamento relacionados ao câncer, é importante identificar que há fatores culturais que devem ser considerados quando se pensa na doença em si, assim como nas formas de tratamento e terapêuticas subsequentes ao diagnóstico, para que haja uma compressão completa desse processo (MARUYAMA et al., 2006).

Muitas vezes, os sintomas iniciais são negligenciados pelo sujeito, pois o medo faz com que muitos não queiram se defrontar com esta doença e passam a se considerar realmente doentes quando há comprometimento de atividades cotidianas, e a partir desse momento o indivíduo se compreende doente e observa que necessita de ajuda (MARUYAMA et al., 2006; GOMES, 2012). Segundo Gomes (2012), existe nas pessoas percepção que a doença só existirá se buscar o serviço de saúde, o que muitas vezes implica no processo de atraso do diagnóstico. Ao passo que vão ocorrendo diferenças corporais, os indivíduos vão as vivenciando, e as reflexões e experiências que essas manifestações trazem são processadas de acordo com os significados

sociais e culturais construídos por si e reforçados na sua comunidade (MARUYAMA et al., 2006).

Há o mesmo processo associado ao profissional, visto que suas interpretações e experiências também revelam dimensões diferenciadas em relação a esta doença. Muitas vezes, ocorre em função deste contraste, um desequilíbrio de percepções entre o profissional de saúde e o indivíduo a ser cuidado. Quando os profissionais compreendem a doença apenas na perspectiva biologicista, não compreendendo a totalidade do processo que deve ser entendido, e só direcionam o foco do cuidado para o corpo, negligenciam o cuidado da pessoa. Dessa forma, gera-se uma “pluralidade” de sentidos dissonantes entre profissionais e a pessoa acometida pelo câncer (SKABA, 2003; MARUYAMA et al., 2006).

O itinerário do câncer, na visão de alguns profissionais, constitui-se na sequência de sinais/sintomas, diagnóstico, tratamento, cura/morte e controle/recidiva. Ao passo que, para o sujeito, esse percurso apresenta outras dimensões, relacionadas aos seus anseios, percepções e representações, que estão diretamente ligadas às práticas socioculturais aprendidas pela pessoa e compartilhadas pelo seu grupo social (SKABA, 2003).

Estes fatos traduzem outro aspecto negativo do indivíduo com câncer, que é a falta de incorporação de suas experiências e sentimentos, havendo preocupação específica com a lógica da racionalidade, em que se sobressai a cronologia, a duração dos sintomas e as evidências clínicas (MARUYAMA et al., 2006). Isso destitui a subjetividade, havendo ênfase na doença física, o que ocasiona a passagem do ser “pessoa” para o ser “doente” ou “paciente”, caracterizando a “despersonalização” (HELMAN, 2009).

A experiência do adoecimento deve apresentar referências que servirão para refletir e explicar o passado, visando dar sentido para o projeto de vida individual do sujeito (MARUYAMA et al., 2006). Com isso, a pessoa se reconhece doente, mas suas experiências, seus grupos de suporte, o próprio tratamento possibilitam reações positivas ao sofrimento causado pela doença, com ressignificação de seus valores (MARUYAMA et al., 2006). Estes aspectos vem ao encontro do que Gomes (2012) traz em seu estudo, indicando que o imaginário se relaciona ao conhecimento que se forma a partir do senso comum, com influência da mídia, convivência familiar, amigos e redes sociais, e que envolve sentimentos variados como medo, vergonha, fatalismo, que são dificilmente administrados pelas mulheres. Ocorre, também, a

associação da doença à dor e sofrimento, especialmente conexo à ideia do tratamento (KWOK; WHITE; 2011; MOSHER et al., 2013).

Para Nizamli e Mohammadi (2011), o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama traz um “dilúvio de emoções complexas”, como a incerteza, o medo do sofrimento e da morte, a ansiedade em relação ao tratamento cirúrgico e os adjuvantes. As mulheres, muitas vezes, também se sentem vistas como pessoas “condenadas”, em virtude das representações sociais associadas ao mesmo pela população (SKABA, 2003). Esta percepção de severidade, do mesmo modo, é identificada nas mulheres que creem que o resultado da doença é a morte ou a inexistência de cura, em virtude de suas crenças, de informações da rede social ou por vivenciar esta experiência com pessoas próximas (FUGITA; GUALDA, 2006). Também há, por parte de algumas mulheres, a sensação de abandono e de que não irá voltar a ter sua liberdade e felicidade (MOSHER et al., 2013).

Um aspecto levantado por Vries et al. (2014) foi a condição do medo da recidiva, sendo que 74% das mulheres relaram estar ansiosas em relação à recidiva, e a maioria das mulheres indicou estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção. Tiedtke et al. (2012) também indicam que o medo está presente em todo o percurso das etapas de vivência com o câncer, desde diagnóstico até o pós-cirúrgico, e que o medo da recidiva é o que causa maior ansiedade a estas mulheres.

Iskandarsyah et al. (2014) relatam em seu estudo, abordando a demora em procurar ajuda e não adesão ao tratamento, que vários fatores psicossociais e culturais modificáveis se relacionam a estas condições, dentre elas as crenças relacionadas ao tratamento de câncer, problemas financeiros, carga emocional, o estilo paternalista de comunicação e informações fornecidas pelos profissionais de saúde de forma imprecisa.

O câncer de mama gera uma teia de representações complexas que impede a identificação de qual aspecto amedronta mais as mulheres, os simbólicos ou a gravidade objetiva de comprometimentos gerados pela doença (SKABA, 2003). As representações do câncer de mama se voltam ao produto das relações entre significados socialmente construídos em torno do câncer de forma geral, do corpo feminino e da experiência de ser portador de uma doença (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002).

Quando se fala em câncer de mama, Skaba (2003) acrescenta outros fatores em relação ao câncer em geral, pertinentes à função social do corpo da mulher. O símbolo mama é elemento fundamental, que se articula a papéis de identidade feminina, como a sexualidade e a

amamentação, sendo que desenvolver uma doença na mama compromete esta construção da existência feminina, por isso a cirurgia é tão temida e gera uma condição de ansiedade, insegurança e medo (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002; SKABA 2003; FUGITA; GUALDA, 2006).

Wang et al. (2013) complementam que as alterações na imagem corporal e insatisfação com a aparência após a cirurgia também comprometem a sexualidade para algumas mulheres, sendo que em muitos casos, o tratamento associado ao câncer é o causador de cicatrizes emocionais, e não somente a doença em si. Este aspecto foi identificado por Nizamli, Anoosheh e Mohammadi (2011), quando em seu estudo verificaram que para as mulheres pesquisadas não somente o diagnóstico gerou trauma emocional, mas também as mudanças físicas e de autoimagem vivenciadas.

Apesar disso, ainda em relação à condição da mama, Skaba (2003) salienta em seu estudo que as mulheres, por entenderem que a mama é “externa” ao corpo, relacionam o câncer de mama como sendo menos deletério, não encarando-o como possibilidade de doença sistêmica, o que pode ser um elemento facilitador no enfrentamento desta enfermidade, identificando-o como “um mal que não vem de dentro”.

Costa, Jimenez e Ribeiro (2012) identificam outro olhar sobre o câncer de mama, em que o mesmo acarreta mudanças de papéis até então desempenhados, podendo comprometer sentimentos de identidade, como no caso das mulheres, passagem de cuidadora e organizadora da família para dependente de cuidados. O câncer de mama não afeta somente percepções de corpo, mas relações femininas culturalmente construídas, assim, a sexualidade e o comprometimento de funções laborais são condições marcantes associadas a esta condição (SKABA, 2003; AURELIANO, 2007). Nessa perspectiva, também se relaciona o bem estar sexual da mulher e convívio com parceiros, bem como os mesmos enfrentam esta enfermidade e o tratamento associado. Tais condições influenciam sobremaneira a recuperação da mulher, sendo que a reorganização que ocorre se expande para além dos companheiros, incluindo toda a sua rede de relações (SKABA, 2003; WANG et al., 2013).

Outro fator é o papel de mãe, sendo que muitas mulheres referem dificuldade em desempenhar esta função, principalmente quando associado à cirurgia e à quimioterapia, e esta disfunção é transtorno emocional importante evidenciado pelas mesmas (NIZAMLI; ANOOSHEH; MOHAMMADI, 2011).

O entendimento dos aspectos culturais relativos à condição das mulheres, seus papéis na sociedade e na família permite aos profissionais repensarem seus cuidados de forma a auxiliá-las e, de certa maneira, minimizar as consequências do tratamento, o que é fundamental para a possibilidade de adesão e sucesso (FRAZÃO; SKABA, 2013).

Ratificando esses princípios, Helman (2009) indica que a maior parte das mulheres é cada vez mais objeto de influências, muitas vezes, contraditórias de sua cultura de gênero, ocorrendo ao mesmo tempo cobrança em relação ao papel doméstico e papel profissional. Assim, Skaba (2003) considera o câncer de mama uma doença intimamente ligada à situação do gênero feminino.

Vários fatores atingem e fragilizam as mulheres neste período do seu estado de viver, em especial quando enfrentam tratamentos mais agressivos, limitando possibilidades de independência e autonomia (FRAZÃO; SKABA, 2013). Esse ponto é destacado por Skaba (2003) e Nizamli, Anoosheh e Mohammadi (2011) ao mencionarem a quimioterapia, pois algumas mulheres se referem ao procedimento como a “segunda doença”, uma vez que atribuem efeitos colaterais intensos e sensação de fragilidade. Os autores ainda observaram que o relato dos sentimentos negativos em relação ao câncer de mama está muito associado aos resultados da quimioterapia, em virtude dos efeitos colaterais, como também pelo o que pode ocasionar socialmente, como isolamento social e alterações na organização matrimonial. Outro aspecto relevante para essas mulheres foram as mudanças corporais importantes, que tornam a doença “aparente”, passando ao domínio público.

Muitas mulheres também apresentam dificuldade em refletir acerca das repercussões dos acontecimentos desta doença, principalmente nas esferas sociais e familiares. Isso talvez ocorra em função da pouca abertura que os profissionais ofereçam para que elas possam falar sobre o impacto do câncer e do seu tratamento em sua vida diária. Parece que no contexto da atenção à saúde são priorizadas as queixas físicas, as percepções e sentimentos não são pesquisados. Por outro lado, quando a mulher informa não terem ocorrido mudanças, não percebe que essa narrativa pode indicar negação da situação (COSTA; JIMENÉZ; RIBEIRO, 2012).

A mulher, ao se perceber portadora de uma doença socialmente representada e aliada à dor, ao sofrimento e desfechos desfavoráveis, apresenta os reflexos dessas construções, podendo levá-las à negação. Nesta perspectiva, precisam enfrentar a condição de falar para elas

mesmas sobre a doença, conseguindo um “autoconvencimento”, e partir disso, falar a outras pessoas sobre sua situação, tornando-se uma condição muito particular (SKABA, 2003).

A isto pode ser somada a percepção de suscetibilidade, como levantada por Fugita e Gualda (2006), em que a mulher não busca ajuda profissional em virtude de antecedentes familiares, por exemplo, com medo da confirmação do diagnóstico. A percepção de suscetibilidade e severidade da doença apresenta componente cognitivo intenso, sendo condicionado ao conhecimento, mesmo que parcialmente, de tal modo o conhecimento sobre o câncer de mama e sua casualidade influencia sua percepção quanto a estarem mais aptas a adquirir ou quanto aos efeitos de sua presença (FUGITA; GUALDA, 2006).

Frazão e Skaba (2013) identificam que uma das preocupações da mulher com câncer de mama é o impacto sobre sua vida social, o que corrobora com os conceitos atuais de saúde, que deve compreender o sujeito em um contexto amplo. Então, desde os aspectos de promoção e prevenção do câncer, há importância de considerar valores, atitudes e crenças a quem as ações se destinam (CESTARI; ZAGO, 2012). Em conformidade com essa abordagem, conhecer os acontecimentos de vida e percepções associados ao câncer de mama pelas mulheres é de fundamental importância para compreender como elas elaboram o processo de significação em seu processo de viver (COSTA; JIMENÉZ; RIBEIRO, 2012).

No estudo de Fugita e Gualda (2006), as mulheres indicaram que a vivência do câncer de mama ultrapassou limites físicos, pois envolveu sofrimento em plano espiritual, psicológico, comportamental, emocional e social, não considerando, deste modo, a doença apenas como um evento biológico, mas um evento humano. As mulheres também referem condição de incerteza, de “sentirem-se perdidas” no processo de cuidado do câncer, e este sentimento está presente especialmente quando passam pela transição do tratamento especializado e retornam para o cuidado primário de saúde, assim, há necessidade de que informações sejam vivenciadas nesta jornada (HAQ et al., 2013).

Skaba (2003) ainda reforça que a compreensão das “teias de significados” pode culminar para processo de saúde que invista nessas desconstruções de pontos negativos, de acordo com as características de cada mulher, pela busca de se lidar com a doença assegurando melhor percepção da qualidade de vida que ainda poderão desfrutar.

O câncer de mama, por apresentar alta incidência na população feminina, gera processos de fragilização das mulheres, e para que os profissionais de saúde possam lidar de forma integral com essa

problemática é de extrema importância esta compreensão social e antropológica (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002). Portanto, o atendimento à mulher com câncer deve ser embasado em vários domínios, do aspecto clínico-cirúrgico combinado com conhecimentos, crenças e valores relacionados à doença (FUGITA; GUALDA, 2006).

3 REVISÃO DE LITERATURA

A proposta de apresentação desta revisão se faz por meio de dados relacionados ao câncer de mama, direcionando para as condições físicas associadas ao tratamento cirúrgico, foco da presente pesquisa.

3.1 CÂNCER DE MAMA: FATORES DE RISCO E TRATAMENTO CIRÚRGICO

Nos dias atuais o câncer é uma doença de grande relevância em estudos, devido seu caráter de alta incidência e associação com taxas importantes de morbimortalidade (LEAL et al., 2009). O câncer de mama destaca-se como sendo a neoplasia de maior incidência entre as mulheres no cenário mundial, e no Brasil, relaciona-se à principal causa de morte da população feminina (SILVA; HORTALE, 2012; HOLSBACH; FOGLIATTO; ANZANELLO, 2014).

É estimado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2014, aproximadamente 57.120 novos casos, sendo o segundo lugar em ocorrência mundial (INCA, 2014). A incidência e mortalidade de câncer de mama aumentaram nos últimos 30 anos, sendo estimado anualmente proporções de 3,1% e 1,8%, respectivamente (LUCIANI et al., 2013). Em 2007, aproximadamente 107.000 registros de morte no continente americano foram atribuídos ao câncer de mama feminino, sendo também considerado o câncer de maior relação com morte em muitos países neste continente, e o Brasil tem mantido uma alta taxa de mortalidade (LUCIANI et al., 2013).

As condições de risco mais associadas ao câncer de mama estão relacionadas à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, idade da primeira gestação após 30 anos, terapia de reposição hormonal). Outros fatores podem se relacionar a esta doença, como a idade, história de câncer de mama em familiares de primeiro grau, além de outros aspectos como raça, doenças benignas prévias, estilo de vida com alimentação inadequada, hábitos de risco, como etilismo, e exposição à radiação ionizante (DUMITRESCU; COTARLA, 2005; GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005; SCHNEIDER; DORSI, 2009; MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2010; TAPETY et al., 2013).

Stuckey (2011) complementa, em relação ao fator da história familiar, que em 10% dos casos há esta associação, relacionando-se a mutações nas linhagens germinativas. Este dado também é ratificado por

Tiezzi (2009), considerando que o câncer esporádico (sem associação com fator hereditário) representa mais de 90% dos casos.

Silva (2012) relata que o aumento da incidência do câncer de mama que ocorreu nos anos 1980 e 1990 foi a representação das alterações advindas do padrão reprodutivo e estilo de vida do mundo industrializado.

Dumitrescu e Cotarla (2005) indicam raridade desse diagnóstico antes dos 25 anos, sendo assim a idade, como já constatado, é um importante fator de risco, pois a incidência tende a crescer com o seu aumento. A probabilidade de desenvolvimento de câncer de mama para uma mulher que vive além dos 90 anos é de 12,5% (BOTELL; BERMÚDE, 2009).

Na pesquisa de Tapety et al. (2013), feita com 197 mulheres no Piauí (Brasil), a média de idade das participantes foi de 55 anos. Dados semelhantes foram encontrados por Cordero et al. (2013), em pesquisa com 72 mulheres, constatando média de idade de 54 anos. Reforçando estes dados, Holsbach, Fogliatto e Anzanello (2014) indicam que este câncer não é comum antes dos 35 anos, aumentando progressivamente acima desta faixa de idade.

Tapety et al. (2013) verificaram que 70% das mulheres avaliadas apresentavam-se como donas de casa, sendo positiva a correlação entre tipo de trabalho e câncer de mama. Os autores ainda enfatizam que a ocupação de limpar a casa gera exposição a vários produtos químicos, que podem se associar à mutação genética, e reforçam que os agentes químicos que iniciam a carcinogênese são extremamente diversos. Há indicação que muitos produtos, como desodorantes, protetores solares, cosméticos e certos produtos químicos têm mostrado ampliar e alterar os efeitos do estrogênio (WHO, 2013).

Outra consideração é o nível de escolaridade, que traduz um aspecto abordado por Azevedo et al. (2004), em que há tendência à diminuição do risco de câncer de mama com o aumento do nível de escolaridade. No estudo de Tapety et al. (2013), a maioria das mulheres apresentava o ensino fundamental completo, encontrando 10% de mulheres com nível superior, por outro lado, a taxa de analfabetismo foi maior que 10%.

Sobre os aspectos obstétricos, a idade de gestação inferior a 20 anos é condição associada à proteção do câncer de mama (WHO, 2013). Também relacionado ao histórico obstétrico, demonstra-se o fator da amamentação, sendo considerada como condição associada à prevenção (KNAUL et al., 2009; TIEZZI, 2009; WHO, 2013; TAPETY et al., 2013).

É interessante notar que os autores reconhecem a exposição prolongada ao estrogênio como fator de risco para o câncer de mama, especialmente em mulheres no momento da pós-menopausa (BAND; FANG, 2002; DUMITRESCU; COTARLA, 2005; GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005; SCHNEIDER; D'ORSI, 2009; MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2010; TAPETY et al., 2013; WHO, 2013). Tiezzi (2009) informa que o câncer de mama está fortemente relacionado à produção de esteroides sexuais.

Fuhrman et al. (2012) indicam que a idade demonstra o impacto das alterações hormonais, em virtude das modificações importantes que ocorrem em toda vida reprodutiva da mulher, e isto poderia explicar o fator de risco idade como desencadeador do câncer de mama, prevalecendo a menarca precoce como fator significativo.

Ainda Vogel (2009) reforça que a idade avançada do primeiro parto, poucos filhos, idade tardia da menopausa e administração de terapia de reposição hormonal são fatores de risco bem estabelecidos para o câncer de mama. Knaul et al. (2009) também abordam que a idade precoce da menarca, a nuliparidade ou idade tardia da primeira gestação, a falta da amamentação e a idade tardia da menopausa são características reprodutivas que aumentam o risco de desenvolvimento do câncer de mama.

A conduta cirúrgica ainda prevalece como forma de controle da progressão da doença. Os tratamentos cirúrgicos vão desde as cirurgias mais conservadoras, como tumorectomia e quadrantectomia, até as radicais, podendo acompanhar a técnica de remoção de linfonodos axilares (linfadenectomia axilar), assim como apresentar remoção do linfonodo sentinela. Também se ressalta o acompanhamento clínico com a quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (LAHOZ et al., 2010; SILVA; HORTALE, 2012; RETT et al., 2012).

Mesmo havendo progressos importantes em relação ao diagnóstico e tratamento, o câncer acaba desenvolvendo-se como condição crônica em muitos países (HOLSBACH; FOGLIATTO; ANZANELLO, 2014). De tal modo, é importante reforçar que, mesmo com o maior número de casos diagnosticados e possibilidades de tratamento, há uma carência na compreensão de resultados exclusivamente relacionados às mulheres idosas, sendo isso um contrassenso com o panorama atual da população, em relação às transições epidemiológicas que ocorrem, assim como a própria condição da doença, que se associa de forma expressiva à faixa etária desta população (MIRANDA et al., 2008; TRIPPLES; ROBINSON, 2009; MÁRQUEZ-ACOSTA, 2012).

3.2 PRINCIPAIS MORBIDADES FÍSICO-FUNCIONAIS ASSOCIADAS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE MAMA

Com a realização das cirurgias, podem ocorrer alterações físico-funcionais importantes, e este capítulo destaca fatores associados a estas características, trazendo aspectos relacionados ao presente estudo.

Iniciando a discussão sobre a mobilidade e funcionalidade de ombro após a cirurgia, há redução destas, principalmente nos movimentos de flexão e abdução.

Caban et al. (2006) suscitam algumas condições que influenciam na amplitude de movimento do ombro, como a idade, constatando que mulheres com 70 anos ou mais apresentavam predisposição para a amplitude de movimento (ADM) completa do ombro em 12 meses de pós-cirúrgico. Mulheres que não receberam radioterapia e que apresentavam menos sintomas depressivos foram mais propensas à amplitude de movimento completa. Estado mental, tipo de cirurgia e linfadenectomia não afetaram de forma significativa a ADM completa após um ano de cirurgia.

Merchant et al. (2008) também indicam que a técnica cirúrgica não foi responsável pela redução de movimento. Já no estudo de Nesvold et al. (2008), os resultados demonstraram que ocorreu associação significativa da cirurgia radical e estágio mais avançado do câncer com deficiência nos movimentos de abdução e flexão, assim como no estudo de Lauridsen, Christiansen e Hessov (2005), percebendo associação de mobilidade diminuída com a técnica cirúrgica radical. Scaffiddi et al. (2012) também apontam que as mulheres que tiveram cirurgia conservadora apresentaram menos limitações de ADM e maior funcionalidade do membro, porém não encontraram diferença estatística em relação a estes dados.

Um aspecto importante de se destacar é que os artigos indicados anteriormente utilizaram abordagens metodológicas diferenciadas. Outro ponto de atenção é que utilizaram estratégias de mensuração não equivalentes, sendo na pesquisa de Caban et al. (2006) a aferição da ADM realizada pela inspeção, no estudo de Lauridsen, Christiansen e Hessov (2005) houve utilização do questionário *Constant Shoulder Score*. No trabalho de Merchant et al. (2008) foi realizada a medida através do inclinômetro, e nos demais estudos relatados a goniometria foi utilizada como método de mensuração.

Shamley et al. (2007) demonstraram, com dados coletados junto a mulheres com seis meses a seis anos de pós-operatório, utilizando o questionário *Shoulder Pain and Disability Index*, que não houve efeitos significativos da idade, lateralidade, tipo de cirurgia, terapia adjuvante e tempo da cirurgia sobre a função de ombro.

Madsena et al. (2008) compararam as consequências da biópsia do linfonodo sentinela e dissecação axilar na condição de mobilidade, havendo redução significativa nas mulheres que realizaram a dissecação completa. O fato da redução da funcionalidade ser maior para mulheres com dissecação axilar também foi referenciado por Scaffiddi et al. (2012), porém, de forma diferente, os valores não foram estatisticamente significativos.

Caban et al. (2006) identificaram que as mulheres que não realizaram radioterapia apresentavam predisposição para ADM completa. Ao passo que Crosbie et al. (2010), que comparou padrões posturais e de movimento de mulheres submetidas à mastectomia com grupo controle, observaram que não houve diferença significativa entre grupos, como encontrado também por Shamley et al. (2007).

Agora expondo as consequências da cirurgia sobre a força muscular do complexo do ombro, Gouveia et al. (2008), através de análise retrospectiva da avaliação inicial de pacientes atendidas por um serviço de fisioterapia, encontraram redução da força de todos os músculos avaliados no membro homolateral à cirurgia, mas diferença significativa em comparação ao membro contralateral somente em trapézio e supra espinhoso.

Shamley et al. (2007) demonstraram dados quantitativos de ressonância magnética (para análise do conteúdo de gordura e tecido conjuntivo dos músculos peitoral maior, peitoral menor, romboide maior e serrátil anterior), assim como valores da eletromiografia. Perceberam, através da ressonância, decréscimo real do peitoral maior e menor, porém a eletromiografia demonstrou redução da atividade de todos os músculos, principalmente no trapézio, o que também foi constatado pela pesquisa de Gouveia et al. (2008), porém com a avaliação da função muscular através de teste manual. Shamley et al. (2007) ainda reforçam que a mastectomia com radioterapia torácica e axilar foi associada de forma significativa com baixa atividade do trapézio superior e romboide.

Em relação às alterações de volume dos segmentos superiores após a cirurgia, para Rezende et al. (2006), fatores que influenciaram o aumento do volume do membro, de forma significativa, estavam relacionados ao tempo de retirada do dreno, presença de seroma e de infecção. Não foram relacionados com o aumento do volume do

membro o estadiamento clínico e cirúrgico, o tipo de cirurgia, o volume da secreção e deiscência da ferida. Devoogdt et al. (2011), em estudo longitudinal com acompanhamento de três anos de mulheres submetidas à cirurgia, também não observaram diferença significativa na incidência de linfedema entre técnica conservadora e radical. Dados diferentes foram encontrados por Nesvold et al. (2008), em estudo transversal de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico encontraram que o linfedema foi significativamente maior naquelas submetidas à mastectomia, assim como as que apresentavam maior grau de estadiamento clínico e número de linfonodos comprometidos. Também identificaram maior predisposição de linfedema em mulheres com idade mais avançada ao realizar o procedimento cirúrgico.

Corroborando com Nesvold et al. (2008), sobre o impacto da remoção dos linfonodos em relação à condição linfática, a pesquisa de Madsena et al. (2008) fez comparação de um grupo de pacientes submetidas à biópsia de linfonodo sentinela e outro grupo de mulheres submetidas à dissecação axilar, observando diferença de volume, com maior valor para o grupo que realizou dissecação axilar, fato também destacado por Scaffiddi et al. (2012). Sobre a remoção dos linfonodos, revisão de Nielsen, Gordon e Selby (2008) associa maior predisposição para linfedema a esta condição, assim como o aumento da idade.

Haines e Sinnamon (2007) reforçam a mastectomia como fator que se associa ao aumento do volume do membro ipsolateral à cirurgia. Fator que chamou atenção nesse estudo foi a associação da quantidade de linfonodos removidos em região axilar com o aumento de volume bilateral dos membros. Além disso, as infecções foram associadas de forma significativa com o aumento do volume no membro não afetado.

A massa corporal pode interferir na formação do linfedema, para Sagen, Resen e Risberg (2009), houve risco 3,42 maior de desenvolver linfedema após dois anos de cirurgia em mulheres com índice de massa corporal maior que 25. Já para Springer et al. (2010), não houve associação da massa com desenvolvimento de linfedema. A revisão realizada por Nielsen, Gordon e Selby (2008) corrobora com o estudo de Sagen, Resen e Risberg.

Um fator de predisposição para linfedema foi o medo de realizar movimento com o membro comprometido, o que pode ocorrer em virtude da diminuição de estímulo e fluxo linfático ativo (KARADIBAK et al., 2009). Este dado vai ao encontro do que o estudo qualitativo de Sander et al. (2011) traz, sendo relatado por algumas mulheres o medo do aparecimento do linfedema, reduzindo, assim, a atividade do membro.

Sobre a incidência do linfedema, Fourie (2008) percebeu entre pacientes com disfunção de membro superior subsequente à mastectomia radical modificada encaminhadas à fisioterapia, que das 16 pacientes avaliadas, oito apresentavam linfedema. Para Merchant et al. (2008), houve aparecimento de linfedema em 17,5% da amostra que era composta por 40 mulheres. O estudo de Devoogdt et al. (2011) apresentou incidência de 4% de linfedema na avaliação em três meses de pós-operatório, já no seguimento de três anos, nove (21%) mulheres, de um total de 43, apresentavam esta complicação.

Na revisão de Gomide, Matheus e Reis (2007), a maior parte dos estudos trouxe como fatores relacionados ao aparecimento do linfedema a extensão da remoção de linfonodos axilares e a irradiação axilar. Os mesmos autores ainda relatam que há grande diferença em relação aos estudos sobre a incidência do linfedema em virtude dos vários métodos de mensuração, sendo observadas incidências de 6% a 43%. Há similaridade deste intervalo de incidência no estudo de revisão de McNeely et al. (2012), com valores encontrados de 6% a 30%, com maior aparecimento em até seis meses após a cirurgia.

O aspecto da dificuldade de uniformização para as medidas e investigações do linfedema foi também apreciado por Nielsen, Gordon e Selby (2008), indicando que as informações para o risco de linfedema são escassas e contraditórias, com a maioria dos estudos limitados pela pequena amostra, desenho retrospectivo e outras inadequações metodológicas.

Em relação à dor, estudo de autoria de Macdonald et al. (2005) buscou identificar, em um tempo de pós-cirúrgico entre 7 e 12 anos, os resultados de 175 mulheres que relataram síndrome de dor pós mastectomia (SDPM), observando que 52% das mulheres mantinham a condição dolorosa neste intervalo de tempo, demonstrando como risco para desenvolver a SDPM a idade mais jovem e maior massa corporal. Também verificaram que fatores como esforços, tempo mais frio, roupa que tracionava a cicatriz e movimentos das técnicas de alongamento agravavam a dor. Uma abordagem comparativa entre técnicas cirúrgicas sobre dor e outras sintomatologias foi realizada por Nesvold et al. (2008), identificando que menos mulheres da técnica conservadora relataram sintomas mais graves. Esta situação não foi encontrada por Devoogdt et al. (2011), não havendo diferença significativa na incidência de dor entre mulheres que realizaram mastectomia e submetidas à técnica conservadora.

No estudo de Madsena et al. (2008) foram avaliadas as consequências de técnicas com abordagem axilar, observando que a dor

e parestesia foram presentes em maior número nas mulheres submetidas à dissecação axilar primária. Ausência ou diminuição da sensibilidade foi presente em 22% das mulheres submetidas à biópsia do linfonodo sentinela, comparadas com 70% no grupo em que houve dissecação axilar, aumentando para 76% após 18 meses de procedimento.

O estudo de Shamley et al. (2007) apresentou um dos objetivos voltado para identificação da relação da atividade muscular com relato de dor e funcionalidade, com a utilização do *Shoulder Pain and Disability Index*. Os maiores escores de disfunções foram atribuídos à condição de dor. Concordante com Macdonald et al. (2005), os itens atribuídos para aumento do relato de dor foram normalmente atividades de esforço. Para Devoogdt et al. (2011), a dor ou algum desconforto em membro superior ocorreu em 96% das mulheres submetidas a procedimento cirúrgico em três meses de pós-operatório, ocorrendo diminuição do percentual para 17% em anos de seguimento. Springer et al. (2010) apontam uma condição interessante a respeito da dor, 80% das mulheres na fase pré-operatória apresentavam este sintoma, e em um mês de pós-cirúrgico, observaram que houve relato de dor em 60% das mulheres submetidas à cirurgia para tratamento de câncer de mama, havendo pouca redução espontânea da sintomatologia.

Fourie (2008) observou outras regiões de sintomatologia dolorosa em mulheres submetidas à mastectomia além do ombro. Das 16 mulheres avaliadas, oito desenvolveram dor na região cervical e 11 relataram dor no hemitórax homolateral à cirurgia e braço.

Passando a relatar sobre as condições de alterações posturais, Malicka et al. (2010) tiveram como intuito identificar a relação entre atividade dos músculos do tronco e postura corporal (plano sagital), apresentando como método de mensuração, além da fotogrametria, a análise muscular com dinamômetro isocinético. Com relação aos resultados, para a avaliação da inclinação anterior e posterior do tronco, no grupo das mulheres submetidas à cirurgia, as mulheres mais altas e com maior massa apresentaram maior inclinação para frente. Mulheres operadas há menos tempo apresentaram maior desvio para frente, já as que tinham sido submetidas à operação por um período maior ocorreu maior desvio posterior.

Outro dado levantando por Rostkowska, Bąk e Samborski (2006) foi o ângulo de rotação da pelve, havendo média de 3,9° de desvio para as mulheres submetidas à cirurgia. Ocorreu relação na direção da pelve com idade da paciente, sendo que mulheres mais velhas apresentaram região direita movida para trás. Esta variável, em comparação ao grupo de mulheres saudáveis, foi a que apresentou pior valor.

No estudo transversal de Malicka et al. (2010), os autores observaram que 40% das mulheres apresentavam postura equilibrada (diferindo dos estudos anteriores), havendo mesmo percentual de mulheres com posturas cifóticas e lordóticas (30% cada). Esse estudo também fez considerações a respeito da relação de parâmetros musculares de tronco com a postura, sendo que os autores observaram que a força e velocidade de movimentos de tronco não se mostraram diferentes considerando idade, abordagem cirúrgica, período pós-cirúrgico e tratamento complementar. Somente no caso de mulheres submetidas à quimioterapia, o trabalho total dos músculos flexores do tronco se apresentou significativamente menor.

4 MÉTODO

Este capítulo descreverá o percurso metodológico desta pesquisa, caracterizando o tipo de estudo, característica dos participantes, instrumentos utilizados, assim como procedimentos de coleta e análise dos dados.

4.1 TIPO DE ESTUDO

4.1.1 Pesquisa de campo

Este estudo é caracterizado por abordagem quantitativa e qualitativa, sendo a abordagem quantitativa voltada para as avaliações físico-funcionais e a abordagem qualitativa obtida pela percepção das mulheres quanto ao impacto do câncer de mama e tratamentos a que foi submetida no seu processo de viver. Escolheu-se estas abordagens para poder melhorar a compreensão sobre o foco do estudo, gerando uma visão mais abrangente da condição de saúde das mulheres avaliadas, enriquecendo as discussões frente ao tema proposto (WISDOM et al., 2012).

A abordagem quantitativa é caracterizada pelo tipo de estudo série de casos. Assim, para Meirinhos e Osório (2010), o estudo de caso trata-se de uma pesquisa em que há necessidade de estudar algo singular, com dados descritivos de forma minuciosa, focando na realidade do que se pretende analisar. O estudo de caso é procedimento utilizado na intervenção clínica, objetivando compreensão e planejamento da intervenção (YIN, 2001).

A pesquisa qualitativa como abordagem metodológica permite compreender a complexidade dos fenômenos com suas contradições, imprevisibilidade. Além de possibilitar conhecer e criatividade dos envolvidos para lidar com as questões do cotidiano, das relações interpessoais e sociais. Há uma relação dinâmica entre o mundo *real* e o sujeito. Neste modelo de pesquisa, o pesquisador pode captar e interpretar o real significado das ações dos indivíduos, no contexto em que se desenvolvem suas vidas e suas relações. Pode, também, compreender o significado que os indivíduos atribuem a suas experiências, seus atos, suas decisões e suas relações no espaço em que elas se dão (PARSE, 1985; DENZIN; LINCOLN, 1994; CHIZZOTTI, 1995).

O referencial teórico associado a esta pesquisa baseia-se na antropologia da saúde, desta forma, fundamentadas neste aspecto, as falas das participantes foram relacionadas com os referenciais teóricos descritos, com objetivo de compreender as percepções das mulheres no momento do diagnóstico, tratamento cirúrgico e reabilitação.

4.1.2 Pesquisa bibliográfica

Tratou-se de uma revisão integrativa, realizada nos moldes propostos por Ganong (1987), apresentando como etapas: formulação do problema de pesquisa e objetivos das revisões; especificação dos critérios para inclusão de estudos para seleção da amostra; condução da pesquisa literária; análise crítica dos resultados procurando verificar parâmetros e características similares ou dados diferentes ou conflitantes; discussão e interpretação dos resultados.

Este tipo de revisão inclui análise de pesquisas relevantes, possibilitando a síntese do conhecimento, como também identificar lacunas que precisam ser investigadas, permite também sintetizar os estudos publicados e possibilita conclusões a respeito dos estudos (POLIT; BECK, 2011).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa ocorreu junto a idosas oriundas de tratamento cirúrgico realizado na Maternidade Carmela Dutra (MCD), localizada na cidade de Florianópolis.

A Maternidade Carmela Dutra é uma instituição que faz parte da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC). Foi inaugurada em 03 de julho de 1955, prestando atendimento às mulheres catarinenses. Dispõe de 122 leitos, destinados ao atendimento obstétrico, ginecológico e oncológico. Na área de oncologia, presta assistência através de abordagem multidisciplinar dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se tanto pelo atendimento clínico quanto cirúrgico, sendo realizados aproximadamente 12 procedimentos cirúrgicos para câncer de mama por mês. Os atendimentos fisioterapêuticos ocorreram no ambulatório de fisioterapia da Maternidade Carmela Dutra.

Também houve fase de coleta no Laboratório de Biomecânica da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), quando do processo de avaliação das variáveis biomecânicas. O Laboratório de

Biomecânica da UDESC foi escolhido para a realização das atividades de coleta por ser centro para análise de sistemas motores.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população desta pesquisa consistiu em idosas submetidas a tratamento cirúrgico (tipo conservador ou por cirurgia radical modificada) para o câncer de mama na MCD, que no momento da avaliação estivessem entre um e quatro meses de pós-operatório.

A amostra foi composta, inicialmente, por nove idosas submetidas à cirurgia e selecionadas no local anteriormente exposto. Porém, cinco mulheres finalizaram a intervenção proposta.

As pacientes selecionadas deveriam apresentar como critérios de inclusão: primeiro procedimento cirúrgico para tratamento do câncer de mama e unilateral; idade igual ou superior a 60 anos; apresentar cognição preservada; residir na Grande Florianópolis.

Como critérios de exclusão, apontam-se: complicações pós-cirúrgicas (infecções, hemorragias); reconstrução imediata de mama; patologias neurológicas ou ortopédicas que pudessem interferir na intervenção proposta.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Este item descreve os instrumentos que foram utilizados na coleta dos dados, para medir as variáveis do estudo. Serão destacados de acordo com a abordagem utilizada.

4.4.1 Abordagem quantitativa

a) Ficha de avaliação (APÊNDICE A): contendo dados pessoais, histórico cirúrgico e de patologias associadas, histórico social, queixas, dados antropométricos, inspeção de tórax e membros superiores (possíveis condições como alterações cicatriciais, linfedema, seroma, processos inflamatórios). Os dados das avaliações perimétricas foram registrados nesta ficha, assim como a sensibilidade cutânea e da amplitude de movimento.

b) Intervenção (ANEXO A): protocolo de exercícios baseado em Pereira, Vieira e Alcântara (2005), Bergmann et al. (2006) e Petito e Gutiérrez (2008), contendo:

- Alongamento passivo e ativo: atividade para aumento de flexibilidade muscular de membros superiores e músculos da região cervical.

- Atividades de mobilização escapular: movimentos passivos na região escapular, com intuito de manter integridade de movimento da mesma.

- Exercícios através de movimento passivo de membro superior: exercícios executados pelo terapeuta para a manutenção da integridade articular.

- Exercícios ativo-assistidos de membro superior: exercícios com auxílio de instrumentos (como bastões, bolas, escada digita) para facilitar a execução das atividades.

- Exercícios ativos de membro superior: exercícios realizados pelo próprio participante, servindo para manutenção da integridade articular e neuromuscular.

- Pompage em região cervical e torácica: técnica de massoterapia conjugada com alongamento da estrutura.

- Exercícios de estímulo de extremidades superiores (punho e mão): exercícios para estímulo linfático, associados ao posicionamento elevado do segmento.

- Exercícios respiratórios: exercícios de consciência e estímulo à respiração mais adequada, com estímulo diafragmático, podendo ser realizados em conjunto com movimentos de membros superiores.

- Mobilização cicatricial: massoterapia transversa sobre a região cicatricial.

- Exercícios resistidos: exercícios com resistência de halter, com progressão de 1kg para 2kg no decorrer dos atendimentos, com objetivo de melhorar trofismo muscular.

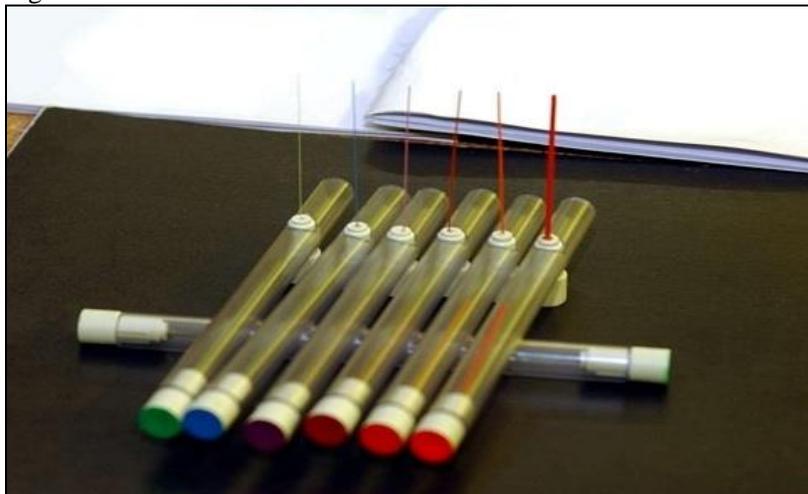
c) Questionário de dor de McGill (ANEXO B): instrumento que tem por objetivo identificar medidas qualitativas de dor para que possam ser analisadas numericamente, sendo o questionário de dor mais referenciado mundialmente e usado na prática clínica. Avalia qualidades sensoriais, afetivas, temporais e miscelânea da dor. Foi desenvolvido por Melzack, em 1975, com objetivo de avaliar todas as características que podem estar envolvidas com o quadro de dor, além da intensidade, de forma quantitativa, apresentando índices de validade e confiabilidade estabelecidos e poder discriminativo entre os diversos componentes da dor (MELZACK, 1975; PIMENTA; TEIXEIRA, 1996; SANTOS et al., 2006; COSTA; CHAVES, 2012; MARTINS et al., 2012).

Foi adaptado para a língua portuguesa e validado por Pimenta e Teixeira, em 1996, sendo que os subgrupos de palavras de 1 a 10

representam respostas sensitivas à experiência dolorosa (como calor, torção, entre outras condições), os subgrupos de 11 a 15 estão relacionados ao caráter afetivo (medo, punição, respostas neurovegetativas, e outras alterações associadas); o subgrupo 16 é avaliativo (avaliação da experiência global) e os de 17 a 20 são associados à condição miscelânea, ou seja, vários aspectos em conjunto. Na apresentação final foi constituído de quatro grupos, 20 subgrupos e 78 descritores (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996). O escore de dor é obtido através do somatório dos valores dos descritores escolhidos, sendo o valor máximo possível 78, sendo que pode ser obtido no total ou para cada grupo (domínio) (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996). Para a presente pesquisa, foram usados os escores de cada domínio, assim como o valor total.

d) Estesiômetro (**Figura 1**): marca SORRI-BAURU, sendo monofilamentos de Semmes-Weinstein constituídos por nylon, utilizados para avaliação da sensibilidade cutânea, composto por seis tubos, cada tubo contendo dois monofilamentos (um par). Cada monofilamento possui espessuras diferentes que correspondem a valores em gramas. Sua constituição é de nylon especial, caracterizado por cores diferentes. Quanto mais leve o estesiômetro percebido pela paciente, maior será a sensibilidade na região avaliada.

