



**FACULTAD INTERAMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIALES PROGRAMA DE
MESTRADO E DOUTORADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA A DISTANCIA**

LUCIANA MARIA MERGULHÃO COELHO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E A FREQUENCIA DOS SINTOMAS DE
DEPRESSÃO, DOR E FADIGA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS QUE
REALIZARAM FISIOTERAPIA COM EXERCÍCIOS DE MEMBROS SUPERIORES EM
SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DO HOSPITAL DE CÂNCER DE PERNAMBUCO-PE**

ASSUNÇÃO, PY
2021

LUCIANA MARIA MERGULHÃO COELHO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E A FREQUENCIA DOS SINTOMAS DE
DEPRESSÃO, DOR E FADIGA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS QUE
REALIZARAM FISIOTERAPIA COM EXERCÍCIOS DE MEMBROS SUPERIORES EM
SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DO HOSPITAL DE CÂNCER DE PERNAMBUCO-PE**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós graduação em Saúde Pública da Facultad Interamericana de Ciências Sociales, para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dra. Roberta Luciana do Nascimento Godone

ASSUNÇÃO, PY
2021

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E A FREQUENCIA DOS SINTOMAS DE
DEPRESSÃO, DOR E FADIGA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS QUE
REALIZARAM FISIOTERAPIA COM EXERCÍCIOS DE MEMBROS SUPERIORES EM
SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DO HOSPITAL DE CÂNCER DE PERNAMBUCO-PE**

LUCIANA MARIA MERGULHÃO COELHO

Dissertação de Mestrado apresentado ao
Programa de Pós graduação em Saúde Publica da
Facultad Interamericana de Ciências Sociales,
para obtenção do Título de Mestre.

Data de Aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^ª. Dra. Susana Marília Barbosa Galvão (Presidente)
Facultad Interamericana de Ciencias Sociales - FICS

Prof^ª. Dra. Maria do Socorro Basílio de Araújo Maciel
Facultad Interamericana de Ciencias Sociales - FICS

Prof. Dr. Eraldo Pereira Madeiro
Facultad Interamericana de Ciencias Sociales - FICS

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus a minha família e a todos que contribuíram para o meu crescimento profissional e intelectual.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo Dom da vida, coragem, paz, saúde e sua infinita Bondade.

A minha família, por sempre incentivar meus estudos.

A meu filho, pela compreensão e apoio nos momentos mais difíceis.

Às minhas pacientes pelo incentivo, confiança e colaboração.

A minha orientadora Roberta Godone pela sua paciência, sua disponibilidade, pelo carinho e apoio sempre ao meu lado.

A todos que contribuíram com o meu processo de aprendizagem.

EPÍGRAFE

“Um dos requisitos fundamentais do verdadeiro cientista é a humildade. Ela se baseia na certeza de que as nossas mais solidas convicções se diluirão em algum momento do futuro”.

Flávio Gikovate

RESUMO

O Câncer de mama é um grave problema de saúde pública por ser o tipo de neoplasia maligna mais frequente na população feminina. Para o Brasil são estimados 66.280 novos casos de CA de mama. Para os anos de 2020- 2022. O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade de vida e a frequência de sintomas de depressão dor e fadiga das pacientes mastectomizadas que realizam fisioterapia com exercícios no serviço de reabilitação do hospital de câncer de Recife PE. Estudo descritivo e quantitativo utilizando a aplicação de um questionário de qualidade de vida SF-36 e no final feitas análises estatísticas com o programa Microsoft Excel. Responderam o questionário 60 pacientes mastectomizadas unilateral por CA de mama, com ou sem esvaziamento axilar com idade de 30 a 80 anos que realizam fisioterapia com exercícios nos membros superiores no Hospital do Câncer de PE. Constatou-se que a depressão, a dor e a fadiga, e a dificuldade na mobilidade apresentaram um resultado significativo entre as pacientes em estudo, influenciando na qualidade de vida. Os resultados observados sugerem que a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas está associada a fatores físicos e emocionais e que frequentar um serviço de reabilitação tem relevância para vislumbrar, melhora na qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama. Qualidade de vida. Mastectomia.

RESUMEN

El cáncer de mama es un problema grave de salud pública porque es el tipo de malignidad más común en la población femenina. En Brasil, se estiman 66.280 nuevos casos de cáncer de mama. Para los años 2020-2022. El objetivo del estudio fue evaluar la calidad de vida y la frecuencia de síntomas de depresión, dolor y fatiga de pacientes mastectomizadas que se someten a fisioterapia con ejercicios en el servicio de rehabilitación del hospital oncológico de Recife PE. Estudio descriptivo y cuantitativo mediante cuestionario de calidad de vida SF-36 y, al final, análisis estadístico mediante el programa Microsoft Excel. El cuestionario fue respondido por 60 pacientes mastectomizadas unilaterales por CA de mama, con o sin vaciamiento axilar de 30 a 80 años, que se sometieron a fisioterapia con ejercicios en miembros superiores en el Hospital do Câncer de PE. Se encontró que la depresión, el dolor y la fatiga y las dificultades de movilidad presentaron un resultado significativo entre los pacientes en estudio, influyendo en la calidad de vida. Los resultados observados sugieren que la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas está asociada a factores físicos y emocionales y que la asistencia a un servicio de rehabilitación es relevante para vislumbrar una mejora en la calidad de vida.

PALABRAS-CLAVE: Cáncer de mama. Calidad de vida. Mastectomía.

ABSTRACT

Breast cancer is a serious public health problem because it is the most common type of malignancy in the female population. In Brazil, 66,280 new cases of breast cancer are estimated. For the years 2020-2022. The objective of the study was to evaluate the quality of life and the frequency of symptoms of depression, pain and fatigue of mastectomized patients who undergo physical therapy with exercises in the rehabilitation service of the cancer hospital in Recife PE. Descriptive and quantitative study using an SF-36 quality of life questionnaire and, at the end, statistical analysis using the Microsoft Excel program. The questionnaire was answered by 60 unilateral mastectomized patients due to breast AC, with or without axillary emptying aged 30 to 80 years, who undergo physical therapy with exercises on the upper limbs at the Hospital do Câncer de PE. It was found that depression, pain and fatigue, and mobility difficulties presented a significant result among the patients under study, influencing the quality of life. The results observed suggest that the quality of life of mastectomized women is associated with physical and emotional factors and that attending a rehabilitation service is relevant to envision, an improvement in quality of life.

KEYWORDS: Breast cancer. Quality of life. Mastectomy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 - Mapa - Quantas mulheres morrem de câncer de mama no Brasil?..	24
Figura 02 - Câncer de mama	26
Figura 03 - Exercício para câncer de mama	31
Figura 04 - Mulheres com fatores de risco	34

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Distribuição da variável tempo de cirurgia	43
Gráfico 02 – Distribuição da variável idade	44
Gráfico 03 – Características e resultados dos estudos que avaliam qualidade de vida em mulheres com câncer de mama	47
Gráfico 04 – Avaliação geral do estado de saúde das pacientes	49
Gráfico 05 – Avaliação da escala funcional das pacientes que tiveram câncer de mama	50
Gráfico 06 – Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes	51
Gráfico 07 – Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes	52
Gráfico 08 – Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes	53
Gráfico 09 – Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes	54
Gráfico 10 – Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes	55
Gráfico 11 – Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes	56
Gráfico 12 – Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes	57
Gráfico 13 – Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes	58
Gráfico 14 – Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes	59
Gráfico 15 – Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes	60
Gráfico 16 – Avaliação dos aspectos quantitativos de trabalho desenvolvidos pelas pacientes	61
Gráfico 17 – Avaliação dos aspectos quantitativos de trabalho desenvolvidos pelas pacientes	62
Gráfico 18 – Avaliação dos aspectos quantitativos desenvolvidos pelas pacientes	63
Gráfico 19 – Avaliação dos aspectos quantitativos desenvolvidos pelas pacientes	64
Gráfico 20 – Avaliação dos aspectos emocionais que envolvem as pacientes	65
Gráfico 21 – Avaliação dos aspectos emocionais que envolvem as pacientes	66
Gráfico 22 – Avaliação dos aspectos emocionais que envolvem as pacientes	67
Gráfico 23 – Avaliação dos aspectos emocionais e sociais que envolvem as pacientes	68

Gráfico 24 – Avaliação dos aspectos quantitativos de dor das últimas 4 semanas que envolvem as pacientes	69
Gráfico 25 – Avaliação dos aspectos dor das últimas 4 semanas interferindo nas AVDs	71
Gráfico 26 – Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas	73
Gráfico 27 – Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas	74
Gráfico 28 – Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas	76
Gráfico 29 – Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas	77
Gráfico 30 – Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas	78
Gráfico 31 – Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas	79
Gráfico 32 – Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas	80
Gráfico 33 – Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas	81
Gráfico 34 – Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas	83
Gráfico 35 – Avaliação dos aspectos como tempo, saúde física e emocionais com interferência nas atividades sociais	84
Gráfico 36 – Avaliação do nível de obediência das pacientes	85
Gráfico 37 – Avaliação de percepção de saúde	86
Gráfico 38 – Avaliação da percepção de piora da saúde	87
Gráfico 39 – Avaliação de percepção de melhora	88

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Características da avaliação dos domínios <i>raw scale</i>	46
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADM – Amplitude de movimentos

AVDs – Atividades da vida diária

BCCQ - Breast Cancer Chemotherapy Questionnaire

BCTOS - Breast Cancer Treatment Outcome Scale.

CA – Câncer

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DADH - Disability of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire

DNA - Ácido desoxirribonucleico

EORTC QLQ-BR23 - European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire- module BR 23

EORTC QLQ-C30 - European Organisation for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire- versão reduzida

FACT-B – Funcional Assessment of Cancer Therapy-Breast

GIVIO - Interdisciplinary Group for Cancer Care Evaluation

HCP- Hospital de Câncer de Pernambuco

INCA- Instituto Nacional de Câncer

MBROS - Michigan Breast Reconstruction Outcome Study

PE- Pernambuco

QV – Qualidade de Vida

SPADI - Shoulder Pain and Disability Index.

SPSS – Software Aplicativo Programa De Computador

TCLE - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 PROBLEMA	18
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO	19
1.3 JUSTIFICATIVA	20
1.4 OBJETIVOS	21
1.4.1 GERAL	21
1.4. 2 ESPECÍFICOS	21
2 MARCO TEÓRICO	22
2.1 CÂNCER DE MAMA (CIRURGIA E TRATAMENTO)	22
2.2 CÂNCER DE MAMA E A FISIOTERAPIA	28
2.3 FATORES DE RISCO	32
2.4 QUALIDADE DE VIDA E CÂNCER DE MAMA	34
2.5 EPIDEMIOLOGIA DO CANCER DE MAMA	37
3 MARCO METODOLOGICO	39
3.1 LINHA DE ESTUDO	39
3.2 LOCAL DO ESTUDO	39
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	39
3.4 CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE	39
3.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	39
3.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	40
3.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO	40
3.6 PROCEDIMENTO PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS	40
3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS	41
3.8 PROCEDIMENTOS LEGAIS E ÉTICOS	41
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS	42
CONCLUSÃO	89
RECOMENDAÇÕES	91

REFERÊNCIAS	92
ANEXOS	108
ANEXO 1 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA	108
ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	109
ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO QV SF36	110
APÊNDICES	116
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...	116
APÊNDICE 2 – CARTA DE ANUÊNCIA	119
APÊNDICE 3 – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE	120

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um problema de saúde pública, por ser o tipo de neoplasia maligna mais frequente na população feminina. É o tipo de doença mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, ocupando a primeira posição mais frequente em todas as regiões brasileiras depois do de pele, não melanoma. Para o Brasil são estimados 66.280 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022. Esse valor corresponde a um risco de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres. (INCA, 2020).

Embora, seja o tipo de câncer mais incidente, as taxas de sobrevida aumentaram consistentemente nas últimas décadas graças as técnicas cirúrgicas combinadas com radioterapia, terapia hormonal e quimioterapia (CASSI et al., 2016).

O tratamento varia de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas e as condições da paciente, como idade, status, menopausa, comorbidades e preferências. Seu prognóstico é considerado bom, se diagnosticado no início e tratado adequadamente. Verifica-se que a sobrevida em 5 anos é de 73% nos países desenvolvidos e 58% no Brasil (MARX; FIGUEIRA, 2017).

O câncer consiste em uma proliferação descontrolada de células que eram previamente normais e que tem a capacidade de poder se espalhar pelo corpo. Esse processo decorre de várias alterações no DNA da célula, chamada de mutações.

Quanto mais idosa for a mulher, maior o risco do câncer de mama, a taxa aumenta rapidamente até os 50 anos. Depois o aumento é mais gradual (BUZAID; MALUF, 2015).

Os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, mais bem definidos são: a história familiar de câncer de mama ou ovário e a exposição a doses intensas de radiação. Idade acima de 60 anos, história familiar, exposição prolongada ao estrógeno e progesterona, obesidade e consumo constante do álcool são considerados fatores de risco também (BUZAID; MALUF, 2015).

O câncer é originado a partir de alterações no genoma celular, produzidas por meio de fatores exógenos e/ou endógenos; as mutações geradas por esse processo podem iniciar ou promover a transformação e o crescimento maligno. Conseqüentemente, sua persistência populacional é constante, visto que lesões no DNA com variações contínuas

na expressão de genes envolvidos no ciclo celular são base da própria evolução e diversidades biológicas da vida na terra (LIPINSK et al., 2016).

Durante aproximadamente 80 anos, a mastectomia radical clássica permaneceu como tratamento preferencial. Desde o final do século XIX a cirurgia tem se mantido como tratamento tradicional para o câncer de mama. Alterações foram introduzidas, na mastectomia clássica na segunda metade do século XX, porém, as técnicas continuaram à demonstrar que determinadas condutas poderiam causar complicações, destacando-se entre elas o linfedema (CASSALI et. al., 2004).

O tratamento consiste no procedimento cirúrgico retirada parcial ou total da mama, associado ao tratamento adjuvante (quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia). As principais complicações físicas provocadas pelo tratamento podem chegar à 63% (SILVA et. al, 2004). Dentro das principais complicações pode-se citar: linfedema, limitação da amplitude de movimento, dor, alterações posturais, alterações da dinâmica respiratória, escápula alada, (lesão do nervo torácico longo), fibroesclerose do vaso linfático, hipotrofia muscular, seroma, aderência, retração e fibrose cicatricial, assim como alterações de sensibilidade devido a lesão do nervo intercostobraquial (BERGMANN et. al., 2006).

Baseado nas incidências e nas radicalidades dos tratamentos sistêmicos, cirúrgicos e loco-regionais, diversas são as complicações oriundas do tratamento do câncer de mama, sendo o linfedema do membro superior a principal complicação; a fisioterapia tem demonstrado grande atuação tanto para prevenir como para minimizar essas complicações.

Sendo assim, este trabalho tem o objetivo de analisar a qualidade de vida das pacientes mastectomizadas e os sintomas de depressão, fadiga e dor com o intuito de transmitir uma maior abordagem, melhor conhecimento do assunto para os profissionais de saúde em geral e colaborar com a melhora da qualidade de vida das pacientes acometidas pelo câncer de mama.

1.1 PROBLEMA

O câncer de mama é um grave problema de saúde pública, por ser o tipo de neoplasia maligna mais incidente na população feminina.

O tratamento cirúrgico de retirada total da mama com comprometimento dos músculos peitorais e abordagem da axila com remoção dos linfonodos, podem gerar complicações físico-funcionais a curto ou longo prazo no membro superior homolateral a cirurgia. Complicações como: linfedema, dor, redução da amplitude do movimento do ombro, déficit de força muscular, perda de sensibilidade, e perda da autoestima; dificultam o retorno às atividades da vida diária, e pioram a qualidade de vida.

O câncer de mama é temido também pelas mulheres devido a alta incidência e aos efeitos psicológicos que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Apesar de baixa incidência antes dos 35 anos de idade, acima desta faixa etária o número de casos aumenta a cada dia. A fisioterapia com suas diversas modalidades de técnicas reabilitativas assume papel fundamental no tratamento das mulheres mastectomizadas possibilitando minimizar os agravos decorrentes da mutilação cirúrgica

Várias mulheres mastectomizadas apresentam redução da amplitude do membro superior homolateral à cirurgia o que dificulta a realização das atividades da vida diária e retorno ao trabalho o que influencia de forma negativa na qualidade de vida. O medo de movimentar o membro superior homolateral a cirurgia e a inatividade no pós-operatório, leva ao comprometimento gradual da força muscular e da flexibilidade, diminuindo a amplitude dos movimentos favorecendo o aparecimento da dor, fadiga e alterações emocionais.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

Seguindo o pressuposto que as mulheres mastectomizadas apresentam alterações da amplitude articular do movimento do membro superior homolateral a cirurgia do câncer de mama, assim como alterações emocionais e que isso pode influenciar na qualidade de vida, surgiu o seguinte questionamento; será que o processo de reabilitação fisioterapêutica com os exercícios com os membros superiores pode influenciar na qualidade de vida das pacientes mastectomizadas?

Será que a idade e o tempo de cirurgia interferem na qualidade de vida das pacientes que realizam exercícios com os membros superiores?

Será que a fisioterapia é essencial para melhora de sintomas emocionais nas pacientes mastectomizadas?

Será que os sintomas de dor, fadiga e depressão são constantes na vida dessas pacientes e podem influenciar na qualidade de vida?

1.3 JUSTIFICATIVA

Devido à alta incidência de câncer de mama e de mulheres apresentando alterações emocionais e dificuldades na movimentação do ombro homolateral após a cirurgia de mastectomia, onde este fato compromete a qualidade de vida das pacientes tanto na realização das suas atividades da vida diária como o retorno ao trabalho, se faz necessário estudo nessa área.

Este projeto de pesquisa tem como finalidade mostrar que exercícios para membros superiores na fisioterapia é fundamental na reabilitação física e qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia por câncer de mama. É através da fisioterapia com exercícios iniciada nos primeiros dias após a cirurgia e também durante os tratamentos oncológicos, que se previne as retrações do ombro homolateral à mastectomia, previne o linfedema do membro superior e se promove uma adequada recuperação funcional melhorando a qualidade de vida.

Sabendo-se quanto o tema câncer de mama e Reabilitação é importante para a formação dos profissionais da área de saúde, assim como, os estudos apontam uma alta incidência de câncer de mama no país, é que se julgou necessário fazer uma abordagem da fisioterapia enquanto traço fundamental para proporcionar melhor recuperação funcional e emocional para as pacientes mastectomizadas.

Para tanto, tem-se como principal finalidade mostrar quais os elementos que contribuem para uma reabilitação de forma positiva, quais os fatores negativos no processo de recuperação, quais os sintomas mais incidentes no câncer de mama para proporcionar uma melhor recuperação da mulher mastectomizadas, devolvendo a mulher a possibilidade de uma vida normal junto à família, ao trabalho e à sociedade.

Considera-se como ponto positivo para este trabalho o fato por exemplo, de estarmos abordando um tema atual e que tem despertado interesse não somente dos

profissionais de saúde, mas também da sociedade em função da relevância que este exerce para o ser humano.

Portanto, falar acerca de sintomas e exercícios para mulher com câncer de mama nos possibilita vislumbrar uma recuperação física e emocional mais eficaz após cirurgia percebendo a mulher mastectomizadas como ser capaz de alcançar uma reabilitação com uma melhor qualidade de vida.

HIPÓTESE: Mulheres mastectomizadas que realizam fisioterapia com exercícios com MMSS apresentam sintomas de dor, fadiga e depressão e podem apresentar melhora na qualidade de vida frequentado serviço de fisioterapia.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 GERAL

Avaliar a qualidade de vida e a frequência dos sintomas de depressão, dor e fadiga das pacientes mastectomizadas que realizaram exercícios para membros superiores em serviço de fisioterapia do Hospital de Câncer de Recife-PE.

1.4.2 ESPECÍFICOS

- Observar o impacto dos exercícios para membros superiores na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no ambulatório do Hospital do Câncer de Recife-PE.
- Mensurar a frequência da dor e fadiga apresentada pelas pacientes em estudo;
- Analisar se houve sintomas de depressão e comprometimento das atividades da vida diária (AVDs).

2 MARCO TEÓRICO

2.1 CÂNCER DE MAMA (Cirurgia e tratamento)

O tratamento varia de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas e as condições da paciente, como idade, status, menopausa, comorbidades e preferências (COELHO et al., 2018).

Para o tratamento do câncer quatro abordagens podem ser feitas, são elas: a cirurgia (Mastectomia, podendo ser unilateral ou bilateral, total ou parcial) e a radioterapia como tratamentos locais, a quimioterapia e a terapia com agentes biológicos (como hormônios, e anticorpos) como tratamentos sistêmicos (NASCIMENTO, 2009).

A quimioterapia normalmente é uma combinação de drogas administradas em um regime de tratamento padronizado específico para o tipo de câncer (CLAIR; GILLIAM, 2015).

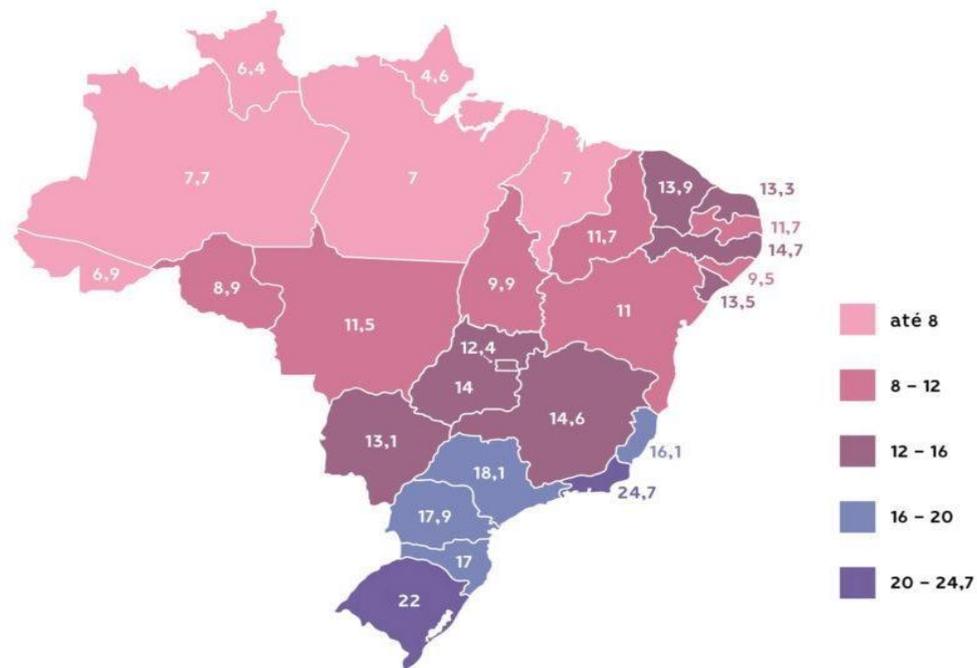
São efeitos colaterais relacionados a quimioterapia a curto prazo (náusea, vômitos, estomatite, alopecia, mielossupressão, tromboembolismo, mialgias, neuropatias e fadiga. (DEVITA JR; CHU, 2008). Como efeitos colaterais a longo prazo podemos citar; menopausa prematura, ganho de peso, fadiga, disfunção. cardíaca e cognitiva (MARKES et al., 2006).

A radioterapia é um tratamento diferente da quimioterapia. Utiliza radiação ionizante para destruir ou inibir o crescimento das células anormais, que formam um tumor, em doses fracionadas, aplicada diariamente, de forma localizada e com um nível de segurança (INSTITUTO ONCOGUIA, 2018).

Estudos mostram que a mastectomia é considerada o procedimento mais realizado para o câncer de mama, porém compromete vários fatores da qualidade de vida. A mastectomia e as terapias associadas colaboram para o aparecimento de complicações

físicas e psicológicas que podem influenciar negativamente a auto estima da paciente (COSAC et al., 2013).

Figura 01 - Mapa - Quantas mulheres morrem de câncer de mama no Brasil?



Fonte: INCA, 2019.

Inúmero são os fatores de riscos que podem levar ao desenvolvimento do câncer de mama, e dentre eles podemos citar: fatores internos-hereditariedade, uso prolongado ou indiscriminado de hormônios, fatores externos-exposição a agentes químicos, ambientais e físicos, estilo de vida- tabagismo, etilismo, sedentarismo, obesidade, entre outros (COELHO et al., 2018).

O câncer de mama é resultado da incapacidade da regulação normal das funções celulares de proliferação e diferenciação decorrente de várias alterações genéticas culminando em transformação maligna. Entre os fatores promotores do câncer mamário, destacam-se aqueles que mantêm o lóbulo em constante processo de divisão celular, o que dificulta os processos fisiológicos de reparação. Estímulos externos e internos favorecem a multiplicação das células que contém as alterações genéticas (MARX; FIGUEIRA, 2017).

