



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

**Fisioterapia no Tratamento das Mulheres Angolanas com
cancro da mama no Centro Nacional de Oncologia:
Projecto de implementação de Serviços.**

Joice Vânia da Silva Carlos

Orientador: Mestre Pedro Jorge Lapa Rebelo – Prof.º Adjunto da Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa

Mestrado em Fisioterapia

Lisboa, 2014

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

**Fisioterapia no tratamento das mulheres angolanas com
cancro da mama no Centro Nacional de Oncologia:
Projecto de implementação serviços.**

Joice Vânia da silva Carlos

Orientador: Mestre Pedro Jorge Lapa Rebelo – Prof.º Adjunto da Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa

Júri

Presidente da Mesa: Professora Doutora Maria Isabel Coutinho

Arguente: Mestre Paula Alexandra Araújo Vidas Soares

Mestrado em Fisioterapia

(Esta versão inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2014

Agradecimento

Este projeto é o culminar de um objetivo académico a que propus e que não seria possível sem a ajuda de um número considerável de pessoas. Assim, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos as pessoas que contribuíram para o meu sucesso e para o meu crescimento como pessoa pois sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês:

Agradeço em primeiro lugar à Jeová Deus pela vida e por me guiar até este momento.

Aos meus pais pelo grande e incondicional apoio pois sem vocês não seria o que sou e não teria chegado aonde cheguei.

À minha querida irmã, por todo o carinho, apoio e motivação, és espectacular.

Ao Randgar Miranda pelo apoio, compreensão e companheirismo durante essa jornada.

Ao Sr^o. Professor Pedro Rebelo pela orientação do trabalho.

Ao Sr^o. Doutor Issac Pedro, por tornar possível a realização deste Mestrado.

A Sr^a. Professora Isabel Coutinho por toda atenção, apoio científico e emocional.

Ao fisioterapeuta Nuno Duarte pela simpatia, por todo o conhecimento científico teórico e prático que me transmitiu, pelo crescimento em termos profissionais e humano pois mais que um orientador de estágio foi um amigo.

A Sr^a. Professora Paula Soares pela disponibilidade e apoio científico.

A fisioterapeuta Paula Cardoso pela simpatia, atenção e ajuda científica.

Ao Sr^o. Professor Vítor Gonçalves pela simpatia, disponibilidade e apoio científico.

A Sr^a. Professora Elisabete Carolino pelo apoio e disponibilidade.

A Sr^a. Doutora Paula Carvalho pela disponibilidade e apoio científico.

A Sr^a. Doutora Maria da Luz Antunes pela força e apoio emocional.

Ao meu querido tio Lito por ler o meu trabalho de forma tão atenciosa.

As minhas queridas amigas Edna Lucamba, Randa Alcantara, Débora Gama, Suzeth Quingles pelo apoio, disponibilidade demonstrada ao longo destes dois anos.

Aos meus colegas angolanos da 3^a edição do Mestrado de Fisioterapia pelo apoio, companheirismo, foram e serão sempre muito queridos por mim. Levo comigo só boas memórias.

Muito Obrigado!

O cancro da mama é uma das doenças com maior impacto na sociedade angolana, não só por ser muito frequente e associado a uma imagem de grande gravidade, mas também porque se desenvolve em um órgão cheio de simbolismo na maternidade e na feminilidade.

O Centro Nacional de Oncologia (CNO) reúne as principais opções terapêuticas do campo da oncologia: quimioterapia, radioterapia, cirurgia, hormonoterapia e imunoterapia, não sendo, os serviços de fisioterapia parte do leque de serviços prestados no mesmo Centro oncológico.

O presente trabalho tem como objetivo construir um projeto de prestação de serviços de fisioterapia para as mulheres de Angola com cancro de mama que realizam tratamento no (CNO), o tipo de estudo que nos propomos desenvolver para a elaboração do projeto é do tipo observacional descritivo transversal.

A implementação do presente projeto é o resultado esperado através do qual pretende-se demonstrar os benefícios da realização do tratamento de fisioterapia tanto para a paciente como para a unidade hospitalar e a sociedade em geral.

Acreditamos que o presente projeto será uma mais-valia para a sociedade angolana em geral pois pretende dar resposta a uma lacuna existente nos atuais serviços de saúde prestados às pacientes com cancro da mama em Angola. Permitindo uma diminuição da incidência de complicações pós-operatórias e suas implicações sociais tornando-as ativas na sociedade contribuindo para o seu desenvolvimento.

Palavras-chaves: cancro da mama, tratamento, complicações, fisioterapia.

Breast cancer is a disease with high impact on Angolan society, not only for being very common and associated with an image of great gravity, but also because it develops in an organ full of symbolism on motherhood and femininity.

The National Oncology Centre brings together the main therapeutic options in the field of oncology; chemotherapy, radiotherapy, surgery, hormone therapy and immunotherapy, not being services for physiotherapy part of the range of services provided in the same cancer center.

This paper aims to build a project for the provision of physiotherapy services for women with breast cancer in Angola who perform treatment at the National Cancer Centre of Oncology. The type of study that we propose to develop the project design is an observational cross-sectional descriptive.

The implementation of this project is expected by the result which is intended to demonstrate the benefits of performing the physiotherapy treatment for both the patient and the hospital and the society in general.

We believe that this project will be an asset to the Angolan society in general because it intends to address a gap in current health services to patients with breast cancer in Angola. Allowing a decreased incidence of postoperative complications and their social implications becoming active in society contributing to its development.

Keywords: breast cancer, treatment, complications, physical therapy.

Índice Geral

Índice de tabelas -----	VIII
Índice de figuras -----	IX
Lista de siglas e abreviaturas -----	X
1.Introdução -----	1
1.1.Natureza do trabalho -----	1
1.2.Definição do problema -----	1
1.3.Justificativa/pertinência do projeto -----	1
1.4.Sistematização do projeto -----	3
2.Apresentação do projeto -----	5
2.1. Finalidade -----	5
2.1.1. Apresentação sumária da atividade/Ideia -----	5
2.1.2. População-alvo -----	5
2.1.3. Sector de actividades em que se insere -----	6
2.2. Objetivos -----	6
2.2.1. Objetivo geral -----	6
2.2.2. Objetivo específico -----	6
3.Revisão da literatura -----	7
3.1. Cancro da mama -----	7
3.1.1. Fatores de risco -----	7
3.1.2. Prevenção -----	8
3.1.3. Rastreio-----	8
3.1.4. Diagnóstico -----	9
3.2. Tratamento do cancro da mama -----	9
3.2.1. Tratamento cirúrgico -----	10
3.2.2. Radioterapia -----	11
3.2.3. Quimioterapia -----	12
3.2.4. Hormonioterapia -----	13
3.3. Complicações pós-cirúrgicas -----	14
3.3.1. Dor -----	14
3.3.2. Limitação articular -----	15

3.3.3. Linfedema -----	15
3.3.4. Trombose dos vasos linfáticos -----	17
3.4. Qualidade de vida da mulher com cancro da mama -----	17
3.5. Reabilitação física da mulher com cancro da mama -----	18
3.6. Fisioterapia no cancro da mama -----	19
3.7. Caracterização do Centro Nacional de Oncologia -----	21
4. Projeto de implementação do serviço de fisioterapia-----	23
4.1. Pré-operatório -----	23
4.2. Pós-operatório (internamento) -----	23
4.3. Reencaminhamento para o serviço de fisioterapia -----	24
4.4. Pós-operatório (ambulatório) -----	24
4.5. Avaliação das pacientes -----	24
4.6. Tratamento -----	24
4.7. Tratamento em grupo -----	28
4.8. Tratamento individual -----	29
4.9. Horários das atividades -----	30
5. Etapas do desenvolvimento do projeto -----	31
5.1. Etapa da análise das necessidades -----	31
5.2. Etapa da aprovação -----	31
5.3. Etapa da divulgação -----	31
5.4. Etapa de pré-avaliação -----	32
5.5. Etapa do planeamento -----	32
5.6. Etapa da execução/ajustes -----	32
5.7. Etapa de avaliação -----	32
5.8. Etapa das parcerias -----	32
6. Viabilidade do projeto -----	33
7. Desenho metodológico do projeto -----	35
7.1. Considerações prévias -----	35
7.2. Tipo de estudo -----	35
7.3. População -----	35

7.4. Caracterização da amostra -----	35
7.5. Definição das variáveis -----	36
7.6. Instrumentos de recolha de dados -----	36
7.7. Procedimentos -----	36
7.8. Tratamento estatístico dos dados -----	36
8. Meios necessários para implementação do projeto -----	37
8.1. Meios humanos -----	37
8.2. Meios espaciais -----	38
8.3. Meios materiais e equipamentos -----	38
8.4. Meios financeiros -----	40
9. Cronograma -----	43
10. Resultados esperados/Discussão -----	44
11. Conclusão -----	46
12. Referências bibliográficas -----	48
Anexos -----	53
Anexos I: Escala de avaliação da funcionalidade do membro superior (Escala de DASH) -----	54
Anexo II: Questionário EORTC QLQ-30 e o seu questionário complementar (Específico para o cancro da mama) EORTC QLQ-23 -----	58
Apêndice -----	62
Apêndice I: Ficha de avaliação das pacientes -----	63
Apêndice II: Folheto informativo acerca dos exercícios pós-cirurgia da mama -----	65
Apêndice III: Folheto informativo para prevenção do linfedema -----	67
Apêndice IV: Exercícios para o tratamento em grupo -----	69
Apêndice V: Carta do pedido de autorização da visita ao CNO -----	70
Apêndice VI: Meios materiais e orçamento -----	71

Índice de Tabelas

Tabela 3.1. Fatores de risco do cancro da mama -----	7
Tabela 3.2. Rastreio do cancro da mama -----	8
Tabela 3.3. Estádios do linfedema -----	16
Tabela 4.1. Reencaminhamento para fisioterapia -----	24
Tabela 4.2. Indicação para realização das classes de exercícios -----	29
Tabela 4.3. Horários das atividades -----	30
Tabela 6.1. Análise SWOT do projeto -----	34
Tabela 8.1. Meios humanos -----	37
Tabela 8.2. Meios espaciais -----	38
Tabela 8.3. Equipamentos de classe a) Indispensáveis -----	39
Tabela 8.4. Equipamentos de classe b) Necessários -----	39
Tabela 8.5. Equipamentos de classe c) Recomendáveis -----	40
Tabela 8.6. Bens não- consumíveis -----	41
Tabela 8.7. Bens consumíveis -----	42
Tabela 8.8. Salários dos profissionais -----	42
Tabela 9.1. Cronograma de atividades para a elaboração do projeto -----	43
Tabela 9.2. Cronograma de implementação do projeto-----	43

Índice de Figuras

Figura 3.1. Linfedema do membro superior -----	16
Figura 3.2. Trombose dos vasos linfáticos -----	17
Figura 4.1. Pressoterapia -----	25
Figura 4.2. Bandagem com múltiplas camadas -----	26
Figura 4.3. Contenção elástica do membro superior -----	27
Figura 4.4. Tratamento em grupo -----	28

Lista de siglas e Abreviaturas

CNO: Centro Nacional de Oncologia

QLV: Qualidade de vida

DNA: Ácido desoxirribonucleico

AVDs: Atividades de vida diária

1.1. Natureza do trabalho

Este trabalho (projeto de implementação de serviços de fisioterapia) insere-se no âmbito do mestrado de fisioterapia lecionado na Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa.

O projeto pretende contribuir para a melhoria dos serviços oncológicos prestados em Angola no Centro Nacional de Oncologia (CNO) através da oferta de mais um serviço nomeadamente a fisioterapia que irá resultar em benefícios para as pacientes, assim como para a unidade hospitalar e para sociedade em geral.

O presente trabalho consiste na identificação e caracterização de um problema relevante nos serviços oncológicos prestados no CNO, envolvendo uma revisão bibliográfica que permite apresentar o estado da arte no domínio da oncologia, e a formulação de um projeto de implementação de serviços de fisioterapia que deve dar resposta às questões levantadas.

1.2. Definição do problema

A definição do problema do estudo sob forma de questão tornou-se então o ponto de partida para realização deste trabalho, consistindo na seguinte questão fundamental: como elaborar um projeto de serviços de fisioterapia para futura implementação no CNO?

Com o objetivo de dar resposta ao problema de estudo acima referido, definimos assim a seguinte questão de investigação:

Que passos serão necessários para a elaboração de um projeto de serviço de fisioterapia para futura implementação no CNO?

1.3. Justificativa/pertinência do projeto

A escolha do presente tema foi influenciada por diversos fatores dentre os quais:

- ✚ A área de interesse da autora;
- ✚ O fato de haver pouco acompanhamento às mulheres de Angola com cancro da mama que realizam tratamento no CNO por parte da fisioterapia;
- ✚ O aproveitamento dos conhecimentos adquiridos com a realização de uma formação específica na área da fisioterapia oncológica (curso de tratamento físico do edema/intervenção do fisioterapeuta no cancro de mama- método Leduc);
- ✚ Forte desejo de contribuir para o crescimento da fisioterapia oncológica em Angola; dar contributo fisioterapêutico ao tratamento que é realizado no CNO para as mulheres com cancro da mama;

✚ Realização pessoal.

O cancro de mama é o segundo tipo de cancro mais comum no mundo, as suas taxas de incidência variam de 27 por 100.000 habitantes na África, Oriente médio, Ásia e 96.000 por 100.000 habitantes na Europa ocidental. É o cancro mais frequente nas mulheres tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, com uma estimativa de 1,67 milhões de novos casos diagnosticados em 2012 (25% de todos os cancros). (Globocan, 2012; world health organization. S.d.).

A alta incidência de mulheres angolanas com cancro da mama que buscam tratamento no CNO de Luanda bem como, os benefícios da fisioterapia para essas mulheres, para a entidade hospitalar e para a sociedade perfazem a relevância deste projeto (Agência Angola press, 2013; Portal cancro da mama, s.d.).

O cancro da mama é uma das doenças com maior impacto na sociedade angolana, não só por ser muito frequente e associado a uma imagem de grande gravidade, mas também porque se desenvolve em um órgão cheio de simbolismo na maternidade e na feminilidade (Portal do Cancro, s.d.).

O Centro Nacional de Oncologia, abreviadamente designado CNO, é um estabelecimento público de saúde da rede hospitalar de referência nacional, fundado na década de 70 do século passado, integrado no Serviço Nacional de Saúde para a prestação de assistências no domínio da prevenção, rastreio, diagnóstico precoce e tratamento especializado e inovador dos pacientes oncológicos (Portal do Cancro, s.d.).

Atualmente o CNO reúne as principais opções terapêuticas do campo da oncologia; quimioterapia, radioterapia, cirurgia, hormonoterapia e imunoterapia, não sendo, os serviços de fisioterapia parte do leque de serviços prestados no mesmo Centro Oncológico. Conta também com uma base de dados de registo hospitalar que concentra toda a informação dos pacientes oncológicos, constituindo-se como uma unidade principal oncológica dentro do sistema de saúde de Angola (Portal do Cancro, s.d.).

O notável desenvolvimento das condutas terapêuticas no tratamento do cancro da mama tem resultado no aumento do número de mulheres sobreviventes ao cancro da mama. O elevado aumento do número de mulheres sobreviventes ao cancro da mama demonstra que mais atenção deve ser dirigida a forma como essas mulheres lidam com as consequências do tratamento realizado e como é afetada a sua qualidade de vida após a conclusão do tratamento (Ewertz & Jensen, 2011).

O diagnóstico e prognóstico do cancro da mama, associado à perda da mama, símbolo da feminilidade, representa um profundo impacto na mulher, com fortes implicações a nível

físico, social, psicológico, afectando a percepção da sexualidade e da imagem corporal, com consequente diminuição da qualidade de vida (Martinho, 2012).

O processo de reabilitação inclui lidar não só com os efeitos dos tratamentos concluídos, mas também a gestão dos efeitos colaterais dos tratamentos em andamento, além de ajudar as mulheres a superar as consequências psicológicas do diagnóstico de cancro tais como medo de recidivas, depressão, e as implicações sociais como perda de emprego (Ewertz & Jensen, 2011).

A fisioterapia enquanto parte do processo de reabilitação lida e intervêm nas consequências físicas e psicológicas de determinadas condutas terapêuticas quer sejam cirúrgicas ou não. Tendo assim um papel fundamental no tratamento das mulheres depois de a doença estar controlada (Martinho 2012 cit. Henscher, 2007).

O objetivo geral deste trabalho consiste na elaboração de um projeto de serviços de fisioterapia para futura implementação no CNO para atendimento das mulheres com cancro da mama.

1.4. Sistematização do projeto

O trabalho encontra-se estruturado por capítulos, sendo apresentado de seguida a ordem e as temáticas dos mesmos:

No capítulo 1 será realizada uma introdução ao projeto.

No capítulo 2 será apresentada a finalidade bem como os objetivos do projecto.

No capítulo 3 será realizado o enquadramento teórico através de uma revisão da literatura que permitiu descrever o estado da arte da fisioterapia no cancro da mama.

No capítulo 4 correspondente ao projeto de implementação do serviço de fisioterapia serão apresentados tópicos importantes sobre o funcionamento do projeto durante a sua implementação.