Figura 1 - Monofilamentos Semmes-Weinstein



Fonte: Sorri (2014)

e) Goniômetro universal, da marca Carci, para a realização da medida de amplitude de movimento do ombro.

f) Fita métrica: para as medidas de perimetria e para auxílio na avaliação da sensibilidade.

g) Balança digital, da marca Unique, com precisão de 100g, para medida da massa corporal das participantes.

h) Estadiômetro, da marca Sanny, com campo de medição de 40 cm até 210 cm, resolução em milímetros, largura de 15 cm.

i) Instrumentos para o tratamento fisioterapêutico, como bolas, bastões, halteres.

4.4.2 Abordagem qualitativa

a) Entrevista semiestruturada (APÊNDICE B): roteiro de entrevista contendo perguntas disparadoras cujo objetivo foi motivar as informantes a falarem de sua experiência com o câncer de mama e os tratamentos, destacando o impacto dos mesmos no seu processo de viver, capacidade de resiliência e enfrentamento.

4.4.3 Revisão integrativa da literatura

a) Formulário de pesquisa, contemplando os seguintes dados: **identificação do estudo:** data de publicação, revista, título, autores, objetivos do estudo; **método:** tipo de estudo, local da pesquisa, população da pesquisa, amostra, procedimentos para a coleta de dados, procedimentos para o tratamento dos dados; **resultados:** achados principais dos estudos; **conclusões:** recomendações dos autores, descrição de fragilidades; **trechos narrativos.**

4.5 COLETA DE DADOS

Este item irá descrever as fases de coleta de dados, expondo as características para a aquisição dos dados quantitativos, qualitativos e a forma de realização da revisão integrativa da literatura.

4.5.1 Abordagem quantitativa

As participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo. As mulheres foram selecionadas através dos dados contidos no registro do sistema eletrônico da instituição. Desta forma, as idosas com potencial para a

participação eram selecionadas, dando-se preferência para a realização do primeiro contato com a mesma no momento da sua internação cirúrgica. Caso as pacientes já tivessem recebido alta, era feito contato através de telefonema. Esta fase de seleção foi feita de janeiro de 2013 a janeiro de 2014. Assim, 18 mulheres foram convidadas a participar do estudo, e nove aceitaram iniciar a intervenção, porém cinco finalizaram o tratamento proposto.

Foi informado que os atendimentos iriam se iniciar após um mês de pós-operatório, sendo que próximo deste momento era feito novo contato para combinar a primeira avaliação, ocorrendo no laboratório de biomecânica da UDESC.

O deslocamento até o laboratório foi feito por conta das participantes, sendo que cinco foram acompanhadas pelos familiares e quatro foram sozinhas. O dia e horário da avaliação foram combinados de acordo com a conveniência da participante. Ao chegar ao laboratório, foi explicado como a pesquisa se desenvolveria e foi solicitado que lessem e assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C).

Assim, deu-se início à avaliação, sendo feitos, primeiramente, questionamentos dos dados de identificação, características ocupacionais e sociais, histórico obstétrico e ginecológico, história da cirurgia, que se encontra na primeira parte do Apêndice A. Na sequência, foi realizado o exame físico, como descrito a seguir: primeira avaliação antes do início dos atendimentos (AV1), após 15 atendimentos (AV2) e após 30 atendimentos (AV3).

Somente no momento da AV1 foi feita a mensuração da massa corporal e da estatura, com finalidade de cálculo do índice de massa corporal (IMC), sendo utilizada a fórmula massa corporal dividida pela estatura ao quadrado. Para estas medidas, a participante foi posicionada na balança e no estadiômetro, de acordo com os procedimentos padronizados (ALVAREZ; PAVAN, 2003), em posição ortostática, sendo que no estadiômetro permaneceu com pés unidos, colocando em contato com a parede a cintura escapular, cintura pélvica e região occipital, sendo feita a medida em apneia inspiratória. O IMC foi desenvolvido por Lambert Quételet, no fim do século XIX, tratando-se de um método para predispor a condição do nível de gordura de cada pessoa, sendo um dos preditores internacionais de obesidade adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2006). Os valores adotados são: < 16 – magreza grave; 16 a < 17 – magreza moderada; 17 a < 18,5 – magreza leve; 18,5 a < 25 – saudável; 25 a < 30 – sobrepeso;

30 a < 35 – obesidade grau I; 35 a < 40 – obesidade grau II; \geq 40 – obesidade grau III (mórbida).

Tanto na AV1, AV2 e AV3 foram realizadas a avaliação das seguintes variáveis: condição cutânea e linfática de tórax e região axilar, amplitude de movimento, circunferência (perímetro) dos segmentos, sensibilidade cutânea e aspectos de dor.

Para a medida da circunferência dos segmentos foi utilizada a perimetria, sendo feita a demarcação de pontos na pele da participante para a realização da medida da circunferência dos membros superiores. As medidas tiveram como referência o olécrano, e foram feitas em 5, 10, 15 e 20 centímetros supra e infra referência (ANDERSON et al., 2012).

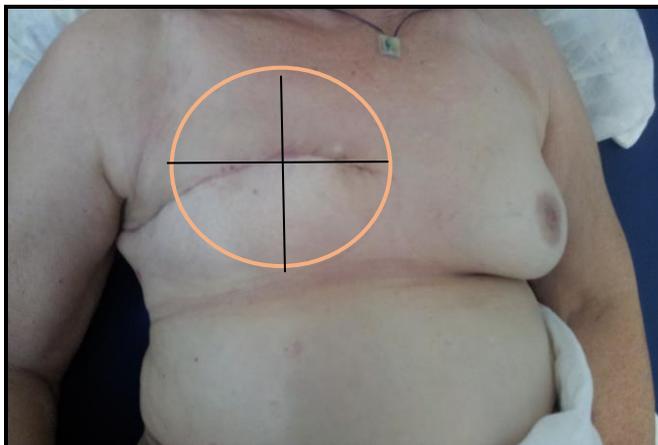
Para a medida da amplitude de movimento foi realizada a goniometria, utilizando-se o goniômetro universal. Para tal mensuração, a participante permaneceu sentada, realizando os seguintes movimentos da articulação glenoumeral: flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa.

Para a realização da flexão e extensão o eixo do goniômetro foi posicionado na face lateral do ombro (direcionado para o acrômio), sendo o braço fixo disposto no plano sagital, direcionado ao epicôndilo lateral e braço móvel acompanhando movimento segmento, também direcionado para ao epicôndilo lateral. Nos movimentos de abdução e adução, o eixo ficou posicionado na face anterior do ombro (sobre acrômio), o braço fixo foi disposto no plano frontal, paralelo ao tronco e o braço móvel acompanhava o movimento do braço, sendo direcionado ao olécrano. Já para os movimentos de rotação interna e externa, sempre que possível, o ombro era abduzido a 90°, cotovelo a 90° de flexão, antebraço em posição neutra, com eixo sobre olecrano e braço móvel alinhado ao antebraço, em direção ao processo estilóide da ulna. Se a paciente não conseguisse manter movimento de 90° de abdução de ombro, o teste era realizado em posição neutra (MARQUES, 2003).

Nos dias de avaliação também houve a verificação da sensibilidade cutânea, através dos estesiômetros, com protocolo de coleta sendo iniciado com o uso do monofilamento mais fino, evoluindo para a progressão em espessura, com a paciente na posição de decúbito dorsal, e sem roupas, a fim de permitir o contato direto com a pele na região torácica operada. A participante foi instruída a permanecer com os olhos fechados durante a avaliação, e ao sentir o estímulo, indicou a região onde estava sentindo o mesmo. Primeiramente, realizou-se a marcação dos pontos da região a ser coletada, dividindo o hemitórax em quatro quadrantes com oito pontos em cada (um mais proximal e outro mais distal), conforme demonstrado na ficha de avaliação (APÊNDICE

A) e na **figura 2**. É importante ressaltar que as medidas foram feitas bilateralmente, e também foi feita avaliação de regiões na cicatriz cirúrgica.

Figura 2 - Esquema da demarcação para a avaliação da sensibilidade cutânea



Fonte: Dados da autora (2014).

Antes de iniciar a avaliação, foi demonstrada a cada mulher a utilização do estesiômetro, para isso foi utilizado um monofilamento sobre a pele na região da mão, para que as mesmas tivessem a percepção de como iriam sentir posteriormente na região avaliada. O quadro a seguir representa a ordem e os resultados de interpretação dos testes.

Quadro 1 - Especificação dos Monofilamentos

Cor do Monofilamento	Valores Nominais	Interpretação
Verde	0,05 gf	Sensibilidade normal, capaz de discriminar diferentes tipos de texturas.
Azul	0,2 gf	Sensibilidade diminuída, mais capaz de discriminar sensação de pressão profunda e dor.
Roxo	2,0 gf	Dificuldades de discriminação de texturas e temperaturas
Vermelho escuro	4,0 gf	Incapacidade de discriminar texturas, dificuldade na discriminação de temperatura.
Laranja	10,0 gf	Perda de sensação protetora, ainda podendo sentir pressão profunda e dor.
Vermelho magenta	300 gf	Sensibilidade à pressão profunda, podendo ainda sentir dor.
Nenhum	---	Perda da sensação de pressão profunda, não podendo sentir dor.

Fonte: Sorri (2014)

A intervenção proposta foi iniciada após a AV1, adotando-se sequência específica (ANEXO A). A intervenção ocorreu de uma a duas vezes por semana, com duração de uma hora, sendo feitos 30 atendimentos. Os mesmos foram realizados no ambulatório de fisioterapia da MCD.

Os exercícios foram embasados em protocolo pré-estabelecido. Porém, se a paciente não conseguisse seguir com protocolo a intervenção era realizada de acordo com sua condição, sendo preenchida ficha de acompanhamento para registros de progressão e necessidade de modificações/manutenção dos exercícios.

Como já mencionado, após finalização de 15 atendimentos a participante foi submetida aos testes realizados na AV1, desta forma, houve uma avaliação intermediária (AV2), sendo a última realizada após os 30 atendimentos.

4.5.2 Abordagem qualitativa

Para verificar a percepção das participantes do estudo acerca do diagnóstico de câncer de mama, tratamento cirúrgico e fisioterapêutico no desenvolvimento do seu processo de viver, foi realizada entrevista semiestruturada (APENDICE B) ao final dos 30 atendimentos. A opção por realizar essa entrevista apenas ao término do tratamento fisioterapêutico deveu-se ao fato de se acreditar que nesse período o vínculo entre pesquisadora e informante se encontraria mais fortalecido e a participante se sentiria mais à vontade para informar suas percepções, sentimentos e emoções. Além disso, nesse momento, a informante poderia já ter aprendido a lidar com os desfechos do tratamento cirúrgico e fisioterapêutico.

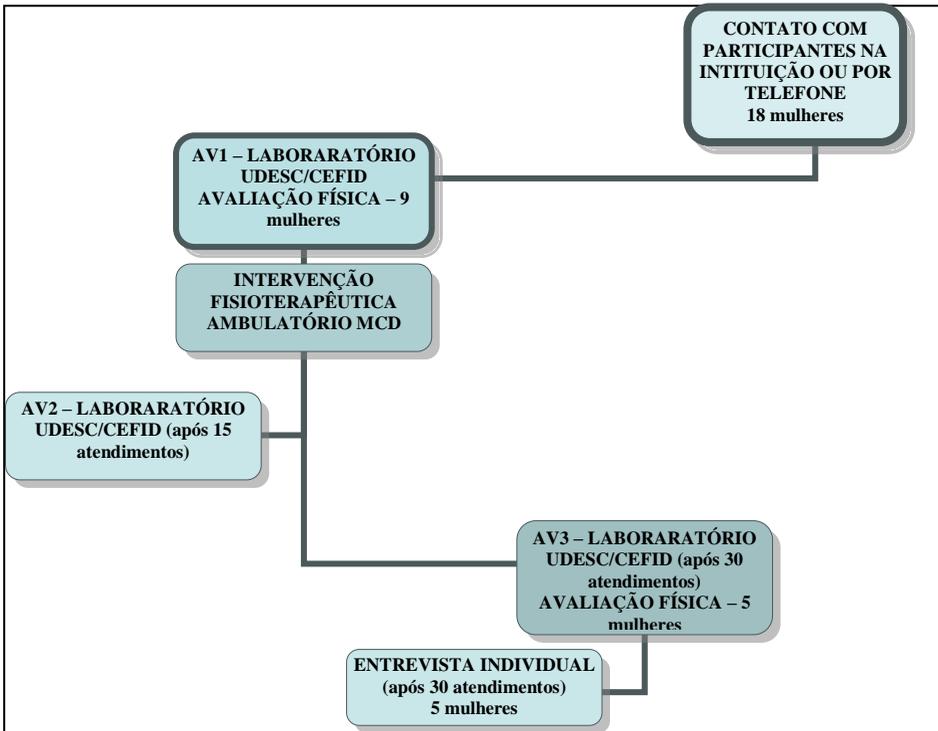
Esse tipo de entrevista pode trazer informações de forma mais livre, sendo as respostas não condicionadas a alternativas. A construção do instrumento se faz com base em hipóteses que se relacionam ao tema proposto, além de manter a presença do pesquisador de forma contínua no processo de coleta das informações (TRIVIÑOS, 1987). Trata-se de um método de coleta de dados flexível e detalhado, permitindo exploração aprofundada de dados e dos significados, o que gera relevância dos conteúdos (PAIS-RIBEIRO, 2008).

A entrevista seguiu roteiro pré-estabelecido, a mesma foi gravada pela pesquisadora, sendo o tempo médio de duração algo em torno de 40 minutos. A entrevista foi realizada no mesmo dia da última avaliação física (AV3).

Vale lembrar, que ao longo de todo o processo de coleta dos dados a pesquisadora trabalhou com um diário de campo no qual eram feitos registros de tudo o que foi observado, percebido e sentido durante os encontros com suas informantes. Além disso, também foram realizados breves registros nas fichas de cada mulher atendida sobre informações ou colocações feitas pelas mesmas durante os atendimentos.

O organograma, representado na **figura 3**, sintetiza as fases de coleta de dados.

Figura 1 - Organograma com as fases da coleta de dados, Florianópolis, 2014.



Fonte: Dados da autora (2014).

4.5.3 Revisão integrativa da literatura

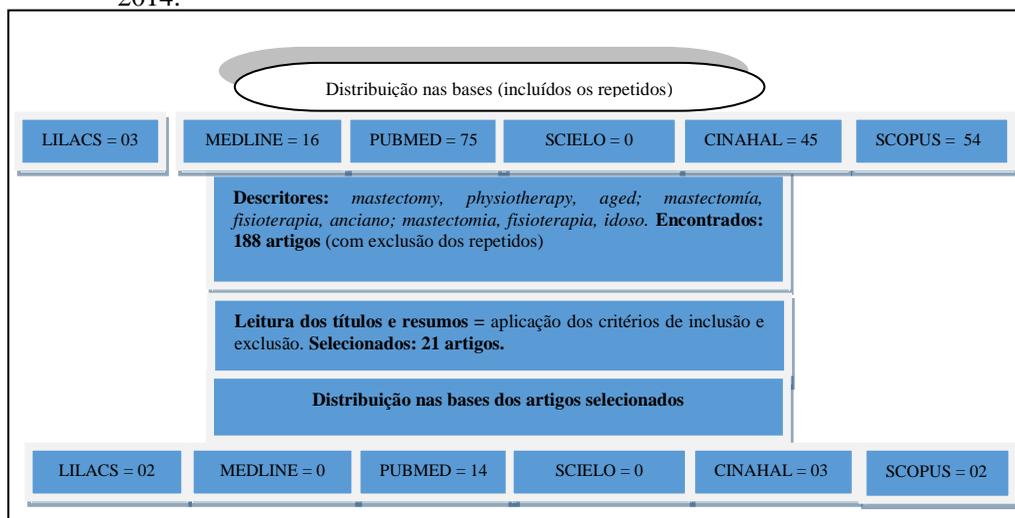
A seleção bibliográfica foi feita nas bases: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), PUBMED, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e *Scopus*.

A busca foi feita através da combinação dos descritores (DeCS): *mastectomy, physiotherapy, aged; mastectomia, fisioterapia, anciano; mastectomia, fisioterapia, idoso*.

Os artigos foram selecionados para leitura exploratória de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Os seguintes critérios foram associados à inclusão dos estudos: artigos de pesquisas originais, publicados em inglês, português e espanhol, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2013. Como critérios de exclusão, utilizou-se os seguintes: artigos de revisão, reflexões teóricas, artigos que não abordavam especificamente as condições de morbidade pós-cirúrgica associadas ao tratamento fisioterapêutico, pesquisas relacionadas somente a procedimentos cirúrgicos ou clínicos, estudos que apresentavam amostra de mulheres exclusivamente com idade inferior a 60 anos, pesquisas sobre validação de instrumentos.

Assim, dos 188 artigos encontrados, após seleção pelos conteúdos através da leitura dos títulos e resumos, foram incluídos 21 estudos para compor a amostra (**figura 4**), sendo selecionados para a etapa de leitura exploratória e análise crítica.

Figura 4 - Fluxograma das etapas da revisão integrativa, Florianópolis, 2014.



Fonte: Dados da autora (2014).

A etapa de leitura exploratória foi realizada para identificação do artigo e compreensão de seu conteúdo. Após, na fase de leitura crítica, os principais dados foram armazenados e organizados, através da transcrição para formulário de pesquisa.

4.6 VARIÁVEIS

A seguir serão descritas as variáveis avaliadas a partir da abordagem quantitativa.

4.6.1 Abordagem quantitativa

- Variável independente

- Intervenção: protocolo de exercícios destinados à recuperação físico-funcional das participantes do estudo.

- Variáveis quantitativas contínuas:

- Idade: número de anos completos, levando-se em conta a data de nascimento relatada pela mulher.

- Índice de massa corporal: relação entre massa e altura ao quadrado.

- Idade da menarca: idade, em anos, informada que iniciou a menstruação fisiológica.

- Idade da menopausa: idade, em anos, da interrupção da menstruação fisiológica, relatada pela mulher.

- Tempo reprodutivo: tempo entre a menarca e menopausa, medido em anos.

- Amplitude de movimento: angulação máxima alcançada pela participante nos movimentos de ombro a serem avaliados (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e rotação externa).

- Circunferência do membro: medida do perímetro do segmento de membro superior, em diferentes regiões (superiores e inferiores à referência estabelecida).

- Variáveis quantitativas discretas:

- Dor: escore de dor da região cirurgiada e membro superior homolateral.

- História gestacional: número de gestações vivenciadas informado pelas participantes, incluindo também número de abortamentos e partos.

- Variáveis qualitativas nominais:

- Estado civil: relação da participante com matrimônio (solteira, casada, união estável, separada, divorciada, viúva).

- Ocupação: condição de trabalho.

- Hábitos de vida: duas características indicadas neste estudo:
 - Prática de atividade física: realização de qualquer atividade física, independente da regularidade, sendo categorizada em sim e não.
 - Tabagismo, hábito de fumar, relatado pela mulher e categorizado em: sim ou não.
- História pessoal de câncer: número de parentes com história da câncer, relatado pela mulher; tipo de câncer, sendo o local de acometimento do câncer dos parentes, indicado pelo relato da participante.
 - Tipo cirúrgico: identificado como cirurgias radicais e conservadoras, e o tipo de intervenção axilar (biopsia do linfonodo sentinela; linfadenectomia axilar).
 - Dependência: necessidade de auxílio para as atividades de vida diárias, categorizada como dependente e independente.
 - Condição dérmica e linfática: alterações identificadas pela inspeção e palpação da região torácica e axilar avaliada.
- Variáveis qualitativas ordinais:
 - Escolaridade: nível educacional da participante.
 - Sensibilidade cutânea: percepção de sensibilidade da pele nas áreas testadas (dois pontos em cada quadrante da mama não acometida e região cirurgiada).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Este tópico expõe a análise dos dados adquiridos neste estudo, também demonstrados de acordo com a abordagem.

4.7.1 Dados quantitativos

Após realização da coleta de dados, os dados foram organizados em tabelas e gráficos para melhor interpretação. Os dados foram analisados pelo programa SEstatNet (NASSAR et al., 2014).

Nos dados de identificação e caracterização das participantes, para os resultados de idade, IMC, menarca, menopausa, número de gestações, foi utilizada estatística descritiva por valores de média e desvio padrão. Já para a análise das variáveis estado civil, escolaridade, raça, antecedentes familiares de câncer, doenças associadas e tipo

cirúrgico, foi utilizada estatística descritiva por valores de frequência simples.

Em relação às variáveis colhidas pela avaliação física, na análise das variáveis padrão da condição cutânea e limiar de sensibilidade cutânea, foi utilizada estatística descritiva, através de frequência simples.

Na identificação das variáveis: circunferência (perímetro) das regiões do membro superior e amplitude de movimento do ombro, foi utilizada estatística descritiva por valores de média e desvio padrão. Já para o escore de dor, foi utilizada mediana. Para a comparação destas variáveis entre segmentos, assim como nos três momentos de avaliação, foi utilizada estatística inferencial através do teste *U* de Mann-Whitney, nível de significância de 0,05.

4.7.2 Dados qualitativos

Para a avaliação dos dados qualitativos, foi construído o *corpus* a partir das transcrições na íntegra das entrevistas. A técnica de análise foi a proposta operativa de Minayo (2004), que consiste em descobrir os núcleos de sentido, sendo que a presença ou frequência signifiquem para a avaliação. Esta é composta das seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos.

A **pré-análise** consiste na organização do material a ser avaliado, sendo que nesta etapa se definem registros, trechos significativos e categorias, ocorrendo leitura do material para contato com sua estrutura e orientação para posterior análise, momento em que se iniciam o registro de informações. É a fase de operacionalizar as ideias iniciais para o desenvolvimento da análise (MINAYO, 2004). Segundo Minayo (2004), essa etapa apresenta três fases: leitura flutuante, constituição do corpus e reformulação de hipóteses e objetivos.

A seguinte etapa, **exploração**, corresponde a aplicar o que foi definido na fase anterior, através de releituras do material transcrito. É a atividade de analisar o texto em relação às características nas categorias criadas na etapa anterior (MINAYO, 2004).

A última fase, **tratamento dos resultados**, destina-se a revelar o conteúdo, através da busca por tendências, ideologias ou características marcantes das falas (MINAYO, 2004).

De acordo com a análise, foram traçados dois eixos temáticos e categorias associadas aos mesmos, conforme demonstra a **figura 5**.

Figura 5 - Esquema indicativo dos eixos temáticos e categorias relacionadas à análise qualitativa.

EIXOS TEMÁTICOS	
EIXO 1: ENFRENTAMENTO DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA DE MULHERES IDOSAS	EIXO 2: O PROCESSO DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE MULHERES IDOSAS COM CÂNCER DE MAMA E SUAS REPERCUSSÕES
Categoria 1: Percepções das mulheres e familiares em relação ao diagnóstico do câncer de mama	Categoria 1: Dificuldades relativas ao tratamento fisioterapêutico
Categoria 2: Sentimentos e dilemas associados à descoberta do câncer de mama	Categoria 2: Percepção das mulheres com relação aos ganhos obtidos com o tratamento fisioterapêutico
Categoria 3: Suporte emocional e de cuidado: religião e família	Categoria 3: Considerações das mulheres a respeito da sua condição atual de saúde
Categoria 4: Percepções pós tratamento cirúrgico	

Fonte: Dados da autora (2014).

Baseadas nessa classificação, as falas das participantes foram relacionadas com o referencial teórico escolhido, a antropologia da saúde, nos moldes interpretativistas.

4.7.3 Revisão integrativa da literatura

Após organização do material e preenchimento do formulário de pesquisa, a avaliação dos dados foi feita através de abordagem descritiva, pela proposta operativa de Minayo (MINAYO, 2004).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSC (parecer 314.614 – ANEXO C) e da Maternidade Carmela Dutra (parecer 598.927-0 – ANEXO D). A pesquisa respeitou os princípios fundamentais que regem o Código de

Ética e os aspectos éticos da pesquisa em seres humanos, contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

As mulheres que se adequaram aos critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo. As participantes foram informadas sobre os procedimentos da pesquisa, sendo neste momento explicado todos os procedimentos, assim como seus benefícios. Aquelas que aceitaram participar da pesquisa foram solicitadas a ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C).

Os dados permaneceram em sigilo, tendo acesso somente os pesquisadores responsáveis.

5 RESULTADOS

De acordo com disposto na Instrução Normativa 10/PEN/2011, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), os resultados deste estudo serão apresentados na forma de quatro manuscritos.

O Manuscrito 01 “**MORBIDADES FÍSICAS E TENDÊNCIAS DE TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA MULHERES IDOSAS SUBMETIDAS À CIRURGIA PARA CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**”, traz a revisão integrativa dos estudos relacionados à mulher idosa e o tratamento fisioterapêutico das morbidades físicas associadas às cirurgias para tratamento do câncer de mama.

O Manuscrito 02 destaca “**O PROCESSO DE RECUPERAÇÃO FÍSICO-FUNCIONAL DE MULHERES IDOSAS APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CÂNCER DE MAMA**” demonstrando a trajetória evolutiva das participantes perante a intervenção fisioterapêutica proposta, com as variáveis físicas sendo demonstradas nos vários momentos de avaliação, havendo, também, processo de reflexão sobre a intervenção realizada.

O Manuscrito 03 “**ESTOU COM CÂNCER”: PERCEPÇÃO DAS MULHERES IDOSAS SOBRE A DESCOBERTA DO CÂNCER E SEU TRATAMENTO**” envolve os resultados qualitativos obtidos pelas percepções do que era envolvido na descoberta do câncer de mama, as repercussões do mesmo sobre sua condição de vida e familiar e o processo de viver relacionado com o procedimento cirúrgico.

O Manuscrito 04 “**MULHERES IDOSAS E O PROCESSO DE VIVER APÓS A CIRURGIA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA: CORPO, MOVIMENTO E FISIOTERAPIA**” traz enfoque de como a mulher vivenciou o atendimento fisioterapêutico, sob sua perspectiva, e todos os fatores envolvidos neste momento.

5.1 MANUSCRITO 01: MORBIDADES FÍSICAS E TENDÊNCIAS DE TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA MULHERES IDOSAS SUBMETIDAS À CIRURGIA PARA CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

HONÓRIO, Gesilani Júlia da Silva
SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos

RESUMO: Objetivou identificar o estado da arte sobre as principais morbidades físicas associadas às cirurgias para tratamento do câncer de mama e as abordagens de fisioterapia para as mesmas, com ênfase em pacientes idosas. Revisão integrativa, com busca nas bases: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), PUBMED, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e *Scopus*, através da combinação dos descritores mastectomia, fisioterapia, idoso, nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram incluídos 21 artigos, de janeiro de 2005 a dezembro de 2013. Os resultados revelaram predomínio de abordagens quantitativas. Os agrupamentos geraram seis categorias: Fisioterapia para as alterações biomecânicas do complexo do ombro após a cirurgia para câncer de mama; Fisioterapia para alterações de volume do membro após a cirurgia para câncer de mama; Fisioterapia para tratamento da dor e outras sintomatologias de membro superior e tórax após cirurgia para câncer de mama; Fisioterapia para tratamento das alterações posturais após procedimento cirúrgico para tratamento do câncer de mama; Fisioterapia para tratamento das alterações cicatriciais e dérmicas após cirurgia para tratamento do câncer de mama; Aspectos relacionados à idade. Há escasso número de estudos exclusivamente da população idosa. Os estudos foram unânimes em considerar o benefício da fisioterapia para a prevenção e tratamento das disfunções físicas relacionadas às cirurgias para tratamento do câncer de mama.

Descritores: Mastectomia; fisioterapia; idoso; revisão.

MORBILIDADES FÍSICAS Y TENDENCIAS DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO PARA MUJERES DE LA TERCERA EDAD QUE HAN ESTADO BAJO CIRUGÍA PARA CÁNCER DE MAMA: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

RESUMEN: la presente tiene como objetivo identificar el estado del arte sobre las principales morbilidades físicas asociadas a la cirugía para

el tratamiento de cáncer de mama y a los abordajes de la fisioterapia para las mismas, con énfasis en pacientes de la tercera edad. Revisión integradora con búsquedas basadas en la Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS), el Sistema Online de Búsqueda y Análisis de Literatura Médica (MEDLINE), PUBMED, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) y *Scopus*, a través de la combinación de los descriptores: mastectomía, fisioterapia, ancianidad, en los idiomas inglés, portugués y español. Se incluyeron 21 investigaciones de enero de 2005 a diciembre de 2013. Los resultados revelaron un predominio de abordajes cuantitativos. Los agrupamientos generaron seis categorías: Fisioterapia para alteraciones biomecánicas del complejo del hombro luego de la cirugía para cáncer de mama; Fisioterapia para alteraciones del volumen del miembro luego de la cirugía para cáncer de mama; Fisioterapia para el tratamiento del dolor y otras sintomatologías del miembro superior y el tórax luego de la cirugía contra el cáncer de mama; Fisioterapia para el tratamiento alteraciones posturales luego del procedimiento quirúrgico para el cáncer de mama; Fisioterapia para el tratamiento alteraciones cicatriciales y dérmicas luego de la cirugía para cáncer de mama; Aspectos relacionados a la edad. Hay escasos estudios exclusivos sobre la población de la tercera edad. Los estudios fueron unánimes al considerar el beneficio de la fisioterapia para la prevención y tratamiento de las disfunciones físicas relacionadas a las cirugías para tratamiento del cáncer de mama.

Palabras-clave: mastectomía; fisioterapia; ancianidad; revisión.

PHYSICAL MORBIDITIES AND PHYSIOTHERAPEUTIC TREATMENT TRENDS FOR ELDERLY WOMEN UNDERGOING BREAST CANCER SURGERY: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: This study aimed to identify the state-of-the-art on the main physical morbidities associated with surgery for treatment of breast cancer and the approaches of physiotherapy for the same, with emphasis on the elderly female patients. Integrative Review, with a search in the databases: Latin American Literature in Health Sciences (LILACS), Online System of Search and Analysis of Medical Literature (MEDLINE), PUBMED, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) and *Scopus*; through the combination of the descriptors mastectomy, physiotherapy, elderly, in English, Portuguese and Spanish. There were 21 studies included from January 2005 to

December 2013. The results revealed a predominance of quantitative approaches. The groups generated six categories: Physiotherapy for the biomechanical changes of the shoulder complex after surgery for breast cancer; Physiotherapy for changes in limb volume after surgery for breast cancer; Physiotherapy as a treatment for pain and other symptoms of upper limb and chest after surgery for breast cancer; Physiotherapy as a treatment for postural changes after surgical procedure for breast cancer; Physiotherapy as a treatment for scarring and skin after surgery for breast cancer; Aspects related to age. There are few studies exclusively on the elderly population. They were unanimous in considering the benefit of physical therapy for the prevention and treatment of physical impairments related to surgery for the treatment of breast cancer.

Keywords: Mastectomy; physiotherapy; elderly; review.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é importante fator de interesse, pois há aumento de sua incidência, sendo a principal causa de morte por câncer de mulheres entre 20 e 60 anos (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005; GOMIDE; MATEUS; REIS, 2007). Com o aumento de sua incidência e sobrevida, há também, maior número de mulheres com sequelas dos tratamentos disponíveis, em particular das cirurgias, que levam a complicações e morbidades físicas e psíquicas, mesmo com a evolução destas técnicas (GOMIDE; MATEUS; REIS, 2007, TRIPPLE; ROBINSON, 2009).

Assim, conhecer as morbidades e possíveis formas de tratamento traz ao profissional possibilidade de intervenção precoce, o que pode favorecer no processo terapêutico, melhorando não somente a condição física, como também a qualidade de vida destas mulheres (GOMIDE; MATEUS; REIS, 2007). Estudo de revisão de Hayes et al. (2012) indica que há incidência de 10% a 60% de mulheres com relato de pelo menos um sintoma de disfunção do membro, entre seis meses e três anos de cirurgia.

Entender o processo do acometimento do câncer na população idosa igualmente é importante, pois muitas vezes ocorre subtratamento, assim como falta de estudos sistemáticos e randomizados direcionados a esta população (LAIRD; FALLON, 2009). Pouco se sabe sobre o impacto do câncer e seu processo de tratamento sobre o estado físico-funcional em idosos, isto porque esse segmento da população

geralmente é excluído de pesquisas controladas, sendo o motivo para isto apenas a idade ou pelas comorbidades que muitas vezes os acompanham (HILE; FITZGERALD; STUDENSLKI, 2010). No entanto, em estudo de Protière et al. (2010), discordando desta informação, houve relato que a sequência prescrita mais frequente para mulheres idosas era cirurgia, radioterapia e hormonioterapia. Assim, entende-se que estas mulheres também sofrem o impacto da condição cirúrgica, sendo importante compreender este processo.

Desta forma, é imprescindível a atuação do profissional fisioterapeuta na equipe de tratamento e acompanhamento de mulheres que realizaram cirurgias para tratamento de câncer de mama, em especial de mulheres idosas, para que haja promoção da recuperação funcional adequada, assim como prevenção de complicações decorrentes do procedimento cirúrgico. Para isso, é importante conhecer o que a literatura traz como principais morbidades relacionadas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama, assim como o tratamento fisioterapêutico para tal condição.

O objetivo desta revisão foi identificar o estado da arte sobre as principais morbidades físicas associadas às cirurgias para tratamento do câncer de mama e as abordagens de fisioterapia, enfatizando mulheres idosas.

MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa, realizada nos moldes propostos por Ganong (1987), apresentando como etapas: formulação do problema de pesquisa e objetivos da revisão; especificação dos critérios para inclusão de estudos e para seleção da amostra; condução da pesquisa literária; análise crítica dos resultados procurando verificar parâmetros e características similares ou dados diferentes ou conflitantes; discussão e interpretação dos resultados.

A seleção bibliográfica foi feita nas bases: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), PUBMED, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e *Scopus*. A busca foi feita através da combinação dos descritores (DeCS): *mastectomy and physiotherapy and aged*; *mastectomía and fisioterapia and anciano*; *mastectomia and fisioterapia and idoso*.

Os artigos foram selecionados para leitura exploratória de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão

foram indicados: artigos de pesquisas originais, publicados em inglês, português e espanhol, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2013. Como critérios de exclusão: artigos de revisão, reflexões teóricas, artigos que não abordavam especificamente as condições de morbidade pós-cirúrgica associadas ao tratamento fisioterapêutico, relacionados somente a procedimentos cirúrgicos ou clínicos, que apresentavam amostra de mulheres exclusivamente com idade inferior a 60 anos, que eram sobre validação de instrumentos.

Assim, dos 188 artigos encontrados nas bases, após leitura dos títulos e resumos e pela seleção dos critérios especificados, foram incluídos 21 estudos, sendo selecionados para a etapa de leitura exploratória e análise crítica.

A etapa de leitura exploratória foi realizada para identificação do artigo e compreensão de seu conteúdo. Após, na fase de leitura crítica, os principais dados foram armazenados e organizados, através da transcrição para formulário de pesquisa, completando os seguintes dados: **identificação do estudo:** data de publicação, revista, título, autores, objetivos do estudo; **método:** tipo de estudo, local da pesquisa, população da pesquisa, amostra, procedimentos para a coleta de dados, procedimentos para o tratamento dos dados; **resultados:** achados principais dos estudos; **conclusões:** recomendações dos autores, descrição de fragilidades; **trechos narrativos.** A avaliação dos dados foi feita através de abordagem descritiva, pela proposta operativa de Minayo (MINAYO, 2004).

Durante o processo de análise dos estudos foram criadas seis categorias de acordo com os assuntos abordados nos artigos, sendo elas: Fisioterapia para as alterações biomecânicas do complexo do ombro após a cirurgia para câncer de mama; Fisioterapia para alterações de volume do membro após a cirurgia para câncer de mama; Fisioterapia para tratamento da dor e outras sintomatologias de membro superior e tórax após cirurgia para câncer de mama; Fisioterapia para tratamento das alterações posturais após procedimento cirúrgico para tratamento do câncer de mama; Fisioterapia para tratamento das alterações cicatriciais e dérmicas após cirurgia para tratamento do câncer de mama; Aspectos relacionados à idade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre as características principais do estudo, os quadros 1, 2 e 3 trazem informações sobre autores, objetivos e tipos de estudo das pesquisas incluídas na presente revisão integrativa.

Quadro 1 - Autores, anos, títulos, objetivos principais e tipos de estudo dos artigos selecionados na pesquisa (1º ao 5º artigo), 2005-2007.

	ANO	AUTOR	TÍTULO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO
1	2005	Ddem K, Ufuk YS, Serdar S, Zumre A	The comparison of two different physiotherapy methods in treatment of lymphedema after breast surgery	Comparar dois métodos de fisioterapia no tratamento do linfedema após CA de mama.	Ensaio clínico
2	2005	Lauridsen MC, Christiansen P, Hessov IB	The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: A randomized study	Avaliar o efeito da fisioterapia na função do ombro, quando feita por um longo período e instituída no PO imediato.	Ensaio clínico
3	2005	Sprod LK, Drum SN, Bentz AT, Carter SD, Carole M	The effects of walking poles on shoulder function in breast cancer survivors	Determinar se um programa de oito semanas de exercícios utilizando polos de caminhada poderiam melhorar a ADM e resistência muscular em mulheres tratadas para CA de mama.	Ensaio clínico
4	2006	Rostkowska E, Bąk M, Samborski W	Body posture in women after mastectomy and its changes as a result of rehabilitation	Analisar parâmetros específicos da postura de mastectomizadas e diferenças entre a postura de mulheres saudáveis, assim como determinar os efeitos da reabilitação na postura.	Ensaio clínico
5	2006	Rezende LF, Beletti PO, Franco RL, Moraes SS, Gurgel MSC	Exercícios livres versus direcionados nas complicações pós-operatórias de câncer de mama	Avaliar a associação entre o tipo dos exercícios fisioterápicos realizados com incidência de complicações em mastectomizadas ou quadrantectomizadas com LA no serviço de fisioterapia da UNICAMP.	Ensaio clínico

Fonte: Dados da autora (2014).

Quadro 2 - Autores, anos, títulos, objetivos principais e tipos de estudo dos artigos selecionados na pesquisa (6º ao 13º artigo), 2008-2010.

	ANO	AUTOR	TÍTULO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO
6	2008	Bak M	Body posture in the sagittal plane in post-mastectomy women, who take active part in physical rehabilitation	Registrar e avaliar mudanças posturais no plano sagital em um período de dois anos em um mulheres submetidas à mastectomia, participantes de grupo de reabilitação cinética.	Longitudinal
7	2008	Fourie WJ	Considering wider myofascial involvement as a possible contributor to upper extremity dysfunction following treatment for primary breast cancer.	Descrever padrões de mobilidade de tecido mole em grupo de pacientes com CA de mama com disfunção de membro superior, subsequente à MRM.	Retrospectivo
8	2008	Jahr S, Schoppe B, Reisschauer A	Effect of treatment with low-intensity and extremely lowfrequency elect rostatic fields (Deep Oscillation®) on breast tissue and pain in patients with secondary breast lymphoedema	Avaliar os sintomas (edema, dor) e limitações funcionais (redução da ADM do ombro e coluna cervical) de pacientes com linfedema de mama secundário a cirurgia de CA de mama e acessar os benefícios adicionais da Deep Oscillation quando combinada com DLM.	Ensaio clínico
9	2009	Lieske B, Ravichandran D	Late brachial plexus injury due to physiotherapy following axillary clearance for breast carcinoma	Apresentar caso de idosa que desenvolveu paralisia de plexo braquial após um mês de fisioterapia por MRM e LA.	Estudo de caso

10	2009	Sagen S, Ka ^o Resen R, Risberg MA	Physical activity for the affected limb and arm lymphedema after breast cancer surgery. A prospective, randomized controlled trial with two years follow-up	Verificar o desenvolvimento de linfedema, dor e sensação de peso no membro afetado após dois programas de reabilitação no PO de CA de mama	Ensaio clínico
11	2010	Lee TS, Kilbreath SL, Sullivan G, Refsauge KM, Beith JM	Patient perceptions of arm care and exercise advice after breast cancer surgery	Identificar experiências e sentimentos das mulheres sobre pareceres recebidos sobre o cuidado braço e exercício após cirurgia para CA de mama	Transversal
12	2010	Springer BA, Levy E, McGarvey C, Pfalzer LA, Stout NL, Gerber LH, Soballe PW, Danoff J	Pre-operative assessment enables early diagnosis and recovery of shoulder function in patients with breast cancer	Determinar a extensão e tempo de disfunções de MS em mulheres vistas no pré-operatório e acompanhadas prospectivamente usando um modelo de questionário e tratamento de fisioterapia.	Longitudinal
13	2010	Krukowska J, Terek M, Macek, P, Woldańska- Okońska M	The methods of treatment of lymphoedema in women after mastectomy	Avaliar a eficácia de métodos de tratamento para linfedema em mulheres após mastectomia usando FDC.	Ensaio clínico

Fonte: Dados da autora (2014).

Quadro 3 - Autores, anos, títulos, objetivos principais e tipos de estudo dos artigos selecionados na pesquisa (14º ao 21º artigo), 2011-2013.