Com o Avanço das técnicas de tratamento e dos diagnósticos cada vez mais precoces, a taxa de sobrevida tem aumentado nos países desenvolvidos atingindo valores de até 85% nos primeiros cinco anos após o diagnóstico e nos países em desenvolvimento como o Brasil, tais valores oscilam entre 50 e 60% (INCA, 2014).

O aumento desta sobrevida poderá refletir nos afastamentos laborais, tendo em vista que na maioria das vezes, essas mulheres estão em plena idade produtiva. A literatura identifica como complicações recorrentes tanto da abordagem cirúrgica radical quanto da conservadora, o linfedema, a dor na incisão cirúrgica e a diminuição da força e amplitude de movimentos dos membros superiores. Tais complicações prejudicam em curto e em longo prazo as atividades da vida diária o desenvolvimento profissional e a habilidade para realizar papéis e tarefas distintas (RHIE, ICONGWON, 2013).

O diagnóstico inicial inclui o auto exame, que consiste em apalpar a mama e proximidades em busca de alterações ou anomalias. A mamografia hoje é considerada o exame de diagnóstico padrão. Caso seja detectado algo suspeito no auto exame ou na mamografia, uma investigação adicional é iniciada, com exames como ultrassom mamário, ressonância magnética e biópsia. Cada exame fornecerá uma perspectiva diferente (FREITAS, 2013).

Figura 02 - Câncer de mama.



Fonte: Dreamistime, 2020.

A mastectomia tem sido um dos tratamentos mais comuns nos casos de câncer de mama. Devido à agressividade do procedimento pode causar grande impacto nas pacientes, podendo piorar a qualidade de vida, aumentando o estresse, reduzindo autoestima, impacto psicossocial, e em alguns casos pode desencadear, quadro de depressão. Isso pode ainda ser agravado quando ocorre uma complicação chamada linfedema, quando existe a necessidade de retirar grupos de gânglios linfáticos. Esse linfedema caracteriza-se por uma retenção excessiva de líquido e proteína no espaço tecidual da região do membro superior homolateral a cirurgia da mama. O linfedema tem como sinais e sintomas o aumento da circunferência do membro, rigidez tensionamento da pele e diminuição da amplitude de movimento articular, o que acarreta dificuldade de realização das atividades da vida diária (ALMEIDA et al., 2015).

De forma simplificada, o câncer de mama, consiste em um tumor maligno, originado por uma hiperplasia desordenada de células que invadem tecidos saudáveis à sua volta (ACIOLY, 2003).

O câncer de mama é uma patologia que deve ter uma abordagem multidisciplinar, visando o tratamento integral da paciente, onde a mesma tem direito de escolha. O aperfeiçoamento do diagnóstico precoce e das técnicas menos invasivas. Vem ocorrendo com intuito de diminuir a mortalidade e morbidade (PIMENTEL; SANTOS; GOBBI, 2007). Geralmente, são associadas duas ou mais abordagens, levando em consideração, também, as características individuais, tanto clínicas, como psicológicas, visando obter uma melhor qualidade de vida pós-tratamento (BERGMANN, 2000).

Atualmente existem duas técnicas de tratamento cirúrgico, dentre elas as cirurgias conservadoras da mama, ou seja, a quadrantectomia que consiste na retirada parcial da mama e a ressecção do tumor, seguida da dissecação dos nódulos linfáticos com ou sem a realização da radioterapia no qual causa menor impactos na qualidade de vida das mulheres submetidas a essa cirurgia. A mastectomia é a outra técnica, que inclui remoção do tecido mamário e divide-se em subtipos de acordo com a ressecção de nódulos linfáticos e músculos. Normalmente é realizada quando o risco de recorrência local é aumentado pelo tamanho do tumor (KAVIANI et al., 2013).

Apesar dos progressos nos métodos cirúrgicos utilizados para o tratamento do câncer de mama, o período pós-cirúrgico é primordial, devido a possibilidade de desenvolver complicações como linfedema, dor, diminuição da amplitude de movimentos e redução da força muscular (GOMES et al., 2014).

A linfadenectomia axilar contribui para o linfedema, no primeiro momento a retirada dos gânglios axilares aumenta o risco do linfedema e depois pode modificar a biomecânica da articulação do ombro, gerando dificuldades na movimentação interferindo nas atividades da vida diária dessas mulheres (SMESSTS et al., 2013; FLORES et al., 2014).

A escolha do tipo de cirurgia para mulher com câncer de mama depende basicamente da relação entre o tamanho do tumor e o tamanho da mama. É preciso levar em conta se a paciente já tem indicação de tratamentos complementares como radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. O objetivo da cirurgia é remover o tumor e

uma quantidade de tecido normais em volta para garantir uma margem de segurança. (BUZAID; MALUF, 2015).

As complicações do tratamento cirúrgico do câncer de mama podem ser devidas didaticamente em agudas ou crônicas. Entre as complicações agudas, algumas são inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, como o acúmulo de seroma, os processos infecciosos, a necrose de retalho cutâneo, a hemorragia local e o hematoma da ferida operatória. Entre as complicações cirúrgicas crônicas, destaca-se a escapula alada e o linfedema (MARX, FIGUEIRA, 2017).

As cirurgias conservadoras buscam retirar todo o tumor com margens de segurança, preservando parte da mama (SILVA, 2002).

A tumorectomia é a remoção do tumor sem margens de tecido circunjacente, sendo indicada para tumores de até um centímetro de diâmetro (BARROS et. al., 2000).

Para o tratamento cirúrgico radical, classicamente dispõe-se de terapêutica como a mastectomia, sendo realizada de acordo com o quadro de cada paciente, podendo ainda ocorrer o esvaziamento de nodos linfáticos axilares – linfadenectomia (NOGUEIRA et. al., 2005).

As mastectomias radicais são classificadas em mastectomias radical de Halsted, mastectomia modificada a Patey e mastectomia modificada a Madden, onde é preservada a musculatura peitoral e oferece melhor resultado estético e melhor amplitude de movimento do membro homolateral à cirurgia, sendo assim, a mais indicada pelos cirurgiões (LEAL et. al., 2004).

As complicações físicas e motoras podem surgir imediata ou tardiamente à cirurgia, independente da abordagem cirúrgica ser radical ou conservadora. Podemos citar: hemorragia, infecção, lesão de nervos, necrose cutânea, problemas na cicatrização, seroma, diminuição da mobilidade de ombro e braço, dor, incapacidade funcional, assimetrias posturais, parestesia, celulite, linfedema e fibrose da articulação escapula umeral (BARAUNA et. al., 2004).

A associação cirúrgica escolhida onde ocorre a dissecação de linfonodos axilares após a radioterapia, estão intimamente relacionados com as complicações como a restrição da função do ombro, linfedema e alteração de sensibilidade (NOGUEIRA et. al., 2005).

O esvaziamento axilar é fundamental no controle local da doença e no planejamento dos tratamentos complementares, como quimioterapia ou hormonioterapia, independente da técnica cirúrgica adotada radical ou conservadora. A dissecação axilar associados aos tratamentos cirúrgicos e complementares podem levar a uma variedade de complicações, em 62,6% dos casos, como: linfedema, parestesia na região axilar e do 1/3 medial, alterações nos movimentos do membro superior, seroma, infecção, problemas na cicatrização, perda da função do ombro. Dentre essas complicações destaca-se o linfedema (CASSALI et. al., 2004).

Estima-se que de 15% a 20% das mulheres tratadas de câncer de mama, desenvolvem linfedema e precisam enfrentar os transtornos produzidos por ele, como a limitação da capacidade motora do membro edemaciado, em decorrência da remoção dos linfonodos axilares e conseqüente deficiência do sistema linfático (GARCIA; GUIRRO, 2005).

O linfedema do membro superior é a principal complicação do tratamento do câncer de mama. É considerado uma patologia complexa e crônica que se caracteriza pelo aumento do volume do membro homolateral a cirurgia. Pode ser definido como o acúmulo de linfa nos espaços intersticiais, causado pela destruição dos canais de drenagem axilar provocados pela cirurgia, radioterapia ou ainda pela progressão locorregional da doença (SILVA, 2002; BERGMANN et. al., 2004). As complicações decorrentes do linfedema são fibroedema, linfangite e linfangios – sarcoma, alterações sensitivas e problemas com a imagem corporal e aceitabilidade social (NETO et. al., 2004).

O linfedema afeta 50% a 70% das mulheres que realizam mastectomia radical, sendo que, pode aparecer em qualquer época após a cirurgia, desde o pós-operatório imediato, até alguns anos mais tarde, não devendo ser confundido com o edema que regride na maioria das vezes nas primeiras 48 horas (SILVA, 2002).

O linfedema geralmente acarreta transtornos físicos deformantes alterando bastante o aspecto psicológico e emocional da paciente (OLIVEIRA et. al., 2001).

2.2 CÂNCER DE MAMA E A FISIOTERAPIA

A fisioterapia apresenta um importante papel no pré e pós-operatório do carcinoma mamário, atuando de maneira direta na prevenção, minimização ou regressão das complicações pós-cirúrgicas do câncer de mama (ACIOLY, 2003).

A fisioterapia é uma intervenção imprescindível na prevenção e reabilitação das complicações pós tratamento cirúrgico de câncer de mama, contribuindo para a melhora das morbidades do braço, força muscular e linfedema, por meio de exercícios e técnicas que desempenham um papel fundamental na melhora da funcionalidade do membro, as quais devem ser consideradas como um fator chave para reverter os efeitos negativos relacionados ao tratamento cirúrgico assim como, diminuindo o tempo de recuperação e incluindo rapidamente essas mulheres em suas atividades cotidianas (OROZCO et al., 2015).

Figura 03 - Exercício para câncer de mama.

GINÁSTICA PARA REABILITAÇÃO

Médico deve ser consultado antes

FLEXÃO LATERAL

Ajuda a ampliar os movimentos do tronco e do corpo

- 1 Sente-se em uma cadeira e aperte suas mãos à sua frente



- 2 Levante seus braços devagar sobre sua cabeça, esticando-os



- 3 Quando o braço estiver sobre sua cabeça, incline seu corpo para a direita e mantenha seus braços levantados



- Retorne à posição inicial e faça do lado esquerdo. Repita 5 a 7 vezes

NA PAREDE

Para alongar o peito

Fique em pé de frente para uma quina. Dobre os cotovelos e coloque os antebraços na parede. A altura dos cotovelos deve ser semelhante à dos ombros. Mova o peito em direção à quina



- Repita 5 a 7 vezes

Fonte: American Cancer Society

COM UM BASTÃO

Aumenta a mobilidade dianteira dos ombros

- 1 Segure o bastão com as duas mãos, posicionando as palmas para cima



- 2 Eleve o bastão o máximo possível. Com o braço não afetado, ajude a levantar o bastão até sentir um estiramento no braço afetado



- Segure por 5 s. Abaixee os braços e repita 5 a 7 vezes

COTOVELOS

Melhora a mobilidade do peitoral e do ombro

- 1 Aperte suas mãos atrás do pescoço, com seus cotovelos apontando para o teto



- 2 Movimente seus cotovelos para baixo, em direção à cama ou ao chão



- Repita 5 a 7 vezes

Fonte: Folha de São Paulo. Raquel Botelho (2010).

Com a finalidade de proporcionar uma melhor qualidade de vida às pacientes, a prática da fisioterapia está se tornando cada vez mais preventiva, deixando de ser apenas curativa e reabilitativa (BERGMANN et al., 2000).

Ao ser diagnosticada a presença de um tumor maligno, a mulher já desencadeia uma grande tensão reflexa na região cervical e ombros. A avaliação pré-operatória é fundamental, pois esta oferecerá ao fisioterapeuta parâmetros para o acompanhamento no pós-operatório, ajudando na elaboração de um prognóstico de recuperação, e conscientizando a paciente sobre a importância dos procedimentos fisioterapêuticos no pós-operatório (BARACHO, 2002).

A fisioterapia iniciada nos primeiros dias após a cirurgia pode trazer inúmeras vantagens, prevenindo algumas complicações, principalmente o linfedema e retrações do ombro, promovendo adequada recuperação funcional e conseqüentemente, propiciando melhor qualidade de vida. Isto é, possível pelo aumento do volume do sangue e linfa drenados e pelo encorajamento da paciente em reassumir as atividades normais, propiciados pelo emprego da atividade fisioterápica (SILVA et al., 2004).

Vários estudos científicos publicados sugerem que a atividade física, pós cirurgia de câncer de mama, além de melhorar o funcionamento físico, pode ser uma intervenção valiosa para reconstruir, positivamente, a autoimagem feminina no âmbito psíquico, físico e social (BASEN-ENGUIS et al., 2006; PEDROSO et al., 2005; ARANTES, 2006).

As pacientes quando realizam fisioterapia, diminuem o tempo de recuperação e retornam mais rapidamente as suas atividades da vida diária, ocupacionais, e desportivas, readquirindo força muscular, ADM, postura, coordenação motora, autoestima e principalmente minimizando as possibilidades de complicações pós operatória e aumentando a qualidade de vida (JAMAL et al., 2008).

A cinesioterapia precoce, através de exercícios de alongamento, exercícios ativos assistidos e exercícios ativo-livres do membro superior, ajudam na profilaxia e terapia dos sintomas, constituindo ferramenta fundamental para o restabelecimento do desempenho físico e reinserção laboral, funcional e social (RETT et al., 2012).

Estudos realizados com pacientes com câncer de mama, que realizaram radioterapia e que receberam orientação de uma equipe multidisciplinar, obtiveram melhora no domínio físico, psicológicos, relações sociais e meio ambiente qualidade de vida (FORTUNATO et al., 2015).

A qualidade de vida é um conceito específico que envolve vários fatores na vida do indivíduo e pode ser considerada como um ótimo nível nas diversas funções (física, mental/cognitiva, emocional, social e funcional), incluindo também os relacionamentos, percepções de saúde, aptidão, satisfação com a vida, bem estar, e satisfação do paciente com o tratamento, resultados, estado de saúde e perspectivas futuras (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

Sendo assim, este trabalho tem o objetivo de analisar a qualidade de vida das pacientes mastectomizadas que realizam exercícios para membros superiores na fisioterapia com o intuito de transmitir uma maior abordagem melhor conhecimento do assunto para os profissionais de saúde em geral e colaborar com a melhora da qualidade de vida das pacientes acometidas pelo câncer de mama.

2.3 FATORES DE RISCO

A literatura aborda vários fatores de riscos:

As características reprodutivas que os autores descrevem como a influência de hormônios circulantes no organismo, possivelmente proveniente da menarca precoce, antes dos 11 anos e a menopausa após 55 anos, além de nuliparidade, gestação após os 30 anos e ausência ou curto período de amamentação (BATISTON et al., 2011; RIUL; SILVA, 2011).

Figura 04 - Mulheres com fatores de riscos.



Fonte: Arquivo Cortez Vilela.

O fator de risco mais importante é apresentar um defeito genético raro em dois genes chamados de: BRCA1 e BRCA2. Mulheres portadoras de mutações em um desses genes geralmente pertencente a famílias com diversos casos de câncer de mama e/ou de ovário, que apresentam mais de 50% (cinquenta por cento) de risco de desenvolver a doença (BUZAID; MALUF, 2015).

Estilo de vida o autor destaca como ganho de peso após o 18 anos e sobrepeso e/ou obesidade após menopausa além das terapias de reposição hormonal, sedentarismo e hábitos alimentares pouco saudável (BATISTON et al., 2011).

Estima-se que as mulheres obesas tenham um aumento do risco de desenvolver câncer de mama de até 30% (trinta por cento). Estudos sugerem que a falta de exercício físico e dietas ricas em gorduras e açúcar podem também estar associada a um risco maior de desenvolver câncer de mama (BUZAID; MALUF, 2015).

A ingestão frequente de bebidas alcoólicas e a acetaldeído possui a capacidade de alterar o DNA da célula tornando-a cancerígena, ele também altera o metabolismo de nutrientes tóxicos devido a aumenta da permeabilidade de membrana celular carcinógenos, inibindo a desintoxicação do fígado por esses nutrientes levando a um potencial estresse oxidativo (INUMARU; SILVEIRA; NAVEZ, 2011; PRADO, 2014).

2.4 QUALIDADE DE VIDA E CÂNCER DE MAMA

A qualidade de vida é entendida de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), como a percepção do indivíduo tanto de sua posição na vida, no contexto da cultura e nos sistemas de valores nos quais se insere, como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Após o tratamento de câncer de mama, a fisioterapia vem se destacando como uma grande aliada na busca da qualidade de vida, promovendo a integração do lado operado ao resto do corpo e as atividades cotidianas auxiliando na prevenção de complicações decorrentes da cirurgia (CARDOSO e OLIVEIRA, 2004).

Estudos apontam que a qualidade de vida em mulheres com câncer de mama pode ser alterada pela idade, escolaridade e estado civil. Mulheres mais velhas, as casadas e com maior escolaridade apresentam um melhor escore de qualidade de vida de que as mais jovens, as solteiras e as de baixa escolaridade (SALES et al., 2001; CONDE et al., 2006; HUGUET et al., 2009).

Pacientes com câncer de mama, que se exercitam durante tratamentos oncológicos, apresentam uma predisposição mais favorável para a redução dos déficits na capacidade funcional, níveis de fadiga e depressão, suportam bem as prescrições de exercícios, quando comparados aos pacientes que não se exercitam (SILVA et al., 2018). Nas últimas três décadas foi desenvolvida uma forte base de evidências para os benefícios da atividade física regular na redução da fadiga relacionada ao câncer, mantendo a qualidade e melhorando o prognóstico geral e sobrevida (NYROP et al.; 2015).

O câncer pode deixar sequelas físicas, levando a mulher a vivência de situações de desânimo com relação a sua imagem pessoal, e devido à ausência da mama a qualidade de vida dessas mulheres envolve a relação da capacidade de viver plenamente. Quanto mais nova a idade da mulher maior o impacto emocional com a mastectomia (GUIMARÃES et al., 2014).

A qualidade de vida é capaz de influir diretamente no tratamento, e a assistência requer um olhar multidisciplinar. O programa de reabilitação global deve começar no período pré-operatório, envolvendo toda equipe multidisciplinar e no pós-operatório, a orientação dos exercícios é essencial para evitar complicações como limitações, edema linfático, e linfedema superior (FURLAN et al., 2013).

Entendendo que o procedimento cirúrgico é indispensável no tratamento do câncer de mama e que a fisioterapia proporciona uma enorme importância na recuperação físico-funcional, estima-se que a qualidade de vida concebe conhecer a percepção exposta pela mulher nesta ocasião. Sobrepor medidas que meçam a qualidade de vida na prática clínica, promove o entendimento entre pesquisadores e clínicos, além de ser um grande desafio abranger diante do impacto emocional, físico e social acarretado pelo câncer de mama e seus tratamentos coadjuvantes (RETT et al., 2013).

A literatura trás que exercício físico pode melhorar os parâmetros fisiológicos, psicológicos e funcionais incluindo função cardiovascular global em sobreviventes de câncer de mama. Tais melhorias na função cardiovascular têm sido associadas com redução da fadiga, benefícios na composição corporal e mudanças positivas na qualidade de vida. O exercício físico ainda minimiza os processos degenerativos relacionados ao câncer, promove alterações comportamentais ligadas ao estilo de vida, diminui os riscos de recorrência da doença e melhora fatores psicossociais. (NASCIMENTO et al., 2011).

A atividade física após o diagnóstico de câncer de mama, além de fator protetor, tem sido fortemente correlacionada com melhoria da qualidade de vida e aumento da sobrevivência em mulheres com câncer de mama. (PEDROSO et al., 2005).

A mama é considerada para a mulher e para a sociedade um símbolo de feminilidade e sexualidade. Além das alterações físicas, muitos são os prejuízos psicossociais relacionados a mastectomia radical. Sendo assim, uma alteração nesse órgão leva a mulher a grande paradoxo, no contexto de lutar contra a doença e contra a

agressão a sua autoestima, feminilidade e sexualidade, o que impacta significativamente na sua qualidade de vida (BELEZA et al., 2016).

Evidenciase aumento na qualidade de vida com a realização do tratamento fisioterapêutico, onde as pacientes reduzem seu tempo de recuperação e apresentam um retorno mais rápido as suas atividades de vida diária, recuperando ADM, força muscular, postura adequada, coordenação motora e autoestima (GIACON et al., 2013).

Muitos são os problemas apresentados pela paciente submetida a mastectomia após a cirurgia: o estigma do câncer, a mutilação, a estética, a limitação nas atividades da vida diária, a rotina de exames, e as complicações, além disso, a ausência da mama acarreta efeitos físicos, consequências sociais e emocionais que irão afetar diretamente a qualidade de vida dessas mulheres. As consequências destas disfunções superam o marco individual e estendem-se aos familiares, amigos e relações profissionais. Isso implica em uma sobrecarga emocional para o paciente (WHELAN et al., 2000; KRISHNAN et al., 2001; MOREIRA et al., 2002).

A sociedade Brasileira vem sinalizando o tema de QV em suas reuniões, correlacionando principalmente a necessidade de interagir o conceito desse fator as melhorias das condições de vida da população como um todo. (BRASIL et al.,2003).

Dados da literatura evidenciam, que a qualidade de vida está cada vez mais interligada a saúde e ao ambiente, diante disso, a utilização desses instrumentos para avaliar a qualidade de vida, é considerado um fator decisivo a serem introduzidas nas terapêuticas e implementadas no tratamento dos pacientes podendo colaborar nos efeitos da sua qualidade de vida. (CAMPOLINA; CICONELLI, 2006; PASCHOAL, 2000).

O conceito de qualidade de vida no setor de saúde é recente devido ao surgimento de novos paradigmas que tem norteado a influenciar as políticas nos setores da saúde nas últimas décadas. Um item importante para essa mudança é que a qualidade de vida determinou resultados e melhoria nas atividades assistenciais tanto nas políticas públicas como no setor da promoção e prevenção de doenças (SCHUTTINGA, 1995).

A influência das modalidades de intervenções cirúrgicas ao câncer de mama sobre a qualidade de vida no que está relacionado a imagem corporal, geralmente é cercado por uma percepção negativa sendo um resultado previsível diante da amputação. Existem diferenças substanciais existentes na qualidade de vida entre mulheres com

câncer de mama submetidas a mastectomias e aquelas que não passaram por tal procedimento. É provável que esta percepção negativa encubra ou associa-se ao processo de luto subjacente, relacionado a perda da mama e de sua representação simbólica, impostas pela mastectomia. (MAJEWSKI, 2012).

A Fisioterapia através de procedimentos como mobilização articular, alongamentos, cinesioterapia, drenagem linfática, enfaixamento funcional, eletroterapia e massoterapia para compor o tratamento fisioterapêutico das mulheres mastectomizadas visa a redução das complicações provocadas pela intervenção cirúrgica e colabora com a volta as atividades da vida diária e da qualidade de vida (PACHECO et al., 2011).

As ciências humanas e biológicas vêm discutindo assiduamente a questão com relação ao termo qualidade de vida no que diz respeito ao sentido amplo de valorizar o controle de sintomas, a redução da mortalidade ou longevidade. Para alguns autores a qualidade de vida é um sinônimo de saúde, para os demais o significado vai além do termo saúde, tornando abrangente (FELDEN et al., 2012).

2.5 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA

Para o Brasil estimam-se 66.280 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022. Esse valor corresponde a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100mil mulheres. No Brasil, ocorreram em 2017, 16.724 óbitos por câncer de mama feminina, o equivalente a um risco de 16,16 por 100 mil (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

O câncer de mama é o mais incidente no mundo, representando 24,2% do total de casos em 2018, com aproximadamente 2,1 milhão de casos novos. E a quinta causa de morte por câncer geral (626.679) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. No Brasil, excluindo os tumores de pele não melanomas, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões. Para o ano de 2020 foram estimados 66.280 casos novos o que representa uma taxa de incidência de 43,74 casos por 100.000 mulheres. A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela

população mundial apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 13,84 óbitos/1000.000 mulheres em 2018. As regiões sudeste e sul são as que apresentam as maiores taxas, com 14,76 e 14,64 de óbitos/1000.000 mulheres em 2018, respectivamente (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2020).

De acordo com Concord-3, no Brasil, as estimativas de sobrevida em cinco anos foram de 76,9% (75,5-78) para o período de 2005 a 2009 e de 75,2% (73,9-76,5) para o período de 2010 a 2014. Fatores relacionados ao conhecimento da doença e as dificuldades de acesso das mulheres aos médicos, diagnósticos e ao tratamento adequado e oportuno resultam na chegada das pacientes em estágios mais avançados do câncer de mama, piorando o prognóstico. Ainda se observa uma disparidade global apesar das estimativas de sobrevida em cinco anos mostrarem uma tendência de aumento em países desenvolvidos (ALLEMANI, 2018),

Existe uma enorme variedade de tipos histológicos e moleculares de carcinomas de mama *in situ* e invasor. O tipo histológico invasor mais comum é o carcinoma ductal infiltrante não especificado, que representa de 70 a 80% de todos os tumores de mama, seguido pelo carcinoma lobular infiltrante, com cerca de 5 a 15 %, e pelos outros tipos histológicos (LAKHANI, 2012).

