

ADRIANA JAQUELINE ANACLETO

**EFEITOS TARDIOS DO TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA
E OS REFLEXOS NO VIVER DE MULHERES MASTECTOMIZADAS**

Dissertação de Mestrado, vinculada ao Curso de Mestrado em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC, apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ambiente e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Juliana Cristina Lessmann Reckziegel

Linha de pesquisa: Ambiente, saúde e sociedade.

LAGES

2019

Ficha Catalográfica

A532e Anacleto, Adriana Jaqueline.
 Efeitos tardios do tratamento de câncer de mama e os reflexos no
 viver de mulheres mastectomizadas/ Adriana Jaqueline Anacleto.–
 Lages, SC, 2019.
 133p.

 Dissertação (Mestrado) - Universidade do Planalto Catarinense.
 Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do
 Planalto Catarinense.
 Orientadora: Juliana Cristina Lessmann Reckziegel

 1. Câncer de mama. 2. Mulheres mastectomizadas. 3. Tratamento fi-
 sioterapêutico. I. Reckziegel, Juliana Cristina Lessmann. II. Título.

CDD616.99449

Catálogo na fonte: Biblioteca Central

Adriana Jaqueline Anacleto

**EFEITOS TARDIOS DO TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA E OS
REFLEXOS NO VIVER DE MULHERES MASTECTOMIZADAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, para obtenção do título de Mestre em Ambiente e Saúde.

Aprovada em 28 de junho de 2019.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel
(Orientadora e Presidente da Banca Examinadora)

Prof. Dr. Alessandro Giraldes Iglesias
(Examinador Titular Externo – UNIPLAC)

Profa. Dra. Julia Estela Willrich Böel
(Examinadora Suplente Externa – FASC/UFSC)

Profa. Dra. Vanessa Valgas dos Santos
(Examinadora Titular Interna - PPGAS/UNIPLAC)

Profa. Dra. Cristina Keiko Yamaguchi
(Examinadora Suplente Interna - PPGAS/UNIPLAC)



The image shows four handwritten signatures, each written over a horizontal line. The signatures are in blue ink. The first signature is 'Juliana Reckziegel', the second is 'Alessandro Iglesias', the third is 'Julia Böel', and the fourth is 'Vanessa Santos'. The fourth signature is partially obscured by a horizontal line at the bottom of the page.

AGRADECIMENTOS

A Deus.

A todos que contribuíram, aos meus professores mestres e ao programa de Mestrado em Ambiente e Saúde da Uniplac, em especial à minha Orientadora Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel. Aos colegas Fisioterapeutas que atuam na área da Fisioterapia em Oncologia por sempre me inspirarem.

Às voluntárias que compartilharam seu tempo, sua vivência e suas verdades para que este trabalho pudesse ser realizado.

À minha equipe de trabalho da Evoluir Centro de Fisioterapia, pelo suporte que e deram quando precisei estar ausente.

À minha família, aos meus antepassados, à minha mãe Ana Marli Anacleto pelo apoio incondicional, aos meus irmãos Sandro, Lise, Sara e Lucas, ao meu filho Johann Haensel, que me ancora, e ao meu esposo Roberto Amaral, meu incentivador e parceiro de vida.

Gratidão.

RESUMO

A Dissertação apresenta-se com o título: Efeitos Tardios do Tratamento de Câncer de Mama e os Reflexos no Viver de Mulheres Mastectomizadas. O câncer de mama caracteriza-se por ser uma das doenças de agravo crônico não transmissível (DANT) relacionadas a fatores multicausais e de tratamento complexo, que poderá ser composto de vários procedimentos que englobam cirurgia, quimioterapia, radioterapia e reabilitação oncológica. O estudo e pesquisa tiveram como objetivo compreender os efeitos do tratamento de câncer de mama nas mulheres acometidas, a partir da mastectomia, e as repercussões em suas vidas. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, com aplicação de questionário sociodemográfico e de saúde FACT-B+4 e DASH Brasil, e também qualitativa, ao se empregar o Roteiro de Entrevista Semiestruturada, somado à gravação em áudio. Os sujeitos foram 30 (trinta) mulheres que completaram um ciclo de tratamento de mais de 6 (seis) meses, selecionadas por meio da técnica “bola de neve”, sendo maiores de idade e residentes no município de Lages, SC. Mantiveram-se inviolados os direitos de sigilo da identificação dos sujeitos da pesquisa, assegurados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Resolução 466/2012 CNS/CONEP. As correlações da escala FACT-B+4 e DASH Brasil mostraram os resultados sobre o bem-estar físico, social, familiar, emocional, funcional e preocupações adicionais. Destaca, ainda, as disfunções do braço, ombro e mão das mulheres com CA mastectomizadas. Na análise, foram evidenciadas 05 (cinco) categorias: 1) Refletindo sobre a vida antes do diagnóstico: descuido de si; 2) Descoberta do diagnóstico; 3) Estreitando o caminho entre o diagnóstico e o tratamento; 4) Reflexos no viver: reconhecendo as dificuldades relacionadas ao tratamento; 5) Reflexos no viver: vencendo o câncer. Dos pontos conclusivos, constatou-se ser o CA uma patologia complexa e de múltiplas repercussões no viver das mulheres, atingindo vários aspectos de suas vidas nos níveis sócioemocional e físico, com disfunções no braço, ombro e mão, repercutindo no seu bem-estar geral e convívio humano. A magnitude destes efeitos é sentida pelas mulheres no seu dia a dia com limitações, dores e demais repercussões. Nesta perspectiva, fazem-se necessários profissionais empenhados em acolher e participar destas etapas, proporcionando uma linha terapêutica de tratamento que auxilie no bem-estar e qualidade de vida, reduzindo assim o impacto dos efeitos tardios de tratamento do câncer de mama.

Palavras-chave: Câncer de mama. Mulheres mastectomizadas. Tratamento Fisioterapêutico. Aspectos socioemocional e funcional. Dor. Convívio. Habilidades de enfrentamento.

ABSTRACT

The dissertation is titled: Late Effects of Breast Cancer Treatment and Living Reflexes of Mastectomized Women. Breast cancer is characterized by a multi-factor, noncommunicable chronic disease (DANT) with complex treatment, which may consist of various procedures involving surgery, chemotherapy, radiotherapy, and cancer rehabilitation. The study and research aimed to understand the effects of breast cancer treatment in women affected, since mastectomy, and the repercussions in their lives. This is a quantitative approach research, when working on data collection using the “snowball” technique and the FACT-B + 4 and DASH Brazil socio-demographic and health questionnaires, and also qualitative, by employing the Semi-structured Interview Script, added to the videos recording. The subjects were 30 (thirty) women who completed a treatment cycle of more than 6 (six) months, selected for being of older age and residing in the municipality of Lages, SC. The rights of confidentiality of identification of the research subjects, invoked in the Free and Enlightened Consent Term - Resolution 466/2012 CNS / CONEP remained inviolable. Correlations of the FACT-B + 4 and DASH Brazil scale showed the results on physical, social, family, emotional, functional well-being and additional concerns. It also highlights the arm, shoulder, and hand dysfunctions of mastectomies women. In the analysis, five (5) categories were highlighted: 1) Reflecting life before diagnosis: self-neglect; 2) Discovery of the diagnosis; 3) Narrow the path between diagnosis and treatment; 4) Reflexes in life: recognizing opportunities related to treatment; 5) Reflexes in life: overcoming cancer. In conclusion, CA was noted to be a complex pathology with multiple repercussions in women's lives, affecting various aspects of their lives at the socio-emotional and physical levels, with dysfunctions in the arm, shoulder and hand, affecting their general well-being and human conviviality. The magnitude of these effects is felt by women in their daily lives with limitations, pain and other repercussions. In this perspective, professionals committed to welcoming and participating in these stages are necessary, providing a therapeutic line of treatment that helps in well-being and quality of life, thus reducing the impact of the late effects of breast cancer treatment.

Keywords: Breast cancer. Mastectomized women. Physical therapy treatment. Socio-emotional and functional aspects. Pain. Conviviality. Coping skills.

LISTA DE GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

Gráfico 1 - Orientações recebidas autorreferidas	55
Quadro 1 - Categorias evidenciadas na análise de dados – Lages – 2019	56
Tabela 1 - Dados sociodemográficos de mulheres que passaram pelo tratamento de câncer de mama – Lages – 2019	50
Tabela 2 - Perfil sociodemográfico de mulheres que passaram pelo tratamento do câncer de mama – Lages – 2019	51
Tabela 3 - Informações referidas pelas mulheres acerca do tratamento do câncer de mama – Lages – 2019.....	51
Tabela 4 - Cuidados com a saúde após a cirurgia de mamas. – Lages – 2019	52
Tabela 5 - Relações sociais e afetivas de mulheres que passaram pelo tratamento do Câncer de mama – Lages – 2019.....	53
Tabela 6 - Relatos de efeitos tardios do tratamento do CA de mama (n=59 efeitos relatados) – Lages, 2019.....	54
Tabela 7 - Avaliação FactB por domínio e Dash em mulheres que passaram por tratamento para o câncer de mama – Lages – 2019.....	55
Tabela 8 - Correlação dos escores FactB por domínio e Dash em mulheres que passaram por tratamento para o câncer de mama – Lages – 2019	55

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA	- Amina Aromáticas
AC	- Ciclofosfamida e Epidoxorubicina
ADM	- Amplitude de Movimento
AJCC	- <i>American Joint Committee Cancer</i>
AMB	- Associação Médica Brasileira
ANS	- Agência Nacional de Saúde Complementar
BLS	- Biópsia do linfonodo sentinela
BRCA1	- Breast Cancer
BRCA2	- Breast Cancer
CA	- Câncer
cGy	- <i>Centigray</i>
cm	- Centímetros
CMF	- Composto por ciclofosfamida, metotrexato e fluorouracil
COFFITO	- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DANT	- Doenças de Agravamento Crônico não Transmissível
DASH	- <i>Disabilities of Arm Shoudler and Hand</i>
DLM	- Drenagem Linfática Manual
DNA	- Ácido desoxirribonucleico
ECM	- Exame Clínico da Mama
ER	- Receptor de Estrogênio
ESF	- Equipes de Estratégia Saúde da Família
FACT-B+4	- <i>Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast plus Arm Morbidity</i>
HAP	- Hidrocarbonetos Aromáticos Policíclicos
HBV	- Vírus da Hepatite B
HER2	- Receptores de Hormônios
HPV	- Papiloma Vírus Humano
HVC	- Virus da hepatite C
IASP	- <i>International Association for Study of Pain</i>
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	- Insuficiência cardíaca
INCA	- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

ISL	- Sociedade Internacional de Linfologia
MO, M1	- Parâmetros de classificação de tumores
MS	- Ministério da Saúde
Nx, N3c	- Parâmetros de classificação de tumores
PR	- Receptor de progesterona
RNA	- Ácido Ribonucleico
SC	- Santa Catarina
SM	- Salários Mínimos
SRA	- Síndrome da Rede Axilar
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFC	- Terapia Física Complexa
TNM	- Classification of Malignant Tumours
TRAM	- Músculo transverso do abdome
Tx, T4d	- Parâmetros de classificação de tumores
UBS	- Unidades Básicas de Saúde
UICC	- <i>Union International of Cancer Control</i>
UNACON	- Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UV	- Raios ultravioleta

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I	21
1.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
1.2 CONCEITOS	21
1.2.1 Câncer	21
1.2.1.1 Carcinogênese Química	24
1.2.1.2 Carcinogênese Induzida por Radiação	25
1.2.2 Câncer de Mama	25
1.3 PROCEDIMENTOS E INDICAÇÕES	26
1.3.1 Diagnóstico do Câncer de Mama	26
1.3.2 Ultrassonografia	27
1.3.3 Tomossíntese	27
1.4 TIPOS DE CÂNCER DE MAMA	28
1.4.1 Carcinoma Ductal in Situ	28
1.4.2 Carcinoma Ductal Invasivo	28
1.4.3 Carcinoma inflamatório	29
1.5 PROCEDIMENTOS E TRATAMENTOS	29
1.5.1 Estadiamento	29
1.5.2 As cirurgias	30
1.5.3 Mastectomia radical modificada	30
1.5.4 Quadrantectomia	31
1.5.5 Tumorectomia	31
1.5.6 Tratamento Adjuvante ou Neoadjuvante	31
1.5.7 Linfonodectomia	32
1.5.7.1 Radioterapia	33
1.5.7.2 Quimioterapia	34
1.5.7.3 Terapia Hormonal	35
CAPÍTULO II	37
2.1 FISIOTERAPIA EM ONCOLOGIA	37
2.1.1 Aderências e Fibroses	38
2.1.2 Síndrome da Rede Axilar (SRA)	39
2.1.3 Síndrome Dolorosa, ou Síndrome da Dor Pós-Mastectomia (SDPM)	40
2.1.4 Fibrose Tecidual	41
2.1.5 Seroma	41
2.1.6 Linfedema	42
CAPÍTULO III	45
3.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO	45
3.2 COLETA DE DADOS	46

3.3 ASPECTOS ÉTICOS -----	48
---------------------------	----

CAPÍTULO IV ----- 49

4.1 ANÁLISE DE DADOS E RESULTADOS -----	49
---	----

4.2 ANÁLISE DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS -----	50
---	----

4.3 IMPACTOS DO CA E OS REFLEXOS NA VIDA DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS -----	56
--	----

4.4 ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DAS CATEGORIAS -----	57
---	----

4.4.1 Categoria 1 - Refletindo sobre a vida antes do diagnóstico: descuido de si-----	57
---	----

4.4.2 Categoria 2 - Descoberta do diagnóstico-----	58
--	----

4.4.3 Categoria 3 - Estreitando o caminho entre o diagnóstico e o tratamento-----	60
---	----

4.4.4 Categoria 4 - Reflexos no viver: reconhecendo as dificuldades relacionadas ao tratamento -----	62
---	----

4.4.5 Categoria 5 - Reflexos no viver: vencendo o câncer -----	65
--	----

4.5 DIÁLOGO ENTRE AUTOR E AUTORIAS, NUMA ANÁLISE DE CONTEÚDO-----	67
---	----

CONCLUSÃO-----	77
-----------------------	-----------

REFERÊNCIAS -----	79
--------------------------	-----------

ANEXOS-----	89
--------------------	-----------

Anexo A – Questionário FACT-B+4-----	89
--------------------------------------	----

Anexo B – Questionário Dash Brasil-----	92
---	----

Anexo C – Parecer do Comitê de ética-----	98
---	----

APÊNDICES-----	101
-----------------------	------------

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-----	101
--	-----

Apêndice B – Questionário de Coleta de Dados-----	103
---	-----

Apêndice C – Roteiro Semiestruturado para a Entrevista -----	105
--	-----

Apêndice D – Artigo Científico -----	106
--------------------------------------	-----

INTRODUÇÃO

Com o título ‘Efeitos Tardios do Tratamento de Câncer de Mama e os Reflexos no Viver de Mulheres Mastectomizadas’, apresenta-se este estudo e pesquisa.

O Câncer de mama se caracteriza por ser uma das Doenças de Agravamento Crônico não Transmissível - DANT, (DUNCAN et al., 2012) relacionada a fatores multicausais, que se desenvolve de forma silenciosa e progressiva, e o estágio em que a doença se manifesta ou é detectada, determina a forma do tratamento, sendo que quanto mais precocemente, melhor o prognóstico. O tratamento poderá ser composto de várias etapas, como: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e reabilitação oncológica (THULER, MENDONÇA, 2005).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, sobre a percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas no Brasil, estudo autoreferido, apresentou que 1,8% das pessoas de 18 anos ou mais (2,7 milhões de adultos) referiram diagnóstico médico de câncer no Brasil, sendo que a região Sul apresentou o mais alto percentual, com 3,2%. Dentre os tipos de câncer, o de mama foi relatado com 39,1% e colo do útero com 11,8%, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Ministério da Saúde, na publicação intitulada ‘Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil’, exibiu os dados mundiais em relação às DANT. Esta publicação apontou que em 2008 “Ocorreram cerca de 36 milhões dos óbitos (63%) em consequência das DANT, com destaque para o câncer”, que ocupou 21% deste percentual. Ao abordar especificamente a ocorrência de câncer para o biênio de 2018-2019, traz como panorama mundial a incidência e os tipos de câncer, que apresentam a seguinte distribuição:

Pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão) (FERLAY et al., 2013). Estima-se para o Brasil, neste mesmo biênio, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer neste período, sendo que o cálculo global corrigido para o sub-registro aponta a ocorrência de 640 mil casos novos. (INCA, 2017, p. 25).

Em relação à estimativa de casos novos de câncer de mama para cada ano do biênio de 2018-2019, estima-se ‘59.700 casos novos, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres’. (INCA, 2017, p. 33).

Excetuando-se ‘tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o primeiro mais frequente nas mulheres da Região Sul, que apresenta este panorama de distribuição no país: Região Sul (73,07/100 mil), Sudeste (69,50/100 mil), Centro-Oeste (51,96/100 mil) e Nordeste (40,36/100 mil). Na Região Norte é o segundo tumor mais incidente (19,21/100 mil)’. (INCA, 2017, p. 33).

O câncer de mama é uma doença que se diferencia por sua clínica e morfologia, de

abrangência multifatorial, sendo mais importantes os destacados: fatores biológicos; genéticos; endócrinos; vida reprodutiva; comportamento e estilo de vida; envelhecimento; fatores relacionados à história de vida reprodutiva da mulher; histórico de casos de câncer na família; fatores histológicos como densidade do tecido mamário, compõem os principais fatores de risco para desenvolver câncer de mama (FREITAS, WELLER, 2017; GUERRA et al., 2005; INUMARU, et al., 2011).

Outros fatores também apresentam risco: etilismo/consumo excessivo de álcool; excesso de peso; sedentarismo e exposição à radiação ionizante, dentre outros (NATIONAL BREAST CANCER FOUNDATION, INC, 2016).

A idade constitui um dos mais importantes fatores de risco. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos. Após essa idade, o aumento ocorre de forma mais lenta, o que reforça a participação dos hormônios femininos na etiologia da doença. Entretanto, o câncer de mama em mulheres jovens apresenta características clínicas e epidemiológicas distintas, existem características bem diferenciadas entre as mulheres mais jovens e as mais velhas. Quando surge em mulheres mais jovens, é mais agressivo e apresenta uma alta taxa de presença da mutação dos genes específicos relacionados ao câncer de mama (COELHO et al., 2018).

Diversas etapas constituem o tratamento do câncer de mama, detecção, estadiamento, cirurgia, quimioterapia, radioterapia, e em todas estas etapas pode atuar a reabilitação, destacando a reabilitação física, através da Fisioterapia Oncológica, buscando não somente recuperação do câncer, mas também a reabilitação global no âmbito físico. De acordo com a Resolução nº 465/2016 emitida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, em seu Artigo 6º, “A atuação do Fisioterapeuta Oncológico se caracteriza pelo exercício profissional em todos os níveis de atenção à saúde, em todas as fases do desenvolvimento ontogênico, com ações de prevenção, promoção, proteção, rastreamento, educação, intervenção, recuperação e reabilitação do paciente oncológico, nos seguintes ambientes, entre outros” (COFFITO, 2011).

Como se lê, a fisioterapia desempenha um papel fundamental nesta nova etapa da vida da mulher operada, pois além de propor um conjunto de possibilidades de recuperação física, capaz de intervir desde a mais precoce fase, visando a recuperação funcional, a profilaxia das sequelas e, no momento em que vivemos e como nos organizamos socialmente, a possibilidade de redução do tempo de recuperação, com retorno mais rápido às atividades de lazer, laborais e cotidianas, com o menor prejuízo possível de funcionalidade (MILLENA, 2008). De acordo com Millena (2008), os procedimentos no tratamento do câncer de mama

podem ser de abordagem, conservadora, preservadora ou podem gerar disfunções físicas, teciduais e funcionais, que tornam necessária a reabilitação oncológica (GIACON et al., 2013).

O foco dos estudos são os efeitos tardios do tratamento de câncer de mama, que podem afetar a vida da mulher em diversos aspectos, podendo levar a alterações temporárias ou permanentes (CAMPBELL et al., 2012). As alterações podem estar ligadas a aspectos físicos funcionais, como: limitações dos movimentos do braço por “complicações como infecções locais, necrose cutânea, retrações cicatriciais, lesões nervosas, distúrbios da sensibilidade, alteração da amplitude de movimento (ADM) do ombro” (COUCEIRO et al., 2009, p. 359). Ainda de acordo com outro autor, os efeitos do tratamento podem também acometer a função respiratória por comprometimento muscular funcional, dor ou medo da realização de movimentos, uma das complicações que têm importante impacto na vida da mulher, o risco do aparecimento do linfedema, que se caracteriza por uma insuficiência da cadeia linfática e, conseqüentemente, a presença de acúmulo de líquido extracelular, proteínas plasmáticas, produtos do transporte linfático deficitário. Este transporte deficitário apresenta risco de gerar complicações, como: linfangite, erisipela, linfangeosarcoma (FABRO et al., 2016).

Outro importante acometimento, que pode decorrer do “tratamento do câncer de mama, é a síndrome dolorosa pós-mastectomia, definida pela *International Association for Study of Pain* (IASP) como dor crônica que se inicia após a mastectomia ou a quadrantectomia, localizada na face anterior do tórax, axila e/ou na metade superior do braço e que persiste por período superior a três meses após a cirurgia” (COUCEIRO et al., 2009, p. 359).