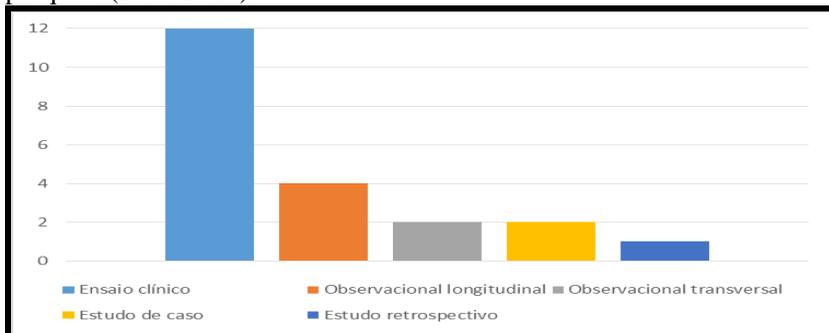
14	2011	Kara M, Ozçakar L, Malas FÜ, Kara G, Altundag K	Median, ulnar, and radial nerve entrapments in a patient with breast cancer after treatment for lymphedema	Descrever caso de mulher que desenvolveu compressão nervosa periférica após tratamento de fisioterapia para linfedema.	Estudo de caso
15	2011	Devoogdt N, Van Kampen M, Christiaens MR, Troosters T, Piot W, Beets N, Nys S, Gosselink R	Short- and long-term recovery of upper limb function after axillary lymph node dissection	Investigar a evolução após LA para CA de mama de deficiências de mobilidade de ombro, linfedema, dor e deficiência nas atividades diárias de curto e longo prazo em <i>follow-up</i> .	Longitudinal
16	2012	Stan DL, Rausch SM, Sundt K, Cheville AL, Youdas JW, Krause DA, Boughey JC, Walsh MF, Cha SS, Pruthi S	Pilates for Breast Cancer Survivors: Impact on Physical Parameters and Quality of Life After Mastectomy	Realizar estudo piloto para verificar a viabilidade do Pilates após mastectomia, verificando as mudanças na ADM, flexibilidade da cervical, postura, linfedema, QV, humor e imagem corporal.	Ensaio clínico
17	2012	Anderson RT, Kimmick GG, McCoy TP, Hopkins J, Levine E, Miller G, Ribisl P, Mihalko SL	A randomized trial of exercise on well-being and function following breast cancer surgery: the RESTORE trial	Determinar o efeito de um programa de exercícios moderados na qualidade de vida relatada, função física e volume do membro.	Ensaio clínico
18	2012	Góis MC, Furtado PR, Ribeiro SO, Lisboa LL, Viana ESR, Micussi MTABC	Amplitude de movimento e medida de independência funcional em	Avaliar a influência da fisioterapia pré-operatória na amplitude de	Ensaio clínico

			pacientes mastectomizadas com linfadenectomia axilar	movimento do ombro e na medida de independência funcional em mulheres submetidas à mastectomia radical modificada com linfadenectomia axilar.	
19	2012	Scaffiddi M, Vulpiani MC, Vetrano M, Conforti F, Marchetti MR, Bonifacino A, Marchetti P, Saraceni VM, Ferretti A	Early rehabilitation reduces the onset of complications in the upper limb following breast cancer surgery	Investigar morbidade física depois da retirada no LS, LAR e reconstrução	Transversal
20	2012	Mutrie N, Campbell A, Barry, S, Hefferon K, McConnachie A, Ritchie D, Tovey S	Five-year follow-up of participants in a randomized controlled trial showing benefits from exercise for breast cancer survivors during adjuvant treatment	Determinar se os benefícios de um programa de exercícios supervisionados observados em seis meses persistem após 18 e 60 meses.	Longitudinal
21	2012	Petito EL, Nazário ACP, Martinelli SE, Facina G, Gutiérrez MGR	Application of a domicile-based exercise program for shoulder rehabilitation after breast cancer surgery	Avaliar a efetividade de um programa de exercícios, iniciado precocemente e realizado em domicílio, na recuperação da ADM do membro de mulheres submetidas à mastectomia e quadrantectomia.	Ensaio clínico

Fonte: Dados da autora (2014).

A **figura 1** sintetiza os tipos de estudos encontrados.

Figura 2 - Gráfico dos tipos de estudo dos artigos selecionados na pesquisa (2005-2013).



Fonte: Dados da autora (2014).

Em relação aos anos de publicação, percebeu-se que não foram atribuídos à busca realizada artigos nos anos de 2007 e 2013 (Quadros 2 e 3). O ano que apresentou maior número de publicações foi 2012 (Quadro 3).

Um fato chamou a atenção a partir da análise geral dos artigos, percebendo-se predomínio de ensaios clínicos. Não houveram estudos que utilizaram a abordagem qualitativa. Também foram identificados dois estudos de caso, sendo somente estas pesquisas exclusivamente relacionadas às mulheres idosas.

Ainda sobre as características gerais dos artigos, identifica-se predomínio de artigos internacionais (18 publicações), sendo que destes, a maioria foram artigos desenvolvidos na Europa.

A seguir, a partir das categorias criadas, serão evidenciadas as principais modalidades fisioterapêuticas associadas as tais condições.

FISIOTERAPIA PARA AS ALTERAÇÕES BIOMECÂNICAS DO COMPLEXO DO OMBRO APÓS A CIRURGIA PARA CÂNCER DE MAMA

Este tópico foi descrito por 15 artigos que aprofundavam a temática. Para Fourie (2008) (**Artigo 7**), uma das causas das alterações de mobilidade é o atraso para o encaminhamento da fisioterapia. Em seu estudo, o encaminhamento aconteceu, em média, 2,8 anos após cirurgia, onde as pacientes já apresentavam restrições importantes e alterações no

ritmo escapuloumeral. Outro dado importante a ser salientado é identificado por Devoogdt et al. (2011) (**Artigo 15**), em que o encaminhamento muitas vezes só ocorre quando há complicações. Sua pesquisa longitudinal com seguimento de três anos verificou que 96% das mulheres com complicações fizeram fisioterapia, sendo que 88% iniciaram em um mês de pós-cirúrgico.

Assim, dando ênfase à fisioterapia como forma de tratamento das alterações biomecânicas de ombro, houve concordância em relação aos seus efeitos positivos nos estudos analisados. Para Schneider et al. (2007), prescrição de exercícios individualizados e de intensidade moderada é uma forma segura e eficaz para aumentar a função muscular e, assim, melhorar a qualidade de vida das mulheres em tratamento para câncer de mama.

O estudo de Lauridsen, Christiansen e Hessov (2005) (**Artigo 2**) foi realizado através de ensaio clínico randomizado de acordo com o início do tratamento (mais precoce – 6^a a 8^a semana; mais tardio – após a 26^a semana), observando melhor função e mobilidade do complexo do ombro na 3^a e 4^a avaliação, porém na 4^a avaliação (após 56 semanas da cirurgia), como ambos os grupos tinham recebido atendimento de fisioterapia, não houve diferença nos valores. O **artigo 12**, de autoria de Springer et al. (2010), também evidenciou melhora da ADM, força e limitações funcionais. É importante salientar que no estudo de Springer et al. os atendimentos de fisioterapia foram iniciados através de orientações no pré-operatório e a continuidade foi dada no pós-operatório imediato.

O **artigo 18**, de Góis et al. (2012), também abordou a necessidade do início do tratamento fisioterapêutico na fase pré-operatória. Porém, a intervenção realizada só foi feita em um único atendimento nesta fase, mas trouxe benefícios quando realizadas comparações com grupo controle, como a menor limitação da ADM, principalmente de abdução após 15 dias de cirurgia, assim como melhores medidas de independência funcional.

A pesquisa quasi-experimental dos autores Petitto et al. (2012) (**Artigo 21**) apresenta comparação da recuperação de mulheres submetidas à quadrantectomia e mastectomia, sendo que ambos os grupos realizaram a fisioterapia no pré-operatório, durante internação e deram continuidade com exercícios domiciliares. Os autores observaram que no pós-operatório imediato houve redução da mobilidade do ombro, com aumento progressivo nos períodos subsequentes. Um fato identificado é que o valor da amplitude de movimento próximo ao valor anterior ao da cirurgia ocorre mais cedo nas mulheres que realizaram

quadrantectomia, aproximadamente com 14 dias de pós-cirúrgico alguns movimentos não apresentam diferença em relação à avaliação pré-operatória. Já nas pacientes que realizaram mastectomia essa diferença se deu a partir de 75 dias, e mesmo não sendo estatisticamente significativa, todos os valores em 105 dias de pós-operatório foram menores aos encontrados no pré.

A intervenção precoce traz inúmeras vantagens à mulher, assim, deve-se enfatizar a recuperação inicial imediata da ADM por meio de exercícios adequados de mobilidade, de forma a favorecer o processo de prevenção das restrições de movimento (BERGMANN et al., 2006). Petito e Gutiérrez (2008) salientam a importância do início precoce da avaliação, orientações e atividades, já na fase pré-operatória, com continuidade desde o primeiro dia de pós-operatório. A assistência no pré-operatório garante possibilidade de avaliar morbidades prévias à cirurgia e reduzir o risco de complicações cirúrgicas, através de orientações e práticas preventivas (McNEELY et al., 2012)

Petito e Gutiérrez (2008) realizaram revisão bibliográfica para padronização de protocolo de exercícios para recuperação de mulheres submetidas à mastectomia. Dos 12 artigos incluídos, todos faziam menção de que um programa de exercícios supervisionado traz inúmeras vantagens às mulheres, com recuperação importante da amplitude de movimento do ombro.

O estudo longitudinal de Scaffiddi et al. (2012) (**Artigo 19**) demonstra a persistência dos benefícios dos atendimentos realizados na internação, continuados em domicílio, com avaliação das mulheres em até 180 dias de pós-operatório. Na avaliação da ADM em 60 dias, o grupo que não recebeu fisioterapia apresentou 52% das mulheres com restrição, sendo que o grupo que realizou o atendimento apresentou 31% de restrição, não havendo diferença estatística ($p=0,008$). Porém, na avaliação de 180 dias, houve valores significativos entre os grupos, sendo que 44% das participantes que não realizaram fisioterapia apresentavam restrição de movimento, contra 12% de mulheres com restrição no grupo intervenção ($p=0,001$). Também houve maiores medidas de funcionalidade, de forma significativa, no grupo que realizou as atividades ($p=0,001$).

Outro estudo que aborda os efeitos duradouros da fisioterapia é de autoria de Mutrie et al. (2012) (**Artigo 20**), sendo feitas reavaliações de mulheres submetidas a um ensaio clínico prévio, em 18 e 60 meses após a cirurgia. Neste estudo, porém, a maior diferença foi encontrada no estudo prévio que avaliou estas mulheres em seis meses, no tempo de

18 e 60 meses houve valores maiores de ADM, mas a diferença não foi consistente em todas as avaliações.

Alguns artigos trouxeram técnicas diferenciadas de fisioterapia, como o **artigo 3**, de Sprod et al. (2005), em que há complemento no tratamento através de *walking poles*, que são bastões de caminhadas utilizados para trilhas, observando melhor resistência muscular de membro superior, porém, ao contrário dos artigos indicados anteriormente, houve uma leve deficiência na mobilidade de ombro, tanto no grupo controle e estudo em relação ao membro contralateral, contudo dentro de um padrão de amplitude fisiológico. Outra técnica utilizada para tratamento foi demonstrada por Jahr, Schoppe e Reissauer (2008) (**Artigo 8**), terapia por oscilação profunda (*Deep Oscillation*) e drenagem linfática manual, com o intuito de avaliar sintomas e limitações funcionais de pacientes com linfedema de mama secundário a tratamento cirúrgico, percebendo que não houve grandes benefícios na mobilidade com este tipo de intervenção, isto em função do tipo de tratamento, voltado para a redução do linfedema e não específico para o aumento da mobilidade e funcionalidade.

No entanto, Krukowska et al. (2010) (**Artigo 13**) realizaram ensaio clínico com atendimentos através da fisioterapia descongestiva complexa (FDC), que além de técnicas específicas para estímulo linfático trabalha com exercícios funcionais, observando aumento da ADM de ombro em mulheres com linfedema grau I e II. Outro estudo que abordou a FDC foi o **artigo 1**, de autoria de Ddem et al. (2005), comparando-a com a fisioterapia clássica, e os resultados demonstraram também melhora de mobilidade nos dois grupos de tratamento, sem diferença entre os mesmos, dados que vão ao encontro de Krukowska et al. (2010), e discordam de Sprod et al. (2005), assim como de Jahr, Schoppe e Reissauer (2008), indicando que a redução do linfedema e estímulos linfáticos podem melhorar a mobilidade de ombro.

Outra modalidade encontrada, em somente um artigo, foi o método Pilates como forma de tratamento, estudo de Stan et al. (2012) (**Artigo 16**), sendo observada melhora da mobilidade de ombro, especialmente da abdução e rotação interna. Nesse estudo, das quatro participantes que apresentavam limitações de movimento ao início do tratamento, ao final de 36 atendimentos, três apresentaram normalização de acordo com o membro contralateral.

Somente dois artigos relatam investigação exclusivamente com idosas, sendo estudos de caso, e o enfoque foi alteração da mobilidade associada a disfunções de estruturas nervosas no momento da reabilitação. Lieske e Ravichandran (2009) (**Artigo 9**) expõe o caso de

uma paciente que estava em tratamento fisioterapêutico e desenvolveu, um mês depois da cirurgia, edema de braço e ombro, associado com dor e limitação importante de movimento. Já Kara et al. (2011) (**Artigo 14**) descrevem uma paciente que no tratamento para edema, através de bandagem compressiva, evoluiu com fraqueza de mão, por atrofia da musculatura extrínseca e intrínseca, com diagnóstico de aprisionamento por compressão periférica nervosa, possivelmente resultado do tratamento do linfedema realizado, enfatizando que estas observações foram considerações dos autores. Os resultados demonstrados pelos dois estudos não evidenciaram restabelecimento completo das disfunções de movimento, provavelmente pelo grau de gravidade das lesões.

A constrição excessiva do membro pode provocar aumento da gravidade do linfedema, pelo impedimento do fluxo linfático já comprometido pela cirurgia, daí a importância da realização dos procedimentos por profissionais habilitados (NIELSEN; GORDON; SELBY, 2008).

Corroborando com os artigos mencionados, Gomide, Matheus e Reis (2007) também descrevem que as lesões nervosas podem ser originadas do procedimento cirúrgico em si, ou pelo uso do dreno, formação de seromas ou linfedema. Como consequência, podem ser observadas a ocorrência de neuropatias.

FISIOTERAPIA PARA ALTERAÇÕES DE VOLUME DO MEMBRO APÓS A CIRURGIA PARA CÂNCER DE MAMA

Dez artigos foram relacionados a este tema. Os estudos analisados indicam melhora do linfedema com a realização de fisioterapia. O que se mostra variável nos estudos são as formas de tratamento, alguns realizando a fisioterapia convencional (FC), outros abordando a fisioterapia descongestiva complexa (FDC), que se compõe de técnicas mais específicas para o estímulo do sistema linfático, e até mesmo alternativas diferenciadas, como é demonstrando no estudo de Jahr, Schoppe e Reissshaue (2008) (**Artigo 8**), em que comparam a drenagem linfática tradicional com a associação da drenagem linfática com técnica de oscilação profunda, havendo redução significativa do linfedema, com melhores resultados para o grupo tratado com drenagem e oscilação profunda.

Também houve abordagem do tratamento destas mulheres pelo método Pilates, onde no **artigo 16**, de Stan et al. (2012), foram avaliadas várias características das mesmas, entre estas, o volume do segmento, indicando que uma paciente apresentava linfedema na avaliação e seu

volume e sintomas aumentaram ao final dos atendimentos. Com o passar dos atendimentos, das 26 mulheres que compunham a amostra, seis desenvolveram linfedema subclínico (com aumento do volume em 3%), sendo que em uma mulher houve aumento, outra redução e quatro permaneceram com o volume inalterado. Estes aparecimentos chamaram a atenção dos autores, sendo que os mesmos sugeriram que esta persistência de aumento de volume poderia ser em virtude da técnica (com contrações isométricas sustentadas e uma atividade que gera uma intensidade maior que as atividades diárias ou exercícios mais leves, como encontrados nos outros estudos), ou até mesmo pela condição da avaliação do estudo, por não haver grupo controle e sem medidas pré-cirúrgicas.

O estudo experimental de Anderson et al. (2012) (**Artigo 17**) traz abordagem com intervenção relacionada a um grupo de extensão que recebia, além do tratamento fisioterapêutico, medidas educativas em relação ao linfedema, sendo observado que o aumento do volume do segmento foi menor neste grupo, porém sem diferença significativa (média do aumento de 33,5 ml para grupo intervenção e 60,4 ml para controle).

Algumas pesquisas fazem comparações de técnicas de tratamento, como a de autoria de Ddem et al. (2005) (**Artigo 1**), Rezende et al. (2006) (**Artigo 5**) e Sagen, Resen e Risberg (2009) (**Artigo 10**). O **artigo 1** compara a fisioterapia convencional (FC) e a fisioterapia descongestiva complexa (FDC), com redução do linfedema em 55,7% do grupo FDC e 36% da FC. Já nos **artigos 5 e 10** ocorre comparação em relação a forma de realização dos exercícios, com exercícios direcionados/restritos e atividades livres/não restritas. Os autores identificaram que não houve diferença na quantidade de líquido drenado e na incidência de complicações linfáticas entre os grupos, indicando que a restrição do movimento não é fator de proteção para linfedema.

Em sua revisão sistemática, Lasinski (2013) demonstra alta evidência de eficácia da FDC, sugerindo que os benefícios da bandagem em manter a redução do linfedema se relacionam à adesão da paciente em usá-la o mais continuamente possível.

O **artigo 19**, de Scaffiddi et al. (2012), traz um estudo longitudinal com avaliação em até 180 dias de PO, com mulheres submetidas à fisioterapia durante sua internação e continuidade com exercícios domiciliares, sendo observado que neste momento de pós-operatório foi estatisticamente significativa a diferença da incidência de

linfedema (20% grupo que não realizou fisioterapia e 5,2% grupo que realizou fisioterapia, $p=0,036$).

Para Laird e Fallon (2009), há importância no tratamento do linfedema em virtude dos aspectos físicos e sociais desta morbidade. Aspectos físicos incluem dor, desconforto, restrição de movimento, alterações cutâneas, disfunções neurológicas. Psicologicamente, o linfedema pode indicar à mulher sua condição de fragilidade e lembrá-la da condição de malignidade, também está associado a maior angústia e redução da percepção de qualidade de vida.

Estudo de autoria de Lauridsen, Christiansen e Hesso (2005) (**estudo 2**) como de Springer (2010) (**artigo 12**) identificam uma condição linfática específica, a síndrome da rede axilar. Lauridsen, Christiansen e Hesso (2005) demonstraram a incidência desta síndrome em mulheres submetidas a tratamento fisioterapêutico com início mais precoce (entre a 6ª e 8ª semana após a cirurgia) e tardio (após a 26ª semana). Observaram que na primeira avaliação, feita após seis semanas de cirurgia, estava presente em 57% das mulheres, ocorrendo a regressão do quadro na última avaliação feita em 56 semanas de pós-cirúrgico. A presença das redes axilares foi igualmente distribuída nos dois grupos analisados.

O trabalho de Springer (2010) estudou mulheres que realizaram procedimento cirúrgico e foram acompanhadas por tratamento e orientações fisioterapêuticas. Os autores observaram que a síndrome da rede axilar associada à restrição de movimento estava presente em 27% das mulheres na avaliação em um mês após cirurgia, incidência menor que do estudo anteriormente relatado. Após três a seis meses de pós-cirúrgico, a presença desta alteração foi de 4%.

Com outro foco, o artigo de Lee et al. (2010) (**Artigo 11**) demonstra os sentimentos e experiências de mulheres submetidas à cirurgia para tratamento de câncer de mama em Sydney, Austrália. Através de abordagem quantitativa, pela aplicação de questionário próprio, identificaram que sobre os conselhos e cuidados com membro, as mulheres se mostraram insatisfeitas, indicando nas respostas ausência ou atraso nas instruções, com confusões na interpretação e inconsistência sobre os conselhos recebidos. Relataram falta de conhecimento sobre os problemas possíveis no membro após linfadenectomia, assim como os riscos de desenvolver linfedema. O atendimento de fisioterapia foi solicitado por parte de algumas pacientes, sendo todas sintomáticas. Poucas mulheres se mostraram favoráveis à ajuda que receberam dos profissionais de saúde.

Algumas mulheres acreditam que as orientações de medidas de saúde relacionadas ao linfedema e da efetividade de exercícios seguros no período pós-cirúrgico são insuficientes, e estas informações não adequadas fazem com que haja medo e insegurança neste momento (SANDER et al., 2011).

Considerando o acompanhamento por parte do serviço de fisioterapia, o **artigo 11**, de Lee et al. (2010), identifica que as mulheres solicitaram atendimento. É importante enfatizar que este tipo de atendimento deveria iniciar na fase pré-operatória, para apropriada orientação e aconselhamento a respeito da terapêutica através de exercícios, assim como no pós-operatório, para prover suporte e minimizar a seqüela do tratamento cirúrgico (GOMIDE; MATHEUS; REIS, 2007).

FISIOTERAPIA PARA TRATAMENTO DA DOR E OUTRAS SINTOMATOLOGIAS DE MEMBRO SUPERIOR E TÓRAX APÓS CIRURGIA PARA CÂNCER DE MAMA

Foram identificados dois artigos que traziam o assunto em questão. Assim, considerando as técnicas fisioterapêuticas, o **estudo 8**, de Jahr, Schoppe e Reissbauer (2008), envolveu a aplicação de drenagem linfática manual de forma isolada comparada com drenagem e técnica de oscilação profunda. O foco do atendimento era o tratamento para o linfedema, mas os autores encontraram que na avaliação da dor pela escala visual analógica (EVA), não houve modificação para o grupo submetido à drenagem, já no outro grupo ocorreu diminuição significativa da EVA de 4 para 2,1.

Também comparando duas formas de abordagem, o **artigo 10**, de Sagen, Resen e Risberg (2009), enfatiza o significado de grupo com atividades não restritas (GANR), em que as mulheres não eram orientadas aos conselhos de restrição de peso, atividades pesadas ou trabalhos extenuantes, assim como evitar peso acima de 3 kg, comparando-o ao grupo com atividades restritas (GAR), encontrando que, em relação aos sintomas de membro superior de dor e sensação de peso, a EVA foi maior no GANR.

FISIOTERAPIA PARA TRATAMENTO DAS ALTERAÇÕES POSTURAIS APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Com ênfase neste tópico, três artigos relataram as alterações

posturais, e o tratamento fisioterapêutico relacionado, nas pacientes submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama. Para facilitar à compreensão, a explanação será organizada de acordo com as alterações posturais avaliadas.

O **artigo 4**, que apresenta como autores Rostkowska, Bąk e Samborski (2006), aborda a análise de características específicas da postura de mulheres submetidas à mastectomia, determinando diferenças em relação a mulheres saudáveis, assim como verificando os efeitos da reabilitação física na postura destas mulheres. A base da reabilitação foram exercícios de mobilidade do ombro, fortalecimento de membro superior, correção postural e desenvolvimento de resistência dos músculos posturais, exercícios respiratórios, exercícios para prevenção de linfedema. Já a pesquisa de Stan et al. (2012) (**artigo 16**) traz como abordagem de tratamento das mulheres o método Pilates. O **artigo 6**, de autoria de Bak (2008), apresenta um estudo longitudinal de mulheres acompanhadas por um serviço de fisioterapia, sendo as avaliações realizadas ao início e após dois anos de seguimento, porém, uma limitação é que este artigo foca somente as alterações registradas no plano sagital. A fisioterapia foi realizada com exercícios para melhora da tensão dos músculos posturais, exercícios de correção postural, exercícios de mobilidade do ombro, exercícios de fortalecimento do complexo do ombro e atividades para aprimorar a condição física.

Rostkowska, Bąk e Samborski (2006) (**Artigo 4**) observaram semelhança em relação à inclinação do tronco para ambos os lados nas mulheres submetidas à mastectomia e mulheres saudáveis. Não houve relação com o lado operado, mas sim relação de desvio para direita com a idade mais avançada, assim como maior desvio para mulheres que não faziam fisioterapia regularmente, sendo observados mais casos de alterações posturais neste grupo. Diferindo da abordagem metodológica de Rostkowska, Bąk e Samborski (2006), Bak (2008) (**Artigo 6**) utilizou avaliação longitudinal, porém também evidenciou tendência à inclinação anterior de tronco das mulheres submetidas à cirurgia, mesmo realizando tratamento fisioterapêutico.

Sobre a alteração escoliose, somente o **artigo 4**, de Rostkowska, Bąk e Samborski (2006), relata sobre esta condição, demonstrando que houve desvio, em média, de 5mm para mulheres submetidas à mastectomia, observando menor desvio com uso de prótese externa. Outro dado foi o desvio em região mais inferior em mulheres mais velhas (região torácica baixa ou lombar). No grupo que praticava fisioterapia houve tendência de diminuição deste desvio.

Também foi descrito apenas pelo estudo de Rostkowska, Bąk e Samborski (2006) o posicionamento de escápulas e inclinação de ombros. A pesquisa identifica um desnível em relação à altura das escapulas de 2,9°, apresentando relação com lado operado (escápula mais alta para este lado), com maior alteração para o grupo que não fazia fisioterapia. Para a inclinação dos ombros, houve, em média, desvio de 1,6° para as participantes que realizaram cirurgia, sendo significativa a diferença com mulheres saudáveis, porém, na comparação entre grupo que realizava fisioterapia sistematicamente e o que não realizava, houve diferença significativa logo após a cirurgia, não havendo na reavaliação, o que indicou melhora desta alteração em ambos os grupos.

A característica da hipercifose foi apreciada pelos quatro artigos deste tema. Todos os estudos indicaram aumento do ângulo total de cifose torácica, principalmente quando comparado aos valores das mulheres saudáveis. Houve diferença no seguimento dos estudos de Rostkowska, Bąk e Samborski (2006) (**Artigo 4**) e Bak (2008) (**Artigo 6**), como no **artigo 13** os dados foram tratados de forma longitudinal, o autor observou retorno ao valor normal após o tratamento fisioterapêutico. De forma diferenciada, o **artigo 16**, de autoria Stan et al. (2012), em que foi feito o tratamento através de Pilates durante três meses, não identificou diferença nesta característica. Uma peculiaridade percebida por Rostkowska, Bąk e Samborski (2006) (**Artigo 4**) foi o aumento da angulação da cifose torácica com o aumento da idade.

Com relação à lordose, foi identificado pelos artigos um aumento deste ângulo principalmente nas mulheres que realizaram fisioterapia, o que chama atenção, visto que o esperado seria uma melhora ou atenuação em virtude das atividades terapêuticas. Para Rostkowska, Bąk e Samborski (2006) (**Artigo 4**), houve também relação direta deste ângulo com o aumento de massa corporal das mulheres. Somente o **artigo 16**, de Stan et al. (2012), indica que não houve alteração da condição da lordose antes e depois da aplicação do método Pilates.

Assim, todos os autores que se envolveram a este tema, nesta revisão, descreveram que há diferença no padrão postural com a realização da fisioterapia, havendo melhora desta condição, a não ser na postura da região lombar, em que caracterizaram um aumento desta curvatura em mulheres submetidas à fisioterapia. Gomide, Mateus e Reis (2007) demonstram a importância de exercícios complementares de alongamento e fortalecimento, necessários para o auxílio da reeducação postural, e os artigos destacam em seus métodos de tratamento estas técnicas nos atendimentos realizados, porém, mesmo com a aplicação

destes procedimentos, não houve melhora em relação à lordose lombar, o que pode estar associado a características anteriores à cirurgia.

FISIOTERAPIA PARA TRATAMENTO DAS ALTERAÇÕES CICATRICIAIS E DÉRMICAS APÓS CIRURGIA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Foram encontrados dois artigos que estudaram esta condição, sendo identificadas características cicatriciais e de mobilidade de tecido cutâneo.

O estudo de Fourie (2008) (**Artigo 7**) descreve características da mobilidade de tecido mole em grupo de pacientes com disfunção de membro superior, que foram encaminhadas para serviço de fisioterapia, subsequente à mastectomia radical modificada. O autor identificou restrição do deslizamento normal da pele e tecido subcutâneo em todas as mulheres avaliadas (16 participantes). As áreas com maior restrição foram: cicatriz cirúrgica em parede torácica, na área doadora para reconstrução e na área medial de radiação axilar.

Já o **artigo 5**, de Rezende et al. (2006), fez comparação das condições da ferida operatória entre mulheres submetidas à cinesioterapia baseada em exercícios livres e outro grupo em que foi seguido um protocolo de exercícios pré-estabelecidos, identificando que a incidência de infecção e deiscência foi semelhante entre os grupos.

Um fator levantado pela revisão de McNeely et al. (2012), em relação aos problemas da ferida operatória é a idade, apresentando as mulheres idosas maior tendência a estes comprometimentos.

ASPECTOS RELACIONADOS À IDADE

Esta categoria foi criada para sintetizar o que os artigos trouxeram em relação as possíveis influências da idade nos parâmetros avaliados nos estudos. Dentre os artigos analisados, percebeu-se poucos estudos relacionados apenas à população idosa com os descritores selecionados para esta revisão, sendo que os dois artigos que falavam exclusivamente sobre este aspecto eram estudos de caso (**artigo 9 e 14**). Outras pesquisas fizeram menções sobre algumas características observadas que poderiam se associar a esta população, porém de forma pouco aprofundada, como nos casos das pesquisas de Rostkowska, Bak e Samborski (2006) (**artigo 4**) e de Lee et al. (2010) (**artigo 11**).

Estes dados demonstram a contradição presente, pois grande parte dos casos de câncer de mama ocorre em pessoas idosas (LAIRD,

FALLON, 2009; TIPPLES, ROBINSON, 2009). Esta observação também é verificada por Miranda et al. (2008), referindo que apesar do aumento da incidência de câncer com o envelhecimento, há mínima inclusão de mulheres idosas nos estudos clínicos. Pode-se pensar que há poucos estudos de idosas submetidas à cirurgia para câncer de mama em virtude do pobre estado geral de saúde ou presença de comorbidades agudas ou subagudas que podem classificá-las como inelegíveis à cirurgia. No entanto, o pobre estado geral de saúde estava presente em apenas 17% das mulheres que não foram submetidas à cirurgia no estudo de Bouchardy et al. (2003).

Os dois estudos de casos, dos autores Lieske e Ravichandran (2009) e Kara et al. (2011), reportaram complicações a respeito de mulheres idosas em tratamento fisioterapêutico. Os dois estudos abordaram as consequências do linfedema (ou de seu tratamento) com desfecho para compressão nervosa. Porém, não levantaram as características finais do tratamento proposto, mas sim descrições físicas gerais destas pacientes.

O **artigo 4**, de Rostkowska, Bak e Samborski (2006), indica algumas considerações posturais que foram relacionadas com a idade mais avançada, sendo relacionada com inclinação para direita do tronco e rotação posterior para direita da pelve. As mulheres mais velhas também apresentaram maior escoliose nos segmentos inferiores da coluna. Porém, o comprimento da cifose, de forma contrária, foi menor com o aumento da idade em que foi feita a cirurgia.

E outra observação em relação à idade foi descrita por em relação aos serviços e cuidados para mulheres submetidas à cirurgia para tratamento do câncer de mama, sendo as mulheres analisadas na pesquisa de Lee et al. (2010) (**artigo 11**) que indicaram falta, atraso ou ausência de orientações a respeito das consequências da mastectomia, bem como conselhos e orientações para evitar possíveis complicações, foram mulheres mais jovens.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, com base nesta revisão, que há escasso número de estudos voltados exclusivamente à população de mulheres idosas submetidas a tratamento cirúrgico do câncer de mama. No caso dos artigos avaliados, somente dois estudos se voltaram a uma abordagem exclusiva as mesmas, sendo estes estudos de caso.

Verifica-se que, de forma geral, as principais morbidades encontradas nos estudos analisados foram as alterações de mobilidade

do ombro, alterações de volume do segmento superior, dor em região da cirurgia e áreas próximas, disfunções posturais e alterações dérmicas e cicatriciais, sendo que a maior parte dos estudos tratou do tratamento fisioterapêutico associado às disfunções de movimento e funcionalidade do membro superior, assim como das alterações de volume dos segmentos superiores.

Houve grande variedade de métodos de avaliação e tratamento nos estudos, no entanto, foram unânimes ao considerar o grande benefício da fisioterapia para a prevenção e tratamento das disfunções físicas relacionadas às cirurgias para tratamento do câncer de mama, porém, novamente se reforça a necessidade de dados voltados à população idosa, já que o câncer de mama se apresenta fortemente relacionado ao fator etário.

Há necessidade de resultados de caracterização destas mulheres idosas submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama, assim como dos efeitos da assistência fisioterapêutica a este grupo, para que haja uma forma de direcionar o cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, R. T. et al. A randomized trial of exercise on well-being and function following breast cancer surgery: the RESTORE trial. **Journal of Cancer Survivorship**. v. 6, n. 2, p. 172-181, 2012.

BAK, M. Body posture in the sagittal plane in post-mastectomy women, who take active part in physical rehabilitation. **Fizjoterapia**, v. 16, n. 4, oct. 2008.

BERGMANN, A. et al. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III / INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 97-109, 2006.

DDEM, K. et al. The comparison of two different physiotherapy methods in treatment of lymphedema after breast surgery. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 93, n. 1, p. 49-54, sep. 2005.

DEVOOGDT, N. et al. Short- and long-term recovery of upper limb function after axillary lymph node dissection. **European Journal Cancer Care (Engl)**, v. 20, n. 1, p. 77-86, 2011.

FOURIE, W. J. Considering wider myofascial involvement as a possible contributor to upper extremity dysfunction following treatment for primary breast cancer. **Journal Body Movement Therapy**, v. 12, n. 4, p. 349-355, 2008.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Nursing Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GÓIS, M. C. et al. Amplitude de movimento e medida de independência funcional em pacientes mastectomizadas com linfadenectomia axilar. **Revista de Ciências Médicas**, v. 16, n. 1, 2012.

GOMIDE, L. B.; MATHEUS, J. P. C.; REIS, F. J. C. Morbidity after breast cancer treatment and physiotherapeutic performance. **International Journal of Clinical Practice**, v. 61, n. 6, p. 972-982, 2007.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.

HAYES, S.C. et al. Upper-body morbidity after breast cancer. **Cancer**, v. 15, p. 2237-2249, 2012.

HILE, E. S.; FITZGERALD, C. K.; STUDENSLKI, S. A. Persistent mobility disability after neurotoxic chemotherapy. **Physical Therapy**, v. 90, n. 1, p. 649-1657, 2010.

JAHN, S.; SCHOPPE, B.; REISSHAUER, A. Effect of treatment with low-intensity and extremely low frequency electrostatic fields (Deep Oscillation®) on breast tissue and pain in patients with secondary breast lymphedema. **Journal Rehabilitation Medicine**, v. 40, n. 8, p. 645-650, 2008.

KARA, M. Median, ulnar, and radial nerve entrapments in a patient with breast cancer after treatment for lymphedema. **The American Surgeon**, v. 77, n. 2, p. 248-249, feb. 2011.

KRUKOWSKA, J. et al. The methods of treatment of lymphedema in women after mastectomy. **Physiotherapy**, v. 18, p. 3-10, 2010.

LAIRD, B. J. A.; FALLON, M. T. Palliative care in the elderly breast cancer patient. **Clinical Oncology**, v. 21, p. 131-139, 2009.

LASINSKI, B. B. Complete decongestive therapy for treatment of lymphedema. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 29, n. 1, p. 20-27, 2013.

LAURIDSEN, M. C.; CHRISTIANSEN, P.; HESOV, I. The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: a randomized study. **Acta Oncology**, v. 44, n. 5, p. 423-424, 2005.

LEE, T. S. et al. Patient perceptions of arm care and exercise advice after breast cancer surgery. **Oncology Nursing Forum**, v. 37, n. 1, p. 85-91, jan. 2010.

LIESKE, B.; RAVICHANDRAN, D. Late brachial plexus injury due to physiotherapy following axillary clearance for breast carcinoma. **Int J Clin Pract**, v. 64, n. 1, p. 122-124, jan. 2010.

McNEELY, M. L. et al. A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: postoperative and postreconstructive issues. **Cancer**, v. 15, p. 2226-2236, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

MUTRIE, N. et al. Five-year follow-up of participants in a randomised controlled trial showing benefits from exercise for breast cancer survivors during adjuvant treatment. Are there lasting effects? **J Cancer Surviv**, v. 6, n. 4, p. 420-430, dec. 2012.

NIELSEN, I.; GORDON, S.; SELBY, A. Breast cancer-related lymphoedema risk reduction advice: a challenge for health professionals. **Cancer Treatment Reviews**, v. 34, n. 7, p. 621-628, 2008.

PETITO, E. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Elaboração e validação de um programa de exercícios para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 3, p. 275-287, 2008.

PETITO, E. L. et al. Application of a domicile-based exercise program for shoulder rehabilitation after breast cancer surgery. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 35-43, jan-feb. 2012.

PROTIÈRE, C. et al. Prescribers' attitudes toward elderly breast cancer patients. Discrimination or empathy? **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, v. 75, p. 138–150, 2010.

REZENDE, L. F. et al. Exercícios livres versus direcionados nas complicações pós-operatórias de câncer de mama. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 1, 2006.

ROSTKOWSKA, E.; BAĞ, M.; SAMBORSKI, W. Body posture in women after mastectomy and its changes as a result of rehabilitation. **Advances in Medical Science**, v. 51, p. 287-97, 2006.

SAGEN, S.; KA RESEN, R.; RISBERG, M. A. Physical activity for the affected limb and arm lymphedema after breast cancer surgery. A prospective, randomized controlled trial with two years follow-up. **Acta Oncology**, v. 48, n. 8, p. 1102-1110, 2009.

SANDER, A. P. et al. Factors that affect decisions about physical activity and exercise in survivors of breast cancer: a qualitative study. **Physical therapy**, v. 92, n. 4, p. 525-536, 2011.

SCAFFIDDI, M. et al. Early rehabilitation reduces the onset of complications in the upper limb following breast cancer surgery. **Europe Journal Physical Rehabilitation Medicine**, v. 48, n. 4, p. 601-611, 2012.

SCHNEIDER, C. M. et al. Cancer treatment-induced alterations in muscular fitness and quality of life: the role of exercise training. **Annals of Oncology**, v. 18, p. 1957–1962, 2007.

SPRINGER, B. A. et al. Pre-operative assessment enables early diagnosis and recovery of shoulder function in patients with breast cancer. **Breast Cancer Res Treat**, v. 120, n. 1, p. 135-147, feb. 2010.

SPROD, L. K. et al. The Effects of Walking Poles on Shoulder Function in Breast Cancer Survivors. **Integrative Cancer Therapies**, v. 4, n. 4, p. 287-293, dec. 2005.

STAN, D. L. et al. Pilates for breast cancer survivors: impact on physical parameters and quality of life after mastectomy. **Clinical Journal Oncology Nursing**, v. 16, n. 16, p. 131-141, 2012.

TIPPLES, K.; ROBINSON, A. Optimizing Care of Elderly Breast Cancer Patients: a Challenging Priority. **Clinical Oncology**, v. 21, p. 118-130, 2009.

5.2 MANUSCRITO 02: O PROCESSO DE RECUPERAÇÃO FÍSICO-FUNCIONAL DE MULHERES IDOSAS APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CANCER DE MAMA

HONÓRIO, Gesilani Júlia da Silva
SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos

RESUMO: O objetivo desta pesquisa foi avaliar a intervenção fisioterapêutica sobre condição físico-funcional de idosas submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama. Este estudo é caracterizado como série de casos. A amostra foi composta de nove idosas submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama na Maternidade Carmela Dutra (MCD), município de Florianópolis. As avaliações físicas ocorreram no laboratório de Biomecânica da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), sendo realizadas no primeiro encontro (AV1), após 15 atendimentos (AV2) e após 30 atendimentos. Foram colhidas as seguintes variáveis: condição dérmica da área torácica, circunferência dos segmentos superiores, sensibilidade cutânea, amplitude de movimento e aspectos de dor. A intervenção proposta ocorria de uma a duas vezes por semana, com duração de uma hora, sendo feitos 30 atendimentos no ambulatório de fisioterapia da MCD. Utilizou-se estatística descritiva, e para as comparações das variáveis entre segmentos, assim como nos três momentos de avaliação, foi utilizada estatística inferencial, através do teste *U* de Mann-Whitney. Houve melhora do aspecto cicatricial e da condição dérmica. Para a circunferência dos segmentos superiores, houve manutenção do seu valor no decorrer dos atendimentos. Os limiares de sensibilidade cutânea percebidos foram altos, e na avaliação final foi evidente a melhora do padrão. Para a amplitude de movimento do ombro, na primeira avaliação, todos os valores do membro homolateral à cirurgia foram inferiores ao membro contralateral, com diferença estatisticamente significativa. Na avaliação intermediária houve melhora nas amplitudes de todos os movimentos, até mesmo no membro preservado, e na avaliação final, os valores do segmento homolateral à cirurgia, mesmo com aumento em relação ao início, permaneceram inferiores. Sobre a dor, na avaliação inicial, ocorreu o seu maior relato, sendo atribuída ao fator sensitivo, ou seja, origem física. Na avaliação intermediária houve redução expressiva da queixa, principalmente para o domínio sensitivo ($p=0,049$) e escore total ($p= 0,035$). Das nove participantes que iniciaram a intervenção, cinco finalizaram, e nestas percebeu-se melhora da condição físico-funcional, assim como

manutenção do perímetro dos segmentos, identificando que os exercícios propostos não predispuseram surgimento de linfedema. Um fator que chamou atenção foi o número de desistências, o que demonstra que suporte familiar e acompanhamento nos atendimentos foi essencial na finalização dos 30 atendimentos. Outro fator de desistência foram as condições associadas à sobrecarga emocional e estresse. Apesar dos resultados positivos em relação à recuperação física, sugere-se uma redução do número de atendimentos, já que com 15 encontros houve melhora destes parâmetros. Sugere-se que protocolos mais curtos sejam testados para que possam possibilitar uma maior adesão ao atendimento fisioterapêutico de mulheres idosas submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama.

Descritores: Neoplasia de mama; Mastectomia; Fisioterapia; Idoso.