As neoplasias da mama representam o principal motivo de óbito por câncer nas mulheres desde o ano de 1979, evoluindo conforme uma curva ascendente com tendência a estabilização nos últimos anos. Entre os anos de 1979 e 2000, observou-se um aumento na taxa de mortalidade, subindo de 5,77 para 9,74/100.000 brasileiras, possivelmente pela elevação na quantidade de diagnósticos e pela maior qualidade das informações nos atestados de óbitos. O índice de mortalidade por câncer de mama em 2007 contabilizou em torno de 11,49 a cada 100mil mulheres (VIEIRA et al., 2012).

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Linha de pesquisa

Para o aprofundamento do objeto da pesquisa, foi proposto realizar um estudo relatando uma abordagem quantitativa de caráter analítico e descritivo onde foi aplicado um questionário e ao final no qual foram feitas as análises estatísticas utilizando programa Microsoft Excel acerca do tema. A qualidade de vida em pacientes mastectomizadas que realizam exercícios para membros superiores em serviço de fisioterapia do Hospital do Câncer de Recife, PE.

3.2 Local de Estudo

Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, o estudo foi realizado no Hospital de Câncer de Pernambuco – HCP, localizada na Cidade do Recife, capital do estado.

3.3 População do Estudo

A pesquisa será realizada com 60 pacientes de câncer de mama, mastectomizadas unilateral com ou sem esvaziamento dos linfonodos axilares, do sexo feminino, na faixa etária de 30 a 80 anos de idade que serão atendidas no ambulatório de fisioterapia do Hospital do Câncer de Pernambuco, localizado no Recife na Avenida Cruz Cabugá, 1597, Santo Amaro.

3.4 Critérios de elegibilidade

3.4.1 Critérios de Inclusão:

- Ser portadora de câncer de mama, com mastectomia unilateral com ou sem esvaziamento dos linfonodos axilares;
- Pacientes mastectomizadas unilateral com faixa etária de 30 a 80 anos de idade;
- Ter realizado ou não os tratamentos oncológicos complementares de radioterapia e quimioterapia;

- Apresentar capacidade de compreensão e de comunicação;
- Concordar em participar da pesquisa, com a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4.2 Critérios de Exclusão:

- Pacientes que não forem acometidas de câncer de mama;
- Pacientes com mastectomia bilateral;
- Pacientes que não tiveram interesse em participar da pesquisa e que não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.5 Variáveis do Estudo

Os dados só foram coletados perante a provação do Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil.

3.5 Procedimentos para coleta e análise de dados

Foi aplicado no estudo um questionário validado de Qualidade de Vida SF-36. Pesquisa de campo com aplicação de questionário específico para pacientes acometidas de câncer de mama. Estudo descritivo de corte transversal. Participação da pesquisa cerca de 60 pacientes que foram atendidas no ambulatório de fisioterapia do HCP.

Foram analisadas pacientes do sexo feminino mastectomizadas por câncer de mama, unilateral com ou sem esvaziamento dos linfonodos axilares, na faixa etária de 30 a 80 anos de idade. Onde estas 60 pacientes realizaram exercícios com membros superiores no serviço de fisioterapia do HCP. Foi observada a evolução dessas pacientes e se houve melhoria da qualidade de vida por influência dos exercícios. Este estudo é quantitativo com aplicação de um questionário validado: Questionário de Qualidade de Vida- SF-36.

3.6 Riscos e Benefícios

A Pesquisa oferece mínimos riscos para as pacientes do estudo. Pode ocorrer constrangimento mediante algumas perguntas. Para minimizar essa questão os questionários foram aplicados de forma individual em um ambiente reservado com a presença apenas do pesquisador e da paciente, e se necessário à presença de um familiar ou responsável. Caso houvesse danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumiria a responsabilidade pelos mesmos.

Apesar do número reduzido de participantes é possível verificar que os exercícios na fisioterapia proporcionam a redução da dor no membro superior, melhora a amplitude do movimento e a qualidade de vida. Estes resultados reforçam a necessidades nas mulheres mastectomizadas frequentarem serviços de fisioterapia após a cirurgia de CA de mama. Estudos futuros que incluam o maior tamanho da amostra poderão contribuir para melhorar a assistência a estas mulheres e para os profissionais envolvidos na reabilitação.

3.7 Procedimentos éticos e legais

O trabalho realizado obedeceu às recomendações éticas do Ministério da Saúde com base nos requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS nº466/12 e suas complementares, onde a pesquisadora, através dos termos assinados, se compromete a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa, mantendo o total sigilo das informações coletadas nos questionários de qualidade de vida, que serão analisados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima e de modo que não será usada iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los.

As autorizações foram solicitadas através da Carta de Anuência ao Hospital de Câncer de Pernambuco e dos Termos de Autorização enviados a cada setor responsável pela pesquisa, assim como também dos documentos e termos de responsabilidade e confidencialidade devidamente assinado pela pesquisadora, seguindo o pressuposto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Câncer de Pernambuco, através da Plataforma Brasil.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Foram escolhidas 62 pacientes com câncer de mama atendidas no ambulatório de fisioterapia do hospital de câncer de recife, pacientes mastectomizadas unilateral com esvaziamento axilar dos linfonodos ou não, com a variável de idade de 30 a 80 anos. Foi aplicado um questionário validado para estudo de qualidade de vida, (SF-36), em relação a CA de mama.

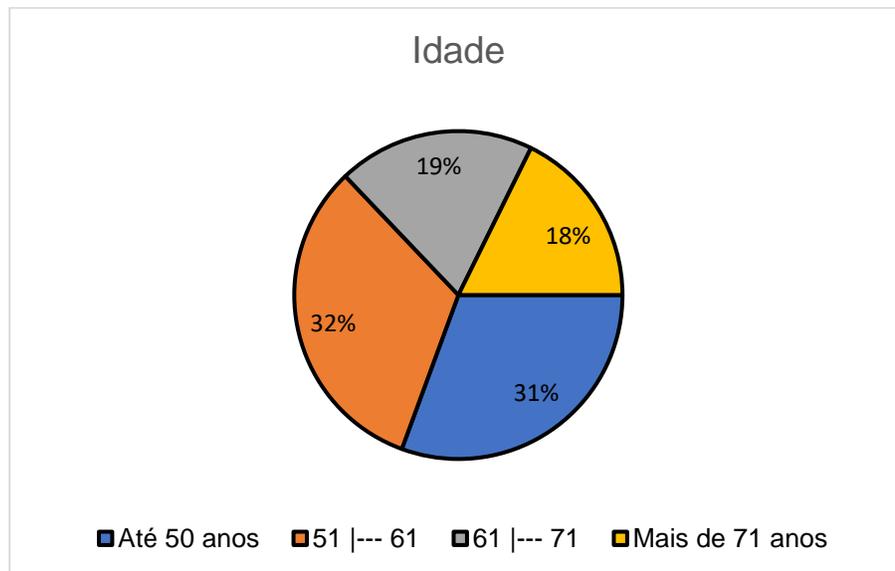
Atualmente esses questionários que avaliam a qualidade de vida são uma boa alternativa de mensuração de problemas e de auxílio para os profissionais de saúde reconhecerem as necessidades psicológicas, funcionais e sociais dos pacientes. O questionário contem 11 questões relacionada a vários fatores. Os fatores analisados são; fatores sociais, fatores emocionais, fatores de mobilidade e fatores de dor.

Para a devida participação as mulheres assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e responderam ao questionário no ambulatório de fisioterapia, do Hospital do Câncer, conduzida pela pesquisadora. As participantes foram abordadas sobre o interesse de participar da pesquisa, mediante explicação dos objetivos, métodos riscos e benefícios. Após a coleta dos dados estes dados foram levados para análise de estatística no programa SPSS 2016, com o intuito de avaliar de forma importância dos exercícios dos membros superiores na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas e quero analisar o impacto do exercício de membros superiores nessas mulheres e se houve influência sobre a qualidade de vida das pacientes que participaram da pesquisa. O tratamento com exercício para membros superiores, era realizado 3 x por semana, 15 sessões em cada paciente.

No estudo, utilizam-se técnicas que visam o aumento da amplitude articular, que promove o alívio da dor, que atuam no edema da mama e do membro superior, e que melhora a força muscular e as alterações de sensibilidade. Como variáveis de caracterização da amostra em estudo foram definidas idade, e tempo de cirurgia. O cálculo estatístico, ocorreu dividindo o questionário em 2 escalas como, Escala funcional que aborda aspectos físicos, emocionais, mobilidade e social; Escala de sintomas que se refere a dor.

O estudo apresenta algumas variáveis de acordo com, o tempo de cirurgia e idade da paciente. O gráfico 1 não apresentou uma distribuição normal.

Gráfico 01 - Distribuição da variável tempo de cirurgia, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

A população estudada pertence a uma faixa etária de 30 a 80 anos. A maior parte das pacientes tinham idade de 50 a 61 anos como se pode ver no gráfico 2.

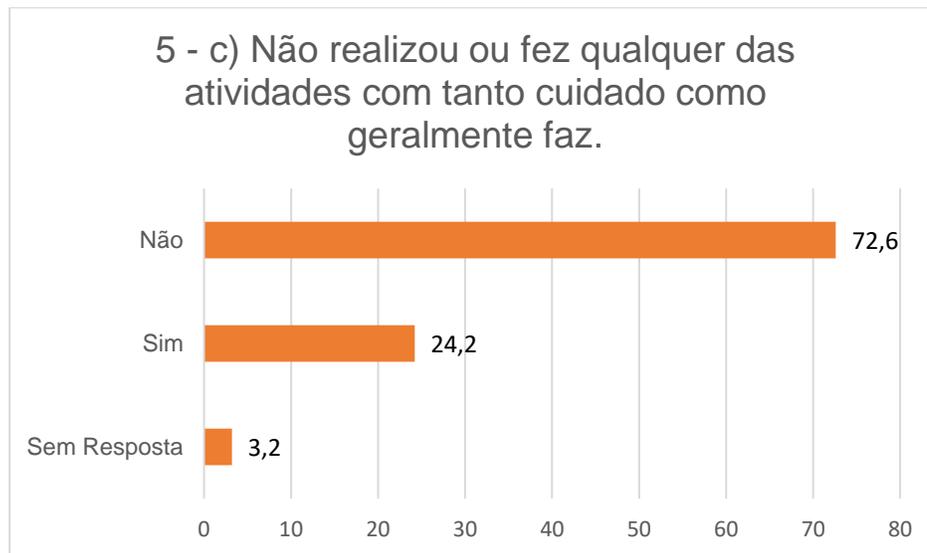
Mulheres a partir de 50 anos tem maior risco para o desenvolvimento dessa enfermidade devido ao acúmulo de exposições ao longo da vida e as próprias alterações biológicas que acontece com o envelhecimento, aumentando ainda mais esse risco (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Mulheres com idade avançada, mesmo quando submetidas a mastectomias, relatam melhor escore de qualidade de vida após tratamento do câncer da mama., do que mulheres mais jovens (ENGEL et al., 2004). Cohen e colaboradores (2000), justificam que mulheres mais jovens tem maior dificuldade de adaptação após câncer de mama.

Mulheres mais velhas apresentam melhor qualidade de vida porque essas valorizam menos a mama e a feminilidade; as prioridades individuais variam com a idade e os diferentes momentos da vida (KENNY et al., 2000).

A idade é o principal fator de risco no câncer de mama (BROWALL et al., 2008). Até a idade de 50 anos as taxas de incidência apresentam um rápido crescimento, porém com o aumento da idade este aumento ocorre de forma mais lenta (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2011). No presente estudo observa-se que a média da idade é de 50 a 61 anos, estando em concordância ao estudo de Evangelista e Santos (2012). A idade pode influenciar a QV das mulheres com câncer de mama, em que mulheres mais jovens em sua maioria tende a apresentar uma pior aceitação da situação delicada de saúde (SOUSA; SANT ANA; COSTA, 2014; LOTTI et al., 2008).

Gráfico 02 - Distribuição da variável idade, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Dentre as 11 questões do questionário, as questões 1 ,2 ,3 ,4 ,5 ,6 ,9 ,10 e 11, corresponde a uma escala funcional. As questões 7, e 8 correspondem a escala de sintomas, domínio dor. O questionário SF-36 foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli e colaboradores, (1998). O questionário aplicado é conhecido como sendo multidimensional formado por 36 itens englobados em 8 escalas ou domínios que são: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde,

viabilidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, porém neste trabalho utilizamos apenas 2 escalas e suas subdivisões.

Para a avaliação da qualidade de vida das pacientes com câncer de mama, utilizou-se como instrumento o cálculo *raw scale*, onde esta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio, lembrando que neste trabalho utilizamos apenas 5 domínios. É chamado de *raw scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida. Domínio: Capacidade funcional, Limitação por aspectos físicos, Dor, Estado geral de saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais e Saúde mental. Para isso deve-se aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio: Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior}}{\text{Variação (Score Range)}} \times 100$. Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (*Score Range*) são fixos e estão estipulados no quadro 1.

Quadro 01 - Características da avaliação dos domínios *raw scale*.

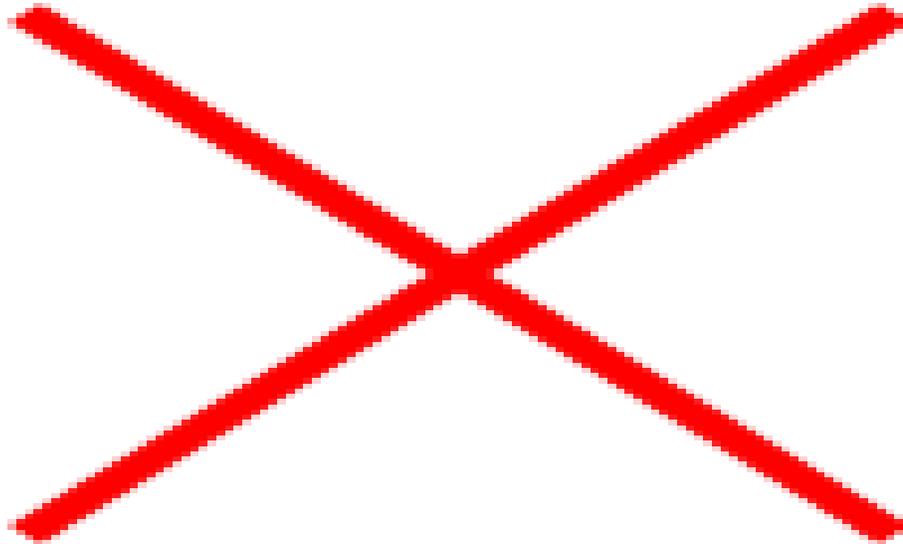
Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais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

Fonte: Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36.

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor. Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média. Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás. Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

A tradução para o português do SF-36 e sua adequação socioeconômica e culturais de nossa população bem como a demonstração de sua reprodutibilidade e validade, tornam este instrumento um parâmetro de desfecho útil usado em pesquisas. A escolha desse instrumento fundamentou-se na necessidade de termos traduzido para a língua portuguesa um questionário de avaliação genérica de saúde bem desenhado cujas propriedades de medidas como reprodutibilidade, validade e suscetibilidade e alterações, já tivessem sido demonstradas em outros trabalhos. Por ser o câncer de mama uma doença com incidência bastante alta ainda e com alterações funcionais e as vezes incapacitante, grande ênfase tem sido dada ao estudo da qualidade de vida desses pacientes no decorrer de sua doença.

Gráfico 03 - Características e resultados dos estudos que avaliam qualidade de vida em mulheres com câncer de mama, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

A OMS, define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (SALES et al., 2001). Nas pacientes tratadas, muitos dos sintomas agudos, desaparecem, no entanto, déficits emocionais nas relações sociais e nas funções cognitivas, podem afetar na qualidade de vida, associados a sintomas específicos e preocupações decorrentes do câncer, que prejudicam a qualidade de vida (AMDT et al., 2005).

Existem vários questionários de qualidade de vida que podem ser utilizados, alguns questionários relacionados ao câncer de uma maneira geral ou específica para o câncer de mama. Normalmente se faz o uso de um questionário geral associado a um específico (SANTOS et al., 2013). O *Short Form Health Survey* (sf-36) é um questionário de qualidade de vida geral, não específico para pacientes oncológicos. O EORTC *Quality of Life* (EORTC QLQ-C30) é utilizado para pacientes com câncer de uma maneira geral, contendo 30 questões (C-30); o EORTC QLQ-BR23 é específico para pacientes com câncer de mama (BR (23), sendo geralmente utilizado O EORTC QLQ- C30 (MICHELS et al., 2013), o *Funcional Assessment of Cancer Therapy* (FACT) e um questionário geral para o câncer, tendo sua versão específica para o câncer de mama denominada FACT-

B. (SALES et al., 2001). Todos estes questionários já foram traduzidos e validados para a língua portuguesa.

Para pacientes submetidas a reconstrução mamaria, temos o BREAST-Q e o *Michigan Breast Reconstruction Outcome Study* (MBROS), apenas o primeiro foi traduzido para língua portuguesa. Atualmente, está em desenvolvimento o EORTC QLQ-BRR24, o qual será utilizado para reconstrução mamaria. O *Breast Cancer Treatment Outcome Scale* (BCTOS) foi criado e utilizado para avaliar pacientes submetidas a tratamento conservador da mama (CHEN et al., 2010). Na avaliação das alterações do ombro, podemos utilizar o FACT-B+4 (associado a subescala que avalia a mobilidade do braço), o *Shoulder Pain and Disability Index* (SPADI) e o *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire* (DASH) (MARTINS et al., 2010).

Existem sete instrumentos específicos disponíveis na literatura para o estudo da qualidade de vida no câncer de mama, sendo eles: *Funcional Assessment of Cancer Therapy Breast* (FACT-B), *Breast Cancer Chemotherapy Questionnaire* (BCCQ), *European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of life Questionnaire* (EORTC QLE-BR23), *Interdisciplinary Group for Cancer Care Evaluation* (GIVIO), *Functional Assessment of Cancer Therapy- Breast plus Arm Morbidity* (FACT-B+4), *Quality of life Instruments- Breast Cancer Version* (QOL) e *Breast Cancer Chemotherapy Questionnaire* (BCQ) (CONDE, 2006; MAKLUF; BARRA, 2006).

O EORCT QLQ-C30, é um questionário geral para pacientes com câncer, composto de 30 questões dividido em três dimensões: a) qualidade e vida geral; b) escalas funcionais (denominadas função física, função emocional, função cognitiva, função geral e função social) e c) escala de sintomas (nomeadas fadiga, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, náusea e vômito, constipação, diarreia e dificuldade financeira). O EORCT QLQ -B23 é um questionário de qualidade de vida específico para pacientes com câncer de mama, sendo que possui 23 questões divididas em duas dimensões: escalas funcionais (imagem corporal, perspectiva futura, função sexual e satisfação sexual) e de sintomas (efeito da quimioterapia, preocupação com queda de cabelo, sintomas da mama e do braço). Observa-se uma infinidade de instrumentos que podemos considerar e utilizar em nossas pesquisas com o objetivo de avaliar a qualidade de vida

em pacientes com câncer, possibilitando um melhor conhecimento da avaliação das sequelas e suas repercussões na qualidade de vida de nossas pacientes.

A questão 1 do questionário- Em relação a pergunta em geral você diria que sua saúde é: apresentou um percentual maior (83,9%), na resposta boa, 8,1%, respondeu muito boa, 8,1% respondeu ruim podemos ver no gráfico 4.

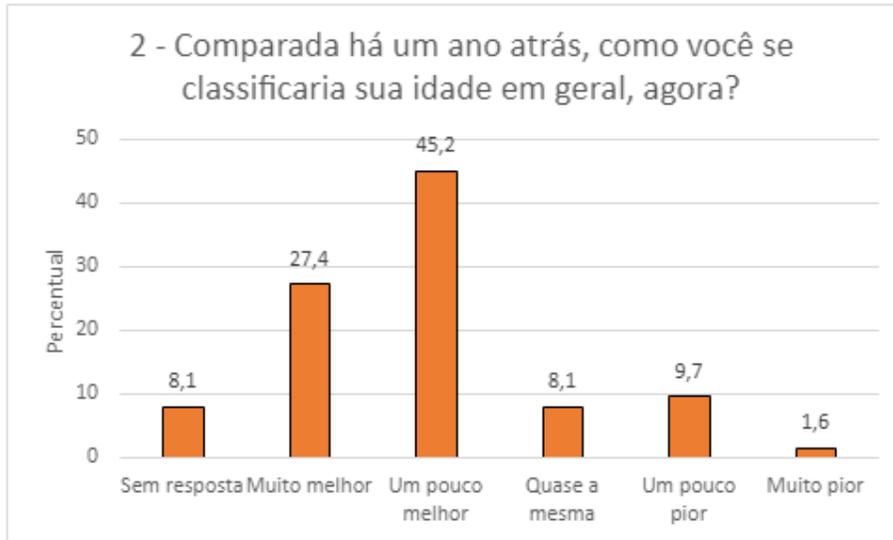
Gráfico 04 - Avaliação geral do estado de saúde das pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 2- a pergunta comparada a um ano atrás como você classificaria sua idade em geral e agora, o maior percentual 45,2% respondeu um pouco melhor.27,4% respondeu muito melhor., 8,1 % quase a mesma.9,7% respondeu um pouco pior, 1,6% respondeu muito pior, e 8,1 % sem resposta, como mostra o gráfico 5.

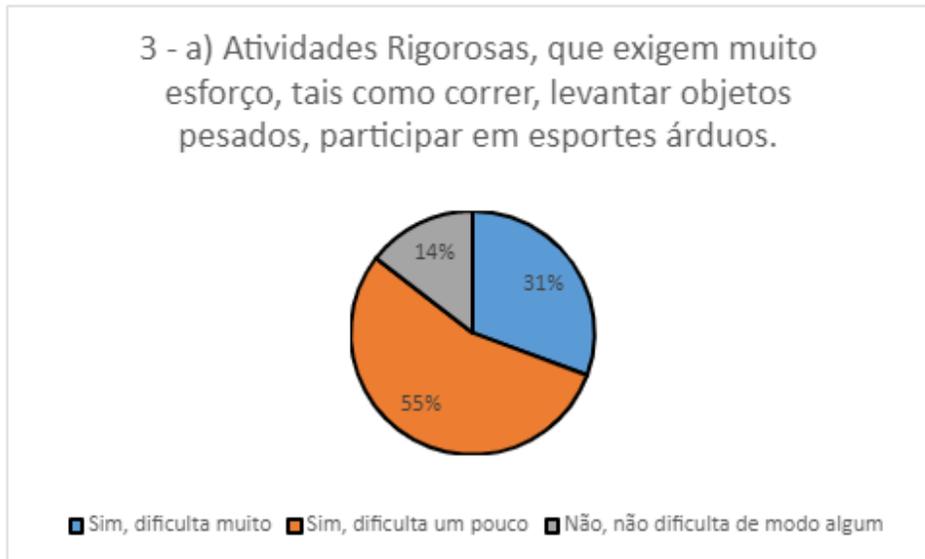
Gráfico 05 - Avaliação da escala funcional das pacientes que tiveram câncer de mama, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

De acordo com a escala funcional função física, a questão 3 item A, obtivemos o seguinte resultado, tivemos um percentual maior na resposta, sim dificulta um pouco, (54,8%) de pacientes que relataram que as atividades rigorosas que exigem muito esforço tais como correr levantar objetos pesados, participar em esportes árduos, e um percentual menor (14,5) de pacientes que relataram que não dificultam de modo algum (Gráfico 6- questão 3A).

Gráfico 06 - Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

O tratamento do câncer de mama leva a redução funcional do membro acometido, observam-se sintomas de dor, diminuição da amplitude de movimento do ombro, redução da força muscular nos músculos da cintura escapular, aumento do volume do segmento corporal e conseqüentemente alterações na qualidade de vida e nas atividades da vida diária das pacientes (SILLIMAN et al., 1999).