Conforme apresenta o estudo de Hernández (2015), os procedimentos que compõe o tratamento e as questões que permeiam os impactos na vida da mulher vão para muito além dos aspectos físicos, abrangem diversas áreas da vida social, familiar, comunitária, impactos na autoimagem, psicológicos, enfim de várias maneiras o viver das mulheres pode ser afetado. Viver com o câncer ou cuidar de alguém com o câncer promove diversas mudanças no núcleo familiar e pode gerar sentimentos de impotência, tristeza e insegurança.

Com este embasamento teórico, foi proposta uma pesquisa que revela a trajetória e vivência de um grupo de mulheres voluntárias que preencheram dois requisitos: morar em Lages, SC, e ter passado por intervenção cirúrgica de mastectomia.

Com o objetivo de levantar o perfil sociodemográfico de mulheres em tratamento de CA de mama e avaliar os efeitos tardios e a funcionalidade de seus ombros, braços e mãos,

buscaram-se os dados através desta pesquisa de abordagem quali/quant, aplicando a técnica de pesquisa de campo e utilizando os instrumentos de questionário FACT-B+4 e DASH Brasil, e o roteiro de entrevista semiestruturado, bem como o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Resol. 446/2012 – CONS/CONEP/UNIPAC.

Os instrumentos elaborados, aplicados e analisados simultaneamente garantem a fidedignidade e a legalidade da pesquisa. As fontes literárias deram ao estudo o embasamento conceitual sobre o referido tema.

A dissertação está organizada no Cap. I, que aborda o embasamento teórico, trazendo vários conceitos e detalhamento sobre tipologias, procedimentos e tratamentos do câncer. O Cap. II trata das questões relacionadas ao tratamento fisioterápico e suas interferências diretas nos diferentes efeitos colaterais fisiológicos da paciente. O Cap. III apresenta a tipologia do estudo e os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa. Já o Cap. IV traz a análise dos resultados obtidos com a aplicação dos questionários DASH Brasil, FACT-B+4 e Quadro de Categorias Evidenciadas na Análise de Dados. O encerramento se dá com as Referências e os Anexos.

CAPÍTULO I

1.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ao abordar a temática do câncer de mama, se faz importante compreender os mecanismos regulatórios, e descrever algumas das principais alterações que ocorrem para formação da Carcinogênese ou Oncogênese. Destacar os principais tratamentos clínicos, e descrever a atuação da Fisioterapia no câncer de mama, apontando quais os possíveis efeitos destes tratamentos na vida das mulheres mastectomizadas.

1.2 CONCEITOS

1.2.1 Câncer

O câncer resulta de mudanças nos mecanismos que controlam o crescimento e a proliferação das células. Em um processo natural de nascimento, amadurecimento e morte, durante a vida adulta existem mecanismos moleculares que regulam a proliferação, diferenciação, crescimento e morte celular. Distintas evidências apontam a tumorigênese como consequência de perdas dos mecanismos de controle, de sobrevivência e duplicação, estas perdas refletem as alterações genéticas, que progressivamente transformam células normais em células malignas (LOPES, 2013, p. 23-29). Diversas evidências indicam que a tumorigênese em seres humanos é um processo de várias etapas, que refletem alterações genéticas e que impulsionam a transformação progressiva de células humanas normais em derivados altamente malignos. Muitos tipos de cânceres são diagnosticados na população humana com uma incidência dependente do fator idade (LOPES, 2013; HANAHAN, WEINBERG, 2000; SAÚDE DIRETA Conhecimento é vida, s. d.; BELIZÁRIO, 2002; BIRNER et al., 2016).

A estrutura de controle da proliferação celular está intimamente ligada a fatores de estímulo e inibição do crescimento celular, e este mecanismo precisa ser ativado ou estimulado, por exemplo, em um episódio que necessite de reparo tecidual. As células se multiplicam até que o tecido se recomponha deste ponto em diante, quando o organismo identifica não haver mais necessidade do crescimento celular, libera-se por contato, fatores de inibição e cessa o processo (LOPES, 2013; HANAHAN, WEINBERG, 2000; SAÚDE DIRETA Conhecimento é vida, s. d.; BELIZÁRIO, 2002; BIRNER et al., 2016).

Em tecidos tumorais ocorre alterações dos mecanismos de controle, o processo pode não ser cessado e dá origem a um crescimento celular desordenado e descontrolado, regulado e mantido por uma das capacidades adquiridas das células cancerosas denominada autossuficiência em sinais de crescimento (Fator GS) (LOPES, 2013; HANAHAN, WEINBERG, 2000; SAÚDEDIRETA Conhecimento é vida, s. d.; BELIZÁRIO, 2002; BIRNER et al., 2016). As células tumorais geram muitos dos seus próprios sinais de crescimento, tornando-se menos dependente do microambiente celular tecidual normal (LOPES, 2013; HANAHAN, WEINBERG, 2000; SAÚDEDIRETA Conhecimento é vida, s. d.; BELIZÁRIO, 2002; BIRNER et al., 2016).

A insensibilidade aos sinais antiproliferativos torna a célula cancerosa capaz de progredir no processo de crescimento celular, e leva ao sucesso na proliferação tumoral. Outra capacidade desenvolvida pelas células tumorais advém da condição de evitar ou burlar a apoptose celular, processo que determina a morte de uma célula. Este mecanismo ocorre por alteração da capacidade de ação dos mecanismos de detecção de células anormais, tanto quanto o bloqueio dos mecanismos efetores que realizam o processo de apoptose celular (LOPES, 2013; HANAHAN, WEINBERG, 2000; SAÚDEDIRETA Conhecimento é vida, s. d.; BELIZÁRIO, 2002; BIRNER et al., 2016).

Um fator bastante impactante na capacidade celular de se multiplicar é o potencial replicativo ilimitado. As células normais apresentam a capacidade de se replicarem limitada por um fator descrito como senescência, são necessários a supressão de fatores reguladores desta multiplicação celular para que ocorra a imortalidade ou replicação ilimitada das células (LOPES, 2013; HANAHAN, WEINBERG, 2000; SAÚDEDIRETA Conhecimento é vida, s. d.; BELIZÁRIO, 2002; BIRNER et al., 2016).

Em algum momento durante o curso da progressão de tumores em múltiplos estágios, a evolução de populações de células pré-malignas exaure sua dotação de duplicações permitidas e só podem completar sua agenda tumorigênica ao romper a barreira da mortalidade e adquirir um potencial replicativo ilimitado. (HANAHAN, WEINBERG, 2000, p. 57-70).

As células tumorais aberrantes, para obter êxito na proliferação celular neoplásica, necessitam concomitantemente da capacidade de se protegerem dos mecanismos reguladores, apresentarem alterações teciduais e promoverem indução sustentada da angiogênese, formação de novos vasos para aporte sanguíneo das células tumorais, garantindo que oxigênio e os nutrientes sejam fornecidos pela rede vascular. Para a função e a sobrevivência das células, todas as células de um tecido necessitam residir a 100µm de um vaso sanguíneo

capilar (LOPES, 2013; HANAHAN, WEINBERG, 2000; SAÚDEDIRETA Conhecimento é vida, s. d.; BELIZÁRIO, 2002; BIRNER et al., 2016).

Importante característica das células cancerosas advém da capacidade de massas tumorais primárias gerarem células pioneiras que se deslocam, por via hematogênica ou linfática, e invadem os tecidos adjacentes, e podem se alojar em lugares distantes e fundar novas colônias. Promovendo a invasão tecidual e o deslocamento de células para outras áreas não tumorais, caracterizando assim metástases, são a causa de 90% das mortes por câncer humano (LOPES, 2013; HANAHAN, WEINBERG, 2000; SAÚDEDIRETA Conhecimento é vida, s. d.; BELIZÁRIO, 2002; BIRNER et al., 2016).

A carcinogênese pode ser dividida em três etapas: iniciação, promoção e progressão, conforme descritas a seguir:

A **iniciação** geralmente pode ocorrer resultante da ação de um agente mutagênico, que provoca alterações que serão herdadas na estrutura do DNA, podendo ainda atuar nesta fase agentes indutores ou iniciadores. A iniciação caracteriza então a primeira alteração que a célula sofre, possivelmente por estar sob a ação de um agente mutagênico e pode ser irreversível, levando assim a transformação de uma célula antes normal para uma célula maligna (OLIVEIRA et al. *apud* LOPES et al., 2013, p. 54-61). Porém, a célula que passou pelo processo de iniciação pode ser levada ao processo de morte celular, além de existir também a possibilidade de que outros fatores que complementam a alteração celular não ocorram, levando assim à interrupção do processo de transformação de células normais em malignas (OLIVEIRA et al. *apud* LOPES et al., 2013, p. 54-61).

Após o processo de iniciação, dá-se sequência ao estágio de **promoção**, quando ocorrem alterações da dinâmica da divisão celular ou alteração do meio intracelular, gerada pelos agentes promotores. Nesta fase do processo pode haver progressão ou regressão do tumor instalado. Ocorre uma expansão proliferativa e acúmulo de novas alterações. As substâncias promotoras potencializam a ação das iniciadoras (SAÚDEDIRETA Conhecimento é vida, s. d.; BELIZÁRIO, 2002).

Sequencialmente origina-se o processo de **progressão**, que se distingue pelo surgimento de populações celulares heterogêneas, aglomerando diferentes conjuntos de alterações genéticas. Durante este processo, ocorrem ativação de oncogênese e perda da função de genes supressores de tumor. O tumor desenvolve capacidade de metástase, pois as células apresentam condições de proliferação, potencial de invasão e de disseminação (OLIVEIRA et al. *apud* LOPES et al., 2013, p. 54-61).

Diversos eventos da biologia celular podem favorecer que uma célula normal se

modifique e se torne uma célula tumoral, dentre elas as infecções virais, que podem alterar a estrutura genética da célula por agirem diretamente no DNA – ácido desoxirribonucleico, ou no RNA – ácido ribonucleico. Exemplo do que acontece no Papiloma vírus Humano HPV, que pode originar câncer cervical e câncer peniano; vírus da hepatite C (HVC) e vírus da hepatite B (HBV), que podem originar câncer hepático; vírus herpético associado ao Sarcoma de Kaposi (SICHERO, RABACHINI *apud* LOPES et al., 2013, p. 62-69; CANCERQUEST, 2018), dentre outros.

A exposição a agentes carcinógenos, de forma individualizada, não pode ser responsabilizada pelo desenvolvimento de tumores, mas há a possibilidade de isto ocorrer em alguns casos. Destaca-se que, em se tratando de doenças multifatoriais como o câncer, é necessário considerar que existem causas necessárias e causas suficientes para o desenvolvimento da doença (INCA, 2011, p. 49-52).

1.2.1.1 Carcinogênese Química

É um processo de várias etapas que se inicia com a exposição a misturas de diversas substâncias químicas que podem ser encontradas no ambiente. Quando internalizados, os carcinógenos, na maioria das vezes, entram nas vias de metabolização, ativação e desintoxicação. Porém, determinados agentes podem não passar por estas vias, atuando diretamente sobre os sistemas. Necessário ainda ponderar que as respostas a estes contatos com estes agentes químicos dependem de variações individuais e diferentes, como a capacidade de reparo de erros do DNA. Os carcinógenos químicos atuam de maneira dose-dependente e podem ter efeitos cumulativos, e respondem a exposição ao longo do tempo. Alguns carcinógenos químicos, como hidrocarbonetos aromáticos policíclicos (HAP), são formados pela combustão incompleta de combustível fóssil e matéria vegetal. Outros carcinógenos químicos, como aminas aromáticas (AA), conhecidas como arilaminas, são encontradas na indústria da borracha e em corantes alimentícios; nitrosaminas são encontradas em carnes, peixes defumados e no tabaco, todos estes compostos necessitam serem metabolizados para desenvolverem seu potencial carcinogênico. Assim como os compostos químicos aflatoxinas e benzeno, são amplamente implicados no aparecimento de cânceres em seres humanos e animais (OLIVEIRA et al. *apud* LOPES et al., 2013, p. 54-61; JEMAL et al., 2014, p. 19).

1.2.1.2 Carcinogênese Induzida por Radiação

Energia radiante, através dos raios ultravioleta (UV) que compõe a luz solar, radiação ionizante, eletromagnética e particulada, são agentes físicos com potencial de modificação do DNA, podendo induzir a formação de neoplasias (OLIVEIRA et al. *apud* LOPES et al., 2013, p. 54-61).

Também se observou relação entre hormônios e câncer, quando a quantidade irregular de hormônios pode contribuir direta ou indiretamente para transformação celular e progressão tumoral, atuando intensamente nos tecidos dependentes de hormônios, como mama, próstata, tumores ginecológicos (SILVA et al, 2016).

1.2.2 Câncer de Mama

A mama é um órgão glandular e o seu desenvolvimento está relacionado aos estímulos neuro-hormonais, dando início ao processo de formação já na sexta semana de vida embrionária. A telarca marca o início do crescimento mamário, que deve ocorrer na puberdade até os 17 anos de idade, após a lactação a mama tem seu desenvolvimento completo (BARACHO, 2007).

Aponta-se que 80% dos carcinomas são influenciados pelo estrogênio. Assim, como para os demais tipos de câncer, o de mama apresenta fatores de risco genéticos e pessoais e fatores relacionados ao ambiente e ao estilo de vida.

Com relação aos fatores de risco atribuíveis e fatores ocupacionais, um estudo aponta que muitos estão relacionados ao meio ambiente e aos modos de vida. Requer nossa atenção o apontamento dos autores que, para 2020, estima-se que 35% dos cânceres em mulheres estarão relacionados aos fatores de risco evitáveis (SILVA et al, 2016). As maiores frações atribuíveis estão ligadas aos fatores evitáveis como tabagismo, sendo este o maior fator de risco para os casos de câncer, baixo consumo de frutas e vegetais, excesso de peso/obesidade, inatividade física, uso de álcool, consumo excessivo de carnes processadas, de carne vermelha e sal (SILVA et al., 2016). Quanto aos fatores reprodutivos, apontam para o uso de anticoncepcionais, uso de terapia de reposição hormonal e não ter amamentado (SILVA et al, 2016; COELHO et al., 2018).

Outros fatores que requerem nossa atenção são referentes à exposição aos agentes químicos sem o devido uso de materiais de proteção individual, tais como: formaldeído, solventes, tintas, produtos químicos da indústria de borracha, benzeno, pó de couro, sílica, pó

de madeira, níquel, amianto, benzopireno, diesel, ferro/aço, radônio, radiação gamma, dentre outros. Apontam para a exposição passiva à fumaça de cigarros, radiação solar, poluição por material particulado e para a crescente influência de infecções virais provocadas pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) nas ocorrências de câncer de mama (SILVA et al, 2016; COELHO et al., 2018).

Em relação aos fatores genéticos e pessoais, o câncer de mama pode estar relacionado com gênero e idade – quanto maior a idade maior o risco de desenvolver, em função das possibilidades de mutação celular. Quanto à raça, é mais diagnosticado em mulheres caucasianas do que em outras. A história familiar de câncer também é muito relevante, em função das alterações genéticas e hereditárias, a história pessoal de câncer, uma vez que desenvolver um câncer pode favorecer o aparecimento de outros. Também se aponta para a densidade mamária, pois quanto mais densa a mama, maior a possibilidade de desenvolvimento de câncer de mama (NATIONAL BREAST CANCER FOUNDATION, INC, 2016). A hereditariedade compõe um dos fatores de risco não modificáveis e se define pela presença de determinados genes mutados e predispõe a um risco de 50% a 80% de desenvolver o câncer durante a vida, sendo que pode atingir mama ou ovário, ou mesmo afetar os dois órgãos. O nome é dado pelas iniciais da escrita câncer de mama no idioma inglês, BRCA1 (Breast Câncer) e BRCA2. Além deste gene mutado, existem outros já descritos que se relacionam diretamente com o desenvolvimento de câncer de mama, e um dos mais descritos é o P53, identificado como um gene supressor de tumor, e a sua mutação leva à perda desta função de supressão e logo favorece o aparecimento do câncer de mama (IYEYASU, 2013, p. 401-407; MAVADDAT et al, 2010; p. 174-91; JERÔNIMO et al., 2017; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; COELHO et al., 2018).

1.3 PROCEDIMENTOS E INDICAÇÕES

1.3.1 Diagnóstico do Câncer de Mama

O diagnóstico do câncer de mama é feito através da realização de várias etapas, que constituem o rastreamento, e que se realiza com o exame clínico da mama (ECM) e, se indicado, com exames de imagem, podendo ser seguido ou não de biópsias.

No exame clínico da mama serão avaliados sinais e sintomas que configuram um grupo de informações importantes na detecção do câncer de mama. Verifica-se na inspeção, ou seja, na detecção visual: alterações no volume, simetria, alterações na textura e na forma

da mama, retrações do mamilo ou enrugamento da pele. Na palpação: detecção de nódulo ou caroço, cistos, presença de secreções expelidas pelo mamilo e presença de dor (INCA, 2017; BICKLEY, 2010, p. 391-416).

As diretrizes brasileiras do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Radiologia divergem em relação à idade de início da realização da mamografia. Porém, existe um consenso em relação ao risco, com a antecipação da idade em caso de presença de sinais/sintomas ou presença de características genéticas com BRCA1 e BRCA2 (URBAN et al., 2017, p. 244-249; INCA, 2015). Recomenda-se o rastreamento anual com mamografia para as mulheres entre 40 e 74 anos, com risco populacional usual.

Recomenda-se a realização de ressonância magnética em mulheres com mutação dos genes BRCA1 ou BRCA2, ou com parentes de 1º grau com mutação provada, que devem realizar rastreamento anual com ressonância magnética a partir dos 25 anos de idade. Mulheres com risco $\geq 20\%$ ao longo da vida, calculado por um dos modelos matemáticos baseados na história familiar, devem realizar rastreamento anual com ressonância magnética iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem (não antes dos 25 anos).

1.3.2 Ultrassonografia

Recomendada para as mulheres que apresentam mamas mais densas, pode ser indicada como substituta da ressonância magnética para as mulheres que não puderem realizá-la por qualquer motivo. Usada na detecção complementar de lesões sólidas e líquidas (SAÚDEDIRETA Conhecimento é vida, s. d.; BELIZÁRIO, 2002; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018).

1.3.3 Tomossíntese

É uma evolução da mamografia digital, como uma mamografia em 3D, permitindo uma avaliação mais apurada, podendo ser indicada em associação à mamografia digital, se estiver disponível (IYEYASU, 2013, p. 401-407; MAVADDAT et al., 2010 p. 174-91; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018).

Caso identificado nos exames de imagem a presença de nódulos, cistos ou algo suspeito, se fará então coleta de material histopatológico, podendo ser feito com biópsia e biópsia guiada por ultrassom. Na biópsia guiada por ultrassom, utiliza-se uma agulha fina para

a punção de quantidade de tecido pequena, ou agulha grossa, quando a mostra do tecido precisa ser maior. Existe também, porém em casos mais raros, a realização de biópsia por cirurgia aberta com retirada do material para exame (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018).

1.4 TIPOS DE CÂNCER DE MAMA

Existem vários tipos de câncer de mama identificados e descritos na literatura. São denominados pela localização e área que afetam na mama, os mais comuns e mais frequentes, estão descritos a seguir:

1.4.1 Carcinoma Ductual in Situ

Carcinoma ductual in situ compreende um de cada cinco diagnósticos de câncer de mama. Caracteriza-se por ficar restrito às células que sofreram alteração, não se propagando para tecidos próximos, ou seja, não invasivo. Sua velocidade de crescimento é lenta e tem um bom prognóstico de cura se detectado nesta fase (INCA, 2018).

1.4.2 Carcinoma Ductual Invasivo

Carcinoma ductual invasivo apresenta característica de invasão do tecido. As células neoplásicas rompem o ducto que transmite o leite e com isto invadem ou se infiltram nos tecidos vizinhos deste ducto mamário, podendo promover metástase para outras áreas do corpo por via linfática ou circulatória. Carcinoma lobular invasivo se desenvolve no lóbulo, onde estão as glândulas que produzem o leite materno. Assim como o Carcinoma ductual invasivo, pode metastizar para outras áreas do corpo por via linfática ou circulatória, e apresenta um grau maior de dificuldade de identificação nos exames de imagem, por sua localização. Diferencia-se também por ter alta taxa de bilateralidade, pois uma em cada cinco mulheres com este tipo de câncer terá câncer de mama bilateral. Existem ainda tipos de carcinomas invasivos que são especiais e se diferenciam histologicamente pela forma como as células neoplásicas se organizam, destacando-se o carcinoma adenocístico, adenosquâmico de baixo grau, medular, mucoso, papilar, tubular. Diferenciam-se ainda subtipos: Carcinoma metaplásico, micropapilar, e ainda o misto, que possui características invasivas de ductual invasivo e lobular (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2018).