EL PROCESO DE RECUPERACIÓN FÍSICO-FUNCIONAL DE MUJERES DE LA TERCERA EDAD, LUEGO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONTRA EL CÁNCER DE MAMA

RESUMEN: el objetivo de esta investigación fue evaluar la intervención fisioterapéutica sobre la condición físico-funcional de mujeres de la tercera edad bajo tratamiento quirúrgico contra el cáncer de mama. Este estudio está caracterizado como casi práctico. La muestra estuvo compuesta por nueve mujeres de la tercera edad bajo tratamiento quirúrgico para el cáncer de mama, en la Maternidad Carmela Dutra (MCD), municipio de Florianópolis. Las evaluaciones físicas se llevaron a cabo en el laboratorio de Biomecánica de la Universidad del Estado de Santa Catarina (UDESC), siendo realizadas en el primer encuentro (AV1), luego de 15 atenciones (AV2) y después de 30 atenciones. Se recolectaron las siguientes variables: condición dérmica del área torácica, circunferencia de los segmentos superiores, sensibilidad cutánea, amplitud del movimiento y aspectos del dolor. La intervención propuesta se realizó una o dos veces por semana, con una duración de 1 hora, siendo hechas 30 atenciones ambulatorias de fisioterapia en la MCD. Se utilizó la estadística descriptiva y las comparaciones de las variables entre segmentos, así como también la estadística de inferencia, a través del test *U* de Mann-Whitney en las tres etapas de evaluación. Hubo una mejora del aspecto cicatricial y de la condición dérmica. Para la circunferencia de los segmentos superiores se mantuvo su valor en el transcurso de las atenciones. Los umbrales de sensibilidad cutánea observados fueron altos y en la evaluación final se evidenció una mejora del patrón. Para la amplitud de movimiento del hombro, en la primera

evaluación, todos los valores del miembro homolateral a la cirugía fueron inferiores al miembro contralateral, con una diferencia estadísticamente significativa. En la evaluación intermedia hubo una mejora en las amplitudes de todos los movimientos, incluso en el miembro preservado; y en la evaluación final, los valores del segmento homolateral a la cirugía permanecieron bajos, incluso con un incremento en relación al inicio. Respecto al dolor, en la evaluación inicial, ocurrió su mayor relato, atribuyéndose al factor sensitivo; o sea, de origen físico. En la evaluación intermedia hubo una reducción significativa de la queja, principalmente para el dominio sensitivo ($p=0,049$) y la puntuación total ($p= 0,035$). De las nueve participantes que iniciaron la intervención, cinco lograron finalizarla y se observó una mejora de la condición físico-funcional, así como también se mantuvo el perímetro de los segmentos, identificando que los ejercicios propuestos no predispusieron surgimiento de linfedema. Un factor que llamó la atención fue el número de deserción, lo que demuestra que la ayuda familiar y el acompañamiento en las atenciones fue esencial para finalizar las 30 atenciones. Otro factor de deserción fueron las condiciones vinculadas a la sobrecarga emocional y al estrés. A pesar de los resultados positivos en relación a la recuperación física, se sugiere una reducción del número de atenciones, ya que con 15 encuentros hubo una mejora de estos parámetros. Se sugiere que los protocolos más cortos sean verificados, para que puedan posibilitar una mayor adhesión a la atención fisioterapéutica de mujeres de la tercera edad, bajo tratamiento quirúrgico para cáncer de mama.

Descriptor: neoplasia de mama; mastectomía; fisioterapia; ancianidad.

THE PHYSICAL-FUNCTIONAL RECOVERY PROCESS STATUS OF ELDERLY WOMEN AFTER SURGICAL TREATMENT FOR BREAST CANCER

ABSTRACT: The objective of this research was to evaluate the physiotherapeutic intervention on condition physical-functional of elderly women undergoing surgical treatment for breast cancer. This study is characterized as case studies. The sample was composed of nine elderly undergoing surgical treatment for breast cancer at the Maternity Carmela Dutra (MCD), city of Florianopolis, Brazil. The physical evaluations occurred in Biomechanics laboratory at the State University of Santa Catarina (UDESC), being held at the first meeting (AV1), after 15 visits (AV2) and after 30 visits. The following variables were

collected: dermal condition of the chest area, circumference of upper segments, skin sensitivity, range of motion and pain aspects. The proposed intervention happened after the AV1, occurring one to two times per week, with a duration of one hour, being made 30 visits in outpatient physiotherapy at the MCD. Descriptive statistics were used and for comparisons of variables between threads as well as the three time points, was used inferential statistics, by the Mann-Whitney U-test. There was improvement in scarring appearance and dermal condition. For the circumference of the upper segments, there was maintenance of its value during the sessions. The thresholds of cutaneous sensitivity perceived were high, and in the final evaluation there was a clear improvement in the pattern. For the range of motion of the shoulder, at the first evaluation, all the values of the limb ipsilateral to surgery were lower than the contralateral limb, with statistically significant difference. In mid-term evaluation there was no improvement in amplitudes of all movements, even in the limb preserved, and in the final evaluation, the values of the segment ipsilateral to surgery, even with an increase in relation to the beginning, remained lower. Regarding pain, in the initial evaluation, occurred the greatest report, being attributed mostly to sensory factor, i.e. physical origin. The mid-term evaluation there was a significant reduction of complaint, mainly for the sensory domain ($p=0.049$) and total score ($p=0.035$). Of nine participants who began the intervention, five ended, and these perceived an improvement in physical and functional condition, and maintaining the perimeter of the segments identifying the proposed exercises not predisposed to the onset of lymphedema. A factor that drew attention was the withdrawals, which demonstrated that a family support and monitoring the care was essential in the completion of 30 sessions. Another factor of withdrawal were conditions associated with emotional overload and stress. In spite of the positive results in relation to the physical recovery, suggests a reduction in the number of visits, as with 15 visits there was an improvement in these parameters. It is suggested that shorter protocols to be tested so that they can enable greater adherence to physiotherapy for older women undergoing surgery for breast cancer.

Descriptors: Breast Cancer; Mastectomy; Physiotherapy; Elderly.

INTRODUÇÃO

O câncer é a doença que está gerando os maiores índices de mortalidades nas últimas décadas, e associado a isso, gera forte influência na sociedade, constituindo-se sério problema de saúde pública

(TAPETY et al., 2013). Entre os tipos de câncer mais frequentes se encontra o câncer de mama, sendo que, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa da sua incidência, em 2014, será de aproximadamente 57.120 casos (INCA, 2014). Esta neoplasia maligna está em segundo lugar dentre as ocorrências de cânceres em âmbito mundial, totalizando 22% dos novos casos anualmente.

O câncer de mama é o tipo mais frequente nas mulheres, e a cada ano, 20% de novos casos de câncer, na população feminina, são relacionados ao mesmo (PINHO; COUTINHO, 2007). Um dos principais fatores de risco é o fator idade, sendo que a incidência aumenta de forma importante em mulheres acima dos 50 anos (PINHO; COUTINHO, 2007; INCA, 2014). Desta forma, é importante salientar que o câncer de mama vem acompanhando o processo de evolução das transformações demográficas, ou seja, a tendência do envelhecimento populacional, sendo que quanto maior a expectativa de vida, maior a exposição a fatores de risco (SILLIMAN, 2003; MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2010).

Apesar disso, estudos são escassos em relação a mulheres idosas que apresentam câncer de mama, e principalmente, em relação ao tratamento cirúrgico e o processo de recuperação após o mesmo. A população brasileira vem envelhecendo, o que implica em novas condições de saúde e compreensão do processo de envelhecimento de grupos com características específicas, como no caso de mulheres submetidas à mastectomia, devido à diversidade de seu estado de saúde geral e da relativa falta de evidências sobre o processo de tratamento e recuperação desta população (JONES; LEONARD, 2005). As necessidades específicas de mulheres idosas com câncer de mama são discutidas, com desafios clínicos a serem enfrentados, incluindo falta de um método adequado para avaliá-las. Outro aspecto é melhorar a compreensão das condições terapêuticas dessas mulheres (TRIPPLES; ROBINSON, 2009).

Desta forma, salienta-se outro ponto de interesse sobre as mulheres idosas submetidas a tratamento para câncer de mama, que é a característica do processo de recuperação físico-funcional das mesmas. É de extrema importância uma equipe interdisciplinar para o cuidado dessas mulheres submetidas a cirurgias de mama, sendo o fisioterapeuta um dos profissionais importantes nesta etapa. As ações interprofissionais devem acompanhar todo o percurso de recuperação, desde o diagnóstico até a fase pós-operatória, favorecendo no retorno das atividades físicas, sociais e profissionais da melhor forma possível (MARINHO; COSTA; VARGENS, 2013).

Destacam-se algumas complicações físico-funcionais em que a fisioterapia pode agir, tais como: alterações linfáticas, diminuição de amplitude de movimento de membro superior, aderências torácicas, dor, alterações cicatriciais e disfunções posturais (PEREIRA; VIEIRA; ALCÂNTARA, 2005; BERGMANN et al., 2006; GOMIDE; MATHEUS; REIS, 2007). Do ponto de vista clínico, acredita-se que mulheres com faixa etária mais avançada tenham um processo de reabilitação mais difícil (HAYES et al., 2012).

Sabe-se que o tratamento cirúrgico gera várias consequências físicas, sociais, emocionais, o que é de extrema importância constatar o que ocorre neste processo, em especial com esse segmento populacional (HAYES et al., 2012). No entanto, observa-se que os estudos não abordam dados específicos acerca do tratamento de mulheres idosas, sendo importante a compreensão deste processo, assim como conhecer o que um plano de atendimento fisioterapêutico gera, às mesmas, em função de parâmetros físico-funcionais, como também perceber aderências e dificuldades durante o percurso deste acompanhamento.

A partir dos dados evidenciados anteriormente, tem-se como pergunta de pesquisa: Qual o efeito da intervenção fisioterapêutica sobre a condição físico-funcional de idosas submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama?

Deste modo, determinou-se como objetivo deste estudo avaliar a intervenção fisioterapêutica sobre a condição físico-funcional de idosas submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama.

MÉTODO

Esta pesquisa é caracterizada como estudo série de casos. Para Meirinhos e Osório (2010), trata-se de uma pesquisa em que há necessidade de estudar algo singular, com dados descritivos de forma minuciosa, focando na realidade do que se pretende analisar. O estudo de caso é procedimento utilizado na intervenção clínica, objetivando compreensão e planejamento desta (YIN, 2001).

A população desta pesquisa foi de idosas submetidas a tratamento cirúrgico (tipo conservador ou por cirurgia radical modificada) para tratamento do câncer de mama na Maternidade Carmela Dutra, da Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina (SES/SC), localizada no município de Florianópolis. A amostra composta por nove idosas submetidas à cirurgia, no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2014, sendo que cinco mulheres completaram todas as etapas do estudo.

Como critérios de inclusão foram destacados: primeiro procedimento cirúrgico para tratamento do câncer de mama e unilateral; idade igual ou superior a 60 anos; apresentar cognição preservada; residir na Grande Florianópolis. Como critérios de exclusão, relacionaram-se: complicações pós-cirúrgicas (infecções, hemorragias); reconstrução imediata de mama; patologias neurológicas ou ortopédicas que pudessem interferir na intervenção proposta.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme parecer 314.614, e da Maternidade Carmela Dutra, conforme parecer 598.927-0. Após aprovação pelos comitês, as participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo. Assim que aceito, foram informadas sobre os procedimentos da pesquisa, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Seguiu-se todos os procedimentos éticos da resolução 466/12.

O primeiro encontro foi feito no laboratório de Biomecânica da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), sendo o local das avaliações físicas. Antes do exame físico foi feita uma avaliação geral da informante, que constava em dados de identificação, histórico obstétrico e ginecológico, assim como dados da cirurgia. Na sequência foi realizado o exame físico, através da seguinte forma: primeira avaliação (AV1), após 15 atendimentos (AV2) e após 30 atendimentos (AV3). Nestes momentos, foi realizada a avaliação das seguintes variáveis: condição dérmica e linfática da área torácica e axilar, circunferência dos segmentos, sensibilidade cutânea, amplitude de movimento e aspectos de dor. Também foram feitas mensuração da massa e estatura, para obtenção do índice de massa corporal (WHO, 2006).

Para a determinação da circunferência dos segmentos foi feita demarcação de pontos na pele da participante, tendo como referência o olécrano, e as medidas foram 5, 10, 15 e 20 centímetros supra e infra referência (ANDERSON et al., 2012). Na medida da amplitude de movimento foi realizada a goniometria, utilizando-se o goniômetro universal, sendo que para esta avaliação a participante permaneceu sentada, de acordo com protocolo de Marques (2003), e foram realizados os seguintes movimentos de ombro: flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa.

Houve a verificação da sensibilidade cutânea, através dos estesiômetros (monofilamentos de Semmes-Weinstein), com protocolo de coleta iniciado com o uso do monofilamento mais fino, evoluindo

para a progressão em espessura (seis monofilamentos representados por valores em grama força, ou seja, valor necessário para fazer o curvamento do material): 0,05g, 0,2g, 2g, 4g, 10g, 300g. Para a avaliação foi feita marcação de pontos da região a ser coletada, dividindo o hemitórax em quatro quadrantes com oito pontos em cada (um mais proximal e outro mais distal). Foi demonstrada a cada mulher a utilização do estesiômetro, para isso foi utilizado um monofilamento sobre a pele na região da mão.

Para a avaliação da dor, foi utilizado o Questionário de dor de McGill, que tem por objetivo identificar medidas qualitativas de dor para que possam ser analisadas numericamente, sendo o questionário de dor mais referenciado mundialmente e usado na prática clínica. São avaliadas qualidades sensoriais, afetivas, temporais e miscelânea da dor (MELZACK, 1975; PIMENTA; TEIXEIRA, 1996; SANTOS et al., 2006; COSTA; CHAVES, 2012; MARTINS et al., 2012).

A intervenção foi iniciada após a AV1, adotando-se sequência específica. Os atendimentos ocorriam de uma a duas vezes por semana, com duração de uma hora, sendo feitos 30 encontros. Os mesmos foram realizados no ambulatório de fisioterapia da MCD.

O protocolo de exercícios foi baseado em Pereira, Vieira e Alcântara (2005), Bergmann et al. (2006) e Petito e Gutiérrez (2008), contendo: alongamento passivo e ativo da região cervical; atividades de mobilização escapular; exercícios através de movimento passivo de membro superior; exercícios ativo-assistidos de membro superior; exercícios ativos de membro superior; pompage em região cervical e torácica; exercícios de estímulo de extremidades superiores (punho e mão); exercícios respiratórios; mobilização cicatricial; exercícios resistidos de ombro.

Após finalização de 15 atendimentos a participante foi submetida aos testes realizados na AV1, desta forma, houve avaliação intermediária (AV2), sendo a última realizada após os 30 atendimentos (AV3).

Os dados foram organizados em tabelas e gráficos para melhor interpretação. Os dados foram analisados pelo programa SStatNet (NASSAR et al., 2014). Para a identificação das variáveis foi utilizada estatística descritiva por valores de média e desvio padrão, assim como dados de frequência simples. Para a comparação destas variáveis entre as avaliações, assim como entre segmentos, foi utilizada estatística inferencial através do teste *U* de Mann-Whitney, nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

Para facilitar a explanação dos resultados, os dados serão subdivididos em tópicos: caracterização das participantes; avaliação das alterações dérmicas e linfáticas; avaliação da circunferência do segmentos superiores; avaliação da sensibilidade cutânea; avaliação da amplitude de movimento de ombro; avaliação da dor.

Caracterização das participantes

A **tabela 1** indica os dados de identificação e histórico cirúrgico, como dados relacionados à intervenção.

Tabela 1 - Dados de identificação, histórico cirúrgico e do acompanhamento fisioterapêutico

	IDADE	IMC	TIPO DE CIRURGIA	INTERVENÇÃO AXILAR	TEMPO PO (meses)	N ATENDIMENTOS	TEMPO DE INTERVENÇÃO (meses)
1	63	31,52	MRM E	LA LA	4	30	4
2	70	28,34	MRM D	LA	2	30	4
3	60	25,63	QUAD E		4	30	4
4	66	26,27	MRM E	BLS	2	30	5
5	78	25,37	MRM D	LA	1	30	6
6	64	26,48	QUAD D	BLS	2	14	3
7	60	26,13	MRM E	BLS	2	10	2
8	86	31,1	QUAD E	BLS	1	5	1
9	68	28,6	QUAD D	BLS	2	10	2
MEDIA	68,33	27,72					
DP	8,66	2,32					

Legenda: IMC – índice de massa corporal, DP – desvio padrão.

Fonte: Dados da autora (2014).

Observa-se uma variação da idade das participantes de 60 a 86 anos, sendo que a maior parte se incluiu na faixa de 60 a 70 anos. Em relação ao IMC, sete participantes estavam em sobrepeso e duas com obesidade grau 2.

O tipo mais frequente de intervenção cirúrgica das participantes que finalizaram os 30 atendimentos propostos (participantes 1 a 5) foi a mastectomia radical modificada com linfadenectomia axilar, já das participantes que não finalizaram a intervenção foi a quadrantectomia.

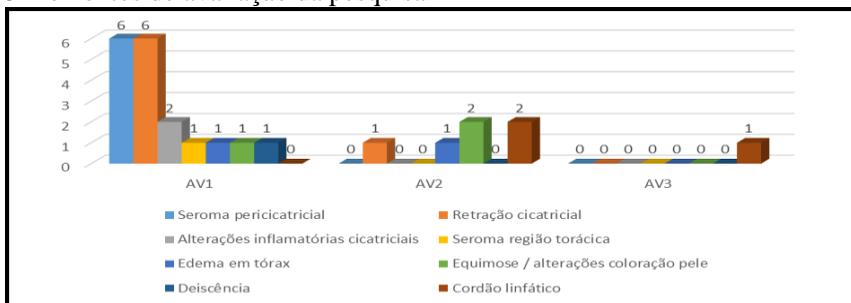
Um ponto que chamou atenção foi que todas as participantes que não finalizaram os 30 atendimentos fizeram biópsia do linfonodo sentinela.

A média do tempo entre a cirurgia e o início da fisioterapia foi de 2,22 meses. Observa-se, pela **tabela 1**, que o tempo de intervenção não foi igualitário, mesmo para as participantes que finalizaram os 30 atendimentos, em virtude de algumas não conseguirem realizar dois atendimentos semanais, como também por intercorrências pessoais das mesmas.

Avaliação das alterações dérmicas e linfáticas

Os resultados da avaliação das alterações dérmicas e linfáticas, obtidos através de inspeção e palpação da região cirurgiada e axilar, estão demonstrado na **figura 1**. Referencia-se que no gráfico da **figura 1** estão demonstrados os dados iniciais das nove participantes, sendo que os valores relacionados à AV2 e AV3 indicam os achados das cinco participantes que finalizaram a intervenção.

Figura 1 - Gráfico da frequência de alterações dérmicas e cicatriciais nos 3 momentos de avaliação da pesquisa



Fonte: Dados da autora (2014).

Houve melhora do aspecto dérmico e da condição linfática do início ao final da intervenção. As condições mais incidentes na avaliação foram seroma e retração cicatricial. A única condição observada na última avaliação, na participante 1, foi um leve cordão linfático axilar, porém sem associação com dor e dificuldade de movimento do segmento, porém não estava presente ao início da avaliação, sendo percebido na AV2. A participante 5 também apresentou cordão linfático na AV2, porém não estava presente na última avaliação.

Avaliação da circunferência (perímetro) dos membros superiores

A **tabela 2** demonstra a média dos valores da circunferência dos segmentos superiores (em cada ponto de avaliação), a cada etapa de avaliação.

Tabela 2 - Valores médios da circunferência dos segmentos superiores, para cada região avaliada, nos três momentos da avaliação

			MEDIA		DP		p (PxC)	p (AV1xAV2)		p (AV2xAV3)	
			P	C	P	C		P	C	P	C
AV1	SUPRA	5 cm	27,5	28,8	2,20	2,44	0,130	0,426	0,449		
		10 cm	29,4	30,2	2,73	2,89	0,291	0,282	0,402		
		15 cm	31,9	31,9	3,07	3,03	0,497	0,276	0,356		
		20 cm	34,0	34,5	3,32	3,52	0,398	0,433	0,493		
	INFRA	5 cm	24,9	25,5	1,24	1,69	0,181	0,369	0,360		
		10 cm	22,6	23,5	1,38	2,11	0,156	0,451	0,295		
		15 cm	19,0	20,0	1,12	1,99	0,111	0,286	0,222		
		20 cm	16,9	17,3	0,92	1,09	0,181	0,199	0,178		
AV2	SUPRA	5 cm	27,8	28,6	2,47	2,15	0,164			0,333	0,330
		10 cm	30,4	30,6	2,60	2,58	0,173			0,349	0,234
		15 cm	33,0	32,6	2,93	3,15	0,170			0,359	0,228
		20 cm	34,4	34,5	3,57	4,37	0,162			0,425	0,500
	INFRA	5 cm	24,6	25,9	1,62	1,62	0,155			0,389	0,333
		10 cm	22,5	24,1	1,67	1,62	0,143			0,404	0,450
		15 cm	19,6	20,8	1,60	1,50	0,143			0,338	0,350
		20 cm	17,3	17,8	0,84	0,68	0,177			0,224	0,481
AV3	SUPRA	5 cm	27,5	28,2	2,10	2,79	0,349				
		10 cm	29,7	30,3	2,32	2,71	0,373				
		15 cm	32,3	33,0	2,68	2,50	0,348				
		20 cm	33,9	34,5	3,62	3,33	0,407				
	INFRA	5 cm	24,3	25,4	1,26	2,06	0,186				
		10 cm	22,2	23,9	1,69	2,01	0,116				
		15 cm	19,0	20,2	2,02	1,60	0,190				
		20 cm	16,9	17,8	0,54	1,12	0,093				

* $p \geq 0,05$ Teste U de Mann-Whitney

Legenda: DP – desvio padrão; p (PxC) – valor p comparação entre segmento preservado e comprometido; P p (AV1xAV2) - valor p comparação entre AV1 e AV2 do membro preservado; C p (AV1xAV2) - valor p comparação entre AV1 e AV2 do membro comprometido; P p (AV2xAV3) - valor p comparação entre AV2 e AV3 do membro preservado; C p (AV2xAV3) - valor p comparação entre AV2 e AV3 do membro comprometido.

Fonte: Dados da autora (2014).

Identifica-se, pela tabela 2, que neste grupo de mulheres, na avaliação inicial não houve, em termos de média, diferença superior a 1,5 cm, sendo a maior diferença atribuída à região de cinco centímetros acima da região olecraniana, ou seja, região mais distal do braço. Praticamente todos os valores do membro atribuído à cirurgia foram maiores que o membro contralateral, porém sem significância.

Para a segunda avaliação, algumas regiões apareceram com valores maiores do que no início, porém sem diferença significativa em relação aos momentos de avaliação, como também em relação aos segmentos. A região em que houve maior aumento, comparando-se AV1 e AV2, foi 15 cm acima da região de referência, porém, reforça-se que não foi significativa a diferença. Importante salientar que este aumento foi identificado nos dois segmentos.

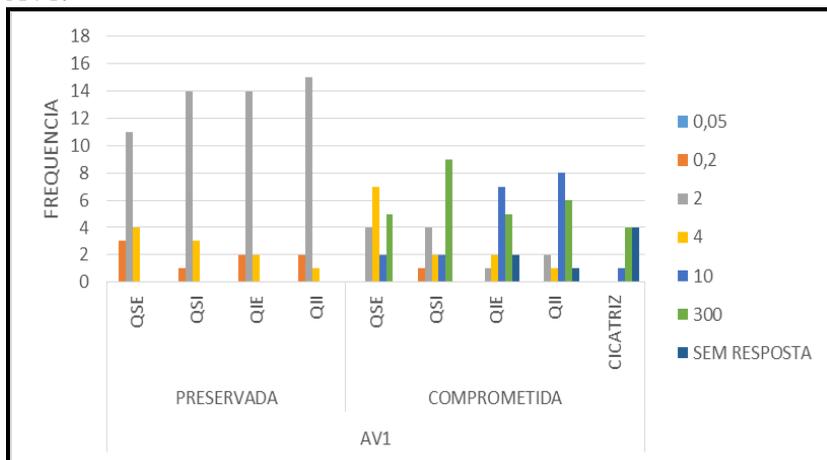
De forma geral, em relação às comparações individuais das participantes, as diferenças entre segmentos e entre momentos de avaliação não ultrapassaram três centímetros. Somente na segunda avaliação da participante 1, na região 15 centímetros acima da referência, houve aumento de cinco centímetros no membro comprometido, que na última avaliação passou a ser de meio centímetro, assim como na região infra referência de cinco centímetros, que era de dez, e na última avaliação passou a ser de um centímetro. Na avaliação inicial, a participante 3 demonstrou diferença entre segmentos de aproximadamente três centímetros para as medidas supra referência, sendo que na AV2 estas diferenças foram para um centímetro.

Na última avaliação, manteve-se praticamente a mesma característica das avaliações anteriores, ou seja, pequena diferença entre segmentos (sendo o membro relacionado à cirurgia com valor maior, sem significância), e praticamente manutenção do valor da AV2.

Avaliação da sensibilidade cutânea

As **figura 2, 3 e 4** demonstram os valores dos limiares de sensibilidade cutânea da região cirurgiada, como também região preservada, ao início da intervenção, como na avaliação intermediária e avaliação final. Referencia-se que na avaliação inicial são considerados dados das nove participantes que iniciaram a intervenção, sendo que nas figuras que representam a AV2 e AV3 estão os resultados das cinco participantes que finalizaram os atendimentos.

Figura 2 - Gráfico da frequência dos relatos associados aos monofilamentos por quadrantes da região preservada e comprometida na AV1.



Legenda: QSE – quadrante superior externo; QSI – quadrante superior interno; QIE – quadrante inferior externo; QII – quadrante inferior interno.

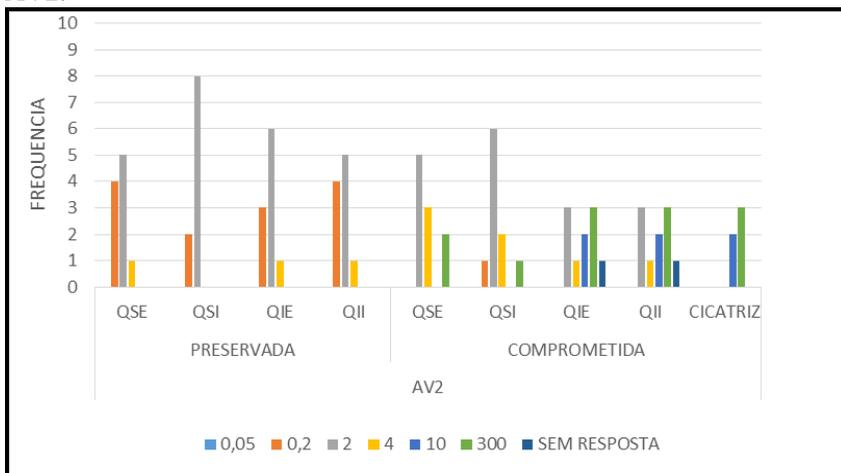
Fonte: Dados da autora (2014).

Identifica-se, ao início, que os limiares foram altos, ou seja, a sensibilidade estava reduzida na região cirurgiada. Na região preservada, o valor máximo sentido se associou ao monofilamento de 4gf. Já nas regiões associadas à cirurgia, observa-se maior frequências de valores associados aos monofilamentos de maior diâmetro (como de 10gf, 300gf), como também percebeu-se algumas regiões, como no caso dos quadrantes inferiores, onde algumas participantes indicaram não apresentar percepção da presença do estesiômetro.

Na região da cicatriz, cinco mulheres identificaram os estesiômetros de maior diâmetro (uma participante 10gf, 4 participantes 300gf), e quatro não identificaram qualquer monofilamento. Esses valores relacionam-se à perda de sensação térmica e protetora, sendo que a representação do limiar associado ao valor 300g indica manutenção somente da sensação dolorosa.

Em relação à avaliação individual, percebeu-se uma maior frequência de monofilamentos de 300gf e ausência de percepção de sensibilidade nas mulheres que realizaram mastectomia, com relação à quadrantectomia (21 regiões das mulheres submetidas à mastectomia contra seis regiões das mulheres submetidas à quadrantectomia).

Figura 3 - Gráfico da frequência dos relatos associados aos monofilamentos por quadrantes da região preservada e comprometida na AV2.



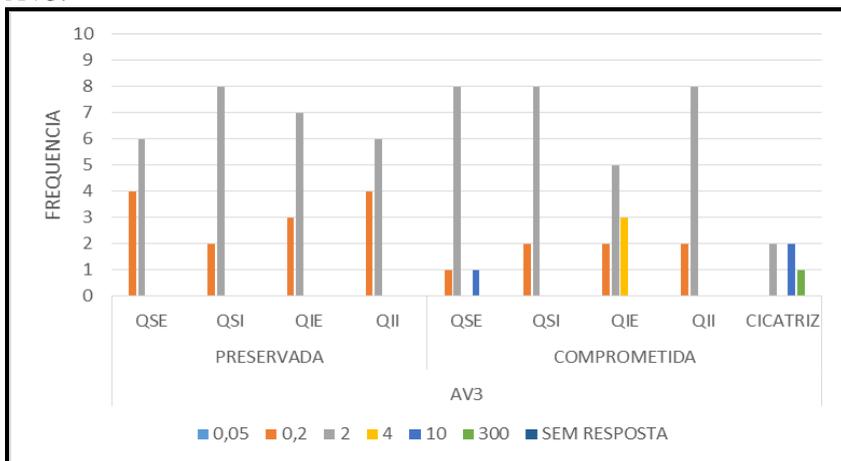
Legenda: QSE – quadrante superior externo; QSI – quadrante superior interno; QIE – quadrante inferior externo; QII – quadrante inferior interno.

Fonte: Dados da autora (2014).

De acordo com o **gráfico 3**, percebe-se melhora do padrão da sensibilidade cutânea, tanto da mama preservada como na região cirurgiada. Na região preservada, maior relato de valores associados aos monofilamentos 0,2gf e 2gf. Na região cirurgiada ainda houve predomínio de limiares maiores, porém verificou-se, principalmente nos quadrantes superiores, maior relato de respostas positivas aos monofilamentos de menor diâmetro (como o de 2gf). Ainda identificou-se respostas de uma mulher (participante 1) que apresentou ausência de sensibilidade nas regiões do quadrante inferior.

Em relação à avaliação da cicatriz, identificou-se que não houve relato de ausência de sensibilidade, sendo os monofilamentos associados de 10gf e 300gf. Somente uma mulher (participante 2) relatou o mesmo limiar neste momento, nas outras quatro mulheres que foram avaliadas nesse momento da intervenção houve diminuição do limiar, sendo que a participante 5 apresentou a menor redução do limiar (ao início estava ausente e após 15 atendimentos estava com limiar de 10gf).

Figura 4 - Gráfico da frequência dos relatos associados aos monofilamentos por quadrantes da região preservada e comprometida na AV3.



Legenda: QSE – quadrante superior externo; QSI – quadrante superior interno; QIE – quadrante inferior externo; QII – quadrante inferior interno.

Fonte: Dados da autora (2014).

Por fim, na última avaliação, foi percebida novamente melhora dos limiares. Na região preservada, não houve limiares superiores a 2 gf. Na região cirurgiada, ainda se observam pontos com limiares maiores em relação à mama contralateral (no quadrante superior externo 10gf, no quadrante inferior externo 4gf), porém os limiares de maior frequência foram os de 2gf.

Na região cicatricial, houve redução da frequência de relato do limiar 300gf (manutenção do limiar da participante 1 da AV2 para AV3), duas participantes apresentaram limiar de 10gf (manutenção do valor AV2 para AV3 da participante 5 e a participante 4, que apresentava 300gf na AV2) e duas mulheres indicaram limiar de 2gf, com melhora em relação aos valores da AV2 (participante 2 e 3, sendo que na AV2, respectivamente, apresentavam limiar de 300gf e 10gf).

Avaliação da amplitude de movimento de ombro

A **tabela 3** demonstra a média dos valores da amplitude de movimento dos segmentos superiores, a cada etapa de avaliação.

Tabela 3 - Valores das amplitudes de movimento do ombro nos 3 momentos de avaliação

	AV1					AV2					AV3				
	P		C		p(PxC)	P		C		p(PxC)	P		C		p(PxC)
	MEDIA	DP	MEDIA	DP		MEDIA	DP	MEDIA	DP		MEDIA	DP	MEDIA	DP	
FX	146,56	27,43	104,44	29,20	0,0003*	166	8,94	149	13,42	0,009*	166	8,94	156	11,94	0,011*
EX	50,78	7,28	37,89	10,37	0,0052*	54	6,52	46,2	4,82	0,044*	55	7,07	51	5,48	0,187
AB	125,78	29,96	106,11	37,46	0,0268*	152,4	12,99	139,2	23,09	0,034*	156	15,17	150	19,04	0,016*
AD	30,56	10,74	24,22	11,60	0,0085*	40	7,07	35,2	7,43	0,050	42,4	8,29	41	8,94	0,187
RI	53,33	11,79	38,78	18,88	0,0049*	54,4	8,76	50	11,92	0,065	59	10,25	56	10,84	0,104
RE	72,67	14,39	48,89	18,25	0,0038*	84	13,42	74	12,94	0,024*	84	13,42	78	10,95	0,035*

* $p \geq 0,05$ Teste U de Mann-Whitney

Legenda: P – membro preservado; C – membro comprometido; p(PxC) - valor p comparação entre segmento preservado e comprometido; DP – desvio padrão; FX – flexão; EX – extensão; AB – abdução; AD – adução; RI – rotação interna; RE – rotação externa.

Fonte: Dados da autora (2014).

Verifica-se que na primeira avaliação todos os valores do membro homolateral à cirurgia são inferiores ao membro contralateral, com diferença estatisticamente significativa. O movimento que apresentou maior diferença entre segmentos foi flexão (aproximadamente 40°), seguido da abdução e rotações. A menor diferença foi notada no movimento de adução, porém, foi significante.

Na avaliação individualizada, percebeu-se que as maiores diferenças entre os segmentos foram percebidas nas mulheres submetidas à técnica de mastectomia, além disso, as mulheres que foram submetidas à técnica radical tiveram associada, em sua maior parte, linfadenectomia radical.

No momento da reavaliação intermediária (AV2), percebeu-se que houve uma melhora nas amplitudes de todos os movimentos, até mesmo no membro preservado, sendo que já não houve diferença significativa nos movimentos de adução e rotação interna.

No caso das mulheres que realizaram a intervenção completa, duas apresentavam mais que 70 anos, sendo que da avaliação inicial para a intermediária houve aumento de aproximadamente 30° nos movimentos mais críticos para uma participante, enquanto que a outra

mulher que tinha idade acima de 70 apresentou aumento de aproximadamente 70°. Outras duas participantes com idade inferior a 70 anos apresentaram valores de aumento entre 80 a 100°.

Na última avaliação ocorreu praticamente manutenção dos valores da amplitude de movimento do membro não comprometido, sendo notado que os valores do segmento homolateral à cirurgia, mesmo com aumento em relação ao início, permaneceram inferiores ao segmento contralateral, com diferença significativa para flexão, abdução e rotação externa.

A **tabela 4** complementa os resultados em relação à amplitude de movimento, demonstrando os valores *p* de comparação na AV1, AV2 e AV3, entre segmentos.

Tabela 4 - Valores comparativos de amplitude de movimento entre as avaliações

	p (AV1xAV2)		p (AV2xAV3)	
	P	C	P	C
FLEXÃO	0,039*	0,001*	0,500	0,204
EXTENSÃO	0,208	0,032*	0,411	0,090*
ABDUÇÃO	0,020*	0,032*	0,349	0,222
ADUÇÃO	0,036*	0,027*	0,318	0,149
RI	0,426	0,100	0,234	0,215
RE	0,087	0,006*	0,500	0,306

* $p \geq 0,05$ Teste U de Mann-Whitney

Legenda: p (AV1xAV2) - valor p comparação entre AV1 e AV2 do segmento preservado; p (AV2xAV3) - valor p comparação entre AV2 e AV3 do segmento preservado; P – membro preservado; C – membro comprometido.

Fonte: Dados da autora (2014).

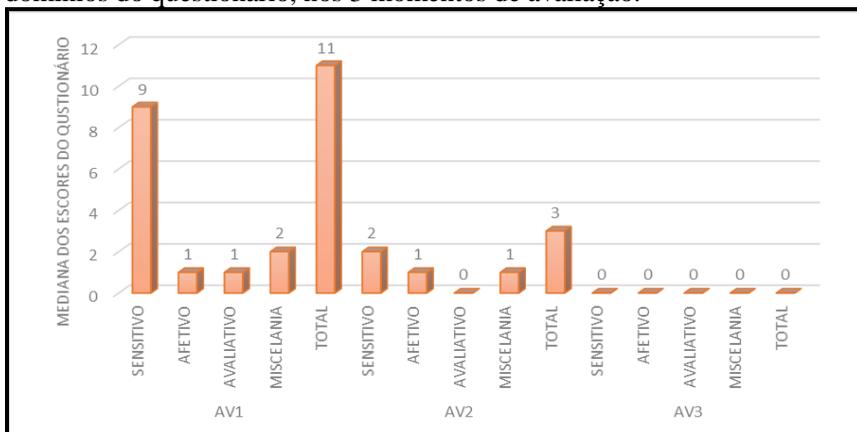
Como já descrito anteriormente, houve um aumento, tanto no membro comprometido como contralateral, em relação aos movimentos de ombro, sendo significativo praticamente para todos os movimentos do segmento relacionado à cirurgia, exceto para a rotação interna. Já para o membro preservado, identificou-se melhora significativa para os movimentos de flexão, extensão, abdução e adução. Já na comparação entre a avaliação intermediária e avaliação final somente o movimento de extensão aumentou significativamente para o membro comprometido, sendo que não houve diferença estatística, em nenhum

movimento, para o segmento preservado. Isto demonstra que, apesar do aumento numérico até a última avaliação, o ganho maior de mobilidade foi nos primeiros atendimentos.

Avaliação da dor

A **figura 5** demonstra os escores (em valores de mediana) de cada domínio do questionário de dor (sensitivo, afetivo, avaliativo e escore total). O gráfico demonstra os valores iniciais das nove participantes, sendo que as demonstrações das avaliações AV2 e AV3 são direcionadas para as mulheres que terminaram os atendimentos propostos.

Figura 5 - Gráfico dos escores associados à condição de dor, dos 4 domínios do questionário, nos 3 momentos de avaliação.



Fonte: Dados da autora (2014).

Ao se observar a figura 5, percebe-se que o momento da avaliação inicial foi onde ocorreu o maior relato de dor, sendo atribuída, principalmente, ao fator sensitivo, ou seja, origem física. O relato de dor, na avaliação, foi atribuído às regiões cicatriciais (seis participantes relataram), região torácica (quatro participantes indicaram), região axilar (duas participantes) e houve um relato para as seguintes regiões: cotovelo do membro homolateral à cirurgia, ombro do membro homolateral à cirurgia, região cervical, região de músculos paravertebrais torácicos.

Para a avaliação intermediária, houve redução expressiva da queixa de dor, principalmente para o domínio sensitivo ($p=0,049$) e escore total ($p= 0,035$). É importante ressaltar que neste momento da intervenção, três participantes, das cinco avaliadas neste momento, já não apresentavam dor, e duas permaneciam com dor na região axilar, de forma menos intensa. Na avaliação final nenhuma participante, que finalizou a intervenção, queixou-se de dor.

DISCUSSÃO

Em relação às participantes do presente estudo, percebeu-se que a questão idade está em consonância com outros estudos, sendo a variação de 60 a 86 anos. Márquez-Acosta (2012) indica que as mudanças sociodemográficas que vem ocorrendo nos últimos tempos têm favorecido para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, e entre estas, destaca-se o câncer, que gera um impacto importante nas condições de saúde da população. A incidência do câncer de mama aumenta com a idade, sendo que, atualmente, 48% dos casos de câncer de mama ocorrem em mulheres com 65 anos ou mais, com mais de 30% ocorrendo em mulheres com mais de 70 (JONES; LEONARD, 2005).

Sobre a condição do índice de massa corporal, percebeu-se que as mulheres apresentavam sobrepeso, e algumas, obesidade. No estudo de Nascimento et al. (2012), sobre características de mulheres que apresentaram diagnóstico de câncer de mama, 55% das participantes apresentaram sobrepeso. Na pesquisa de Cordero et al. (2013) também foi encontrado que a média do IMC das participantes demonstrava que estavam em sobrepeso. Vogel (2009) indica que a obesidade e o aumento de peso na vida adulta se relacionam com um risco maior de desenvolvimento de câncer de mama na pós menopausa. Segundo Tiezzi (2010), neoplasias malignas podem ser atribuídas ao sobrepeso e obesidade, sendo que alterações dietéticas e redução da massa corporal, especialmente na menopausa, podem levar à redução na incidência do câncer de mama. Além destes aspetos, Sehl et al. (2013) demonstraram que o índice de massa corporal mais elevado também se associou à limitação funcional em mulheres idosas submetidas à cirurgia.

Passando a discorrer sobre as condições físico-funcionais das mulheres do presente estudo, ao início da intervenção, percebeu-se que todas as idosas apresentavam alterações dérmicas ou linfáticas locais. Esta condição vem ao encontro do que Fourie (2008) revelou em seu estudo, em que observou que das 16 mulheres avaliadas, todas

apresentavam restrição do deslizamento normal da pele e tecido subcutâneo, sendo a área de maior restrição a parede torácica e área medial de radiação axilar.

Todas as participantes do presente estudo apresentaram alguma alteração dérmica, especialmente condições relacionadas à cicatriz, sendo este aspecto identificado pela revisão de McNeely et al. (2012), onde apresentam a idade como um fator de influência a estes comprometimentos. Porém, também é importante destacar que ao final da intervenção, somente uma das participantes permaneceu com alteração na região axilar (cordão linfático).

Lauridsen, Christiansen e Hesso (2005) descreveram que 57% das mulheres, em seu estudo, apresentaram esta condição, ocorrendo regressão do quadro na última avaliação, feita em 56 semanas de pós-cirúrgico. Springer et al. (2010) indicam que há redução da incidência do cordão linfático com o acompanhamento fisioterapêutico, sendo que em sua pesquisa, 27% das mulheres apresentavam-no após um mês de cirurgia, e após três a seis meses de pós-cirúrgico, a persistência do cordão foi de 4%.

É interessante verificar a similaridade dos valores da circunferência entre segmentos superiores, pelos valores da perimetria, demonstrando, desta forma, que não houve caracterização de condição de linfedema nas regiões avaliadas, sendo que a diferença de valores, para esta constatação, deve ser superior a três centímetros (BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2004). No estudo de Lahoz et al. (2010) também foi verificado que não houve grande diferença nas medidas do braço e antebraço, entre o lado ipsilateral à cirurgia e o contralateral.

A verificação dos valores das medidas dos perímetros dos membros superiores das idosas desta pesquisa concordam com Rezende et al. (2006) e Devoogdt et al. (2011), que indicam que o tipo cirúrgico não influenciou no aumento do volume do membro. Nas participantes do presente estudo, tanto as submetidas à quadrantectomia quanto à mastectomia, não foi observada diferença maior que três centímetros em relação aos segmentos.

Porém, condição diferenciada foi encontrada por Nesvold et al. (2008), Haines e Sinnamon (2007) e Gomide, Matheus e Reis (2007), em que o tipo cirúrgico e a remoção de linfonodos influenciou no aparecimento do linfedema. Nesvold et al. (2008) também destacaram que a idade mais avançada influencia no aparecimento de linfedema, assim como Nielsen, Gordon e Selby (2008), porém esta característica não foi identificada no presente estudo. Rezende et al. (2006) indicaram

que a presença de seroma influenciaria no aumento do volume do segmento, não sendo encontrada esta situação na presente pesquisa, visto que seis participantes apresentaram seroma na avaliação, porém sem aumento de volume do segmento.