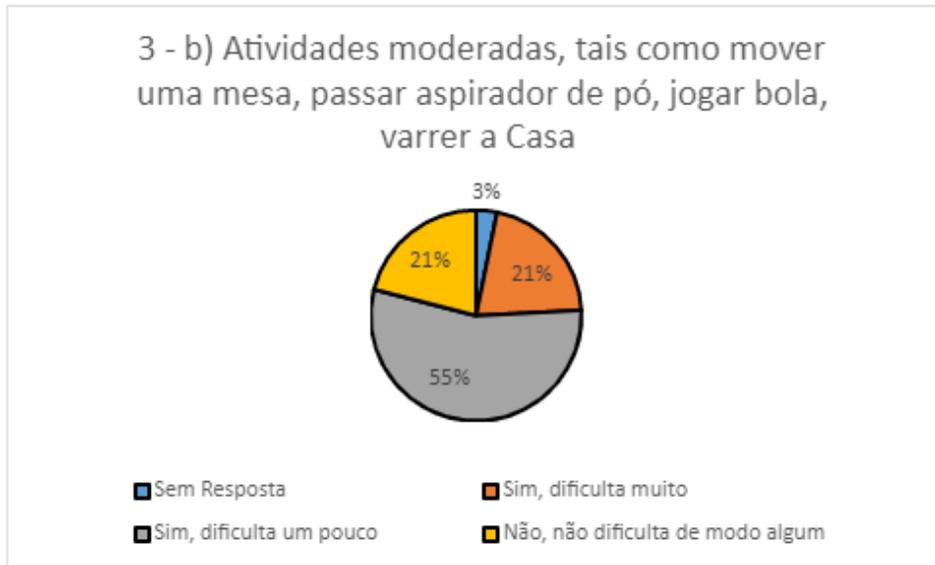
Segundo Sclafani et al. (1999), meses após o tratamento cirúrgico, 77% das mastectomias e 39% das pacientes submetidas a tratamento conservador da mama apresentaram alterações na amplitude articular do membro superior, pouca atividade física e pobre qualidade de vida. Radioterapia e mastectomia estiveram associadas a alterações no membro superior homolateral a cirurgia (NESVOLD, 2011), a idade, a baixa condição socio econômica e a linfadenectomia mais extensa também são fatores que podem influenciar nas alterações da mobilidade do membro superior (HAYES, 2010).

Em concordância com o trabalho em questão a literatura traz resultados semelhantes aos nossos, no que diz respeito a dificuldade de realizar atividades que exijam de maior esforço da paciente.

Na questão 3 item B, em relação a atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola e varrer a casa tivemos um percentual maior

(54,8) de pacientes que relataram um pouco de dificuldade. Um percentual menor (21,0) relata não ter dificuldade de modo algum e (21,0) relatam muita dificuldade. Como mostra a o gráfico 7- questão 3B.

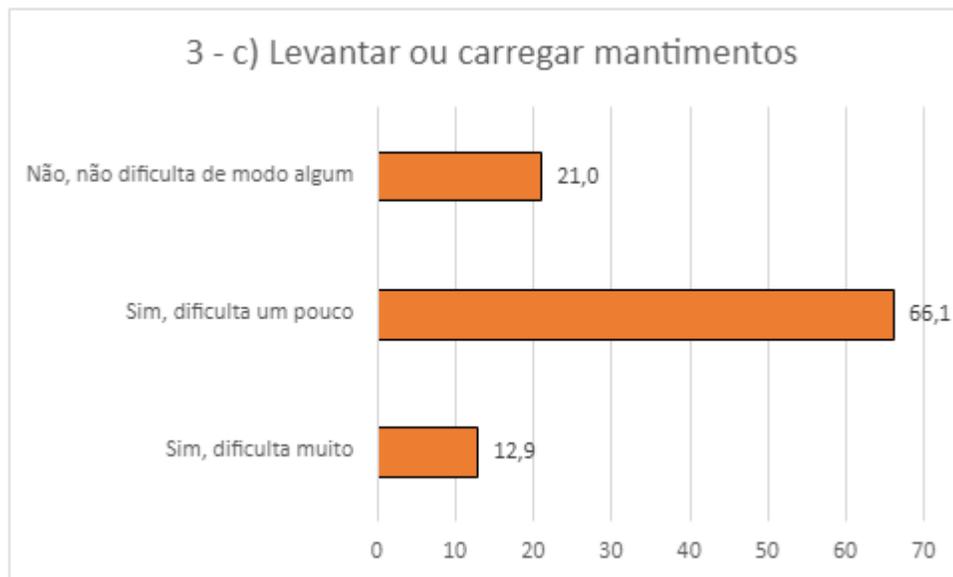
Gráfico 07 - Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 3 item C, um percentual maior de pacientes (66,1) relata um pouco de dificuldade em levantar ou carregar mantimentos, e um percentual menor (12,9) relata que dificulta muito., 21,0% relata que não dificulta de modo algum, ver gráfico 8- questão 3C.

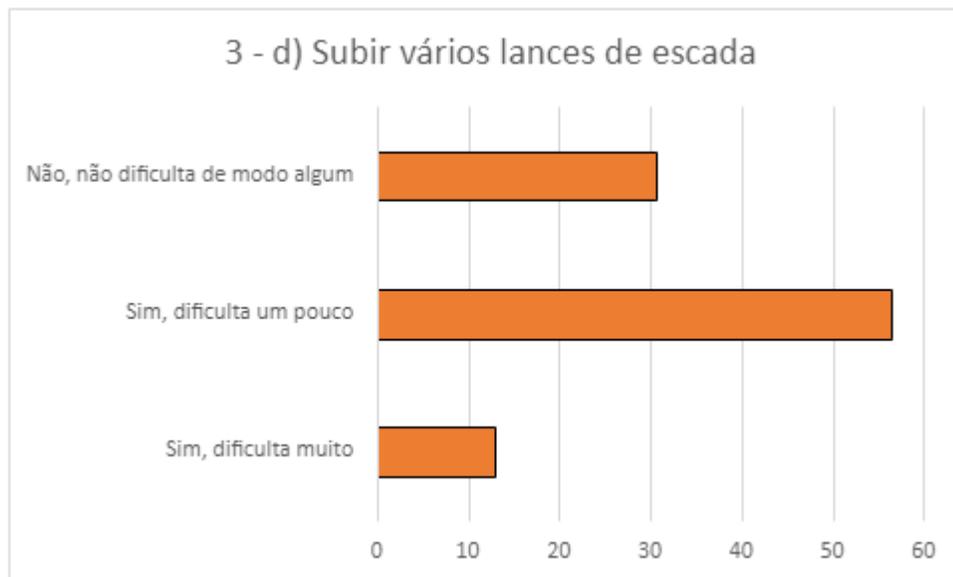
Gráfico 08 - Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Questão 3 item D, um percentual maior (56,5) refere um pouco de dificuldade de subir vários lances de escadas, um percentual menor (12,9) refere muita dificuldade, e (30,6 % não dificulta de modo algum (Gráfico 9- questão 3D).

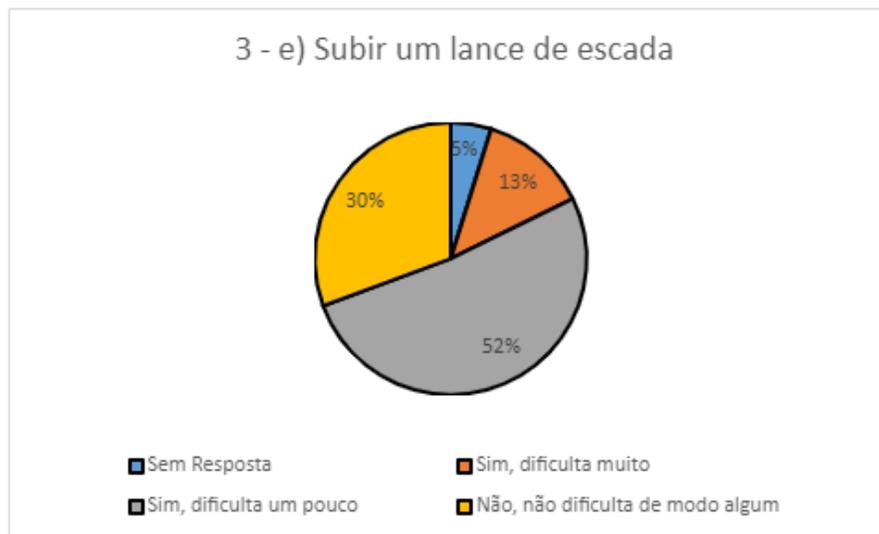
Gráfico 09 - Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 3 item E, o maior percentual de pacientes (51,6%) refere um pouco de dificuldade em subir um lance de escada, e (30,6%) relata não dificultar de modo algum, e 12,9%) relata muita dificuldade (Gráfico 10- questão 3E).

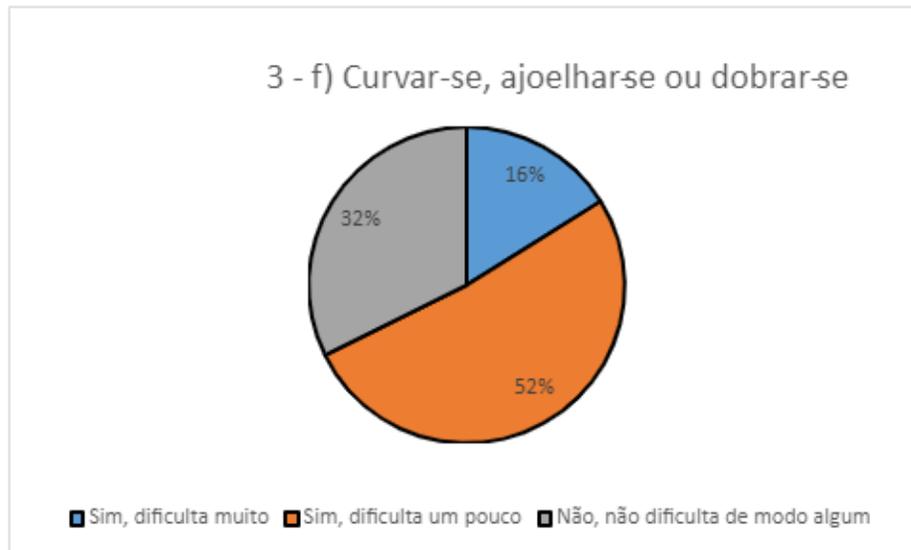
Gráfico 10 - Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 3 item F um percentual maior de mulheres relatou um pouco de dificuldade 51,6%. Para curvar-se, ajoelhar-se e ou dobrar-se. um percentual menor (32,3) relata não dificulta de modo algum, e 16,1% refere que dificulta muito (Gráfico 11- questão 3F).

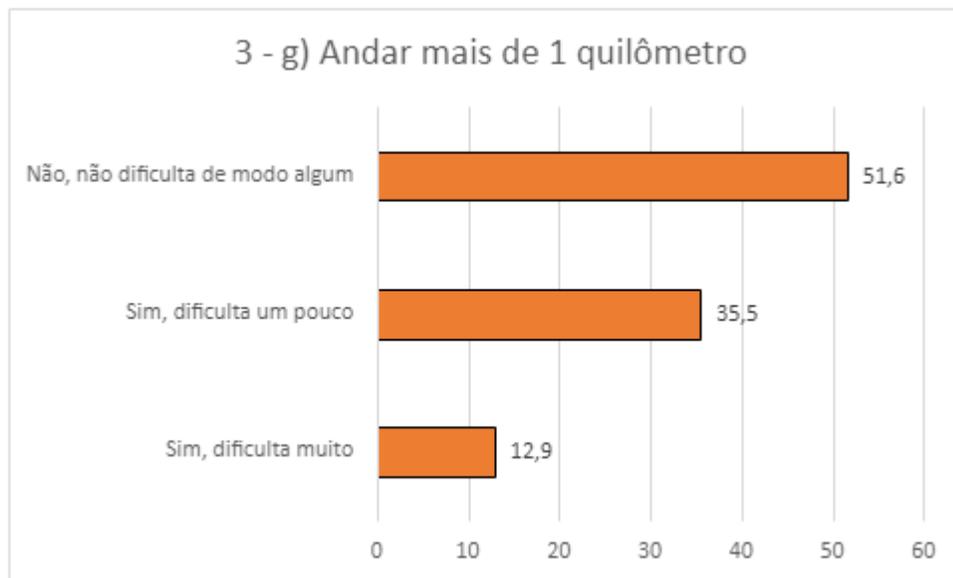
Gráfico 11 - Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 3 item G um percentual maior de mulheres 51,6% relata que não dificulta de modo algum andar mais de um quilometro, 35,5 relata que dificulta um pouco e 12,9%relata que dificulta muito (Gráfico 12- questão 3G).

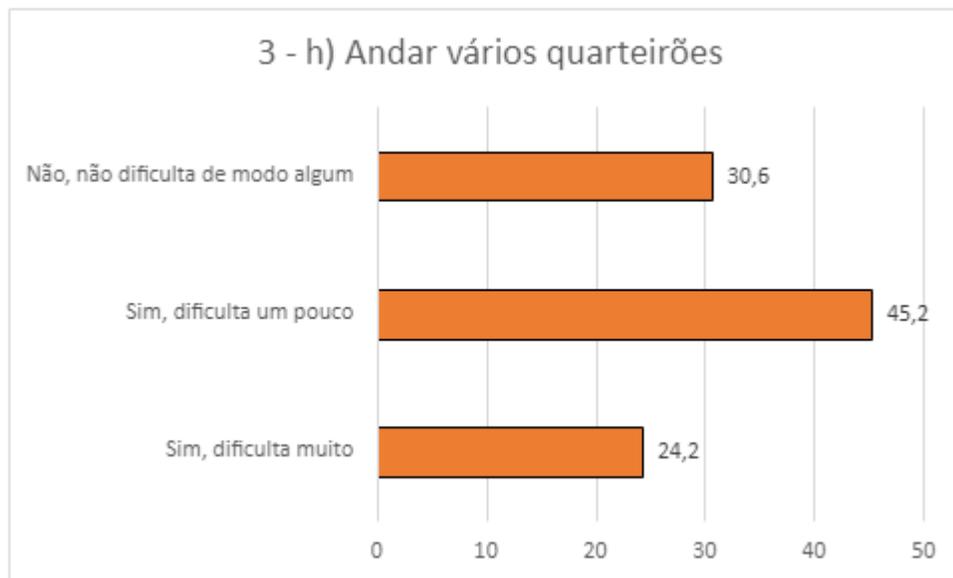
Gráfico 12 - Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 3 item H, um percentual maior de mulheres 45,2 % refere um pouco de dificuldade em andar vários quarteirões, 30,6% relata que não dificulta de modo algum e 24,2% relata que dificulta muito (Gráfico 13- questão 3H).

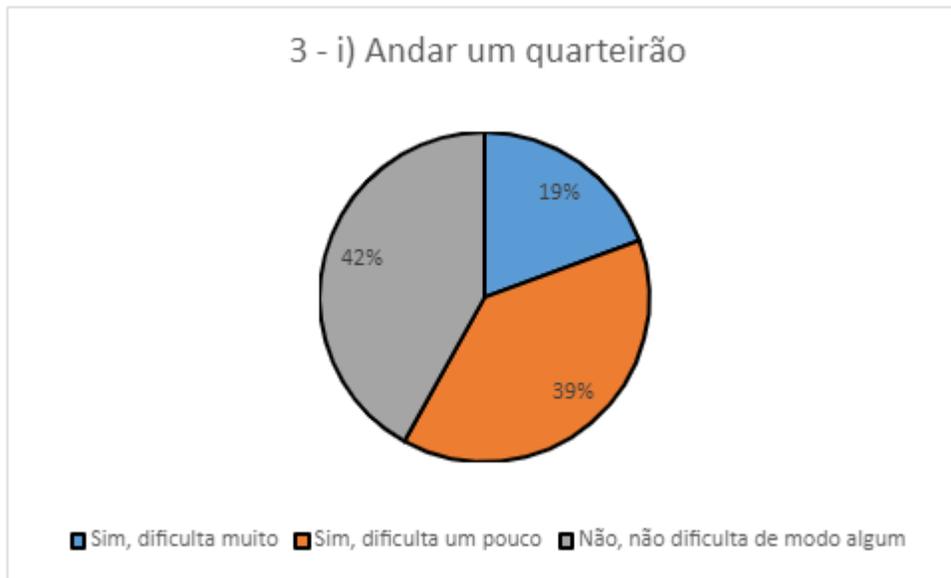
Gráfico 13 - Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 3 item I, o maior percentual de pacientes com 41,9% relatou que não dificulta de modo algum andar um quarto, 38,7% relata que dificulta um pouco e 19,4% refere que andar um quarto dificulta (Gráfico 14- questão 3I).

Gráfico 14 - Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.

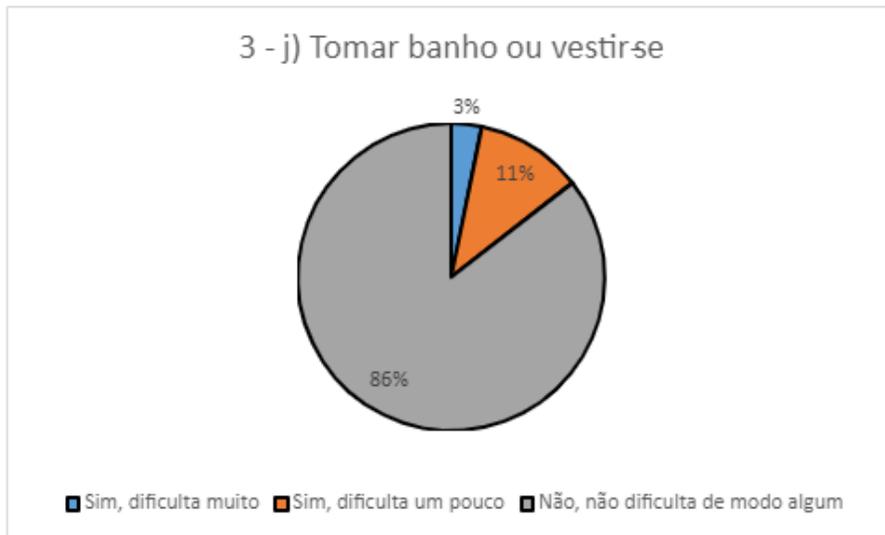


Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 3 item J o maior percentual das pacientes, 85,5% refere que tomar banho ou vestir-se não dificulta de modo algum, já 11,3% relata que dificulta um pouco e 3,2% relata que dificulta muito (Gráfico 15- questão 3J).

Resultado diferente desse estudo foi apontado na pesquisa de Kebbe (2006), que analisou o desempenho ocupacional das mulheres mastectomizadas por câncer de mama que frequentavam um determinado serviço de reabilitação. Nessa pesquisa as mulheres não relataram dificuldades físicas no desempenho dos cuidados pessoais, mas apresentaram dificuldades em se vestir devido ao sobrepeso corporal adquirido na quimioterapia e a menopausa antecipada e também por questões emocionais evitavam se olhar no espelho para não visualizar as mudanças do seu corpo devido a cirurgia e aos tratamentos oncológicos.

Gráfico 15 - Avaliação dos aspectos funcionais das pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

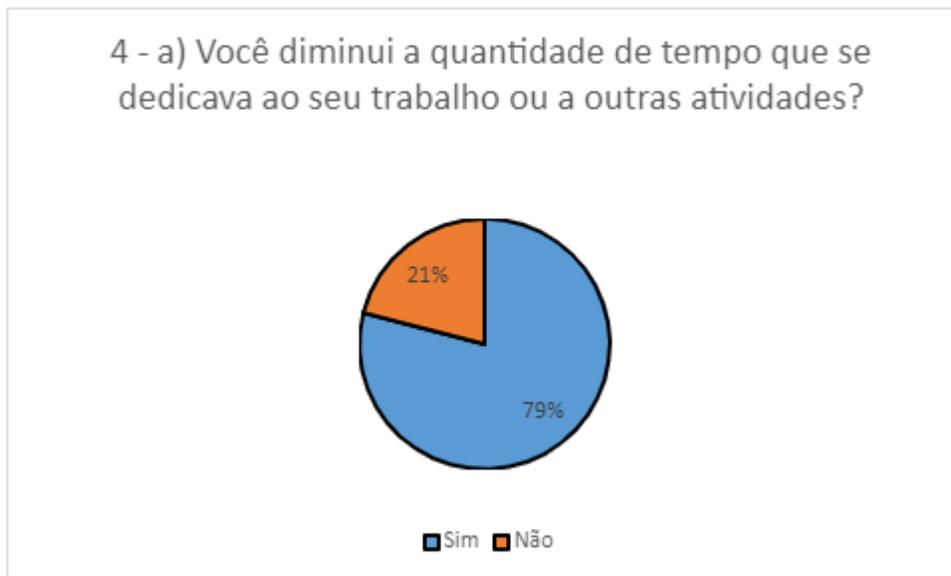
Nas questões 3 das letras a, b, c, d, f, g, h, i com relação as escalas de funcionalidade, demonstrou-se respectivamente que os escores de função física, estão elevados (54,8%, 54,8%, 66,1%, 56,5% ,51,0%, 51,6%, 51,6%, 51,6%, 45,2% 41,9%, 85,5%), significando que essas funções atingiram um patamar insatisfatório no que diz respeito a mobilidade destas pacientes. Os resultados encontrados nesta foram divergentes quando comparados ao estudo realizado por Lobo e colaboradores (2014). Outro trabalho também realizado na região Nordeste, onde encontraram-se escores numa média de 70,39 assemelhando-se assim com o estudo em questão, Silva e colaboradores (2010), mostraram um valor de domínio médio com escore de 81,19 indicando que essas mulheres eram pouco afetadas quanto a realização de atividades do dia a dia.

Corroborando com nossos achados, na pesquisa de Nicolussi e Sawada (2011), as mulheres apresentaram importante redução nos escores de funcionalidade. No que se refere ao primeiro aspecto avaliado que é a função física o escore obtido nesta escala foi de 77,67, evidenciando que o diagnóstico e o tratamento da patologia estudada não causam grandes impactos na realização das atividades diárias das pacientes. Quando

comparado aos estudos de Vendrusculo (2011) e Duarte (2013), este resultado é considerado elevado onde os escores foram 53 e 57,2 respectivamente.

Na questão 4 letra a, em relação as últimas 4 semanas em relação ao trabalho, se houve problemas com o trabalho em relação a saúde física, 79% das pacientes considera que diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades e 21% relatou que não diminuiu o tempo (Gráfico 16- questão 4A).

Gráfico 16 - Avaliação dos aspectos quantitativos de trabalho desenvolvidos pelas pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 4 item b, 71% das pacientes responderam que realizam menos tarefas do que gostariam de fazer, 25,8% responderam que não realizaram menos tarefas do que gostariam e 3,2% ficaram sem resposta (Gráfico 17- questão 4B).

Gráfico 17 - Avaliação dos aspectos quantitativos de trabalho desenvolvidos pelas pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.

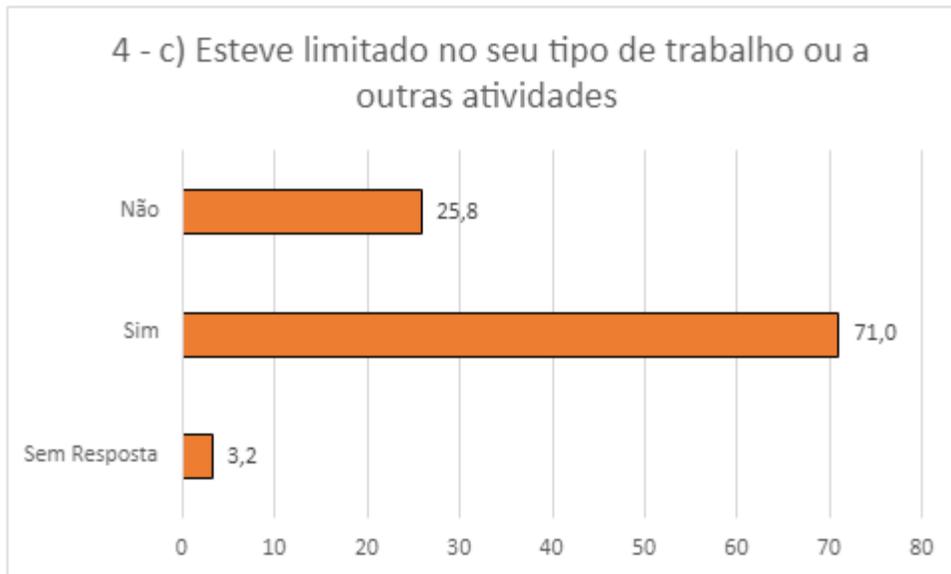


Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 4 letra c 71% das pacientes esteve limitada no seu tipo de trabalho ou outras atividades, 25%8% não estiveram limitadas no seu tipo de trabalho ou a outras atividades e 3,2% ficaram sem resposta (Gráfico 18- questão 4C)

Em concordância com o presente estudo, Segundo Lahoz (2010), a diminuição da frequência em realizar atividades mais complexas, poderia ser explicada pela cirurgia realizada para tratamento de câncer de mama, além da redução da força muscular e da amplitude de movimentos que podem ser provocados por essa cirurgia.

Gráfico 18 - Avaliação dos aspectos quantitativos de trabalho desenvolvidos pelas pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.