No capítulo 5 Serão apresentadas as etapas que serão seguidas para a implementação do projeto.

No capítulo 6 será apresentada a viabilidade do projeto de acordo com a revisão bibliográfica realizada.

No capítulo 7 serão apresentados os métodos considerados adequados para responder á questão de investigação, delineando-se o tipo de estudo e a população alvo. Assim como a metodologia que será seguida no estudo para avaliação dos resultados e indicadores de sucesso do projeto.

No capítulo 8 Serão apresentados os recursos espaciais, humanos e materiais necessários para

a implementação do projeto.

No capítulo 9 será apresentado o cronograma de atividades para elaboração do projeto assim como o cronograma de actividades para implementação do projeto proposto.

No capítulo 10 Serão apresentados os resultados esperados e sua discussão com base na evidência científica.

No capítulo 11 correspondente a conclusão será realizada uma apreciação das consequências práticas que se podem esperar da implementação do projeto.

No capítulo 12 serão apresentadas as referências bibliográficas consultadas de acordo com a norma da APA.

2. Apresentação do projeto

2.1. Finalidade

A finalidade deste trabalho de investigação é contribuir para o aumento da qualidade dos serviços oncológicos prestados às mulheres de Angola com cancro de mama no CNO, sendo para o efeito necessário a prévia construção e futura implementação do projeto de serviços de fisioterapia.

2.1.1. Apresentação sumária da actividade/ideia

O presente projeto baseia-se na implementação de serviços de fisioterapia como parte integrante do tratamento oncológico realizado no CNO. Sendo a oncologia um campo vasto, decidimos restringir-nos apenas á área do cancro da mama. Sendo também o cancro da mama a patologia de maior incidência no CNO (Agência Angola press, 2013).

Uma vez que a ausência dos serviços de fisioterapia como parte da reabilitação da mulher com cancro da mama representa uma lacuna nos serviços prestados no CNO apresentamos aquilo que em nosso entender deveria ser uma realidade, e que o é já noutros países.

Outro objetivo deste projeto é demonstrar os benefícios da fisioterapia na funcionalidade e na qualidade de vida das mulheres de Angola com cancro da mama que realizam tratamento no CNO. A concretização deste objetivo será realizada através de um estudo observacional descritivo transversal.

A implementação dos serviços de fisioterapia visa melhorar a qualidade de vida das mulheres submetidas ao tratamento do cancro da mama, assim como a redução dos custos pessoais e hospitalares, além disso possibilita a formação de um banco de dados com informações sobre fatores de risco e incidência de complicações, avaliação de condutas empregadas bem como o planeamento do serviço (Bergmann, Ribeiro, Pedrosa, Nogueira & Oliveira, 2006).

2.1.2. População-alvo

A população-alvo definida para este projeto serão mulheres de Angola submetidas a tratamento por cancro da mama no CNO. Optamos por essa população por se tratar da única unidade hospitalar do país especializada no tratamento destas mulheres.

2.1.3. Sector de atividades em que se insere

O presente projeto insere-se no sector de fisioterapia. Este compreende as atividades de fisioterapia em estabelecimentos de saúde com prática clínica em ambulatório. Estas atividades envolvem vários tipos de actos fisioterapêuticos, desde o diagnóstico em fisioterapia ao tratamento.

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo Geral do estudo

O presente trabalho tem como objetivo geral:

- ✚ Construção de um serviço de fisioterapia para o CNO

2.2.2. Objetivo específico

Definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- ✚ Elaborar um diagnóstico funcional do contexto do CNO;
- ✚ Construir um projeto de serviços de fisioterapia para o CNO.

3. Revisão da literatura

3.1. Cancro da mama

O cancro de mama é um problema de saúde pública em todo o mundo. É uma das doenças mais temidas tanto pela sua alta incidência e mortalidade como pelas consequências do seu tratamento. Constitui um grande problema de saúde com impactos económicos e psicossociais da paciente e sua família (Bernal & Morillo, 1999; Conzen, Grushko & Olopade, 2008).

O cancro da mama é provocado pela multiplicação rápida e desorganizadas das células da mama, geneticamente modificadas por um erro na multiplicação celular, podendo atingir várias regiões da mama ou, metastizar-se para outros tecidos do corpo como ossos, pulmões, fígado e sistema nervoso central (Furlan. Et al., 2013 cit. Abud, Cardoso, Matheus, 2008).

3.1.1. Fatores de risco

Muitos fatores são associados ao aumento do risco de desenvolver cancro da mama assim, sendo a etiologia do cancro da mama multifatorial (Lorhisch & Piccart, 2006). Júnior e Soares (2012) agruparam os fatores de risco em três grupos que serão apresentados na tabela 3.1:

Tabela 3.1. Fatores de risco do cancro da mama

Risco muito elevado	Risco moderado	Risco pouco elevado
Mãe ou irmã com cancro de mama na pré-menopausa;	Mãe ou irmã com cancro da mama na pós-menopausa;	Menarca precoce (12 anos);
Antecedentes de hiperplasia epitelial atípica ou neoplasia lobular in situ;	Nuliparidade;	Menopausa tardia (55 anos);
Susceptibilidade genética comprovada.	Antecedentes de hiperplasia epitelial sem atipia ou macrocistos apócrinos.	Primeira gestação a termo depois de 34 anos de idade;
		Obesidade;
		Dieta gordurosa;
		Sedentarismo;
		Terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos;
		Ingestão alcoólica excessiva;
		Exposição da mama a radiações ionizantes

A maioria desses fatores transmite um pequeno a moderado aumento no risco para qualquer mulher individual. Tem sido estimado que aproximadamente 50% das mulheres que desenvolvem cancro da mama não apresentam fatores de risco identificados além do aumento da idade e do sexo feminino (Conzen, Grushko, Olopade, 2008). Segundo Hernández (2000) 70-80% das mulheres com cancro da mama não apresentam nenhum fator de risco

identificado.

3.1.2. Prevenção

A identificação dos fatores de risco associados ao cancro da mama conduziu a um esforço na prevenção do cancro da mama para mulheres com risco elevado e não só, assim sendo, inúmeras estratégias têm sido consideradas para prevenção do cancro da mama dentre as quais a modificação dos fatores de risco, alteração do estilo de vida, terapia medicamentosa bem como a cirurgia profilática (American cancer society, s.d ; Dickson & Lippman, 2001).

A implementação de programas de diagnóstico precoce com base na percepção dos sinais e sintomas precoces e o encaminhamento imediato para o diagnóstico e tratamento do cancro da mama visando melhorar os resultados do tratamento e aumentar a taxa de sobrevivência continua a ser a pedra angular do controle do cancro da mama (World health organization, s.d.).

3.1.3. Rastreio

O rastreio do cancro da mama é um método eficiente que utiliza a combinação entre o exame físico feito pela paciente e pelo médico e a mamografia para a detecção precoce e em estadios mais baixos do cancro da mama possibilitando dessa forma um alto potencial de cura, em indivíduos assintomáticos da população geral ou em grupos de alto risco (Rosenthal, 1995; American cancer society, s.d).

Segundo o autores acima citados as mulheres de alto risco necessitam de acompanhamento rigoroso, sendo que para as mulheres da população geral a sociedade americana do cancro preconiza o acompanhamento descrito na tabela 3.2.

Tabela3.2. Rastreio do cancro da mama

Idade	Rastreio
20 Anos	Auto-exame mensal
20-40 Anos	Exame físico realizado pelo médico a cada três anos, e anualmente após os 40 anos
35-40 Anos	Mamografia para posteriores comparações
40-50 Anos	Mamografia anual ou a cada dois anos, e anualmente após os 50 anos

3.1.4. Diagnóstico

A detecção precoce do cancro da mama é realizada através do diagnóstico precoce que inclui

o exame clínico, auto-exame da mama e do rastreamento que inclui a mamografia (diagnóstica e de rastreamento). A ultrassonografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada, cintilografia são exames úteis como complementares da mamografia bem como no esclarecimento de dúvidas (Júnior Soares, 2012).

O diagnóstico do cancro da mama é realizado com base em dados obtidos a partir do exame clínico, da imagiologia e da morfologia (Hernández, 2000; Burstein, et al. 2007).

O exame clínico permite detetar a presença de sinais e sintomas característicos do cancro da mama como nódulo mamário, alterações da pele e do mamilo, gânglios axilares aumentados e fixados entre si, corrimento mamilar (Hernández, 2000).

A morfologia (citologia/biopsia) permite confirmar o diagnóstico bem como aos fatores de prognóstico (Hernández, 2000; Burstein, et al. 2007)

Os testes imagiológicos mamários (mamografia, ultrassonografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada, cintilografia) juntamente com o exame clínico permitem chegar ao diagnóstico de 95% das lesões malignas da mama (Hernández, 2000; Burstein, et al. 2007).

No seu estudo Moreira, Silva & Canavarro (2008) demonstraram que o diagnóstico de cancro da mama tem um impacto tanto no ajustamento psicossocial como na qualidade de vida das mulheres sendo este diferente de acordo com a fase do curso da doença em que as mulheres se encontram.

O estadiamento do cancro da mama é realizado com o objetivo de determinar a escolha do tratamento do paciente, estimar o prognóstico da doença e comparar o resultado de diferentes programas de tratamento. Pode ser baseado em achados clínicos/patológicos classificados de acordo com o sistema para a classificação clínica do cancro da mama TNM da American Joint Committee on Cancer em que T: Tamanho do tumor; N: gânglios linfáticos axilares homolaterais; M: existência de metástases (Dickson & Lippman, 2001).

3.2. O tratamento do cancro da mama

O tratamento para o cancro de mama deve ser efectuado por uma equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista com o objetivo de potencializar a efectividade da intervenção realizada de forma a melhorar a qualidade de vida das pacientes após o tratamento favorecendo o seu retorno às atividades físicas, sociais e profissionais (Júnior & Soares, 2012).

O tratamento do cancro da mama é complexo e na maioria dos casos compreende tratamento local inclui a cirurgia e a radioterapia ou sistémico inclui a quimioterapia e a hormonioterapia, tendo como objetivos obter o controlo local da doença e prevenir o surgimento de recidivas

sistêmicas (Hernández, 2000; Picaró e Perloiro, 2005).

As tomadas de decisões terapêuticas para a instituição do tratamento adequado são baseadas no estadiamento, no tamanho do tumor, no tipo e grau histológicos, no *status* linfonodal, nos níveis dos receptores de estrogênio e progesterona no tecido tumoral, o status menopausal e as condições clínicas gerais das pacientes (Júnior & Soares, 2012).

3.2.1. Tratamento cirúrgico

A cirurgia no câncer de mama promove o controle local da doença, proporciona maior sobrevida, orienta a terapia sistêmica, define o estadio cirúrgico da doença e identifica o grupo de maior risco de metástase à distância. Ela pode ser conservadora (tumorectomia, quadrantectomia) e não conservadora da mama (mastectomia radical modificada) (Camargo & Marx, 2000; Marx, 2006).

Durante muitos anos a mastectomia radical modificada foi o tratamento padrão para o cancro da mama, no entanto, atualmente observa-se uma mudança na abordagem terapêutica para a doença em estadios iniciais que tende a ser mais conservadora. Esta abordagem cirúrgica mais conservadora consiste na exérese cirúrgica (tumorectomia ou quadrantectomia), tratamento axilar (linfonodo sentinela com ou sem esvaziamento axilar) seguida de radioterapia (Marta, Hanna, Martella, Silva & Carvalho, 2011).

O gânglio sentinela é o primeiro gânglio axilar que recebe a drenagem linfática do tumor. Atualmente realiza-se a biópsia do gânglio sentinela com o objetivo de definir o estadio da axila e reduzir o índice de realização de linfadenectomia axilar. A biópsia é realizada através de uma técnica cirúrgica a linfocintilografia com o objetivo de traçar uma imagem para demonstrar a localização da drenagem linfática do tumor. O gânglio é retirado e examinado e, se positivo, é realizado o esvaziamento ganglionar axilar (Marx, 2006 cit. Early breast cancer trialist collaborative group. 1998).

Segundo Lorhisch & Piccart (2006) as complicações pós-cirurgia do cancro da mama como a restrição da amplitude de movimento do ombro (em razão do freio da cicatriz subcutânea), a dormência nas axilas e na parede torácica lateral (devido a lesão do nervo intercostobraquial), e o linfedema (devido a obstrução da rede de drenagem axilar) podem ocorrer de forma aguda, mas a probabilidade de que essas sequelas sejam tardias podendo tornar-se crônicas é maior.

Um estudo (n=28) realizado por Bregagnol & Dias (2010) demonstrou que o procedimento cirúrgico de linfadenectomia axilar total resulta em alterações pós-operatórias como diminuição da amplitude do movimento de flexão e abdução do ombro do lado operado e

alterações da função pulmonar e da força dos músculos respiratórios que se mantêm até 30 dias depois de realizada a cirurgia, edema próximo a região axilar.

Chen et.al. (2014) realizaram um estudo com o objetivo de verificar a eficácia da associação da cirurgia conservadora da mama com radioterapia axilar sem linfadenectomia *versus* mastectomia radical modificada no tratamento do cancro da mama, concluíram que a cirurgia conservadora da mama mais radioterapia axilar tem maior eficácia que mastectomia radical modificada.

Segundo Lauridsen et al., (2005), o efeito do tratamento de fisioterapia em pacientes mastectomizadas é influenciado pelo tipo de cirurgia bem como pela aplicação de tratamento radioterápico, sendo o comprometimento da função do ombro menos frequente e menos grave na cirurgia conservadora da mama do que na mastectomia radical modificada.

É importante que os profissionais de saúde especialmente os fisioterapeutas conheçam as alterações pós-cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total visando prevenir ou minimizar complicações físico-funcionais que possam dificultar a recuperação das mulheres no pós-operatório de cancro da mama (Bregagnol & Dias, 2010).

3.2.2. Radioterapia

A radioterapia tem como objetivo destruir as células malignas remanescentes no leito tumoral, através de raios ionizantes que interferem nas moléculas de DNA bloqueando a divisão celular ou determinando a sua destruição na tentativa de realizar divisão celular. A radioterapia é um tratamento com carácter local e regional, sua acção é restrita à área tratada, não representando risco de lesão aos órgãos fora do campo de irradiação (Camargo & Marx, 2000).

Nas últimas décadas tem se verificado a evolução das condutas terapêuticas do cancro da mama e a radioterapia não é exceção. As novas técnicas da radioterapia permitiram uma redução significativa do impacto dos resultados e ocorrência dos seus efeitos adversos (Haddad, 2011).

Os efeitos colaterais da radioterapia são: linfedema, diminuição da mobilidade do braço, necrose dos tecidos moles, fratura das costelas, pneumonite por radiação, irritações ou leves queimaduras na pele, inflamações das mucosas, queda de cabelo nas áreas irradiadas e diminuição nas contagens das células do sangue. A intensidade destes efeitos colaterais varia de acordo com as doses utilizadas e regiões tratadas. O actual desenvolvimento no sector da radioterapia tem permitido uma maior exactidão na aplicação das irradiações, determinando melhores resultados com mínimos efeitos colaterais (Dickson & Lippman, 2001; Haddad,

2011).

Tem sido cada vez mais aceite a hipótese de que a melhora do controle local do cancro da mama através da adição da radioterapia como complemento da cirurgia ter importante papel para a redução das chances de recidivas locais, de metástases a distancia e suas consequências (Haddad, 2011).

A radioterapia convencional prescrita a título adjuvante, para o controle local da doença administra habitualmente 50 Gy em 25 frações durante cinco semanas com um incremento final que pode ser de 10-16 Gy sobre o leito tumoral. Atualmente desenvolveu-se uma forma de administração da radioterapia em dose única e elevada durante o ato operatório (IORT) que parece constituir uma alternativa possível ao tratamento convencional e que tem tido aceitação por parte da comunidade médica (Alves, 2013).

3.2.3. Quimioterapia

A quimioterapia consiste na ingestão drogas medicamentosas que destroem às células tumorais, através da interferência na síntese ou na transcrição do ácido desoxirribonucleico (DNA),agredindo principalmente as células em divisão. No cancro da mama, a quimioterapia realizada com uma combinação de medicamentos mostrou-se mais eficaz do que o uso de medicamentos isoladamente. (American cancer society, s.d).

Para além de bloquear as reacções químicas comuns ao tumor os agentes quimioterápicos bloqueiam também as reacções químicas comuns aos tecidos sadios causando uma enorme frequência de efeitos colaterais. Alguns efeitos colaterais comuns são: queda dos cabelos devido a acção das drogas sobre raiz; queda na produção das células do sangue tornando o paciente menos disposto às atividades físicas e susceptível a infecções e sangramentos e inflamações do trato digestivo que podem se manifestar como aftas ou diarreia (Camargo & Marx, 2000).

Segundo a American cancer society (s.d) algumas mulheres podem ter muitos efeitos colaterais ao passo que outras tem apenas alguns, uma vez que estes efeitos dependem do tipo de droga, a quantidade tomada e da duração do tratamento.

3.2.4. Hormonioterapia

A hormônioterapia é realizada em pacientes que apresentam receptores hormonais de estrogénio ou progesterona positivos nas células tumorais da mama. Para a realização desta

terapia a paciente deve apresentar pelo menos dois dos seguintes factores: receptores hormonais positivos, longo intervalo livre de doença (mais de dois anos), doença metastática limitada aos tecidos moles e esqueleto e resposta anterior à hormonioterapia (Camargo & Mark,2000).