Ainda, sobre as características encontradas na avaliação, Nielsen, Gordon e Selby (2008) relatam que há associação do aumento do índice de massa corporal com aparecimento de linfedema. Sagen, Resen e Risberg (2009) indicam que há um risco de desenvolvimento de linfedema 3,42 maior em mulheres com índice de massa corporal maior que 25, porém, no presente estudo, foi identificado que todas as mulheres apresentavam valor de IMC maior que 25 e não houve esta condição, o que corrobora com o encontrado por Springer et al. (2010), em que não há relação do IMC no desenvolvimento do linfedema. Para Hayes et al. (2012), este fator de predisposição ainda não é unânime entre pesquisadores, no entanto, o maior índice de massa corporal, para estes autores, não está associado à redução do risco.

Os resultados da presente pesquisa demonstram que os exercícios propostos não geraram discrepância em relação aos valores de circunferência dos segmentos, indicando que, para este grupo de mulheres, não geraram tendência à edema e/ou linfedema dos membros superiores. Também houve aumento gradual do perímetro em todos os momentos da avaliação, para ambos os segmentos, o que pode ser relacionado com leve aumento de trofismo dos músculos trabalhados com a intervenção.

Sobreviventes de câncer podem experimentar declínio da proteína síntese muscular, devido à inatividade física (descondicionamento) acoplado com uma possível redução no fornecimento de aminoácidos na produção de proteínas, como também degradação proteica devido a um aumento da expressão dos componentes da ubiquitina-proteassoma proteolítica, sendo que as principais adaptações que ocorrem como resultado de uma diminuição da síntese de proteínas e de proteínas degradação incluem: redução no músculo e na fibra muscular em relação a área da seção transversal, como resultado de uma perda de miofibrilas e miofilamentos; perda de extensibilidade do músculo; e diminuição das proteínas necessárias para o metabolismo, especialmente de enzimas oxidativas, o que gera diminuição do potencial oxidativo dos músculos (TISDALE, 2002; SCHNEIDER et al., 2007). Desta forma, isto pode explicar o menor valor da circunferência dos segmentos ao início da intervenção em relação ao final, sendo que os exercícios poderiam ter gerado melhora da massa muscular dos membros superiores (SCHNEIDER et al., 2007).

Grande parte dos estudos sobre a condição do volume dos segmentos envolve a fisioterapia descongestiva complexa (DIDEM et al., 2005; JAHR; SCHOPPE; REISSHAUE, 2008; ANDERSON et al., 2012; LASINSKI, 2013) que se compõe de técnicas mais específicas para o estímulo do sistema linfático, como drenagem linfática manual, enfaixamento compressivo funcional, exercícios miocinético funcionais e cuidados com a pele. Na presente pesquisa, não foram realizados a drenagem linfática e o enfaixamento compressivo, sendo foco os exercícios.

Assim, Stan et al. (2012), avaliando protocolo de exercícios através do método Pilates, identificaram que das 26 mulheres que faziam parte da amostra, seis desenvolveram linfedema subclínico (com aumento do volume em 3%) e que ao final dos 36 atendimentos em uma mulher houve aumento e quatro permaneceram com o volume inalterado. Os autores supuseram que esta persistência poderia estar relacionada à técnica, com contrações isométricas sustentadas e uma atividade que gera uma intensidade maior que as atividades diárias ou exercícios mais leves, como os realizados na presente pesquisa, em que se observou que não houve aumento significativo da circunferência entre segmentos e entre momento de avaliação.

Rezende et al. (2006) e Sagen, Resen e Risberg (2009) reforçam que exercícios direcionados para os segmentos superiores são importantes para mulheres que realizam cirurgia para tratamento de câncer de mama, sendo identificado, em suas pesquisas, que os exercícios não se associaram ao aumento de complicações linfáticas. Scaffiddi et al. (2012) desenvolveram estudo com acompanhamento fisioterapêutico de mulheres durante a internação pós-operatória e com continuidade de exercícios domiciliares, com avaliação em até 180 dias de PO, observando que neste momento de pós operatório foi estatisticamente significativa a diferença da incidência de linfedema (20% de incidência no grupo que não realizou fisioterapia e 5,2% no grupo que realizou atendimentos).

Sobre a condição sensitiva, é interessante verificar que na primeira avaliação as mulheres apresentaram restrição de sensibilidade cutânea. De acordo com a revisão desenvolvida por McNeely et al. (2012), danos às estruturas nervosas podem causar perturbações sensoriais, como dormência, parestesia e alterações sensitivas como ausência de sensibilidade, especialmente, a alteração do nervo intercostobraquial leva a distúrbios sensoriais e muitas vezes dor na região da parede torácica, axila e região medial do braço.

Foi observado na avaliação que as mulheres submetidas à mastectomia e linfadenectomia axilar apresentaram mais áreas com comprometimento da sensibilidade cutânea. A diferença das características de sensibilidade entre técnicas cirúrgicas também foi identificada por Madsena et al. (2008), notando que a parestesia foi presente em maior número nas mulheres submetidas à dissecação axilar, assim como ausência ou diminuição da sensibilidade, que foi presente em 22% das mulheres submetidas à biópsia do linfonodo sentinela, comparadas com 70% no grupo em que houve dissecação axilar.

No entanto, houve progressiva melhora do limiar sensitivo das idosas submetidas à intervenção fisioterapêutica. Estes dados indicam que os exercícios propostos foram benéficos na melhora da condição de sensibilidade. Madsena et al. (2008) perceberam, em seu estudo, que na avaliação de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama, que 70% das mulheres apresentavam redução de sensibilidade, e ainda após 18 meses do procedimento cirúrgico, 76% mantinham estas características, não sendo estas mulheres submetidas a tratamento fisioterapêutico.

Apesar de todos os avanços cirúrgicos, ainda há uma importante redução do movimento do segmento associado à cirurgia, fator indicado pela revisão de Hayes et al. (2012), sendo esta característica observada na avaliação inicial das idosas participantes do presente estudo. Isto reforça a importância do tratamento fisioterapêutico, pois independente do tempo de PO das mulheres avaliadas (entre um e quatro meses), todas apresentaram redução do movimento do ombro homolateral à cirurgia, e muitas vezes, o atraso para a fisioterapia pode gerar mais alterações, como salienta Fourie (2008).

Na avaliação individualizada, percebeu-se que as maiores diferenças entre os segmentos foram percebidas nas mulheres submetidas à técnica de mastectomia, sendo este mesmo padrão identificado por Lauridsen, Christiansen e Hesselso (2005), Nesvold et al. (2008), Lahoz et al. (2010) e Hayes et al. (2012), e os movimentos com maior limitação, nessas pesquisas, foram a flexão e abdução. Scaffiddi et al. (2012) também apontaram que as mulheres que tiveram cirurgia conservadora apresentaram menos limitações de ADM e maior funcionalidade do membro, porém não encontraram diferença estatística em relação a estes dados. Além disso, as mulheres que foram submetidas à técnica radical tiveram associada, em sua maior parte, linfadenectomia radical, o que poderia também influenciar para esta diferença entre os segmentos, como indica Madsena et al. (2008) e Scaffiddi et al. (2012).

A melhora da ADM ocasionada pelo tratamento fisioterapêutico foi referenciada por vários estudos, como os de autoria de Lauridsen, Christiansen e Hessov (2005), Springer et al. (2010), Góis et al. (2012), sendo também identificada na presente pesquisa.

Outro fato diz respeito à intervenção precoce, que traz inúmeras vantagens à mulher, assim, deve-se enfatizar a recuperação inicial imediata da ADM por meio de exercícios adequados de mobilidade, favorecendo o processo de prevenção das alterações de movimento (BERGMANN et al., 2006).

Scaffiddi et al. (2012) demonstraram que valores significativos foram encontrados em relação à restrição da ADM na avaliação de 60 dias, sendo que no grupo que não recebeu fisioterapia 52% das mulheres apresentavam restrição, já o grupo que recebeu este tratamento apresentou 31% de restrição. Na avaliação de 180 dias, 44% de restrição no grupo que não realizou fisioterapia e 12% de restrição no grupo que realizou.

A melhora dos movimentos é identificada por Schneider et al. (2007), que indicam que a prescrição de exercícios individualizados e de intensidade moderada é uma condição segura e eficaz para aumentar a função muscular e os movimentos do segmento acometido.

Sobre as queixas algícas das mulheres da presente pesquisa, percebe-se que as regiões indicadas pelas participantes coincide ao encontrado por Fourie (2008), sendo que das 16 mulheres avaliadas, oito desenvolveram dor na região cervical e 11 relataram dor no hemitórax homolateral à cirurgia e braço.

Para Devoogdt et al. (2011), a dor ou algum desconforto em membro superior foi presente em 96% das mulheres submetidas a procedimento cirúrgico em três meses de pós-operatório, ocorrendo diminuição desta incidência para 17% em anos de seguimento.

Uma abordagem comparativa entre técnicas cirúrgicas sobre dor foi realizada por Nesvold et al. (2008), identificando que as pacientes submetidas à técnica conservadora relataram menos sintomas graves, porém, no presente estudo, todas as participantes relataram dor, sendo que mesmo nas mulheres submetidas à quadrantectomia os escores foram próximos aos das participantes que realizaram mastectomia. Foi demonstrado por Devoogdt et al. (2011) que não houve diferença significativa na incidência de dor entre mulheres submetidas à mastectomia e mulheres submetidas à técnica conservadora.

Macdonald et al. (2005) relatam que mesmo a longo prazo (após 12 anos de cirurgia), senão realizado tratamento apropriado, mulheres podem persistir com quadro doloroso. Também Springer et al. (2010)

relataram que em 1 mês de pós cirúrgico houve quadro de dor em 60% das mulheres submetidas à cirurgia para tratamento de câncer de mama, havendo pouca redução espontânea da sintomatologia em momentos subsequentes, daí a importância dos atendimentos apropriados.

Sagen, Resen e Risberg (2009) enfatizam que a redução da dor pode se associar às atividades fisioterapêuticas realizadas, Laird e Fallon (2009) indicam que o cuidado da dor de forma integral deve ser um componente essencial no tratamento da mulher idosa com câncer de mama. No estudo de Rett et al. (2012) os resultados demonstraram que houve identificação de redução significativa do escore de dor na 10ª sessão de fisioterapia, sendo o escore sensorial o de maior impacto na queixa álgica na avaliação, dados que vão ao encontro da presente pesquisa.

Outro fator que pode se associar à melhora do quadro álgico relaciona-se ao que Macdonald et al. (2005) trazem em seu estudo, que a idade mais jovem se associa ao quadro de persistência de dor. Assim, com as participantes do presente estudo, percebeu-se uma evolução bastante positiva do quadro doloroso nos momentos de avaliação. Um fato que não é coincidente com os autores anteriormente mencionados é a condição do índice de massa corporal, em que esses autores indicam que aumento do IMC é um fator predisponente para persistência da dor, porém, diferente da presente pesquisa, no estudo de Macdonald et al. (2005), não houve intervenção fisioterapêutica.

Outra hipótese, suscitada por Laird e Fallon (2009), indica que as mulheres idosas podem apresentar menos dor por comprometimento cognitivo e maior aceitação da mesma, mas no presente estudo acredita-se que isto não deve ter ocorrido, pois as mulheres relataram dor ao início da intervenção, havendo redução ao longo do tempo, o que reforça que a melhora da dor pode se associar aos aspectos positivos da intervenção.

É importante identificar que, apesar de haver melhora dos aspectos dérmicos, da amplitude de movimento e dor, assim como manutenção do volume do segmento, cinco participantes, das nove que iniciaram a intervenção, terminaram os atendimentos propostos. A respeito disto, surgiram algumas suposições que devem ser levadas em conta quanto à realização de atendimento a este grupo etário em específico.

Primeiro, salienta-se a dificuldade destas mulheres em irem ao acompanhamento fisioterapêutico. Todas as pacientes que não terminaram a intervenção iam sozinhas aos atendimentos, o que pôde ter dificultado a realização dos mesmos. As participantes que finalizaram a

intervenção apresentavam o apoio familiar para as acompanhar à fisioterapia, mesmo quando utilizavam o transporte público. Lahoz et al. (2010), em seu estudo, também relatam a dificuldade de seleção das participantes, sendo um dos motivos de relato a dificuldade de transporte até o local de avaliação.

Outra condição a ser referenciada foi o início do tratamento adjuvante, como ocorreu com participante 7, que após o início do tratamento quimioterápico não apresentou mais condições de ir ao acompanhamento fisioterapêutico. A participante 9, além do início do tratamento radioterápico, também apresentava um fator que dificultava sua ida aos atendimentos, ela cuidava de seu marido que se apresentava acamado por seqüela de um acidente vascular encefálico. No momento que não compareceu mais aos atendimentos, seu marido foi internado, o que a impossibilitou de terminar os atendimentos.

Quadros de depressão, ansiedade, insônia e medo relacionam-se às mulheres com câncer de mama e podem interferir no seu processo de recuperação (CONDE et al., 2006). Gutiérrez et al. (2007) ainda complementa outros motivos que podem se associar a esta interferência na realização dos atendimentos, como o medo das atividades comprometerem o processo cicatricial, medo da dor ao realizar os exercícios ou ainda falta de ânimo e/ou mal-estar. Para Habersack e Luschin (2013), a sobrecarga emocional e efeitos colaterais de medicação e do tratamento adjuvante foram identificados como fatores limitantes para a participação das mulheres em estudos e pesquisas.

Por fim, também se observou que as participantes que não finalizaram a intervenção apresentavam (três delas) o tipo cirúrgico de quadrantectomia, que é uma técnica menos agressiva, sendo que, de acordo com o diário de campo, no décimo atendimento, praticamente já estavam sem dor e com pequena dificuldade de movimento, o que pode ter contribuído para que não finalizassem a intervenção já que, de acordo com suas percepções, estavam melhores do que ao início dos atendimentos.

O não reconhecimento da importância do tratamento fisioterapêutico pode ter sido um dos motivos de algumas participantes não completarem o mesmo. A fisioterapia ainda é muito percebida como modalidade reabilitativa, não sendo identificada, pelos clientes, como uma modalidade que pode prevenir condições desfavoráveis futuras. O processo de profissionalização da fisioterapia no Brasil é marcado pela hegemonia médica, assim como as demais profissões da saúde, mas vem crescendo no domínio do conhecimento e da atuação profissional, porém ainda enfrenta esta dificuldade de compreensão de sua

importância por parte dos indivíduos a quem se destina a atuação (FARIA, 2010). Na fisioterapia, deve-se investir esforços na área que se destina à promoção, prevenção de condições desfavoráveis, assim como recuperação da saúde (FARIA, 2010).

Uma condição salientada pelo estudo de Habersack e Luschin (2013) foi o relato, por algumas participantes, de que programas de longo prazo geram encargo adicional, pois o tempo necessário para o mesmo é extenso, o que pode se relacionar a esta pesquisa, já que eram necessários 30 atendimentos, com aproximadamente quatro a cinco meses de acompanhamento, o que poderia caracterizar este quadro de sobrecarga à mulher. Também, no estudo indicado, algumas participantes referiram que ainda não estavam emocionalmente preparadas para lidar com algo novo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final, considera-se que as participantes do presente estudo apresentavam-se com idade entre 60 e 70 anos e exibiam IMC acima de 25, caracterizando condições de sobrepeso e obesidade. Das nove participantes que iniciaram a intervenção, cinco finalizaram os 30 atendimentos propostos, sendo o tipo cirúrgico predominante neste grupo a mastectomia radical modificada.

Com relação às considerações a respeito das características físico-funcionais, percebeu-se melhora da condição dérmica e linfática, sendo que ao início, todas as participantes apresentavam alterações, com ênfase para o seroma e retração cicatricial, e ao final, somente uma participante persistiu com leve cordão linfático.

Sobre a avaliação da circunferência dos segmentos superiores (perímetro), identificou-se que os exercícios propostos não predisuseram surgimento de linfedema, sendo que do início ao final da intervenção não houve diferença significativa entre os segmentos. Houve pequeno aumento da circunferência em ambos os segmentos, o que poderia estar associado ao aumento de massa muscular destas participantes.

Em relação à condição de sensibilidade cutânea, conclui-se que a intervenção foi benéfica em sua recuperação, sendo identificada, a cada etapa de avaliação, alguma melhora do limiar de sensibilidade, inclusive da cicatriz, porém, na região cirurgiada, em algumas regiões, o limiar de sensibilidade não chegou a ser igual à região contralateral.

A intervenção foi positiva nos valores de amplitude de movimento do ombro, em especial nos movimentos de flexão, abdução

e rotação externa. Porém, mesmo com o aumento gradual de movimento de ambos os segmentos, ao final dos 30 atendimentos, ainda houve diferença significativa nos movimentos de flexão e rotação externa. As diferenças mais importantes foram encontradas na comparação da primeira avaliação com a avaliação intermediária.

Por fim, considera-se que os exercícios propostos também foram benéficos para o quadro de dor, sendo que ao início todas as participantes apresentavam quadro algico, atribuído às condições sensoriais, e ao final, não houve relato de dor.

Um fator que chamou atenção ao fim da intervenção foi o número de desistências, quatro participantes, o que demonstra que um suporte e acompanhamento familiar aos atendimentos foram essenciais na finalização dos 30 atendimentos. Outros motivos de desistência foram condições associadas à sobrecarga emocional e estresse em virtude a outros tratamentos (como a quimioterapia).

Desta forma, apesar dos resultados positivos em relação à recuperação físico-funcional, percebe-se que o número de 30 atendimentos pode ser excessivo para o acompanhamento sistemático destas mulheres, sendo então sugerido uma redução deste número, já que com 15 atendimentos houve melhora em relação à condição inicial e persistência na avaliação final, como no caso da condição dérmica, amplitude de movimento e dor. Talvez ênfase maior tenha que ser dada à sensibilidade cutânea, já que a recuperação mais importante foi percebida com 30 atendimentos, na tentativa de reduzir o tempo de atendimento para conseguir maior aderência destas mulheres.

Sugere-se que protocolos mais curtos, mais com a mesma eficácia, sejam testados para que possam possibilitar uma maior adesão ao atendimento fisioterapêutico de mulheres idosas submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama. Isso deve minimizar as dificuldades, tais como: acompanhamento dos familiares para os atendimentos, cansaço em função da longa trajetória já realizada por esta mulher desde seu diagnóstico, o que pode representar uma sobrecarga emocional.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, R. T. et al. A randomized trial of exercise on well-being and function following breast cancer surgery: the RESTORE trial. **Journal of Cancer Survivorship**. v. 6, n. 2, p. 172-181, 2012

BERGMANN, A.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R.J. Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 4, p. 311-320, 2004.

BERGMANN, A. et al. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III / INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 97-109, 2006.

CONDE, D. M. et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 3, p. 195-204, 2006.

CORDERO, M. J. A. et al. Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. **Nutrición Hospitalaria**, v. 28, n. 5, p. 1453-1457, 2013.

COSTA, A.; CHAVES, M. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. **Revista Dor**, v. 13, n. 1, 2012.

DEVOOGDT, N. et al. Short- and long-term recovery of upper limb function after axillary lymph node dissection. **European Journal Cancer Care (Engl)**, v. 20, n. 1, p. 77-86, 2011.

DIDEM, K. et al. The comparison of two different physiotherapy methods in treatment of lymphedema after breast surgery. **Breast Cancer Research Treatment**, v. 93, n. 1, p. 49-54, 2005.

FARIA, Lina. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 17, n. 1, p. 69-87, 2010.

FOURIE, W. J. Considering wider myofascial involvement as a possible contributor to upper extremity dysfunction following treatment for primary breast cancer. **Journal Body Movement Therapy**, v. 12, n. 4, p. 349-355, 2008.

GÓIS, M. C. et al. Amplitude de movimento e medida de independência funcional em pacientes mastectomizadas com linfadenectomia axilar. **Revista de Ciências Médicas**, v. 16, n. 1, 2012.

GOMIDE, L. B.; MATHEUS, J. P. C.; REIS, F. J. C. Morbidity after breast cancer treatment and physiotherapeutic performance.

International Journal of Clinical Practice, v. 61, n. 6, p. 972–982, 2007.

GUITIÉRREZ, M. G. et al. Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. **Acta Paulista**

Enfermagem, v. 20, n. 3, p. 249-254, 2007.

HABERSACK, M.; LUSCHIN, G. Insecurities of women regarding breast cancer research: a qualitative study. **Plos one**, v. 8, n. 12, 2013.

HAINES, T. P.; SINNAMON, P. Early arm swelling after breast surgery: changes on both sides. **Breast Cancer Research Treatment**, v. 101, n. 1, p. 105-112, 2007.

HAYES, S. C. et al. Upper-body morbidity after breast cancer. **Cancer**, v. 15, p. 2237-2249, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. **Câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 10 out. 2014.

JAHR, S.; SCHOPPE, B.; REISSHAUER, A. Effect of treatment with low-intensity and extremely low frequency electrostatic fields (Deep Oscillation®) on breast tissue and pain in patients with secondary breast lymphedema. **Journal Rehabilitation Medicine**, v. 40, n. 8, p. 645-650, 2008.

JONES, R.; LEONARD, R. C. F. Treating elderly patients with breast cancer. **Breast Cancer Online**, v. 8, n. 4, 2005.

LAHOZ, M. A. et al. Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 4, p. 423-430, 2010.

LAIRD, B. J. A.; FALLON, M. T. Palliative care in the elderly breast cancer patient. **Clinical Oncology**, v. 21, p. 131-139, 2009.

LASINSKI, B. B. Complete decongestive therapy for treatment of lymphedema. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 29, n. 1, p. 20-27, 2013.

LAURIDSEN, M. C.; CHRISTIANSEN, P.; HESSOV, I. The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: a randomized study. **Acta Oncology**, v. 44, n. 5, p. 423-424, 2005.

MACDONALD, L. et al. Long-term follow-up of breast cancer survivors with post-mastectomy pain syndrome. **British Journal of Cancer**, v. 92, p. 225-230, 2005.

MADSENA, A. H. et al. Arm morbidity following sentinel lymph node biopsy or axillary lymph node dissection: A study from the Danish Breast Cancer Cooperative Group. **Breast**, v. 17, n. 2, p. 138-147, 2008.

MARQUES, A. P. **Manual de goniometria**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2003.

MÁRQUEZ-ACOSTA, G. Cáncer de mama. **Perinatology reproductive human**, v. 26, n. 2, p. 81-82, 2012.

MARTINS, M. **Gestantes hipertensas**: significados culturais, formas de atenção à saúde e relações com a biomedicina. 2012. 245f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MATOS, J.; PELLOSO, S.; CARVALHO, M. D. B. Prevalence of risk factors for breast neoplasm in the city of Maringá, Paraná State, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 352-359, 2010.

MARINHO, D. S.; COSTA, T. P.; VARGENS, O. M. C. The experience of breast cancer under the perception of women who underwent mastectomy: an analysis held from scientific publications. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental on line**, v. 5, n. 5, 2013.

McNEELY, M. L. et al. A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: postoperative and postreconstructive issues. **Cancer**, v. 15, p. 2226-2236, 2012.

MELZACK, R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. **Pain**, v. 1, n. 3, p. 277-99, 1975.

NASSAR, S. M. M. et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

NESVOLD, I. et al. Arm and shoulder morbidity in breast cancer patients after breast-conserving therapy versus mastectomy. **Acta Oncology**, v. 47, n. 5, p. 835-842, 2008.

NIELSEN, I.; GORDON, S.; SELBY, A. Breast cancer-related lymphoedema risk reduction advice: a challenge for health professionals. **Cancer Treatment Reviews**, v. 34, n. 7, p. 621-628, 2008.

PEREIRA, C. M. A.; VIEIRA, E. O. R. Y.; ALCÂNTARA, P. S. M. Avaliação de protocolo de fisioterapia aplicado a pacientes mastectomizadas a Madden. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 2, p. 143-148, 2005.

PETITO, E. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Elaboração e validação de um programa de exercícios para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 3, p. 275-287, 2008.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Revista Escola Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 473-83, 1996.

PINHO, V. F. S.; COUTINHO, E. S. F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1061-1069, 2007.

POLIT, D.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RETT, M. T. et al. A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. **Revista dor**, v. 13, n. 3, p. 201-207, 2012.

REZENDE, L. F. et al. Exercícios livres versus direcionados nas complicações pós-operatórias de cancer de mama. **Revista Associação Medica Brasileira**, v. 52, n. 1, 2006.

SAGEN, S.; KA RESEN, R.; RISBERG, M. A. Physical activity for the affected limb and arm lymphedema after breast cancer surgery. A prospective, randomized controlled trial with two years follow-up. **Acta Oncology**, v. 48, n. 8, p. 1102-1110, 2009.

SANTOS, C. C. et al. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. **Revista Acta Fisioterapia**, v. 13, n. 2, 2006.

SEHL, M. et al. Decline in physical functioning in first 2 years after breast cancer diagnosis predicts 10-year survival in older women. **Journal Cancer Survivor**, v. 7, p. 20-31, 2013.

SCAFFIDDI, M. et al. Early rehabilitation reduces the onset of complications in the upper limb following breast cancer surgery. **Europe Journal Physical Rehabilitation Medicine**, v. 48, n. 4, p. 601-611, 2012.

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

SILLIMAN, R. A. What constitutes optimal care for older woman with breast cancer? **Journal Clinical Oncology**, v. 21, n. 19, p. 3554-3556, 2003.

SPRINGER, B. A. et al. Pre-operative assessment enables early diagnosis and recovery of shoulder function in patients with breast cancer. **Breast Cancer Res Treat**, v. 120, n. 1, p. 135-147, feb. 2010.

STAN, D. L. et al. Pilates for breast cancer survivors: impact on physical parameters and quality of life after mastectomy. **Clinical Journal Oncology Nursing**, v. 16, n. 16, p. 131-141, 2012.

TAPETY, F. I. et al. Risk factors associated with breast cancer patients in Teresina, Piauí, Brazil. **Journal os Research Fundamental Care On Line**, v. 5, n. 6, 2013.

TIEZZI, D. G. Câncer de mama: um futuro desafio para o sistema de saúde nos países em desenvolvimento. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 6, p. 257-259, 2010.

TIPPLES, K.; ROBINSON, A. Optimizing Care of Elderly Breast Cancer Patients: a Challenging Priority. **Clinical Oncology**, v. 21, p. 118-130, 2009.

VOGEL, V. G. Epidemiología, genética y evaluación del riesgo de cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas. **Revista del climatério**, v. 12, n. 70, p. 121-133, 2009.

5.3 MANUSCRITO 03: ESTOU COM CÂNCER: PERCEPÇÃO DAS MULHERES IDOSAS SOBRE A DESCOBERTA DO CÂNCER DE MAMA E SEU TRATAMENTO

HONÓRIO, Gesilani Júlia da Silva
SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos

RESUMO: o objetivo deste estudo foi conhecer as percepções de mulheres idosas no processo de enfrentamento do diagnóstico e tratamento cirúrgico do câncer de mama. A abordagem utilizada nesse estudo foi da pesquisa qualitativa, sendo o referencial teórico adotado baseado na antropologia da saúde, no molde interpretativista. A pesquisa ocorreu junto a cinco pacientes idosas oriundas de tratamento cirúrgico para o câncer de mama, na Maternidade Carmela Dutra (MCD), no município de Florianópolis. Todas as idosas foram submetidas à intervenção fisioterapêutica, durante 30 atendimentos, acompanhadas por um período de aproximadamente quatro meses. A técnica para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. A análise dos dados baseou-se na proposta de Minayo (2004) e consistiu em descobrir os núcleos de sentido, sendo abordado neste manuscrito o eixo temático *“Enfrentamento do diagnóstico e tratamento do câncer de mama de mulheres idosas”*, com as seguintes categorias: Percepção das mulheres e familiares em relação ao diagnóstico do câncer de mama; Sentimentos e dilemas associados à descoberta do câncer de mama; Suporte emocional e de cuidado: religião e família; Percepções após o tratamento cirúrgico. Assim, considera-se que os fatores sociais e culturais são importantes para que os profissionais de saúde possam realizar um cuidado integral a mulheres idosas que desenvolvam câncer de mama, pois somente um cuidado culturalmente sensível é capaz de compreender as demandas dessas mulheres e suas famílias que, muitas vezes, estão muito além do que é preconizado pela biomedicina.

Descritores: Neoplasia de mama; Mastectomia; Fisioterapia; Antropologia.

“TENGO CÁNCER: PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES DE LA TERCERA EDAD SOBRE EL DESCUBRIMIENTO DEL CÁNCER Y SU TRATAMIENTO, INVOLUCRANDO LA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD”

RESUMEN: el objetivo de este estudio fue conocer las percepciones de las mujeres de la tercera edad en el proceso de enfrentamiento del

diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. El abordaje utilizado en este estudio fue el de la investigación cualitativa, adoptándose el referencial teórico basado en la Antropología de la Salud, en los parámetros de interpretación. La investigación se produjo junto a cinco pacientes de la tercera edad, que pasaron por tratamiento quirúrgico para el cáncer de mama, en la Maternidad Carmela Dutra (MCD), en el municipio de Florianópolis. Todas las mujeres de la tercera edad estuvieron bajo intervención fisioterapéutica, durante 30 atenciones, que acompañamos por un período de aproximadamente 4 meses. La técnica para la recolección de datos fue la entrevista parcialmente estructurada. El análisis de los datos se basó en la propuesta de Minayo (2004) y consistió en descubrir los núcleos de sentido, abordándose en este estudio el eje temático "*Enfrentamiento del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama de mujeres de la tercera edad*", con las siguientes categorías: percepción de las mujeres y familiares en relación al diagnóstico del cáncer de mama; sentimientos y dilemas asociados al descubrimiento del cáncer de mama; ayuda emocional y cuidados: religión y familia; percepciones luego del tratamiento quirúrgico. Así, se considera que los factores sociales y culturales son importantes para que los profesionales de la salud puedan realizar un cuidado integral a las mujeres de la tercera edad que desarrollan cáncer de mama, pues solamente un cuidado culturalmente sensible es capaz de abarcar las demandas de estas mujeres y sus familias que, muchas veces, van más allá de lo que preconiza la biomedicina.

Descriptor: neoplasia de mama; mastectomía; fisioterapia; antropología.

"I HAVE CANCER: PERCEPTION OF OLDERLY WOMEN UPON THE DISCOVERY OF CANCER AND ITS TREATMENT, INVOLVING HEALTH ANTHROPOLOGY"

ABSTRACT: The objective of this study was to know the perceptions of elderly women in the process of coping with the diagnosis and surgical treatment of breast cancer. The approach used in this study was qualitative research, according to the theoretical approach based on Health Anthropology, in the interpretive molds. The survey took place from the five elderly patients from surgical treatment for breast cancer, in the Maternity Carmela Dutra (MCD), in the city of Florianopolis, Brazil. All the elderly women were submitted to physiotherapeutic intervention, during 30 sessions, we followed for a period of

approximately four months. The data collection technique was a semi-structured interview. The data analysis was based on the proposal by Minayo (2004) and consisted in discovering the meaning cores, being approached in this study the thematic axis "*Coping with the diagnosis and treatment of breast cancer in elderly women*", with the following categories: Perception of women and their families in relation to the diagnosis of breast cancer; Feelings and dilemmas associated with the discovery of breast cancer; emotional support and care: religion and family; Perceptions after the surgical treatment. Thus, it is considered that the social and cultural factors are important for health professionals to enable them to make an integral care to elderly women who develop breast cancer, since only one care culturally sensitive is able to understand the demands of these women and their families, many times, are far beyond what is recommended by biomedicine.

Descriptors: Breast Cancer; Mastectomy; Physiotherapy; Anthropology.

INTRODUÇÃO

O câncer se apresenta, nos dias atuais, como condição crônica relevante, a que se destinam investigações clínicas minuciosas, pelo seu alto índice de mortalidade e morbidade (TAPETY et al., 2013). Dentre os tipos mais frequentes se destaca o câncer de mama, apresentando, para o ano de 2014, estimativa de 57.120 novos casos no Brasil (INCA, 2014).

É importante reforçar que a idade avançada é um dos fatores de risco para predisposição deste câncer, porém poucas pesquisas se destinam a compreender aspectos do câncer de mama relacionados às mulheres idosas (TRIPPLES; ROBINSON, 2009; MÁRQUEZ-ACOSTA, 2012). Outro ponto relevante e pouco explorado nos estudos é a história de vida da mulher idosa diagnosticada com câncer de mama. Sabe-se que essa trajetória está relacionada com as práticas socioculturais de cuidado por ela adotadas ao longo de sua vida e, as mesmas, certamente irão influenciar na maneira como essa mulher significa a doença e se resignifica como doente. Diante disso, é que essa mulher doente irá definir, junto com sua família e pessoas próximas, o itinerário terapêutico a seguir. Esses aspectos transcendem as questões clínicas/cirúrgicas, a aceitação e adesão aos tratamentos e as repercussões dos mesmos (MENÉNDEZ, 2003).

Como indica Favoreto e Cabral (2009), é importante dar “voz” aos sofrimentos dos indivíduos para poder compreendê-los e trata-los e, assim, ir além dos pressupostos da biomedicina.

Quando se trabalha sob esta perspectiva, compreendendo que o processo do adoecer, tratar, recuperar estão interligados a condições amplas que vão além do entendimento unicamente profissional, traça-se uma abordagem de forma mais integral às mulheres. Assim, segundo Gomes (2012), muito se discute sobre novos modelos de cuidado, porém, não pode haver transformações no modo de cuidado sem modificar a lógica deste atendimento, assim como dos profissionais envolvidos. Desta forma, o processo de saúde e adoecimento não deve somente ter foco na doença, sua carga biológica (*disease*), mas também deve considerar a experiência vivenciada (*ilness*) pelo doente desde sua descoberta e as fases que a acompanham (KLEINMAN, 1988).

Gomes, Skaba e Vieira (2002) ressaltam que deve haver, de forma paralela, o desenvolvimento de tecnologias para aumentar a eficácia diagnóstica e terapêutica do câncer com o conhecimento que considere as dimensões simbólicas atribuídas a esta doença, para que haja atitudes diferenciadas, pensando em cuidados mais específicos e integrais.

O câncer apresenta esse caráter cultural de doença que se associa à punição, castigos, tristezas, e esses aspectos relacionam-se aos sinais e sintomas físicos, o que traz ao sujeito uma carga emocional e moral relacionada a este adoecimento (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002; MARUYAMA et al., 2006; SONTAG, 2007). Para Gomes, Skaba e Vieira (2002), estes fatores trazem consequências emocionalmente intensas, o que interfere no processo de enfrentamento do adoecer por câncer. Porém, o itinerário do câncer na visão dos profissionais, muitas vezes, constitui-se na sequência de sinais/sintomas, diagnóstico, tratamento, cura/morte e controle/recidiva, sendo que para o sujeito, esse percurso apresenta esferas maiores, relacionadas aos seus desejos, percepções e representações (SKABA, 2003).

O adoecimento deve proporcionar alusões que servirão para contextualizar e explicar o que ocorreu com a doença, a fim de dar sentido para a vida atual do sujeito (MARUYAMA et al., 2006). Assim, estes aspectos se estendem ao câncer de mama, em que o conhecimento se constrói com influência de vários fatores, como mídia, convivência familiar, amigos e redes sociais, envolvendo vários sentimentos como medo, vergonha, fatalismo, dor e sofrimento (KWOK; WHITE, 2011; MOSHER et al., 2013). O câncer de mama pode gerar várias representações, podendo estar relacionadas com a doença em si, como

também por aspectos envolvidos com a própria condição feminina, que interferem neste processo, como as condições de feminilidade, papéis sociais das mulheres, aparências corporais nos tratamentos envolvidos com a doença, enfim, uma teia de significados inerentes ao mesmo (SAKABA, 2003; FUGITA; GUALDA, 2006; AURELIANO, 2007; WANG et al., 2013).

Por tudo isso, em consonância com Helman (2009) que indica que as mulheres apresentam influências contraditórias de sua cultura de gênero, através de cobranças em várias esferas (papéis domésticos, profissionais, sexuais), Skaba (2003) afirma que o câncer de mama é uma doença relacionada à condição do gênero feminino.

Desta forma, este estudo tenta demonstrar aspectos envolvidos no processo de descoberta e tratamento do câncer de mama de mulheres idosas, no sentido de compreender se ocorre, com esta população etária específica, significados diferentes ou que se manifestem de forma diferenciada neste grupo. Os estudos acabam se direcionando para as investigações clínicas na área de Oncologia, deixando os significados atribuídos à doença em segundo plano, em especial de mulheres idosas, já que estudos com mulheres nesta faixa etária são escassos, principalmente sob este conceito.

Adotou-se o referencial teórico da antropologia da saúde para conduzir estas observações e explorar os significados relacionados a todo este contexto vivenciado pelas mulheres idosas. Portanto, o objetivo deste estudo é conhecer as percepções de mulheres idosas no processo de enfrentamento do diagnóstico e tratamento cirúrgico do câncer de mama.

MÉTODOS

A abordagem utilizada nesse estudo foi da pesquisa qualitativa, por essa permitir compreender a complexidade dos fenômenos com suas contradições, conhecer condições para lidar com as questões do cotidiano, relações interpessoais e sociais. Neste modelo, o pesquisador pode apreender e explicar o real significado das ações dos indivíduos no contexto de suas vidas e suas relações (PARSE, 1985; DENZIN; LINCOLN, 1994; CHIZZOTTI, 1995). O referencial teórico adotado nesta pesquisa baseia-se na antropologia da saúde nos moldes interpretativista.

A pesquisa ocorreu junto a cinco idosas oriundas de tratamento cirúrgico como parte do tratamento para o câncer de mama. O mesmo foi realizado na Maternidade Carmela Dutra (MCD) da Secretaria de

Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), instituição pública do município de Florianópolis. As mulheres para serem selecionadas deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: primeiro procedimento cirúrgico para tratamento do câncer de mama unilateral; idade igual ou superior a 60 anos; apresentar cognição preservada; residir na grande Florianópolis. Como critérios de exclusão, definiu-se: complicações pós-cirúrgicas (infecções, hemorragias); reconstrução imediata de mama; patologias neurológicas ou ortopédicas que pudessem interferir na intervenção proposta; outras formas de atividade física regular no momento da coleta de dados. Vale lembrar que todas as idosas que participaram deste estudo também foram submetidas à intervenção fisioterapêutica durante 30 atendimentos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme parecer 314.614, e da Maternidade Carmela Dutra, segundo parecer 598.927-0. As mulheres que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo foram informadas sobre os procedimentos da pesquisa, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, foram seguidos todos os procedimentos éticos preconizados pela Resolução 466/12.

As cinco participantes foram acompanhadas por um período de aproximadamente 4 meses, em tratamento fisioterapêutico. Ao iniciar a intervenção, as mulheres apresentavam tempo de pós-operatório entre um e quatro meses, e ao final dos 30 atendimentos, estavam entre seis e oito meses. Vale destacar, que ao longo de todo o acompanhamento nas intervenções, a pesquisadora principal utilizou-se de um diário de campo onde foram registrados depoimentos livres, queixas, preocupações e dúvidas das idosas, além das observações e percepções da pesquisadora.

As características das participantes são destacadas na **tabela 1**, de acordo com o nome fictício atribuído a elas.

Tabela 1 - Características das participantes.

	IDADE	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	OCUPAÇÃO	TIPO CIRURGICO
1 Ester	63	Fundamental incompleto	Casada	Dona de casa	MRM
2 Aurora	70	Fundamental incompleto	Casada	Dona de casa	MRM
3 Sara	60	Fundamental incompleto	Divorciada	Dona de casa	QUAD
4 Lúcia	66	Analfabeta	Casada	Diarista	MRM
5 Heloísa	78	Fundamental completo	Solteira	Costureira aposentada	MRM

Legenda: MRM – mastectomia radical modificada; QUAD – quadrantectomia.

Fonte: Dados da autora (2014).

A técnica utilizada para coleta dos dados foi a entrevista semiestruturada, com cada idosa, que só foi realizada ao final dos 30 atendimentos para verificar a percepção das participantes acerca do diagnóstico de câncer de mama e tratamento cirúrgico, assim como suas repercussões. A opção por realizar essa entrevista apenas ao término do tratamento fisioterapêutico ocorreu por se acreditar que nesse momento o vínculo entre pesquisadora e informante estaria mais fortalecido, ficando a mulher mais à vontade para informar suas percepções, sentimentos e emoções.

A entrevista semiestruturada foi a técnica de escolha porque pode trazer informações mais livres, não condicionadas a alternativas. Para Pais-Ribeiro (2008), é um método flexível e minucioso, o que permite exploração profunda dos significados, o que gera relevância dos conteúdos. Para realização da mesma as pesquisadoras criaram um breve roteiro que seguiu de guia durante as entrevistas que, mediante consentimento prévio, foram gravadas e posteriormente transcritas, vindo a compor o *cópus* dos dados que foram analisados.

A análise dos dados desse estudo baseou-se na proposta de Minayo (2004) e consistiu em descobrir os núcleos de sentido, sendo composta pelas etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. A discussão dos achados dessa pesquisa está alicerçada nos preceitos da antropologia da saúde, de forma a buscar compreender a percepção das mulheres idosas no processo de enfrentamento do diagnóstico e tratamento cirúrgico do câncer de mama.

Esse manuscrito irá apresentar e discutir o eixo temático *“Enfrentamento do diagnóstico e tratamento do câncer de mama de mulheres idosas”*, que é composto pelas seguintes categorias: Percepção das mulheres e familiares em relação ao diagnóstico do câncer de mama; Sentimentos e dilemas associados à descoberta do câncer de mama; Suporte emocional e de cuidado: religião e família; Percepções após o tratamento cirúrgico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um aspecto do grupo de mulheres estudadas foi o fato de rapidamente irem em busca de ajuda profissional assim que perceberam algo de diferente em suas mamas. Mesmo que elas, nesse momento, não pensassem se tratar de câncer, não se esquivaram de buscar resposta e/ou diagnóstico para o que estavam percebendo de anormal. Isso talvez tenha ocorrido em função das constantes informações que receberam

pelos meios de comunicação acerca da importância do cuidado com a saúde da mulher, visto que todas as participantes do estudo tinham poucos anos de escolaridade. É com base nesses achados que se construiu a categoria **percepção das mulheres e familiares em relação ao diagnóstico do câncer de mama**.