1.4.3 Carcinoma inflamatório

Carcinoma inflamatório se apresenta de forma diferenciada, principalmente pelas manifestações sintomáticas como inchaço do seio, a pele com coloração avermelhada, alteração da textura da pele, pele mais grossa com aspecto de casca de laranja. Isto ocorre, pois as células cancerosas bloqueiam a estrutura linfática da pele levando a estas alterações. É um câncer com propagação celular rápida, podendo ocasionar metástase para outras áreas com grande facilidade, tudo isto leva a um prognóstico pior em termos de tratamento e depende da fase em que este carcinoma inflamatório se encontra, porém, cada indivíduo responde de forma diferenciada, logo não há determinismo em relação à evolução, apesar de ser conhecida toda a complexidade deste tipo de câncer (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018).

1.5 PROCEDIMENTOS E TRATAMENTOS

1.5.1 Estadiamento

O tratamento do câncer de mama é guiado por estadiamento, delineado por vários critérios que compõem o sistema TNM, segundo as condições e características de cada paciente (AMERICAN JOINT COMMITTEE CANCER, 2017, p. 589-636).

O estadiamento pode ser clínico ou anatomopatológico. Sendo adotado o sistema descrito e publicado pela UICC - *Union International of Cancer Control*, o estágio do câncer é delimitado por um conjunto de informações imprescindíveis para a condução adequada do prognóstico e tratamento. Este sistema é adotado e aplicado internacionalmente, registra a extensão nodal primária e regional do tumor e a ausência ou presença de metástases. Cada aspecto do TNM é denominado com uma categoria, sendo que a categoria ‘T’ descreve o tamanho do tumor, cuja classificação é realizada em uma variação de Tx a T4d. A categoria ‘N’ descreve o número de linfonodos regionais comprometidos com a doença, com variação de escala de Nx a N3c. A categoria ‘M’ descreve ocorrência ou não de disseminação de metástase distante, sendo M0 e M1, podendo conter ainda uma referência da área em que a metástase foi detectada (AMERICAN JOINT COMMITTEE CANCER, 2017, p. 589-636). Em sua última publicação, o sistema TNM traz também a inclusão de mais alguns fatores para estadiamento de alguns tipos de câncer de mama, que são os receptores de hormônios HER2, receptor de estrogênio (ER) e receptor de progesterona (PR), além da inclusão de alguns biomarcadores presentes na ocorrência de determinados tipos de câncer de mama, que

também são trazidos como forma de atribuir o estadiamento do câncer de mama com o conjunto destas informações (AMERICAN JOINT COMMITTEE CANCER, 2017, p. 589-636).

Após a detecção do câncer de mama e o respectivo estadiamento, é possível fazer a ponderação sobre fatores que irão impactar no tratamento. A equipe médica, pautada nestes parâmetros, poderá definir qual técnica cirúrgica será aplicada, a escolha de tratamentos prévios, a cirurgia e tratamentos adjuvantes, como quimioterapia e radioterapia.

1.5.2 As cirurgias

As técnicas cirúrgicas empregadas ao longo do tempo foram se modificando conforme se desenvolveu o conhecimento sobre a doença, as estruturas anatômicas envolvidas em cada caso e ainda a diferenciação entre o comportamento e o desenvolvimento de cada tipo de câncer de mama. As técnicas cirúrgicas traçaram o caminho das intervenções, desde as mais radicais, como a clássica cirurgia de Halsted, até para as cirurgias mais conservadoras e menos invasivas. Desenvolvida pelo cirurgião Dr. William Stewart Halsted, designada como cirurgia radical, foi divulgada no ano de 1907 e se caracteriza por uma grande remoção de tecidos envolvidos na área da mama e estruturas adjacentes, ressecção de todo tecido mamário, dos músculos peitoral maior e menor, que poderiam estar comprometidos com o câncer, remoção da estrutura linfática do tecido gorduroso axilar e, em alguns casos, ressecção de costelas e úmero quando houvesse comprometimento de metástase para esta região (HALSTED, 1997).

Halsted acreditava que, removendo toda a estrutura tecidual, originava uma barreira, impedindo a disseminação do câncer para outras áreas. Entre as décadas de 70 e 80, Fisher, baseado em muitos ensaios clínicos, apresentou a teoria sistêmica do câncer, demonstrando outras vias de disseminação do câncer, como a sanguínea, possibilitando as abordagens do tratamento sistêmico do câncer, atualmente terapias adjuvantes e neoadjuvantes (NAZÁRIO et al., 2015).

1.5.3 Mastectomia radical modificada

Assim, seguindo o processo evolutivo das técnicas cirúrgicas, algumas foram desenvolvidas com maior preservação de estruturas anatômicas, a ressecção da glândula mamária, da cadeia ganglionar linfática axilar e a preservação dos músculos peitoral maior e

menor (NAZÁRIO et al., 2015).

Com as abordagens cirúrgicas mais localizadas, desenvolveu-se a cirurgia conservadora para o tratamento do câncer de mama, sendo que a escolha por esta cirurgia passa por diversos fatores, dentre estes o estágio, normalmente mais indicada nos estádios I e II, para tumores menores que 3cm, porém também importante observar a relação volume da mama e tamanho do tumor. Em alguns casos, é indicada a aplicação de quimioterapia neoadjuvante visando o tratamento e redução do tumor para poder realizar uma cirurgia conservadora, e os melhores resultados estão ligados a uma boa resposta ao tratamento na fase pré-operatória.

1.5.4 Quadrantectomia

A cirurgia conservadora para o tratamento do câncer de mama se ancora no uso de duas técnicas clássicas: a quadrantectomia, caracterizada pela ressecção de todo o setor mamário correspondente ao tumor, juntamente com pele, e a fáscia do músculo peitoral maior (TIEZZI, 2007; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR - ANS; ASSOC. MÉDICA BRASILEIRA - AMB, 2012; NAZÁRIO et al., 2015).

1.5.5 Tumorectomia

A tumorectomia ou lumpectomia se caracteriza pela remoção do tumor, com uma margem de tecido mamário livre de tumor (TIEZZI, 2007; AG. NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR - ANS; ASSOC. MÉDICA BRASILEIRA - AMB, 2012; NAZÁRIO et al., 2015).

1.5.6 Tratamento Adjuvante ou Neoadjuvante

Os tratamentos adjuvantes são os realizados após uma intervenção cirúrgica, já os realizados em momento anterior à intervenção cirúrgica, como forma preparatória para o procedimento, são denominados neoadjuvantes. Dentre eles estão as seguintes modalidades de tratamento: Quimioterapia, Hormonioterapia, Radioterapia, Imunoterapia e Terapia-alvo. Podem ser administradas de forma individual ou em combinações, e a sequência dependerá do planejamento terapêutico, desenhado pela equipe ou pelo médico oncologista (NAZÁRIO et al., 2015; RECHTC et al., 2016).

1.5.7 Linfonodectomia

A Linfonodectomia é indicada para grandes tumores, maiores que 5cm, nos outros casos é indicada a abordagem axilar, ou biópsia do linfonodo sentinela (BLS), primeiro linfonodo a receber a drenagem da cadeia linfática mamária. A detecção é feita com uso de corante ou traçador radioativo. O corante azul é injetado na região peritumoral ou periareolar, após alguns minutos o corante é drenado e marca o linfonodo sentinela. Na técnica com o traçador radioativo, o radioisótopo (geralmente tecnécio-99) é injetado ligado a um coloide, horas antes da cirurgia, e a linfocintilografia pré-operatória revela a trajetória do líquido. A radioatividade emitida pelo linfonodo marcado é detectada usando uma sonda Probe de detecção gama durante a cirurgia. Com a ressecção do linfonodo sentinela, a disseção axilar extensa de rotina é evitada, buscando assim reduzir possíveis complicações do tratamento (TIEZZI, 2007; AG. NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR - ANS; ASSOC. MÉDICA BRASILEIRA - AMB, 2012; NAZÁRIO et al., 2015). No entanto, a disseção do linfonodo constitui avaliação se há disseminação metastática para os linfonodos axilares; no caso de axila positiva, há indicação da linfonodectomia, remoção dos linfonodos axilares, que ocorre conforme o nível de comprometimento destes linfonodos. A abordagem axilar constitui um fator indicador de prognóstico e fornece maior segurança terapêutica (NAZÁRIO et al., 2015).

Nas condições de elegibilidade para cirurgia conservadora de câncer de mama, é importante considerar o tamanho do tumor, a relação entre o tamanho da mama e volume do tumor, e a possibilidade de aplicação de radioterapia após a cirurgia (TIEZZI, 2007; NAZÁRIO et al., 2015).

O aumento da sobrevida global após o tratamento do câncer de mama, a preocupação com os impactos no viver cotidiano e o resultado estético das cirurgias está presente em todas as fases do tratamento, fato este que leva o cirurgião a buscar a técnica mais adequada para cada caso, com melhores condições de resultado. As mudanças nas técnicas cirúrgicas empregadas são possíveis em função da evolução e possibilidades de detecção rápida do câncer de mama (URBAN et al., 2015; NAZÁRIO et al., 2015).

Além disto, também há a possibilidade de reconstrução da mama, visando a redução do impacto da mutilação, podendo ser realizada imediatamente após a retirada da mama ou posteriormente, conforme avaliação, considerando elementos envolvidos no sucesso do tratamento. A reconstrução pode ser realizada com a doação do tecido autólogo, sendo usado retalho do músculo transverso do abdome (TRAM), ou com colocação do expansor tecidual,

que possibilita posterior inserção da prótese, ou inserção imediata da prótese, ou ainda reconstrução com o retalho miocutâneo do músculo grande dorsal, com a mesma finalidade do TRAM, quando há alguma dificuldade para uso do reto abdominal. O uso de expansores visa o aumento e o ganho da elasticidade gradual da pele no período pós-operatório e assim possibilitar a posterior colocação dos implantes mamários. São indicados para pacientes com pouco tecido abdominal subcutâneo, no caso de mulheres magras, ou que apresentem alguma contraindicação para a realização da técnica do TRAM (NAZÁRIO et al., 2015).

1.5.7.1 Radioterapia

A Radioterapia se caracteriza por terapia realizada por emissão de feixe controlado de radiação ionizante, que pode ser realizada de forma externa, através de um aparelho que emite a radiação para a área a ser tratada. Fortemente indicada para o tratamento do câncer de mama, visando sempre evitar a recorrência das células cancerosas. A aplicação da radioterapia reduz os riscos de falha no tratamento locorregional, para recidiva e mortalidade para pacientes com câncer de mama T1-2 com um a três linfonodos axilares positivos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; URBAN et al., 2017).

Alguns pacientes apresentam riscos tão baixos para recidivas e falha locorregional no tratamento do câncer, que é recomendável a avaliação individualizada, considerando as consequências possíveis do tratamento com a radioterapia nestes casos. Caso a opção terapêutica for pela não disseção axilar após uma biópsia de linfonodo sentinela positiva, recomenda-se que esses pacientes recebam radioterapia, desde que exista conhecimento de quais linfonodos estão envolvidos. Pacientes com envolvimento nodal axilar após terapia sistêmica neoadjuvante devem receber a radioterapia. Recomenda-se que a radioterapia seja aplicada tanto nos linfonodos mamários internos quanto nos linfonodos apicais supra claviculares e axilares, além da parede torácica ou da mama, mesmo que tenha passado pela reconstrução. Mesmo após passar por terapia sistêmica neoadjuvante, se houver envolvimento linfonodal axilar, se faz necessário a aplicação da radioterapia (RECHT et al., 2016; LEAL et al., 2016; URBAN et al., 2017).

A mama é irradiada com uma dose de 5000cGy, sendo fracionada em 200 cGy por dia, com aplicação de 1000cGy no leito do tumor como reforço, também com fracionamento de 200cGy por dia. Principais complicações da radioterapia no câncer de mama são: linfedema no membro superior ipsilateral à mama tratada, pneumonite, fibrose pulmonar, toxicidade cardíaca crônica (NAZÁRIO et al., 2015; RECHT et al., 2016; URBAN et al., 2017).

1.5.7.2 Quimioterapia

Os tratamentos adjuvantes podem ser constituídos por Terapia Sistêmica, Quimioterapia, Terapia Hormonal e Terapia Dirigida. A quimioterapia tem forte indicação no tratamento do câncer de mama, pode ser aplicada de forma oral ou intravenosa e, conforme o planejamento terapêutico, pode ser necessária aplicação do quimioterápico por cateter venoso central (CVC) (NAZÁRIO et al., 2015; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018).

Em relação ao período de tratamento, pode ser aplicada em fase inicial ou em doença metastática, como neoadjuvante em tumores grandes e assim possibilitar a realização de uma cirurgia conservadora, e ainda como adjuvante durante o tratamento do câncer de mama, quando o tumor mede mais de 2 cm e quando existe comprometimento dos linfonodos axilares. Para tumores menores, entre 1 e 2 cm, não há consenso, porém, há uma certa tendência a aplicar a quimioterapia (NAZÁRIO et al., 2015; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018).

A quimioterapia é composta por diversas drogas e combinações que são eficazes no tratamento do câncer de mama. O médico especialista oncologista irá escolher a linha de tratamento, de acordo com as características do câncer e da paciente. As combinações de medicamentos, os ciclos, a frequência, a duração e as repetições de cada ciclo, assim como o tempo de descanso entre cada uma das aplicações, são variáveis e dependem de diversos critérios avaliados pelo médico oncologista, em alguns casos os quimioterápicos são aplicados em um dia, e repetidos a cada 14 dias por 4 ciclos (NAZÁRIO et al., 2015; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018).

Os quimioterápicos frequentemente indicados são: ciclosporina, antraciclinas (adriamicina e epidoxorubicina) e taxanos (paclitaxel e docetaxel). Quando a expressão de HER-2 é positiva, o tratamento com herceptin (trastuzumab) é recomendado. Destaca-se ainda que no período inicial da doença, especialmente se a axila não é comprometida, há uma tendência de uso do CMF (composto por ciclofosfamida, metotrexato e fluorouracil e AC (ciclofosfamida e epidoxorubicina) (NAZÁRIO et al., 2015; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018).

A quimioterapia direcionada para tratamento de tumores avançados pode ser composta pelos seguintes quimioterápicos: Docetaxel - Paclitaxel; análogos da platina - Cistoplatina, Carboplatina; Vinorelbina - Navelbina; Capecitabina - Xeloda; Doxorubicin Liposomal-Doxil; Gemcitabina - Gemzar; Mitoxantrona - Novantrona; Ixabepilona - Ixempra; Eribulina - Halavena (NAZÁRIO et al., 2015; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018).

Alguns dos principais efeitos colaterais, gerados pela quimioterapia são:

- Dor, fadiga, cefaleia, mialgia, artralgia, febre, alopecia, tontura, insônia, edema, formigamentos, diarreia, náuseas, constipação, perda de apetite, mudanças nas unhas, aftas, dentre outros. Mudanças no ciclo menstrual e alterações da fertilidade podem decorrer da quimioterapia, assim como a menopausa precoce e, por sua vez, pode ter a osteoporose como consequência. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY, 2018).
- Danos e possíveis alterações cardíológicas decorrentes da aplicação de dextrorrubimicina e epirrubimicina e outros quimioterápicos dependem da dose e do tempo do tratamento, porém em alguns casos as alterações podem aparecer meses e anos após o tratamento. Indica-se a realização de exame cardíológico prévio e de acompanhamento ao tratamento quimioterápico. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY, 2018).
- A neuropatia periférica pode ser um dos efeitos colaterais, que se caracteriza por alterações da sensibilidade, por afecção da raiz nervosa, como consequência da quimioterapia. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY, 2018).
- Alterações da concentração e mudanças na cognição podem se manifestar como consequência da quimioterapia. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY, 2018).
- Raramente pode ocorrer aumento do risco do desenvolvimento de leucemia.
- Mal-estar e fadiga, sensação de desconforto podem se manifestar durante ou após o tratamento quimioterápico. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY, 2018).

Quando os escores de determinados receptores hormonais indicam alto índice de recorrência, a quimioterapia associada e terapia endócrina é indicada para compor o tratamento (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY, 2018).

1.5.7.3 Terapia Hormonal

A terapia hormonal se caracteriza por direcionar o tratamento para características específicas das células do câncer de mama, que apresentam receptores positivos que se ligam ao estrogênio ou à progesterona, denominadas ER-positivas e PR-positivas. Estas células estimulam o crescimento de alguns cânceres de mama, que são hormônios dependentes e se caracterizam também por aumento da capacidade invasiva e metástase, assim como aumento da angiogênese.

A terapia hormonal objetiva a redução do risco de recidiva do câncer de mama, visa evitar o aumento do tumor em câncer avançado, reduzir o volume do tumor e torná-lo operável. Pode ser aplicado como profilaxia, impedindo o aparecimento do câncer de mama em paciente com alto risco genético para o seu desenvolvimento. Para o câncer de mama pode-se fazer uso do Tamoxifeno, sendo que esta medicação impede que o estrogênio

estímulo as células cancerosas da mama, e estas promovam o crescimento do câncer. Já em outras áreas como útero e ossos, ele atua como estrogênico e como modulador seletivo do receptor do estrogênio (REZENDE et al., 2018; BAIOCCHI, 2017). Alguns possíveis efeitos colaterais são: mudanças de humor, secura na boca, alteração da lubrificação vaginal e ondas de calor. Efeitos colaterais raros, como risco de trombose venosa profunda e tumores uterinos podem aparecer durante e após o uso do Tamoxifeno (REZENDE et al., 2018; BAIOCCHI, 2017; GUSMÃO *apud* MARX, FIGUEIRA, 2017, p.89-96).

A terapia hormonal pode fazer uso do Fulvestrante, que se caracteriza por ser um bloqueador sistêmico do estrogênio e inibidor da aromatase (conversão hormonal, ocorre no tecido adiposo), e pode ter como efeito colateral a redução da densidade óssea ou a osteoporose, e induzir a menopausa precoce (NAZÁRIO et al., 2015; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY, 2018).

Visando promover o bloqueio hormonal do estrogênio no tratamento do câncer de mama, a terapêutica indicada no período pré-menopausa ou pós-menopausa, ou nas condições em que os ovários não estão produzindo estrogênio, podendo porém estar ocorrendo metabolismo de conversão no caso aromatase, a opção terapêutica serão os inibidores de aromatase: Letrozole (Femara), Anastrozol (Arimidex), Exemestano (Aromasin) (REZENDE et al., 2018; BAIOCCHI, 2017; GUSMÃO *apud* MARX, FIGUEIRA, 2017, p.89-96).

Como recurso terapêutico visando o bloqueio hormonal do estrogênio através da supressão ovariana, em condições pré-menopausa, pode ser indicada a realização de procedimento cirúrgico de ablação permanente dos ovários denominada Ooforectomia. Todos os recursos terapêuticos que inibem a produção hormonal podem desencadear os mesmos sintomas da menopausa, ondas de calor, suores noturnos, dificuldade de lubrificação vaginal e alterações de humor (REZENDE et al., 2018; BAIOCCHI, 2017; GUSMÃO *apud* MARX, FIGUEIRA, 2017, p.89-96).

A terapia dirigida refere-se ao tratamento específico para os receptores de HER2 positivo e a medicação de escolha pode ser o Trastuzumabe, que é um anticorpo monoclonal humanizado anti-HER2 e está indicado em pacientes com câncer de mama que expressam em demasia esse oncogene. A combinação de Trastuzumab com taxanos melhora a sobrevida de pacientes com câncer de mama metastático e vários estudos demonstraram sua eficácia e adjuvância (NAZÁRIO et al., 2015; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY, 2018).

CAPÍTULO II

2.1 FISIOTERAPIA EM ONCOLOGIA

A prática da Fisioterapia no Brasil tem registros desde 1919, porém a atuação profissional foi regulamentada somente em 1969. Em relação à atuação da fisioterapia em oncologia, foi reconhecida como especialidade em 2009, disciplinada através da Resolução nº 397/2011 de 03 de agosto de 2011, emitida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO. Em seus artigos, a resolução faz um delineamento das importantes áreas do conhecimento e atuação do fisioterapeuta Especialista em Fisioterapia Oncológica, destaque para os artigos 3º e 6º desta resolução:

Art. 3º – Para o exercício da Especialidade Profissional de Fisioterapia Oncológica é necessário o domínio das seguintes Grandes Áreas de Competência:

VII. Realizar intervenção fisioterapêutica para a preservação, manutenção, desenvolvimento e restauração da integridade cinético funcional de órgãos e sistemas em todas as fases do desenvolvimento humano;

X. Utilizar recursos de ação isolada ou concomitante de agente cinésio-mecanoterapêutico, termoterapêutico, crioterapêutico, hidroterapêutico, fototerapêutico, eletroterapêutico, sonidoterapêutico, entre outros;

Art. 6º – A atuação do Fisioterapeuta Oncológico se caracteriza pelo exercício profissional em todos os níveis de atenção à saúde, em todas as fases do desenvolvimento ontogênico, com ações de prevenção, promoção, proteção, rastreamento, educação, intervenção, recuperação e reabilitação do paciente oncológico. (COFFITO, 2011).

Ainda que inserido recentemente, o fisioterapeuta oncológico tem desempenho em todos os níveis de atenção básica, média e alta complexidade, em concomitância com todas as etapas do tratamento, desde o diagnóstico inicial até a alta terapêutica ou, ainda, nos cuidados paliativos (MARX, FIGUEIRA, 2017; BAIOCCHI, 2017).