A hormonioterapia com tamoxifeno é o tratamento de escolha para mulher na pós-menopausa com doença avançada e com receptores hormonais positivos. Seus efeitos tóxicos são semelhantes aos sintomas observados na menopausa, podendo ocorrer sangramento vaginal, retenção hídrica, irregularidade menstrual, alterações na córnea, neurite óptica e retinopatia (American cancer society, s.d).

3.2.5. Reconstrução da mama

A reconstrução da mama é considerada como parte integrante do tratamento do cancro da mama, constitui uma tentativa de preservar ou restabelecer o equilíbrio psico-emocional da paciente, buscando a completa cura com uma boa qualidade de vida (Lange, 2014 cit. Figueiredo et al., 1986).

Segundo Camargo & Mark (2000) a reconstrução da mama tem por objetivo restaurar o volume da mama perdido, conferindo simetria com a mama contralateral; reconstruir o complexo aureolo-mamilar assim como restabelecer a auto-estima das pacientes.

No seu estudo (n=22) Furlan et al., (2013), concluiu que as mulheres que realizam apenas mastectomia possuem maior fragilidade emocional quando comparadas com mulheres que realizaram mastectomia com reconstrução da mama.

A reconstrução mamária pode ser imediata ou tardia, sendo que na reconstrução imediata a paciente não vivencia a deformidade da mastectomia, uma vez que já termina a cirurgia com sua mama reconstruída (Lange, 2014 cit. Vieira, 1986); ao passo que na reconstrução tardia a paciente não realiza nenhum procedimento reconstrutivo no momento da mastectomia, realizando-a apenas quando for autorizada pelo oncologista e o mastologista (Lange, 2014 cit. Almeida, 2009).

Segundo o autor acima referido existem várias técnicas disponíveis para a reconstrução da mama como: expansores, retalho do músculo grande dorsal, retalho do músculo reto abdominal, e reconstrução do complexo areolo-mamilar; sendo que na escolha da técnica a ser utilizada é preciso avaliar a quantidade de tecido remanescente e a qualidade da pele local.

3.3. Complicações pós-cirúrgicas

O acentuado desenvolvimento das condutas terapêuticas do cancro da mama permitiu um

aumento considerável da sobrevivência destas doentes mas, muitas vezes esse ganho é conseguido à custa de graves efeitos adversos que representam um impacto significativo nas atividades de vida diária e na qualidade de vida das pacientes submetidas ao tratamento de cancro da mama (Lahoz et al. 2010).

Uma revisão da literatura realizada por Ewertz & Jensen (2011) demonstrou que as mulheres que realizam tratamento do cancro da mama podem experimentar um número substancial de efeitos colaterais físicos, psicológicos bem como sociais que podem persistir por anos após o tratamento primário.

Várias complicações decorrentes do tratamento do cancro da mama têm sido relatadas dentre as quais limitação do movimento do ombro, fraqueza do membro superior, linfedema, dor, redução da qualidade de vida são limitações comumente relatadas do tratamento do cancro da mama (Lee, Kilbreath, Refshauge, Herbert, Beith, 2008).

3.3.1. Dor

A dor persistente após mastectomia é definida como dor crônica que tem início após mastectomia ou quadrantectomia, localizada na face anterior do tórax, axila e/ou na metade superior do braço, que persiste por um período superior a três meses após a cirurgia (Couceiro, Menezes, Valença, 2009 cit. International association for the study of pain, 1994).

A dor após cirurgia do cancro da mama pode ser nociceptiva resultante da lesão nos músculos e ligamentos que normalmente tende a ser transitória ou dor neuropática devido a lesão do tecido nervoso que tende a ser mais persistente (Couceiro *et al.*, 2009; Ewertz & Jensen, 2011 cit. Jung et al., 2003).

A dor neuropática resultante do tratamento cirúrgico do cancro da mama subdivide-se em dor da mama fantasma; neuralgia do intercostobraquial; dor resultante da presença de neuroma; dor por lesão de outros nervos (Jung et al., 2003; Couceiro *et al.*, 2009).

Alguns fatores de risco para a dor após cirurgia do cancro da mama são quimioterapia, radioterapia, idade, condição psicossocial, dor mamária pré-operatória, intensidade da dor aguda pós-operatória (Poleshuck, et al., 2006; Kudel, et al., 2007; Gartner, et al., 2009).

Em uma revisão sistemática de 32 estudos publicada em 2007 a prevalência da dor no membro superior e ombro variou entre 9 e 68%, na mama e cicatriz, variou entre 15 e 72% 6 a 56 meses depois da cirurgia. A idade foi um indicador significativo da dor sendo as mulheres com idade inferior a 40 anos 3,6 vezes mais propensas a relatar dor do que as mulheres com idade entre 60-69 anos, a dissecação axilar e a radioterapia também foram associados a níveis significativamente mais altos de dor (Lee et al., 2008; Ewertz & Jensen 2011).

A presença da dor limita a realização das AVDs como conduzir: cuidar da família; lazer e na atividade sexual resultando na diminuição da QLV destas mulheres (Couceiro *et al.*, 2009 cit. Stevens *et al.*, 1995).

Esse sintoma tende a diminuir com o tempo mas em 20 % das pacientes o sintoma persiste até três anos após a cirurgia. A reabilitação física pode ser útil no tratamento da dor neuropática e nociceptiva relacionada com o cancro (Hwang & Shin, 2007; Ewertz & Jensen 2011).

3.3.2. Limitação articular

No pós-operatório imediato observa-se nas pacientes dificuldade de movimentação das articulações do ombro, na realização de movimentos como a abdução, flexão anterior, rotação externa associada a abdução. Dentre os factores limitantes do movimento da articulação do ombro estão a dor proveniente da tração exercida na cavidade axilar, na parede torácica e no membro superior; a cicatriz da cavidade axilar pois a paciente tem medo de tirar o dreno aspirativo de posição e de desunir as bordas cirúrgicas; a modificação da fisiologia das estruturas da cavidade axilar devido a retirada da lâmina celuloadiposa no esvaziamento axilar podendo levar a aderências e a restrição articular do ombro bastante dolorosa (Camargo & Marx, 2000)

De acordo com o autor acima, a contracção muscular é um fator de aspiração da linfa para dentro do vaso linfático. Se amplitude de movimentos não estiver totalmente recuperada, a contracção de fibras musculares da cintura escapular não será normal, elevando o risco de formação de linfedema no membro superior (Camargo & Marx, 2000).

3.3.3. Linfedema

O linfedema em mulheres que realizaram tratamento do cancro de mama é definido como o acúmulo de líquido rico em proteínas no braço que ocorre quando a drenagem linfática axilar do braço é interrompida devido a linfadenectomia axilar, radioterapia ou ambos (Harris, S. R., Hugi, M. R., Olivotto, I. A., Levine, M., 2001).



Figura 3.1 Linfedema do membro superior.

Fonte: <http://www.tumorealseno.info/html/dsnews/9-19>

[2012/comparing_bioelectrical_impedance_values_in_assessing_early_upper_limb.](https://www.google.pt/search?q=bandagem+com+multiplas+camadas+para+o+linfedema+do+membro+superior)

<https://www.google.pt/search?q=bandagem+com+multiplas+camadas+para+o+linfedema+do+membro+superior>

Após o tratamento do câncer de mama, o linfedema pode ter início precoce 3 meses após a cirurgia, ou mais tarde. Raramente aparece na primeira semana pós-operatório, mas pode ocorrer 20 anos depois, sem qualquer causa aparente (Leduc, 2008).

De acordo com a Sociedade internacional de Linfologia (2003), o linfedema apresenta os seguintes estadios apresentados na tabela 3.3.

Tabela3.3. Estadios do linfedema

Estadios	Característica clinica
0 (Sub-clinico)	Edema não evidente, apesar de o transporte da linfa estar prejudicado.
I	Acúmulo precoce de fluido com um teor de proteína relativamente alto. O sinal de godet é positivo. Existe uma diminuição do edema quando o membro está elevado.
II	Não existe uma diminuição do edema quando o membro está em elevação. O sinal de godet torna-se menos positivo.
III	Elefantíase. Alterações tróficas na pele. Sinal de godet ausente.

O linfedema apresenta sintomas como stress, sensação de peso e dor neuropática na extremidade, diminuição da mobilidade, dormência, diminuição da força, sendo essas pacientes frequentemente afetadas pela erisipela que é resultado de celulite estreptocócica, e é caracterizada por eritema localizado, calor, febre, náuseas e calafrios (Hwang & Shin, 2007).

Existe uma correlação entre a evolução do linfedema e o início da fisioterapia, sendo o linfedema mais grave quanto mais tardia for a intervenção ou seja, quanto mais cedo o linfedema for diagnosticado e tratado melhores serão os resultados do seu tratamento (Picaró e Perloiro, 2005).

3.3.4. Trombose dos vasos linfáticos

Refere-se a uma estrutura como corda que se desenvolve principalmente na axila mas pode-se estender até ao cotovelo e por vezes atingem o pulso do membro superior ipsilateral a biopsia do gânglio sentinela e/ou esvaziamento axilar. É provocada pela esclerose dos vasos linfáticos e normalmente limita o movimento do ombro (Leduc, 2008; Tilley, Maclean, Kwant, 2009).

Os cordões causam morbidade significativa pois limitam a amplitude de movimento do ombro causando dormência, dor e sensação de aperto que resultam em limitação funcional (Kepics, 2007).



Figura 3.2 Trombose dos vasos linfáticos

Fonte: <https://www.google.pt/search?q=axillary+web+syndrome&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=HrrvU>.

3.4. Qualidade de vida da mulher com cancro da mama

Com os avanços científicos vivenciados no século XX o cancro deixou de ser uma doença rapidamente fatal para muitos, tornando-se numa doença crónica que dura meses ou anos, com tratamentos complexos e muitas vezes tóxicos (Pimentel, 2006).

O diagnóstico precoce bem como as condutas terapêuticas cada vez mais eficazes têm contribuído para o aumento do número de sobreviventes do cancro da mama, transformando a qualidade de vida dessas mulheres um assunto de grande importância (Mols et al. 2005).

Um estudo descritivo (n=42) realizado por Fangel, Panobianco, Kebbe, Almeida, Gozzo (2013) com o objetivo de avaliar a capacidade funcional, qualidade de vida e a correlação entre essas variáveis de mulheres com cancro de mama que terminaram o tratamento oncológico há no máximo um ano, concluiu que as mulheres com cancro de mama vivenciam alterações na capacidade funcional que prejudica a realização das suas tarefas cotidianas, sua participação social levando a um comprometimento da sua qualidade de vida.

Em seu estudo (n=29) Lahoz et al. (2010) realizado com o objetivo de avaliar a funcionalidade do membro superior, qualidade de vida e as atividades de vida diária de mulheres submetidas a mastectomia verificaram que houve diminuição da amplitude de movimento e da força muscular nos movimentos de rotação lateral, flexão e abdução do

ombro que associada a queixa de dor no ombro pode ter promovido um impacto negativo na qualidade de vida. Atualmente o índice de sobrevivência ao cancro da mama é crescente, o que implica necessariamente uma nova abordagem terapêutica que vá de encontro com as necessidades dessas mulheres.

Segundo Martinho (2012), após cirurgia do cancro da mama a recuperação da função do membro superior demora mais tempo a acontecer do que as expectativas gerais das mulheres. Sendo referido por várias mulheres dificuldades para realizar as tarefas simples do cotidiano como: conduzir, dormir, tarefas domésticas e jardinagem, somando a reduzida capacidade para realizar as suas tarefas ocupacionais.

3.5. Reabilitação física da mulher com cancro da mama

Segundo Hwang & Shin (2007) a reabilitação física pode ser definida como o processo de retorno de uma pessoa a um nível superior da função após uma doença.

Os pacientes com cancro têm recorrentes problemas médicos, físicos, sociais, financeiros e psicológicos que contribuem para a incapacidade e perda da função. Para dar resposta adequada e esses problemas, faz-se necessária a intervenção de uma equipa multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social (Hwang & Shin, 2007; Júnior & Soares, 2012)

O fisioterapeuta é o profissional de eleição para diagnosticar e tratar as várias sequelas resultantes do tratamento cirúrgico e terapias adjuvantes, no sentido de promover a funcionalidade e a qualidade de vida, desempenha um papel importante no tratamento das pacientes com cancro da mama, como educador, dando informações sobre o risco de desenvolvimento do linfedema secundário, estratégias preventivas, sinais e sintomas e opções de tratamento (Martinho, 2012).

Existe um consenso europeu elaborado através de um painel de peritos a nível europeu sobre a atuação do fisioterapeuta na reabilitação da mulher com cancro da mama tendo em conta os diferentes problemas inerentes a esta condição. O consenso permitiu a elaboração de linhas orientadoras que definem os processos recomendados na intervenção do fisioterapeuta no pós-cirúrgico do cancro da mama incluindo a intervenção no internamento, intervenção no ambulatório, tratamento de complicações específicas, prevenção e tratamento do linfedema (Leduc, 2008). Este consensus será utilizado como base para a montagem do protocolo de tratamento realizado no nosso projeto.

3.6. Fisioterapia no cancro da mama

O notável desenvolvimento no diagnóstico bem como no tratamento do cancro da mama tem permitido a redução da morbidade através de modelos de tratamentos voltados para o paciente e sua qualidade de vida. Não obstante, os efeitos da própria patologia, das terapias oncológicas adjuvantes bem como a imobilização prolongada resultante da doença e das terapias oncológicas implicam a relevância da atuação do fisioterapeuta em oncologia. (Lorhisch & Piccart, 2006; Harris, S. R., Schmitz, K. H., Campbell, K. L., McNelly, M. L. 2012).

A fisioterapia lida e intervêm nas consequências físicas e psicológicas de determinadas condutas terapêuticas quer sejam cirúrgicas ou não. Tendo assim um papel fundamental no tratamento das pacientes depois de a doença estar controlada (Martinho 2012 cit. Henscher, 2007).

A intervenção do fisioterapeuta no cancro da mama fundamenta-se essencialmente em quatro aspectos (Ferrandez & Serin, 2006):

- ❖ Risco de existir uma diminuição acentuada das amplitudes articulares do ombro: provocada pela cirurgia devido a dor, a cicatriz, complicações linfáticas precoces;
- ❖ Imperativo radioterápico: para a realização da radioterapia será necessário que a paciente tenha uma amplitude de abdução (90°) e rotação externa;
- ❖ Prevenção e tratamento de complicações: as mulheres no pós-operatório do cancro da mama apresentam um grande risco de desenvolver linfedema bem como infecções subcutâneas;
- ❖ Efeitos psicológicos: o diagnóstico e o tratamento do cancro da mama provocam notáveis alterações no estado emocional (stress, ansiedade, depressão).

A fisioterapia ajuda a restaurar a função da articulação do ombro e do membro superior em geral; atua sobre a prevenção do linfedema do membro superior e infecções subcutâneas; permite suportar melhor o estado de *stress* psicológico; facilita o retorno ao estado social prévio ajudando as pacientes a alcançar uma maior independência funcional aproveitando as suas potencialidades e respeitando as suas limitações (Camargo & Marx, 2000; Giacon, F. P., Peixoto, B. O., Kamonseki, D. H., Neto, L. F. S., 2013; Duarte, N. 2014).

Um estudo (n=139) realizado por Lauridsen et.al (2005) demonstrou que a fisioterapia melhora a função do ombro em pacientes que realizaram tratamento cirúrgico do cancro da mama.

As áreas de atuação do fisioterapeuta no cancro de mama são (Duarte, N. 2014):

- a) Funcional;
- b) Psicossocial;
- c) Ocupacional ou vocacional;
- d) Estética.

a) Funcional

O fisioterapeuta tem como prioridade a reeducação da cintura escapular, reeducação das cicatrizes, reeducação das complicações vasculares bem como a reeducação das complicações neurológicas (Duarte, 2014).

No seu estudo (n=160) Batiston e Santiago (2005) concluíram que a alta incidência de complicações físico-funcionais observadas entre as mulheres estudadas poderia ser prevenida através da intervenção precoce da fisioterapia.

No tratamento de pacientes operadas ao cancro de mama, seja qual for a técnica cirúrgica empregada existe a necessidade básica de reeducação da cintura escapular e do membro superior. Com o objetivo principal de restabelecer o mais rapidamente possível a função do membro superior, bem como atuar como fator preventivo de complicações na formação de cicatrizes hipertróficas e aderentes e de disfunções linfáticas que possam se estabelecer, tais como o linfedema de membro superior (Camargo & Marx, 2000).

A imobilização total do membro superior homolateral à cirurgia visando favorecer a aderência das bordas cirúrgicas, é responsável pelo aparecimento de retracções muito grandes, limitando a amplitude normal dos movimentos e aumentando o risco do aparecimento de linfedema e outras complicações. Sendo a cinesioterapia realizada ativamente pela paciente com a orientação cuidadosa do fisioterapeuta decisiva na reabilitação da amplitude de movimentos da cintura escapular bem como na diminuição das complicações pós-cirúrgicas (Camargo & Marx, 2000).