De acordo com o relato das participantes, nenhuma delas tentou “atrasar” ou se “esconder” do diagnóstico, o que indica que a busca tem significado de que quanto antes souber a doença e tratá-la, maiores são as chances de cura. Assim, elas justificaram que queriam o diagnóstico o mais cedo possível para poder realizar o tratamento apropriado, de forma a combater rapidamente o crescimento do tumor. O depoimento de D. Lúcia, apresentado a seguir, ilustra bem essa atenção com sua saúde e tomada de decisão:

“Fui eu mesma que descobri, fui tomar banho, levei a mão assim pro lado do seio e aí vi que tinha uma bolinha. Já comecei a tomar providências, a fazer exames, e eu já corri pro médico.” (Lúcia, 66 anos)

Verifica-se, assim, que mesmo se tratando de uma idosa e sem história familiar de câncer de mama, como aconteceu com todas as demais participantes desse estudo, houve atitude proativa e de cuidado de si. Seguramente esse comportamento foi apreendido ao longo de sua socialização ou história de vida e reforçado por experiências bem sucedidas, haja vista sua ausência de escolaridade. Segundo Skaba (2003), maior busca pelo diagnóstico geralmente ocorre em mulheres com maior escolaridade. Em seu estudo, as mulheres que apresentavam nível superior referiam maior consciência sobre a gravidade da doença e métodos de diagnóstico. Para Fugita e Gualda (2006), a responsabilidade que o sujeito assume quanto à manutenção das suas condições de saúde, a forma como vivencia uma situação de adoecimento e suas perspectivas em relação à resolução do problema é embasada em suas experiências anteriores, e o conhecimento relativo à doença podem influenciar suas condutas.

Os sinais percebidos pelas mulheres, como alusivos a alterações mamárias, funcionaram como estímulos internos, visto que sinalizavam situação anormal. Outro estímulo interno que permite que a mulher procure assistência, envolve-se com a vivência, experiência e conhecimento de alguns sinais relacionados ao câncer de mama (FUGITA; GUALDA, 2006).

Reforçando a importância do diagnóstico precoce, o mesmo não ocorreu com as mulheres idosas pesquisadas, porque os trâmites dos serviços de saúde e/ou a pouca valorização de suas queixas pelos profissionais fez com que houvesse demora no diagnóstico final. Tais fatos só fizeram com que elas ficassem ainda mais preocupadas, mas mesmo assim persistiram e foram incisivas na procura de entender o que ocorria consigo:

“Ela disse que não tinha nada. Mas ela não olhou o meu peito! Isso foi em janeiro, quando foi em agosto, eu tornei a dizer para elas em casa: eu tenho alguma coisa aqui nesse meu peito, não tá me doendo... eu durmo bem, faço meu serviço, vou a missa... mas isso aqui é alguma coisa que eu tenho aqui.” (Aurora, 70 anos)

“(…) daí depois que chegou o resultado ele [o médico] disse que estava bom, eu pensei que bom, mas eu fiquei desconfiada, porque aquilo estava crescendo (...) um dia me deu uma dor, uma dor, e eu comecei a notar que o meu seio estava crescendo (...) consultei com o médico aí ele disse que ele não podia fazer nada, que eu tinha que ir no mastologista.” (Heloísa, 78 anos)

“Aí eu mostrei pra nora, ela disse não minha sogra, isso aí não é nada (...) Pode não ser nada, mas eu vou fazer ultrassom. Fui no posto e o médico passou pedido pra fazer a ultrassom.” (Aurora, 70 anos)

Nota-se que mesmo os profissionais não dando devida atenção à situação das senhoras Aurora e Heloísa, elas persistiram em busca de saber o que estava ocorrendo. Será que se fossem mulheres mais jovens com essa mesma queixa os profissionais teriam a mesma atitude? No entanto, elas ficaram atentas ao que estava ocorrendo em seu corpo e buscaram validar suas percepções de que algo estava “diferente” com algum familiar (filha, irmã, neta, nora), e mesmo com alguns indicando que não percebiam os sinais como câncer, as mulheres persistiam no

anseio do diagnóstico e exigindo seus direitos de usuária, como fez a senhora Aurora.

Por outro lado, uma participante indicou que não percebeu sinais da doença, mas que o profissional que a atendeu solicitou os exames específicos (mamografia e biópsia) e, assim foi feito o achado de câncer de mama. Na emissão a seguir, evidencia-se como ela procedeu para entender o resultado de seus exames.

(...) eu fui pegar a biópsia, né? Daí deu que era carcinoma, eu nem sabia o que que era. Pedi pra minha filha procurar no computador: carcinoma. E como era um nome meio estranho pra mim eu já disse: É câncer. Só pode ser!” (Sara, 60 anos)

É importante verificar como o acesso às informações está disponível a todas as pessoas, e mesmo antes do doente chegar ao médico ele já consegue, em parte, “saber” seu diagnóstico. Isso é fruto das mudanças nos sistemas de comunicações e deve servir de aliado no cuidado com a saúde. Por outro lado, os profissionais devem estar mais atentos na forma de interagir com os usuários do serviço de saúde e aprender a lançar mão desses recursos.

No percurso do câncer de mama o primeiro passo é a obtenção do diagnóstico, mas junto com o mesmo as mulheres são “assaltadas” por uma gama de emoções e sentimentos que, muitas vezes, as desestruturaram, assim como a seus familiares. Na categoria **sentimentos e dilemas associados à descoberta do câncer de mama** aborda-se as experiências vivenciadas pelas mulheres que fizeram parte desta pesquisa. Para algumas mulheres, a tristeza, a sensação de desespero ou desamparo foi mais intensa, ao passo que para outras não houve uma mobilização tão intensa de emoções e sentimentos.

Sabe-se que cada uma dessas mulheres tinha história de vida muito peculiar, contava com rede de suporte familiar e social distinta, o que provavelmente fez com que reagissem de forma diferente. Para Heloísa, que era solteira e morava com sua irmã e seu sobrinho, o diagnóstico do câncer de mama foi bastante impactante, como pode ser observado em seu depoimento logo a seguir:

“Eu só esperava que fosse isso mesmo que aconteceu. É que quando vem essas coisas na gente do jeito que vem, quando vem não é

*pra bem, vem logo pra derrubar né!”
(Heloísa, 78 anos)*

Segundo Coelho et al. (2010), pode haver esta sensação de maior desamparo de mulheres idosas que não apresentam parceiros, pois nesta fase ocorrem mudanças físicas, emocionais, limitações, que podem influir nas percepções gerais, sendo mais fácil passar por estas modificações quando se possui um parceiro para compartilhar.

Para Gomes (2012), em estudo feito com mulheres acima de 60 anos, porém sem diagnóstico de câncer de mama, os relatos identificaram várias manifestações relacionadas ao medo de adquirir a doença, como medo da morte, da dor, da solidão, de ser uma doença fatal. Sentimentos esses que não foram relatados pelas idosas avaliadas na presente pesquisa. Isso talvez tenha ocorrido também em função da idade das mulheres pesquisadas, pois para Nizamli, Anoosheh e Mohammadi (2011), o medo foi identificado nas mulheres mais jovens.

Quando questionadas sobre emoções e sentimentos que o diagnóstico despertou, muitas mulheres inclusive relataram não recordar de algo mais marcante, como pode ser lido nos depoimentos abaixo:

“Até que eu estranhei, porque eu não fiquei tão assustada. Assim, dentro de mim, eu sempre achava que era câncer, mas não era nada demais.” (Sara, 60 anos)

“Não mudou nada. Continuou normal minha rotina de serviço (...) quando eu recebi a notícia fiquei como estou conversando aqui com você.” (Aurora, 70 anos)

“Mesma roupa, o mesmo jeito, mesmas coisas que fazia (...) se caísse cabelo eu não estava ligando.” (Lúcia, 66 anos)

Essas colocações talvez se devam ao fato de estarem falando de algo já ultrapassado, isto é, já se submeteram a diversos tratamentos, participaram dos trinta atendimentos de reabilitação fisioterapêutica e continuam levando suas vidas. Segundo Sontag (2007), há representação da doença como o lado “sombrio da vida” e se pode pensar a doença como metáfora da velhice, já que esta é encarada como o “fim da vida”. Neste sentido, a doença poderia ser mais bem aceita em pessoas idosas,

pois culturalmente a velhice se associa à morte, sendo que na juventude a doença surpreende.

O relato de Lúcia, no entanto, nos chamou atenção, uma vez que a quimioterapia é um dos tratamentos que mais mobilizam os doentes pelos efeitos colaterais e, em especial, da alopecia, pelo fator da feminilidade. Esta contradição pode estar relacionada ao fator idade, pois estudos indicam que mulheres idosas geralmente acabam se tornando mais conformadas com as situações impostas pelo adoecimento, durante todo o seu percurso.

Para Frazão e Skaba (2013), em estudo com 10 mulheres com idades entre 24 e 76, submetidas a tratamento com quimioterapia, houve a constatação que à medida que os efeitos colaterais apareciam, ocorriam modificações significativas no seu modo de viver.

Porém, percebeu-se que algumas mulheres deixaram transparecer, em outro momento da entrevista, que mesmo não ocorrendo modificações decorrentes do tratamento, elas apresentaram sentimentos negativos em relação à doença. Para algumas mulheres, estar com câncer era encarado como dificuldade, no entanto, entendiam que todas as doenças apresentam condições negativas, com possibilidade de prognósticos desfavoráveis. Segundo o relato das informantes, o importante é saber o que ocorre, para buscar possibilidades de tratamento e cura, corroborando com o exposto no primeiro item desta discussão.

Para Skaba (2003), o encontro com a enfermidade ocorre com o diagnóstico, sendo que muitas mulheres observam as esperanças se dissiparem quando o mesmo é de câncer, passando para um momento posterior, centrando suas expectativas no controle ou cura da doença, tendo que enfrentá-la.

Outro fator bastante destacado foram os sentimentos da família em relação à descoberta do câncer, sendo que todas relataram que os familiares acabaram apresentando com maior intensidade tristeza, desespero, ansiedade e inconformismo, como pode ser observado nas emissões a abaixo:

“Minha família inteira ficou muito triste, muito mais do que eu.” (Ester, 63 anos)

“Eu estou com um tumorzinho no peito, aí minha irmã ficou toda apavorada.” (Lúcia, 66 anos)

“A minha irmã ficou até doente, porque levou um choque, parece que ela levou mais choque que eu.” (Heloísa, 78 anos)

Segundo esses relatos parece que, para este grupo de mulheres, havia a necessidade de elas se manterem “fortes” perante a situação da doença para apoiar seus familiares, manter a rotina doméstica e seus afazeres, para que tudo continuasse dentro da normalidade. Costa, Jimenéz e Ribeiro (2012) inferem que este aspecto é comum, pois as mulheres sempre desempenharam o papel de cuidadoras do lar e dos membros da família. Com o surgimento da doença, ocorre uma inversão nos papéis, isto é, a provedora de cuidados passa a necessitar de cuidados da família.

No estudo de Mosher et al. (2013), alguns dos familiares tiveram dificuldade de aceitar o diagnóstico, escondendo a situação para outras pessoas ou amenizando a gravidade do caso de seus familiares, condições não percebidas nas falas das participantes do presente estudo.

A rede de suporte familiar é de suma importância para que as mulheres idosas consigam enfrentar o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama, pois, na maioria das vezes, é das famílias que elas recebem o **Suporte emocional e de cuidado, além do significado da religiosidade.**

Ficou fortemente evidenciado nas falas das mulheres que participaram deste estudo o significado e a importância de suas famílias para o seu cuidado e apoio após terem ficado doentes. Isso talvez possa ser explicado pelos simbolismos relacionados ao câncer, de doença que é devastadora e ameaçadora da vida, fazendo com que todos se mobilizem para o cuidado com o familiar doente. Os relatos a seguir demonstram esta condição:

“Eles se interessaram mais em me ajudar, né. Se interessaram mais em ajudar o que não estavam ajudando antes.” (Aurora, 70 anos)

“A minha família me deu mais atenção, passaram a ficar mais comigo, mas o meu marido nem tanto.” (Ester, 63 anos)

“O meu marido mudou muito, muito, muito. Os filhos ficaram mesmo como eram assim.”

Mas ele não, ele tem me tratado muito bem, cuida muito bem de mim.” (Lúcia, 66 anos)

Os depoimentos refletem as modificações percebidas pelas mulheres no tocante ao apoio familiar. Segundo elas, mesmo não havendo mudanças perceptíveis de todos os membros, ocorreram transformações de comportamento, expressas por maior apoio para realização das tarefas domésticas, verbalização de interesse pelo seu estado de saúde, em ficar junto ou proporcionar mais momentos de convívio, acompanhá-las para consultas e tratamentos realizados, entre outras. Assim, elas passaram a perceber maior robustez em sua rede de suporte familiar.

Essas características corroboram os achados de Costa, Jimenez e Ribeiro (2012), quando dizem que o câncer de mama gera manifestação de preocupação com a situação de doença, por parte dos familiares, assim como maior apoio da família desde seu aparecimento. Desta forma, em relação à convivência social, Marinho, Costa e Vargens (2013) destacaram que a família foi importante rede de apoio da mulher que passou por mastectomia, antes, durante e após a cirurgia, sendo elemento essencial nessa experiência.

Outra fonte importante de suporte foi a religiosidade, segundo relato das informantes desta pesquisa. Vale lembrar que as pessoas idosas geralmente buscam esse apoio independente de sua condição de saúde, talvez porque a maturidade traga mais momentos de reflexão e a necessidade de busca de paz interior.

Segundo Volcan et al. (2003), a religiosidade é culturalmente considerada apoio para alívio de sofrimentos, servindo de recurso para a promoção da saúde mental e física. A religião serve de conforto, além de despertar sentimentos de esperança e cura, como pode-se observar na emissão a seguir:

“Eu entreguei tudo na mão de Deus e disse: Jesus tu vai me curar, porque sozinha eu não consigo.” (Aurora, 70 anos)

O depoimento da Sra. Aurora demonstra como a religiosidade é levada em consideração para o cuidado, por isso, o reforço da espiritualidade deve permear a assistência, sendo a fé religiosa percebida como o cuidado mais importante e indispensável nos momentos de dificuldade. É preciso entender que a religiosidade é parte significativa do processo terapêutico dos idosos, porque é o cuidado de si possível

diante da ameaça da morte, conforme colocam Tuoto, Spiel e Venturi. (2009). Gomes (2012) reforça que a crença em Deus é muito forte entre idosas, pois o envelhecimento estimula o significado da espiritualidade. No estudo de Skaba (2003), sobre as representações sobre o câncer de mama, a busca pelo apoio religioso nas mulheres avaliadas foi hegemônica.

Religiosidade foi igualmente importante para as mulheres da presente pesquisa, tanto no momento em que receberam o diagnóstico quanto para enfrentarem o tratamento cirúrgico. Evidenciou-se, assim, a última categoria desse eixo temático que foi **O enfrentamento do tratamento cirúrgico e suas consequências**.

Um dos aspectos mais temidos associado ao tratamento do câncer de mama é a cirurgia, principalmente os tipos de intervenções radicais, que podem ser simbolizadas por mutilação, desgraça, castigo e/ou perda da feminilidade. No caso das idosas, percebeu-se que a maioria estava conformada com o procedimento, e que para algumas, a intervenção cirúrgica era esperada e desejada, já que iriam “livrar-se” do tumor.

“Até parece assim que não ia acontecer nada, que eu não ia me operar, que eu não ia fazer nada, pois queria logo me ver livre do câncer.” (Lúcia, 66 anos)

“Tranquila, tranquila. Desse o que fosse, eu aceitaria se eu tivesse que partir (...) a morte ou se eu tivesse que enfrentar toda a vida de novo, pra mim tanto fazia. Eu já estava preparada pra qualquer coisa.” (Sara, 60 anos)

Esses relatos exemplificam que para essas mulheres a cirurgia significava uma forma de extirpar o câncer de seu corpo e ser “salva”. Isto pode ser uma particularidade de idosas, pois as mulheres mais jovens podem relacionar a cirurgia como algo devastador em seu corpo. Porém, isso não é regra, uma vez que Heloísa era a mulher que apresentava maior idade, no entanto, foi a que demonstrou maior medo, e citou o aspecto de ser o primeiro procedimento cirúrgico realizado, como pode ser observado em seu depoimento a seguir:

“Fiquei com medo! Nunca fui cortada, operada, nada. Ai ele disse que tinha que

tirar um quarto, mas aconselhava que tirasse tudo. Ai o choque foi grande, eu chorei na frente dele, de medo.” (Heloísa, 78 anos)

Outro ponto muito discutido nas mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama é o aspecto da retirada da mesma. Emergiram vários sentimentos em relação a esta condição, algumas indicando falta, outras revelando alteração da imagem corporal, ao passo que outras não sentiam a ausência da mama e estavam mais preocupadas com sua recuperação como um todo.

“A gente às vezes sente falta, né (...) às vezes passa mão aqui e esquece.” (Ester, 63 anos)

“Eu não percebo muito bem meu corpo, eu não me olho no espelho, porque eu me vejo tão feia. Porque se eu estou sem sutiã (...) sinto falta grande aqui.” (Heloísa, 78 anos)

“Não tenho medo, nem insegurança. Eu olho pro meu corpo, eu acho a mesma coisa que antes. Eu gosto do meu corpo. Olho toda hora, olhando pra ver a cicatriz, se aparece ou se não aparece (...) Eu não me vejo mutilada!” (Sara, 60 anos)

“O meu marido não reclamou de nada. Não reclamou que eu estou sem peito (...) Eu achava que ele ficava com vergonha, eu achava, ai eu perguntei pra ele: tens vergonha se sair comigo assim (...) ele disse: Não, pra mim é a mesma coisa. (Lúcia, 66 anos)”

É interessante identificar que Heloísa, que relatou a maior ausência em relação à mama, não apresentava parceiro, era solteira e a mais idosa, o que vai de encontro a muitos estudos que acreditam que a construção da falta da mama se atribui a mulheres mais novas e que apresentam parceiros. As mulheres mais jovens do estudo de Nizamli, Anoosheh e Mohammadi (2011) experimentaram trauma emocional

associado às alterações de autoimagem e mudanças físicas, preocupando-se com a imagem corporal.

Nestas falas estão duas representações, que não há fatores negativos sobre o aspecto falta da mama por parte das mulheres, e que também os parceiros não as percebem diferentes, não as percebem “mutiladas”, não as percebem como se não fossem “mulheres”. Praticamente todas as mulheres relataram que “são a mesma mulher”.

Já para Mosher et al. (2013), algumas mulheres avaliadas em seu estudo não se sentiam como mulher pela falta da mama, além de outras condições adversas como cicatrizes, ganho de peso, linfedema, que foram objetos de frustração e constrangimento, indicando que aceitar a nova aparência era um desafio diário.

Diferente do que foi identificado nas mulheres deste estudo, a maior parte das avaliadas por Costa, Jimenéz e Ribeiro (2012) relataram que a doença influenciou negativamente o relacionamento do casal, sendo as alterações na imagem corporal muito impactantes na vida familiar. Para Fugita e Gualda (2006), a perda da mama é fator que influencia a vida sexual e que ocasiona limitações na maneira de se vestir.

Outro aspecto que chamou atenção no relato das mulheres desta pesquisa foi o impacto que elas sentiram por não poderem realizar as atividades domésticas no momento pós-cirúrgico, para elas isso foi o mais traumático. Em vários momentos durante o tratamento fisioterapêutico essas queixas surgiam como um desconforto em depender de outros familiares para realização dessas atividades, mas isso parece que evidencia algo mais significativo, deixar que outros familiares “invadissem” um território que lhes pertencia. Não conseguir ou ter que diminuir as atividades realizadas em casa foi extremamente desconfortante, como podemos ler a seguir:

“O quê que eu fiz depois da cirurgia, eu achei que tinha que ter mais repouso, né. Não fiz as atividade em casa, mas eu queria logo voltar a fazer tudo (...) quem sabe cuidar da casa sou eu” (Aurora, 70 anos)

“Só tinha medo de mexer o braço né? (...) Tinha que cuidar para conseguir fazer as coisas de casa (...) mas desde o começo tentava fazer tudo. (Sara, 60 anos)

“É, o serviço de casa tive que parar, porque o médico pediu, né? Pra repousar um pouco, mas não gostava de ficar parada (...) brigava com meu marido porque ele não fazia do meu jeito.” (Lúcia, 66 anos)

Esses depoimentos registram a maneira como essas mulheres foram socializadas e as práticas socioculturais aprendidas com relação ao papel feminino, isto é, cuidar da casa e da família. Essas práticas estavam tão impregnadas em suas vidas que todas as participantes indicaram que não realizavam atividades de lazer e o que mais gostavam de fazer eram as atividades de casa.

No estudo de Skaba (2003), as falas das informantes também evidenciaram esta extrema necessidade em ter condições de executar suas ações sociais de mãe, provedora, cuidadora, o que deixa o papel de “mulher” em segundo plano. Muitas mulheres colocam mais importância na recuperação de sua capacidade funcional e de seus papéis como dona de casa do que de ser sexualmente atraente, especialmente as mulheres que trabalham em casa e as idosas (KWOK; WHITE, 2011).

As alterações das atividades diárias influem significativamente na funcionalidade, fazendo com que apresentem desordens simbólicas do seu papel social culturalmente aprendido, gerando transtornos importantes (COSTA; JIMENÉZ; RIBEIRO, 2012). As alterações dos papéis culturais femininos afetam o sentimento de identidade, suas realizações e sua autoestima (AURELIANO, 2007).

O aspecto supracitado também influenciou no entendimento de “estar com câncer”, sendo que praticamente todas as mulheres avaliadas se perceberam “doentes” no momento pós-cirúrgico, confirmado pelo fato de que as maiores modificações de suas vidas após o diagnóstico foram citadas quando as mesmas descreviam o período imediato após a cirurgia. De acordo com Skaba (2003), o sofrimento com a cirurgia se dá, muitas vezes, não somente pelas consequências físicas, como também porque no momento cirúrgico ocorre a certeza da proposta terapêutica e confirmação do diagnóstico.

Sobre a rede de cuidado familiar após a cirurgia, outro padrão cultural foi imposto nesta relação, ou seja, o cuidado é dedicado, principalmente, pelas mulheres (noras, filhas, netas, irmã). Especialmente no momento da internação hospitalar, assim como nos cuidados pessoais iniciais no domicílio, as mulheres foram as principais

cuidadoras, conforme ficou evidenciado nos depoimentos apresentados a seguir:

“As noras que ficavam a noite comigo, no hospital, uma nora ficou primeiro uma, depois a outra, e minha neta ficou uma noite.” (Aurora, 70 anos)

“Assim, quem mais me ajudou foram as filhas, né (...) Um filho também, mas em casa (...) Em casa, nos serviços da casa, as filhas me ajudaram mais.” (Ester, 63 anos)

“A minha nora que fazia o curativo, ela me ajudava a tomar banho (...) Depois o marido também. E o outro meu filho era pra sair comigo, né? Assim, pra me levar pra médico, me trazer quando a minha nora não podia.” (Lúcia, 66 anos)

O apoio das filhas foi frequente no estudo de Costa, Jimenéz e Ribeiro (2012), justificando que o comprometimento da funcionalidade, em virtude da cirurgia, agravado pelo fator idade, faz com que haja necessidade de suporte para as atividades básicas da vida diária, assim como as atividades instrumentais.

Após a independência para os cuidados pessoais, a ajuda recai nos trabalhos com a casa, sendo que novamente houve maior auxílio pelas mulheres da família, e no caso de Lúcia, pelo marido. Ester indicou que, diferentemente de Lúcia, o marido não apresentou disponibilidade para ajudá-la.

“O marido é assim, ele tem aquele jeito e não mudou muita coisa não. Ele não tem muita paciência, porque ele sempre quer fazer as coisas dele (...) quem mais me apoiou foram os meus filhos, eles vão lá em casa.” (Ester, 63 anos)

Sara apresentou um padrão diferenciado, pois em casa, praticamente não teve auxílio da família, morava com duas netas e, segundo ela, “precisava” fazer os cuidados e serviços para as mesmas

(as netas tinham 15 e 18 anos, respectivamente). Relatou que o ex-marido é que a apoiava no sentido de levá-la ao médico e para os outros compromissos relacionados ao seu tratamento.

Este aspecto do familiar homem ser provedor do “cuidado” no sentido do transporte para os serviços de saúde foi relatado também pelas demais participantes. Até Ester achava que o marido, por estar acompanhando neste itinerário de consultas médicas, exames, fisioterapia, já era suficiente seu auxílio e supria a falta de ajuda em casa.

Frazão e Skaba (2013) identificam que há uma situação conflitante envolvendo esta manifestação do cuidado, pois ao mesmo tempo em que as mulheres referem gratidão por receberam apoio, há também um incômodo, conforme identificado no presente estudo, visto que eram obrigadas a sair do papel de cuidadoras, assumindo um novo papel, ser cuidada, o que gera dificuldades e causa sofrimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante verificar os símbolos e significados associados às práticas socioculturais aprendidas e desenvolvidas pelas mulheres idosas com câncer de mama. No presente estudo, constatou-se que alguns comportamentos muitas vezes evidenciados em pessoas que tem câncer não foram observados nestas mulheres, como o medo do diagnóstico, e muitas vezes o atraso em buscar assistência.

Os sentimentos relatados quando receberam o diagnóstico foram diversos, algumas mulheres informaram tristeza, desespero, desamparo, porém, a maior parte relatou que não houveram modificações significativas em sua vida com esta descoberta. Esta condição pode estar associada às suas idades, podendo ocorrer maior conformismo ou aceitação em relação às condições de adoecimento. Por outro lado, pode também ter relação com a condição de “ser mulher”, ou seja, precisa se manter forte, não se abatendo pela doença, para proteger sua família e diminuir seu sofrimento, para não perder o seu papel de provedora e cuidadora familiar. Considerou-se isso a partir dos relatos das informantes quando diziam que a família acabou apresentando maiores condições de sofrimento do que elas próprias no momento em que receberam o diagnóstico.

O apoio emocional foi direcionado à religiosidade e à família. A religiosidade/espiritualidade é aspecto cultural importante no cuidado do idoso, pois para o mesmo, pode ser a forma de cuidar de si diante da morte, apesar das mulheres deste estudo não terem relatado medo de

enfrentar a morte. A família foi um importante suporte a todas as informantes, oferecendo cuidados de diferentes naturezas, mas que contribuíram para o seu tratamento.

A cirurgia foi percebida pelas mulheres como uma condição necessária para a sua cura, somente uma participante encarou a cirurgia com medo e insegurança. Outra condição associada à situação cultural do câncer de mama se estende à falta da mesma, porém as mulheres desta pesquisa apresentaram experiências diversas a este respeito, algumas indicando falta, outras que não sentiam insegurança, vergonha e que não se sentiam menos mulher pela ausência da mama.

A limitação para poder realizar os serviços domiciliares foi o desconforto unânime nas falas, isso talvez se relacione ao papel culturalmente aprendido em que a mulher deve ser a responsável pelo lar. Deve cuidar e não ser cuidada, e isto acaba gerando sofrimento pela necessidade de inversão dos papéis, ainda que temporariamente, no momento pós-cirúrgico. As ações de provedora e cuidadora pareciam ser mais importantes do que a condição de saúde, imagem corporal e autoestima. O mesmo pôde ser observado quanto à rede de suporte familiar, onde as mulheres das famílias foram as cuidadoras principais e os homens contribuíram com os cuidados relacionados ao transporte às instituições de saúde.

Considera-se que os fatores supracitados são importantes para que os profissionais de saúde possam implementar um cuidado integral a mulheres idosas que desenvolvam câncer de mama, porque somente um cuidado culturalmente sensível é capaz de compreender todas as demandas dessas mulheres e suas famílias que, muitas vezes, estão muito além do que é preconizado pela biomedicina.

REFERÊNCIAS

AURELIANO, W. A. Corpo, saúde e trabalho: (re)pensando os usos do corpo e os “papéis femininos” na experiência do câncer de mama. **Prática & Trabalho**, v. 26, p. 105-123, 2007.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

COELHO, N. P. et al. Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 4, p. 163-173, 2010.

COSTA, S. R.; JIMENÉZ, R.; RIBEIRO, J. P. Depois do cancro da mama: acontecimentos significativos no ciclo de vida. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 13, n. 2, p. 238-251, 2012.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Califórnia: SAGE Publications, 1994.

FAVORETO, C. A.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação para a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 7-18, 2009.

FRAZÃO, A.; SKABA, M. M. F. V. Mulheres com câncer de mama: as expressões da questão social durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 427-435, 2013.

FUGITA, R. M. I.; GUALDA, D. M. R. A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 40, n. 4, p. 501-506, 2006.

GOMES, E. A. **Mulheres e câncer de mama: percepção, itinerário terapêutico e prevenção**. 2012. 152f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

GOMES, R.; SKABA, M. M. V. F.; VIEIRA, R. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio antropológica do câncer de mama. **Feminina Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 197-204, 2002.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. **Câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 10 out. 2014.

KLEINMAN, A. **The illness narrative: suffering, healing & the human condition**. Basic Books, 1988.

KWOK, C.; WHITE, K. Cultural and linguistic isolation: the breast cancer experience of Chinese-Australian women - a qualitative study. **Contemporary Nurse**, v. 39, n. 1, p. 85-94, 2011.

MARUYAMA, S. A. T. et al. O corpo e a cultura como lócus do câncer. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 171-175, 2006.

MARINHO, D. S.; COSTA, T. P.; VARGENS, O. M. C. The experience of breast cancer under the perception of women who underwent mastectomy: an analysis held from scientific publications. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental on line**, v. 5. n. 5, 2013.

MÁRQUEZ-ACOSTA, G. Cáncer de mama. **Perinatology reproductive human**, v. 26, n. 2, p. 81-82, 2012.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência saúde coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-206, 2003.

MOSHER, C. E. et al. Living with metastatic breast cancer: a qualitative analysis of physical, psychological, and social sequelae. **The Breast Journal**, v. 19, n. 3, p. 285-292, 2013.

NIZAMLI, F., ANOOSHEH, M., MOHAMMADI, E. Experiences of Syrian women with breast câncer regarding chemotherapy: a qualitative study. **Nursing and Health Sciences**, v. 13, p. 481-487, 2011.

PAIS-RIBEIRO, J. L. **Metodologia de investigação em psicologia e saúde**. 2. ed. Porto: Livpsic, 2008.

PARSE, R. et al. **Nursing Research Qualitative Methods**. Maryland: Brady Comm, 1985.

SKABA, M. M. V. F. **Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: uma perspectiva socioantropológica**. 2003. 133 f. Tese (Doutorado em Ciências)– Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2003.

SONTAG, S. A. **Doença como metáfora**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

TAPETY, F. I. et al. Risk factors associated with breast cancer patients in Teresina, Piauí, Brazil. **Journal Research Fundamental Care On Line**, v. 5, n. 6, 2013.

TIPPLES, K.; ROBINSON, A. Optimizing Care of Elderly Breast Cancer Patients: a Challenging Priority. **Clinical Oncology**, v. 21, p. 118-130, 2009.

TUOTO, F.; SPIEL, M. H.; VENTURI, K. K. Os sofrimentos e o cuidado de si dos idosos hospitalizados: estudo etnográfico. **Online Brazilian. Journal. Nurse**, v. 8, n. 3, 2009.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003.

WANG, F. et al. A Neglected Issue on Sexual Well-Being following Breast Cancer Diagnosis and Treatment among Chinese Women. **Plos one**, v. 8, n. 9, p. 1-7, 2013.

5.4 MANUSCRITO 04: MULHERES IDOSAS E O PROCESSO DE VIVER APÓS A CIRURGIA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA: CORPO, MOVIMENTO E FISIOTERAPIA

HONÓRIO, Gesilani Júlia da Silva
SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos

RESUMO: o objetivo deste estudo é compreender o tratamento fisioterapêutico e suas repercussões, através das percepções de mulheres idosas que realizaram tratamento cirúrgico para câncer de mama. A abordagem utilizada foi a pesquisa qualitativa, sendo o referencial teórico adotado baseado na antropologia da saúde, nos moldes interpretativistas. A pesquisa ocorreu junto a cinco idosas oriundas de tratamento cirúrgico para o câncer de mama, na Maternidade Carmela Dutra (MCD), no município de Florianópolis. Todas as idosas foram submetidas à intervenção fisioterapêutica, durante 30 atendimentos, acompanhadas por um período de aproximadamente quatro meses. A técnica para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. A análise dos dados baseou-se na proposta de Minayo (2004) e consistiu em descobrir os núcleos de sentido, sendo abordado, neste estudo, o eixo temático “O processo do tratamento fisioterapêutico de mulheres idosas com câncer de mama e suas repercussões”, sendo composto pelas seguintes categorias: Dificuldades relativas ao tratamento fisioterapêutico; Percepção das mulheres com relação aos ganhos obtidos com o tratamento fisioterapêutico; Considerações das mulheres a respeito da sua condição atual de saúde.

Descritores: Neoplasia de mama; Mastectomia; Fisioterapia; Antropologia.

“MUJERES DE LA TERCERA EDAD EN EL PROCESO DE VIVENCIA, LUEGO DE LA CIRUGÍA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA: CUERPO, MOVIMIENTO Y FISIOTERAPIA”

RESUMEN: el objetivo de este estudio es entender el tratamiento fisioterapêutico y su impacto, a través de las percepciones de mujeres de la tercera edad que realizaron tratamiento quirúrgico para el cáncer de mama. El abordaje utilizado fue la investigación cualitativa, adoptándose el referencial teórico basado en la Antropología de la Salud, en los parámetros de la interpretación. La investigación se llevó a cabo junto a cinco mujeres de la tercera edad, provenientes de

tratamiento quirúrgico para el cáncer de mama, en la Maternidad Carmela Dutra (MCD), en el municipio de Florianópolis. Todas las mujeres de la tercera edad estuvieron bajo intervención fisioterapéutica durante 30 atenciones, que acompañamos por un período de aproximadamente 4 meses. La técnica para la recolección de datos fue la entrevista parcialmente estructurada. El análisis de los datos se basó en la propuesta de Minayo (2004) y consistió en descubrir los núcleos de sentido, abordándose, en este estudio, el eje temático "El proceso del tratamiento fisioterapéutico de mujeres de la tercera edad con cáncer de mama y su impacto", estando compuesto por las siguientes categorías: dificultades relativas al tratamiento fisioterapéutico; percepción de las mujeres con relación a las ganancias obtenidas con el tratamiento fisioterapéutico; consideraciones de las mujeres según su condición actual de salud.

Descriptor: neoplasia de mama; mastectomía; fisioterapia; antropología.

"ELDERLY WOMEN AND THE PROCESS OF LIVING AFTER THE SURGERY FOR THE TREATMENT OF BREAST CANCER: BODY, MOVEMENT AND PHYSIOTHERAPY"

ABSTRACT: The objective of this study is to understand the physiotherapeutic treatment and its implications through the perceptions of elderly women who underwent surgical treatment for breast cancer. The approach used was qualitative research, according to the theoretical approach based on Health Anthropology, in the interpretive molds. The survey took place from the five elderly patients from surgical treatment for breast cancer, in the Maternity Carmela Dutra (MCD), in the city of Florianópolis, Brazil. All the elderly women were submitted to physiotherapeutic intervention, during 30 sessions, we followed for a period of approximately 4 months. The data collection technique was a semi-structured interview. The data analysis of the was based on the proposal by Minayo (2004) and consisted in discovering the meaning cores, being addressed in this study, the thematic axis "The process of physiotherapy treatment of elderly women with breast cancer and their repercussions, "is composed of the following categories: Difficulties concerning the physiotherapeutic treatment; Perception of women with respect to the gains obtained with the physiotherapeutic treatment; Considerations for women in terms of their current health condition.

Descriptors: Breast Cancer; Mastectomy; Physiotherapy; Anthropology.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama apresenta-se como um importante foco de estudo, visto ser uma condição associada a um processo que gera altos índices de mortalidade e morbidade, sendo que no Brasil, representa um dos tipos mais frequentes na população feminina, com estimativa de 57.120 novos casos no ano de 2014 (TAPETY et al., 2013; INCA, 2014).

Hoje, a cirurgia é considerada o tratamento mais frequente para o acometimento do câncer de mama, porém, pode gerar complicações associadas, dentre estas, alterações físicas, como redução de função muscular, edema, dor, alterações de sensibilidade, diminuição da amplitude de movimento, o que justifica o acompanhamento fisioterapêutico para prevenção e tratamento destas disfunções (BATISTON; SANTIAGO, 2005; BERGMAN et al., 2006; REZENDE et al., 2006; BEURSKENS et al., 2007; GOMIDE; MATEUS; REIS, 2007; DEVOOGDT et al., 2011; SCAFFIDDI et al., 2012).

Porém, os estudos associados a esse atendimento acabam se voltando a parâmetros quantitativos, e pouco consideram os fatores sociais e culturais destas mulheres, que podem gerar diferentes percepções e diversas formas de enfrentar a fase pós-cirúrgica e tratamentos associados.

Estes fatores, no entanto, não podem estar distantes da realidade clínica, visto que hoje, aproximando-se do enfoque do tratamento integral, é de extrema relevância a compreensão de todo o percurso vivenciado e assimilado por estas mulheres (GOMES, 2012). Atenção à saúde envolve diferentes aspectos, e se relaciona à compreensão ampla das diferentes fases que envolvem o processo saúde e adoecimento, como origens, causas, tratamento de enfermidade, técnicas terapêuticas, papéis e padrões dos indivíduos e profissionais nesse cenário (LANGDON; WIIK, 2010).

Da mesma forma, um dos fatos que chama atenção nos estudos sobre o processo de tratamento e acompanhamento das mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama é a pouca ênfase às mulheres idosas (TRIPPLES; ROBINSON, 2009), assim como as implicações e representações que este tratamento e as fases posteriores associadas ao mesmo são traduzidos e percebidos. É importante salientar que o caminho percorrido pelas mulheres apresenta-se relacionado com vivências e experiências sociais e culturais que podem influenciar no seu processo de viver (MENÉNDEZ, 2003).

Assim, é interessante também para os profissionais da área perceberem o que envolve, sob a perspectiva cultural própria destas mulheres, o tratamento fisioterapêutico e como o representam, sendo esta, uma forma de repensar a assistência e direcioná-la para um processo que articula, de forma ampla, a mulher, sua nova condição física e seus anseios, visto que estes aspectos podem influenciar o processo de enfrentamento do câncer, assim como a possibilidade do acompanhamento assistencial. Pode-se, ainda, direcionar esta perspectiva às mulheres idosas, já que podem representar de forma diferenciada este procedimento, em vista de aspectos não somente associados ao “estar com câncer”, como também do fator idade associado a estas interpretações.

Segundo Helman (2009), estas compreensões enfatizam a “pessoa”, não dando prioridade a doença física e a “despersonalização” do indivíduo. Desta forma, a experiência do adoecimento não deve ser compreendida somente pelo aspecto biológico em si, mas como uma construção contínua, embasada pela sua cultura (MARTINS, 2012), e isto deve ser levado em consideração no processo de assistência.

A fisioterapia, como área de atuação, tem forte influência do aspecto reabilitador, voltando-se às condições físicas do indivíduo (FARIA, 2010), mas, ao se levar em conta os novos processos de assistência e as novas formas de trabalhar saúde, deve-se ter um extenso panorama de todas as características que podem influenciar no cuidado. Havendo, de tal modo, articulação do processo de cuidado a práticas que se ajustem na integralidade da atenção, sendo necessário entender as mudanças que a doença imprime na vida da mulher (THAINES et al., 2009).

A assistência à mulher com câncer concretiza-se a partir do momento em que suas concepções e experiências em relação à doença e as fases posteriores advindas sejam consideradas, permitindo decidir as melhores opções de cuidado (FUGITA; GUALDA, 2006; AYDIN; GULLUOGLU; KUSCU, 2012). Desta forma, esta pesquisa envolve-se em compreender o que as mulheres idosas interpretam e simbolizam em relação ao atendimento fisioterapêutico, assim como o que entendem como benefícios e dificuldades que se associam ao mesmo, tendo como base a antropologia da saúde, no sentido de aprofundar e explorar estes significados.

Assim, o objetivo deste estudo é compreender as repercussões do tratamento fisioterapêutico em mulheres idosas que realizaram tratamento cirúrgico para câncer de mama.

MÉTODO

A abordagem qualitativa foi utilizada nesta pesquisa, em virtude de tentar expressar a compreensão e complexidade de fenômenos, identificando padrões e condições para conhecer condições associadas com questões atuais, relações sociais e culturais (PARSE, 1985; DENZIN; LINCOLN, 1994; CHIZZOTTI, 1995). A antropologia da saúde, através do modelo interpretativo, foi o referencial adotado para a base do estudo.

A pesquisa foi realizada na Maternidade Carmela Dutra (MCD) da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), instituição pública do município de Florianópolis, com cinco pacientes idosas que realizaram intervenção cirúrgica como parte do tratamento para o câncer de mama.

Para a seleção, as mulheres deveriam apresentar os seguintes critérios de inclusão: primeiro procedimento cirúrgico para tratamento do câncer de mama unilateral; idade igual ou superior a 60 anos; apresentar cognição preservada; residir na Grande Florianópolis. Para a exclusão: complicações pós-cirúrgicas (infecções, hemorragias); reconstrução imediata de mama; patologias neurológicas ou ortopédicas que pudessem interferir na intervenção proposta; outras formas de atividade física regular no momento da coleta de dados. Ressalta-se que todas as idosas foram submetidas à intervenção fisioterapêutica, durante 30 atendimentos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme parecer 314.614, e da Maternidade Carmela Dutra, parecer 598.927-0. As mulheres que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo foram informadas sobre os procedimentos da pesquisa, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, seguiu-se todos os procedimentos éticos preconizados pela Resolução 466/12.

As cinco participantes da pesquisa, ao iniciar a intervenção fisioterapêutica, apresentavam período pós-cirúrgico entre um e quatro meses, e ao final dos 30 atendimentos, estavam entre seis e oito meses de pós-operatório. O acompanhamento fisioterapêutico foi realizado, em média, por um tempo de quatro meses.

A **tabela 1** demonstra as características das participantes, de acordo com o nome fictício atribuído a elas.

Tabela 1 - Características das participantes da pesquisa.

	IDADE	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	OCUPAÇÃO	TIPO CIRURGICO
1 Ester	63	Fundamental incompleto	Casada	Dona de casa	MRM
2 Aurora	70	Fundamental incompleto	Casada	Dona de casa	MRM
3 Sara	60	Fundamental incompleto	Divorciada	Dona de casa	QUAD
4 Lúcia	66	Analfabeta	Casada	Diarista	MRM
5 Heloísa	78	Fundamental completo	Solteira	Costureira	MRM

Legenda: MRM – mastectomia radical modificada; QUAD – quadrantectomia.

Fonte: Dados da autora (2014).

A entrevista semiestruturada foi a técnica utilizada para a coleta de dados, sendo realizada com cada participante, somente ao final dos 30 atendimentos, verificando percepções em relação ao atendimento fisioterapêutico, assim como sobre sua condição de saúde após o término da intervenção. Optou-se pela entrevista ao final dos atendimentos pela questão do vínculo entre pesquisadora e informante, por se acreditar que nesse momento estaria mais fortalecido, com maior tendência de informações verdadeiras sobre os sentimentos, emoções e suas percepções.