Os principais objetivos da fisioterapia oncológica são: a prevenção das possíveis complicações do tratamento de câncer de mama, tanto adjuvante, quanto neoadjuvante, e amenização dos impactos dos possíveis efeitos imediatos e tardios do tratamento de câncer de mama (MARX, FIGUEIRA, 2017; BAIOCCHI, 2017).

O fisioterapeuta faz parte de um grande grupo de profissionais da área de saúde que pode acompanhar, acolher e tratar a mulher com câncer de mama, como já destacado, em todas as fases do tratamento (FARIA, 2010).

Algumas etapas são determinantes para o êxito no trabalho de recuperação da funcionalidade e recuperação das mulheres que passam por esta difícil etapa do tratamento de um câncer de mama.

Diversos são os impactos, e vão desde abalo emocional, sofrimento psicológico pela alteração da autoimagem, a várias mudanças físicas que podem ocorrer em decorrência do tratamento do câncer de mama. Os modelos prospectivos de tratamento em pacientes com câncer mama, relacionados à reabilitação, apontam as principais disfunções que podem ser tratadas pela fisioterapia em decorrência do tratamento do câncer de mama (CAMPBELL et al., 2012).

O período pós-operatório pode ser dividido em imediato, até 15 dias do pós-operatório e, após a retirada do dreno, pode se estabelecer o período tardio da fase inicial do tratamento, período no qual pode haver muitas intercorrências, que podem ser consideradas locais regionais relacionadas aos tratamentos, como: dor, deiscência de feridas, fibroses, lesões nervosas e síndromes dolorosas pós-mastectomia, síndrome da rede axilar, seroma, síndrome da mama fantasma, alterações posturais, linfedema e consequências sistêmicas, podendo ser provenientes, por exemplo, do tratamento hormonal como artralgia, osteoporose, que aparecem de forma mais tardia. O fisioterapeuta deve estar atento a todos os sinais e sintomas e atuar no sentido da recuperação de cada uma destas possíveis intercorrências (BERGMANN et al., 2006; VIEIRA et al., 2016).

Alguns dos principais efeitos adversos do tratamento do câncer de mama podem gerar alterações da funcionalidade, limitações de amplitude de movimento e impactar o viver da mulher que sobrevive ao câncer de mama, sendo que estes efeitos podem ocorrer em várias fases do tratamento, desde o período imediato, até anos após a realização do procedimento. A incidência destas complicações é muito variável e depende de diversos fatores, como localização, idade e características da mulher, estadiamento do câncer, escolha terapêutica, e se faz necessário delimitar cada condição e suas características para poder inferir a incidência de cada complicação (VIEIRA et al., 2016).

Em tumores localmente avançados, dois anos após o tratamento, os sintomas mais frequentes foram dor (54,6%), parestesia no membro superior (8,5%), linfedema (6,6%), restrição no ombro (7,7%) e web síndrome axilar (0,8%) (VIEIRA et al., 2016).

2.1.1 Aderências e Fibroses

Procedimentos cirúrgicos e a aplicação de radioterapia são os geradores desta intercorrência. A fibrose se configura por alteração do tecido cicatricial, gerada pela deposição excessiva de componentes da matriz extracelular, principalmente o colágeno, alterando a mobilidade e a flexibilidade do tecido conjuntivo, resultando em rigidez, afetando

o metabolismo normal e, possivelmente, resultando em perdas de funcionalidade, alterações do aspecto estético, alterações de sensibilidade (LEAL et al., 2016) (REZENDE et al, 2018). As aderências se configuram pela falta de mobilidade do tecido (VIEIRA et al, 2016).

Os tratamentos preconizados focarão a liberação tecidual e ganho de mobilidade, estímulo da melhora sensorial, e melhora da aparência estética, aplicando recursos como terapias manuais e exercícios de ganho de amplitude de movimento (REZENDE et al., 2018; MARX, FIGUEIRA, 2017; BAIOCCHI, 2017).

2.1.2 Síndrome da Rede Axilar (SRA)

Caracterizada por espessamento, trombose e fibrose dos coletores linfáticos axilares, que na atividade normal percorrem o trajeto até os linfonodos, que são removidos da axila no momento da cirurgia (REZENDE et al., 2018; BAIOCCHI, 2017). Apresentando, então, cordões que podem iniciar na parede do tórax, passando pela axila, podendo se estender pela região medial do braço, fossa cubital, antebraço, punho até o polegar, são palpáveis e podem ser visíveis na abdução e rotação externa do braço afetado. Apresenta maior incidência na Linfonodectomia (71 - 85%), podendo ocorrer também na biópsia de linfonodo sentinela (25 - 41% dos casos) (REZENDE et al., 2018; BAIOCCHI, 2017; MARX, FIGUEIRA, 2017). Apresenta uma variação de incidência também entre as mulheres que realizaram mastectomia com 80% e as que realizaram cirurgia conservadora de mama com 88,5% de incidência da SRA.

A mulher pode ainda apresentar a SRA e não apresentar sintomas, mas quando há referência de sintomas, os principais são: dor, sensação de repuxar ao tentar movimentar o braço, dificuldade de mobilidade do ombro e do braço (REZENDE et al., 2018; MARX, FIGUEIRA, 2017). A Síndrome da rede axilar, em alguns casos, pode apresentar resolução espontânea, no período de 3 semanas a 3 meses, bem como existe a possibilidade de que, por fatores de proteção na tentativa de evitar a dor da movimentação, o quadro se agrave, fator que torna extremamente importante a realização da fisioterapia, a fim de possibilitar uma resolução da SRA em um período menor de tempo, com menores prejuízos a articulação do ombro e braço (REZENDE et al., 2018; BAIOCCHI, 2017; MARX, FIGUEIRA, 2017).

A abordagem fisioterápica deverá estar ancorada em uma detalhada avaliação, onde deve constar toda a anamnese e o histórico pré e pós-operatório, objetivamente em relação a SRA, descrever a localização e o número de cordões linfáticos presentes, medição dos cordões, e a espessura dos cordões, que pode ser classificada como +fina, ++média e

+++grossa. A dor pode ser avaliada por escala visual analógica de dor (EVA), que consiste no uso de um recurso visual com graduação de 0 (zero) a 10 (dez), sendo 0 a ausência de dor e 10 a dor intensa, e, concomitantemente com a graduação numérica, apresenta-se uma face com a expressão da dor, para o paciente poder expressar e graduar a dor que sente (BARACHO, 2007). A amplitude de movimento (ADM) é detectada com medida goniométrica, através do uso de uma régua, que mensura quais as medidas de ângulos dos movimentos articulares, procedimento este que se faz indispensável para acompanhamento da evolução do tratamento (REZENDE et al., 2018; BAIOCCHI, 2017; MARX, FIGUEIRA, 2017).

A terapêutica será constituída de exercícios passivos e ativos que visem a liberação tecidual, técnicas de terapia manual, mobilização miofascial, reeducação postural, buscando a liberação destes cordões, que podem ocorrer de forma espontânea ou em alguns casos, após a aplicação de recursos fisioterápicos (REZENDE et al., 2018; BAIOCCHI, 2017; MARX, FIGUEIRA, 2017). A aplicação da drenagem linfática manual, outro recurso com aplicação de fita Taping, apesar de requerer estudos que detalhem sua atuação, se mostra bastante favorável à redução dos sintomas de desconforto e edema. Todas as técnicas visam liberação do cordão, que por vezes pode ser audível, como um estalo, pois neste momento ocorre a ruptura do cordão fibroso (REZENDE et al., 2018; BAIOCCHI, 2017; MARX, FIGUEIRA, 2017).

2.1.3 Síndrome Dolorosa, ou Síndrome da Dor Pós-Mastectomia (SDPM)

Caracterizada pela presença de dor na parede anterior do tórax, axila e face interna do braço, relacionada ao acometimento dos nervos axilares após a mastectomia, e se manifesta também em outras formas de cirurgia relacionadas ao tratamento do câncer de mama, como a tumorectomia (FABRO, BERGMANN, AMARAL, 2012; REZENDE et al., 2018; WALTHO, ROCKWELL, 2016). A dor pode persistir, por horas do dia e por muitos dias da semana, se caracteriza por ser contínua ou intermitente, e por vezes prosseguir por mais de três meses após o procedimento cirúrgico, com possibilidade de gerar danos de mobilidade e ao retorno as atividades (REZENDE et al., 2018; BAIOCCHI, 2017; MARX, FIGUEIRA, 2017).

Tratamento: Aplicação de técnicas de dessensibilização das lesões nervosas. A localização anatômica do procedimento cirúrgico de linfonodectomia, por proximidade ao plexo nervoso, pode ter como consequência uma lesão em via nervosa que desencadeia a síndrome dolorosa pós-mastectomia. Existem quatro tipos de dor neuropática, que podem

resultar dos procedimentos cirúrgicos do tratamento do câncer de mama. A dor da mama fantasma, neuralgia do intercostobraquial, dor por neuroma e dor por lesão de outros nervos. Além da dor, a lesão neural implica também em paresias e paralisias de músculos da região, afetando os movimentos e repercutindo no controle postural, conforme a área acometida. Os nervos mais afetados são o toracodorsal, peitoral medial, peitoral lateral, torácico longo, intercostobraquial. Uma das manifestações da lesão nervosa pode ser a presença de escápula alada, facilmente detectável na avaliação física (MARX, FIGUEIRA, 2017; BAIOCCHI, 2017).

A terapêutica será constituída de exercícios que visem estabilização das estruturas envolvidas e analgesia, exercícios que favoreçam a estabilização da escápula, a melhora da mobilidade do ombro e reequilíbrio postural (REZENDE et al., 2018; BAIOCCHI, 2017; MARX, FIGUEIRA, 2017).

2.1.4 Fibrose Tecidual

Os comprometimentos funcionais, originados pelos efeitos inerentes à cirurgia de câncer de mama são, naturalmente, geradores de alterações que podem ser teciduais, em relação à cicatrização. A fibrose se configura por ser um tecido diferente da matriz normal, caracterizada por ser um feixe espesso de colágeno, alterando a matriz normal onde a estrutura linfática se ancora, levando assim à alterações do fluxo linfático, da capacidade reparadora, e da linfangiogênese (REZENDE et al., 2018; LYNCH et al., 2015).

A terapêutica se fundamenta na orientação adequada ao paciente em relação aos movimentos e aos cuidados com o processo cicatricial, aplicação de terapia manual, mobilização tecidual e aplicação de *taping* (REZENDE et al., 2018; GATT et al., 2016).

2.1.5 Seroma

Ocorre por presença de líquido linfático com plasma, ou uma substância serosanguinolenta no espaço morto abaixo da mastectomia ou da linfonodectomia, podendo ainda variar esta configuração com o tempo, apresentando conteúdo inflamatório. Com a remoção dos linfonodos axilares, o conteúdo presente nos vasos linfáticos coletores pode ficar drenando para o espaço intersticial até que ocorra a cicatrização deste vaso coletor. O líquido drenado ocupa este espaço morto criado pela cirurgia, levando à dificuldade de cicatrização desta área e gerando o acúmulo deste líquido (MARX, FIGUEIRA, 2017; BAIOCCHI, 2017;

REZENDE et al., 2018; BARACHO, 2007).

Terapêutica consiste em favorecer a recuperação com redução do espaço morto, com técnicas compressivas e suaves, uso de *taping* compressivo, *pads* compressivos e orientação em relação à movimentação e aos limites para conter o volume do seroma. Por vezes, a equipe médica realiza aspiração ou punção deste líquido para auxiliar na resolução e favorecer a cicatrização adequada (GATT et al., 2016).

2.1.6 Linfedema

Configura-se em uma das consequências mais impactantes para a vida da mulher após a mastectomia. Caracteriza-se pelo aumento do volume do membro superior no lado operado, alteração esta que ocorre por comprometimento da função dos linfonodos axilares, causados pela abordagem da rede axilar no tratamento do câncer de mama, seja com a biópsia do linfonodo sentinela, ou a linfonodectomia, procedimentos estes que podem produzir alteração da fisiologia do sistema linfático (MARX, FIGUEIRA, 2017; BAIOCCHI, 2017; REZENDE et al., 2018; BARACHO, 2007).

No período pós-cirúrgico, é frequente que ocorra edema, aumento de volume no local ou no membro superior, homolateral à mama operada, que pode ser transitório e com resolução até 6 meses após o procedimento; após este período, o aumento persistente de volume caracteriza linfedema. Em alguns casos, o linfedema pode se manifestar tardiamente, até anos após o procedimento (BAIOCCHI, 2017).

Fatores que contribuem para seu aparecimento são as cirurgias, com a retirada dos linfonodos, consequência da retração cicatricial, e após aplicação da radioterapia, que pode gerar estagnação da linfa e consequente aumento, por acúmulo, do fluido linfático, e a alta concentração de proteínas presentes neste fluido pode levar à coagulação, levando assim ao espessamento e endurecimento do tecido subcutâneo e camadas mais superficiais da pele. O acúmulo deste fluido e sua persistência no tecido, resulta no desenvolvimento de processos inflamatórios, infecções e respostas de fibroses teciduais que alteram o funcionamento linfático. O aumento de volume do membro superior pode ter uma magnitude tão elevada que o membro afetado pode se tornar altamente limitado, gerando desconforto físico, funcional e emocional. Inicialmente as mulheres podem referir uma sensação de peso e de desconforto no braço, porém o edema ainda não ser visível, caracterizando um linfedema subclínico, ocorrendo o aparecimento do edema posteriormente (MARX, FIGUEIRA, 2017; BAIOCCHI, 2017; REZENDE et al., 2018)

Em mulheres que realizaram linfonodectomia, a prevalência do linfedema é de 6 a 49%, e incidência entre 0 e 22%, sendo que 18% das pacientes com linfedema são assintomáticas (VIEIRA et al., 2016). A classificação se divide em fases e estágios:

A fase inicial em que ocorre acúmulo de fluídos no espaço extracelular (água), proteínas plasmáticas filtradas, células extravasadas do sangue, e produtos celulares do parênquima. Na fase tardia, ocorre proliferação de elementos parenquimatosos e estromais e excessivo depósito de substâncias de matriz extracelular. (REZENDE et al, 2018, p. 71).

As autoras REZENDE et al. (2018, p. 71) apontam que o último consenso da Sociedade Internacional de Linfologia (ISL) classifica o linfedema em estágios, a seguir:

Estágio 0 – A paciente refere sensação de peso, desconforto, sem inchaço evidente. Pode se manifestar meses, ou anos antes do aparecimento do edema. Condição subclínica.

Estágio 1 – Há pouco edema tecidual, com aparente depressão na palpação, sem fibrose e reversível espontaneamente, com o posicionamento do membro. Apresenta fluído com presença de proteínas. Pode aparecer sinal de cacifo ou Godet.

Estágio 2 – Irreversível espontaneamente, o tecido apresenta uma consistência mole e edema sem depressão, e aumenta o risco de fibrose.

Estágio 3 – Alterações cutâneas exuberantes, fibrose com consistência lenhosa tecidual, edema notável no membro, acantose e deposição de gordura. Engloba elefantíase linfostática. (REZENDE et al., 2018, p.71).

A avaliação do Linfedema é realizada por métodos objetivos e subjetivos, como parte da etapa objetiva de mensurações como perimetria e cone truncado, considerando como linfedema valores acima de 10% ou 200 ml de diferença entre o lado da dissecação e o lado contralateral.

Segundo Stillwell *et al.* (1969) *apud* Vries *et al.* (2005): “0-10% diferença entre o membro afetado e o controle: normal; 10-20%: linfedema leve; 20-40% linfedema moderado; 40-80%: linfedema acentuado; >80% linfedema grave”. Em relação aos aspectos subjetivos, mostra-se muito relevante a conversa franca e valorização das sensações que a paciente descreve, desconforto, dor, sensação de peso, ainda que o linfedema não esteja aparente.

Após a realização de uma detalhada avaliação, inicia-se o processo da reabilitação fisioterápica. A atuação do profissional fisioterapeuta está ancorada nas descrições de *guide lines*, consensos, diretrizes, manuais de condutas e pesquisas que balizam as intervenções da fisioterapia em oncologia (RUNOWICZ et al., 2016).

Os recursos terapêuticos da Fisioterapia Oncológica no tratamento do linfedema são constituídos pela Terapia Física Complexa (TFC), ou Fisioterapia Complexa Descongestiva, indicada pela Sociedade Internacional de Linfologia.

A terapia Física Complexa é constituída de cuidados com a pele do membro afetado, drenagem linfática manual (DLM), bandagem compressiva ou inelástica em multicamadas, pressoterapia e exercícios miolinfocinéticos (MARX, FIGUEIRA, 2017; BAIOCCHI, 2017; REZENDE et al., 2018).

A evolução dos recursos e os progressos apontados em muitos estudos realizados, possibilitaram, no Consenso Internacional de Linfologia 2015, da ISL e o 5º Consenso Latino Americano para o Tratamento do Linfedema de 2015, a inclusão de alguns recursos no tratamento do linfedema, como o uso do laser de baixa potência, *taping* elástico funcional, endermoterapia e autovestimentas noturnas (BAIOCCHI, 2017; GATT et al., 2016; ROBIJNS et al., 2016).

O tratamento é composto de uma fase inicial de atuação mais frequente, que pode durar de 2 a 8 semanas, e fase de manutenção, onde o paciente deve manter os cuidados com o objetivo de descongestionar o edema, restabelecer o fluxo linfático e evitar recidivas. A conduta fisioterapêutica, no caso a linfoterapia, pode ser composta de drenagem linfática manual, cuidados com a pele, terapia compressiva com enfaixamentos multicamadas, cinesioterapia e pressoterapia (VIEIRA et al., 2016).

A terapêutica do linfedema pode incluir diversos recursos que objetivam a redução do edema, redução do processo inflamatório, melhora da mobilidade do membro afetado e orientações (VIEIRA et al., 2016).

A abordagem fisioterapêutica no câncer de mama caminha evolutivamente, em compasso com os avanços da ciência, do conhecimento e das tecnologias. Assim como a evolução das técnicas cirúrgicas e clínicas no tratamento do câncer de mama, a evolução da recuperação e do viver bem são muito importantes, e constituem desafios que a fisioterapia em oncologia vem ajudar a conquistar.

Ao analisar os impactos tardios do tratamento do câncer de mama e o viver das mulheres mastectomizadas, objetivamos poder guiar, ampliar o olhar e o conhecimento sobre o tema, e assim estimular a criação de serviços e estruturas, melhorar a assistência de serviço de saúde e ampliar a rede de atendimento para as mulheres mastectomizadas no município de Lages.

CAPÍTULO III

3.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO

Pela abrangência e complexidade do estudo, optou-se por um estudo descritivo de abordagem qualitativa e quantitativa. A técnica aplicada foi pesquisa de campo com a utilização dos instrumentos: questionários DASH Brasil, FACT-B+4, e ainda a inserção direta com os sujeitos da pesquisa através da aplicação do roteiro de entrevista semiestruturada e o TCLE, que preserva a identidade e a fidedignidade das voluntárias participantes da pesquisa.

Foi realizado na cidade de Lages (SC), sendo uma pesquisa de campo desenvolvida em locais públicos da cidade, não vinculados a uma instituição específica.

Com relação aos serviços de saúde, a cidade possui Atenção Básica Integrada ao Sistema Único de Saúde, com 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município e 49 Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando uma população de 156,727 mil habitantes que, conforme informações do sistema de Lages G-mus, o município tem um total de 43,553 mil famílias cadastradas, sendo 23,510 mil crianças e 105,887 mil adultos, totalizando 129.397 pessoas acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município (IBGE, 2010). Com relação à rede de Atenção Secundária e Terciária, possui duas clínicas de atendimento às pessoas com Câncer que realizam procedimentos cirúrgicos e clínicos. Também conta com o Hospital Geral Tereza Ramos, que possui uma unidade de tratamento do CA, denominada Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

A população da pesquisa foi composta por uma amostra de 30 mulheres que passaram pelo tratamento de CA de mama com mastectomia, tendo completado um ciclo do tratamento clínico adjuvante há mais de seis meses, e domiciliadas em Lages.

Quanto ao aspecto quantitativo, justifica-se o número da amostra pois, quando temos um $n^{\circ} \geq 30$ sujeitos experimentais constituindo a amostra, se obtêm uma distribuição de probabilidade aproximadamente normal (ARANGO, 2009). Quanto ao aspecto qualitativo, reconhecem como elemento norteador a densidade das informações, observado pelo ponto de saturação dos dados para o encerramento do recrutamento de novos participantes (BARDIN, 2011).

Foram selecionadas as participantes seguindo os seguintes critérios:

Critérios de Inclusão

Para participar da pesquisa serão considerados os seguintes elementos:

- Ser mulher maior de idade;
- Ter encerrando um ciclo do tratamento clínico adjuvante há mais de seis meses;
- Ser domiciliadas em Lages.
- Desejar aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A).