Luz & Lima (2011) realizaram uma revisão da literatura com o objetivo de verificar e avaliar os benefícios dos recursos fisioterapêuticos no tratamento e na prevenção do linfedema pós-mastectomia e, concluíram que a fisioterapia com os seus diversos recursos é a escolha mais eficiente no tratamento do linfedema pós-mastectomia, pois melhora e mantém a funcionalidade da circulação linfática além de prevenir recidivas de infecções.

Um estudo (n=120) realizado por Lacombe, M. T. et al. (2010) cujo objetivo era determinar a eficácia da fisioterapia precoce na redução do risco de linfedema secundário após a cirurgia de cancro da mama demonstrou que a fisioterapia precoce pode ser uma intervenção eficaz na

prevenção de linfedema secundário nas mulheres mastectomizadas por um período de pelo menos um ano após a cirurgia de cancro da mama com linfadenectomia axilar.

b) Psicossocial

A este nível o fisioterapeuta ajuda a paciente e a família a lidar com seus medos, ansiedades e a valorizar a aparência física e a sexualidade através do esclarecimento de questões, da motivação a valorização dos aspectos positivos e do estímulo ao convívio com mulheres operadas a mais tempo e que se encontrem clinicamente bem (Duarte, 2014).

c) Ocupacional ou vocacional

O fisioterapeuta ensina a paciente a ter um novo comportamento para com o membro superior do lado operado e aconselha-a sobre algumas adaptações a realizar na sua vida laboral de forma a prevenir o aparecimento de infecções subcutâneas e de linfedema (Duarte, 2014).

d) Estética

O fisioterapeuta atua de forma a potencializar os resultados obtidos com a prótese temporária, prótese definitiva bem como na reabilitação após reconstrução mamária (Duarte, 2014).

Assim sendo, pode-se considerar que a fisioterapia é indispensável na recuperação das mulheres operadas ao cancro da mama, facilitando o retorno mais rápido às AVDS e permitindo a sua reintegração na sociedade, sem limitações funcionais (McNeely et al., 2010).

3.7. Caracterização do Centro Nacional de Oncologia

A presente caracterização do CNO foi realizada com base em informações disponíveis no seu portal (Portal cancro da mama, s.d) assim como numa visita realizada ao centro oncológico.

O Centro Nacional de Oncologia, abreviadamente designado CNO, é um estabelecimento público de saúde da rede hospitalar de referência nacional, fundado na década de 70 do século passado, integrado no Serviço Nacional de Saúde para a prestação de assistências no domínio da prevenção, rastreio, diagnóstico precoce e tratamento especializado e inovador dos pacientes oncológicos. Geograficamente encontra-se situado no Distrito da Maianga, Rua Amílcar Cabral S/N, Município de Luanda, e a sua área de influência engloba as 18 Províncias e os respetivos municípios.

Estruturalmente o Hospital conta com um amplo serviço de consulta externa, onde funcionam as consultas de rastreio, oncologia clínica, mastologia, urologia, pediatria oncológica, psicologia, cirurgia, radioterapia e apoio social. Existem também os serviços de apoio ao diagnóstico como: o serviço de imagiologia, serviço de anatomia patológica e laboratório clínico. Para o apoio assistencial o hospital conta com um bloco operatório, serviço de Dia de quimioterapia

pia com 30 cadeiras, serviço de radioterapia e internamento com uma capacidade instalada de 70 camas.

O hospital aposta por um modelo de gestão que coloca o paciente como centro de toda atenção, incluindo a criação de núcleos de oncologia nos hospitais principais das capitais provincial que impulsionam o projeto do Governo Central de rastreio, prevenção e diagnóstico precoce dos principais cancro apresentados no quadro epidemiológico do CNO. Atualmente o hospital reúne as principais opções terapêuticas do campo da oncologia; quimioterapia, radioterapia, cirurgia, hormonoterapia e imunoterapia, conta com uma base de dados de registo hospitalar que concentra toda a informação dos pacientes oncológicos, constituindo-se como uma unidade principal oncológica dentro do sistema de saúde de Angola. O Centro Nacional de Oncologia preocupa-se com a saúde das pessoas, a fim de satisfazer as suas necessidades e expectativas de saúde através da assistência integral, eficaz, eficiente e de qualidade, formando profissionais que a sociedade necessita e que contribuam a melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas. E aspira ser reconhecido pelo público como um hospital de referência na prevenção, diagnóstico e tratamento inovador das doenças oncológicas em Angola e na região Central da África Austral.

No desenvolvimento da sua atuação, o CNO e os seus colaboradores regem-se por valores dentre os quais estão:

- ✚ Desenvolvimento e valorização permanente dos recursos humanos;
- ✚ Atitude responsável e de qualidade no atendimento dos pacientes;
- ✚ Ambiente de trabalho harmonioso e cooperativo;
- ✚ Humildade, sapiência e honestidade;
- ✚ Eficácia;

O hospital executa as políticas traçadas pelo Ministério da Saúde no domínio da prevenção, diagnóstico precoce do cancro, bem como do tratamento especializado e inovador do cancro e têm as seguintes atribuições dentre as quais:

- ✚ Assegurar permanentemente a assistência médica e medicamentosa em oncologia;
- ✚ Assegurar a implementação das políticas, programas e planos nacionais na prevenção do cancro, assim como o seu tratamento;
- ✚ Assegurar a reabilitação dos pacientes oncológicos;
- ✚ Promover formação, capacitação e superação técnico-profissional do pessoal em serviço, bem como o estabelecimento de relações sociais afetivas e estáveis;
- ✚ Colaborar com organismo internacional que atuam na área da prevenção e combate ao cancro.

4. Projeto de implementação do serviço de fisioterapia

O projeto pretende oferecer tratamento diferenciado para as mulheres com cancro da mama que realizam tratamento no CNO. Os tratamentos que se utilizarão de diversas técnicas poderão ser individualizados ou em grupo, dependendo das necessidades das pacientes. Através da utilização das mais diversas técnicas, equipamento moderno e qualificação profissional, o projeto está focado na prestação de cuidados de qualidade oferecendo atendimento personalizado e especializado de fisioterapia no tratamento do cancro da mama.

Os tratamentos serão realizados em um ambiente agradável e tranquilo, para que se possa lidar com os aspectos que agridem físico e emocionalmente as pacientes, diminuindo os seus efeitos e proporcionando bem-estar.

O projeto terá como modelo os serviços prestados no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, bem como, o consenso europeu de reabilitação após tratamento de cancro da mama (Leduc et al, 2008; Duarte, N. 2014).

4.1. Pré-operatório

Antes da realização das terapias oncológicas a fisioterapeuta irá realizar uma avaliação pré-operatória na qual irá avaliar e registrar os seguintes parâmetros: queixas pré-operatórias (trauma, tendinites, bursites, artrites); amplitudes articulares (passivas, testes funcionais); exame muscular (força, amplitude muscular, atrofas); perímetros; sensibilidade; postura; pele; reflexos (Leduc, 2008).

Ainda na fase pré-operatória a fisioterapeuta poderá realizar o treino diafragmático; ensino de posturas para o membro superior ou posturas simétricas para a cintura escapular e pélvica; aconselhamento sobre cuidados a ter bem como, à importância da adesão à reabilitação (McNeely et al., 2010; Leduc, 2008).

4.2. Pós-operatório (Internamento)

24 Horas após a cirurgia e a estabilização do quadro clínico da paciente no internamento a fisioterapeuta irá realizar a sua intervenção visando a prevenção do linfedema e infecções subcutâneas (aconselhamento precoce) bem como iniciar a recuperação funcional (Leduc. et. al. 2008). Nesse momento, será fornecido as pacientes um folheto informativo com informações/recomendações e com os exercícios a serem realizados, nas devidas fases, com

drenos, com pontos, sem pontos (Beurskens et al., 2007; Hwang & Shin, 2007). (Apêndice II).

O atendimento no internamento será realizado sempre que se realize o tratamento cirúrgico com esvaziamento ganglionar do cancro da mama e se envie a pasta de informação da paciente para o serviço de fisioterapia. As pacientes ficarão com uma consulta de fisioterapia marcada para 1 mês após alta (Beurskens et al., 2007; Cinar et al., 2008). Também será dada as pacientes a orientação de retorno ao serviço de fisioterapia sempre que necessário ainda que seja antes da data marcada para a próxima consulta.

4.3. Reencaminhamento para o serviço de fisioterapia

Depois da alta da paciente (ambulatório) podem ocorrer 4 situações que serão descritas na tabela 4.1.:

Tabela 4.1. Reencaminhamento para fisioterapia

Condições de reencaminhamento para a fisioterapia
Necessidade dos serviços de fisioterapia antes e durante a radioterapia para ganho ou manutenção das amplitudes de movimento. Paciente procura os serviços encaminhada pelo radiologista;
Pós – operatório de mama ou reconstrução mamária. Paciente vem aos serviços encaminhada pelo médico;
Complicação pós- cirurgia decorrentes da patologia bem como das terapias oncológicas. Paciente vem encaminhada pelo médico;
Realização da consulta de fisioterapia marcada no momento da alta.

4.4. Pós-operatório (Ambulatório)

Um mês após alta a paciente volta ao CNO no sector da fisioterapia para a realização da consulta marcada.

4.5. Avaliação das pacientes

No serviço de fisioterapia as pacientes serão submetidas a uma avaliação inicial e uma avaliação final através de uma ficha de avaliação, durante as avaliações a fisioterapeuta irá recolher informações e dados importantes para realização do diagnóstico bem como para o planeamento da melhor estratégia de tratamento para a condição (ver apêndice I).

4.6. Tratamentos

O tratamento de fisioterapia no ambulatório terá a duração de 3 – 4 semanas (Beurskens et al., 2007). Serão realizados os seguintes tratamentos de acordo com o *European consensus* (2008):: tratamento para o linfedema, tratamento do edema da mama, tratamento da trombose

dos vasos linfáticos, tratamento da cicatriz com e sem edema, tratamento pós-reconstrução da mama.

✚ Tratamento para o linfedema;

Para o tratamento do linfedema serão realizadas as seguintes intervenções:

- a) Drenagem linfática manual;
- b) Pressoterapia;
- c) Bandagens com múltiplas camadas;
- d) Contensões elásticas.

a) Drenagem linfática

É definida como sendo uma função fisiológica do organismo que tem como objetivo a evacuação de dejetos bem como o transporte de elementos nutritivos, através de canalizações denominadas vasos linfáticos (Leduc & Leduc, 2000).

De acordo com o autor anteriormente citado, o terapeuta deve estimular as funções dos vasos linfáticos associados às veias na regulação dos conteúdos do espaço intersticial do corpo humano ou pelo menos controlar a sua falha a fim de limitar a obstrução do espaço intersticial. A sessão de drenagem linfática manual dura aproximadamente 30 minutos.

b) Pressoterapia

É realizada através de várias câmaras inflamadas superexpostas que realizam uma pressão suave (< 40 mmHg) a partir da extremidade distal até a extremidade proximal do membro com edema. Ela atua sobre as massas líquidas intersticiais, facilitando a reabsorção pela via venosa reencaminhando-a para a circulação central (Leduc & Leduc 2008 cit. Leduc, 1990; Leduc & Leduc, 2000).

A pressoterapia pode ser por coluna de mercúrio e pressoterapia por vácuo, sendo a fraca intensidade da pressão aplicada o princípio básico a respeitar em ambos os modos de pressoterapia. A sessão de pressoterapia dura cerca de uma hora (Leduc & Leduc, 2000).



Figura 4.1 Pressoterapia

Fonte:

https://www.google.pt/search?q=bandagem+com+multiplas+camadas+para+o+linfedema+do+membro+superior&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=yh3_U_rYFYHqPJ3fgIAN&ved=0CAYQ_AUoAQ&biw=1366&bih=643

c) Bandagens com múltiplas camadas

As bandagens com múltiplas camadas atuam sobre a absorção de proteínas, assim como sobre a mobilização de massas líquidas durante as contrações musculares, elas são colocadas diariamente e usadas dia e noite (Leduc & Leduc, 2000). São realizadas com o auxílio de faixas pouco elásticas (pouco distensíveis) que recobrem as faixas macias (espuma), estando a pele recoberta por um protetor de jersey (Leduc & Leduc, 2000 cit. Leduc, 1993).

A bandagem é colocada de forma a criar uma pressão distal mais significativa que a pressão proximal, caso haja dor, a paciente pode regular a bandagem de forma que a dor desapareça. O paciente deve manter uma atividade física normal para que se obtenha uma eficácia ideal, ele será submetido a banhos de ducha ou de banheira no centro uma vez que somente poderá retirar a bandagem no momento do tratamento (Leduc & Leduc, 2000).

De acordo com o autor acima referido, o terapeuta retira a bandagem diariamente para realizar a drenagem e a pressoterapia. A fase de tratamento com bandagem é interrompida quando os resultados da medição do edema não apresentam mais melhoras, é então substituída a bandagem com múltiplas camadas pela contenção.



Figura 4.2 Bandagem com múltiplas camadas

Fonte:

https://www.google.pt/search?q=bandagem+com+multiplas+camadas+para+o+linfedema+do+membro+superior&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=yh3_U_rYFYHqPJ3fgIAN&ved=0CAYQ_AUoAQ&biw=1366&bih=643#q=multiple+layers+for+lymphedema+of+the+upper+limb&tbm=isch&facrc=_&imgdii..

d) Contenção

A contenção é uma prática que visa manter o resultado obtido com o auxílio das bandagens com múltiplas camadas através do aumento da pressão tissular uma vez que a pele da paciente encontra-se frequentemente muito frouxa quando o uso da bandagem é interrompido. A contenção é elástica, deve ser utilizada dia e noite, deve ser lavada diariamente em água morna a fim de manter a sua elasticidade e o seu valor compressivo (Leduc & Leduc, 2000).

Quando a bandagem é retirada, o profissional tira as medidas do membro tratado a fim de confeccionar uma contenção sob medida. As contenções utilizadas são do tipo padrão e de classe dois ou três sendo que a classe dois corresponde a uma compressão de 25 a 35 mmHg e a classe três a uma compressão de 36 a 45 mmHg.

Sendo obtida a contenção sob medida, o desmame da paciente é iniciado, o tratamento passa progressivamente de diário para quatro, três, duas e uma vez por semana ao passo que o paciente continua a usar a contenção dia e noite. A pele é tratada com pomadas hidratantes a fim de se evitar ressecamento da pele que a tornaria frágil. Após a pele recuperar uma melhor elasticidade o profissional propõe então ao paciente diminuir o tempo de uso da contenção, aconselhando-o que mantenha a sua contenção durante esforços obtendo dessa forma bons resultados a longo prazo (Leduc & Leduc, 2000).



Figura 4.3 Contenção elástica do membro superior

Fonte:

https://www.google.pt/search?q=bandagem+com+multiplas+camadas+para+o+linfedema+do+membro+superior&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ei=vh3_U_rYFYHqPJ3fgIAN&ved=0CAYQ_AUoAQ&biw=1366&bih=643#q=conten%C3%A7%C3%A3o+el%C3%A1stica+do+membro+superior&tbn=isch&facrc=&imgdii=NkGs_zrdtQgUaM%3A

Tratamento do edema de mama;

Para o tratamento do edema da mama serão utilizadas compressas frias; serão realizadas manobras de drenagem linfática; no final do processo inflamatório agudo serão utilizadas múltiplas camadas de ligaduras e sutiã de compressão.

✚ Tratamento da trombose dos vasos linfáticos;

Para o tratamento da trombose dos vasos linfáticos será utilizada a drenagem linfática manual, devendo ser evitado pelas pacientes movimentos descontrolados e bruscos do braço assim como não deve forçar a amplitude de movimento.

✚ Tratamento da cicatriz

O tratamento físico da cicatriz irá consistir em drenagem linfática manual para eliminar os resíduos metabólicos, técnicas de massagem suave para o controlo da cicatriz; alongamentos leves para prevenção de retrações.

✚ Tratamento pós-reconstrução da mama.

No tratamento das pacientes que realizaram reconstrução da mama serão realizadas mobilizações do ombro, escapulo-torácicas e cervicais com aumento progressivo do grau de mobilização sem induzir dor, conciliados com exercícios respiratórios para mobilizar o tórax; será realizada mobilização suave da prótese em vários sentidos; será ensinado as pacientes um conjunto de exercícios para realizar em casa com o objetivo de manter a suavidade da mobilização.

4.7. Tratamento em grupo



Figura 4.4 Tratamento em grupo

Fonte:

https://www.google.pt/search?q=classes+de+exerc%C3%ADcios+de+cancro+da+mama&espv=2&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ei=jyT_U_r_BIfuOtqqMAI&ved=0CAYQ_AUoAQ&biw=1366&bih=643#q=grupos+de+exerc%C3%ADcios+de+cancro+da+mama&tbn=isch&facrc=_&imgdii=_&imgcr=w3x

O tratamento em grupo será realizado três vezes por semana. Sendo realizados duas vezes por dia. Cada grupo será composto por 10 mulheres no máximo dando um total de 20 mulheres para as duas classes. As classes terão uma duração de 20 minutos. Os exercícios serão adaptados as necessidades individuais de cada paciente, orientados pela fisioterapeuta. Poderão ser exercícios activos (realizados pelas pacientes); ativos-assistidos (realizados pelas pacientes com ajuda da fisioterapeuta); de alongamentos ou exercícios funcionais, exercícios de correcção postural e exercícios de coordenação, sempre respeitando os limites da dor das pacientes (Leduc, 2008; McNeely et al., 2010; Beurskens et al., 2007). (apêndice IV)

Durante as classes serão realizados 19 exercícios com cinco repetições e com 60 segundos de intervalo entre eles (Cinar et al., 2008; Rezende et al., 2006). Os exercícios serão realizados com o objetivo de prevenir, minimizar ou melhorar as amplitudes de movimento da articulação gleno-umeral, a função e a força do membro superior homolateral, a dor e o linfedema (Cinar et al., 2008; McNelly et al., 2010).