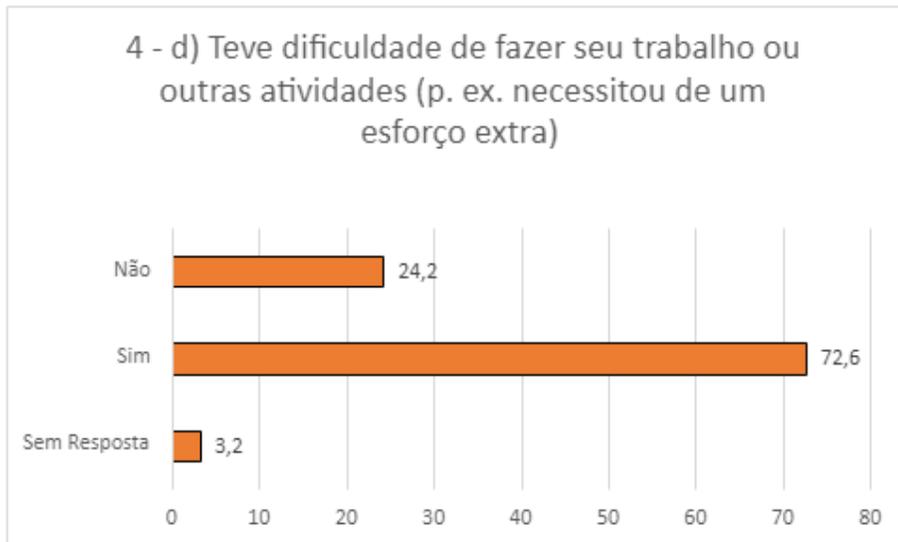


Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 4 letra d, um percentual maior de pacientes 72,6 % respondeu sim em ter dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades, 24,2% respondeu que não apresentou dificuldade de fazer seu trabalho ou outras dificuldades e 3,2% ficaram sem resposta (Gráfico 19- questão 4D).

Os resultados achados nos gráficos 16, 17, 18 e 19 estão corroborando com Engel et al. (2004), onde em uma pesquisa de *coorte* prospectivo, avaliaram a qualidade de vida de 990 mulheres pós tratamento para câncer de mama onde as pacientes submetidas a mastectomia apresentaram piora não só na imagem corporal, mas também na vida sexual., limitações no trabalho e até mesmo mudanças nos hábitos nas atividades da vida diária.

Gráfico 19 - Avaliação dos aspectos quantitativos de trabalho desenvolvidos pelas pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 5, se nas últimas 4 semanas aborda se teve algum problema com seu trabalho ou outra atividade regular como consequência de algum problema emocional. Na letra A da questão 5, um percentual maior de pacientes respondeu que não (71,0%) diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades, já 24,20 % responderam que sim e 4,80% ficaram sem resposta (Gráfico 20- questão 5A).

Gráfico 20 - Avaliação dos aspectos emocionais que envolvem as pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 5 letra b, em relação também a problemas emocionais, 72,6% responderam que não realizou menos tarefas do que gostaria, 24,2 % responderam que sim, que realizou menos tarefas do que gostaria devido a problemas emocionais e 3,2% ficaram sem resposta (Gráfico 21- questão 5B).

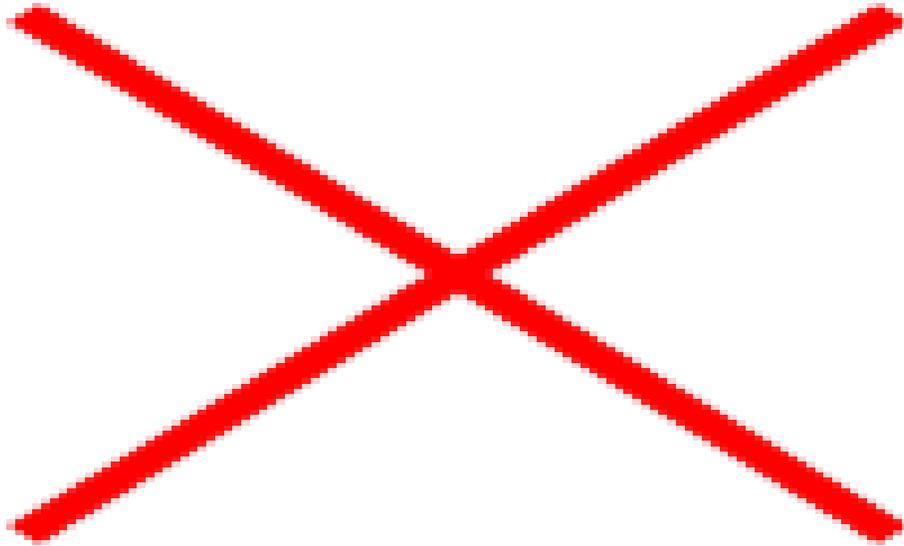
Gráfico 21 - Avaliação dos aspectos emocionais que envolvem as pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 5 letra C, também em relação a problemas emocionais, um percentual de 24,2 responderam que não realizou ou fez quaisquer atividades com tanto cuidado como sempre fez e 72,6 % realizou atividades como geralmente fez (Gráfico 22- questão 5C).

Gráfico 22 - Avaliação dos aspectos emocionais que envolvem as pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 6, um maior percentual de pacientes 35,5 % considera que de forma nenhuma sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais em relação a família, amigos ou em grupo 25,5% ,8% respondeu que interfere ligeiramente, 24,2% respondeu que interfere moderadamente, 12,9% respondeu que interfere bastante e 1,6% não tiveram resposta (Gráfico 23).

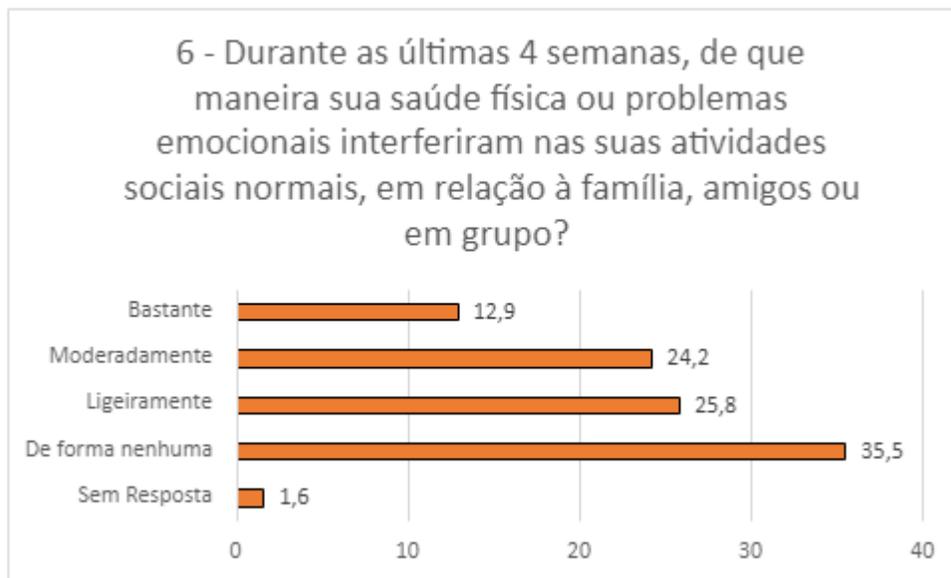
Na escala de funcionalidade no aspecto social, o resultado apresentado corroborou com o estudo de Coelho (2015). Percebe-se que as mulheres recebem apoio e suporte dos amigos e família ou conseguem realizar as atividades sociais. Foi demonstrado opinião divergente na pesquisa de Vendrusculo (2011), que detectou que o escore de função social apresentou redução moderada, indicando que aspectos como vergonha ou outras dificuldades relacionadas a doença fazem com que essas mulheres deixem de realizar as atividades sociais decorrente da problemática de aceitação de suas mudanças físicas e emocionais, assim escolhem um isolamento social, impedindo que retornem as suas atividades da vida diária.

No estudo de Motta (1998), existem evidencias que a presença de uma doença como o câncer pode comprometer a qualidade das relações sociais de uma pessoa. Um

grande prejuízo emocional e físico acontece devido o tratamento do câncer muitas vezes ser demorado., necessitando de persistência e esperança do paciente e da sua família.

Assemelhando-se ao estudo de Sales et al. (2001), em um trabalho com 50 mulheres com câncer de mama, que já haviam realizado algum tratamento oncológico, foi observado que mais da metade das pacientes não apresentou diferença na realização de atividades de lazer entre antes e após a cirurgia e que as atividades realizadas por essas pacientes estavam relacionadas a passeio familiares e atividades desenvolvidas em casa.

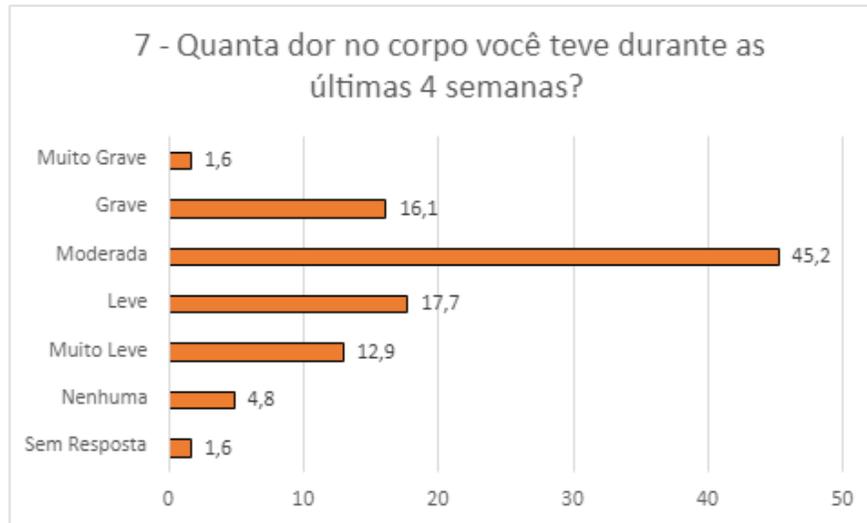
Gráfico 23 - Avaliação dos aspectos emocionais e sociais que envolvem as pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 7 (Gráfico 24), que se refere a escala de sintomas e avalia o quantitativo de dor no corpo que a paciente relatou durante as últimas 4 semanas, um percentual maior de pacientes (45,2%) respondeu que apresentou dor moderada, 17,7% respondeu ter dor leve, 16,1% respondeu ter dor grave, 12,9% respondeu muito leve, 4,8% respondeu nenhuma dor, 1,6% respondeu dor muito grave e 1,6 % não teve resposta.

Gráfico 24 - Avaliação dos aspectos quantitativos de dor das últimas 4 semanas que envolvem as pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

A dor é um sintoma frequente em doentes com câncer, é um sinal de alerta que muitas vezes permite o diagnóstico da ocorrência ou da progressão da doença (SPENCER & JOHNSTON, 2003).

Após o diagnóstico, a dor oncológica é detectada em quase 80% dos pacientes na fase inicial. É importante a abordagem do paciente com uma equipe multidisciplinar para que o mesmo não seja tratado apenas com fármacos, pois pode prejudicar ainda mais outras funções. A fisioterapia aparece com uma grande importância na área da oncologia, dando um suporte ao paciente, melhorando a funcionalidade normal do seu corpo e amenizando a dor com tratamento (RANGEL, 2012). Estudos apontam, a associação entre a presença da dor no câncer, sintoma de ansiedade e depressão e prejuízos a qualidade de vida CARDOSO et al., 2016; BARRET et al., 2017).

Nas neoplasias malignas a dor é considerada o sintoma mais comum (BONICA, 1985; TWYXCROSS, 1982). No dito popular a dor no câncer é conhecida como terrível e incontrolável sendo talvez o sintoma de maior medo da doença neoplásica apresentado pelos. pacientes (LEVIN, 1985).

Em um grande estudo realizado nos Estados Unidos em 114 unidades de oncologia, a dor foi investigada em 810 pacientes com câncer. A pontuação média na escala numérica de dor foi de 5,8 a 25% dos pacientes onde relataram que passavam

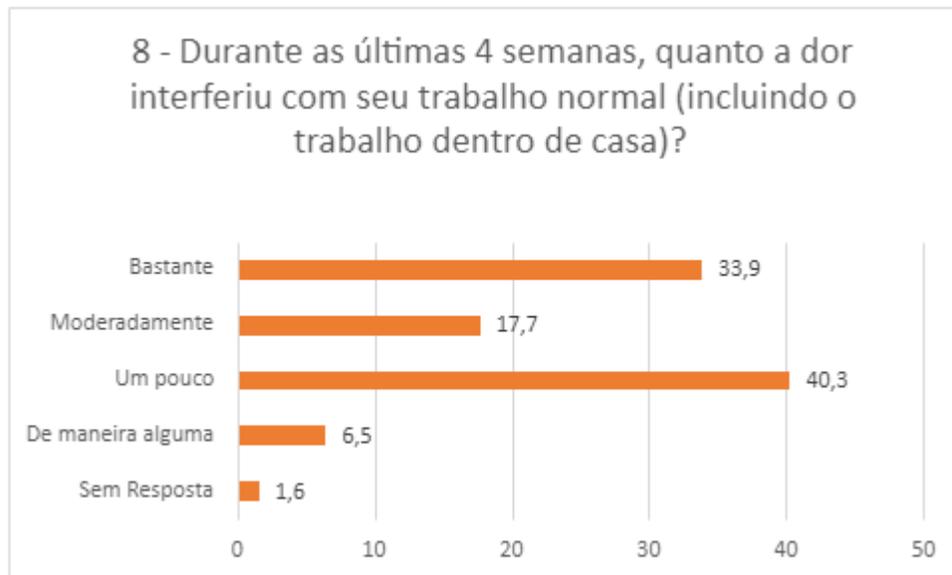
mais de 50% do tempo com dor constante e intensa (BRANT, 2017). Esses e outros estudos revelam que a dor influencia de forma negativa na qualidade de vida.

Nosso estudo está corroborando com a pesquisa de Gaston (1999), onde aponta que a dor em mulheres com câncer ocorre em cerca de 47% dos casos e aumenta com a evolução da doença. A dor moderada ou intensa acontece em 30% dos doentes recebendo tratamento e em 60 a 90 % daqueles doentes em estágio avançados. A dor pode se manifestar em vários locais diferentes, pode ser diária e permanecer durante várias horas do dia, além de frequente e de significativa intensidade (PIMENTA, 2005).

Nosso estudo corrobora com a pesquisa de Caffo e colaboradores (2003), onde quase um terço das pacientes operadas por câncer de mama sentem dores, onde a dor teve um impacto negativo sobre a qualidade de vida.

Na questão 8 (Gráfico 25), ainda na escala de sintomas, a pergunta feita foi: quanto a dor interferiu com seu trabalho normal incluindo o trabalho de casa durante as 4 últimas semanas, um percentual maior de pacientes (40,3%) respondeu que interferiu um pouco, 33,9% respondeu que interferiu bastante, 17,7% responderam moderadamente, 6,5% responderam de maneira alguma e 1,6 % não tiveram resposta.

Gráfico 25 - Avaliação dos aspectos dor das últimas 4 semanas interferindo nas AVDs, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Segundo Mendes et al. (2014), relata que principalmente nas mulheres mais idosas devido a associação de comorbidades ligadas ao envelhecimento, a cirurgia da mama pode provocar dor. A longo prazo a cirurgia também acarreta problemas como déficits no desempenho das tarefas diárias, comprometendo o estado geral de saúde e a capacidade física e social das pacientes.

A dor física, objetiva e subjetiva, apresentada pela pessoa doente e familiares, pode ser provocada pela angústia e incerteza quanto ao futuro ou a certeza que somos seres que caminhamos fatalmente para a morte devido a ser portador de uma doença grave (BITTENCOURT & CADETE, 2002).

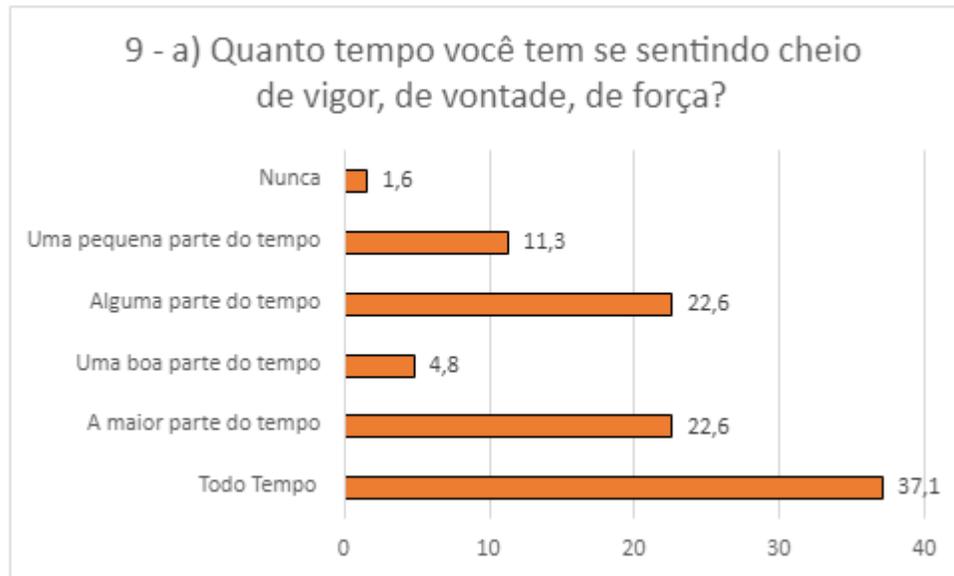
Em concordância com os resultados apresentados nos gráficos 24 e 25 as síndromes álgicas que se manifestam nos doentes oncológicos são geralmente mais incapacitantes do que as que se manifestam em outras condições (CHARLES et al., 1994). A dor associada ao câncer representa menos de 5% das síndromes dolorosas crônicas, manifesta-se em 30% a 70% dos doentes em todos os estágios evolutivos da doença neoplásica e é observada em 20% a 50% dos casos quando do diagnóstico, e em 70% a 90% quando a doença é avançada, e é muito intensa em 25% a 30% nos doentes (TWYGCROSS, 1992).

O pós operatório de mastectomia pode favorecer o aparecimento da síndrome dolorosa que é definida pela *International Association for Study of Pain* (IASP) como dor crônica localizada na face anterior do tórax, axila ou na metade superior do braço, podendo persistir por um período superior a três meses após a cirurgia. O medo das pacientes movimentar o membro superior homolateral a cirurgia da mastectomia, aumenta possibilidade de linfedema, causa inatividade, compromete a força muscular, a flexibilidade, além de prejudicar a amplitude de movimentos e predispor o aparecimento da dor (RETT et al., 2012).

Na questão 9 (Gráfico 26), se refere a escala emocional, com a pergunta: como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas, para cada questão temos 6 opções de respostas: todo tempo, a maior parte do tempo, uma boa parte do tempo, alguma parte do tempo, uma pequena parte do tempo e nunca.

A questão 9 (Gráfico 26) letra A, a pergunta equivalente a quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade e de força, um percentual maior de pacientes (37,1%) respondeu todo tempo, 22,6% respondeu a maior parte do tempo, 22,6% respondeu alguma parte do tempo, 11,3% respondeu uma pequena parte do tempo, 4,8% respondeu uma boa parte do tempo e 1,6% respondeu nunca.

Gráfico 26 - Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas, Recife, PE, Brasil, 2020.

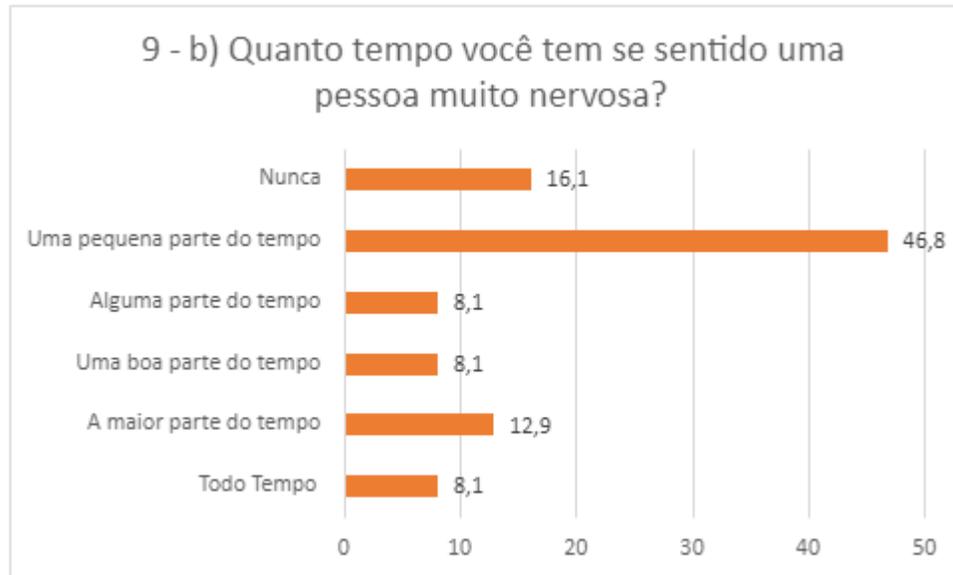


Fonte: Própria autora, 2020.

Questão 9 (Gráfico 27) letra B, a pergunta: quanto tempo você tem se sentindo uma pessoa muito nervosa: teve como resposta, um percentual maior com 46,8% para uma pequena parte do tempo, 16,1% responderam nunca, 12,9% responderam a maior parte do tempo, 8,1% responderam uma boa parte do tempo, 8,1% alguma parte do tempo e 8,1% todo tempo.

Segundo Negrini (1994), o câncer de mama é um dos mais temidos, pois existe o acometimento da região valorizada do corpo da mulher que se relaciona a sua identidade e em muitas culturas a sexualidade. A mulher doente tende a ser fortemente atingida física, psicológica e socialmente, tanto pela doença em si como pelo tratamento. Essas mulheres ao aceitar essa nova condição, sua adaptação a nova imagem do corpo, exige um esforço sobrenatural das mesmas que na sua grande maioria não estão preparadas. Diagnosticar em fase avançada, leva a mulher ao medo do presente e do que poderá vir a acontecer no futuro.

Gráfico 27 - Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Questão 9 (Gráfico 28) letra C, quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo, teve como resposta um maior percentual 41,9% para uma pequena parte do tempo, 27,4% responderam que nunca se sentiram deprimida, 11,3% relataram alguma parte do tempo, 9,7% responderam a maior parte do tempo e 3,2 responderam todo tempo.

Esses dados reforçam o estudo de Seixas (2012), que aponta que pelo menos um terço dos pacientes oncológicos irá apresentar algum tipo de sintomas relacionado a ansiedade e depressão devido ao tratamento. Entre as mulheres portadoras de câncer de mama, a prevalência de depressão varia entre 1,5% e 46% entre todos os estágios da doença e 30% delas irão continuar apresentando relevantes níveis de ansiedade e depressão durante o seguimento do tratamento.

Segundo Garcia (2015), a mastectomia é um procedimento que comumente prejudica a auto imagem, feminilidade e sexualidade da mulher. De acordo Coelho (2015), um fator que pode afetar os aspectos emocionais nas mulheres é o tratamento de quimioterapia realizado por alguns pacientes com câncer. Esse tratamento aumenta sintomas de ansiedade e depressão.

Venancio (2004) e Lotti e colaboradores (2008), relataram que o diagnóstico de câncer de mama, é vivenciado como um momento de angustia, sofrimento e ansiedade. Durante o tratamento a mulher vivencia perdas sejam físicas, financeiras e sintomas adversos, como, depressão, diminuição da auto estima, gerando adaptações as mudanças físicas, sociais, familiares e emocionais ocasionadas pela doença.

Segundo Maluf (2005), as pacientes após o diagnóstico de câncer de mama vivenciam um luto que se dá pela possibilidade dessa mulher entrar em contato com o íntimo e o confrontar com a nova realidade, adjetivando como um processo doloroso acompanhado de tristeza e de depressão.

Spiegel (1990), demonstrou que a suspeita do diagnóstico de câncer já acarreta repercussões importantes na vida da mulher e que o nível de depressão nos portadores de câncer de mama independe da malignidade do tumor. Já de acordo com Simpson, Carlson, Beck e Patten (2002), foi observado um índice relevante de 25% a 30% de transtornos de ajustamento (ansiedade e depressão) em pacientes com câncer de mama. Perceberam também em seu estudo que o sofrimento psíquico dessas mulheres está relacionado ao apoio social referido por elas durante a fase de tratamento da doença.

Um estudo publicado em 2017, avaliou a incidência de ansiedade e depressão antes da realização da quimioterapia, assim como, o impacto dos sintomas na qualidade de vida e obteve como resultado, ansiedade em 21%, dos pacientes e depressão em 23,6%, indicando que houve correlação negativa moderada desses sintomas com a qualidade de vida e colaborando com os achados do atual estudo (SIMÃO, 2017).