Para a realização das entrevistas foi criado roteiro que serviu de guia, sendo as mesmas gravadas e, após, transcritas, compondo o *córpus* dos dados. Salienta-se que durante todo o acompanhamento, a pesquisadora utilizou diário de campo, sendo registradas declarações, queixas, apreensões e dúvidas das idosas, além das observações e percepções da pesquisadora.

A análise dos dados baseou-se na proposta de Minayo (2004) e consistiu em descobrir os núcleos de sentido, sendo composta pelas etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. A discussão está embasada nos conceitos da antropologia da saúde, para verificar e compreender a percepção das mulheres idosas em relação ao tratamento fisioterapêutico, suas características e repercussões.

Para o presente estudo, escolheu-se discutir o eixo temático “*O processo do tratamento fisioterapêutico de mulheres idosas com câncer de mama e suas repercussões*”, sendo composto pelas seguintes categorias: Dificuldades relativas ao tratamento fisioterapêutico; Percepção das mulheres com relação aos ganhos obtidos com o tratamento fisioterapêutico; Considerações das mulheres a respeito da sua condição atual de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes do estudo foram convidadas a realizar o tratamento fisioterapêutico e todas as cinco idosas que finalizaram os 30 atendimentos propostos faziam-no acompanhadas de familiares (filhos, irmã, noras, marido). Porém, mesmo com este importante estímulo dos familiares, as idosas indicaram algumas dificuldades associadas a este acompanhamento, e a partir destes relatos foi criada a categoria **dificuldades relativas ao tratamento fisioterapêutico**.

Segundo falas colhidas nas entrevistas, a maior dificuldade, na perspectiva das idosas, foi a realização de alguns exercícios ao início dos atendimentos, principalmente os que envolviam movimentos de elevação do ombro. É importante ressaltar que, pela avaliação inicial, realmente havia redução do movimento do ombro homolateral à cirurgia, assim como relato de dor por parte das participantes.

No entanto, ao realizar o acompanhamento, obtiveram ganho da amplitude de movimento no decorrer da intervenção, e esta “dificuldade” foi sendo gradativamente superada a cada encontro. O relato de D. Aurora exemplifica estas considerações:

“O que mais senti dificuldade foi fazer os movimentos de levantar os braços, sentia dor ao início e algo parece que prendia meu braço... Mas depois foi melhorando.”
(Aurora, 70 anos)

Outro destaque, ainda em relação à dificuldade de realizar algumas modalidades de exercícios, foi a realização de exercícios com carga (“pesos”).

“Ai... os pesos, no começo era difícil, daí fui percebendo que não tinha problema, como eu tinha que realizar os exercícios...Eu no final percebi que eram adequados e importantes para mim” (Sara, 60 anos)

O anseio que D. Sara expõe em seu depoimento reflete condição comum associada à prática dos exercícios, a insegurança em realizar algo novo, em especial, em um momento de “fragilidade”, como a etapa pós-cirúrgica. Até mesmo medo, pois podem associar que os exercícios com “peso” pudessem piorar o seu quadro e dificultar sua recuperação,

como percebido no estudo de Larsson et al. (2008), em que as mulheres relataram este receio ao realizar exercícios com carga.

Com todas as participantes foi seguido protocolo de acordo com suas condições específicas e não se iniciava uma nova fase de atendimento sem ter domínio dos exercícios da etapa anterior. Também, a cada atendimento, eram reforçados os objetivos de cada exercício, para que a mulher se envolvesse no processo de recuperação e pudesse compreendê-lo como um procedimento adequado, significando-o como importante e necessário. Segundo Faria (2010), o fisioterapeuta necessita ter claro o objetivo do tratamento, facilitando a aceitação do sujeito à terapia. O profissional deve compreender a importância do empoderamento para que estas mulheres assumam o controle de sua vida e que possam ultrapassar as limitações impostas (LARSSON et al., 2008).

Houve relato de dificuldade na assimilação dos exercícios, algumas participantes referiram que conseguiam fazer juntamente com a pesquisadora, mas em casa ficavam sem saber como realizar as atividades. Desta forma, além da condição cirúrgica, há necessidade de atenção e direcionamento das atividades a estas idosas, explicando os exercícios propostos, com instruções adequadas e motivação (LARSSON et al., 2008). Portanto, o longo período de atendimento pode ser um fator que afeta a aderência aos programas de fisioterapia, porém, pela perspectiva da apropriação da mulher às atividades, este prazo pode ser apropriado, como mostra o relato a seguir:

“Cabeça meia dura pra fazer, eu esquecia e não dava jeito. Depois, com o tempo, fui aprendendo.” (Heloísa, 78 anos)

Todos os aspectos demonstrados anteriormente se interligam à reponsabilidade que a mulher assume para manter sua condição de saúde, interpretando a assistência, reconhecendo os seus benefícios e a importância para si (FUGITA; GUALDA, 2006; LARSSON et al., 2008). As experiências positivas apresentaram às mulheres aproximação com o processo de recuperação, e isto poderia ter influenciado em persistir na realização das atividades.

Foi evidenciada, em algumas falas, a dificuldade de deslocamento até o local dos atendimentos, sendo este evento relatado pelas mulheres que necessitavam principalmente de transporte público. No entanto, mesmo com este “empecilho”, mostravam-se, durante os encontros,

dispostas a realizar as atividades e não faltavam aos atendimentos, fatos demonstrados pela fala de D. Aurora:

“Pegava o ônibus, sentia um pouco de cansaço para vir... mas valeu a pena... e era isso que eu pensava: tenho que ir para logo ficar recuperada... e quando chegava não queria ir embora” (Aurora, 70 anos)

D. Aurora levava aproximadamente 40 minutos para chegar até o local de tratamento. Assim, pode ser motivo de desistência da fisioterapia esta dificuldade, o que, em alguns casos, associa-se à falta de incentivo da família ou mesmo ausência de suporte familiar em acompanhá-la neste momento. D. Aurora, mesmo indo aos atendimentos de ônibus, vinha acompanhada de familiares (noras, netas), o que gerava estímulo para a sua realização. Quem necessita ir ao tratamento sozinha pode ter tendência de desistir das atividades, ainda mais sendo um atendimento que não se direciona a uma condição de sobrevida essencialmente, mas sim um tratamento de extrema importância, porém voltado à condição física. Desta maneira, podem encará-lo como não “primordial”, já que não é a realização do mesmo que vai “manter sua vida” (HABERSACK; LUSCHIN, 2013).

É importante ressaltar que todos os pontos negativos indicados se voltam às dificuldade de transporte e de realização de exercícios, e não no sentido da atividade ter causado efeitos adversos. Desta forma, as participantes indicaram benefícios ao fazer parte do grupo de atendimento, e a categoria **percepção das mulheres com relação aos ganhos obtidos com o tratamento fisioterapêutico** demonstra estes aspectos.

As mulheres apontaram que muitos aspectos da fisioterapia foram importantes em seu processo de viver após o tratamento cirúrgico, desde as facilidades em realizar as atividades diárias, da sua melhora funcional, como também do próprio acompanhamento ser momento de se sentir “cuidada” e ter atenção especial, o que gerava contribuição para a superação nesta fase, com sentimentos positivos associados, como nas seguintes emissões:

“Eu achei que foi uma grande força que eu ganhei. Valeu!” (Aurora, 70 anos)

“Melhorou tudo, mudou bastante. Eu recomendaria para todas as mulheres pois foi tudo muito bom. O meu corpo melhorou bastante.” (Ester, 63 anos)

“Eu acho que foi a melhor coisa que eu fiz. Tudo o que eu fiz. Qualquer coisinha que eu fosse aprender nova pra mim era novidade, era importante, todos os atendimentos da fisioterapia eram importantes.” (Sara, 60 anos)

Estas falas demonstram o que as mulheres sentiram ao realizar os atendimentos, que foi um momento vivenciado de ajuda, recuperação, mas ao mesmo tempo de aprendizado, troca de experiência, conversa, aspectos envolvidos também com o vínculo terapeuta e participante. A fisioterapia se desenvolve, normalmente, com um tratamento de longo prazo, o que acaba gerando um envolvimento importante com este profissional que presta o cuidado.

A boa relação profissional-idoso é importante para que haja efetivação dos cuidados e qualidade da assistência, sendo imprescindível que o profissional desenvolva clima de empatia, confiança e ética no processo terapêutico (GOMES, 2012; HABERSACK; LUSCHIN, 2013).

Este vínculo foi essencial para este grupo de mulheres, e deve ser enfatizado pelos profissionais, não devendo haver atendimento de um “corpo”, mas sim de uma mulher, reconhecendo suas necessidades e anseios. Não adianta realizar técnicas sem dar “voz” a esta mulher, sem trazê-la para junto do tratamento, deve-se fazê-la participar e compreender a importância de cada fase da assistência. É importante enfatizar que a doença não se instala somente no corpo, mas ocupa um importante espaço na vida desta pessoa, o que a modifica em várias dimensões (THAINES et al., 2009).

Desta forma, conforme Camargo Júnior et al. (2008), o vínculo é um item fundamental da atenção integral, e este é desenvolvido quando o profissional apresenta relações claras e próximas com o sujeito, integrando-se com o universo daquela pessoa em seu ambiente de cuidado.

A forma de assistência, através de atendimento individualizado, precoce e frequente, pode acompanhar a satisfação das mulheres. Segundo Maruyama et al. (2006) e Fugita e Gualda (2006), as

experiências, grupos de suporte e o próprio tratamento podem gerar reações positivas ao sofrimento causado pela doença, da forma como são realizados, assim como atuar como estímulo neste processo.

A experiência do adoecimento e as situações que ocorrem adjuntas a esta nova situação de vida são aspectos que corroboram que esta experiência é única e pessoal, portanto, por parte dos profissionais, deve-se conceber práticas envolvidas e direcionadas a estas pessoas (SALMÓRIA, CAMARGO, 2008; THAINES et al., 2009).

Todas as mulheres tiveram dificuldade de aceitar o fim dos atendimentos, mesmo apresentando recuperação funcional, como melhora da dor, do padrão de sensibilidade, recuperação da amplitude de movimento, comprovada através das avaliações físicas realizadas e dos próprios relatos registrados durante os atendimentos. Não queriam que estes encontros terminassem talvez pelo aspecto de se sentirem cuidadas, amparadas neste momento, pelo suporte que sentiam ao realizar o acompanhamento. O indivíduo anseia encontrar a solução de seus problemas junto ao profissional de saúde, e isto faz com que os encontros sejam essenciais para o sujeito, depositando confiança e expectativas positivas em relação ao tratamento proposto (THAINES, 2009; BUTTING et al., 2013)

No momento da fisioterapia, podiam se “despir” do padrão de cuidadora, passando a ser cuidada, mas sem “culpa”, visto ser este cuidado advindo de um profissional, e não de seus familiares, que, pela visão das idosas, deveriam ser alvo de seus cuidados. Mesmo que praticamente todas apresentassem uma rede de apoio familiar, as mesmas queriam se mostrar fortes, continuando a cuidá-los, mantendo as rotinas domésticas, seus afazeres, desempenhando seu papel de cuidadora do lar, aspectos que coincidem com o padrão cultural imposto (COSTA; JIMENÉZ; RIBEIRO, 2012).

Além disso, como denotado anteriormente, o momento da fisioterapia também se envolvia em um ambiente em que podiam conversar, tirar dúvidas, falar de suas angústias, medos, incertezas e, assim, muito além da recuperação física, estavam sendo confortadas. É importante salientar que não é papel do fisioterapeuta o suporte emocional, mas a escuta atenta ao que a mulher fala e a importância dada a ela faz com que se sinta amparada, criando este vínculo positivo, que é uma ajuda importante para o tratamento em si.

É claro que associado aos sentimentos positivos se acham os ganhos físicos que as mulheres apresentaram, sendo suscitados principalmente como a melhora dos movimentos do ombro e ausência da dor ao final da intervenção. Gomes (2012), em estudo com mulheres

acima de 60 anos sem diagnóstico de câncer, para compreender as simbologias associadas ao mesmo, identificou que muitas se preocupavam com a dor, desta forma, além do medo da própria doença, o medo acompanha todas as fases do adoecimento.

Reportando-se às idosas deste estudo, a dor, assim como limitações funcionais, poderiam traduzir que ainda estavam “doentes”, e a melhora, conquistada com a fisioterapia, ratifica-a como algo positivo para si.

“Mudou bastante, porque esse braço aqui eu não podia nem levantar quando eu comecei a fisioterapia...Agora, graças à Deus, eu já estou mexendo, eu já vou levanto! ...Também já pego as coisas e não dói mais” (Lúcia, 66 anos)

“Foi bom porque a gente sente o movimento do braço. Melhorou bastante, com certeza. Consigo movimentar, fazer as coisas que não fazia antes... Eu já estou estendendo roupa! Fazendo mais as atividades em casa. Fazendo o trabalho, pois é difícil ficar sem fazer.” (Ester, 63 anos)

“Eu já estou limpando o banheiro. Limpo tudo! Ah, eu não podia levantar os braços eu não podia botar um roupa no arame, eu não podia levar mais do que isso... e fui melhorando com os atendimentos.” (Heloisa, 78 anos)

Corroborando o presente estudo, Costa, Jimenez e Ribeiro (2012) indicam que o comprometimento da funcionalidade é uma consequência da doença e dos tratamentos associados, agravando-se quando relacionado ao fator idade, sendo queixa frequente entre estas mulheres. Assim, quando após o tratamento cirúrgico há recuperação e manejo adequado, há redução de relatos negativos associados às suas experiências (HUIJER; ABOUD, 2012).

É interessante notar que todas as mulheres acharam a fisioterapia importante na fase pós-cirúrgica, mas os relatos do que foi conquistado se voltam, principalmente, às disfunções que, de uma certa forma,

impediam-nas de realizar as atividades de casa e os cuidados domésticos, e minimizar estas alterações foi um ponto importante identificado. Larsson et al. (2008) e Mosher et al. (2013) também referem grande preocupação e atribuição da importância da manutenção das condições físicas, e associado a isto, o medo da dependência, também percebido por Levangie et al. (2011). Vários fatores se relacionam a sentimentos positivos após o tratamento do câncer de mama, e uma das influências se volta às crenças do que é primordial para estas mulheres (NEJDAWI; AL-ATYYAT, 2014).

Assim, a centralidade na vida familiar e dos cuidados com o lar permanece como foco em suas vidas, por estas mulheres apresentarem, incorporados ao seu padrão cultural, a “chefia” familiar no sentido de priorizar os afazeres domésticos e cuidados com a família, encarando-os como relacionados diretamente à responsabilidade feminina (FRAZÃO; SKABA, 2013).

A recuperação das atividades realizadas e percebidas como essenciais são importantes na recuperação da autoestima, respeitando, resguardando e resgatando a identidade desta mulher, desta forma, com o retorno da atividade que julga necessária, é conquistada aceitação de si e de seus limites (FARIA, 2010; LEVANGIE et al., 2011). As alterações físicas, como dor, limitação de movimento e fadiga, apresentam impacto negativo para o processo de viver das mulheres submetidas à cirurgia (NEJDAWI; AL-ATYYAT, 2014).

Nenhuma mulher relatou, no entanto, que a fisioterapia melhorou o aspecto de sensibilidade da região cirúrgica, o aspecto da cicatriz, a percepção do seu corpo, o seu padrão de postura, que foram identificados pela pesquisadora nas reavaliações físicas. Novamente, estes aspectos podem estar envolvidos ao padrão de cultura, sendo o importante, para as mesmas, voltar a fazer as atividades domésticas, cuidar dos serviços de casa e da família. No estudo de Nizamli, Anoosheh e Mohammadi (2011), as mulheres perceberam como fundamental a condição física, mas também a imagem corporal, porém ressalta-se que esse estudo não foi exclusivo com mulheres idosas. Cordero et al. (2013) destacam que o contexto social influencia a percepção da imagem corporal das mesmas.

A melhora do padrão da região relacionada à cirurgia e imagem corporal poderia estar envolvida a um padrão estético, para estas idosas, que não era o primordial. Os símbolos do que é “melhor” se envolveu diretamente ao que poderiam realizar nos afazeres domésticos, sendo estas representações muito associadas a esta faixa etária. Isto demonstra como foram socializadas e suas práticas impregnadas ao papel feminino

de cuidados com casa e família (SAKABA, 2003; KWOK, WHITE, 2011). Segundo Skaba (2003), essas atribuições de responsabilidade direta da mulher fazem com que o cuidado com o próprio corpo seja secundarizado. Portanto, o movimento e suas representações interligam-se às suas experiências sociais e culturais e seus valores (BARLINDHAUG; EMAUS; FOSS, 2012).

Os significados em relação à fase pós-operatória e o tratamento fisioterapêutico, assim como as participantes se percebiam neste momento, construíram a última categoria desta pesquisa, **considerações das mulheres a respeito da sua condição atual de saúde**. Um fato que marcou os depoimentos foi uma certa conformação com a sua condição de saúde, e da sua trajetória após descobrir o câncer de mama, como demonstra os relatos:

“Tá indo bem. A gente é obrigada a ficar bem, né. Se começar a reclamar é ruim. Mudou, né? Mas tô bem. Depois da cirurgia, depois da fisioterapia, tô bem.” (Ester, 63 anos)

“Minha vida ... eu acho que se Deus me der saúde do jeito que eu tô vivendo tá bom! Tendo saúde. O que eu fiz na mocidade fiz, né, e o que eu não fiz, agora tenho que me aceitar, o que tá feito. A vida agora é comer, é andar, é passear, se puder.” (Aurora, 70 anos)

“Meu Deus, como que isso foi acontecer comigo né? Mas a gente não espera, ele aparece. Como é que isso foi acontecer depois de tantos anos né? Mas daqui a pouco eu já esqueço, eu já escuto uma música na rádio.” (Heloísa, 78 anos)

Estes depoimentos demonstram que as mulheres se acham, após as várias etapas da sua experiência com o câncer de mama, com certa conformação com sua condição, e agora esperam que possam ter saúde para cuidar de si e de suas famílias. Este aspecto poderia estar associado ao fator etário, pois como idosas, já tiveram um caminho trilhado, uma vida construída. Se fossem mulheres com faixa etária menor, talvez esta

“conformação” não fosse percebida, como demonstrou Alawadi e Ohaeri (2009). Porém, este fato não foi demonstrado por Huijr e Abbod (2012), sendo que as mulheres mais jovens e solteiras apresentaram melhor percepção de qualidade de vida após o itinerário do câncer de mama.

Outro aspecto que chama a atenção nas falas, e que se envolve com a cultura dos idosos, é a religiosidade influenciando no aspecto de saúde. A crença ajuda a tornar determinados momentos mais fáceis de acontecer e faz como que haja certa aceitação do que está havendo. O relato de D. Ester e D. Aurora ratificam este padrão de representação cultural:

“A gente pede pra Deus, né? Bota na mão Dele. Ele que me dá força! Antes já tinha muita fé, mas agora peço para Ele me dar força.” (Ester, 63 anos)

“Deus foi uma força muito grande... E eu seis meses estou viva. Peço a Deus que até o final da minha vida que Deus me dê força assim. Graças a Deus! (Aurora, 70 anos)

Esta condição da importância de se “levar” a vida e que o importante é ter saúde após o procedimento cirúrgico, não levando em consideração os aspectos da retirada mama, foram observados por Kwok e White (2011). Isto pode se relacionar, também, ao medo da recidiva, então indicam que necessitam de força e saúde para dar continuidade às suas vidas, que foi um aspecto identificado por Vries et al. (2014).

É demonstrado que em condições de adoecimento há esta busca por conforto, conformação e ajuda na religião, especialmente dos idosos. Há um caminho que deve ainda ser trilhado depois da doença, a crença se associa à força necessária para percorrer o trajeto da vida a partir deste momento. Expectativas apoiadas na fé religiosa também foram presentes no estudo de Costa, Jimenez e Ribeiro (2012), como forma de conforto e suporte para a situação de saúde e condições futuras.

Como já mencionado, a conformação com a condição de saúde se mostra presente nos depoimentos das participantes, que pode se relacionar a fatores culturais e sociais desenvolvidos por experiências, apoiados no gênero, idade e religião. Puernell (2005) fala que a cultura traz influência nas crenças, tradições e valores, repercutindo no processo de enfrentar o processo de adoecer. Os idosos já apresentam mudanças

nos padrões de vida ao longo da existência, redirecionando suas habilidades e lutando por enfrentamento, fato que pode estar associado a este padrão de maior conformação e aceitação a novas condições (COELHO et al., 2010).

Sendo assim, foi até mesmo relatado por algumas mulheres crescimento pessoal e aprendizado associado ao seu percurso de adoecimento e tratamento, como exemplifica o depoimento de D. Sara:

“Eu aprendi muita coisa depois que eu tive o câncer. Eu aprendi a ter mais paciência, eu era muito agitada, muito impaciente, e aquela espera pra conseguiu as coisas, me fez perceber que não é tudo como a gente quer, tem que saber esperar também pra conseguir as coisas. Aí eu aprendi muito com isso!” (Sara, 60 anos)

Nota-se que mesmo com todos os símbolos negativos da doença, há possibilidade da mesma se associar a uma condição de mudança, de recomeço, fazer a pessoa perceber o que ocorre de negativo e poder gerar transformações em sua vida. Quando ocorre o adoecimento, para algumas pessoas, há envolvimento na busca por opções para alívio de sofrimentos, e uma destas formas é perceber as experiências vivenciadas, avaliá-las e direcioná-las para o enfrentamento, modificando o que perceberam como inadequado (MENÉNDEZ, 2003).

Esse percurso é resultado de um processo de representações da doença e estas apresentam um papel decisivo, ocorrendo essa construção de formas diferenciadas, segundo concepções individuais (SAKABA, 2003). Desta forma, outro aspecto que chamou atenção foi identificado na fala de D. Lúcia, que há uma perspectiva de melhora da saúde após todos os caminhos percorridos:

“Eu acho que ainda ficou melhor agora do que antes. Eu não parava em casa, eu quase não cuidava da minha casa direito. E não saía, porque tava sempre com faxina... Agora eu parei de faxinar, agora tô dentro de casa, tá bom, tô mais descansada. Às vezes é mal que vem pra bem.” (Lúcia, 66 anos)

Talvez esta característica se volte mais a realidade das mulheres que trabalham fora, como no caso de D. Lúcia, que era diarista antes de passar pelas fases do tratamento para o câncer de mama. As outras participantes não indicaram de forma explícita que sua condição de saúde melhorou, estando adaptadas, recuperadas, mas esta melhora da condição de vida só foi verificada neste último depoimento. A cultura desencadeia diferentes percepções de doença, bem estar e saúde (PURNELL, 2005), assim, a vivência de mulheres que trabalham e as experiências associadas às condições ocupacionais podem gerar perspectivas diferentes neste momento de pós-operatório, já que devem modificar seus hábitos de trabalho. Porém, talvez se fossem mais jovens, esta percepção poderia ser diferente, já que nesta faixa etária as mulheres querem manter seus empregos e se mostrarem ativas, como foi demonstrado no estudo de Nizamli, Anoosheh e Mohammadi (2011) e Costa, Jimenez e Ribeiro (2012).

Ainda de acordo com Costa, Jimenez e Ribeiro (2012), a referência de melhora da condição de vida associava-se ao enriquecimento de vida social, envolvendo sentidos relacionados aos acontecimentos positivos da doença, como tempo mais livre para fazer atividades de lazer, maior proximidade com família e amigos, aumento das amizades e possibilidade de não precisar ficar “vivendo” para o trabalho.

No entanto, trazendo para a realidade das mulheres avaliadas no presente estudo, somente D. Lúcia trabalhava fora antes da doença, somente ela apresentou esta manifestação. O restante referiu, inicialmente, que a percepção de sua condição de saúde estava ruim em virtude principalmente da dificuldade de realizar os trabalhos domésticos, porém, após os atendimentos, manteve-se em relação à sua vida antes da descoberta do câncer. Novamente demonstra-se a grande importância dada aos trabalhos do lar por estas mulheres.

Assim, ao se trabalhar com o cuidado, é possível reforçar sentidos positivos da experiência da doença, reintegrando o corpo à nova “vida”, sob interferência da sua visão de mundo, seus valores e crenças (MARUYAMA et al., 2006). Desta forma, é importante que os profissionais de saúde que trabalham com estas mulheres percebam e incorporem em suas práticas a noção de que as mesmas podem ser trabalhadoras, provedoras e cuidadoras, no sentido de ampliar a assistência e direcioná-la para o foco do cuidado integral. O fisioterapeuta deve perceber que as condições sociais e culturais influenciam a função, movimento e entendimento do corpo pelos

indivíduos, e cada compreensão e interpretação é específica (BARLINDHAUG, EMAUS, FOSS, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, percebe-se que vários aspectos estão envolvidos na percepção das mulheres idosas no processo de viver as fases que ocorrem posteriores ao tratamento cirúrgico para tratamento do câncer de mama. Fatores estes, sociais e culturais, que devem ser identificados e compreendidos, para que a assistência se envolva em processo amplo de cuidado.

Sobre as percepções envolvidas ao tratamento fisioterapêutico, as dificuldades se associaram principalmente à dificuldade de deslocamento ao local dos atendimentos, que foram minimizadas por um suporte familiar que as apoiava para frequentar a fisioterapia. Também houve sentimentos de dificuldade em relação à realização de alguns exercícios propostos, porém, as atividades foram compreendidas e assimiladas pelas idosas, interpretando-as como benéficas e necessárias.

Ressalta-se que nenhuma mulher relatou efeitos adversos ou piora de sua condição de saúde, ou seja, as dificuldades se apresentam voltadas essencialmente à dificuldade do deslocamento e de alguns exercícios realizados. Desta forma, é importante envolver a família ao processo terapêutico, assim como não medir esforços para que ocorra a realização dos exercícios de acordo com aspectos próprios de cada mulher, levando em consideração seu processo de recuperação, assim como explicar, de forma minuciosa, as atividades propostas.

Para as idosas avaliadas, o tratamento fisioterapêutico representou ganhos em seu processo de viver, relacionados a aspectos de sentimentos de “ser cuidada”, ou seja, a assistência permitiu que se percebessem como alvo do cuidado, saindo de um papel adotado por aspectos culturais e sociais intrinsecamente atribuídos ao universo feminino, especialmente de idosas, de que devem zelar pelo lar e pela família. Apesar de se sentirem cuidadas a cada atendimento realizado, este padrão cultural “feminino” ainda se manteve destacado, visto que um aspecto incorporado como positivo alcançado com a fisioterapia foram as melhoras de movimento de ombro e a redução da dor, sendo atribuídas estas melhoras da condição física à possibilidade de trabalho em casa, com os afazeres domésticos.

Os padrões de imagem corporal não foram relacionados como aspectos primordiais, ou seja, o importante para estas mulheres era

melhorar o movimento e reduzir a dor para poder voltar a fazer seus serviços do lar. O “corpo” esteticamente não é o importante, não é o fundamental, mas sim o movimento associado à funcionalidade e autonomia, sendo este também um padrão cultural incorporado às experiências e às formas de socialização destas idosas.

O vínculo se mostrou essencial no processo de tratamento, e as mulheres referenciaram a fisioterapia como estímulo e força para ultrapassar a fase que estavam vivenciando. O vínculo deve ser priorizado na assistência, já que com o fortalecimento deste, há possibilidade de uma assistência integral, como maior possibilidade destas mulheres permanecerem realizando o tratamento.

Ao referirem sobre sua percepção de condição de saúde, as mulheres perceberam que praticamente houve igualdade em relação à condição pré-cirúrgica, o que reforça novamente a ideia de que ao se reabilitarem fisicamente, há retorno à percepção de saúde. A religião também foi relatada como um ponto importante que influenciou a saúde, no sentido de que acreditam que a fé ajuda neste processo de enfrentamento do câncer e fases relacionadas ao mesmo. O aspecto ocupacional e a melhora em relação ao viver por não necessitar trabalhar foi ressaltada por uma idosa deste estudo.

Conclui-se que a assistência fisioterapêutica gera sentimentos positivos nestas idosas, principalmente relacionados ao retorno de suas atividades domiciliares e de cuidados do lar, assim como do conforto e apoio que a fisioterapia lhes proporcionou. É importante verificar estas percepções, direcionando a assistência, e reconhecendo que cada pessoa apresenta diferentes expectativas e experiências em relação ao tratamento proposto, e que nosso tratamento não deve estar afastado de um cuidado que leve em consideração aspectos pessoais, sociais e culturais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAWADI, S.; OHAERI, J. U. Health-related quality of life of Kuwaiti women with breast cancer: a comparative study using the EORTC Quality of Life Questionnaire. **BMC Cancer**, v. 9, 2009.

BATISTON, A. P.; SANTIAGO, S. M. Fisioterapia e complicações físico-funcionais após o tratamento cirúrgico do câncer de mama. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 12, n. 3, p. 30-35, 2005.

BERGMANN, A. et al. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III / INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 97-109, 2006.

BEURSKENS, C. H. et al. The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomized controlled study. **BMC Cancer**, v. 30, n. 7, p. 166-170, 2007.

BUITING, H. M. et al. The Facilitating Role of Chemotherapy in the Palliative Phase of Cancer: Qualitative Interviews with Advanced Cancer Patients. **Plos One**, v. 8, n. 11, 2013.

CAMARGO JUNIOR, K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. S58-S68, 2008.

COELHO, N. P. et al. Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 4, p. 163-173, 2010.

DEVOOGDT, N. et al. Short- and long-term recovery of upper limb function after axillary lymph node dissection. **European Journal Cancer Care (Engl)**, v. 20, n. 1, p. 77-86, 2011.

FARIA, Lina. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 17, n. 1, p. 69-87, 2010.

FUGITA, R. M. I.; GUALDA, D. M. R. A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 40, n. 4, p. 501-506, 2006.

GOMES, E. A. **Mulheres e câncer de mama**: percepção, itinerário terapêutico e prevenção. 2012. 152f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

GOMIDE, L. B.; MATHEUS, J. P. C.; REIS, F. J. C. Morbidity after breast cancer treatment and physiotherapeutic performance. **International Journal of Clinical Practice**, v. 61, n. 6, p. 972–982, 2007.

GULLUOGLU, B. M.; KUSCU, M. A. psychoanalytic qualitative study of subjective life experiences of women with breast cancer. **Journal of Research Practice**, v. 8, n. 2, 2012.

HABERSACK, M.; LUSCHIN, G. Insecurities of women regarding breast cancer research: a qualitative study. **Plos one**, v. 8, n. 12, 2013.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. **Câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 10 out. 2014.

LANGDON, E. J. M.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010.

LARSSON, I. L. et al. Women's experience of physical activity following breast cancer treatment. **Scand Journal Caring Science**, v. 22, p. 422-429, 2008.

MARTINS, M. **Gestantes hipertensas**: significados culturais, formas de atenção à saúde e relações com a biomedicina. 2012. 245f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência saúde coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-206, 2003.

REZENDE, L. F. et al. Exercícios livres versus direcionados nas complicações pós-operatórias de cancer de mama. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 1, 2006.

SALMÓRIA, J. G.; CAMARGO, W. A. Uma Aproximação dos Signos – Fisioterapia e Saúde – aos Aspectos Humanos e Sociais. **Saúde Social**, v. 17, n. 1, p. 73-84, 2008

SCAFFIDDI, M. et al. Early rehabilitation reduces the onset of complications in the upper limb following breast cancer surgery. **Europe Journal Physical Rehabilitation Medicine**, v. 48, n. 4, p. 601-611, 2012.

TAPETY, F. I. et al. Risk factors associated with breast cancer patients in Teresina, Piauí, Brazil. **Journal os Research Fundamental Care On Line**, v. 5, n. 6, 2013.

THAINES, G. H. S. et al. A busca por cuidado empreendida por usuário com *diabetes mellitus*: um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 1. p. 57-66, 2009.

TIPPLES, K.; ROBINSON, A. Optimising Care of Elderly Breast Cancer Patients: a Challenging Priority. **Clinical Oncology**, v. 21, p. 118-130, 2009.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste trabalho, percebe-se que dentre os temas relacionando à gerontologia e ao câncer de mama, principalmente no que tange o tratamento cirúrgico, há uma grande área de investigação.

Primeiramente, entre os desafios encontrados, percebeu-se carência de estudos que abordassem aspectos da fisioterapia exclusivamente a mulheres idosas submetidas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama. Os estudos encontrados que abordavam especificamente esta população, e a fisioterapia associada, voltavam-se a estudos de caso, que indicavam complicações associadas ao tratamento fisioterapêutico ou ao desenvolvimento de linfedema por fatores distintos. Grande parte dos estudos associados às mulheres submetidas à mastectomia se voltam às alterações de mobilidade do ombro, alterações de volume do segmento superior e dor em região da cirurgia e áreas próximas.

Por estes estudos avaliados, percebeu-se que a melhora da mobilidade no ombro (CABAN et al., 2006) e menor relato de dor (MACDONALD et al., 2005; LAIRD; FALLON, 2009) foram associados à idade mais avançada. Como fatores negativos associados à maior faixa etária, encontram-se alguns padrões posturais (ROSTKOWSKA; BAK; SAMBORSKI, 2006), como inclinações de tronco e rotações de pelve, assim como a condição do linfedema (NESVOLD et al., 2008).

Há grande variedade de tratamento nos estudos avaliados, porém, os mesmos consideraram o grande benefício da fisioterapia para a prevenção e tratamento das disfunções físicas relacionadas às cirurgias para tratamento do câncer de mama, no entanto, enfatiza-se que foram poucos voltados à população idosa, e isto nos parece um contrassenso, visto que câncer de mama apresenta-se fortemente relacionado ao fator etário (JONES; LEONARD, 2005; BOTELL; BERMÚDE, 2009; LAIRD; FALLON, 2009; TIPPLES; ROBINSON, 2009; SILVA, 2012; HOLSBACH; FOGLIATTO; ANZANELLO, 2014).

É interessante notar que das nove mulheres que iniciaram a intervenção fisioterapêutica, cinco finalizaram os trinta atendimentos propostos. Ao final dos atendimentos, percebeu-se melhora de todos os padrões físico-funcionais.

Sobre estes, é interessante destacar que ao início dos atendimentos foram observadas alterações dérmicas em todas as idosas, especialmente seroma e retração cicatricial, sendo que no final, somente uma participante apresentou a característica de cordão linfático, porém

não gerando alterações sobre sua mobilidade e condição funcional. Sobre o perímetro dos segmentos, percebeu-se que os exercícios propostos não geraram surgimento de linfedema, e o padrão percebido ao início (ausência de diferença significativa entre os segmentos superiores) foi mantido ao final. Destaque para um pequeno aumento da circunferência em ambos os segmentos, o que poderia estar associado ao aumento de massa muscular destas participantes, sendo isto um fator positivo relacionado ao protocolo aplicado (TISDALE, 2002; SCHNEIDER et al., 2007).

Sobre outras variáveis físico-funcionais, como a condição de sensibilidade cutânea, verificou-se que a intervenção foi benéfica, pela melhora, a cada etapa dos atendimentos, do limiar de sensibilidade, inclusive na cicatriz. Porém, na região submetida à cirurgia, em poucas regiões, o limiar de sensibilidade não chegou, de forma proporcional, à região contralateral (MADSENA et al., 2008).

Ainda sobre os parâmetros físicos, a intervenção foi positiva para a amplitude de movimento do ombro (LAURIDSEN; CHRISTIANSEN; HESSOV, 2005; BERGMANN et al., 2006; SPRINGER et al., 2010; GÓIS et al., 2012), em especial nos movimentos de flexão, abdução e rotação externa. Porém, mesmo com o aumento gradual de movimentos, ainda houve diferença significativa nos movimentos de flexão e rotação externa. No aspecto dor, ao início, todas as participantes apresentavam quadro algico (NESVOLD et al., 2008; DEVOOGDT et al., 2011) atribuído às condições sensoriais, e ao final este relato foi ausente (MACDONALD et al., 2005; SAGEN; KA RESEN; RISBERG, 2009; SPRINGER et al., 2010; RETT et al., 2012).

Mesmo com todos estes aspectos positivos, um fator que chamou atenção foi o número de desistências. Todas as idosas que desistiram do acompanhamento fisioterapêutico não realizavam o deslocamento acompanhadas, e algumas moravam sozinhas, isto poderia reduzir o estímulo para frequentar a fisioterapia. Outro motivo de relato de desistência foi associado à sobrecarga emocional, pelo cuidar de si e de familiares, assim como estresse em virtude a outros tratamentos (como a quimioterapia e radioterapia). Segundo Conde et al. (2006), Gutiérrez et al. (2007) e Habersack e Luschin (2013), a sobrecarga emocional, efeitos colaterais das terapias adjuvantes e estresse são motivos de influência na adesão dos atendimentos. Por estes motivos, talvez o número de atendimentos propostos possa ser excessivo para o acompanhamento adequado destas idosas, levando em consideração que além dos fatores físicos relacionados à cirurgia, há condições associadas a fatores etários. Ratificando a possibilidade de redução do número de

atendimentos, foi identificado que com 15 atendimentos houve melhora em relação à condição inicial de todos os parâmetros físico-funcionais avaliados.

Por outro lado, ao se recorrer às suas percepções, verifica-se que este número de atendimentos foi importante para o fortalecimento do vínculo e para a apropriação da importância dos exercícios, assim como empoderamento destas mulheres para a realização das atividades.

Para estas idosas, a fisioterapia foi interpretada como essencial para a recuperação de sua funcionalidade e autonomia, principalmente vinculada a questões associadas às atividades do lar e cuidados domésticos. Verificou-se forte relação do padrão cultural aprendido ao que era visto como importante em suas perspectivas, ou seja, não perder o seu papel de provedora e cuidadora familiar. A limitação para a realização dos serviços domiciliares foi o desconforto unânime nas falas das mulheres. Desta maneira, novamente reforça-se o aspecto cultural, estas mulheres percebem-se como “cuidadoras”, e não como “cuidadas”, gerando sofrimento pela necessidade de inversão destes papéis (AURELIANO, 2007; KWOK; WHITE, 2011; COSTA; JIMENÉZ, RIBEIRO, 2012). Porém, no momento dos atendimentos, podiam se “despir” deste padrão culturalmente construído, deixando-se “ser cuidada” pela profissional, o que chama atenção, pois por mais que priorizem as necessidades relacionadas aos afazeres domésticos, necessitam também sentir que estão amparadas e protegidas.

O valor estético, muitas vezes atribuído como importante para as mulheres mais jovens (ALAWADI; OHAERI, 2009), não foi mencionado por estas idosas. Para as mesmas, o “corpo” esteticamente não é o importante, mas sim o movimento relacionado à funcionalidade e autonomia, sendo isto também um padrão cultural incorporado às experiências e às formas de socialização destas idosas.

Desta forma, é importante articular à família ao processo terapêutico, assim como não medir esforços para que ocorra a realização dos exercícios de acordo com aspectos próprios de cada mulher, levando em consideração seu processo de recuperação, assim como explicar, de forma minuciosa, as atividades propostas.

A partir dos resultados obtidos conclui-se que a assistência fisioterapêutica gera sentimentos positivos nestas idosas, principalmente relacionados ao retorno de suas atividades domiciliares e de cuidados do lar, assim como pelo aspecto de conforto e apoio que lhe proporcionou.

O vínculo, com as idosas submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama, deve ser priorizado na assistência, pois através desta

fortificação, há possibilidade de uma assistência mais integral, assim como possibilidade de continuidade do tratamento.

É importante, também, direcionar o cuidado, identificando que cada pessoa apresenta diferentes expectativas do tratamento e experiências, o que faz com que este não fique distanciado de aspectos pessoais, sociais e culturais, todos interligados.

Portanto, vários fatores são importantes para que os profissionais de saúde possam implementar um cuidado integral a mulheres idosas que desenvolvem câncer de mama. Desta forma, parâmetros físicos, assim como um cuidado culturalmente sensível, estão relacionados a uma assistência global, indo além de limites preconizados pela biomedicina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAPRO, M. Progress in the treatment of breast cancer in the elderly. **Ann Oncology**. v. 13, n. 4, p. 207-210, 2002.
- ALAWADI, S.; OHAERI, J. U. Health-related quality of life of Kuwaiti women with breast cancer: a comparative study using the EORTC Quality of Life Questionnaire. **BMC Cancer**, v. 9, 2009.
- ALVAREZ, B. R.; PAVAN, A. L. Alturas e comprimentos. In: PETROSKI, E. L. **Antropometria: técnicas e padronizações**. 2. ed. Porto Alegre: Pallotti, 2003. p. 31-47.
- ANDERSON, R. T. et al. A randomized trial of exercise on well-being and function following breast cancer surgery: the RESTORE trial. **Journal of Cancer Survivorship**. v. 6, n. 2, p. 172-181, 2012
- ARÁN, M. R. et al. Representações de pacientes mastectomizadas sobre doença e mutilação e seu impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 45, n. 11, p. 633-639, 1994.
- AURELIANO, W. A. Corpo, saúde e trabalho: (re)pensando os usos do corpo e os “papéis femininos” na experiência do câncer de mama. **Prática & Trabalho**, v. 26, p. 105-123, 2007.
- AZEVEDO, G. et al. Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama admitidas no Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1232-1239, 2004.
- BAK, M. Body posture in the sagittal plane in post-mastectomy women, who take active part in physical rehabilitation. **Fizjoterapia**, v. 16, n. 4, oct. 2008
- BAND, P. R. et al. Carcinogenic and endocrine disrupting effects of cigarette smoke and risk of breast cancer. **Lancet**, v. 360, n. 9339, 2002.
- BARAÚNA, M. A. et al. Avaliação da amplitude de movimento do ombro em mulheres mastectomizadas pela biofotogrametria computadorizada. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 1, p. 27-31, 2004.

- BATISTON, A. P.; SANTIAGO, S. M. Fisioterapia e complicações físico-funcionais após o tratamento cirúrgico do câncer de mama. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 12, n. 3, p. 30-35, 2005.
- BERGMANN, A.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R.J. Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 4, p. 311-320, 2004.
- BERGMANN, A. et al. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III / INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 97-109, 2006.
- BEURSKENS, C. H. et al. The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomized controlled study. **BMC Cancer**, v. 30, n. 7, p. 166-170, 2007.
- BINKLEY, J. M. et al. Patient perspectives on breast cancer treatment side effects and the prospective surveillance model for physical rehabilitation for women with breast cancer. **Cancer**, v. 118, n. 8, p. 2207-2216, 2012.
- BOTELL, M. L., BERMÚDEZ, M. R. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, v. 25, n. 3, p. 160-166, 2009.
- BOURCHARDY, C. et al. Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly woman. **Journal Clinical Oncology**, v. 21, n. 19, p. 3580-3587, 2003.
- BUITING, H. M. et al. The Facilitating Role of Chemotherapy in the Palliative Phase of Cancer: Qualitative Interviews with Advanced Cancer Patients. **Plos One**, v. 8, n. 11, 2013.
- CABAN, M.E. et al. The relationship between depressive symptoms and shoulder mobility among older women: assessment at one year after breast cancer diagnosis. **Clinical Rehabilitation**, v. 20, n. 6, p. 513-522, 2006.