Em seu estudo McNeely et al. (2010) concluíram que o exercício pode resultar numa melhoria clinicamente significativa da força do ombro em mulheres com cancro de mama, e que, deve-se considerar a realização precoce de exercícios no período pós-operatório dando-se atenção ao risco do aumento da duração e da do volume da drenagem de líquidos.

O atraso no início da atividade física após esvaziamento ganglionar axilar, pode ocasionar o aumento de complicações pós-operatórias como: atrofia muscular, diminuição da mobilidade do membro superior, causando aumento da dor no ombro (Kilgour, Jones, Keyserlingk, 2008)

O tratamento do linfedema deve envolver um programa de exercícios voltados para o alongamento e amplitude de movimento das articulações afetadas (Hwang & Shin, 2007).

Irão realizar as classes de exercícios as mulheres com as características descritas a seguir na tabela 4.2:

Tabela 4.2. Indicações para realização das classes de exercícios

Condições para frequentar as classes de exercícios
Candidatas ao tratamento radioterápico com limitação de movimento articular para ganho dos últimos graus da amplitude de movimento necessária para prevenção de complicações sejam elas de origem dermatológica, funcional, ortopédica ou circulatória;
Pacientes que estejam a realizar radioterapia para manutenção das amplitudes articulares
Pacientes que realizaram reconstrução da mama

4.8. Tratamento individual

Os tratamentos individuais serão realizados diariamente. Sendo atendidas quatro pacientes no período da manhã e outras quatro pacientes no período da tarde nos dias em que serão realizados os tratamentos em grupo (segunda-feira; quarta-feira; sexta-feira), nos dias em que não serão realizados os tratamentos em grupo (terça-feira; quinta-feira) serão atendidas cinco pacientes no período da manhã e outras cinco pacientes no período da tarde.

O tratamento individual terá a duração de uma 1h:30 minutos sendo, 30 minutos drenagem linfática manual; 45 minutos pressoterapia; 10 minutos aplicação das bandas multicamadas.

4.9. Horários das atividades

Para a execução dos cuidados a prestar aconselha-se o seguinte horário e plano de atividades descritos na tabela 4.3:

Tabela 4.3. Horários das atividades

Atividades	Horários
Entrada	8h:00
Tratamento individual	8h:00 – 10h:10; 13h:00 – 15h:10
Tratamento em grupo	10h:30 – 11h:00; 15:30 – 16:00
Serviço de internamento	11h:00 – 12h:00
Almoço	12h00 – 13h:00
Saída	16h:00

5. Etapas do desenvolvimento do projeto

Para a implementação deste projeto iremos realizar vários procedimentos que serão abaixo descritos.

5.1. Etapa da análise das necessidades

Foi solicitada a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa (ESTeSL), a elaboração de uma carta endereçada ao Centro Nacional de Oncologia (Angola) pedindo a autorização para uma visita ao mesmo no âmbito da realização do projecto final do mestrado (Apêndice V).

Foi realizada uma visita ao Centro Nacional de Oncologia com o objetivo de conhecimento do mesmo e recolha de dados. Durante a visita, ficamos a conhecer o espaço físico bem como os serviços que nele são prestados às mulheres com cancro da mama.

Tivemos a oportunidade de manter uma conversa com alguns profissionais de saúde que nele trabalham com o objetivo de perceber qual o ponto de vista dos mesmos com relação a necessidade de prestação dos serviços de reabilitação física para as mulheres mastectomizadas no CNO e pudemos perceber que estes profissionais estão conscientes da necessidade destes serviços no local e consideram-no como uma mais-valia para as mulheres bem como para o Centro.

5.2. Etapa da aprovação

Realizou-se inicialmente um projeto, com o objetivo de enquadrar teoricamente, planear e definir os objetivos a atingir neste estudo, tal como definir os instrumentos e métodos a utilizar. Posteriormente estabelecer-se-á contato com a administração do CNO por meio de uma carta dirigida ao Director do CNO, com a qual se pretenderá obter autorização para a implementação do projeto.

5.3. Etapa da divulgação

Depois de concedidas a autorização formal por parte da direção para implementação do projeto serão realizadas palestras de sensibilização e conscientização dos profissionais de saúde que trabalham no CNO sobre a importância da fisioterapia no tratamento do cancro da mama. No internamento as pacientes receberão breves palestras sobre a importância e os benefícios da fisioterapia no seu tratamento.

5.4. Etapa da pré-avaliação

Para a caracterização da amostra será utilizada uma ficha de avaliação (Apêndice I). Para avaliação dos resultados obtidos definiu-se como indicadores de sucesso os seguintes: ocorrência de complicações pós-cirúrgicas; funcionalidade; qualidade de vida; retorno às actividades físicas, sociais, profissionais.

5.5. Etapa do planeamento

Nesta etapa será realizado o planeamento das actividades técnicas, materiais e dinâmicas do programa de trabalho de acordo com a avaliação das necessidades e a pré-avaliação que será utilizado durante a implementação do projeto.

5.6. Etapa de execução/ajustes

A intervenção será standardizada, orientada e monitorizada pela mesma fisioterapeuta, minimizando uma fonte de enviesamento relativo a standardização da intervenção.

Todas as participantes serão avaliadas em dois momentos: avaliação inicial e final, recorrendo aos instrumentos de medida anteriormente referidos. Será realizado um follow – up 6 meses depois da intervenção fisioterápica para perceber a influência da intervenção a longo prazo.

De maneira a evitar possíveis fontes de enviesamento dos resultados as participantes não terão conhecimento a qual dos grupos pertencem e, todas as avaliações serão realizadas no CNO.

Depois da implementação do projeto no CNO serão realizados os ajustes necessários conforme a evolução e adaptação do projecto.

5.7. Etapa de avaliação

Nesta etapa será realizada a avaliação dos indicadores definidos e pré-avaliados no início do programa. Serão estabelecidas dentro do planeamento, as estratégias bem-sucedidas durante a implementação e realizadas inovações com exercícios diferentes, para manutenção da motivação das participantes.

5.8. Etapa de parcerias

Serão estabelecidas parcerias com empresas para fornecimento dos recursos necessários para a realização do tratamento do linfedema especificamente os recursos necessários para a realização das bandas multicamadas; bem como, mangas de contenção.

Existem no mercado de Portugal algumas empresas prestadoras desses serviços como a Juzo, a Medi, a Anita e a safe travel com as quais poderia estabelecer-se parcerias para fornecimento destes recursos.

6. Viabilidade do projeto

A presente análise da viabilidade do projeto foi realizada com base na evidência científica sobre a fisioterapia no tratamento do cancro da mama.

A implementação de um serviço de reabilitação implica custos adicionais para o sistema de saúde, no entanto, a não implementação do serviço também tem custos substanciais para a sociedade devido ao aumento da morbidade, diminuição da capacidade para realizar trabalho a tempo integral e aposentadoria precoce (Ewertz & Jensen, 2011).

Conforme o autor acima citado a implementação deste projeto é viável no sentido que irá diminuir os pesados custos financeiros pessoais e hospitalares que resultam da morbidade provocada pelo cancro da mama, através da diminuição da recorrência ao hospital em busca de apoio hospitalar devido a complicações pós-cirúrgicas.

A viabilidade do projeto também pode ser verificada devido ao aumento da capacidade de realizar trabalho a tempo integral das mulheres tratadas tornando-as pessoas ativas na sociedade e que contribuem para o aumento da economia do país.

A implementação deste projeto irá resultar na diminuição do número de aposentadorias precoces devido a incapacidade, isso resultará em benefícios para a sociedade se traduzindo em aumento da produtividade bem como da economia.

De acordo com Camargo & Mark (2000) quanto mais precoce for a intervenção da fisioterapia mais rapidamente a mulher responderá ao tratamento. Assim pode-se concluir que a implementação do projeto poderá ter impacto no tempo de permanência da paciente no hospital, com conseqüente redução nos custos hospitalares por paciente.

Tratamento do cancro da mama, incluindo a intervenção cirúrgica, a radioterapia e a quimioterapia podem contribuir para o surgimento de défices funcionais, o encaminhamento precoce para a reabilitação física pode melhorar ou minimizar o surgimento de incapacidade precoce decorrentes da doença e do seu tratamento (Hwang & Shin, 2007).







A redução da incidência de complicações pós-tratamento do cancro da mama através do tratamento precoce de fisioterapia tem implicação na redução de custos financeiros individuais (paciente e sua família) colectivos (unidade hospitalar, sociedade).

Segundo Hwang & Shin (2007) a reabilitação física pode melhorar a qualidade de vida de pacientes internados com doença avançada diminuindo a necessidade de providenciar assistência.

Assim sendo, conclui-se que o serviço de fisioterapia irá ser uma mais-valia para o CNO pois quanto mais funcionalidade/autonomia os pacientes tiverem menos dependência terão dos profissionais para desempenhar suas atividades. Isso será favorável pois os profissionais terão maior disponibilidade de tempo para realizar outras tarefas e aumentar a produtividade do CNO.

Análise SWOT

Tabela6.1. Análise SWOT do projeto de investigação

Análise SWOT	
<p>Oportunidades:</p> <ul style="list-style-type: none">  Ausência deste serviço no CNO 	<p>Ameaças:</p> <ul style="list-style-type: none">  Hospitais privados que prestam iguais serviços.
<p>Pontos fortes:</p> <ul style="list-style-type: none">  Serviço prestado por fisioterapeuta com formação específica;  Equipamento/materiais adequados para o efeito;  Aumentar a qualidade dos serviços oncológicos prestados no CNO 	<p>Pontos fracos:</p> <ul style="list-style-type: none">  Ausência de dados reais

Restrições e constrangimentos:

As empresas parceiras estão sediadas em Portugal e necessitam de medidas do membro com edema para o envio das mangas de compressão do linfedema.

7. Desenho metodológico do projeto

Neste capítulo descrever-se-á a metodologia seguida para elaboração do projeto.

7.1. Considerações prévias

De acordo com a finalidade do projeto, propomo-nos a realizar um estudo no período de 6 meses para avaliação do resultados e indicadores de sucesso da implementação do projeto.

7.2. Tipo de estudo

O tipo de estudo que nos propomos desenvolver para a criação do presente projeto é do tipo observacional pois o investigador não intervém, descritivo pois fornecem informações acerca da população em estudo, transversal pois foca-se num único grupo representativo da população em estudo (Ribeiro, 2010).

Para avaliar os resultados da implementação e indicadores de sucesso do projeto será realizado um estudo do tipo quase-experimental pois o investigador irá actuar sobre a variável independente para identificar se esse tipo de intervenção produz alterações na variável dependente (Ribeiro, 2010). O estudo terá as seguintes características:

7.3. População

A população-alvo definida para este estudo foi mulheres de angola submetidas a tratamento por cancro da mama no Centro Nacional de Oncologia (CNO). Optamos por essa população por se tratar da única unidade hospitalar do país especializa no tratamento de mulheres com cancro da mama.

7.4. Caracterização da amostra

A selecção da nossa amostra irá basear-se nos critérios seguintes:

Critérios de inclusão

- ✚ Todas as mulheres que realizaram tratamento do cancro da mama no CNO.

Critérios de exclusão

- ✚ Todas as outras patologias oncológicas que não sejam as de mama.

7.5. Definição das variáveis

Tendo em conta que o objetivo geral do projeto é avaliar a influência da fisioterapia no tratamento das mulheres angolanas com cancro de mama que realizam tratamento no Centro Nacional de Oncologia, consideramos do seguinte modo as variáveis independentes e as dependentes:

Variáveis independentes:

- ✚ As referentes ao tratamento de fisioterapia realizado.

Variáveis dependentes:

- ✚ As referentes a qualidade de vida / Funcionalidade.

7.6. Instrumentos de recolha de dados

Para realização deste projeto de intervenção serão utilizados os seguintes instrumentos de medição de resultados: ficha de avaliação para caracterização da amostra (Apêndice I); DASH (Disabilities of the Arm Shoulder and Hand) para medição da funcionalidade (Anexo I); QLQ-C30 e o seu módulo específico para mama QLQ-BR23 para avaliação da qualidade de vida. (Anexo II).

7.7. Procedimentos

As pacientes serão convidadas a participar do estudo, informando-as do objetivo do mesmo através do consentimento informado escrito para a participação nas sessões de fisioterapia.

A intervenção será standardizada, orientada e monitorizada pela mesma fisioterapeuta, minimizando uma fonte de enviesamento relativo a standardização da intervenção.

Todas as participantes serão avaliadas em dois momentos: avaliação inicial e final, recorrendo aos instrumentos de medida anteriormente referidos.

Serão realizadas reavaliações das pacientes (follow – up) 1, 3, 6 meses depois da alta dos serviços de fisioterapia para perceber a sua influência na qualidade de vida dessas mulheres. Nestas reavaliações serão reforçados os cuidados a ter com o membro superior homolateral a cirurgia assim como será incentivada a realização de exercícios diários.

7.8. Tratamento estatístico dos dados

Para realização da análise dos dados recolhidos, proceder-se-á a recolha e tratamento dos dados. Para tal os procedimentos estatísticos serão realizados através do programa Statistical Package for Social Science – IBM SPSS 20.0, versão Portuguesa, com posterior elaboração de relatório dos resultados.

8. Meios necessários para a implementação do projeto

Para implementação do serviço serão necessários meios essenciais para o bom funcionamento do serviço. Estes incluem meios humanos, espaciais, materiais e equipamentos assim como meios financeiros.

8.1. Meios humanos

Considera-se necessário para a implementação do projecto proposto a dedicação de profissionais sérios e com formação específica para atendimento do público-alvo, durante um período de 6 meses do tempo total (correspondente a 8h/dia; 40h/semana). Os profissionais que irão constituir a equipa de serviço no sector da fisioterapia serão apresentados na tabela 8.1:

Tabela 8.1. Meios humanos

Nome	Título	Área de atuação	Cargo	Função
Joice Carlos	Fisioterapeuta	Fisioterapia	Coordenadora	Coordenar os profissionais e o serviço.
Zeferina Cauanda	Fisioterapeuta	Fisioterapia	Responsável pelos tratamentos individuais	Garantir a realização dos tratamentos individuais
Adalgiza Magimela	Fisioterapeuta	Fisioterapia	Sub-coordenadora	Auxiliar na função da coordenação
Tânia Zola	Fisioterapeuta	Fisioterapia	Responsável pelos tratamentos em grupo	Garantir a realização dos tratamentos em grupo
Ana Yembe	Fisioterapeuta	Fisioterapia	Responsável pela realização do tratamento no internamento	Garantir a realização dos tratamentos no internamento
Madalena Kasinaso	Fisioterapeuta	Fisioterapia	Responsável pelo estoque dos bens materiais do serviço	Garantir a existência dos bens materiais necessários para o funcionamento do serviço
Naiara Marina	Secretária	Secretariado		Realizar os registos das atividades realizadas no serviço
Maria João	Auxiliar de limpeza	de Limpezas	Responsável pela limpeza do sector	Manter a higiene geral do sector

8.2. Meios espaciais

O serviço será montado em um espaço de no mínimo 120 m², considerando a existência de equipamentos e aparelhos em seu interior, bem como a realização de tratamentos em grupo. Deverá ter um pé alto de no mínimo 6m possibilitando boa iluminação e ventilação natural, instalado preferencialmente em andar térreo e sem escadas (Muniz & Teixeira, 2008).

Os boxes de atendimento serão individuais possibilitando a privacidade de atendimento terão um espaço mínimo de 6m². O serviço deverá ter no mínimo os seguintes elementos (alguns dos quais serão comuns a outros serviços pré-existent na instituição): sala de espera e recepção; sala de coordenação; consultório de exame e/ou avaliação; sala de atendimento; vestiários e sanitários; depósito de material; sala de arquivo (Tabela 8.2).

Tabela 8.2. Meios espaciais

Descrição	Quantidade	Espaço m ²
Sala de espera e recepção	1	40 m ²
Sala de coordenação	1	20 m ²
Consultório de exame e/ou avaliação	1	20 m ²
Sala de atendimento	3	40 m ²
Vestiário e sanitários	2	
Sala de arquivo/reuniões	1	20 m ²
Depósito de material	1	20 m ²

8.3. Meios materiais e equipamentos

Segundo Muniz & Teixeira (2008), os equipamentos médico-hospitalares são definidos como o conjunto de aparelhos máquinas e acessórios que compõem uma unidade assistencial em que são desenvolvidas acções de diagnose e terapia, atividades de apoio, de infra-estrutura e gerais, sendo estes classificados em: equipamentos médico-assistenciais, equipamentos de apoio, equipamentos de infra-estrutura e equipamentos gerais. Assim, os equipamentos mais utilizados no serviço de fisioterapia são classificados como médico-assistenciais.