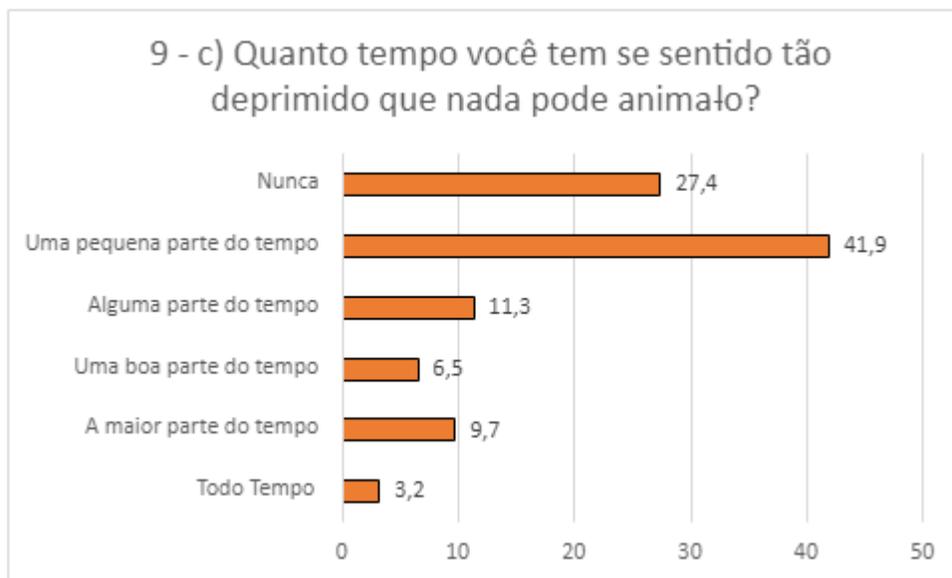
Existem poucos estudos a nível nacional sobre a prevalência e depressão e ansiedade em pacientes com câncer, com taxas que variam de 25% a 40% e tendencias mais elevadas para pacientes em tratamento de quimioterapia (SANTICHI, 2012; ZIGMOND, 1983; FERREIRA, 2016).

O Referido estudo assemelha-se a pesquisa de Montazeri (2008), que em sua Revisão bibliográfica de 1974 a 2007 sobre QVRS em pacientes com câncer de mama, percebeu que a angustia psicológica em pacientes com câncer de mama , apresenta constantemente relação com a depressão, , ansiedade, baixa da função emocional e

consequentemente piora na qualidade e vida especialmente na função emocional e saúde mental.

O presente estudo corroborou com a pesquisa de Browall et al. (2008), que afirma haver aumento da fadiga nas mulheres submetidas a tratamento de câncer de mama.

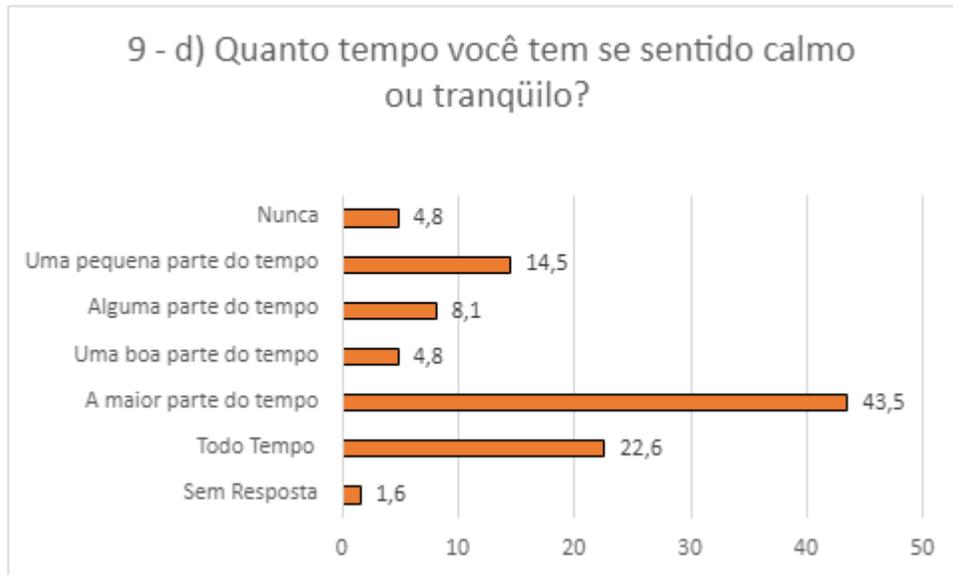
Gráfico 28 - Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Questão 9 (Gráfico 29) letra D, a pergunta, quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo, 43,5% das pacientes responderam a maior parte do tempo, já 22,6% responderam todo tempo, 14,5% responderam uma pequena parte do tempo, 8,1% responderam alguma parte do tempo, 4,8% responderam uma boa parte do tempo, 4,8% responderam nunca e 1,6% ficaram sem resposta.

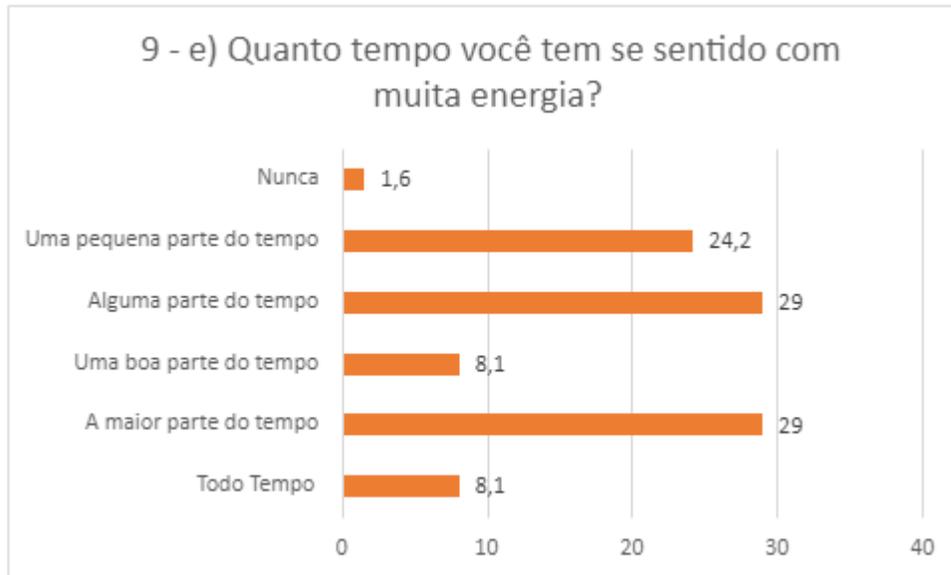
Gráfico 29 - Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão (Gráfico 30) 9 letra E, a pergunta quanto tempo você tem se sentido com muita energia, 29% respondeu a maior parte do tempo, 29% respondeu alguma parte do tempo, 24,2% respondeu uma pequena parte do tempo, 8,1% responderam todo tempo, 8,1 % responderam uma boa parte do tempo e 1,6% responderam nunca.

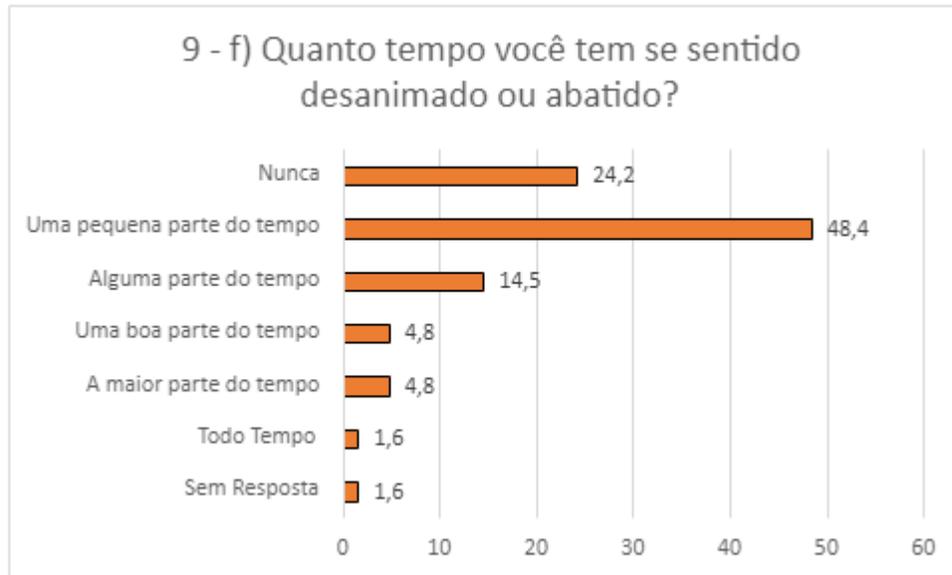
Gráfico 30 - Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 9 (Gráfico 31) letra F, a pergunta quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido teve um percentual maior em 48,4%, na resposta uma pequena parte do tempo, 24,2% responderam nunca, 14,5% responderam alguma parte do tempo, 4,8% responderam uma boa parte do tempo, 4,8% responderam a maior parte do tempo, 1,6 % responderam todo tempo e 1,6 % não tiveram resposta.

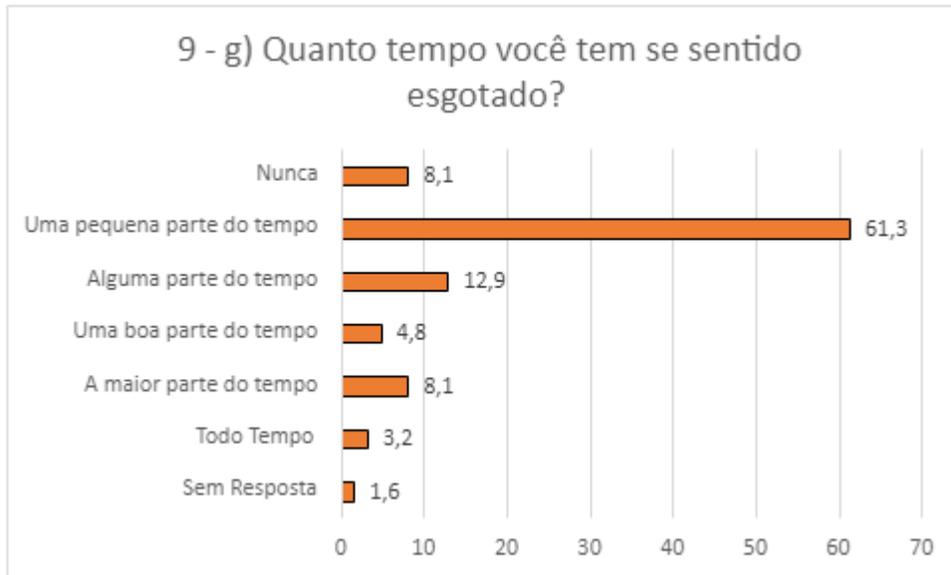
Gráfico 31 - Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 9 (Gráfico 32) letra G, a pergunta quanto tempo você tem se sentido esgotado teve um percentual maior de pacientes quando 61,3% responderam uma pequena parte do tempo, 12,9% de pacientes responderam alguma parte do tempo, 8,1% responderam a maior parte do tempo, 8,1% responderam nunca, 3,2 % responderam todo tempo e 1,6 % não tiveram resposta.

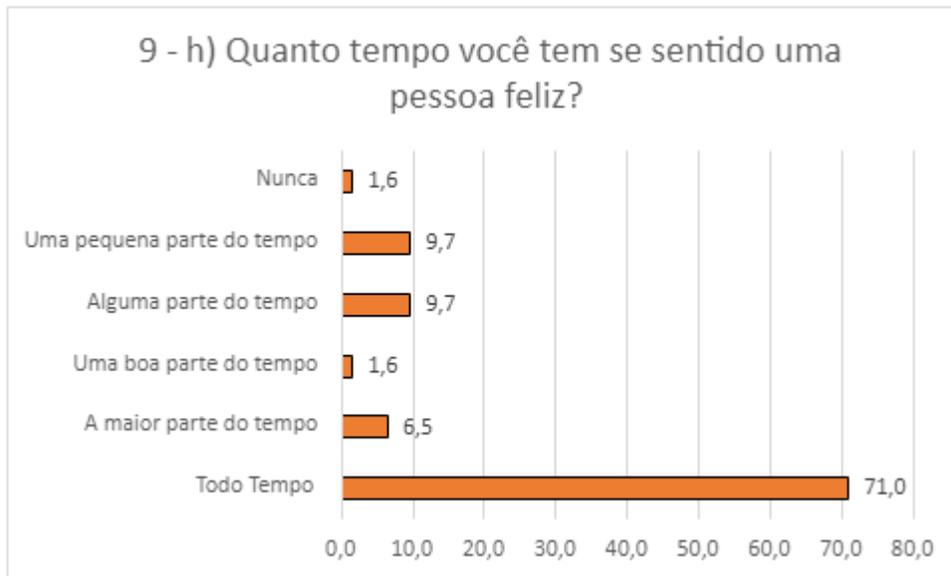
Gráfico 32 - Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 9 (Gráfico 33) letra H, a pergunta quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz teve um percentual maior quando 71,0% responderam todo tempo, 9,7% responderam uma pequena parte do tempo, 9,7% responderam alguma parte do tempo, 6,5% responderam a maior parte do tempo, 1,6 % uma boa parte do tempo e 1,6 % responderam nunca.

Gráfico 33 - Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 9 (Gráfico 33) letra H observamos um escore elevado de 71,0% na resposta todo tempo, para a pergunta quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz. Estes dados corroboram com o estudo de Hoyer e colaboradores (2011), na Suécia, onde na função emocional apresentou o maior escore na escala de funcionalidade com média de 72,33.

Dessa forma, as mulheres estudadas por estes autores enfrentaram de forma positiva o diagnóstico de câncer de mama e conseguiram manter as outras atividades funcionais. Outras pesquisas encontraram resultados divergentes, como nos estudos de Fangel e colaboradores (2013); Bayram e colaboradores (2014) e Coelho (2015), sinalizando que esses resultados podem indicar que as pacientes estão tristes, temerosas, ansiosas e preocupadas.

Na questão 9 (Gráfico 34) letra I a pergunta quanto tempo você tem se sentido cansado teve um percentual maior de 69,4% na resposta uma pequena parte do tempo, 11,3% responderam alguma parte do tempo, 11,3% responderam a maior parte do tempo, 4,8% responderam todo tempo e 3,2% responderam uma boa parte do tempo.

Esse estudo assemelha-se com a pesquisa de Mota (2005), onde relata que a fadiga pode afetar 80-90% dos pacientes com câncer tratados com quimioterapia e ou

radioterapia e persistir por meses a anos. Segundo Cella et al. (2001), um terço dos pacientes curados de câncer apresentaram fadiga por 5 anos após o final da quimioterapia. Já nos estudos de Lis et al. (2009), a fadiga associada ao câncer é uma experiência subjetiva caracterizada pelo cansaço que não alivia com o sono ou repouso é considerada um indicador de diminuição da satisfação pessoal e qualidade de vida. Existe variação na intensidade e duração da fadiga, diminui a habilidade do paciente realizar atividades da vida diária em diferentes graus e reduz a capacidade funcional de pacientes com câncer (MOTA, 2005).

A fadiga é considerada um dos sintomas crônicos de câncer mais comuns e importante apresentado em tratamento. Apontada como incapacitante e com repercussão negativa na saúde relacionado a qualidade de vida (HAGHIGHAT et al., 2003; HOFMAN et al., 2007).

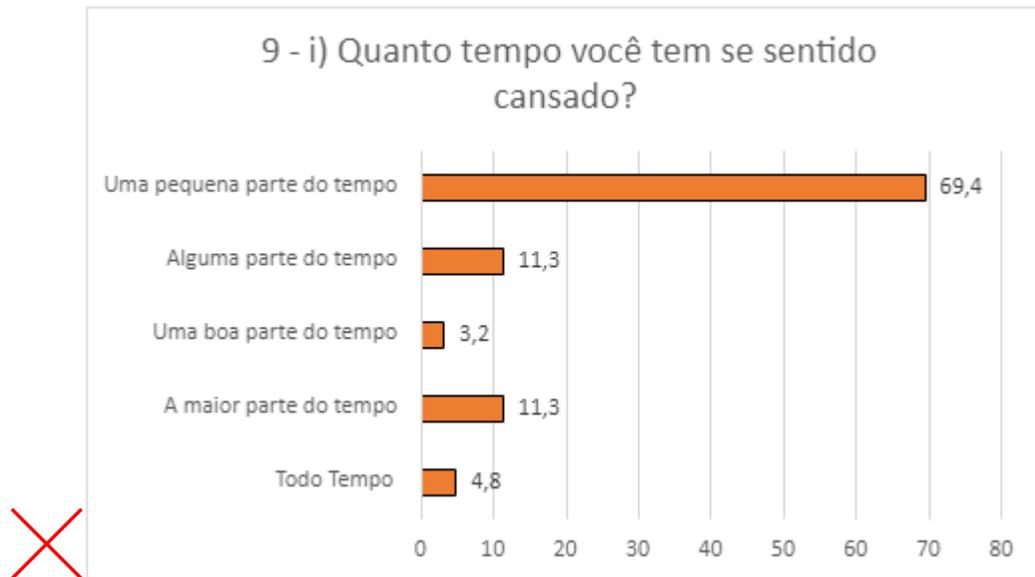
A definição atual de fadiga pela décima Revisão da classificação Internacional da Doença (ICD), aponta as seguintes características: motivação diminuída em participar de atividades diárias comuns estando associada a ansiedade, depressão, dor musculoesquelética, alteração na qualidade do sono e nas habilidades de desenvolver normalmente as atividades do dia a dia, somando-se a isso seu aparecimento surge durante a radioterapia podendo desaparecer após as sessões ou persistir durante 5-10 anos e sua intensidade pode ser pela dose utilizadas, campo de radiação assim como fatores emocionais, depressão e ansiedade (BENNET et al., 2004.; BOWER. et al., 2006; HAGHIGHAT et al., 2003).

Segundo Dimeo e colaboradores (2008), os estudos identificaram os exercícios como únicos fatores com fortes indicativos no controle da fadiga durante e após o tratamento de tumores de mama e próstata, e diversos outros tumores sólidos. Os bons resultados dos exercícios terapêuticos de acordo com SCHWARTZ et al. (2001), foram apontados como influenciador da melhora da fadiga e pela melhora da qualidade de vida dos pacientes com câncer, com diminuição dos efeitos adversos das terapias contra o câncer.

Segundo Mota (2006), a fadiga é uma sensação subjetiva e desagradável, com sintomas físicos, psíquicos e emocionais, um cansaço que não alivia com estratégias comuns de restauração de energia. Apresenta variação de intensidade e frequência e

reduz de diferentes graus a habilidade de realizar as atividades da vida diária. A prevalência da fadiga em mulheres com câncer de mama varia de 32 a 94% (WYATT, 1998), em concordância com o estudo em questão.

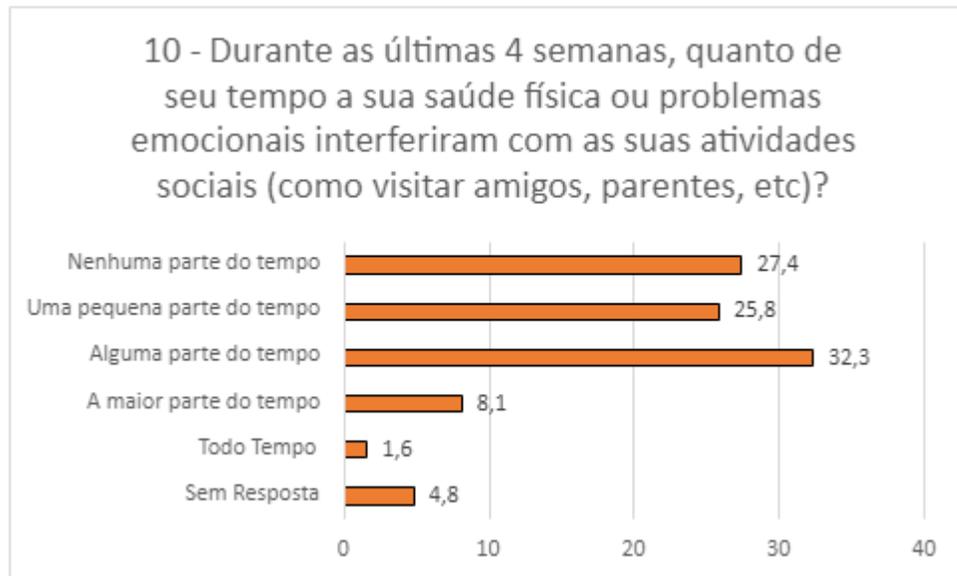
Gráfico 34 - Avaliação dos aspectos emocionais das últimas 4 semanas, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 10 (Gráfico 35), em relação a pergunta durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais, como visitar amigos, parentes, etc. Um percentual maior de pacientes 32,3% respondeu que alguma parte do tempo, 25,8 responderam uma pequena parte do tempo, 27,4% responderam nenhuma parte do tempo, 8,1 % responderam a maior parte do tempo, 1,6% responderam todo tempo e 4,8% sem resposta.

Gráfico 35 - Avaliação dos aspectos como tempo, saúde física e emocionais com interferência nas atividades sociais, Recife, PE, Brasil, 2020.

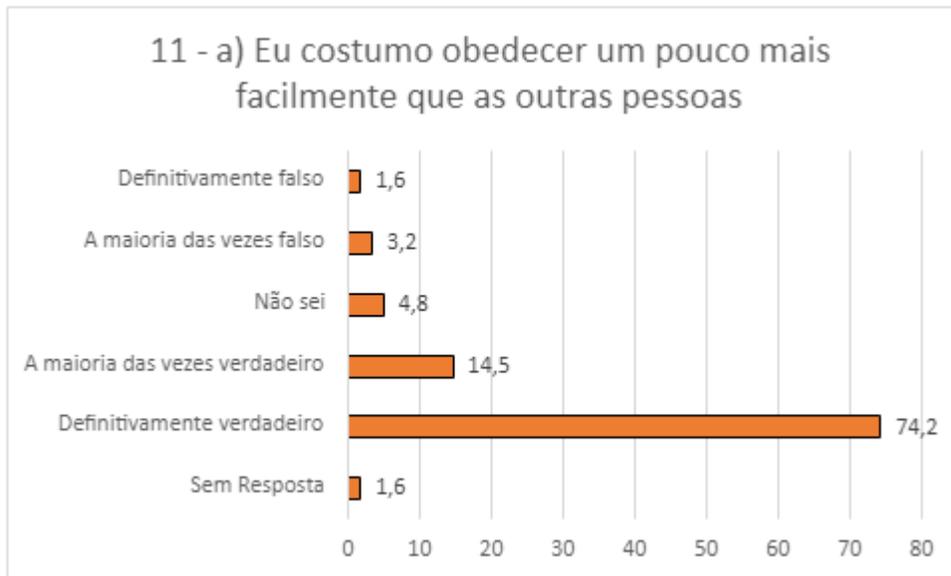


Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 11, a pergunta o quanto verdadeiro ou falso e cada uma das afirmações tem 5 opções de resposta: definitivamente verdadeiro, a maioria das vezes verdadeiro, não sei, a maioria das vezes falso, definitivamente falso.

Na questão 11 (Gráfico 36) letra A, a pergunta, eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas teve um percentual maior de resposta, 74,2%. definitivamente verdadeiro, 14,5% responderam a maioria das vezes verdadeiro, 4,8% responderam não sei, 3,2% responderam a maioria das vezes falso, 1,6% responderam definitivamente falso e 1,6 % sem resposta.

Gráfico 36 - Avaliação do nível de obediência das pacientes, Recife, PE, Brasil, 2020.

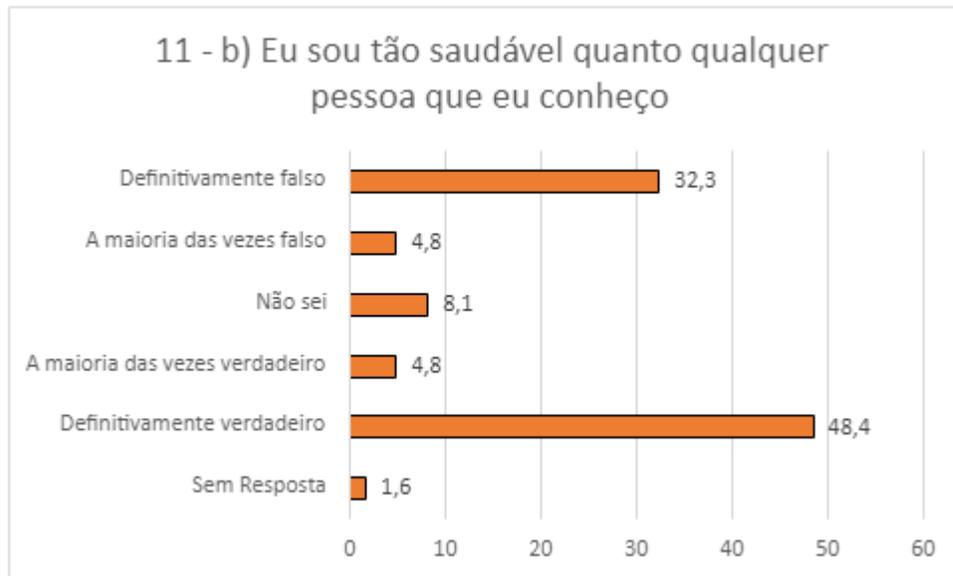


Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 11 (Gráfico 37) letra B, a pergunta eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço, teve um percentual maior de respostas com 48,4%, na resposta definitivamente verdadeiro, 32,3%, responderam definitivamente falso, 4,8%, responderam a maioria das vezes falso, 4,8%, responderam a maioria das vezes verdadeiro, 8,1%, responderam não sei, 4,8 e 1,6 % sem resposta.