Critérios de Exclusão

Serão considerados os seguintes elementos:

- Não ser mulher ou menores de idade;
- Estar em tratamento clínico adjuvante do primeiro ciclo de tratamento;
- Não ser domiciliadas em Lages.
- Não desejar aceitar participar da pesquisa e/ou não assinar o TCLE

3.2 COLETA DE DADOS

A coleta de dados seguiu os seguintes passos:

1. A pesquisadora fizera uma busca no município de Lages, convidando mulheres voluntárias elegíveis para o estudo a participar da pesquisa. O convite foi feito de forma impressa, e de forma oral e em reuniões de mulheres que tiveram câncer de mama. Também foram recrutadas mulheres utilizando a técnica intitulada “bola de neve”, quando uma participante indica a outra (POLIT, BECK, 2011).
2. A partir da identificação das mulheres, entramos em contato e explicitamos os objetivos e métodos da pesquisa, e realizamos o convite à participação.
3. A coleta de dados foi operacionalizada por meio de entrevista e aplicação de questionários, realizada em domicílio, conforme horário acordado entre pesquisadora e participantes; em alguns casos foi mais conveniente às participantes a coleta de dados realizada no local de trabalho das entrevistadas, bem como em ambientes que possibilitaram a privacidade das entrevistadas.
4. No momento da coleta de dados as pesquisadoras informaram sobre a pesquisa, seus objetivos, justificativas e fizeram a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) em duas vias, uma ficando com a

pesquisadora e outra com a entrevistada para realizarem a leitura, sendo fornecidos todos os esclarecimentos necessários. Para pessoas com dificuldade de visão ou de leitura, foi lido o TCLE em voz alta pela pesquisadora, para posterior assinatura da participante;

5. A coleta de dados foi iniciada com a aplicação de questionário contendo informações sociodemográficas e de saúde (Apêndice B), seguida da aplicação da entrevista com roteiro semiestruturado (Apêndice C), com áudio gravado, sendo posteriormente transcrito em formato Word, e na sequência foram aplicados pela pesquisadora os seguintes questionários: primeiro, o questionário FACT-B+4 (ANEXO A), traduzido para o português e validado para pacientes com câncer de mama, desenvolvido pelo Dr. David Cella (Ph.D) e disponibilizado pela Facit.org. Avalia os seguintes domínios:
 - a. Bem-estar físico, com sete questões;
 - b. Bem-estar social e familiar, com sete questões;
 - c. Bem-estar emocional, com seis questões;
 - d. Bem-estar funcional, com sete questões;
 - e. Preocupações adicionais, com 14 questões de múltipla escolha e uma para definir qual a mama afetada pelo CA.
 - f. As questões de múltipla escolha fornecem as seguintes opções: Nem um pouco; Um pouco; Mais ou menos; Muito; Muitíssimo. Fornecendo grau de intensidade de 0 a 4, considerando o menor equivalente à resposta “nem um pouco” e o maior relativo à resposta “muitíssimo”.
6. O segundo questionário foi o DASH Brasil (ANEXO B), que avaliou disfunções de braço, ombro e mão, considerando sintomas e habilidades vinculadas a estas estruturas. Foi desenvolvido para o Brasil por Orfale, Araújo, Ferraz e Natour. Avalia os seguintes domínios:
 - a. Possui 30 questões de múltipla escolha acerca das habilidades e sintomas relacionados ao braço, ombro e mão, com escores de 1 a 5, considerando a sequência: “não houve dificuldade, houve pouca dificuldade, houve dificuldade média, houve muita dificuldade, não conseguiu fazer”.
 - b. Quatro questões que avaliam habilidades e sintomas relacionados ao braço, ombro e mão durante a prática de esportes;
 - c. Quatro questões que avaliam habilidades e sintomas relacionados ao braço, ombro e mão durante o trabalho;

7. Não foi realizado qualquer procedimento invasivo ou intervenção de qualquer natureza.
8. Ao final da coleta de dados, era solicitado à participante a indicação de outra mulher que estivesse vivenciando o processo de viver com o Câncer de Mama, sendo anotados os contatos para a realização da entrevista seguinte, conforme prevê a técnica “bola de neve” (POLIT, BECK, 2011).

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, com Parecer n.º 2.887.984, sendo respeitados aspectos éticos previstos na Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram respeitados todos os aspectos éticos durante o desenvolvimento da pesquisa, coleta de dados e aplicação de questionário aos envolvidos, sendo também respeitados os limites da privacidade e legalidade.

Os riscos estimados para deste estudo estavam no âmbito do emocional, porém não foram relatados pelas participantes qualquer potencial desconforto.

Como benefícios aos participantes, aponta-se que, após o encerramento da entrevista/aplicação de questionários, foi oportunizado momento para discussão e resolução de dúvidas relacionadas ao tratamento do câncer, considerando que as profissionais envolvidas neste projeto são da área da saúde e com experiência no tema em questão.

CAPÍTULO IV

4.1 ANÁLISE DE DADOS E RESULTADOS

Os dados quantitativos de cada questionário foram registrados em uma planilha de Microsoft Excel®, e posteriormente realizadas as estatísticas descritivas. Para variáveis categóricas foram identificadas as frequências relativas e absolutas, já para variáveis numéricas foram calculadas as médias, desvio-padrão, medianas, mínimo e máximo. Foram realizadas Correlações de Pearson entre o escore FactB Bem-estar físico e o escore Dash, e entre o escore FactB bem-estar preocupações adicionais e o Escore Dash. Foram realizadas Correlações de Spearmann entre os escores: FactB bem-estar social/familiar X Dash; FactB bem-estar emocional X Dash; FactB bem-estar funcional X Dash. Para avaliação das correlações, optou-se pelo intervalo de confiança de 95%.

A análise dos dados qualitativos foi realizada utilizando-se da Análise de Conteúdo de Bardin, que consiste na leitura exaustiva dos dados, codificação considerando unidades de significado e categorização por meio do agrupamento de códigos similaridades e divergentes (2011). Foram realizadas 30 entrevistas qualitativas, com duração média de 40 minutos. Todas foram transcritas para arquivo textual utilizando o Microsoft Word®, perfazendo 252 páginas de texto em fonte Times New Roman tamanho 12, espaço 1,5. Todas as entrevistas foram submetidas à codificação utilizando o Software Atlas.Ti, versão Student 8.0. Foram identificados cerca de 50 novos códigos em cada entrevista. Após a codificação completa, realizou-se a fase de categorização, com auxílio do Atlas.Ti e de processos manuais para o agrupamento dos códigos por divergências e similaridades. O processo analítico considerou a saturação de dados em cada categoria, sendo que ao total foram evidenciadas cinco categorias. Foi elaborado um quadro síntese, contendo os elementos em destaque de cada categoria, sendo amplamente descritos posteriormente com a apresentação de trechos marcantes dos dados primários (entrevistas). Todo o processo seguiu os pressupostos de Bardin (2011), que enfatiza a leitura exaustiva para a compreensão, a interpretação e a síntese das informações por meio da codificação e categorização dos dados.

Participaram do estudo 30 mulheres, que responderam ao questionário sociodemográfico de condições de saúde e as escalas FactB e Dash. Aponta-se que a maioria delas era casada (16), com relações sociais afetivas no último mês (21) e que perduravam nos últimos 12 meses (21); destas, a maioria era ativa sexualmente (18). A maioria com renda familiar entre 5 a 15 salários mínimos (16), vivendo em casa própria (25), com média de 9.5

(± 2.8) cômodos e média de 2.3 (± 1.11) pessoas vivendo neste domicílio, sendo que os resultados estão descritos nas tabelas a seguir.

4.2 ANÁLISE DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Tabela 1 - Dados sociodemográficos de mulheres que passaram pelo tratamento de câncer de mama – Lages – 2019

Descrição da variável	n	%
Estado Civil		
Casada/morando junto	16	53,33
Separada/Divorciada	6	20,00
Solteira	5	16,67
Viúva	3	10,00
Escolaridade		
1º grau incompleto	2	6,67
1º grau completo	1	3,33
2º grau incompleto	2	6,67
2º grau completo	4	13,33
Superior incompleto	5	16,67
Superior completo	8	26,67
Pós-graduação	7	23,33
Mestrado	1	3,33
Exercício laboral atual		
Sim	11	36,67
Não	19	63,33
Renda familiar		
De 1 a 3 SM	6	20,00
De 3 a 5 SM	7	23,33
De 5 a 15 SM	16	53,33
Mais de 15 SM	1	3,33
Propriedade da habitação		
Própria	25	83,33
Alugada	2	6,67
Financiada	3	10,00
Região de habitação		
Urbana	30	100,00
Número de filhos		

Descrição da variável	n	%
0	6	20,00
1	9	30,00
2	12	40,00
3 ou mais	3	10,00

Fonte: Dados primários, 2019.

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico de mulheres que passaram pelo tratamento do câncer de mama – Lages – 2019

Descrição da variável	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	54.43	9.86	56.00	33.00	70.00
Número de cômodos da casa	9.53	2.87	10.00	4.00	15.00
Número de pessoas que residem na casa	2.30	1.12	2.00	1.00	4.00
Tempo de diagnóstico (anos)	5.63	3.87	4.25	1.00	16.50

Fonte: Dados primários, 2019.

Tabela 3 - Informações referidas pelas mulheres acerca do tratamento do câncer de mama – Lages – 2019

Descrição da variável	n	%
Estadiamento do câncer autorreferido		
Não sabe informar	17	56,67
III	2	6,67
II	10	33,33
I	1	3,33
Uso de plano de saúde no momento do tratamento inicial		
SUS	15	50,00
Convênio Privado	13	43,33
Misto (SUS e privado)	2	6,67
Satisfação com o convênio utilizado para o tratamento		
Satisfeita	27	90,00
Parcialmente satisfeita	3	10,00
Mama operada		
Direita	17	56,67
Esquerda	12	40,00
Bilateral	1	3,33
Tipo de cirurgia realizada (autorreferida)		
Quadrantectomia	13	43,33
Mastectomia radical	10	33,33
Mastectomia + esvaziamento axilar	4	13,33
Quadrantectomia + esvaziamento axilar	3	10,00

Descrição da variável	n	%
Reconstrução da mama em casos de mastectomia radical ou mastectomia + esvaziamento axilar (n=14)		
Sim	9	64,29
Não	5	35,71
Realização de reabilitação pós-operatória		
Sim	16	53,33
Não	14	46,67
Descrição da reabilitação pós-operatória (n=16)		
Fisioterapia	12	75,00
Fisioterapia pós-operatória	2	12,50
Fisioterapia em oncologia	1	6,25
Drenagem linfática	1	6,25
Recebeu orientações de cuidado com o lado operado		
Sim	27	90,00
Não	3	10,00
Recidiva de CA		
Sim	4	13,33
Não	26	86,67

Fonte: Dados primários, 2019.

Tabela 4 - Cuidados com a saúde após a cirurgia de mamas – Lages – 2019

Variável	n	%
Convênio que utiliza para os cuidados em saúde atuais		
SUS	14	46,67
Convênio privado	13	43,33
Misto (SUS e particular/convênio)	3	10,00
Realiza tratamento específico para o câncer de mama na atualidade		
Sim	21	70,00
Não	9	30,00
Tratamento atual para o câncer de mama (n=21)		
Medicação	13	61,90
Acompanhamento Clínico	2	9,52
Fisioterapia	2	9,52
Fisioterapia + medicação	2	9,52
Fisioterapia + acompanhamento clínico	1	4,76
Medicação + Fisioterapia + Acompanhamento clínico	1	4,76

Variável	n	%
Convênio utilizado p/ o tratamento atual do câncer de mama (n=21)		
SUS	10	47,62
Convênio privado	8	38,10
Particular	2	9,52
SUS e Particular	1	4,76
Uso atual de medicação para tratamento da mama		
Sim	16	53,33
Não	14	46,67
Descrição do tratamento adjuvante (n=16)		
Tamoxifeno	10	62,50
Anastrozol	5	31,25
Isometa/anastrozol	1	6,25
Presença de doença crônico-degenerativa		
Sim	15	50,00
Não	15	50,00
Descrição da doença crônico-degenerativa (n=15)		
Hipertensão	6	40,00
Osteoporose	2	13,33
Alteração na Tireoide	1	6,67
Artralgia e tendinopatia	1	6,67
Diabetes	1	6,67
Fibromialgia, artrose, asma, osteoporose	1	6,67
Fibrose pulmonar, após radioterapia	1	6,67
Hipotiroidismo	1	6,67
Insuficiência cardíaca e alteração na tireoide	1	6,67

Fonte: Dados primários, 2019.

Tabela 5 - Relações sociais e afetivas de mulheres que passaram pelo tratamento do câncer de mama – Lages – 2019

Variável	n	%
Relação afetiva/marital nos últimos 12 meses		
Sim	21	70
Não	9	30
Duração superior a 30 dias dos relacionamentos afetivos		
Sim	21	70
Não	9	30

Variável	n	%
NA (não sabe)		
Atividade sexual		
Sim	18	60
Não	12	40
Satisfação com a vida sexual (ativas sexualmente n=18)		
Nem um pouco	1	5,56
Um pouco	1	5,56
Mais ou menos	3	16,67
Muito	7	38,89
Muitíssimo	5	27,78
Não respondeu	1	5,56
Satisfação com a vida sexual (inativas sexualmente n=12)		
Nem um pouco	1	8,33
Um pouco	1	8,33
Mais ou menos	1	8,33
Muito	3	25,00
Muitíssimo	2	16,67
Não respondeu	4	33,33

Fonte: Dados primários, 2019.

Tabela 6 - Relatos de efeitos tardios do tratamento do CA de mama (n=59 efeitos relatados) – Lages – 2019

Efeito tardio relatado	n	%
Dor (braço e/ou mama)	12	21,05
Dores articulares	10	17,54
Restrição do movimento do braço	6	10,53
Alteração peso	6	10,53
Osteoporose	4	7,02
Alteração cognitiva	4	7,02
Linfedema	3	5,26
Rigidez da mama	3	5,26
Rede axilar	2	3,51
Alteração da lubrificação vaginal	2	3,51
Linfangite	1	1,75
Tendinopatia	1	1,75
Menopausa precoce	1	1,75
Alteração da tireoide	1	1,75
IC	1	1,75

Efeito tardio relatado	n	%
Cefaleia	1	1,75
Fibrose pulmonar	1	1,75

Fonte: Dados primários, 2019.

Tabela 7 - Avaliação FactB por domínio e Dash em mulheres que passaram por tratamento para o câncer de mama – Lages – 2019

Descrição da variável	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
FactB bem-estar físico	6.06667	5.03733	4.50000	0	18.00000
FactB bem-estar social/ familiar	22.66667	5.20830	24.00000	6.00000	28.00000
FactB bem-estar emocional	6.63333	3.39861	6.00000	3.00000	19.00000
FactB bem-estar funcional	21.46667	4.52376	22.50000	11.00000	28.00000
FactB bem-estar preocupações adicionais	22.50000	8.53694	21.00000	9.00000	40.00000
Dash - Disfunções do braço, ombro e mão	26.40000	19.61105	22.00000	0	71.00000

Fonte: Dados primários, 2019.

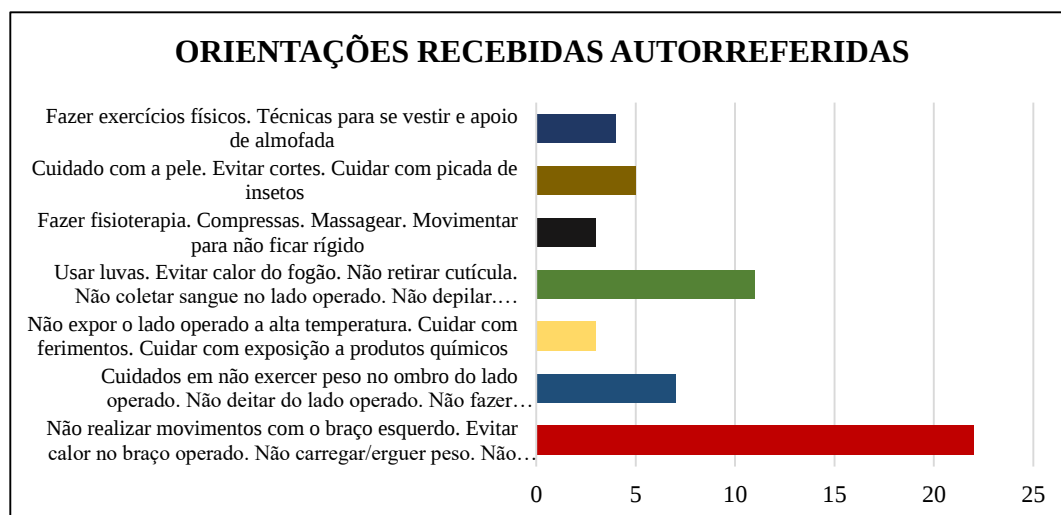
Tabela 8 - Correlação dos escores FactB por domínio e Dash em mulheres que passaram por tratamento para o câncer de mama – Lages – 2019

Descrição da variável	Correlação	p-valor
FactB bem-estar físico X Dash	Coeficiente r de Pearson 0.711455	0.0000053*
FactB bem-estar social/ familiar X Dash	Coeficiente r de Spearman -0.188245	0.1595781
FactB bem-estar emocional X Dash	Coeficiente r de Spearman 0.258746	0.0836953
FactB bem-estar funcional X Dash	Coeficiente r de Spearman -0.520481	0.0015961*
FactB bem-estar preoc. adicionais X Dash	Coeficiente r de Pearson 0.769907	0.0000003*

Fonte: Dados primários, 2019.

A partir da questão: Recebeu orientações sobre cuidados com o lado operado?, verificamos a frequência das orientações a seguir:

Gráfico 1 - Orientações recebidas autorreferidas



Fonte: Dados primários, 2019.

As correlações acima descritas apontam que existe relação entre disfunções do braço, ombro e mão de mulheres com CA de mama, evidenciados pelo escore Dash e os resultados da escala Fact B nos domínios físico, funcional e preocupações adicionais.

Além das informações quantitativas, foram realizadas entrevistas qualitativas, a fim de compreender com mais profundidade os impactos do CA de mama no viver de mulheres. Estas foram transcritas e analisadas segundo os pressupostos de Bardin (2011), sendo evidenciadas cinco categorias, apresentadas no quadro síntese e descritas detalhadamente a seguir:

4.3 IMPACTOS DO CA E OS REFLEXOS NA VIDA DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS

Quadro 1 - Categorias evidenciadas na análise de dados – Lages – 2019

Categoria 1 - Refletindo sobre a vida antes do diagnóstico: descuidado de si
• Faziam exames preventivos; • Vida agitada e exposição ao estresse cotidiano; • Dedicção extrema ao trabalho/atividades domésticas como prioridade; • Deixando de cuidar de si (alimentação e exercícios) para cuidar do bem-estar da família; • Culpando-se por não ter cuidado de si antes de descobrir o CA.
Categoria 2 - Descoberta do diagnóstico
• Inicialmente a vida mudou para pior; • Reconhecendo a necessidade de mudar o estilo de vida (horários, cuidado com a alimentação, com o corpo e a realização de atividades físicas); • Negação ou demora para aceitar o diagnóstico (certeza de que não iria acontecer comigo, tendo em vista o estilo de vida); • Negação da gravidade do diagnóstico e retorno às atividades laborais precocemente; • Retardo na realização de exames; • Medo: preocupação com o longo caminho que terá que percorrer.
Categoria 3 - Estreitando o caminho entre o diagnóstico e o tratamento
• Busca de informações para compreender e participar ativamente das decisões do tratamento; • Reconhecendo que as informações previnem complicações decorrentes do cuidado inadequado de si; • Participação da equipe de saúde no fornecimento de informações acerca da doença; • Assistência em saúde: reconhecendo a dualidade entre a ajuda fornecida e o descuidado (atenção médica atenta e fornecendo informações X lentidão no acesso aos serviços, atrasos nas consultas, falta de orientações acerca dos cuidados; • Choque ao reconhecer a realidade dos serviços de saúde; • Despertando para as atividades de voluntariado como forma de auxiliar outras pessoas a enfrentar este processo.
Categoria 4 - Reflexos no viver: reconhecendo as dificuldades relacionadas ao tratamento
• Dores tornando o dia-a-dia mais difícil; • Medo da morte: receio de não conseguir superar;

• Conflitos no relacionamento marital; • Pensamentos negativos relacionados à expectativa do futuro; • Necessidade de realizar tratamentos invasivos e dolorosos: cirurgia, radioterapia e quimioterapia; • Redução da autonomia e repercussões no trabalho; • Medo de recaídas e recidivas da doença; • Fisioterapia auxiliando na reabilitação.
Categoria 5 - Reflexos no viver: vencendo o câncer
• Resgatando a vontade de viver; • Despertando a vontade de cuidar de si (melhora significativa da autoestima, despertando um maior cuidado com a aparência); • Espiritualidade, fé, amigos e apoio familiar para ajudar a conseguir forças e continuar lutando; • Ressignificando os problemas da vida: “livrando-se” de elementos estressores, abrindo mão do que causa problema, mudando conceitos acerca dos pequenos fatos na vida; • Reconstituindo a mama e resgatando a feminilidade; • Retornando ao trabalho: retomando o sentimento de pertencimento e utilidade; • Valorizando-se, cuidando de si e sendo feliz.

Fonte: dados primários, 2019.