Conforme o autor acima o ministério da saúde criou um critério para avaliação das necessidades dos equipamentos que leva em conta a sua importância para o tipo de assistência que se pretende oferecer, sendo os equipamentos de classe a: indispensáveis, equipamentos de classe b: necessários, equipamentos de classe c: recomendáveis.

Assim, apresentamos a descrição dos materiais e equipamentos necessários para a implementação do projeto de acordo com Muniz e Teixeira (2008):

Classe a) indispensáveis: inclui os equipamentos sem os quais o serviço não pode ser desenvolvido (tabela 8.3).

Tabela 8.3. Equipamentos de classe a) Indispensáveis.

Equipamentos de classe a) indispensáveis
Marquesas
Lavatório
Rolo de papel para marquesa
Armário
Biombo
Roldana
TENS
Aparelho de pressoterapia com mangas multicamadas
Kit para o tratamento do linfedems (malha tubular, espuma, ligadura para mão e dedos)

Classe b) necessários: inclui os equipamentos sem os quais seria difícil mas passível realizar os tratamentos (Tabela 8.4).

Tabela 8.4. Equipamentos de classe b) Necessários.

Equipamentos de classe b) necessários
Cadeira de rodas
Toalhas de mão
Fronhas
Tesouras
Mesa para assentar o aparelho de pressoterapia
Toalha de papel
Dispensador de sabão
Espelho
Cesto de lixo
Creme hidratante
Pomada Halibute 100gr;
Bepanthen creme 100gr;
Thrombocid pomada 100gr
Biafine emulsão 100ml
Pacotes de algodão
Mesa auxiliar para marquesa
Computador
Carro para roupa suja

Classe c) recomendáveis: inclui equipamentos sem os quais o serviço pode ser prestado só que não nas condições ideais para o paciente e o fisioterapeuta no que se refere a conforto e facilidade (Tabela 8.5).

Tabela 8.5. Equipamentos de classe c) Recomendáveis.

Equipamentos de classe c) recomendáveis
Dispensador de papel toalha
Poltrona tripartida
Escada com 2 degraus
Banco estofado com encosto
Almofadas

De acordo com Muniz & Teixeira os ambientes que não possuem a totalidade dos equipamentos da classe a não estão aptos a operar, os equipamentos da classe b constituirão 70% da avaliação com distribuição uniforme e os equipamentos reconhecidos como da classe c constituem 30% da avaliação com distribuição uniforme.

8.4. Meios financeiros

O orçamento total necessário para a implementação do projecto é de 32.287 euros. Dos quais 1346 euros correspondem aos bens consumíveis; 23357 euros correspondem aos bens não-consumíveis e 7584 euros correspondem ao salário dos profissionais.

O orçamento dos bens consumíveis e não-consumíveis foi calculado com base no preço para compra e entrega em Portugal continental (iva incluído).

O orçamento do salário dos profissionais foi calculado inicialmente em dolares uma vez que os trabalhadores em Angola recebem o salário nesta moeda, posteriormente o valor foi convertido para o valor correspondente em euros para que pudéssemos então calcular o orçamento total do projeto em euros.

Os custos dos recursos materiais e equipamentos foram recolhidos das seguintes lojas online: Farmácia Rodrigues Rocha; Supermercado Continente; Quirumed; Amber comercial; Medicalshop, viver melhor (Apêndice VI). Na tabela 8.6 e 8.7 serão apresentados os bens não consumíveis e os bens consumíveis respectivamente; as quantidades necessárias assim como os seus respectivos custos financeiros.

Bens não- consumíveis

Para o nosso projeto foi definido como bens não consumíveis aqueles que irão necessitar de manutenção ou substituição anualmente. Assim na tabela 8.6 serão apresentados os bens não-consumíveis necessários para a implementação do projeto.

Tabela 8.6. Bens não-consumíveis.

Discriminação	Quantidade	Valor total	Total
Marquesa elétrica	6	433.40 €	2.600.€
Mesa auxiliar para a marquesa	6	99.17 €	595€
Aparelho de pressoterapia	3	1.999.00 €	5.997€
TENS	2	74.99€	150€
Mesa para assentar o aparelho de pressoterapia	3	84.48 €	253.44€
Lavatório	4	356.95€	1.427.€
Biombo	6	236.50 €	1.419€
Toalhas de mão	32	5.00 €	160€
Fronhas	16	3.90 €	62.4€
Almofada	16	10.00 €	160€
Armário	5	390.83 €	1.954€
Cadeira de rodas	1	104.45 €	104.45€
Dispensador de sabão	4	12.35 €	49.4€
Dispensador de papel toalha	4	14.22 €	57€
Carro para roupa suja	3	137.50 €	4.076€
Roldana	3	34.5 €	103.5€
Espelho	3	416.5€	1.249.€
Cesto de lixo	10	10.13 €	101.13€
Banco estofado com encosto	7	90.75 €	635.25€
Escada com dois degraus	1	47.25 €	47.25€
Poltrona tripartida	3	218.90 €	657€
Computador	3	500 €	1.500€
Tesoura	3	0,69€	2.07€

Bens consumíveis

Foram definidos como bens consumíveis aqueles que necessitam de reposição mensal, semanal e diária respetivamente, sendo estes apresentados a seguir na tabela 8.7.

Tabela 8. 7. Bens consumíveis

Discriminação	Quantidade	Reposição	Valor unitário	Valor Total
Creme hidratante	2	Mensal	4,89 €	9.78€
Pomada Halibute 100 gr	2	Mensal	7,18 €	14.36€
Bepanthe creme 100gr	2	Mensal	8,43 €	16.86€
Thrombocid pomada 100 gr	2	Mensal	7,50 €	15€
Biafine emulsão 100 ml	2	Mensal	8,69 €	17.38€
Pacotes de algodão	4	Diário	0.39€	1,56€
Ligaduras 8 cm +/- 10m	22		8,80€	193.6€
Kit para tratamento do linfedema (malha tubular, espuma, ligadura para mão e dedos)	10	Mensal	82.26€	822.6€
Rolo de papel para marquesa 0,5 x 100m	31	Diário	6.5 €	201.5€
Rolo de toalhas de papel em Z para dispensadores	1	Diário	51,69€	51,69€

Salários dos profissionais

Os valores monetários correspondentes ao salário dos profissionais que irão trabalhar no projeto apresentados a seguir (Tabela 8.8) são baseados apenas na nossa percepção individual daquilo que são aproximadamente os salários definidos pelo estado angolano, podendo não corresponder aos reais valores.

Tabela 8.8. Salários dos profissionais

Profissão	Número	Salário	Valor total
Fisioterapeutas	6	1500 USD	9000 USD
Secretária	1	700 USD	700 USD
Auxiliar de limpeza	1	300 USD	300 USD

Considera-se que os recursos acima apresentados adicionado ao conhecimento teórico/prático dos profissionais que irão constituir a equipa de serviço são a base para a prestação de serviços de qualidade.

9. Cronograma

A elaboração do presente projeto foi organizada através da definição de atividades que deveriam e foram cumpridas em um determinado espaço temporal. A tabela 9.1 apresenta o cronograma das atividades para a elaboração do projeto relacionadas ao tempo em que estas foram concluídas, ao passo que a tabela 9.2 apresenta o cronograma para a futura implementação do projeto.

Tabela 9.1. Cronograma de atividades para elaboração do projeto

Actividades	Meses (15) 2013 – 2014
Fase de planeamento	Abril 2013
Pesquisa bibliográfica	Maio 2013 – Junho 2014
Definir/planear o projeto (pré-projecto)	Agosto – Setembro 2013
Contato com instituições para viabilizar o projeto (CNO)	Janeiro 2014
Formação para aquisição de competências profissionais	Dezembro 2013 – Janeiro 2014
Estágio para aperfeiçoamento profissional	Março 2014 – Maio 2014
Redacção final	Maio 2014 – Junho 2014
Fase de futura implementação	6 Meses

Tabela 9.2. Cronograma de implementação do projeto

Actividades	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Aprovação	x					
Divulgação		x	x	x	x	x
Pré-avaliação		x				
Planeamento		x	x			
Execução/ajustes		x	x	x	x	x
Avaliação						x
Parcerias		x				

10. Resultados esperados e discussão

A intervenção da fisioterapia no tratamento das mulheres com cancro da mama, pela sua importância a nível da qualidade de vida e da prevenção de complicações pós-operatórias, tem vindo a ser desenvolvida por vários países em todo o mundo. Porém em Angola existe ainda uma carência na prestação destes serviços, tendo sido esse um dos motivos que levou a realização deste projeto.

O primeiro resultado esperado do projeto é a sua aprovação e implementação no CNO para que sejam obtidos resultados consistentes que contribuam para a evidência científica dos benefícios da fisioterapia no tratamento das mulheres com cancro da mama.

Os resultados obtidos de um estudo piloto (n=35) realizado por Duarte, N. (2010) constituem um indicador de que a fisioterapia pode ser uma mais – valia para a qualidade dos serviços prestados em oncologia no apoio a mulher com cancro da mama.

Assim, de acordo com o autor acima referido podemos definir como um dos resultados esperados da implementação do presente projeto a melhora da qualidade dos serviços prestados para o tratamento e apoio das mulheres com cancro da mama atendidas no CNO.

De acordo com Picaró & Perloiro (2005), a fisioterapia tem um papel fundamental na manutenção das amplitudes articulares; na recuperação funcional do membro superior das mulheres tratadas sobretudo na prevenção de complicações pós operatórias como linfedema e a dor. Assim espera-se que a implementação do projeto contribua de forma significativa para diminuição dos gastos financeiros pessoais, familiares, hospitalares e estatais realizados para o tratamento das complicações pós-cirúrgicas comuns ao cancro da mama.

Espera-se diminuir o índice de morbidade e melhorar a recuperação da função do membro superior através da prevenção e do tratamento das complicações pós-cirúrgicas, tornando essas mulheres aptas para realizarem as suas AVDs bem como as suas atividades laborais mantendo-as ativas na sociedade e diminuindo a incidência de aposentadoria precoce por incapacidade física (Nascimento, et al., 2012).

Com a implantação dos serviços de atendimento de fisioterapia pretendemos melhorar a qualidade de vida das pacientes submetidas ao tratamento do cancro da mama, assim como reduzir dos custos pessoais e hospitalares. Além disso possibilitará a formação de um banco de dados com informações sobre a incidência de complicações, avaliação de condutas empregadas bem como o planeamento do serviço (Bergmann, A. et al., 2006).

Beurskens, et al., (2007) realizaram um estudo controlado e randomizado (n=30) com o objetivo de investigar a eficácia do tratamento de fisioterapia na função do ombro, dor e

qualidade de vida em pacientes que foram submetidas a cirurgia de cancro da mama e linfadenectomia, o estudo demonstrou que a fisioterapia reduz a dor e melhora a função do ombro e a qualidade de vida após cirurgia de cancro da mama e linfadenectomia.

De acordo com o autor anteriormente citado espera-se que a prestação dos serviços de fisioterapia no CNO resulte na melhoria da qualidade de vida das pacientes que realizam tratamento no CNO, lhes proporcionando um bem-estar físico, psicológico e social que se traduz em ganhos pessoais e sociais. Assim, parece que este projeto poderá surtir efeito e alcançar resultados positivos tendo como base a literatura consultada.

A doença oncológica é um grave problema de saúde pública, com custos pesadíssimos, não só económicos, mas também sociais (Pimentel, 2006). O estabelecimento de uma rotina de atendimento fisioterapêutico para mulheres submetidas ao tratamento do cancro da mama visa fundamentalmente a prevenção de complicações pós-operatórias através de condutas terapêuticas específicas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e a redução dos custos pessoais e hospitalares (Bergmann, A. Ribeiro, M. J. P. Pedrosa, E. Nogueira, E. A. Oliveira, A. C. G., 2005).

11. Conclusão

O projeto de prestação de serviços de fisioterapia no tratamento de mulheres de Angola com cancro da mama que realizam tratamento no CNO serve como um modelo daquilo que pensamos que deveria ser um serviço de fisioterapia no CNO.

Acreditamos que o presente projeto será uma mais-valia para a sociedade angolana em geral pois pretende dar resposta a uma lacuna existente nos atuais serviços de saúde prestados às pacientes com cancro da mama em Angola. Permitindo uma diminuição da incidência de complicações pós-operatórias e suas implicações sociais tornando-as ativas na sociedade contribuindo para o seu desenvolvimento.

A abordagem do objetivo geral compreendeu a construção de um projeto de prestação de serviços de fisioterapia. O alcance deste objetivo se deu quando os objetivos específicos propostos foram alcançados, permitindo que o trabalho sirva como fonte de pesquisa relacionada a projeto de prestação de serviços de fisioterapia no tratamento das mulheres de Angola no CNO.

No primeiro objetivo específico foi proposto a realização de um diagnóstico funcional do contexto do CNO. Este foi atingido no momento em que realizou-se uma visita ao CNO e posterior recolha das informações disponíveis na internet sobre o mesmo centro hospitalar.

O segundo objetivo específico propôs a construção de um serviço de fisioterapia para o CNO. Foram apresentados de forma detalhada as etapas do desenvolvimento do projeto bem como o seu respectivo funcionamento.

Obtivemos a resposta a questão de investigação definida para este projeto descrevendo pormenorizadamente todos os passos que nos pareceram necessários para a criação de um serviço de fisioterapia voltado para o atendimento de mulheres com cancro da mama. Assim procuramos com a realização do projeto fazer face ao problema que constituiu o ponto de partida para essa pesquisa científica.

A expectativa é de implementar o presente projeto como parte dos serviços de saúde prestados no CNO às mulheres com cancro da mama, contribuindo dessa forma para a melhora da qualidade de vida e da funcionalidade destas mulheres assim como para a reinserção destas na sociedade.

A implementação do projeto poderá constituir um agente facilitador para o desenvolvimento económico do país uma vez que as pacientes irão manter-se ativas dando o seu contributo laboral visando o crescimento da economia do país.

Há que estar consciente das limitações com que nos deparamos no decorrer da realização

deste projeto, mas o importante é tentar superá-las com inteligência e conhecimento no campo em que iremos atuar. Assim sendo, apontamos algumas limitações ao projeto: planeamento efectuado com ausência de dados estatísticos reais da incidência do cancro da mama e suas complicações pós-operatórias em Angola; viabilidade do estudo baseada na revisão da literatura ausência de estudo da viabilidade do projeto; plano financeiro não inclui despesas relacionadas ao custo da água, luz elétrica. Em nossa opinião considera-se importante a realização de projetos da mesma natureza que façam face a limitações anteriormente citadas.

A realização deste projeto se tornou uma das mais gratificantes experiências tanto a nível académico como pessoal. Uma das grandes aprendizagens que a concepção deste projeto me proporcionou é que as coisas nem sempre acontecem como planeado mas devemos ter a capacidade de encarar e ultrapassar as barreiras para a realização dos nossos objetivos.

É digno de registar que o projeto foi vivido numa mistura de criatividade, ansiedade, dedicação, preocupação, imprevistos, tristeza, alegria, sacrifício, tolerância, preocupação, enfim um projeto à moda angolana!

12. Referências bibliográficas

- American cancer society. (S.D.). Breast cancer. Recuperado em Junho 5, 2014 a partir de <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/>.
- Alves, P. (2013). Radioterapia intraoperatória e neoplasia da mama. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 27, 95-98.
- Agência Angola Press, (2013). Cancro da mama continua a primeira causa de mortes. Mensagem postada em: http://www.portalangop.co.ao/angola/pt_pt/noticias/saude/2013/3/15/Cancro-mama-continua-primeira-causa-mortes,9f283f88-6304-49bf-bf86-3910f64ff524.html.
- Bergmann, A., Ribeiro, M. J. P., Pedrosa, E., Nogueira, E. A., & Oliveira, A. C. G. (2006). Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do hospital do cancer III/INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52 (1), 97-109.
- Beurskens, C. H. G., Van Uden, C. J. T., Strobbe, L. J. A., Oostendorp., R. A. B., & Wobbes, T. (2007). The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomized controlled study. *BioMed Central Cancer*, 7 (166).
- Bregagnol, R. K., & Dias, A. S. (2010). Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56 (1), 25-33.
- Batiston, A. P., & Santiago, S. M. (2005). Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do cancer de mama. *Fisioterapia e Pesquisa*, 12 (3), 30-35.
- Carvalho, J. E. (2009). *Metodologia do trabalho científico: «Saber-Fazer» da investigação para dissertações e teses*. Lisboa: Escolar editora.
- Camargo, M. C., & Marx, A. G. (2000). *Reabilitação física no câncer de mama*. São Paulo: Roca.
- Conzen, S. D., Grushko., T. A., & Olopade, O. I. (2008). Cancer of the breast. In V. T. Devita, T. S. Lawrence, & S. A. Rosenberg (Eds.), *Cancer principles & practice of oncology* (pp. 1595-1654). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Couceiro, T. C. M., Menezes, T. C., & Valência, M. M. (2009). Síndrome dolorosa pós-mastectomia. A magnitude do problema. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 59 (3).
- Chen, D., Lai, L., Duan, C., Yan, M., Xing, M., Chen, J., & Zhang, F. (2014).