- CAMARGO JUNIOR, K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. S58-S68, 2008.
- CANTINELLI, F. S. et al. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 3, p. 124-133, 2006.
- CESTARI, M. E. W.; ZAGO, M. M. F. A atuação da enfermagem na prevenção do câncer na mulher: questões culturais e de gênero. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 11, p. 176-182, 2012.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.
- COELHO, N. P. et al. Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 4, p. 163-173, 2010.
- CONDE, D. M. et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 3, p. 195-204, 2006.
- CORDERO, M. J. A. et al. Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. **Nutrición Hospitalaria**, v. 28, n. 5, p. 1453-1457, 2013.
- COSTA, A.; CHAVES, M. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. **Revista Dor**, v. 13, n. 1, 2012.
- COSTA, S. R.; JIMENÉZ, R.; RIBEIRO, J. P. Depois do cancro da mama: acontecimentos significativos no ciclo de vida. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 13, n. 2, p. 238-251, 2012.
- CRIVELLARI, D. et al. Breast cancer in the elderly. **Journal of Clinical Oncology**, v. 25, n. 14, p. 1882–1890, 2007.
- CORDEIRO, B. P. V. et al. Estimativa 2010: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer. 2009.

DDEM, K. et al. The comparison of two different physiotherapy methods in treatment of lymphedema after breast surgery. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 93, n. 1, p. 49-54, sep. 2005.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. California: SAGE Publications, 1994.

DEVOOGDT, N. et al. Short- and long-term recovery of upper limb function after axillary lymph node dissection. **European Journal Cancer Care** (Engl), v. 20, n. 1, p. 77-86, 2011.

DIDEM, K. et al. The comparison of two different physiotherapy methods in treatment of lymphedema after breast surgery. **Breast Cancer Research Treatment**, v. 93, n. 1, p. 49-54, 2005.

DUARTE, L. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciênc. saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.

DUMITRESCU, R. G., COTARLA, I. Understanding breast cancer risk: where do we stand in 2005? **Journal of Cellular and Molecular Medicine**, v. 9, n. 1, p. 208-221, 2005.

FARIA, Lina. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 17, n. 1, p. 69-87, 2010.

FAVORETO, C. A.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação para a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 7-18, 2009.

FITZSIMMONS, D. et al. A systematic review of the use and validation of health-related quality of life instruments in older cancer patients. **European Journal of Cancer**, v. 45, p. 19-32, 2009.

FOURIE, W. J. Considering wider myofascial involvement as a possible contributor to upper extremity dysfunction following treatment for primary breast cancer. **Journal Body Moviment Therapy**, v. 12, n. 4, p. 349-355, 2008.

FRAZÃO, A.; SKABA, M. M. F. V. Mulheres com câncer de mama: as expressões da questão social durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 427-435, 2013.

FUGITA, R. M. I.; GUALDA, D. M. R. A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 40, n. 4, p. 501-506, 2006.

GAIL, M. H. Absolute risk models for subtypes of breast cancer. **Journal Cancer Institute**, v. 99, p. 1657-1659, 2007.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Nursing Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GANZ, P. A. et al. Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. **Journal Clinical Oncology**, v. 21, n. 21, p. 4027-4033, 2003.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

GÓIS, M. C. et al. Amplitude de movimento e medida de independência funcional em pacientes mastectomizadas com linfadectomia axilar. **Revista de Ciências Médicas**, v. 16, n. 1, 2012.

GOMES, E. A. **Mulheres e câncer de mama**: percepção, itinerário terapêutico e prevenção. 2012. 152f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

GOMES, R.; SKABA, M. M. V. F.; VIEIRA, R. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio antropológica do câncer de mama. **Feminina Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 197-204, 2002.

GOMIDE, L. B.; MATHEUS, J. P. C.; REIS, F. J. C. Morbidity after breast cancer treatment and physiotherapeutic performance. **International Journal of Clinical Practice**, v. 61, n. 6, p. 972-982, 2007.

GOUVEIA, P.F. et al. Avaliação da amplitude de movimento e força da cintura escapular em pacientes de pós-operatório tardio de mastectomia radical modificada. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 2, 2008.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.

GUITIÉRREZ, M. G. et al. Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 249-254, 2007.

GULLUOGLU, B. M.; KUSCU, M. A. psychoanalytic qualitative study of subjective life experiences of women with breast cancer. **Journal of Research Practice**, v. 8, n. 2, 2012.

GULNAR, A. S. M.; SILVA, A. M.; CAULA, W. M. Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama admitidas no Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1232-1239, 2004.

HABERSACK, M.; LUSCHIN, G. Insecurities of women regarding breast cancer research: a qualitative study. **Plos one**, v. 8, n. 12, 2013.

HAQ, R. et al. Designing a multifaceted survivorship care plan to meet the information and communication needs of breast cancer patients and their family physicians: results of a qualitative pilot study. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 13, n. 76, p. 1-13, 2013.

HAINES, T. P.; SINNAMON, P. Early arm swelling after breast surgery: changes on both sides. **Breast Cancer Research Treatment**, v. 101, n. 1, p. 105-112, 2007.

HAYES, S. C. et al. Upper-body morbidity after breast cancer. **Cancer**, v. 15, p. 2237-2249, 2012.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

HILE, E. S.; FITZGERALD, C. K.; STUDENSLKI, S. A. Persistent mobility disability after neurotoxic chemotherapy. **Physical Therapy**, v. 90, n. 1, p. 649-1657, 2010.

HOLSBACH, N.; FOGLIATTO, F.S.; ANZANELLO, M. J. Método de mineração de dados para identificação de câncer de mama baseado na seleção de variáveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1295-1304, 2014.

HURRIA, A. et al. A prospective, longitudinal study of the functional status and quality of life of older patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy. **Journal American Geriatrics Society**, v. 54, p. 1119-1124, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. **Câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 10 out. 2014.

ISKANDARSYAH, A. K. C. Psychosocial and cultural reasons for delay in seeking help and nonadherence to treatment in Indonesian women with breast cancer: a qualitative study. **Health Psychology**, v. 33, n. 3, p. 214-221, 2014.

JAHR, S.; SCHOPPE, B.; REISSHAUER, A. Effect of treatment with low-intensity and extremely low frequency electrostatic fields (Deep Oscillation®) on breast tissue and pain in patients with secondary breast lymphedema. **Journal Rehabilitation Medicine**, v. 40, n. 8, p. 645-650, 2008.

JONES, R.; LEONARD, R. C. F. Treating elderly patients with breast cancer. **Breast Cancer Online**, v. 8, n. 4, 2005.

KARA, M. Median, Ulnar, and Radial Nerve Entrapments in a Patient with Breast Cancer after treatment for lymphedema. **The American Surgeon**, v. 77, n. 2, p. 248-249, feb. 2011.

KENDELL, C.; LEMAIRE, E. "Effect of mobility devices on orientation sensors that contain magnetometers. **Journal of Rehabilitation Research and Development**, v. 46, n. 7, p. 957-962, 2009.

KLEINMAN, A. **The illness narrative: suffering, healing & the human condition**. Basic Books, 1988.

KNAUL, F. M. et al. Câncer de mama: un reto para la sociedade y los sistemas de salud. **Salud pública de México**, v. 51, n. 2, 2009.

KROENKE, C. H. et al. Functional impact of breast cancer by age at dianosis. **Journal Clinical Oncology**, v. 22, p. 1849-1856, 2004.

KOWALSI, I. S. G.; SOUSA, C. P. **Câncer: uma doença com representações historicamente construídas**. 2006. Disponível em: <http://www.hcanc.org.br/acta/acta02_21.html>. Acesso em: 10 out. 2014.

KUA, J. The prevalence of psychological and psychiatric sequelae of cancer in the elderly: how much do we know? **Academical Medicine Singapore**, v. 34, n. 3, p. 250-256, 2005.

KRUKOWSKA, J. et al. The methods of treatment of lymphoedema in women after mastectomy. **Physioterapy**, v. 18, p. 3-10, 2010.

KWOK, C.; WHITE, K. Cultural and linguistic isolation: the breast cancer experience of Chinese-Australian women - a qualitative study. **Contemporary Nurse**, v. 39, n. 1, p. 85-94, 2011.

LAHOZ, M. A. et al. Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 4, p. 423-430, 2010.

LAIRD, B. J. A.; FALLON, M. T. Palliative care in the elderly breast cancer patient. **Clinical Oncology**, v. 21, p. 131-139, 2009.

LANGDON, E. J. M. **A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico**. Florianópolis. 1994. (Concurso Professor Titular) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

LANGDON, E. J. M. **A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica**. Antropologia em primeiro mão. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social. Florianópolis: UFSC, 1995.

LANGDON, E. J. M.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010.

LARSSON, I. L. et al. Women's experience of physical activity following breast cancer treatment. **Scand Journal Caring Science**, v. 22, p. 422-429, 2008.

LASINSKI, B. B. Complete decongestive therapy for treatment of lymphedema. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 29, n. 1, p. 20-27, 2013.

LAURIDSEN, M. C.; CHRISTIANSEN, P.; HESSOV, I. The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: a randomized study. **Acta Oncology**, v. 44, n. 5, p. 423-424, 2005.

LEE, T. S. et al. Patient Perceptions of Arm Care and Exercise Advice After Breast Cancer Surgery. **Oncology Nursing Forum**, v. 37, n. 1, p. 85-91, jan. 2010.

LEVANGIE, P. K. et al. A qualitative assessment of upper quarter dysfunction reported by physical therapists treated for breast cancer or treating breast cancer sequelae. **Support Care Cancer**, v. 19, p. 1367-1378, 2011.

LIESKE, B.; RAVICHANDRAN, D. Late brachial plexus injury due to physiotherapy following axillary clearance for breast carcinoma. **Int J Clin Pract**, v. 64, n. 1, p. 122-124, jan. 2010.

LOTTI, R. C. B. et al. Impacto do tratamento do câncer de mama na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 4, p. 367-371, 2008.

LUCIANI, S. et al. Cervical and female breast cancers in the Americas: current situation and opportunities for action. **Bull World Health Organ**, v. 91, p. 640-649, 2013.

MACDONALD, L. et al. Long-term follow-up of breast cancer survivors with post-mastectomy pain syndrome. **British Journal of Cancer**, v. 92, p. 225-230, 2005.

MADSENA, A. H. et al. Arm morbidity following sentinel lymph node biopsy or axillary lymph node dissection: A study from the Danish Breast Cancer Cooperative Group. **Breast**, v. 17, n. 2, p. 138-147, 2008.

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

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 665-675, jul./ago. 2004.

MARINHO, D. S.; COSTA, T. P.; VARGENS, O. M. C. The experience of breast cancer under the perception of women who underwent mastectomy: an analysis held from scientific publications. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental on line**, v. 5. n. 5, 2013.

MARQUES, A. P. **Manual de goniometria**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2003.

MÁRQUEZ-ACOSTA, G. Câncer de mama. **Perinatology reproductive human**, v. 26, n. 2, p. 81-82, 2012.

MARTINS, M. **Gestantes hipertensas**: significados culturais, formas de atenção à saúde e relações com a biomedicina. 2012. 245f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MARTINS, M. R. I. et al. Uso de questionários para avaliar a multidimensionalidade e a qualidade de vida do fibromiálgico. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 52, n. 1, p. 21-26, 2012.

MARUYAMA, S. A. T. et al. O corpo e a cultura como lócus do câncer. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 171-175, 2006.

MATOS, J.; PELLOSO, S.; CARVALHO, M. D. B. Prevalence of risk factors for breast neoplasm in the city of Maringá, Paraná State, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 352-359, 2010.

McNEELY, M. L. et al. A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: postoperative and postreconstructive issues. **Cancer**, v. 15, p. 2226-2236, 2012.

MEIRELLES, M. C. C. C. et al. Avaliação de técnicas fisioterapêuticas no tratamento do linfedema pós-cirurgia de mama em mulheres. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 4, p. 393-399, 2006.

MEIRINHOS, M.; OSÓRIO, A. O Estudo de caso como estratégia de investigação em educação (2011). **EduSer**: revista de educação, v. 2, n. 2, p. 49-65, 2010.

MELZACK, R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. **Pain**, v. 1, n. 3, p. 277-99, 1975.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência saúde coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-206, 2003.

MERCHANT, C.R. et al. Decreased muscle strength following management of breast cancer. **Disability and Rehabilitation**, v. 30, n. 15, p. 1098-1105, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

MIRANDA, T.C. et al. Câncer de mama na mulher idosa: a visão do geriatra. **Einstein**, v. 6, n. 1, p. 90-92, 2008.

MOSHER, C. E. et al. Living with metastatic breast cancer: a qualitative analysis of physical, psychological, and social sequelae. **The Breast Journal**, v. 19, n. 3, p. 285-292, 2013.

MUTRIE, N. et al. Five-year follow-up of participants in a randomised controlled trial showing benefits from exercise for breast cancer survivors during adjuvant treatment. Are there lasting effects? **J Cancer Surviv**, v. 6, n. 4, p. 420-430, dec. 2012.

NASSAR, S. M. M. et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

NESVOLD, I. et al. Arm and shoulder morbidity in breast cancer patients after breast-conserving therapy versus mastectomy. **Acta Oncology**, v. 47, n. 5, p. 835-842, 2008.

NIELSEN, I.; GORDON, S.; SELBY, A. Breast cancer-related lymphoedema risk reduction advice: a challenge for health professionals. **Cancer Treatment Reviews**, v. 34, n. 7, p. 621-628, 2008.

NIZAMLI, F.; ANOOSHEH, M.; MOHAMMADI, E. Experiences of Syrian women with breast cancer regarding chemotherapy: a qualitative study. **Nursing and Health Sciences**, v. 13, p. 481-487, 2011.

PAIS-RIBEIRO, J. L. **Metodologia de investigação em psicologia e saúde**. 2. ed. Porto: Livpsic, 2008.

PARSE, R. et al. **Nursing Research Qualitative Methods**. Maryland: Brady Comm, 1985.

PEREIRA, C. M. A.; VIEIRA, E. O. R. Y.; ALCÂNTARA, P. S. M. Avaliação de protocolo de fisioterapia aplicado a pacientes mastectomizadas a Madden. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 2, p. 143-148, 2005.

PETITO, E. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Elaboração e validação de um programa de exercícios para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 3, p. 275-287, 2008.

PETITO, E. L. et al. Application of a domicile-based exercise program for shoulder rehabilitation after breast cancer surgery. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 35-43, jan-feb. 2012.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Revista Escola Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 473-83, 1996.

PINHEIRO, C. P. O. et al. Participação em grupo de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 733-738, 2008.

PINHO, V. F. S.; COUTINHO, E. S. F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1061-1069, 2007.

POLIT, D.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

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

PROTIÈRE, C. et al. Prescribers' attitudes toward elderly breast cancer patients. Discrimination or empathy? **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, v. 75, p. 138–150, 2010.

PURNELL, P. The Purnell Model for cultural competence. **The Journal of Multicultural Nursing & Health**, v.11, n.2, p.7-15, 2005.

RESENDE, M. C. **Ajustamento psicológico, perspectiva de envelhecimento pessoal e satisfação com a vida em adultos e idosos com deficiência física**. Tese (Doutorado em Educação)- Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Educação, 2006.

RESENDE, M. C.; NERI, A. L. Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 4, 2009.

RETT, M. T. et al. A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. **Revista dor**, v. 13, n. 3, p. 201-207, 2012.

REZENDE, L. F. et al. Exercícios livres versus direcionados nas complicações pós-operatórias de câncer de mama. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 1, 2006.

ROSTKOWSKA, E.; BAŁ, M.; SAMBORSKI, W. Body posture in women after mastectomy and its changes as a result of rehabilitation. **Advances in Medical Science**, v. 51, p. 287-97, 2006.

SAGEN, S.; RESEN, R.; RISBERG, M. A. Physical activity for the affected limb and arm lymphedema after breast cancer surgery. A prospective, randomized controlled trial with two years follow-up. **Acta Oncology**, v. 48, n. 8, p. 1102-1110, 2009.

SALMÓRIA, J. G.; CAMARGO, W. A. Uma Aproximação dos Signos – Fisioterapia e Saúde – aos Aspectos Humanos e Sociais. **Saúde Social**, v. 17, n. 1, p. 73-84, 2008.

SANDER, A. P. et al. Factors that affect decisions about physical activity and exercise in survivors of breast cancer: a qualitative study. **Physical therapy**, v. 92, n. 4, p. 525-536, 2011.

SANTOS, C. C. et al. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. **Revista Acta Fisioterapia**, v. 13, n. 2, 2006.

SARTI, C. A. Contribuições da antropologia para o estudo da família. **Psicologia USP**, v. 3, n. 2, p. 69-76, 1992.

SCAFFIDDI, M. et al. Early rehabilitation reduces the onset of complications in the upper limb following breast cancer surgery. **Europe Journal Physical Rehabilitation Medicine**, v. 48, n. 4, p. 601-611, 2012.

SCHNEIDER, C. M. et al. Cancer treatment-induced alterations in muscular fitness and quality of life: the role of exercise training. **Annals of Oncology**, v. 18, p. 1957–1962, 2007.

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

SEHL, M. et al. Decline in physical functioning in first 2 years after breast cancer diagnosis predicts 10-year survival in older women. **Journal Cancer Survivor**, v. 7, p. 20-31, 2013.

SHAMLEY, D. R. et al. Changes in shoulder muscle size and activity following treatment for breast cancer. **Breast Cancer Research Treatment**, v. 106, n. 1, p. 19-27, 2007.

SILLIMAN, R. A. What constitutes optimal care for older woman with breast cancer? **Journal Clinical Oncology**, v. 21, n. 19, p. 3554-3556, 2003.

SILVA, G. A. Câncer de mama no Brasil: estratégias para o seu enfrentamento. **Cadernos saúde pública**, v. 28, n. 1, p. 4-5, 2012.

SILVA, R.C.F.; HORTALE, V. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê? **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 1, p. 67-71, 2012.

SIMÕES, S.T. **Bem-estar subjetivo e prática desportiva de mulheres mastectomizadas**. Porto: UPORTO, 2009.

SKABA, M. M. V. F. **Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: uma perspectiva socioantropológica**. 2003. 133 f. Tese (Doutorado em Ciências)– Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2003.

SONTAG, S. A. **Doença como metáfora**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SORRI. Disponível em: <<http://www.sorri.com.br/bauruProdutos.asp>>. Acesso em: 10 out. 2014.

SPRINGER, B. A. et al. Pre-operative assessment enables early diagnosis and recovery of shoulder function in patients with breast cancer. **Breast Cancer Res Treat**, v. 120, n. 1, p. 135-147, feb. 2010.

SPROD, L. K. et al. The Effects of Walking Poles on Shoulder Function in Breast Cancer Survivors. **Integrative Cancer Therapies**, v. 4, n. 4, p. 287-293, dec. 2005.

STAN, D. L. et al. Pilates for breast cancer survivors: impact on physical parameters and quality of life after mastectomy. **Clinical Journal Oncology Nursing**, v. 16, n. 16, p. 131-141, 2012.

STUCKEY, A. Breast cancer: epidemiology and risk factors. **Clinical Obstetric Gynecology**, v. 54, n. 1, p. 96-102, 2011.

TAPETY, F. I. et al. Risk factors associated with breast cancer patients in Teresina, Piauí, Brazil. **Journal os Research Fundamental Care On Line**, v. 5, n. 6, 2013.

THAINES, G. H. S. et al. A busca por cuidado empreendida por usuário com *diabetes mellitus*: um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 1. p. 57-66, 2009.

TIEDTKE, C. et al. Survived but feeling vulnerable and insecure: a qualitative study of the mental preparation for RTW after breast cancer treatment. **BioMedical Central Public Health**, v.12, n. 538, p. 1-13, 2012.

TIEZZI, D. G. Câncer de mama: um futuro desafio para o sistema de saúde nos países em desenvolvimento. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 6, p. 257-259, 2010.

TIEZZI, D. G. Epidemiologia do câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 5, 2009.

TIPPLES, K.; ROBINSON, A. Optimising Care of Elderly Breast Cancer Patients: a Challenging Priority. **Clinical Oncology**, v. 21, p. 118-130, 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TUOTO, F.; SPIEL, M. H.; VENTURI, K. K. Os sofrimentos e o cuidado de si dos idosos hospitalizados: estudo etnográfico. **Online Brazilian. Journal. Nurse**, v. 8, n. 3, 2009.

VOGEL, V. G. Epidemiología, genética y evaluación del riesgo de cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas. **Revista del climatério**, v. 12, n. 70, p. 121-133, 2009.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003.

VRIES, J. et al. How breast cancer survivors cope with fear of recurrence: a focus group study. **Supportive Care in Cancer**, v. 22, n. 3, p. 705-712, 2014.

WANG, F. et al. A neglected issue on sexual well-being following breast cancer diagnosis and treatment among chinese women. **Plos one**, v. 8, n. 9, p. 1-7, 2013.

WHO - World Health Organization. **BMI Classifications**. 2006.

Disponível em:

<http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>. Acesso em: 10 out. 2014.

WHO - World Health Organization. The breast cancer conundrum. **Bull World Health Organ**, v. 91, p. 626-627, 2013.

WISDOM, J. P. et al. Methodological reporting in qualitative, quantitative, and mixed methods health services research articles. **Health Services Research**, v. 47, p. 721-745, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: Planejamento e métodos**. Porto Alegre, RS: Bookman, 2001.

APÊNDICE A – Ficha de avaliação

Nome: _____
Data de nascimento: _____ Idade: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____
Telefone: _____ Celular: _____
Escolaridade: _____ Profissão: _____

HISTÓRICO GINECOLÓGICO E OBSTÉTRICO

Menarca: _____ anos

Gestação: Gesta _____ Para _____ Abortos _____ Cesárea _____

Amamentação: _____ **Duração:** _____ meses

Atividade sexual: () Sim () Não **Frequência:** _____

Menopausa: _____ anos **T.R.H.:** _____

Frequência – consultas ginecológicas: _____

Antecedentes familiares: _____

Patologias associadas: _____

Medicamentos utilizados: _____

HISTÓRIA DA CIRURGIA

Data: ___/___/___ **Tipo de cirurgia:** _____

Tamanho do tumor: _____ **Comprometimento axilar:** () Sim () Não

Tipo histológico: _____ **Estadiamento patológico:** _____

Realiza acompanhamento com outros profissionais: () Sim () Não

Qual profissional? _____

Qual local? _____

Qual frequência? _____

HÁBITOS DE VIDA:

Tabagismo: () Sim () Não Há quanto tempo: _____ Maços/dia: _____

Atividade física: () Sim () Não () Regular () Esporádica

Qual tipo: _____ Há quanto tempo: _____

HISTÓRIA SOCIAL

Dependente para atividades diárias () Quais atividades: _____

Quem realiza auxílio: _____

Independente para atividade diárias ()

Mora com: () Marido () Filhos () Pais () Outros _____

EXAME FÍSICO**I. DADOS ANTROPOMÉTRICOS**

Estatura _____ cm

Massa: _____ Kg

IMC:

II. INSPEÇÃO

A) Tórax e região axilar (estado geral da pele, forma, hidratação, coloração, cicatrizes, aumento de volume, mobilidade de estruturas torácicas, PR).

III. PALPAÇÃO

A) Tórax e região axilar (característica da pele, presença e extensão do edema, presença e extensão do linfedema, característica das cicatrizes – presença de aderências, espessamentos, queloides, alterações inflamatórias)

B) MS (característica da pele, presença e extensão do edema, presença e extensão do linfedema)

IV. PERIMETRIA (Data: _____)

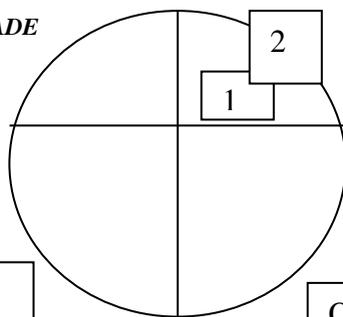
Estrutura avaliada:

Ponto de referência (PR):

Cm					SR	IR				
D					←	→				
E					←	→				
#										

V. SENSIBILIDADE

QSE



QSD

QIE

QII

	ESTESIÓMETRO		
	D	E	
QSE 1			
QSE 2			
QSI 1			
QSI 2			
QIE 1			
QIE 2			
QII 1			
QII 2			
Cicatriz			

Legendas:

ESTESIÓMETRO	
Verde	V
Azul	A
Roxo	R
Vermelho	Ve
Laranja	L
Vermelho Magenta	VM

SENSIBILIDADE (Tátil, Térmica, Dolorosa)	
Normal	*
Pouco Sensível	x
Sem sensibilidade	Xx
Hipersensível	++

APÊNDICE B – Roteiro entrevista semiestruturada

1. Eu gostaria que você me falasse de sua experiência com o câncer de mama?
 - a. O que você fez para se cuidar ou tratar?

2. O que mudou em sua vida desde o momento do diagnóstico de câncer de mama?
 - b. Como você vem trabalhando com essas mudanças (em sua casa, com as atividades domésticas ou profissionais, sua vida familiar, com seu parceiro)?
 - c. Quais dessas mudanças foram mais difíceis de enfrentar?
 - d. Quais foram as mais fáceis?

3. Como foi o tratamento cirúrgico que você enfrentou?
 - a. Com quem você compartilhou essa experiência/
 - b. Quem mais lhe deu apoio? De que tipo?
 - c. Como você percebe seu corpo hoje?

4. O tratamento fisioterapêutico que você fez mudou alguma coisa no seu dia a dia?
 - a. O que foi mais difícil para você durante esse tratamento?
 - b. O que foi mais fácil?
 - c. Você recomendaria esse tratamento para outra pessoa...por que?

5. Fale-me como você percebe sua vida hoje?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA****Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação**

Eu, _____ declaro estar de acordo em participar da pesquisa intitulada “**EFEITO DA INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM IDOSAS SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CANCER DE MAMA**”, sob orientação da professora doutora Silvia Maria Azevedo dos Santos. Será feita para avaliar o efeito do tratamento fisioterapêutico sobre condições físicas e minhas percepções sobre a cirurgia a qual fui submetida.

A coleta de dados será realizada no Laboratório de Biomecânica da UDESC, para a realização das avaliações, assim como no Ambulatório de Fisioterapia da Maternidade Carmela Dutra para realização do tratamento. Haverá três avaliações na UDESC (sendo o transporte disponibilizado pela pesquisadora) e 30 atendimentos na Maternidade Carmela Dutra.

O benefício desta pesquisa é a possibilidade de avaliação aprofundada e tratamento, visto que a cirurgia pode trazer várias complicações e alterações que podem ser prevenidas pelos atendimentos de fisioterapia. Os riscos são mínimos, pois só haverá realização de testes não invasivos e realização, ao final dos atendimentos, de uma entrevista. Todos os atendimentos serão controlados através da mensuração de sinais vitais antes e após os exercícios.

Fui orientada e estou ciente de que minhas informações serão tratadas com respeito e que, o anonimato e sigilo serão garantidos durante todo o processo de coleta de dados, análise, bem como possíveis publicações.

Concordo que minhas falas, durante a entrevista, sejam gravadas para posterior análise. Estou ciente que posso recusar responder qualquer questionamento que me cause constrangimento.

Concordo que minhas falas, durante a entrevista, sejam gravadas para posterior análise.

Estou ciente que os responsáveis estarão disponíveis para esclarecimento de dúvidas através dos contatos abaixo, além de

garantirem que minha participação é voluntária, podendo haver desistência a qualquer momento, sem penalizações.

Estou ciente que não obterei qualquer benefício financeiro ou de outra ordem ao participar desta pesquisa.

Assinatura do Participante

RG: _____

Gesilani Júlia da Silva Honório

Pesquisadora Principal

Contato: 96196169

Silvia Maria Azevedo dos Santos

Pesquisadora Responsável

Contato: 9608 6836

ANEXO A – Intervenção = protocolo fisioterapêutico

Adaptado de Petito e Gutiérrez (2008), Bergmann et al (2006) e Pereira, Vieira e Alcântara (2005)

1º -5º atendimento = * alongamento passivo de membro superior (2 séries, com sustentação de 20 segundos);

* mobilização escapular (2 x para cada movimento escapular);

* exercícios passivos de flexão e de abdução de ombro (2 x de 10 repetições para cada movimento);

* exercícios ativos assistidos de flexão e abdução de ombro (2 x de 10 repetições para cada movimento);

* pompage em região esternocleidomastoideo, trapézio, peitoral maior e menor (5 minutos para cada músculo);

* exercícios de mobilização de punho e mão ativos (extremidades) (3 x de 10 repetições);

* exercícios respiratórios;

* orientações sobre a automassagem.

6º – 10º atendimento = * alongamento ativo de membro superior (2 séries, com sustentação de 20 segundos);

* alongamento ativo de músculos cervicais (2 séries, com sustentação de 20 segundos);

* mobilização escapular (3 x para cada movimento escapular);

* exercícios ativos de flexão, abdução, RI e RE de ombro (2 x de 10 repetições para cada movimento);

* mobilização cicatricial;

* exercícios respiratórios conjugados com exercícios ativos de ombro (3 x de 10 repetições para cada movimento);

* exercícios de mobilização de punho e mão ativos (extremidades) (3 x de 15 repetições);

11º – 20º atendimento = * alongamento ativo de membro superior (2 séries, com sustentação de 20 segundos);

* alongamento ativo de músculos cervicais (2 séries, com sustentação de 20 segundos);

* mobilização escapular (5 x para cada movimento escapular);

* exercícios ativos de flexão, abdução, RI e RE de ombro (2 x de 15 repetições para cada movimento);

* exercícios resistidos de flexão e extensão do cotovelo (2 x de 10 repetições para cada movimento – 1kg de carga);

- * mobilização cicatricial
- * exercícios respiratórios conjugados com exercícios ativos de ombro (3 x de 15 repetições para cada movimento);
- * exercícios de mobilização de punho e mão ativos (extremidades) (3 x de 20 repetições para cada movimento).

21º – 30º atendimento = * alongamento ativo de membro superior (2 séries, com sustentação de 20 segundos);

* alongamento ativo de músculos cervicais (2 séries, com sustentação de 20 segundos);

* mobilização escapular (5 x para cada movimento escapular);

* exercícios ativos de flexão, abdução, RI e RE de ombro (3 x de 15 repetições para cada movimento);

* exercícios resistidos de flexão e extensão do cotovelo (2 x de 15 repetições para cada movimento – 2kg de carga);

* exercícios resistidos de glenoumeral (2 x de 10 repetições para cada movimento – 1kg de carga);

* mobilização cicatricial

* exercícios respiratórios conjugados com exercícios ativos de ombro (3 x de 15 repetições para cada movimento);

* exercícios de mobilização de punho e mão ativos (extremidades) (3 x de 20 repetições para cada movimento).

ANEXO B - Questionário de dor McGill

QUESTIONÁRIO DA DOR
McGill-Melzack

Nome do paciente _____ Idade _____
 Prontuário nº _____ Data _____
 Categoria clínica (p. ex., cardíaco, neurológico, etc.) _____

Diagnóstico(s): _____

Analgésico (se já administrado)

1. Tipo _____
2. Dosagem _____
3. Período administrado em relação a este teste _____

Inteligência do paciente: marque com um círculo o número que melhor representa a estimativa

1 (baixa) 2 3 4 5 (alta)

Este questionário foi elaborado para nos informar sobre a sua dor. As quatro principais questões são:

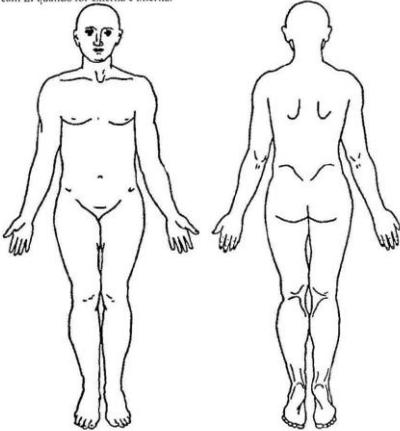
1. Qual a localização de sua dor?
2. Qual o tipo?
3. Como ela se altera no decorrer do tempo?
4. Qual a sua intensidade?

É importante que você nos informe como é a sua dor agora. Por favor, siga as instruções apresentadas no início de cada parte.

© R. Melzack, Oct. 1970

Parte 1 Qual a localização da sua dor?

Por favor, marque no desenho abaixo as áreas onde você sente dor. Nas áreas marcadas, indique com um E quando ela for externa e com um I quando ela for interna. Indique com EI quando for externa e interna.



Parte 2 Qual o tipo?

Alguns dos termos abaixo descrevem sua dor atual. Marque com um círculo apenas aqueles que melhor a descrevem. Deixe de lado qualquer categoria não adequada. Utilize apenas um termo de cada categoria, o que melhor se aplica à sua dor.

1 Vibração Tremor Pulsante Latejante Como batida Como pancada	2 Pontada Choque Tiro	3 Agluhada Perfurante Facada Punhalada Em lança	4 Fina Cortante Estrçalha
5 Beliscão Aperto Mordida Cólica Esmagamento	6 Figada Puxão Em torção	7 Calor Queimação Fervente Em brasa	8 Formigamento Cociceira Ardor Ferosada
9 Mal localizada Dolorizada Nochucada Doísta Pesada	10 Sensível Esticada Esfofante Rachando	11 Cansativa Exaustiva	12 Enjoada Sufocante
13 Casigante Atormentada Cruel	14 Amefrontadora Apavorante Aterrorizante Maldita Mortal	15 Miserável Enlouquecedora	16 Chata Que incomoda Desagente Forte Insuportável
17 Espalha Irradia Penetra Atravessa	18 Aperta Adormece Repuxa Esprenhe Rasga	19 Fria Gelada Congelante	20 Aborrecida Dá náusea Agonizante Pavorosa Torturante

Parte 3 Como a sua dor muda com o tempo?

1. Qual(is) palavra(s) você usaria para descrever o padrão de sua dor?

1 Contínua Crescente Constante	2 Rítmica Periódica Intermitente	3 Breve Momentânea Transitória
---	---	---

2. Que tipo de coisas alivia sua dor?

3. Que tipo de coisas aumenta sua dor?

Parte 4 Quão forte é a sua dor?

As pessoas concordam que as 5 palavras a seguir representam a dor de intensidade crescente. São elas:

1	2	3	4	5
Leve	Incômoda	Angustiante	Horível	Escruciante

Para responder as questões abaixo, escreva o número da palavra mais adequada no espaço ao lado da questão.

1. Qual palavra descreve a sua dor exatamente neste momento? _____
2. Qual palavra a descreve no pior momento? _____
3. Qual palavra descreve a pior dor de dente que você já sentiu? _____
4. Qual palavra descreve a pior dor de cabeça que você já sentiu? _____
5. Qual palavra descreve a pior dor de estômago que você já sentiu? _____

ANEXO C - Parecer aprovação CEP - Universidade Federal de Santa Catarina

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeito da Intervenção fisioterapêutica em Idosas submetidas a cirurgia para câncer de mama

Pesquisador: Silvia Maria Azevedo dos Santos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 11902813.8.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 314.614

Data da Relatoria: 24/06/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa para Tese de Doutorado em Enfermagem, da aluna Gesilani Júlia da Silva Honorato, sob orientação da Prof. Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos. O protocolo pretende analisar, por meio de uma abordagem quanti-qualitativa, as condições físico-funcionais e a percepção de pacientes em relação ao impacto do câncer e seu tratamento no seu processo de viver. A pesquisa avaliará pacientes Idosas oriundas de tratamento cirúrgico realizado na Maternidade Carmela Dutra (MCD) e que estejam entre 15 dias e 1 mês de pós-operatório. As pacientes selecionadas serão submetidas a um exame físico antes de iniciar a fisioterapia e repetidas após 15 e 30 atendimentos (estas avaliações ocorrerão no laboratório de Biomecânica da UDESC). Por fim será realizada uma entrevista semiestruturada.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a intervenção fisioterapêutica sobre condição físico-funcional de Idosas submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da intervenção são mínimos, por se tratar de exercícios de baixa intensidade, controlados e validados, e que já são utilizados na prática assistencial do serviço de Fisioterapia da Maternidade Carmela Dutra. Os riscos poderão se associar a desconforto durante as atividades,

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6208 Fax: (48)3721-9698 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 314.614

também pode manifestar aumento da frequência respiratória e cardíaca. Para a minimização destes riscos haverá monitorização dos sinais vitais antes e após cada atendimento e a sequência da intervenção será realizada de acordo com a possibilidade de cada participante. O atendimento será interrompido ao sinal de desconforto importante relatado.

O benefício do estudo está relacionado ao atendimento gratuito das participantes, com acompanhamento sistemático, além do conhecimento da percepção das mesmas em relação ao tratamento cirúrgico e seus enfrentamentos, onde nas entrevistas as participantes poderão expor suas experiências no processo de viver após experiência de um diagnóstico de câncer de mama e um procedimento cirúrgico mais invasivo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância científica e social. O projeto está adequadamente redigido, claro e detalhado, apresentando referência bibliográficas pertinentes e atualizadas. Foram apresentados roteiros para o exame físico e entrevista aos quais as participantes serão submetidas.

A realização das atividades referentes à fisioterapia será responsabilidade da pesquisadora principal, que é fisioterapeuta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE apresentado está escrito de forma clara e acessível (foi acrescentada a garantia de recusa de responder qualquer questionamento frente a constrangimento).

A folha de rosto está adequada. Foi apresentada autorização da Instituição Maternidade Carmela Dutra e do Laboratório de Biomecânica da UDESC.

As pesquisadoras ainda apresentaram declaração de cumprimento da Resolução 196/96, de ausência de conflito de Interesse.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em relação ao questionamento do parecer 301.473, a pesquisadora explica que foi estimado um número de 50 cirurgias em 6 meses (período de seleção das participantes). Ainda, pelo sistema Gestatnet (UFSC), o valor da amostra será de 25 participantes. Assim, o número de sujeitos a serem incluídos na amostra é de 25.

Desta forma, como todas as pendências foram resolvidas, este comitê é de parecer favorável à sua aprovação.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-4208 Fax: (48)3721-9898 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer 314.614

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 25 de Junho de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9208 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO D - Parecer aprovação CEP – Maternidade Carmela Dutra

MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeito da Intervenção fisioterapêutica em Idosas submetidas a cirurgia para câncer de mama

Pesquisador: Sílvia Maria Azevedo dos Santos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 11902813.8.3001.0114

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 598.927-0

Data da Relatoria: 12/07/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de tese da doutoranda Gesliani Julia da Silva Honório desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, que pretende investigar o efeito da intervenção fisioterapêutica sobre a condição físico-funcional de Idosas submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama. Para tanto, foi desenhado um estudo quanti-qualitativo, sendo a abordagem quantitativa voltada para as avaliações físico-funcionais e a abordagem qualitativa obtida pela percepção das mulheres quanto ao impacto do câncer de mama e tratamentos a que foi submetida no seu processo de viver. A amostra desta pesquisa consistirá em 25 Idosas submetidas a tratamento cirúrgico (tipo conservador ou por cirurgia radical modificada) para tratamento do câncer de mama na Maternidade Carmela Dutra, que no momento da avaliação estejam entre 15 dias a um mês de pós-operatório. As pacientes serão abordadas ou ainda na unidade de internação cirúrgica da Maternidade Carmela Dutra ou posteriormente via contato telefônico. Após a avaliação (exame físico e entrevista), será aplicado um protocolo de tratamento fisioterapêutico.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do presente estudo é avaliar a intervenção fisioterapêutica sobre condição físico-funcional de Idosas submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama. Os objetivos

Endereço: Rua Imã Berwanda 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3251-7828

Fax: (48)3251-7828

E-mail: cep_mcd@hotmail.com

MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC



Continuação do Parecer: 590.027-0

específicos serão: comparar variáveis físico-funcionais e biomecânicas (mapa térmico, ponto de maior temperatura, amplitude de movimento, circunferência do segmento, sensibilidade cutânea) ao início do tratamento, após 15 e 30 atendimentos; caracterizar e comparar a condição de dor ao início do tratamento e após 15 e 30 atendimentos; comparar as variáveis físico-funcionais e biomecânicas entre estratos de idade e tipo cirúrgico; avaliar a relação entre as diferentes variáveis físico-funcionais e biomecânicas avaliadas; avaliar a relação entre variáveis físico-funcionais e biomecânicas com outras características das participantes, como dados sociais (estado civil, escolaridade, dependência para atividades) e outros fatores, como índice de massa corporal; verificar a percepção das participantes do estudo acerca do diagnóstico de câncer de mama, tratamento cirúrgico e fisioterapêutico no desenvolvimento do seu processo de viver.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, os riscos da intervenção são mínimos, por se tratar de exercícios de baixa intensidade, controlados e validados, e que já são utilizados na prática assistencial do serviço de Fisioterapia da Maternidade Carmela Dutra. Os riscos poderão se associar a desconforto durante as atividades, também pode manifestar aumento da frequência respiratória e cardíaca. Para a minimização destes riscos haverá monitorização dos sinais vitais antes e após cada atendimento e a sequência da intervenção será realizada de acordo com a possibilidade de cada participante. O atendimento será interrompido ao sinal de desconforto importante relatado.

O benefício do estudo está relacionado ao atendimento gratuito das participantes, com acompanhamento sistemático, além do conhecimento da percepção das mesmas em relação ao tratamento cirúrgico e seus enfrentamentos, onde nas entrevistas as participantes poderão expor suas experiências no processo de viver após experiência de um diagnóstico de câncer de mama e um procedimento cirúrgico mais invasivo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta-se bem estruturado, embasado cientificamente e com temática justificável. O texto é coerente e apresenta as informações necessárias para a análise ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou documentação complementar exigida.

Endereço: Rua Imã Benwarda 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3251-7626

Fax: (48)3251-7626

E-mail: cep_mod@hotmail.com

**MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC**

Continuação do Parecer: 556.927-0

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado

FLORIANOPOLIS, 11 de Abril de 2014

Assinador por:
Adriana Heberle
(Coordenador)

Este parecer reemitido substitui o parecer número 556927 gerado na data 16/07/2013 14:43:56, onde o número CAAE foi alterado de 11902813.8.0000.0121 para 11902813.8.3001.0114.

Endereço: Rua Imã Bernwards 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-7528

Fax: (48)3251-7528

E-mail: cep_mod@hotmail.com