4.4 ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DAS CATEGORIAS

4.4.1 Categoria 1 - Refletindo sobre a vida antes do diagnóstico: descuidado de si

A maioria das mulheres relataram que faziam apenas os exames preventivos e davam pouca atenção a exames mais apurados, algumas delas por ainda não terem a idade recomendada, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, e outras pelo simples fato de não acreditarem que viriam a desenvolver o câncer de mama. Identificavam o cuidado com a saúde com a rotina de realizar exames e consultas médicas, dando pouca ênfase a um estilo de vida mais saudável. A atenção e o cuidado eram voltados ao trabalho, à família e à casa, restando pouco tempo para o lazer e para o autocuidado.

Em período anterior à descoberta do câncer, a maioria das mulheres tinha dedicação extrema ao trabalho, sendo considerada como propósito de vida ideal e uma justificativa para a dificuldade com o autocuidado, inclusive repercutindo na dificuldade de realizar a fase inicial do tratamento, como consultas, biópsias e os demais elementos envolvidos.

Suas vidas familiares eram agitadas e tinham dedicação extrema ao trabalho, com um nível de comprometimento elevado, o que, por consequência, as expunha em um quadro de *stress*, e ainda preocupavam-se exageradamente com os outros, deixando o cuidado de si em segundo plano. Em alguns casos, as mulheres afirmavam que foi melhor acontecer com elas

do que com outro familiar (filho(a) ou marido). Tais afirmações podem ser observadas nas falas a seguir:

Se foi, e até agora não durmo direito, dois anos. Mas eu, nossa!, eu aceitei assim, se fosse uma filha, um filho com uma doença que eu não possa fazer nada e eu veja eles sofrer. Assim sou eu e aceitei numa boa. (E5).

Muito voltada para o trabalho, trabalho, trabalho, trabalho, eu lembro que eu fiz a primeira biópsia e até o médico queria que eu ficasse mais tempo parada em função da atividade. E eu disse, não, de jeito nenhum, eu tenho muitos pacientes marcados. Eu não me dava esse tempo, não era ruim, mas me chama atenção porque hoje mudou. E eu já tinha filho e tudo, mas mesmo assim, trabalho. Eu me cuidava, tanto que eu que percebi a lesão, então eu cuidava de mim eu percebi as alterações em mim. Emocionalmente eu vejo assim, que eu era feliz e sabia, hoje também sou feliz e sei, de uma maneira um pouquinho diferente, a gente cresce, a gente valoriza algumas outras coisas, mas eu era feliz e sabia, hoje eu sou feliz e sei, então, passei por período isso durante o tratamento, passei por um período pré-depressivo mas isso não era uma coisa que acontecia comigo antes, não, eu estava bem, eu estava super bem. (E2).

A minha vida antes do aparecimento do câncer era trabalho, trabalhar, trabalhar, eu achava que era importante o trabalho, tanto que quando eu cheguei a primeira vez no consultório do médico eu disse pra ele “doutor, eu preciso voltar em 15 dias pro trabalho”, então eu achava que a coisa mais importante – claro, tenho filhos e tudo, me preocupo com eles – mas eu achava que o trabalho era sempre o mais importante... (E22).

Eu lembro que minhas prioridades sempre eram as outras pessoas, eu sempre tinha que estar fazendo o que era preciso fazer, como mãe, como esposa, como filha, como irmã, eu precisava estar atendendo as necessidades das pessoas, eu sentia isso como uma responsabilidade muito grande, qualquer coisa que eu não cumprisse eu me sentia culpada. Inclusive quando eu saí da casa do meu pai, isso foi um pouco de alívio, porque eu acho que eu podia estar livre daquela responsabilidade de cuidar dele, meu irmão ia assumir aquela responsabilidade. Eu senti um alívio. Um ano depois que eu saí da casa do meu pai que eu tive o câncer, às vezes eu reflito um pouco o que teria de relação uma coisa com a outra. (E13).

4.4.2 Categoria 2 - Descoberta do diagnóstico

A descoberta do diagnóstico foi impactante na vida de todas as mulheres, houve momentos em que o medo e a angústia fizeram com que se preocupassem com o longo caminho a ser percorrido. Num primeiro momento, não se tinha clareza do tratamento, dos efeitos colaterais e nem tampouco das sequelas que poderiam ser vivenciadas. A demora em aceitar que tal diagnóstico estava presente em suas vidas, estava vinculada à dificuldade de compreender a sua complexidade, fazendo com que algumas delas retardassem a realização dos exames confirmatórios e buscassem esclarecimentos. Em algumas delas a presença de familiares e amigos foi necessária para que elas buscassem o diagnóstico e o tratamento médico especializado.

Em todas as entrevistas foi observado que o momento do diagnóstico foi um elemento que causou um desconforto emocional intenso, muitas relataram desespero, angústia, depressão, choro, desorientação em relação à própria vida e o que aconteceria no futuro.

Relataram perceber a necessidade de uma mudança significativa em seu cotidiano, como o replanejamento familiar e profissional com um todo, adaptação às novas condições físicas e emocionais e o desenvolvimento de alguns hábitos de autocuidado que até então não tinham, sendo um processo difícil.

Algumas mulheres consideravam que, de acordo com o seu estilo de vida, seria improvável vir a desenvolver um câncer de mama. Ao descobrir o câncer de mama, acabavam culpando-se por não cultivar bons hábitos de vida, relatando que foram desatentas à alimentação e que não praticavam nenhum exercício ou atividade física, conforme destacado nas falas que seguem:

Eu tinha certeza que nunca ia acontecer comigo, eu caminhava todos os dias, nunca fumei, nunca bebi, amamenteei dois filhos por bastante tempo, só não fazia muitos exames preventivos de mama, ia sempre ao ginecologista e tal, mas eu não fazia mamografia todo ano não, eu tinha feito um ano antes uma mamografia que não acusou nada – por pedido do ginecologista – e não acusou nada, estava tudo tranquilo como sempre, eu estava bem, então minha vida era uma vida normal como a de uma pessoa que trabalhava, enfim, cuidava da casa, dos afazeres, tinha uma vida bem tranquila. Eu sou um pouco ansiosa, mas eu não era nervosa, nada assim, que arremetesse a ter um câncer sabe? (E7).

Eu descobri o câncer em dezembro de 2015. Em fevereiro de 2015, começou a aparecer um nódulo na minha mama direita e eu achei que não era nada, e esse nódulo foi aumentando e eu continuei trabalhando, não procurei médico, e de repente eu vi que minha mama começou a entrar como se fosse um buraco no lado direito. E aí eu comentei com algumas amigas minhas e elas falaram, ‘Ah, vai procurar recursos’. E eu sempre trabalhando, acordando 5h30 da manhã, trabalhava em Otacílio Costa, aquela correria. Enfim, chegou um dia uma amiga minha falou assim, ‘Tu não foi ver isso ainda?’, eu falei, ‘Não fui’, ela falou assim, ‘Se tu não for, não sou mais tua amiga’. (E15).

Eu, na verdade, até a fiz a biópsia porque eu sou muito dedicada assim, então eu tinha aquela preocupação. Trabalhava matemática e ciências, professora de matemática é muito difícil de encontrar, então ficava muito angustiada, preocupada, tanto que eu fiz a biópsia e continuei trabalhando, eu estava com o seio todo doído, roxo, e eu continuava a dar aula, né. (E19).

Olha, é horrível. Horrível não, foi tudo leve depois, mas a palavra câncer pesa de uma maneira sabe? Um horror, pesa muito, e eu já tinha tido casos na família no lado da minha mãe e no lado do meu pai, e eu ainda contava da minha que ela teve câncer em 1958, operou em Curitiba, retirou a mama toda, e foi morrer em 1972 do pulmão. (E21).

Minha vida mudou totalmente, até hoje eu não consegui colocar tudo no lugar, porque foi bem difícil quando eu descobri, né. Eu era nova, 38 anos, nem mamografia fazia – não tinha idade pra fazer – e quando eu descobri, caiu o mundo, parece que eu ia morrer. Você pegar o exame e ler lá ‘Carcinoma invasivo’ foi muito

triste [...]. (E17).

Tive essa sensação de faltar o chão, mas graças a Deus eu fiz o tratamento, fiz a cirurgia. Não digo que eu não tive meus momentos de depressão – tive – mas eu tive muita fé em Deus, mas não é fácil, como falam, ‘cada caso é um caso’, cada organismo reage de uma maneira, mas eu passei muito mal com a quimioterapia, muito mal mesmo, a queda do cabelo é uma coisa que é difícil por mais que você pense que você está preparada você não está, quando começou a cair eu fui passar a máquina – tinha um cabelereiro aqui na frente – porque se não fica cheio de buraco, fica pior, né, caindo cabelo, na hora de passar a máquina assim que você olha, você pega no teu cabelo e ver sair a mão sair cheia de cabelo não é fácil, tem que ter muita fé em Deus e muita força de vontade, não é fácil não, você fica sem sobrançelha. (E16).

4.4.3 Categoria 3 - Estreitando o caminho entre o diagnóstico e o tratamento

As mulheres buscavam informações ao reconhecer que o diagnóstico traria uma nova realidade em suas vidas. As fontes de apoio foram os familiares, amigos e a equipe médica, auxiliando na compreensão do momento vivenciado. Assim, tornaram-se protagonistas no cuidado de si, buscando elementos para estar melhor diante das consequências do tratamento clínico.

Ao longo do tratamento foi possível conhecer o Sistema Único de Saúde, em especial os serviços dedicados ao atendimento das mulheres com o câncer de mama. Reconheciam a importância da agilidade nos processos, o avanço dos tratamentos e a qualidade da assistência prestada, como fundamentais para continuarem vivas. Por outro lado, ao tomarem dimensão da gravidade da doença viam urgência em sua condição, tornando-se descontentes com a lentidão e/ou ausência de alguns atendimentos, buscando alternativas, como a realização do tratamento em outras regiões ou ainda viabilizando o tratamento particular.

Essas experiências acarretaram o despertar da solidariedade, motivando as mulheres a auxiliar outras que vivenciavam situações semelhantes. Evidenciamos que as Redes Sociais foram utilizadas para a troca de informações sobre o tratamento, além de servirem como fonte de estímulo e conexão com outras pessoas. Grupos de oração de mulheres e de mães foram citados, além de ações como a escrita de livros e a realização de programas de rádio, sendo elementos que traziam sentimento de utilidade para o cuidado de outros e motivação para o cuidado de si, como pode ser melhor observado a seguir:

Eu acho que o que mais pesa pra nós, mulheres, é o medo do enfrentamento, de ouvir esse diagnostico que é o câncer, porque até então essa palavra pra maioria das pessoas era uma sentença de morte né, e hoje em dia não, todo esse avanço da medicina. Nas minhas orações do dia a dia peço sempre para que os médicos na área

da pesquisa nunca abandonem esse tipo de trabalho porque isso vai refletir para nós, pacientes, quando a gente precisar no consultório médico. É a partir dessa pesquisa que eles fazem que nós vamos conseguir fazer nosso tratamento, então eu acho de extrema importância essa dedicação dos médicos. A questão também de cada uma com a sua fé, buscar em Deus aquilo que você precisa, uma outra coisa que o médico sempre me falou, nunca compare o teu caso com o caso da tua vizinha, porque é muito comum as pessoas virem até você e dizerem, ‘olha, minha nora passou por isso e durou só 6 meses e morreu’. (E20).

Eu pensava assim, tem que ter uma pesquisa em algum lugar, eu lia tese de mestrado de patologistas disso, daquilo, não li aquelas coisas superficiais que tem na internet, porque aquilo a gente tem que deixar de lado, porque diz assim, 7 meses de vida, 1 ano de vida, é... tem, tem como é que dizia assim, ah passa de um órgão pro outro muito rápido, primeiro lugar que vai ser é no pulmão e no cérebro e isso a gente tem que descartar. Eu participo de várias correntes pode se dizer, eu tenho uma Rede de Apoio no WhatsApp pra mulheres que estão entrando no diagnóstico, digamos, estão nas pesquisas, mas que estão indicando mais ao câncer de mama, e... então assim elas já tem algumas, elas já tem uma noção de que ela vai passar por um tratamento, enfim. Então eu tô trabalhando com essas pessoas. E faço parte do Projeto Laços de Vida e trabalho com palestras voluntárias, tudo que eu faço é voluntário. E assim... tenho, tenho me dedicado a essas pessoas principalmente no apoio à essas pessoas. (E10).

Fiz a biópsia. O que é bem terrível para fazer sentir muita dor, aí apareceu né ele disse que eu teria que fazer rapidamente a minha cirurgia e eu falei que eu não tinha dinheiro para fazer porque não tinha plano de saúde, as vezes que a gente poderia negociar, eu não vou poder te encaminhar pelo INSS porque tu vai ficar na fila eu não posso te garantir que já está bem tomado então quanto antes de fazer é melhor. Aí fizemos uma vaquinha aqui em casa, aí eu fiz a minha cirurgia, ele disse para mim que eu não tenho mais nada, mas aí eu fui encaminhada para fazer a quimioterapia 8 sessões e 25 radioterapia, uma vacina que eu fiz até maio desse ano e a minha sensação é que eu ia morrer... (E24).

Gostaria só de agradecer né, agradecer a oportunidade que a gente teve né, porque se eu fosse pagar tudo particular para mim ia ser muito difícil, só tenho a agradecer a Deus e também a equipe médica e tudo né, que me acompanhou e estão me acompanhando ate hoje né, sou bem atendida lá com a Fisioterapeuta né, e gosto muito dela. Só tenho a agradecer. (E4).

A Deus, ao meu irmão, ao SUS, em nenhum momento eu fui mal atendida, fui super bem atendida, eu não digo que eu tive sorte, foi Deus, porque foi tudo rápido e eu consegui um tratamento rápido, eu fiquei em uma semana sabendo, na outra já estava encaminhada com o Doutor, foi tão rápido que eu não tive sofrimento, e eu consegui fazer todo o tratamento, então eu sou agradecida a Deus, a minha família e aos amigos que estiveram ali e me apoiaram, ‘vamos, E25, vamos’. E todas as vezes que eu chorei foi sozinha, pra mim mesmo, e foi na radioterapia (risos) as radioterapias me apavoravam. (E25).

Há 22 anos atrás eu já tinha câncer, eu tive que ir para Florianópolis fazer a biópsia porque não tinha aqui, e com a cirurgia Espírita tinha sumido, 21 anos depois voltou o câncer. Tem esse movimento do outubro rosa com Doutor que ele é maravilhoso, mas quando chegar lá na saúde, quando me apareceu o câncer, fui no Unidade de Tratamento para fazer a cirurgia pelo SUS, chegando lá o Mastologista me atendeu muito bem porque ele é um amor de pessoa, a minha filha tinha sido professora do filho dele no colégio. E antes de eu ter o câncer eu tinha que fazer punção na mama e eu fazia com ele. Ele ia levar seis meses para fazer a cirurgia se fosse pelo SUS, a minha filha mais nova até esperava aceitar mas a minha filha mais velha não aceitou, e eu não tinha dinheiro para tudo, mas eu tinha uma graça tão grande que lá na Clínica (...) eu paguei como eu pude porque eu já fiz muita cirurgia lá, o Doutor paguei ele como eu pude pagar, eu fiz tudo com cheque pré-datado, eu fiz particular,

e quando eu comecei o tratamento (...) com o Oncologista disse que ia me passar para a Unidade de Tratamento para eu não ficar gastando, nesse tempo que me deu catarata e eu tive que fazer uma cirurgia urgente particular, deu descolamento de retina e eu tive que pagar também, ganhando pouco eu não sei como eu consegui me virar, mas Deus foi tão bom para mim que eu consegui alugar as minhas salas, consegui equilibrar. (E18).

Sim, a coragem, porque eu acho assim, tem pessoas que ouvem um diagnóstico de câncer e não vão nem fazer tratamento, ficam simplesmente esperando a morte chegar como diz o outro né. Eu acho estranho isso nos tempos atuais, tem pessoas que não falam nem a palavra câncer, eu acho isso muito estranho, é uma doença séria? É, mas você tem que fazer o que tem que ser feito. (E28).

Eu sempre fui uma pessoa que gosta de ajudar, de fazer pelos outros mais necessitados né, então já antes do câncer, já tinha algumas atividades nesse sentindo, mas depois isso se intensificou, então hoje eu participo desse curso de mães que antes eu estava de te falando, participo de canto na igreja, sou guia de oficina de orações que é um segmento da igreja católica né. Na época do câncer já estava fazendo a preparação pra ser guia, não parei com a preparação, tive muita fé em Deus [...]. Em questão de valores eu sempre dei muito valor para coisas pequenas, não mudou muito a minha visão em relação à família, em relação aos filhos, as amizades, isso não mudou, a única coisa foi que eu percebi o quanto eu era amada e não sabia [...]. (E7).

Para as famílias, eu diria assim, Entrevistadora, que o câncer não encerra quando você termina a quimioterapia e a radioterapia, e isso eu percebi com muitas pessoas, porque você recebe muito apoio das pessoas que estão ali o tempo todo, te oferecendo ajuda e tal, e quando você termina a radioterapia, aí começa a crescer o cabelo, as pessoas pensam que você não precisa mais delas. E pra mim parece que a ficha caiu depois, você começa a sentir os sintomas, as sequelas que você pensa que vai se livrar – e têm algumas que você não se livra nunca mais, né – então você tem todo um processo de recuperação que não se dá em um mês ou dois, então é um longo processo e eu senti isso, que as pessoas achavam, ‘Ah, voltou a trabalhar, então não precisa de mais ninguém e agora ela pode voltar a ser como ela era’. E eu precisei de colo depois também. E para as mulheres que também passaram pelo câncer, somente as que ficam mutiladas, eu diria assim, ‘tem que se aceitar do jeito que são’. Porque a gente tem imperfeições, pode ser na mama, pode ser na barriga, outras tem celulite, claro que a mama é uma mutilação, mas eu não vejo assim, você não deixa de ser mulher, acho que é isso que eu gostaria de dizer para toda mulher que eu vejo e dizem que nunca mais se relacionaram com ninguém, que elas se valorizem de outra forma também, né. (E8).

Em primeiro lugar a família, para mim é a família, se você não tiver a tua família te ajudando te dando apoio eu acho que você desanima, eu peguei os médicos muito bons, mas eu acho que todo dia hoje em dia todos atendem bem, tanto que tem pessoas que fizeram pelo SUS e ele também atende muito bem eu acho que isso não tem nada a ver não sei o que foi eu sei que eu passei bem [risos]. (E26).

4.4.4 Categoria 4 - Reflexos no viver: reconhecendo as dificuldades relacionadas ao tratamento

Ao tomarem consciência do diagnóstico de câncer de mama, reconhecendo-o como uma condição “maligna”, veem na cirurgia, na quimioterapia e na radioterapia a possibilidade de sobreviver, mesmo tendo que conviver com todos os efeitos colaterais que causam.

Nesta etapa, vivenciam a angústia por reconhecerem as dificuldades que serão enfrentadas, apresentando um recorrente medo da morte, porém, entendem como “um sofrimento que vale a pena ser suportado”. As mulheres percebem que com a cirurgia, apesar de invasiva e potencialmente mutiladora, terão uma chance maior de se libertar do câncer de mama. O procedimento cirúrgico foi apontado como fator de modificação na estética que reflete na autoimagem e autoestima, além de afetar os movimentos gerando modificação postural, de autoimagem e emocionais, repercutindo nos afazeres cotidianos e laborais, destacando o medo de uma possível demissão em decorrência da ausência no trabalho e/ou perda da clientela.

O tratamento como um todo também causou abalo aos relacionamentos interpessoais, impactando negativamente na sexualidade, sendo relatado por duas mulheres como motivador do rompimento do casamento. Porém a maioria apontou a família e os amigos como fator de proteção e estímulo para o enfrentamento dos processos negativos.

O sentimento de proteção da mama operada, evitando potenciais acidentes foi relatado, estando vinculado ao medo de sair de casa e de realizar movimentos. Inicialmente a dor, o pensamento negativo, a tristeza e a falta de motivação são constantes, considerando que o tratamento de câncer de mama pode prolongar-se diante de possíveis recidivas, gerando ainda mais sofrimento.

O tratamento também foi apontado como um causador de efeitos colaterais que impactavam nas condições físicas, como o vômito, diarreia, constipação, baixa imunidade, alteração da sensibilidade, dores no corpo, insônia, queda de cabelo, queimaduras na pele (radiodermite), perda/ganho de peso, edema e linfedema no braço e na mama, problema cardíaco, perda do equilíbrio, perda de memória e alteração cognitiva.

No contexto das mudanças sofridas com o passar do tratamento, alguns sintomas vão desaparecendo ou modificando, sendo que as mulheres buscam por elementos que auxiliem nesse processo, como alternativas naturais e recursos que promovam o bem-estar e a recuperação do que foi afetado com o tratamento. A fisioterapia especializada no tratamento oncológico foi destacada como um dos recursos importantes no acompanhamento e na recuperação, auxiliando as mulheres a adaptar o seu viver e superar as dificuldades, conforme destacado nas falas:

Ficou bem comprometida, eu perdi a sensibilidade da mão direita, fiquei com problemas de cair direto, o médico disse que eu tinha fraturado, mas não fraturei. Eu falei para o médico que estou sem coordenação, o que é até perigoso cair na rua. Perguntei se poderia ser falta do seio ele disse que não, que pode ser do tratamento. Eu já era magra e quando eu fiz o tratamento fiquei sem imunidade, aí tinha que usar

aquela mascarazinha, até poucos dias eu estava com peso bem abaixo, a nutricionista estava bem preocupada comigo agora não, eu nunca cheguei aos 40 kg, disso eu não posso reclamar. Mas quando eu fiz o tratamento eu fiquei com 35 kg e agora estou com 39 kg. Eu estou de licença, não consegui mais voltar, agora dia 29 eu tenho perícia, mas eu fui bem franca eu disse para o médico que eu não tenho mais vontade de voltar, eu não tenho mais vontade de exercer a minha função. Parece que eu não consigo mais, pensei comigo, se eu voltar para a educação infantil, como é que eu vou carregar uma criança, não tenho coordenação e também não posso me incomodar, sabe como é, não me incomodar com as crianças, mas às vezes até com um colega de trabalho, coisas que você vê e não gosta, por que as crianças são muito queridas não posso reclamar nisso, mas a questão de trabalhar com pessoas. (E24).