Conservative surgery plus axillary radiotherapy vs. modified radical mastectomy in patients with stage I breast cancer. *Clinical Breast Cancer*, 14 (1), 10-13.

- Cinar, N., Seckin, U., Keskin, D., Bodur, H., Bozkurt B., & Cengiz, O. (2008). The effectiveness of early rehabilitation in patients with modified radical mastectomy. *Cancer Nursing*, 31 (2), 160-165.
- Duarte, N. (2014). *Fisioterapia em oncologia: Texto inédito*. Lisboa: Liga portuguesa contra o cancro. Núcleo regional do sul.
- Duarte, N. (2010). *Fisioterapia: Influência na qualidade de vida da mulher com cancro da mama. Contributo para a qualidade de serviço em oncologia*. Tese de mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Dickson, R. B., & Lippman, M. E. (2001). Cancer of the breast. In V. T. DeVita, S. Hellman, & S. A. Rosenberg (Eds.), *Cancer principles & practice of oncology* (pp. 1633-1726). Philadelphia: Lippincott williams & wilkins.
- Ewertz, M., & Jensen, A. B. (2011). Late effects of breast cancer treatments and potentials for rehabilitation. *Acta oncológica*, 50, 187-193.
- Fangel, L. M. V., Panobianco, M.S., Kebbe, L. M., Allmeida, A. M., & Gozzo, T. O. (2013). Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26 (1), 93-100.
- Furlan, V. L. A., Neto, M. S., Abla, L. E. F., Oliveira, C. J. R., Lima, A. C., Ruiz, B. F. O., & Ferreira, L. M. (2013). Qualidade de vida e auto-estima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução da mama. *Revista Brasileira de Cirurgia plástica*, 28 (2), 264-9.
- Globocan. (2012). Globocan 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Mensagem postada em: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
- Giacon, F. P., Peixoto, B. O., Kamonseki, D. H., & Neto, L. F. S. (2013). Efeitos do tratamento fisioterapêutico no pós-operatório de câncer de mama na força muscular e amplitude de movimento de ombro. *Journal of the Health Sciences Institute*, 31 (3), 316-9.
- Gartner, R., Jensen, M., Nielsen, J., Ewertz, M., Kroman, N., & Kehlet, H. (2009). Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *The Journal of the American Medical Association*, 302 (18).
- Harris, S. R., Schmitz, K. H., Campbell, K. L., & McNelly, M. L. (2012). Clinical

practice guidelines for breast cancer rehabilitation. *Cancer*, 118 (8), 2312-24.

- Haddad, C. F. (2011). Radioterapia adjuvante no cancer de mama operável. *Feminina*, 39 (6).
- Harris, S. R., Hugi, M. R., Olivotto, I. A., & Levine, M. (2001). Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 11. Lymphedema. *Canadian Medical Association*, 164 (2).
- Hernández, A. L. (2000). Câncer de mama. In. E. Díaz-Rubio & J. García-Conde (Eds.), *Oncologia clínica básica* (pp. 371-386).Madrid: Arán Ediciones, S. A.
- International society of lymphology (2003). The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema. Consensus document of the international society of lymphology. *Lymphology*, 36, 84-91.
- Jammal, M. P., Machado, A. R. M., & Rodrigues, L. R. (2008). Fisioterapia na reabilitação de mulheres com cancer de mama. *O Mundo da Saúde*, 32 (4), 506-510.
- Júnior, J. C. S., & Soares, L. F. M. (2012). *Oncologia básica*. Teresina: Fundação quixote.
- Jung, B. F., Ahrendt, G. M., Oaklander, A. L., & Dworkin, R. H. (2003). Neurophatic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. *Pain*, 104, 1-13.
- Kilgour, R. D., Jones, D. H., & Keyserlingk, J. R. (2008). Effectiveness of a self-administered, home-based exercise rehabilitation program for women following a modified radical mastectomy and axillary node dissection: a preliminary study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 109, 285-295
- Kepics, J. (2007). Treatment of axillary web syndrome: a case report using manual techniques. Mensagem postada em: http://www.vodderschool.com/treatment_of_axillary_web_syndrome.
- Kudel, I., Edwards, R. R., Kozachik, S., Block, B. M., Agarwal, S., Heinberg, L. J., Hayrthornthwaite, J., & Raja, S. N. (2007). Predictors and consequences of multiple persistent postmastectomy pains. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34 (6).
- Lange, A. (2014). Reconstrução mamária. In. A. Lange (Eds.), *Fisioterapia Dermatofuncional aplicada à cirurgia plástica. Intercorrências, complicações, avaliação, tratamento* (pp. 281-294). Curitiba: Vitória gráfica & editora.
- Leduc, A. & Leduc O. (2000). *Drenagem linfática: Teoria e prática*. São Paulo: Manole.

- Lee, T. S., Kilbreath, S. L., Refshauge, K. M., Herbert, R. D., & Beith, J. M. (2008). Prognosis of the upper limb following surgery and radiation for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment, 110*, 19-37.
- Leduc, O. (2008). European consensus. Rehabilitation after breast cancer treatment. *The European Journal of Lymphology, 19* (55).
- Lacomba, M. T., Sánchez, M. J. W., Goñi, A. Z., Lecturer, D. P. M., Moral, O. M., Téllez, E. C., & Mogollón, E. M. (2010). Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomized, single blinded, clinical trial. *British Medical Journal, 340* (5396).
- Luz, N. D., & Lima, A. C. G. (2011). Recursos fisioterapêuticos em linfedema pós-mastectomia: uma revisão de literatura. *Fisioterapia em Movimento., 24* (1), 191-200.
- Lahoz, M. A., Nyssen, S. M., Correia, G. N., Garcia, A. P. U., & Driusso, P. (2010). Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomizadas. *Revista Brasileira de Cancerologia, 56* (4), 423-430.
- Lauridsen, M. C., Christiansen, P., & Hesso, I. B. (2005). The effects of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: A randomized study. *Acta Oncológica, 44*, 449-457.
- Lohrlich, C., & Piccart, M. (2006). Câncer de mama. In R. E. Pollock, J. H. Doroshov, D. Khayat, A. Nakao, & B. O'Sullivan (Eds.), *Manual de Oncologia clinica da UICC* (pp. 505-536). São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo.
- Marx, A. G. (2006). *Estudo sobre a intervenção fisioterapêutica precoce e tardia na morbidade do membro superior pós-tratamento de câncer de mama*. Tese de doutoramento apresentada a faculdade de medicina da universidade de São Paulo, São Paulo.
- Martinho, C. (2012). A fisioterapia no cancro de mama. *Fisio, 10*, 9-10.
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, saúde e doenças, 1* (9), 165-184.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J. J. M., Coebergh, J. W., & Franse, L. V. V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivor: A systematic review. *European Journal of Cancer, 41*, 2613-2619.
- McNeely, M. L., Campbell, K., Ospina, M., Rowe, B. H., Dabbs, K., Klassen, T. P., Mackey, J., & Courneya, K. (2010). Exercise interventions for upper-limb dysfunction

due to breast cancer treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16 (6).

- Muniz, J. W. C., & Teixeira, R. C. (2008). *Fundamentos de administração em fisioterapia*. Barueri: Manole.
- Marta, G. N., Hanna, S. A., Martella, E., Silva, J. L. F., & Carvalho, H. A. (2011). Cancer de mama no estadio inicial e radioterapia: actualização. *Revista Médica Brasileira*, 57 (4), 468-474.
- Nascimento, S. L., Oliveira, R. R., Oliveira, M. M. F., & Amaral, M. T. P. (2012). Complicações e condutas fisioterapêuticas após a cirurgia por cancer de mama: estudo retrospectivo. *Fisioterapia e Pesquisa*, 19 (3).
- Pimentel, F. P. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Almedina.
- Picaró, P., & Perloiro, F. (2005). A evidência da intervenção precoce da fisioterapia em mulheres mastectomizadas: Estudo comparativo. *EssFisiOnline*, 2 (1).
- Portal do cancro, (S.D.). Cancro da mama. Mensagem postada em: <http://cancroangola.org/cancro-de-mama>.
- Poleshuck, E. L., Katz, J., Andrus, C. H., Hogan, L. A., Jung, B. F., Kulick, D. I., & Dworkin, R. H. (2006). Risk factors for chronic pain following breast cancer surgery: a prospective study. *The Journal of Pain*, 7 (9), 626-634.
- Rosenthal, S. (1995). Câncer de mama. In S. Rosenthal, J. R. Carignan, & B. D. Smith (Eds.), *Oncologia prática Cuidados com o paciente* (pp. 111-127). Rio de Janeiro: Revinter.
- Rezende, L., Franco, R., Rezende, M., & Beletti, P. (2006). Two exercise schemes in postoperative breast cancer: comparison of effects on shoulder movement and lymphatic disturbance. *Tumori*, 92, 55-61.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis editora.
- Tilley, A., Maclean, R. T., & Kwan, W. (2009). Lymphatic cording or axillary web syndrome after breast cancer surgery. *Canadian Journal of Surgery*, 52 (4).
- World health organization. (s.d.). Breast cancer: prevention and control. Mensagem postada em: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>.

Anexos

Escala para avaliação da funcionalidade do membro superior (escala de DASH)

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

DASH

Portugal

INSTRUÇÕES

Com este questionário pretendemos conhecer os seus sintomas, bem como a sua capacidade para desempenhar determinadas actividades.

Responda, por favor, a *todas* as perguntas e, com base na sua condição física na última semana, faça um círculo à volta do número que considere mais adequado.

Se, na última semana, não teve oportunidade de desempenhar uma determinada actividade, por favor seleccione a resposta com *maior probabilidade* de ser a mais adequada.

Não importa qual a mão ou braço que utiliza para desempenhar a actividade ou o modo como a realiza. Por favor, responda apenas com base na sua capacidade para realizar a tarefa.



DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

Por favor, classifique a sua capacidade para desempenhar as actividades seguintes na última semana, fazendo um círculo à volta do número à frente da resposta adequada.

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. Abrir um frasco novo ou com tampa bem fechada.	1	2	3	4	5
2. Escrever.	1	2	3	4	5
3. Rodar uma chave na fechadura.	1	2	3	4	5
4. Preparar uma refeição.	1	2	3	4	5
5. Abrir e empurrar uma porta pesada.	1	2	3	4	5
6. Colocar um objecto numa prateleira acima da cabeça.	1	2	3	4	5
7. Realizar tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão).	1	2	3	4	5
8. Fazer jardinagem ou trabalhar no quintal.	1	2	3	4	5
9. Fazer a cama.	1	2	3	4	5
10. Carregar um saco de compras ou uma pasta.	1	2	3	4	5
11. Carregar um objecto pesado (mais de 5 kg).	1	2	3	4	5
12. Trocar uma lâmpada acima da cabeça.	1	2	3	4	5
13. Lavar a cabeça ou secar o cabelo.	1	2	3	4	5
14. Lavar as costas.	1	2	3	4	5
15. Vestir uma camisola.	1	2	3	4	5
16. Usar uma faca para cortar alimentos.	1	2	3	4	5
17. Actividades de lazer que requerem pouco esforço (por exemplo: jogar às cartas, fazer tricô, etc.).	1	2	3	4	5
18. Actividades de lazer que exijam alguma força ou provoquem algum impacto no braço, ombro ou mão (por exemplo: golfe, martelar, ténis, etc.).	1	2	3	4	5
19. Actividades de lazer, nas quais movimentam o braço livremente (por exemplo: jogar ao disco, jogar badminton, etc.).	1	2	3	4	5
20. Utilizar meios de transporte para se deslocar (de um lugar para o outro).	1	2	3	4	5
21. Actividades sexuais.	1	2	3	4	5

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

	NÃO AFECTOU NADA	AFECTOU POUCO	AFECTOU	AFECTOU MUITO	INCAPACITOU
22. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão afectou as suas actividades sociais habituais com a família, os amigos, os vizinhos ou outras pessoas? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

	NÃO LIMITOU NADA	LIMITOU POUCO	LIMITOU	LIMITOU MUITO	INCAPACITOU
23. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão o limitou no trabalho ou noutras actividades diárias? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

Por favor, classifique a gravidade dos sintomas seguintes na última semana. (Faça um círculo à volta do número)

	NENHUMA	POUCA	ALGUMA	MUITA	EXTREMA
24. Dor no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
25. Dor no braço, ombro ou mão ao executar uma actividade específica.	1	2	3	4	5
26. Dormência (formigueiro) no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
27. Fraqueza no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
28. Rigidez no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	TANTA DIFICULDADE QUE NÃO CONSIGO DORMIR
29. Na última semana, teve dificuldade em dormir, por causa da dor no braço, ombro ou mão? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
30. Sinto-me menos capaz, menos confiante ou menos útil por causa do meu problema no braço, ombro ou mão. (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

PONTUAÇÃO DASH INCAPACIDADE/SINTOMAS = $\frac{(\text{soma de n respostas}) - 1}{n} \times 25$, onde n é igual ao número de respostas válidas.

Não se pode calcular uma pontuação DASH se existirem mais de 3 itens não válidos.

DISABILITIES OF THE ARM SHOULDER AND HAND

MÓDULO RELATIVO AO TRABALHO (OPCIONAL)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que o seu problema no braço, ombro ou mão tem na sua capacidade para trabalhar (incluindo as tarefas domésticas, se estas forem a sua actividade principal).

Por favor indique qual a sua profissão / actividade : _____

Não trabalho. (Pode saltar esta secção).

Faça um círculo à volta do número que melhor descreve a sua capacidade física na última semana. Teve alguma dificuldade em:

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. fazer os movimentos que normalmente utiliza no seu trabalho?	1	2	3	4	5
2. fazer o seu trabalho habitual devido a dores no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. fazer o seu trabalho tão bem como gostaria?	1	2	3	4	5
4. fazer o seu trabalho no tempo habitual?	1	2	3	4	5

MÓDULO RELATIVO A DESPORTO / MÚSICA (OPCIONAL)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que tem o seu problema no braço, ombro ou mão, quando toca um instrumento musical, pratica desporto ou ambos. Se pratica mais do que um desporto ou toca mais do que um instrumento musical (ou ambos), responda em função da actividade que é mais importante para si.

Por favor indique qual o desporto ou instrumento musical mais importante para si : _____

Não pratico desporto, nem toco um instrumento musical. (Pode saltar esta secção.)

Faça um círculo à volta do número que melhor descreve a sua capacidade física na última semana. Teve alguma dificuldade em:

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. usar a técnica habitual para tocar o instrumento musical ou praticar desporto?	1	2	3	4	5
2. tocar o instrumento musical ou praticar desporto devido a dores no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. tocar o instrumento musical ou praticar desporto tão bem como gostaria?	1	2	3	4	5
4. estar o tempo habitual a tocar o instrumento musical ou a praticar desporto?	1	2	3	4	5

PONTUAR OS MÓDULOS OPCIONAIS: Somar os valores atribuídos a cada resposta; dividir por 4 (número de itens); subtrair 1; multiplicar por 25. A pontuação de um módulo opcional pode não ser calculada no caso de algum dos itens não ter sido respondido.

Questionário EORTC QLQ – 30 e o Seu Questionário Complementar (específico para cancro da mama) EORTC QLQ – 23

PORTUGUESE



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Durante a última semana :	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima



EORTC QLQ - BR23

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

Durante a semana passada:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
31. Sentiu secura na boca?	1	2	3	4
32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38. Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento ?	1	2	3	4
40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, sua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4
Durante as últimas quatro semanas:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Até que ponto esteve sexualmente activa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

Durante a última semana:		Não	Um pouco	Bastante	Muito
47.	Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48.	Teve o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
49.	Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50.	Sentiu dores na área da mama afectada?	1	2	3	4
51.	A área da mama afectada inchou?	1	2	3	4
52.	Sentiu a área da mama afectada muito sensível?	1	2	3	4
53.	Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afectada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4

Apêndices

Apêndice I

A presente ficha de avaliação foi adaptada a partir da ficha de avaliação utilizada no Instituto português de oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.