Segundo Barraclough (1994), as mudanças na aparência e nas funções do organismo leva o paciente a se sentir dependente culpado e preocupado por se achar um peso para seus familiares, as relações interpessoais se tornam restritas, em alguns casos, a expectativa de vida é alterada podendo causar profunda tristeza ou raiva e a imagem de um corpo saudável e a sensação de bem estar já não existem.

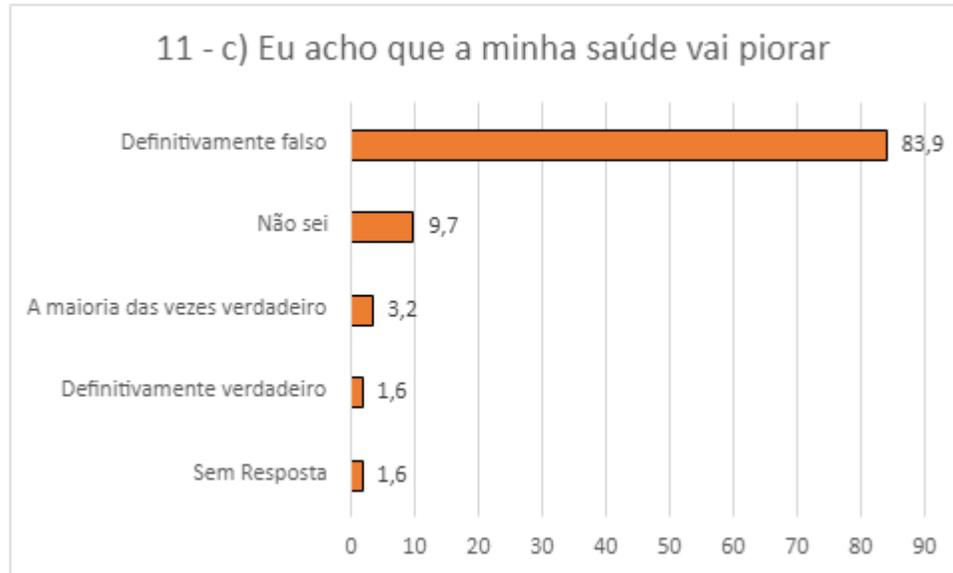
Gráfico 37 - Avaliação de percepção de saúde, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 11 (Gráfico 38) letra C, a pergunta eu acho que a minha saúde vai piorar teve um percentual maior de 83,9% na resposta definitivamente falso, 9,7% responderam não sei, 3,2 % responderam a maioria das vezes verdadeiro, 1,6% responderam definitivamente verdadeiro e 1,6 % sem resposta.

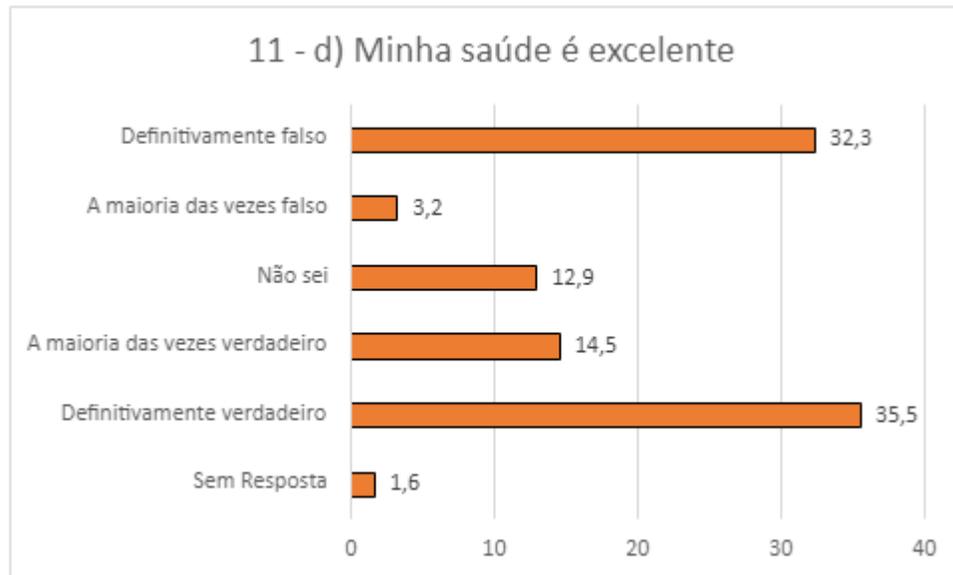
Gráfico 38 - Avaliação da percepção de piora da saúde, Recife, PE, Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

Na questão 11 (Gráfico 39) letra D, a pergunta: Minha saúde é excelente teve um percentual maior de 35,5% na resposta definitivamente verdadeiro, 32,3% responderam definitivamente falso, 14,5% responderam a maioria das vezes verdadeiro, 12,9% responderam não sei, 3,2% responderam a maioria das vezes falso e 1,6% sem resposta.

Gráfico 39 - Avaliação de percepção de melhora, Recife, PE Brasil, 2020.



Fonte: Própria autora, 2020.

CONCLUSÃO

Nos últimos anos vários pesquisadores da área de saúde têm aumentado a abordagem de estudos relacionados a qualidade de vida (QV). A Realização desse estudo teve por finalidade analisar a qualidade de vida das pacientes mastectomizadas unilateralmente por câncer de mama com idade ente 30 a 80 anos, com esvaziamento dos linfonodos axilares ou não, que se encontram em tratamento de fisioterapia com exercícios para membros superiores no ambulatório de fisioterapia do Hospital de Câncer de Pernambuco- PE.

Vislumbrando conhecer o perfil dessas pacientes, a frequência de dor, fadiga e depressão como também averiguar se a fisioterapia com exercícios para os membros superiores pode influenciar na qualidade de vida das pacientes com câncer de mama.

Os escores de qualidade de vida encontrados foram bons bem como da função física e emocional concordando com a literatura disponível.

Identificou-se fatores que colaboram para a formação da qualidade de vida destas pacientes em estudo sendo considerados os fatores físicos, emocionais e de sintomas. Dentre os fatores abordados a escala funcional e a de sintomas apresentaram um resultado mais expressivo para a qualidade de vida.

No domínio da função física foi observado um comprometimento moderado nas pacientes e quando ocorreu poderia estar relacionado aos tratamentos oncológicos de radioterapia e quimioterapia ou em consequências da própria cirurgia da mastectomia.

No domínio da função emocional, este estudo se encontra em concordância com a literatura onde, apresenta um significativo comprometimento das pacientes em relação a sua função emocional. Foi o domínio de maior comprometimento obtendo-se uma maior limitação por aspectos emocionais apresentando como exemplo a depressão. Sendo indicadores de piora de qualidade de vida.

Na escala de sintomas o domínio dor e fadiga apresentaram relevâncias estatisticamente significativas em seus resultados. A fadiga e a dor foram frequentes nesse estudo mostrando magnitude significativa. Um percentual de (45,2%) para dor e (69,4%) para fadiga. E que esses sintomas mostraram correlação negativa para qualidade de vida e funcionalidade.

A maioria das pacientes em estudo considerou a saúde boa (84%) de modo geral. e em relação ao ano anterior também consideram que a saúde melhorou (45,2%). A maioria das pacientes também acreditam na melhora da saúde de maneira geral (83,9%), e apesar da consciência da gravidade da patologia (35,5%) ainda consideram a saúde como excelente em resposta ao questionário.

Apesar dos inúmeros avanços no tratamento do câncer, a incidência de sintomas físicos e emocionais ainda é elevada podendo afetar a qualidade de vida dessas pacientes. As mulheres mastectomizadas que integravam esses estudos apresentaram comprometimento na condição física com a diminuição da capacidade de realização de algumas atividades, devido a amplitude de movimentos dos membros superior homolateral a cirurgia, alterações como o aparecimento de sintomas como a fadiga e dor, alterações emocionais, psicossociais, alterações de lazer e de participação social.

Diante do que foi exposto, observa-se que existe necessidade de novos estudos que busquem preencher as lacunas dessa dissertação. Percebe-se também que frequentar um serviço de reabilitação com fisioterapia pode ser uma significativa alternativa para o enfretamento do comprometimento físico, emocional e social apresentado por essas mulheres com câncer de mama.

RECOMENDAÇÕES

Acredita-se que os resultados apresentados no referido estudo possam contribuir para auxiliar na construção de estratégias e condutas terapêuticas para melhor entendimento das possíveis alterações físicas, emocionais e de sintomas apresentadas pelas participantes assim como em estudos relacionados ao Câncer de mama.

O estudo sugere que o encaminhamento da paciente mastecomizada aos cuidados de um fisioterapeuta e psicólogo o mais precoce possível assim como introduzir a paciente num serviço de reabilitação logo após a cirurgia de câncer de mama pode ser uma valiosa estratégia para o melhor enfrentamento das limitações físicas emocionais e sociais.

Além do apoio multiprofissional que um serviço de reabilitação oferece, possibilita auxílio psicossocial; onde além das pacientes conviverem umas com as outras que apresentam o mesmo problema de saúde, a troca de experiências ajuda no enfrentamento da doença auxiliando a diminuir o medo e inseguranças relacionados ao tratamento.

Outras investigações poderiam ser feitas em novos estudos para abordar a eficácia de tratamentos para dor e fadiga para mulheres após câncer de mama já que estes sintomas foram uma constante no presente estudo. Assim como viabilizar estudos para estratégias de enfrentamento da doença minimizando as questões emocionais como a depressão.

REFERÊNCIAS

ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos do câncer de mama feminina. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, v. 48. n. 1, p. 113-3, 2002.

ACIOLY, M. C. A. S. **Carcinoma Mamário: Orientações fisioterapêuticas na fase ambulatorial**, 2003. Disponível em: www.fisionet.com.br Acesso em: 06 fevereiro 2019.

ALLEMANI C. et al. CONCORD Working Group. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. **Lancet**, v. 17; n.391(10125), p.1023-1075, 2018.

ALMEIDA, T. G.; COMASSETTO, I.; ALVES, K. M. C. et al. Vivencia da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, V.19, n..3, p. 432-438, 2015.

AMAMOTO, R.; YAMAMOTO, T. Effectiveness of the treatment phase physiotherapy for the treatment of extremity lymphedema. *Int. J. ClinOncol.* v. 12, n. 1, p. 463-468. 2007.

AMDT, V.; MERX, H.; STEGMSAIER, C.; ZIEGLER, H.; BRENNET, H. Persistence of restrictions in quality of life from the first to the third year after diagnosis in women with breast cancer. **J Clin Oncol.**, v. 23, n. 22, p. 4945-53, 2005.

ARAB, C. et al. Exercícios físicos para mulheres em tratamento do câncer de mama. **Revista Conexão UFPG**, v. 10, n. 2, 2014.

ARRUDA, R. L. et al. Prevenção do câncer de mama em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n.2, p.143-149, 2015.

BALESTRA, C.M. **Aspectos da Imagem Corporal de Idosos, praticantes de atividades físicas**. 2002. 90 fls. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas: UNICAMP, Brasil, 2002.

BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia**. 3. ed. Belo Horizonte: MEDSI, 2002, p. 800-1000.

BARAÚNA, M. A. et. al. Avaliação da Amplitude de Movimento do Ombro em Mulheres Mastectomizadas pela Biofotogrametria computadorizada. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 1, p. 27-31. 2004.

BARBOSA, P. A. et al. **Avaliação da qualidade e impacto funcional em mulheres com câncer de mama pós intervenção cirúrgica na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais.** 2014. 141f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

BARRACLOUGH, J. **Cancer and emotion: a practical guide to psycho-oncology.** 2 ed. Oxford: Wiley, 1994.

BARRETT, M.; CHU, A.; CHEN, J.; LAM, K. Y.; PORTENOY, R.; DHINGRA, L. et al. Quality of life in community-dwelling chinese american patients with cancer pain. **J Immigr Minor Health.**, v. 19, n. 6, p.1442-8, 2017.

BARROS, A. C. S. D.; BARBOSA E. M.; GEBRIM, L. H. **Projeto diretrizes - diagnósticos e tratamento do câncer de Mama.** Brasília. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002, p. 1-15.

BARROS, A. C. S. P. et. al. Experiência com a avaliação intraoperatória das margens cirúrgicas no tratamento do carcinoma invasor inicial de mama: influência na conduta imediata. **Rev. Ginecol. Obstet.**, v. 11, n. 1, p. 11-23, 2000.

BASEN-ENGQUIST, K.; TAYLOR, C. L. et al. Randomized pilot test of a lifestyle physical activity intervention for breast cancer survivors. **Patient Educ Couns.** v. 64, n. 3, p. 225-234, 2006.

BATISTON, A. P.; TAMAKI, E. M.; SOUZA, L. A. et al. Conhecimentos e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. **Revista Brasileira Saúde Matern. Infant.**, v. 11, n.2, p. 163-171, 2011.

BAYRAM, Z.; DURNA, Z.; AKIN, S. Quality of life during chemotherapy and satisfaction with nursing care in Turkish breast cancer patients. **European Journal Cancer Care**, v.23, n. 5, p.675-684, 2014.

BELEZA, A.C.S.et al. Alterações posturais em mulheres submetidas a cirurgia para retirada do câncer de mama. **ABCS Health Sci**, v.41, n.1, p.15-19, 2016.

BENNETT, B. et al. Fatigue and psychological distress-exploring the relationship in women treated for breast cancer. **European Journal of Cancer**, v.40, n. 11, p1689-1695, 2004.

BERGAMANN, A. **Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro.** 2000. 100f. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 2000.

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

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

BITTENCOURT, J. F.; CADETE, M.M. Vivências da mulher a ser mastectomizada: esclarecimentos e orientações. **Rev. Bras. Enfermagem.**, v. 55, n. 4, p.420-423, 2002.

BONICA, J.J. Treatment of cancer pain: current status and future needs In: FIELDS, H.L.; DUBNER, R.; CERVERO, F. **Advances in pain research and therapy: proceeding of the fourth World Congress on Pain**, New York, Raven, 9, p. 589-615, 1985.

BOTELHO, R. Exercício para câncer de mama. Folha de São Paulo, 2010. Disponível em:< [https://m.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2010/07/\(none\).](https://m.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2010/07/(none).)> Acesso em: 05 outubro 2020.

BOWER, J. E. et al Fatigue in long- term breast carcinoma survivors: a longitudinal investigation. **Cancer**, v.106, n.4, p.751-758, 2006.

BOX, R. C. et al. **Physioterapy after breast câncer surgery**: results of a randomised controlled study breast câncer rest treat. v. 75, p. 51-64. 2002.

BRASIL, T. B.; FERRIANI, V.P.L.; MACHADO, C.S.M. Inquérito sobre a qualidade de vida relacionada a saúde em crianças e adolescentes portadores de artrites idiopáticas juvenis. **J Pediatría**, v.79, n.1, p.63-68, 2003.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em :<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 20 de maio de 2020.

BROWALL, J. A. et al. Health- related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausa women. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 12, n. 3, p. 180 – 189, 2008.

BUZAID, A. C.; MALU, F, F.C. **Vencer o câncer de mama**. 1. ed. São Paulo: Dendris, 2015.

CAFFO, O.; AMICHETTI, M.; FERRO, A.; LUCENTI, A.; VALDUGA, F.; GALLIGIONI, E. Pain and quality of life after Surgery for breast cancer. **Breast Cancer Res and Treat.**, v. 80, n. 1, p.39-48, 2003.

CAMARGO, M. C.; MARX, A. G. **Reabilitação física no câncer de mama**. São Paulo: ROCA, 2000. Cap 3, p.120-124.

CAMPOLINA, A. G.; CICONELLI, R. M. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para tomadas de decisão em saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 19, n. 2, p. 128-136, 2006.

CÂNCER DE MAMA. Dreamstime, 2020. Disponível em:
<<https://pt.dreamstime.com/imagens-de-stock-royalty-free-mastectomia-nospeitos-image28602949>> Acesso em: 18 outubro 2020.

CARDOSO, F. R.; OLIVEIRA, A. Avaliação postural em mulheres submetidas à mastectomia radical modificada: um estudo de cinco anos. **Revista Latina-Americana de Mastologia**, v. 5, n. 1, p. 14-18, 2004.

CARDOSO, G.; GRACA, J.; KLUT, C.; TRANCAS, B.; PAPOILA, A. Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study. **Psychol Health Med.**, v. 21, n. 5, p. 562-70, 2016.

CASSALI, D. G. et al. **Assistência fisioterapêutica às pacientes pós cirurgia do câncer de mama**. Minas Gerais, 2004. Anais do 7º Encontro de extensão da UFMG: BH, 12 a 15 de setembro, 200f, p. 25-36.

CASSI, L. M. et al. Comparative Study of onco plastic breast conserving surgery in a group of 2n breast cancer patients. **Evr. Rev. Med. Pharmacol. Sci.**, v. 20. n. 14, p. 2950-2954, 2016.

CELLA, D.; DAVIS, K.; BREITBART, W.; CURT, G. Fatigue Coalition. Cancer - related fatigue: prevalence of propodes diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors. **J Clin Oncol.**, v. 19, n. 14, p. 3385-91, 2001.

CHARLES, S.; CLEELAND, R. G.; HATFIELD, A. K.; EDMONSON, J. H.; BLUM, R. H.; JAMES, A. et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. **New England Journal of Med**, n. 330, p. 592-6, 1994.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W. Tradução para a língua portuguesa e Validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras Reumatol.**, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1998.

CLAIR, D. K. S.; GILLIAM, L. A. A. Chemotherapy-induced Weakness and Fatigue in Skeletal Muscle: The Role of Oxidative Stress. **ARS**, v.15, n. 9, p. 2543-63, 2015.

COELHO, A. S.; SANTOS, M. A.S.; CAETANO, R. I. et al. Predisposição hereditária ao câncer de mama e sua relação com os genes BRCA1 e BRCA2: revisão da literatura. **RBAC.**, v. 50, n. 1, p. 17-21, 2018.

COELHO, R.C.F.P. **Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico adjuvante e neoadjuvante.** 2015. 121f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba-Pr, 2015.

COHEN, L.; HACK, T. F.; MOOR, C.; KATZ, J.; GOSS, P. E. The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. **Ann Surg Oncol.**, v. 7 n. 6, p. 42-34, 2000.

CHEN, C.M.; CANO, S. J.; KLASSEN, A. F.; KING, T.; MCCARTHY, C.; CORDEIRO, P. G. et al. Measuring quality of life in oncologic breast surgery: a systematic review of patient-reported outcome measures. **Breast J.**, v. 16, n. 6, p. 587-97, 2010.

CONDE, D.M.; PINTO NETO, A.M.; FREITAS JUNIOR, R.; DALDRIGHI, J.M. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecolo. Obstet.**, v. 28, n. 3, p.195-204, 2006.

COURNEYA, K.S.; MACKEY, J.R.; JONES, L.W. Coping with cancer. Can exercise Help? **The Physician and Sports medicine**, v. 28, n. 5, p. 49-73, 2000.

DA COSTA VIEIRA, R. A.; DA SILVA, F. C. B.; BILLER, G.; DA SILVA, J. J.; PAIVA, C.E.; SARRI, A. J. Instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa das sequelas relacionadas ao tratamento do câncer de mama. **Rev Bras Mastologia**, v.26, n.3, p. 126-32, 2016.

DEVITA, V. T.; CHU, A. A history of cancer chemotherapy. **Cancer Res.**, v..68, n.21, p.3643-8653, 2008.

DIMEO, F.; SCHWARTZ, S.; WESEL, N.; VOIGT, A.; THIEL, E. Effects of na endurance and resistance exercice program on persistent cancer- fatigue after treatment. **Ann Oncol.**, v. 19, n. 8, p. 1945- 9, 2008.

DUARTE, I. **Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro de mama: Estudo exploratório com 55 mulheres angolanas.** 2012. 94f. Dissertação (Mestrado). Instituto Universitário Ciências psicológicas sociais e da vida. Lisboa – Portugal, 2012.

ENGEL, J.; KERR, J.; SCHLESINGER- RAAB, A.; SAUER, H.; HOLZEL, D. Quality of life following breast - conserving therapy or mastectomy: results of a 5- year prospective study. **Breast J.**, v. 10, n. 3, p. 223-31, 2004.

EVANGELISTA, A. L.; SANTOS, E. M. M. Cluster of symptoms in women with breast cancer treated with curative intent. **Support Care Cancer**, v. 20, n. 7, p. 1499- 1506, 2012.

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

FELDEN, E.P.; STEFANI, C. T.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fis. Esporte**, v.26, n.2, p.241-50, 2012.

FERREIRA, A. S.; BICALHO, B. P. O.; DUARTE, S. J. H.; MACHADO, R. M. Breast Cancer: prevalence of anxiety and depression in out patients. **Arq Cienc Saude UNIPAR.**, v. 19, n. 3, p. 185-9, 2016.

FERRO, A.D.M. et al. Os efeitos do tratamento fisioterapêutico na biomecânica morfofuncional no pós-operatório do câncer de mama. **Revista digital Vida & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 30-34, 2003.

FLORES, A.M. et al. Shoulder impairment before breast cancer surgery. **I Womens Health Phystherap**, v.38, n. 3, p.118-124, 2014.

FORTUNATO, L. et al. Pacientes portadoras de câncer de mama, submetidas a radioterapia com acelerador linear e qualidade de vida. **Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 19, n.5, p.53-62, 2015.

FREITAS, J. A. C. Analise da influência do controle automático de exposição para mamas de diferentes espessuras. **Revista da Graduação**, v. 6, n. 1, 2013.

FURLAN, V. L. A. et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. **Rev. Bras Cir. Plas**, v. 28, n. 2, p. 264-9, 2013.

GARCIA, A. **Investigação dos fatores de risco para câncer de mama na cidade de Santos, SP.** 2015. 179f. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Santos - SP, 2015.

GARCIA, L. B.; GUIRRO, E. C. O. Efeitos da eletroestimulação de alta voltagem no linfodema pós mastectomia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 9. n. 2, p. 243-248, 2005.

GASTON-JOHANSSON, F.; FALL- DICKSON, J. M.; BAKOS, A. B.; KENNEDY, M. J. Fatigue, pain and depression in pre- autotransplant breast cancer patients. **Cancer Pract.**, v. 7, n. 5, p. 240-7, 1999.

GIACON, F. P. et al. Efeitos do tratamento fisioterapêutico no pós operatório de câncer de mama na força muscular e amplitude de movimento do ombro. **J Health Sci Inst**, v.31, n.3, p.316-9, 2013.

GODOY, J. M. P. et. al. Bandagem co-adesiva de baixa elasticidade no tratamento do linfodema. **Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular**, v.12, n.3, p. 87-89, 2003.

GOMES, P. R. et al. Shortterm change in handgreistregth, body compostion and lymphedema indured by breast cancer surgery. **Rev. Bras. Ginecol.Obsted.**, v. 36, n. 6, p. 244-50, 2014.

GUIMARÃES, V. F. et al. Qualidade de vida: sinais, sintomas e efeitos psicológicos em mulheres mastectomizadas. **Rev. Enferm. UFPE**, v.8, n. 5, p. 1117-1127, 2014.

GUIRRO, R. **Fisioterapia dermatofuncional**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2002, p. 40-46.

GUTIERREZ, M. G. R. et al. Adhesión de mujeres mastectomizadas al inicio de um programa de rehabilitación temprana. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 249-54, 2007.

HAGHIGAT, S. et al. Factors predicting fatigue in breast cancer patients. **Support Care Cancer**, v. 11, n.8, p.533-538, 2003.

HAYES, S. C.; RYE, S.; BATTISTUTTA, D.; DISIPIO, T.; NEWMAN, B. Upper-body morbidity following breast cancer treatment is common, may persist longer- term and adversely influences quality of life. **Health Qual Life Outcomes**, v. 8, n. 92, 2010.

HOYER, M. et al. Health-related of life among women with breast cancer- a population-based study. **Acta Oncology**, v.50, n. 7, p. 1015-1026, 2011.

HOFMAN, M. et al. Cancer- related fatigue: the scale of the problem. **Oncologist**, v.12, n. 1, p. 4-10, 2007.

HUGUET, P.R.; MORAIS, S.S.; OSIS, M. J. D.; PINTO NETO, A.M. E.; GURGEL, M.S.C. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Rev.Bras.Ginecol.Obstet.**, v. 31, n. 2, p. 61-67, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - (INCA). Brasília. Ministério da Saúde. **Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa>>. Acesso em: 02 janeiro 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – (INCA). Ministério da Saúde. **Estimativa de câncer no brasil, 2020**.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home/resultado-google?cx=010073521928636456001%3AnvzK35o2j-c&cof=FORID%3A9&ie=UTF-8&q=&sa=Pesquisar.>> Acesso em: julho, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSE DE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Atlas on line de mortalidade**. Rio de janeiro; INCA, c2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Atlas da mortalidade**. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/> Acesso em: 06/08/2020.