A aceitação né, pra mim eu estava tão bem, até psicologicamente, eu já tinha passado pela fase que eu fiz a radioterapia. Na radioterapia eu sofri bastante porque queimou toda a pele em baixo da axila. Eu achei a radioterapia pior do que a quimioterapia, pra falar a verdade, eu andava só de camisetinha não conseguia vestir nada. E quando eu melhorei, psicologicamente estava bem feliz, ia voltar pro trabalho, o médico me liberou e quando eu cheguei lá pedindo o meu jaleco, ela me disse, ‘não, senta aqui, vamos conversar’. Eu te digo, foi pior do que ler o diagnóstico do câncer. (E17).

Tinha vômito, eu sempre cuidei assim, cuidei um pouco do braço, depois a gente até esquece que fez aquela cirurgia. Eu até esqueço aquele tempo que eu passei assim, aí que voltou a inchar, mas assim, a hora que passou logo eu já fiquei fraca né, muita tontura, tinha hora que me ressecava o intestino, hora desandava outra hora ressecava e logo na cirurgia eu passei muita dor, muita dor, avermelhava muito a minha cirurgia e daí tive também quando foi operada, teve aquele que não venceu o líquido também, o médico teve que tirar aquilo lá mais de meio litro. (E4).

É, porque depois eles foram ver que eu já tinha tido alguns problemas, nunca tinha sentido assim. E daí eu comecei a – porque aí eu ia cada 3 meses no Doutor (...) ele me deu alguns medicamentos – eu estava retendo líquido – e me mandou para o cardiologista. Marquei o cardiologista para dali uma semana e consegui no Cardiologista, ele só alterou alguns medicamentos e dali 15 dias ele ia fazer um Ecocardiograma. (...) Ele me encaminhou para Florianópolis para fazer cateterismo, porque aqui ainda não fazia não tinha nada disso né, o meu tratamento eu fiz todo em Florianópolis, só a quimioterapia que eu fiz aqui, a radioterapia eu fiz lá. Daí ele me mandou fazer o cateterismo, eles acharam um coágulo no meu coração e depois ele foi ver que era de um infarto assim mais leve que eu tive e não senti, e tive um bloqueio também, como o coração enfraqueceu, deu insuficiência cardíaca e aumentou de tamanho, eles ficaram preocupados que poderia ser uma metástase do câncer. Eles disseram que era raro, mas podia acontecer. O Médico mandou eu fazer ressonância magnética do coração e tudo e não era a metástase. E ali eu levei uns quantos anos pensando, não podia nem lavar meu cabelo. (E16).

[...] estar com a Fisioterapeuta por tanta insistência dela né, em fazer um trabalho no meu braço esquerdo, o qual eu escondia nas fotos, com roupas, eu sempre estava escondendo, antes eu me defendia para as pessoas não baterem do meu lado esquerdo, depois, por um deslize, acabou tendo hematoma, né (linfedema). E aí chegou num limite que eu já não tinha mais. Doía, inchava, as pessoas perguntavam se ficava incômodo, ‘Por que disso?’, mas isso tudo é uma generosidade que as pessoas, eu no meu caso, vai conhecendo as pessoas que estão no teu caminho assim né, e eu que promovo muitas vezes a discussão da prevenção com as pessoas e nas próprias conversas de roda de salão, meu braço estava atrás, na parte atrás, nas costas, para que elas não me perguntassem por que ele estava inchado. Hoje já vou para as palestras e já vou dizer, olha: ‘Isso aqui é um trabalho que foi feito assim, assim, assado por insistência da minha fisioterapeuta (...)’’. (E1).

Mudou muito, eu não consigo mais pintar, ler eu não consigo mais ler um livro até o final, eu adorava, mas isso acho que foi desde que meu marido se aposentou e ele

ficava em casa, isso me atrapalhava, não consigo mais ler um livro até o fim. Tenho tela de pintura começada ponto cruz começado porque eu gosto muito, tenho crochê começado, uma variedade de coisas, quando eu quero eu pego, mas assim não como era antes, sabe? Uma coisa estranha, eu gostava de pegar e concluir. Eu mudei nesse sentido. (E21).

É, eu também vejo assim bem importante a parte da fisioterapia, porque o médico não me orientou nada assim, sabe? Quando em todas as cirurgias, aí não sei o que aconteceu que numa vez, em algumas vezes a fisioterapeuta não veio me visitar, mas na última vez ela veio, aí ela me explicou várias coisas, como que vai fazer pra trocar a minha roupa, tudo isso é assim, hoje eu ainda tenho dificuldade de levantar os braços pra trocar uma roupa, mas eu faço como ela me ensinou, entende? Então isso é bem importante, sabe? (E10).

Jamais, eu caminhava e tinha que caminhar bem devagarinho, não conseguia fazer nada, além de que esse braço que foi tirado os linfonodos, eu já tinha até terminado as fisioterapias – fiz bastante fisioterapia – só quando eu faço alguma coisa com mais esforço – agora, graças a Deus eu estou levando uma vida normal – daí eu sinto que incha um pouco quando eu faço algum esforço, mas além disso, ele ficou assim. Eu ouvia de gente que não podia levantar o braço, coisas assim né, mas o meu graças a Deus ficou bem bom. (E16).

Depois da cirurgia eu fiquei fazendo meus exames periódicos a cada 6 meses e passei a fazer mais exercícios, porque daí tinha o problema do braço né, eu tirei a mama direita inteira, então fica o problema do braço, fiz um pouco de fisioterapia (...). Tive uma osteoporose bastante avançada. E eu tenho que fazer muito exercício, uso uma medicação controlada para a osteoporose, a cada 6 meses eu faço uma aplicação e tomo os comprimidos diários, e muito exercício, hoje eu faço um pouco de musculação e faço natação todos os dias. E eu levo uma vida praticamente normal, saudável. (E19).

Às vezes dói muito, como falta a carne aqui não foi feito fisioterapia logo depois sabe? Ele ficou um pouco mais curto parece e eu não tenho toda aquela habilidade que eu tinha antes com braço direito, eu tive que desenvolver um pouco com esquerdo. (E27).

Eu vi que outras pacientes que tiveram câncer de mama comentaram comigo que estavam fazendo fisioterapia no braço, porque eu cuidei mais dele aqui no colo para proteger, e elas estavam fazendo fisioterapia. E eu tenho dificuldade até para me limpar, às vezes... (E27).

4.4.5 Categoria 5 - Reflexos no viver: vencendo o câncer

Diante das dificuldades vivenciadas, observamos emergir o desejo de superar e de retomada da vida, tanto das atividades laborativas, quanto das relações sociais e afetivas. As mulheres apontaram que passaram a dar mais valor aos elementos importantes como a família, o cuidado do corpo, da mente e como vão dispor de seu tempo.

Neste processo, a fé mostrou-se como apoio importante, impulsionando a pensarem positivamente na conquista de uma vida melhor, mesmo considerando as sequelas. Passaram

então a aprender a viver com a doença, superar a dor, vencer as sequelas, ressignificar os conceitos de beleza, aceitar-se e amar-se como são. Com o apoio recebido pela equipe de saúde, amigos, família e espiritualidade, as mulheres implementaram mudanças positivas em seu cotidiano, tais como:

- cuidados com a alimentação;
- entendendo o repouso como algo importante;
- valorizando a qualidade do sono;
- prática da atividade física;
- controle da preocupação exagerada com os outros e com pequenas coisas;
- redução significativa dos fatores que desencadeiam o *stress*;
- desenvolvimento da habilidade de dizer não;
- valorização da qualidade dos relacionamentos; e
- identificando e manifestando seus limites físicos e emocionais.

Ao tomar conhecimento da nova realidade de vida, que inclui mudanças significativas no cotidiano, desde as atividades domésticas e até mesmo na vida profissional e de autoestima, surgiram novas mulheres, mais comprometidas consigo mesmas, com mais amor próprio, conseguindo estabelecer novas metas de vida, amando-se cada vez mais e sendo felizes, de acordo com as falas seguintes:

Eu consegui tirar uma lição. Tantas pessoas não sobrevivem, então eu agradeço todos os dias por ter essa oportunidade de recomeçar novamente a minha vida, e Deus me deu essa outra chance né, então quero aproveitar o máximo e passar para as outras pessoas também, que a gente consegue tendo fé, esperança e a família acima de tudo, amigos. (E11).

O que é muito importante nessa hora é você ter fé, para você ter Deus contigo, porque se não fosse ele não adiantaria ninguém estar em volta, é uma força que vem Dele, não é da gente, porque a gente perde tudo, é tão ruim, é tão ruim, mas tão ruim e te faça é com esse tão ruim, que é só morrer, é só deitar e parece que a vida vai se esvair de tão ruim que é, mas esse Deus é maravilhoso e ele me deu força para suportar, e colocou esse anjo na minha vida. E meu marido, tadinho, ele estava ali, mas ele não podia fazer muita coisa, mas ele estava ali passando a mão na minha cabeça me dando apoio, queria que melhorasse, mas o mais importante é a fé sabe? Porque você perde tudo, você não consegue fazer uma oração, e você não consegue falar, você acha que não vai valer a pena mais nada, sabe? É a parte terrível, porque o que marca no ser humano é a parte ruim, a parte boa marca, mas você sempre vai lembrar do que é pior, infelizmente, mas a parte boa é você ter um Deus, porque Deus envia os anjos dele, os anjos vestidos de gente que eu digo. E a parte ruim é isso que você tem que passar para aquele processo, não tem como você escapar, a quimioterapia para mim foi a pior parte sabe? Eu perdi o cabelo... (E27).

A pessoa que tiver esse diagnóstico não pode se abater, não pode deixar a peteca cair, tem que ser forte, encarar, claro tem casos mais sérios, outros menos sérios,

mais adiantados outros menos, mas sempre tem uma possibilidade, então, não desistir, ter fé em Deus e cumprir com aquilo que tem que ser feito fazer, as coisas como tem que ser. Não desistir né, é um tratamento demorado é cansativo a gente não se sente bem durante tratamento mas sempre tem uma possibilidade de você ficar bem, então você tem que ir atrás disso, não pode desistir sem tentar, é uma questão psicológica, você tem que estar muito firme na consciência que você pode ficar bem, não quer dizer que você vá ficar bem, mas tem essa possibilidade, você tem que lutar sempre, e entregar para Deus que você tem uma fé assim como eu, porque ele que sabe a hora da gente, ele nos deu a vida e ele pode tirar a hora que ele quiser, então a minha vida está à disposição dele, estou pronta, se eu tiver que ir eu vou, entende? Mas não fico com isso na cabeça de que vou morrer, a hora que Deus quiser eu estou pronta pra ir. E se não for essa hora, ele vai me curar e me dar força pra aguentar tudo que tiver que passar, é isso que tem que pôr na cabeça. Pra mim, pelo menos. Importante para mim hoje ainda poder fazer alguma coisa, seria ruim se eu não pudesse fazer, dependência em tudo. A minha autonomia é importante eu poder fazer as coisas por mim mesma isso é importante pra mim. (E28).

Foi a melhor coisa que eu fiz, porque eu não tinha tempo para pensar que eu estava doente, a gente vê muita coisa enquanto está fazendo o tratamento, a gente chega lá e as próprias amigas da gente, elas partem, eu digo que a gente devolve guerreiros pro céu, então isso te dá um baque. Eu moro sozinha – minhas filhas são casadas – eu ia pensar muito, então eu trabalho com o público, eu vejo pessoas, eu converso, embora eu não esteja bem, se alguém perguntar eu vou dizer que estou bem, você jamais vai me ver reclamar. E assim, a melhor coisa foi continuar a trabalhar e ter apoio dos patrões [risos] porque quando eles viam que eu estava muito mal, muito pálida, eles já perguntavam ‘E25, tu quer ir pro hospital ou quer ir pra casa?’ Eu sempre optava em ir pra casa deitar e descansar, e quando eu fazia quimioterapia eu ficava dois dias sem ir trabalhar, então já me ajudava, eles não me descontavam. Quando eu precisava descansar não precisa pedir, eles olhavam e me levavam pra casa. (E25).

E eu pensei, ‘opa, eu tenho que parar de ficar pensando nisso, estou fazendo um tratamento que é para proteção e prevenção, que é a quimioterapia e a radioterapia’, e eu pensei nisso, é um tratamento que te deixa mais debilitado, passa por um processo de ficar sem cabelo... e eu comecei a falar para as outras mulheres também, às vezes elas chegavam e falavam ‘eu não gosto do câncer porque eu tô doente’, eu dizia, ‘mas como assim, doente? Não tem doença’. Isso me ajudou bastante, porque eu coloquei isso no meu coração, eu dizia ‘não, eu não estou doente’, as pessoas vinham e falavam, ‘ela está doente igual a você’, eu dizia, ‘opa, eu não estou doente, não tenho doença nenhuma, estou fazendo um tratamento em que eu estive doente, mas agora não’. Isso foi bem positivo pra mim, bem importante. (E30).

4.5 DIÁLOGO ENTRE AUTOR E AUTORIAS, NUMA ANÁLISE DE CONTEÚDO

O texto que segue propõe uma reflexão mais aprofundada sobre o tema, e procurará mostrar a convergência de ideias, pensamentos e teorias que estabeleçam um diálogo na trama escrita entre os autores da literatura, os resultados da pesquisa e a tecitura da autora desta dissertação. Desta forma, apresenta como suporte a análise de autoria de BARDIN (2011) que consiste em: “A técnica de análise de conteúdo apresenta uma apreciação crítica, no tratamento em pesquisas quantitativas e qualitativas. É vista como um método empírico”.

Amplia-se o conceito quando destaca que: “Pelo alargamento das aplicações da técnica a diferentes contextos, e surgimento de novas problemáticas no campo metodológico nas décadas de 50 e 60, esta técnica se junta às comunicações verbal e não verbal e os trabalhos linguísticos na área de comunicação.”

Por se tratar esta técnica de abordagem qualitativa e quantitativa, já apresentados resultados quantitativos suficientes para esclarecer a pesquisa, apresenta-se, na sequência, uma apreciação detalhada na qual aparecem os teóricos do tema, a pesquisadora e as mulheres sujeitas desta pesquisa.

Numa visão atual sobre a doença do câncer, já é ampliado o entendimento de que o câncer não é uma doença fatal, por isso é importante informar-se sobre como é a vida das mulheres após o tratamento. Para SIMEÃO et al., 2013:

[...] os problemas de ordem sexual, humor, relações familiares, imagem do próprio corpo, quadros emocionais como depressão, ansiedade, ideação suicida, insônia e medo, interferindo também nas atividades do cotidiano, podendo levar a mulher ao isolamento social. (SIMEÃO et al., 2013).

Como confirma (E2): “[...] isso durante o tratamento, passei por um período pré-depressivo, mas isso não era uma coisa que acontecia comigo antes, não, eu estava bem, eu estava super bem.”

Nesta perspectiva, mostram-se as alterações bio-psico-sociais e pessoais que intervêm no cotidiano da mulher com o diagnóstico de CA.

Complementam a discussão ROSSI e SANTOS (2003) quando afirmam que:

Os resultados mostram que as repercussões psicológicas variam de acordo com a fase do adoecimento e tratamento (pré-diagnóstico, diagnóstico, tratamento e pós-tratamento), afetando o ajustamento psicossocial de maneira diferente nos estágios identificados, prejudicando a qualidade de vida da mulher acometida. (ROSSI e SANTOS, 2003).

Observa-se nas falas de (E21) e (E17) o impacto pelo qual passam as mulheres com diagnóstico de CA:

Olha, é horrível. Horrível não, foi tudo leve depois, mas a palavra câncer pesa de uma maneira sabe? Um horror, pesa muito, e eu já tinha tido casos na família no lado da minha mãe e no lado do meu pai, e eu ainda contava da minha que ela teve câncer em 1958, operou em Curitiba, retirou a mama toda, e foi morrer em 1972 do pulmão. (E21).

Minha vida mudou totalmente, até hoje eu não consigo colocar tudo no lugar, porque foi bem difícil quando eu descobri, né. Eu era nova, 38 anos, nem

mamografia fazia – não tinha idade pra fazer – e quando eu descobri, caiu o mundo, parece que eu ia morrer. Você pegar o exame e ler lá “Carcinoma invasivo” foi muito triste [...]. (E17).

Entre outros estudos, aponta-se que emergem sentimentos relacionados à mudança do corpo, quando as mulheres reconhecem não serem mais saudáveis como antes, entram em contato com a própria finitude e sentem-se vulneráveis. Ainda acrescenta PEREIRA et al. (2107) com a relação à doença: “O câncer de mama consiste em uma neoplasia maligna na glândula mamária e pode levar à metástase e até ao óbito. O crescimento desordenado das células ocorre pela interação de fatores internos e externos e fatores ambientais.”

Verifica-se na fala que segue um exemplo de uma postura mais otimista diante do diagnóstico do CA, bem como uma orientação médica para evitar o processo de comparação entre outros pacientes com diagnósticos semelhantes, pois cada paciente reage de forma diferente ao enfrentamento do CA:

A questão também de cada uma com a sua fé, buscar em Deus aquilo que você precisa, uma outra coisa que o médico sempre me falou, nunca compare o teu caso com o caso da tua vizinha, porque é muito comum as pessoas virem até você e dizerem ‘olha, minha nora passou por isso e durou só 6 meses e morreu’. (E20).

Nos resultados evidencia-se que as mulheres apresentavam dificuldade de aceitar a possibilidade do diagnóstico, parte pelas mudanças que este acarretaria em suas vidas e, por vezes, pela dificuldade da compreensão da complexidade do processo vivenciado. Estes achados corroboram com uma pesquisa que aponta que as mulheres necessitam de suporte para ampliar os conhecimentos acerca do câncer de mama, contribuindo para que possam procurar os serviços e tratamentos precocemente, repercutindo no aumento de sobrevivência e na redução dos agravos da doença.

Segundo ROSA e RADUNZ (2013):

Os resultados demonstram a incidência elevada da doença nas mulheres entre 40-49 anos, casadas e com escolaridade até o ensino fundamental. A mediana dos intervalos de tempo até o início do tratamento foi de 245 dias e mais 54 dias para a adjuvância. Os achados evidenciam o estadiamento avançado e justificam a urgência para a implementação do cuidado à mulher com câncer de mama e da Política Nacional de Atenção Oncológica. (ROSA, RADUNZ, 2013).

A citação apresenta um dado assustador, da pouca idade da amostra de mulheres acometidas pelo CA, e também ressalta sobre o estadiamento avançado e referencia a importância da Política Nacional de Atenção Oncológica. As mesmas autoras apontam que:

[...] dentre os motivos da demora entre o reconhecimento dos sintomas e a realização do tratamento então as dificuldades de acesso aos serviços de saúde (destacando o agendamento com especialistas, realização de exames de maior complexidade, obtenção de laudos técnicos, a espera por vagas para a realização de cirurgias e tratamentos mais específicos) e as percepções que as mulheres apresentam acerca da

própria saúde (postergando a procura por assistência por considerar que os sintomas iniciais não são tão graves). (ROSA, RADUNZ, 2013).

Ficam explícitas na citação das autoras e nos depoimentos das mulheres mastectomizadas, os encaminhamentos necessários para realizar os tratamentos, confirmados nas falas abaixo:

Gostaria só de agradecer né, agradecer a oportunidade que a gente teve né, porque se eu fosse pagar tudo particular para mim ia ser muito difícil, só tenho a agradecer a Deus e também a equipe médica e tudo né, que me acompanhou e estão me acompanhando até hoje né, sou bem atendida lá com a Fisioterapeuta, né, e gosto muito dela. Só tenho a agradecer. (E4).

Foi a melhor coisa que eu fiz, porque eu não tinha tempo para pensar que eu estava doente, a gente vê muita coisa enquanto está fazendo o tratamento, a gente chega lá e as próprias amigas da gente, elas partem, eu digo que a gente devolve guerreiros pro céu, então isso te dá um baque. [...] E assim, a melhor coisa foi continuar a trabalhar e ter apoio dos padrões [risos] porque quando eles viam que eu estava muito mal, muito pálida, eles já perguntavam ‘E25, tu quer ir pro hospital ou quer ir pra casa?’ Eu sempre optava em ir pra casa deitar e descansar, [...]. (E25).