Centro Nacional de Oncologia, Luanda

Ficha de avaliação do pós-operatório de mama

Data:

Identificação

Nome:
Idade:
Profissão:
Cirurgião:
Fisioterapeuta Responsável:
Data da cirurgia:
Mastectomia:
Colocação de expansor:
Cirurgia conservadora:
Terapia oncológicas:
Quimioterapia antes:
Quimioterapia após:
Radioterapia antes:
Radioterapia após:
Hormonioterapia:

Exame subjetivo

	Avaliação	Reavaliação
Grau de desconforto		
Dor		

Exame objetivo

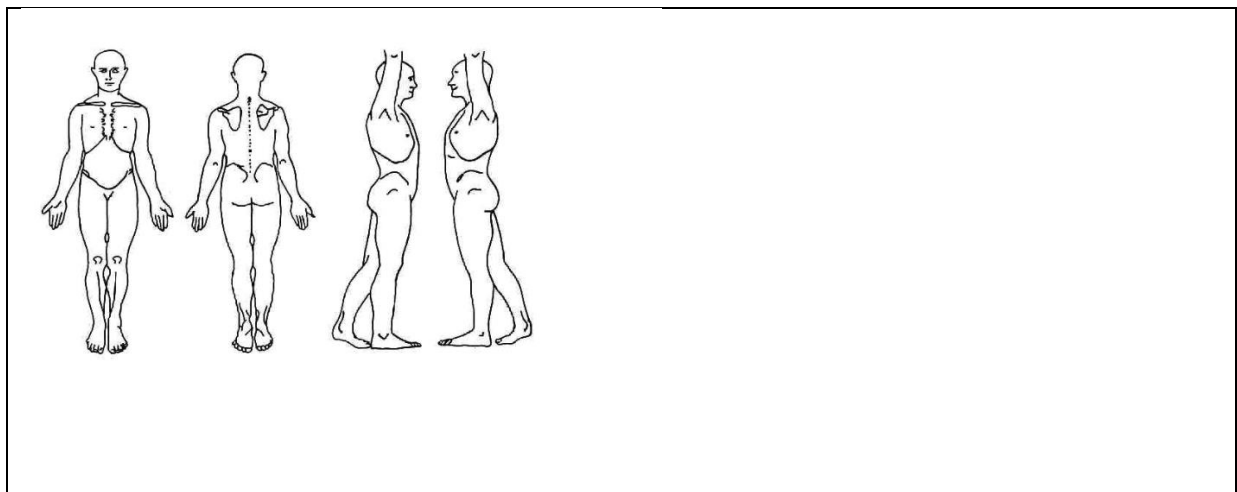
	Cicatriz	Edema	Trombose dos vasos linfáticos	Sensibilidade
Avaliação inicial				
Reavaliação				
Reavaliação				
Avaliação Final				

	Membro superior direito		Membro superior esquerdo	
Amplitudes articulares	Avaliação inicial	Avaliação final	Avaliação inicial	Avaliação final
Ombro				

Flexão				
Abdução				
Rotação. Interna				
Rotação externa				
Cotovelo				
Flexão				
Extensão				
	Membro superior direito		Membro superior esquerdo	
Amplitudes musculares	Avaliação inicial	Avaliação final	Avaliação inicial	Avaliação final
Grande peitoral				
Pequeno peitoral				

	Membro superior esquerdo		Membro superior direito	
Força muscular	Avaliação inicial	Avaliação final	Avaliação inicial	Avaliação final
Ombro				
Flexores				
Extensores				
Abdutores				
Adutores				
Rotadores internos				
Rotadores externos				
Cotovelo				
Flexores				
Extensores				

Postura



Observações:

O presente folheto informativo foi realizado com base no folheto informativo utilizado no Instituto português de oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.

Centro Nacional de Oncologia, Luanda

Exercícios Pós-cirurgia mamária.

Reabilitação imediata

I. Com drenos

Sente-se com as costas direitas, os braços soltos e respire livre e descontraidamente ao longo dos exercícios:

- a) Leve lentamente a sua cabeça para trás e para frente;
 - ✚ Incline lentamente a sua cabeça para um lado e para o outro lado;
 - ✚ Rode lentamente a sua cabeça para um lado e para o outro.
- b) Encolha os ombros (aproxime os ombros das orelhas) e solte.
- c) Coloque as mãos nos joelhos e rode os ombros lentamente para a frente e para trás
- d) Feche as mãos, dobre os cotovelos levando as mãos aos ombros e termine abrindo as mãos esticando os cotovelos.

Atenção:

- ✚ Enquanto não retirar os drenos, NÃO abra nem levante o braço;
- ✚ Enquanto não retirar os pontos não faça movimentos bruscos...

II. Sem drenos e com pontos

- ✚ Continue a fazer os exercícios anteriores.
- ✚ Comece a realizar movimentos mais amplos, sem ultrapassar a altura dos ombros.

III. Sem pontos

- ✚ Levante os braços com os cotovelos esticados. Já pode ultrapassar a altura dos ombros (caso não esteja a retirar líquidos).

Lembre-se sempre:

- ✚ Não se esqueça de fazer diariamente os exercícios descritos anteriormente e repita cada exercício 5-10 vezes;
- ✚ Os exercícios nunca deverão provocar excessiva dor nem cansaço extremo;
- ✚ Compareça SEMPRE á consulta de fisioterapia marcada no seu relatório.

Em caso de dúvida contacte o contacto o
Centro Nacional de Oncologia.
Telefone: 924343401/925893783

Informações complementares

Centro Nacional de Oncologia
Rua Amílcar Cabral (junto ao hospital pediátrico), Luanda
Telefone: 924343401/925893783

O presente folheto informativo foi realizado com base no folheto informativo utilizado no Instituto português de oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.

Centro Nacional de Oncologia, Luanda

Prevenção do linfedema

Cuidados a ter após o esvaziamento axilar.

O que é o linfedema?

Consiste numa acumulação anormal de linfa no braço que faz com que fique inchado, dificultando a sua normal função no dia-a-dia. Após a remoção dos gânglios axilares (através da cirurgia), surge uma fragilidade permanente que pode conduzir ao linfedema.

Como prevenir?

- ✚ Protegendo o braço do lado da operação de situações que o possam agredir;
- ✚ Hidratando SEMPRE, a pele do braço com creme.

Evite:

a) Fontes de calor:

- ✚ Evite temperaturas muito altas, banhos com água muito quente, banho turco ou sauna;
- ✚ Atenção as queimaduras quando ou passa a ferro. Use luvas para o forno;
- ✚ Se é fumadora, evite pegar no cigarro com a mão do lado operado;
- ✚ Evite expor-se demais ao sol.

b) Feridas e infecções:

- ✚ Evite apanhar vacinas e injeções, tirar sangue ou medir a glicémia do lado da operação;
- ✚ Não corte as cutículas das unhas do lado operado, empurre-as para dentro;
- ✚ Não faça depilação com ceras, lâminas ou cremes depilatórios. Use antes depiladoras que cortem os pêlos (máquina de barbear, tesoura);
- ✚ Evite sabonetes, cremes ou perfumes demasiados fortes/agressivos;
- ✚ Não use palha-de-aço para limpar ou esfregar;

- ✚ Evite detergentes muito fortes e sempre que lavar a loiça use luvas que não sejam apertadas em excesso;
- ✚ Atenção as agulhas e alfinetes. Quando tiver que coser, use sempre dedal;
- ✚ Sempre que estiver a tratar das plantas use luvas grossas;
- ✚ Qualquer ferida ou arranhão no lado operado deve ser desinfetada de imediato.

c) Efeito garrote:

- ✚ Não durma sobre o lado da operação;
- ✚ Evite usar anéis, pulseiras, relógio e roupa apertada no lado da operação;
- ✚ A tensão artéria não deve ser medida do lado da operação;
- ✚ Não use a mala ao ombro do lado da operação;
- ✚ Sempre que puder, quando estiver sentada, apoie o braço numa almofada ou no braço da cadeira;
- ✚ Sempre que viajar use uma manga de contenção elástica.

d) Actividades repetidas e esforços:

- ✚ Não levante ou carregue objetos muito pesados com o braço do lado operado;
- ✚ Pode passar a ferro, fazer tricot, crochet, ponto cruz, desde que faça intervalos frequentes;
- ✚ Modere a quantidade de tempo que realiza trabalhos ao computador ou a escrever, faça intervalos da atividade. Realize alguns exercícios com os braços;
- ✚ Evite a condução nas primeiras semanas após a cirurgia;
- ✚ Evite movimentos bruscos com o braço do lado operado.

Nota:

- ✚ Pode realizar todas as atividades da sua vida diária desde que não exagere;
- ✚ Comunique ao seu médico ou fisioterapeuta qualquer alteração que sinta no lado da operação ou na cicatriz;
- ✚ Não falte as consultas que lhe forem marcadas.

Em caso de dúvida contacte o

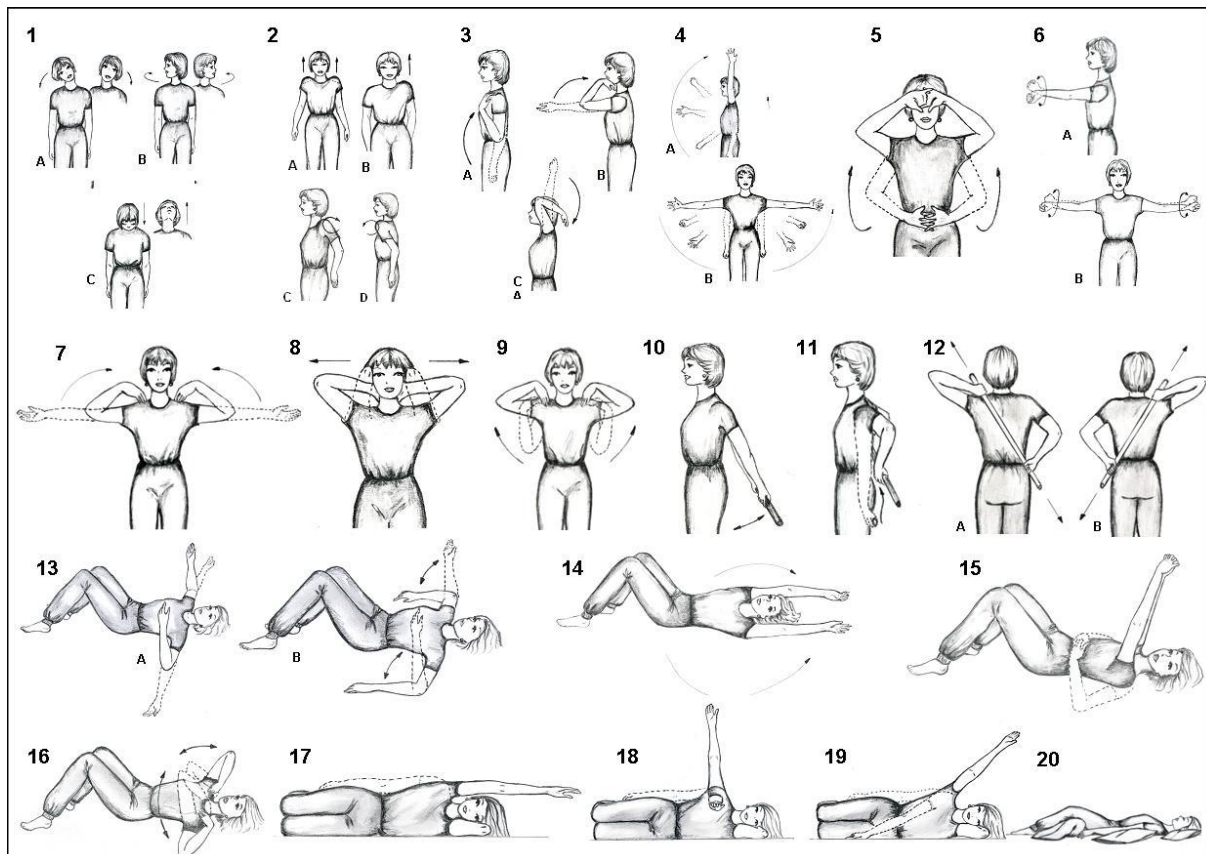
Centro Nacional de Oncologia.

Telefone: 924343401/925893783

Centro Nacional de Oncologia
Rua Amílcar Cabral (junto ao hospital pediátrico), Luanda
Telefone: 924343401/925893783

Apêndice IV

O presente apêndice contém os exercícios que irão ser realizados durante as classes de exercícios pelas pacientes:



Carta de pedido de autorização de visita ao centro Nacional de Oncologia.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR



PAÍS DAS NAÇÕES

Exmo. Senhor
Dr.º Fernando Miguel
Diretor do Centro Nacional de Oncologia
de Luanda

VOSSA REF.º:

02.JAN.14 00007 -

NOSSA REF.º:

ASSUNTO: Colaboração Pedagógica no âmbito do curso de Mestrado em Fisioterapia

A Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) do Instituto Politécnico de Lisboa (IPL) desenvolve 12 cursos de licenciatura e 10 cursos de mestrado no âmbito das ciências e tecnologias da saúde, entre os quais o Curso de Mestrado de Fisioterapia.

Do plano de estudos do Curso faz parte integrante a unidade Curricular Estágio/Projeto, que tem como finalidade desenvolver competências, capacidades e conhecimentos em termos de áreas específicas de intervenção bem como no âmbito da investigação.

Nesse sentido, venho solicitar a V. Ex.º. se digne a autorizar na instituição que superiormente dirige, uma visita à mestranda Joice Carlos que terá como objetivo conhecer o serviço bem como o funcionamento do centro para posterior realização de um estágio no âmbito da unidade curricular estágio/Projeto do curso de Mestrado em Fisioterapia, cujo orientador é o professor Mestre Pedro Rebelo.

Agradecendo uma vez mais a atenção dispensada a este assunto, aproveito para endereçar os melhores cumprimentos,

Por O PRESIDENTE DA ESTeSL


Prof. Coordenador João Lobato

K/

Apêndice VI

O presente apêndice corresponde aos meios materiais e ao orçamento.
Os seguintes artigos estão disponíveis em: <http://www.quirumed.com/pt>. Retirados em:
20/06/2014

Marquesa eléctrica bipartida 184 x 70 cm QM-9341AZ

Tem um custo de 433.40 euros/unidade.



Aparelho de Pressoterapia Tactil 4 saídas 2 canais 430-MK300

Tem um custo de 1,999.00 euros/unidade



Banco estofado com encosto, base de plástico, com aro apoia pés 064-MS01H-AZ

Tem um custo de 90,75 euros.



Creme de ureia de alta hidratação Hidracin 423-QMHIDRACIN 330 ml

Tem um custo de 4.89 euros.



Banco em aço pintado branco, anti-derrapante 612-F363A

Tem um custo de 47,25 euros.



Cadeira de rodas em aço cromado dobrável 183-809B-41

Tem um custo de 104,45 euros.



Mesa auxiliar para a cama 607-U257

Tem um custo de 84.48 euros.



Mesa ajustável de cama 105-3420516

Tem um custo de 99,17 euros/unidade.



Lavatório para mãos com accionamento por pedal 815-061014

Tem um custo de 356,95 euros.



815-061010

Dispensador plástico de papel toalha 557-QDSP07

Tem um custo de 14,22 euros.



Toalhas de papel em Z para dispensadores 798-03030703

Tem um custo de 51.69 euros



Dispensador de Sabão de Parede c/ suporte de Alumínio 966-5212

Tem um custo de 12,35 euros.



Jogo de auto-passivos paralelos para extremidades superiores 790-FM-094

Tem um custo de 130,89 euros.



Armário de aço 2 portas 517-PICARM92

Tem um custo de 390.83 euros.



Espelho móvel inclinável sobre base rodável em aço 790-FM-062

Tem um custo de 414,96 euros.



Biombos de Aço Inox 612-F35-4

Tem um custo de 236.50 euros.



Poltrona para extracções tripartida reclinável com apoio braços QM-9315-AZ

Tem um custo de 218,90 euros.



Cubo c/ Pedal - Aço Inox. 150-CH05L

Tem um custo de 10.13 euros.



Bandagem elástica não adesiva ELASTIC WRAP 516-CR235212

1 unidade (5cm x 5m) = 3,70 euros.



Carro para resíduos e roupa suja 612-F141

Tem um custo de 137.50 euros/unidade



Os seguintes artigos estão disponíveis em: <http://www.continente.pt/> . Retirados em:
20/06/2014

Lençol capa 90 x 190 cm branco ácido kasa.

Tem um custo de 9.00 euros/unidade.



Almofadas anatómica com fronha 33 x 50 cm kasa.

Tem um custo de 10.00 euros/unidade.



Toalhas de mão 450 G/m² carmim stripe kasa.

Tem um custo de 5.00 euros/unidade.



Fronhas 50 x 65 branca ref. Ácido kasa.

Tem um custo de 3.90 euros/unidade.



Tesoura cm uso.

Tem um custo de 0,69 euros/unidade



Algodão zig-zag branco continente embalagem de 40 gr.

Tem um custo de 0,39 euros/unidade.



Os seguintes artigos estão disponíveis em:

http://farmaciarodriguesrocha.com/online/product_info.php/products_id/2811. Retirados em:

20/06/2014

Halibut pomada 100 gr.

Tem um custo de 7,18 euros.



Bepanthere creme 100 gr.

Tem um custo de 8,43 euros.



Biafine emulsão 100 ml

Tem um custo de 8,69 euros.



Thrombocid pomada 100 gr

Tem um custo de 7,50 euros.



Os seguintes artigos estão disponíveis em: <http://www.medicalshop.pt/> . Retirados em: 20/06/2014

Ligadura de Fixação Peha-Haft (10 cm x 4 m). Ref.: OR1101014

1 Unidade tem um custo de 2,32 euros.



Os seguintes artigos estão disponíveis em: <http://www.fibracirurgica.com.br>. Retirados em: 20/06/2014.

Malha tubular 12cm x 15m- Polarfix.

Tem um custo de 10.15 reais (3.70 euros).



Os seguintes artigos estão disponíveis em: <http://www.amberonline.com.br/>. Retirados em: 20/06/2014.

KOMPRES® Bandagem de Espuma de Borracha - Medida: 0,5 X 8 cm X 2 m - Ref: 22313

Tem um custo de 74,30 dolares.