INSTITUTO ONCOGUIA (Brasil). **Qual o papel da radioterapia no tratamento do câncer colorretal?** Disponível em: <<http://www.oncologia.org.br/oncoguiatv/qual-o-papela-radioterapia-no-tratamento-do-cancer-colorretal-185/8/>> Acesso em: 13 de setembro 2020.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, 2011.

JACOBSEN, P. B.; HANN, D. M.; AZZARELLO, L.M.; HORTON, J.; BALDUCCI, L.; LYMAN, G.H. Fatigue in women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer: characteristic, course, and correlates. **J Pain Symptom Manage**, v. 18, n. 4, p. 233-42, 1999.

JAMAL, M. P.; MACHADO, A.R.M.; RODRIGUES, L.R. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. **Mundo Saúde**, v. 32, n. 4, p.506-10, 2008.

KAVIANI, A. et al. From radical mastectomy to breast-conserving therapy and oncoplastic breast surgery: a narrative review companying oncological result, cosmetic Outcome, quality of life, and health economy. **ISRN Oncol.**, n. 1, p. 1-6, 2013.

KEBBE, L. M. **Desempenho de Atividades e imagem Corporal: Representações sociais de um grupo de mulheres com câncer de mama**. 2006 .158f. Tese

(Doutorado). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EERP, Ribeirão Preto, 2006.

KENNY, P.; KING, M.; SHEILL, A.; SEYMOUR, J.; HALL, J.; LANGLANDS, A. et al. Early stage breast cancer: costs and quality of life one year after treatment by mastectomy or conservative surgery and radiation therapy. **Breast.**, v. 9, n. 1, p. 37-44, 2000.

KOLDEN, G. G. et al. A pilot study of group exercise training (get) for women with primary breast cancer: feasibility and health benefits. **Psycho-Oncology**, v. 11, n. 5, p. 447-456, 2002.

KRISHNAN, L.; STANTON, A. L.; COLLINS, C. A.; LISTON, V.E.; JEWELL, W.R. Form or function? Part 2. Objective cosmetic and functional correlates of quality of life in women treated with breast-conserving surgical procedures and radiotherapy. **Cancer**, v.15, n. 9, p.2282-2287, 2001.

LAHOZ, M. A.; NYSSSEN, S. M.; CORREIA, G.N.; GARCIA, A. P. U.; DRIUSSO, P. Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em mulheres pós Mastectomizadas. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 56, n. 4, p. 423-430, 2010.

LAKHANI, S, R. (ed). **WHO classification of tumours of Breast Geneve**. International Agency for Research on Cancer, 2012.

LEAL, T. A. et. al. Fisioterapia no linfedema pós-mastectomia. **Revista Paraense de Medicina**, v. 18, n. 1, p. 42-45, 2004.

LEITES, G. T. et al. Fisioterapia em oncologia mamária: qualidade de vida e evolução clínico funcional. **Revista Ciência e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 14-21, 2010.

LEVIN, D. N.; CLEELAND, C.S.; DAR, R. Public attitudes toward cancer pain. **Cancer**, v. 56, n. 9, p. 2337-9, 1985.

LIPINSKI, K. A. et al. Cancer evolution na the limits of predicabilityem precision cancer medicine. **Trends in Câncer.**, v. 2, n.1, p. 49-63, 2016.

LIS, C. G.; RODEGHIER, M.; GRUTSCH, J. F.; GUPTA, D. Distribution and determinants of patients satisfaction in oncology with a focus on health related quality of life. **BMC Health Serv Res.**, v. 9, n. 190, 2009.

LÔBO, S.A. **Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em quimioterapia**. 2014. 56f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, 2014.

LOTTI, R. C. B. et al. Impacto do Tratamento de Câncer de Mama na Qualidade de vida. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 4, p. 367-371, 2008.

MAJEWSKI, J. M.; LOPES, A. D. F.; DAVOGLIO, T.; LEITE, J. C. C. Qualidade de vida em mulheres submetidas a mastectomia comparada com aquelas que se submeteram a cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 707-716, 2012.

MAKLUF, A. S. D.; ROSANGELA, C.; BARRA, A. A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.52, n. 1, p. 49-58, 2006.

MALUF, M. F. M. et al. O Impacto Psicológico do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 2, p. 149- 154, 2005.

MAPA - QUANTAS MULHERES MORREM DE CÂNCER DE MAMA NO BRASIL? Instituto Nacional do Câncer (INCA), 2019. Disponível em: <<https://www.google.com/search?q=QUANTAS++MULHERES+MORREM+DE+CANCER+DE+MAMA+NO++BRASIL%3F+INCA+2019.>> Acesso em: 17 outubro 2020.

MARKES, M. et al. Exercise for women receiving adjuvant therapy or breast cancer. **Cochrane Datsbase of Systematic Reviews**, n .4, 2006.

MARTINIANO, C. S. et al. Perfil de atividade física de usuários da estratégia da saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 23, n.3, p. 338-43, 2015.

MARTINS, J.; NAPOLES, B.V.; HOFFMAN, C.B.; OLIVEIRA, A.S. The Brazilian version of Shoulder Pain and Disability Index: translation, cultural adaptation and reliability. **Rev. Bras Fisioter.**, v. 14, n. 6, p. 527-36, 2010.

MARX, A. G.; FIGUEIRA, P. V. G. **Fisioterapia no câncer de mama**. São Paulo: Manole, 2017, cap. 1, p.17-23.

MENDES, I. S. et al. Correlação da dor e qualidade de vida de mulheres pós tratamento cirúrgico de câncer de mama. **Revista O Mundo da Saúde**, v. 38, n. 2, p.189-196, 2014.

MICHELS, F.A.; LATORRE, M.R.; MACIEL, M.S. Reability and understanding of the EORTC- C330 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 16, n. 2, p. 352- 63, 2013.

MONTAZERI, A. Health- related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. **J. Exp Clin Cancer Res.**, v. 27, n. 32, 2008.

MOREIRA, E. et al. Proposta de Elaboração e Validação de um Questionário de Qualidade de Vida Específico para Paciente Submetida ao Tratamento Cirúrgico do Câncer de Mama. **Reabilitar São Paulo**, v. 4, n. 14, p. 43-48, 2002.

MOTA, D.D.C.F.; PIMENTA, C. A. M. Self- report instruments for fatigue assessment: a systematic review. **Res Theory Nurs Pract**, v. 20, n. 1, p. 49-79, 2006.

MOTA, D.D.; CRUZ, D. A.; PIMENTA, C. A. Fadiga: uma análise de conceito. **Acta Paul Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 285- 93, 2005.

MOTTA, M.G.C. **O ser doente no triplice mundo da criança família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças e resistências.** Florianópolis: UFSC, 223p, 1998.

NASCIMENTO, E. B. et al. Câncer: Benefícios do treinamento de força e aeróbico. **Rev.educ.fis.UEM**, v. 22, n.4, p.651-658, 2011.

NASCIMENTO, T. G. et al. Auto exame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 4, p. 557-61, 2009.

NEGRINI, M. R. **Relacionamento Terapeutico Enfermeiro - Paciente Junto a Mulheres Mastectomizadas. 1994. 96f.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto, Universidade de São Paulo, 1994.

NETO, H. J. G. et.al. Estudo etiológico dos linfedemas baseado na classificação de Kimmonth, modificado por Cordeiro. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 3, n. 1, p. 60-4, 2004.

NESVOLD, I. L.; REINERTSEN, K.V.; FOSSA, S.D.; DAHLÇ, A.A. The relation between arm/shoulder problems and quality of life in breast cancer survivors: a cross- sectional and longitudinal study. **J. Cancer Surviv**, v. 5, n. 1, p. 62-72, 2011.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 32, n. 4, p.759- 766, 2011.

NOGUEIRA, P. V. G. et. al. Efeitos da Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva na Performance Funcional de Mulheres Mastectomizadas. **Rev. Fisioterapia Brasil**, v. 6, n. 1, p. 20-25, 2005.

NYROP, K. A. et al. Physical activity communication between oncology providers and patients with early-stage breast, colon or prostate cancer. **American Cancer Society**, v.122, n.3, p.470-476, 2016.

OLIVEIRA, M. A; BELCZAK, C. E. Q.; BERTOLINI, S. M. M. G. Intervenção da fisioterapia no tratamento de linfedema: relato de caso. **Arq. Ciências Saúde UNIPAR**, v. 5, n. 2, p. 155-159, 2001.

OROZCO, B. et al. Exercise after breast cancer treatment: current perspectives. **Dove Press**, v.7, p. 353-62, 2015.

PACHECO, M.N. et al. Fisioterapia para o tratamento do linfedema no pós operatório de mastectomia, revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 13, n. 4, p. 4-7, 2011.

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

PASCHOAL, S. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião**. 2000. 252f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo -SP, 2000.

PEDROSO, W.; ARAÚJO, M.B.; STEVANATO, E. Atividade física na prevenção e na reabilitação do câncer. **Motriz**, v. 11 n. 3 p. 155-160, 2005.

PENEDO, F. J. et al. Physical activity interventions in the elderly: cancer and comorbidity. **Câncer Invest.**, v. 22, n. 1, p. 51-67, 2004.

PIMENTA, C.A.M.; FERREIRA, K.A.S.L. Dor no doente com câncer. In: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M. organizadoras. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Barueri; Manole, 2005. p. 124-66.

PIMENTEL, M. D.; SANTOS, L. C.; GOBBI, H. Avaliação Clínica da dor e sensibilidade cutânea de pacientes submetidas à dissecação axilar com preservação do nervo intercostobraquial para tratamento cirúrgico do câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 29, n. 6, p. 291-6, 2007.

PRADO, M. A. et al. A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 20-25, 2004.

PRADO, S. M. A. **Aderência à atividade física em mulheres submetidas a cirurgia por câncer de mama**. 2001. 102f. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: USP, 2001.

QUEIROZ, D.T.V.; ARANTES, S.L. Conhecimento sobre a importância da atividade física na redução da fadiga por mulheres em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico de câncer de mama em Campo Grande/MS. **Open Systems & Information Dynamics**, v. 1, p. 11-13, 2006.

RANDOLPH, S. Quality of Life After Breast Cancer Treatment. **Onconology**, v. 9, n.11, p. 165-173, 1995.

RANGEL, O.; TELLES, C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, n. 2, p. 32-42, 2012.

RETT, M. et al. Efeito da fisioterapia no desempenho funcional do membro superior no pós-operatório de câncer de mama. **Revista Ciência e Saúde**, v.6, n.1, p.18-24, 2013.

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

REZENDE, L. F. et. al. Exercícios livres versus direcionados nas complicações pós-operatórias de câncer de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 52, n. 1, p. 37-42, 2006.

SABINO NETO, M. et al. Nível de atividade física em mulheres mastectomizadas e submetidas a reconstrução mamaria. **Rev.Bras.Cir.Plast.**, v.27, n.4, p.556- 61, 2012.

SALES, C. A. C.; PAIVA, L.; SCANDIUZZ, D.; ANJOS, A. C. Y. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 47, n. 3, p. 263-272, 2001.

SANTOS, M. C. L. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde e comorbidade em pacientes mastectomizadas. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 12, n.4, 2001.
SAWADA, N.O.; NICOLUSSI, A.C.; OKINO, L.; CARDOSO, F. M. C.; ZAGO, M. M. F. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 581-7, 2009.

SCHUTTINGA, J. A. Quality of life from a federal regulatory perspective. In; DIMSDALE, J. E.;

BAUM, A. editors. **Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995, p. 31-42.

SCHWARTZ, A.L.; MORI, M.; GAO, R.; NAIL, L. M.; KING, M.E. Exercise reduces daily fatigue in women with breast cancer receiving chemotherapy. **Med Sci Sports Exerc.**, v. 22, n. 5, p. 718-23, 2001.

SCHWARTZ, G. F. et. al. The consensus conference on the treatment of in situ ductal carcinoma of the breast. **Breast J.**, v. 6, n. 1, p. 4-13, 2000.

SCLAFANI, L.M.; BARON, R.H. Sentinel Lymph node biopsy and axillary dissection; added morbidity of the arm, shoulder and chest wall after mastectomy and reconstruction. **Cancer J.**, v. 14, n. 4, p. 2016- 22, 2008.

SEIXAS, R. J.; FRISON, V. B. Atividades física e qualidade em pacientes oncológicos durante o período de tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 3, p.321-330, 2012.

SHEA, B.; KLEBAN, R.; KNAUER, C.J. Breast cancer rehabilitation. **Sermin Surg Oncol.**, v. 7, p. 326-330, 1991.

SILLIMAN, R.A.; PROUT, M.N.; FIELD, T.; KALISH, S.C.; COLTON, T. Risk factors for a decline in upper body function following treatment for early stage breast cancer. **Breast Cancer Res TREAT**, v. 54, n. 1, p. 25-30, 1999.

SILVA, C.B.; ALBUQUERQUE, V.; LEITE, L. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasias mamária submetidas ao tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 2, p. 227-236, 2010.

SILVA, D. A. et al. Mortality and years of life lost due to breast cancer attributable to physical inactivity in the Brazilian female population (1990-2015). **Scientific Reports**, v.8, n. 1, p. 111-41, 2018.

SILVA, M. P. P. **Efeitos da Fisioterapia na Recuperação e Complicação no Pós-operatório por Câncer de Mama: exercícios limitados versus não limitados**. 2002. 73f. Dissertação (Mestrado) apresentado à UNICAMP, São Paulo: UNICAMP, 2002.

SILVA, M. P. P. et al. Movimento do ombro após cirurgia por carcinoma invasor de mama: estudo randomizado prospectivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90° no pósoperatório. **RBGO**, v. 26, n. 2, p.125-130, 2004.

SILVA, P.A.; RIUL, S.S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n. 6, p.1016-1021, 2011.

SIMÃO, D.A.S.; AGUIAR, A.N.A.; SOUZA, R.S.; CAPTEIN, K.M.; MANZO, B.F.; TEIXEIRA, A.L. et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. **Enferm Foco**, v. 8, n. 2, p. 82-6, 2017.

SIMPSON, J. S. A.; CARLSON, L. E.; BECK, C. A.; PATTEN, S. Effects of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast. **Cancer patients. Psycho- oncology**, v. 11, p. 282- 294, 2002.

SMEETS, A. et al. In the sentinel lymph node biopsy more sensitive for the identification of positive lymph nodes identification cancer than the axillary by mb mode dissection? **Cancer Surviv**, v. 4, n. 275, p. 1-5, 2013.

SOUZA, A. L. V.; SANT ANA, G.; COSTA, Z. M. B. Análise da qualidade de vida em mulheres mastectomizadas atendidas no ambulatório do HBDF. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 25, n.1, p.13-24, 2014.

SOUZA, L. et al. Prevenção secundária do câncer de mama em mulheres. **Arq. Cienc. Saude**, v. 21, n.1, p.55-9, 2014.

SOUZA, S.S.M.T. **Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama no Estado do Piauí**. 2018. 104f. Dissertação (Mestrado). Curso de Saúde da Mulher, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2018.

SPENCE, R.J.; JOHNSTON, P. G. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SPIEGEL, D. Facilitating emotional coping during treatment. **Cancer**, v. 66, p.1422-1426, 1990.

TIVERON, M. B.; BARREIROS, C. O. **Efeitos da drenagem linfática manual em pacientes com câncer de mama em pós-operatório**. 2004. 20 f. Trabalho de conclusão de curso de Fisioterapia (Monografia). Faculdades Adamatinenses Integradas, 2004.

TWYXCROSS, R.G. Pain in far-advanced cancer sv. impairment, disability, and functional capacity assessment. Pain, In: TURK, D. C.; MELZACK, R. (eds). **Handbook of pain assessment**. New York. The Guilford Press, p.100-8, 1992.

TWYXCROSS, R.G., FAIRFIELD, S. Pain in far-advanced cancer. **Pain**, v. 14, n. 3, p. 303-10, 1982.

VENANCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 20, n. 1, p. 55-63, 2004.

VIEIRA, S. C.; LUSTOSA, A. M. L.; BARBOSA, C. N. B. et al. **Oncologia básica**. 1Ed. Teresina: Fundação Quixote, 324p, 2012.

VILELA, C. Mulheres com fatores de risco. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/especial-publicitario/cortesvillela/outubro-rosa-cortes-villela/noticia/2019/10/04/outubro-rosa-tudo-que-voce-precisasaber-sobre-cancer-de-mama.ghtml>> Acesso em: 10 outubro 2020.

VENDRUSCULO, L. M. **Capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico**. 2011. 104f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto-SP, 2011.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**, v. 67, n. 6, p. 361-70, 1983.

ZWARTS, M. J.; BLEIJENBERG, G.; VAN ENGELEN, B.G. Clinical neurophysiology of fatigue. **Clin Neurophysiol.**, v. 119, n. 1, p. 2-10, 2009.

WHELAN, T.J.; LEVINE, M.; JULIAN, J.; KIRKBRIDE, P.; SKINGLEY, P. The effects of radiation therapy on quality of life women with breast carcinoma. **Cancer**, v.88, n. 10, p. 2260-2266, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. **Globocan**. Disponível em: <<https://gco.iarc.fr/today>> Acesso em: 05/02/2020.

WYATT, G.K.; FRIEDMAN, L. L. Physical and psychosocial outcomes of midlife and older women following surgery and adjuvant therapy for breast cancer. **Oncology Nursing Forum**, v. 25, n. 4, p. 761-8, 1998.

ANEXOS**ANEXO 1****TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA****FISIOTERAPIA**

Título da pesquisa: Qualidade de vida em pacientes mastectomizadas que realizam exercícios para membros superiores em serviço de fisioterapia no Hospital de Câncer de Recife-PE.

Pesquisador: Luciana Maria Mergulhão Coelho

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Luciana do Nascimento Godone.

Assistente de pesquisa e/ou Equipe da pesquisa:

Aplicação da pesquisa: TCC () Mestrado(x) Doutorado() TCR() outros()

Se outros, especificar:

Pesquisa com: pacientes(x) acompanhantes () fisioterapeutas() prontuários() outros()

Instrumento de coleta: questionário(x) ficha de coleta() gravação de voz () filmagem() fotografia() outros().

Se outros, especificar:

Eu, Roberta Borba, representando a Coordenação, do Setor de **FISIOTERAPIA** do Hospital de Câncer de Pernambuco, estou ciente e de acordo com a realização da pesquisa acima detalhada, **com início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCP/PE, conforme resolução 466/12.**

Recife, / /

(carimbo e assinatura do coordenador de setor)

ANEXO 2

SOCIEDADE PERNAMBUCANA
DE COMBATE AO CÂNCER-
SPCC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES MASTECTOMIZADAS QUE REALIZAM EXERCÍCIOS PARA MEMBROS SUPERIORES NO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA EM HOSPITAL DE CÂNCER DE RECIFE-PE

Pesquisador: LUCIANA MARIA MERGULHÃO COELHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26893119.9.0000.5205

Instituição Proponente: SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER -SPCC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.847.286

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa tem como finalidade mostrar que exercícios para membros superiores na fisioterapia são fundamentais na reabilitação física e qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia por câncer de mama.

Objetivo da Pesquisa:

3.1 GERAL

Analisar a qualidade de vida das pacientes mastectomizadas que realizam exercícios para membros superiores em serviço de fisioterapia do Hospital do Câncer em Recife-PE.

3.2 ESPECÍFICOS

Observar o impacto dos exercícios para membros superiores na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no ambulatório do Hospital do Câncer de Pernambuco- PE.

Avaliar os benefícios dos exercícios dos membros superiores na reabilitação e recuperação das pacientes, acelerando o retorno destas, as atividades da vida diária (AVDs) e ao trabalho.

Mostrar que a fisioterapia com exercícios melhora a qualidade de vida dos pacientes pós câncer de mama tanto no aspecto físico como emocional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

7.1 RISCOS

A Pesquisa oferece mínimos riscos para as pacientes do estudo. Pode ocorrer

Endereço: Av. Cruz Cabugá, 1507
Bairro: Santo Amaro CEP: 50.040-000
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)3217-8005 Fax: (81)3217-8005 E-mail: cep@hcp.org.br

ANEXO 3

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

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

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

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

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

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

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

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

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

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava no seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

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

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

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

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

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

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

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

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

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

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

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

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

07	Se a resposta for 1 2 3 4 5 6	Pontuação 6,0 5,4 4,2 3,1 2,0 1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e : valor da questão é (6) Se 7 = 2 à 6 : valor da questão é (5) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1), a pontuação será (6) Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e, h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c, f, g, i), o valor será mantido o mesmo</p>	
10	Considerar o mesmo valor.	
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3) Se a resposta for 4, o valor será (2) Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>	

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

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

Domínio:

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

- Saúde mental

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

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

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

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

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo somá-las e fazer uma média.

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

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

APÊNDICES

APÊNDICE 1



TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Senhora está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa **Qualidade de vida em pacientes mastectomizadas que realizam exercícios com os membros superiores em serviço de fisioterapia do Hospital do Câncer de Recife, PE**

Esta pesquisa é sobre *Qualidade de vida em pacientes mastectomizadas que realizam exercícios com os membros superiores em serviço de fisioterapia do Hospital do Câncer de Recife, PE* e está sendo desenvolvida por Luciana Maria Mergulhão Coelho, Fisioterapeuta do Hospital do Câncer de Pernambuco, Recife, sob a orientação do(a) Prof(a) Roberta Luciana do Nascimento Godone. Os objetivos do estudo são: Analisar a qualidade de vida das pacientes mastectomizadas que realizam exercícios para membros superiores em serviço de fisioterapia do Hospital do Câncer de Pernambuco-Recife, observar o impacto destes exercícios e os benefícios na reabilitação e a aceleração do retorno as atividades da vida diária e ao trabalho. A finalidade deste trabalho é contribuir para a recuperação física e emocional, redução da dor, melhora da amplitude e melhor qualidade de vida das pacientes. Solicitamos a sua colaboração para participar respondendo um questionário relacionado a qualidade de vida. A entrevista terá em média duração de 40 minutos, contamos também com sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que a Pesquisa oferece mínimos riscos para as pacientes do estudo. Pode ocorrer constrangimento mediante algumas perguntas. Para minimizar essa questão os questionários serão aplicados de forma individual em um ambiente reservado com a presença apenas do pesquisador e da paciente, e se necessário a presença de um familiar ou responsável. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.). Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na





Instituição. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Conforme Resolução CNS nº466/2012, para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se em qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr. não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, Luciana Maria Mergulhão Coelho endereço Estrada do arraial 2385 apto 203 Tamarineira, Recife-PE e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado dos objetivos da pesquisa. **Qualidade de vida em pacientes mastectomizadas que realizam exercícios para membros superiores em serviço de fisioterapia do Hospital do Câncer de Recife, PE** de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Recife, _____ de _____ de 2019.

Nome e Assinatura participante: _____

Nome Assinatura pesquisador: _____

Nome Assinatura testemunha _____

Nome Assinatura testemunha _____

Contato com o pesquisador responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a Pesquisadora, Luciana Maria Mergulhão Coelho- (81) 99114-9912- Endereço: Estrada do



Av. Cruz Cabugá, 1597, Santo Amaro, Recife - PE
www.hcp.org.br hcp@hcp.org.br 81 3217.8000



Arraial, 2385 apto 203, Tamarineira, Recife-PE. CEP: 52051-380. E-mail:
lucmmcoelho@hotmail.com



Av. Cruz Cabugá, 1597, Santo Amaro, Recife - PE

www.hcp.org.br

hcp@hcp.org.br

81 3217.8000

APÊNDICE 2**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Luciana Maria Mergulhão Coelho , desenvolver o seu projeto de pesquisa intitulado: “Qualidade de vida em pacientes mastectomizadas que realizam exercícios para membros superiores em serviço de fisioterapia do Hospital do Câncer de Recife, PE”, que está sob a coordenação e/ou orientação de: Profa. Dra. Roberta Luciana do Nascimento Godone, cujo objetivo é:Avaliar a qualidade de vida em mulheres mastectomizadas por câncer de mama com abordagens ou não da axila que realizam exercícios para membros superiores. A aceitação está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução CNS nº466/12e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa. A coleta de dados da pesquisa só poderá ter início após aprovação do CEP/ HCP.

Recife, ____/____/_____.

Assinatura do Superintendente de Ensino e Pesquisa.

APÊNDICE 3

TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Qualidade de vida em pacientes mastectomizadas que realizam exercícios para membros superiores em serviço de fisioterapia do Hospital do Câncer de Recife, PE

Pesquisadora responsável: Luciana Maria Mergulhão Coelho

Assistente e/ou Equipe de pesquisa:

Telefone para contato: (81)991149912/ (81)32696851

E-mail: lucmmcoelho@hotmail.com

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital de Câncer de Pernambuco (CEP/HCP).
- Assume o compromisso que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa sob sua responsabilidade;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final como todos os termos da referida pesquisa.

Recife, de de 20..... .

Assinatura Pesquisador Responsável