Já nos estudos de JERÔNIMO, et al. (2017):

As pesquisas sobre conhecimento destacaram o diagnóstico precoce da neoplasia mamária, e o autoexame da mama foi o método de detecção mais abordado (N = 14). [...] os estudos sobre fatores de risco avaliaram, principalmente, sobrepeso (N = 14), história familiar (N = 13), baixa paridade (N = 12) e curto período de amamentação (N = 10). Fatores socioeconômicos, como a renda e o nível educacional tiveram efeitos variáveis e afetaram também o conhecimento das mulheres sobre fatores de risco e detecção precoce. (JERÔNIMO, et al., 2017).

Destacam as autoras a importância do acesso ao conhecimento dos riscos do CA, por parte das mulheres, no sentido de aumentar os cuidados em relação à doença. Ficam reafirmadas, nas falas abaixo, atitudes proativas para a condução do tratamento. Verifica-se também nas falas a adaptação a novos hábitos no cotidiano destas mulheres, com maior atenção à sua saúde e melhora da qualidade de vida no convívio com a doença:

Há 22 anos atrás eu já tinha câncer, eu tive que ir para Florianópolis fazer a biópsia porque não tinha aqui, e com a cirurgia Espírita tinha sumido, 21 anos depois voltou o câncer. Tem esse movimento do outubro rosa com Doutor que ele é maravilhoso, mas quando chegar lá na saúde, quando me apareceu o câncer, fui no Unidade de Tratamento para fazer a cirurgia pelo SUS, [...]. (E18).

Fiz a biópsia. O que é bem terrível para fazer sentir muita dor, aí apareceu né ele disse que eu teria que fazer rapidamente a minha cirurgia e eu falei que eu não tinha dinheiro para fazer porque não tinha plano de saúde, as vezes que a gente poderia negociar, eu não vou poder te encaminhar pelo INSS porque tu vai ficar na fila eu não posso te garantir que já está bem tomado, então quanto antes de fazer é melhor. Aí fizemos uma vaquinha aqui em casa, aí eu fiz a minha cirurgia, ele disse para mim que eu não tenho mais nada, mas aí eu fui encaminhada para fazer a quimioterapia, 8 sessões, e 25 de radioterapia, uma vacina que eu fiz até maio desse ano e a minha sensação é que eu ia morrer... (E24).

Foi evidenciada nos resultados a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, quando algumas mulheres destacaram a necessidade de efetuar o pagamento particular de alguns exames e procedimentos em face da demora dos disponibilizados pelo SUS, motivado pelo medo do desconhecido que ampliava o desconforto da espera por procedimentos. Em contraponto, as usuárias do SUS relataram gratidão pelos serviços recebidos, destacando a atenção dos profissionais para a realização do tratamento, haja vista que a agilidade no diagnóstico interfere nas condutas terapêuticas.

Para RÊGO e NERY (2013): “Torna-se necessário especificar o acesso nas políticas públicas de saúde em oncologia e incluir a adesão a intervenções terapêuticas como prioridade no controle do câncer de mama, no contexto de políticas e programas da assistência oncológica.” Neste sentido, o uso do Sistema Único de Saúde, junto com a assistência suplementar em saúde destacou o amplo acesso das mulheres com CA ao tratamento. No Brasil, o tratamento gratuito do CA é assegurado pelos princípios da universalidade e integralidade das ações em saúde vinculadas ao SUS, considerando que o tratamento precoce e adequado amplia as possibilidades de melhor prognóstico em relação ao tratamento do câncer de mama.

Conforme destacou uma das mulheres pesquisadas, na fala:

A Deus, ao meu irmão, ao SUS, em nenhum momento eu fui mal atendida, fui super bem atendida, eu não digo que eu tive sorte, foi Deus, porque foi tudo rápido e eu consegui um tratamento rápido, eu fiquei sabendo em uma semana, na outra já estava encaminhada com o Dr., foi tão rápido que eu não tive sofrimento, [...]. (E25).

Algumas das mulheres que fizeram parte deste estudo apontaram que não levavam uma vida saudável, deixando de realizar atividades para o cuidado de si, como a realização de exercícios físicos, a alimentação saudável, a manutenção de atividades de lazer e descanso, justificando tais ações à elevada carga de trabalho. A baixa realização de atividade física e maus hábitos alimentares estão cada vez mais frequentes no contexto da população, fato evidenciado pela crescente epidemia de obesidade, ampliação da ocorrência de doenças cardiovasculares e até mesmo do câncer.

[...] o Ministério da Saúde lançou seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, enfatizando ações populacionais para controlar as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, predominantemente pelo controle do fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool. (DUNCAN et al, 2012).

Corroborando esta ideia os autores JEMAL et al. (2014):

Por si só, a atividade física (independentemente do peso corporal, da dieta e de outros fatores) está associada a um menor risco de certos cânceres. Como a atividade física ajuda a prevenir o excesso de peso corporal, ela também contribui para reduzir o risco dos cânceres associados ao sobrepeso e à obesidade. (JEMAL et al., 2014).

Conforme afirmam as pesquisadas (E19) e (E27):

Depois da cirurgia eu fiquei fazendo meus exames periódicos a cada 6 meses e passei a fazer mais exercícios, porque daí tinha o problema do braço né, eu tirei a mama direita inteira, então fica o problema do braço, fiz um pouco de fisioterapia [...]. [...] e muito exercício, hoje eu faço um pouco de musculação e faço natação todos os dias. E eu levo uma vida praticamente normal, saudável. (E19).

Eu vi que outras pacientes que tiveram câncer de mama comentaram comigo que estavam fazendo fisioterapia no braço, porque eu cuidei mais dele aqui no colo para proteger, e elas estavam fazendo fisioterapia. E eu tenho dificuldade até para me limpar, às vezes... (E27).

Enfatiza-se nesta interlocução entre os autores e as pacientes pesquisadas a necessidade da rotina de exercícios fisioterápicos no tratamento do CA.

Neste estudo, as mulheres apontaram que a vida corrida dificultava o viver saudável, sendo que o estresse também foi apontado como presente na descoberta do CA e posterior necessidade de realização do tratamento, estando vinculado ao medo do desconhecido, da morte e das repercussões do tratamento no viver. O estresse é descrito na literatura como potencial causador de abalos que podem alterar a homeostase corporal, acarretando doenças, sendo um fator de risco para a progressão do câncer. A ocorrência de estresse em pessoas com doenças crônicas está vinculada ao caráter duradouro da condição, à necessidade de tratamento constante e à pouca perspectiva de melhora.

Segundo MYRTHALA et al. (2010):

The influence of psychosocial factors on the development and progression of cancer has been a longstanding hypothesis since ancient times. In fact, epidemiological and clinical studies over the past 30 years have provided strong evidence for links between chronic stress, depression and social isolation and cancer progression. By contrast, there is only limited evidence for the role of these behavioral factors in cancer initiation. (MYRTHALA et al., 2010).

A ocorrência do estresse, ao tratar sobre os riscos do CA, evidencia-se no depoimento da entrevistada (E22):

A minha vida antes do aparecimento do câncer era trabalho, trabalhar, trabalhar, eu achava que era importante o trabalho, tanto que quando eu cheguei a primeira vez no consultório do médico eu disse pra ele “doutor, eu preciso voltar em 15 dias pro trabalho”, então eu achava que a coisa mais importante – claro, tenho filhos e tudo, me preocupo com eles – mas eu achava que o trabalho era sempre o mais importante... (E22).

Acrescenta-se também que, apesar da média de idade observada ser de 54 anos, dados próximos ao encontrado nesta pesquisa evidenciou que algumas das participantes da pesquisa eram jovens, em plena atividade laborativa e com muitas responsabilidades relacionadas à família. A pesquisa aponta que a ocorrência do câncer de mama em mulheres jovens está fortemente vinculada a fatores hereditários, e com características biológicas mais

agressivas, com maior frequência de características histopatológicas e piores prognósticos quando comparadas às mulheres acima dos 50 anos de idade.

Segundo estudo de SOUSA et al. (2013):

“[...] envolvendo 105 mulheres que apresentavam idade média de 55,82 anos [...] observou-se um escore satisfatório de capacidade funcional e execução das atividades da vida diária normalmente, [...]. Esse resultado positivo deve-se, possivelmente, a atuação da fisioterapia precocemente no tratamento dessas pacientes, comprovando a real necessidade da intervenção fisioterapêutica.” (SOUSA et al., 2013)

Evidencia-se na fala de (E1) a importância do acompanhamento fisioterapêutico em todas as etapas do tratamento do CA de mama:

“Estar com a Fisioterapeuta, por tanta insistência dela né, em fazer um trabalho no meu braço esquerdo, o qual eu escondia nas fotos, com roupas, eu sempre estava escondendo, antes eu me defendia para as pessoas não baterem do meu lado esquerdo [...]. Hoje já vou para as palestras e já vou dizer, olha: ‘Isso aqui é um trabalho que foi feito assim, assim, assado, por insistência da minha fisioterapeuta’.” (E1)

Ao considerar a qualidade de vida das mulheres, outros autores apresentam:

“Frente ao diagnóstico de câncer de mama, a mulher vive momentos de imensa angústia, sofrimento e ansiedade ao associá-lo com a morte. Durante o período do tratamento da doença, são necessárias constantes adaptações devido às perdas e aos sintomas vivenciados pela paciente. Os resultados da qualidade de vida podem ser importantes auxiliares na prática clínica, além de ajudar o paciente a identificar as necessidades para as adaptações. [...] No entanto, diante do real impacto do tratamento para câncer de mama, as mulheres necessitam de informação sobre as consequências dos tratamentos, orientação sobre a nova condição e de suporte psicológico durante todo o tratamento.” (LOTTI et al., 2008)

Na fala da pesquisada (E17), que relata sua volta ao trabalho, verifica-se o impacto entre a sua expectativa no retorno à sua rotina profissional como enfermeira, e a real receptividade, desrespeitosa e desumana, que recebeu no seu local de trabalho. Por outro lado, a fala da pesquisada (E10) revela que sentiu-se segura com relação à sua nova condição, no processo de recuperação, a partir das orientações recebidas:

“A aceitação né, pra mim eu estava tão bem, até psicologicamente, eu já tinha passado pela fase que eu fiz a radioterapia. Na radioterapia eu sofri bastante porque queimou toda a pele em baixo da axila. Eu achei a radioterapia pior do que a quimioterapia, pra falar a verdade, eu andava só de camisetinha não conseguia vestir nada. E quando eu melhorei, psicologicamente estava bem feliz, ia voltar pro trabalho, o médico me liberou e quando eu cheguei lá pedindo o meu jaleco ela me disse ‘não, senta aqui, vamos conversar’. Eu te digo, foi pior do que ler o diagnóstico do câncer.” (E17)

“É, eu também vejo assim bem importante a parte da fisioterapia, porque o médico não me orientou nada assim, sabe? Quando em todas as cirurgias, aí não sei o que aconteceu que numa vez, em algumas vezes a fisioterapeuta não veio me visitar, mas na última vez ela veio, aí ela me explicou várias coisas, como que vai fazer pra trocar a minha roupa, tudo isso é assim, hoje eu ainda tenho dificuldade de levantar os braços pra trocar uma roupa, mas eu faço como ela me ensinou, entende? Então

isso é bem importante, sabe?.” (E10)

Dados coletados constantes na **Tabela 6**, nesta pesquisa, mostram que os principais efeitos tardios relatados foram: Dor (braço e/ou mama) (21,05%); Dores articulares (17,54%); Restrição do movimento do braço (10,53%); Alteração de peso (10,53%); Osteoporose (7,02%); Alteração cognitiva (7,02%); Linfedema (5,26%); Rigidez da mama (5,26%); Rede axilar (3,51%); Alteração da lubrificação vaginal (3,51%); Linfangite (1,75%); Tendinopatia (1,75%); Menopausa precoce (1,75%); Alteração da tireoide (1,75%); IC (1,75%); Cefaleia (1,75%); Fibrose pulmonar (1,75%).

As mulheres pesquisadas afirmaram que estes efeitos tardios repercutem negativamente em seu viver, causando desconfortos e necessidades de mudanças/adaptações em suas atividades, por vezes gerando limitações físicas e emocionais difíceis de suportar. Também relataram que receberam orientações de cuidados com a mama e com o lado operado, sendo avaliados como compatíveis com os descritos na literatura.

Conforme descrevem os estudos de BERGMANN et al. (2006):

“Após o tratamento do câncer da mama, várias complicações vêm sendo relatadas na literatura. A fisioterapia desempenha um importante papel na prevenção, minimização e tratamento dos efeitos adversos do tratamento do câncer da mama. A implantação da rotina de atendimento fisioterapêutico para pacientes submetidas a tratamento para câncer da mama tem como objetivo principal a prevenção de complicações através de condutas e orientações domiciliares, e o diagnóstico e intervenção precoce, visando melhorar a qualidade de vida [...]” (BERGMANN et al., 2006)

Ressalta o autor a importância da fisioterapia na busca da maior qualidade de vida possível dentro do quadro clínico em que a paciente se encontra, como se sente a pesquisada (E28):

“[...] Importante para mim hoje ainda poder fazer alguma coisa, seria ruim se eu não pudesse fazer, dependência em tudo. A minha autonomia é importante, eu poder fazer as coisas por mim mesma, isso é importante pra mim.” (E28)

Um estudo descritivo, de NASCIMENTO et al. (2012), mostra que:

“[...] com dados de 707 prontuários de mulheres operadas por câncer de mama no Hospital da Mulher Professor Doutor José Aristodemo Pinotti da Universidade Estadual de Campinas, entre janeiro de 2006 e dezembro de 2007, e que foram atendidas pelo Setor de Fisioterapia, apontou, ao final do programa, que 55% das mulheres receberam alta, 17% necessitaram de atendimento adicional e 26% não aderiram a ele. Ao longo dos anos, houve redução da frequência de restrição da amplitude de movimento do ombro com aumento de linfedema. Cuidados com o braço, exercícios domiciliares e autodrenagem foram as condutas mais adotadas.” (NASCIMENTO et al., 2012)

Nesta perspectiva, a reabilitação em saúde foi destacada como algo essencial, trazendo bem-estar físico e social, possibilitando o reestabelecimento da autoestima e o retorno da qua-

lidade de vida. A literatura aponta que a reabilitação fisioterapêutica pode contribuir positivamente para o viver de mulheres que passaram pelo câncer de mama, auxiliando a mulher a atingir uma condição física melhor, repercutindo em um sentimento de volta à normalidade e de recuperação da saúde abalada pelo câncer.

É compatível com esta literatura o depoimento da pesquisada (E16):

“Jamais, eu caminhava e tinha que caminhar bem devagarinho, não conseguia fazer nada, além de que esse braço que foi tirado os linfonodos, eu já tinha até terminado as fisioterapias – fiz bastante fisioterapia – só quando eu faço alguma coisa com mais esforço – agora, graças a Deus eu estou levando uma vida normal – daí eu sinto que incha um pouco quando eu faço algum esforço, mas além disso, ele ficou assim. Eu ouvia de gente que não podia levantar o braço, coisas assim né, mas o meu, graças a Deus, ficou bem bom.” (E16)

Destaca-se nesta pesquisa que a maioria das mulheres, 66%, mantêm-se sexualmente ativas, sendo que das mulheres sexualmente ativas, 22,23% relatam estar pouco satisfeitas e 38% muito satisfeitas, e 40% referem não manter atividade sexual, porém, destas, 41,67% declaram estar satisfeitas com a sua vida sexual. Os achados se assemelham ao encontrado em outros estudos (PEREIRA et al., 2017; SIMEAO et al., 2013).

Com relação ao estadiamento autorreferido do câncer, constante na **Tabela 3**, a maioria das mulheres entrevistadas, 56,67%, não soube informar qual o estadiamento do seu câncer no momento do diagnóstico.

No presente estudo destaca-se que o escore de Dash foi de 26,40 (DP 19,61), sendo que na literatura (SOUSA et al., 2013) encontra-se um escore pouco mais elevado, de 27,07; possivelmente esta redução pode indicar um reflexo de que apenas 53,33% das mulheres, relatam terem realizado algum tipo de fisioterapia no processo de recuperação. Destaca-se ainda que, na região onde se deu a pesquisa, em Lages, SC, no ano 2019, não se conta com um serviço especializado em reabilitação oncológica que atenda as mulheres em tratamento na fase pré-operatória e pós-operatória, e que as acompanhe de forma direcionada e com reabilitação especializada, desde o início do tratamento, até sua alta. O estudo revelou também a correlação entre disfunções do braço, ombro e mão de mulheres com CA de mama, evidenciadas pelo escore Dash e os resultados da escala Fact-B+4 nos domínios físico, funcional e preocupações adicionais.

Nos relatos das mulheres, a jornada de enfrentamento do câncer de mama é permeada por dificuldades que repercutem nos aspectos físicos, funcionais, emocionais, e financeiros, e que levam a mulher a experimentar um período de perda da autonomia, necessitando de apoio familiar e da equipe de saúde.

Um estudo de GIACON et al. (2013) propôs-se a:

“Avaliar os efeitos de um protocolo de fisioterapia na amplitude de movimento e força muscular de ombro no período pós-operatório do câncer de mama [...], um protocolo de tratamento que consistiu em 10 sessões, com frequência de uma vez por semana, [...] a análise pré e pós-tratamento demonstrou uma melhora na força muscular dos grupos musculares e amplitude de movimento de ombro em todas as medidas, exceto no movimento de rotação lateral ($p=0,71$).” (GIACON et al., 2013)

Os benefícios do tratamento fisioterapêutico são comprovados por outros autores, como LEAL et al. (2016), quando afirmam que: “[...] o protocolo fisioterapêutico supervisionado aplicado foi efetivo na recuperação do déficit de abdução pós-radioterapia e de flexão e rotação externa quando avaliados até 2 meses após o término da radioterapia”.

Ressalta-se que os autores têm pontos convergentes sobre a necessidade e benefícios do tratamento fisioterapêutico para pacientes diagnosticadas com câncer de mama e submetidas à mastectomia.

Esta análise, conforme já citado, foi embasada no Método de Análise de Conteúdo, de autoria de BARDIN (2011), cuja obra leva o mesmo nome, no qual propõe etapas distintas: a) História e teoria; b) Parte prática; c) Métodos e técnica de análise. Segundo estudos da autora SANTOS (2012) sobre o método, “A função da Análise de Conteúdo é o desvendar crítico”.

Segundo BARDIN (2011, p. 15), “A Análise do Conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos diversificados”.

Ainda estudos apresentam que a AC não deixa de ser uma análise de significados, pois ocupa-se de uma descrição objetiva, sistemática, quali e quanti do conteúdo extraído das comunicações e respectivas interpretações de informações e dados colhidos nas entrevistas, para concluir com a técnica de expressão e interpretação.

Encerra-se esta análise da pesquisa com relevância nos aspectos científicos, sociais e de abrangência da área da Saúde, mais diretamente da Oncologia.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa vem somar-se a outros estudos com o objetivo de compreender os efeitos tardios do tratamento do CA de mama, e os reflexos no viver, no bem-estar e na funcionalidade de mulheres mastectomizadas.

A sua relevância se destaca ao trazer, neste recorte, conceituações de estudiosos da literatura da área e torna-se científica pela abrangência e envolvimento na realidade e subjetividade dos sujeitos participantes.

As mulheres pesquisadas mostraram-se com alterações nos campos físicos funcionais, com limitação nos movimentos dos braços, disfunções respiratórias e aparecimentos de linfedema que comprometem em grau elevado outras funções.

Entre as variáveis limitantes no estudo, podem ser citadas algumas mesmo que de forma subliminar, como: falta de acessibilidade a instituições legais e entidades congêneres; obstáculos culturais relacionados ao assunto CA, como o preconceito e a supervalorização dos estereótipos do belo, do perfeito e do normal.

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, deparou-se com os impactos sofridos pelas mulheres pesquisadas, que buscam a cada dia a sua sobrevida e que, com boa vontade, participaram deste estudo, contribuindo para o universo da ciência.

Por ser esta, entre outras, uma pesquisa circunstancial marcada por um tempo-espço, sugere-se o aprofundamento e/ou novos recortes a partir deste tema. Recomenda-se aos pesquisadores do meio acadêmico, bem como aos profissionais das áreas da saúde física, psíquica, ambiental e familiar.

Espera-se que este estudo contribua para a valorização da sobrevida pós-mastectomia.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR - ANS; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA - AMB. **Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar**. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_2012.pdf>.

AMERICAN CANCER SOCIETY – ACS. **Breast Cancer Early Detection and Diagnosis**. 2018. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection.html>>. Acesso em: 08.02.2018.

AMERICAN JOINT COMMITTEE CANCER – AJCC. **Cancer Staging Manual. Cancers Staged using this Staging System**. In: HORTOBAGYL, G. N.; CONNOLLY, J. L.; D'ORSI, C. J.; et al. American Joint Committee Cancer, 2017. p. 589-636.

AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY – ASCO. **Cáncer de mama: Opciones de tratamiento**. 2018. Disponível em: <<https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/opciones-de-tratamiento>>.

ARANGO, Héctor Gustavo. **Bioestatística Teórica e Computacional**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ARANGO, Héctor Gustavo. **Fisioterapia no Câncer de Mama, e Fisioterapia em Oncologia**. 2017.

BAIOCCHI, Jaqueline Munaretto Timm. **Fisioterapia em oncologia**. 1 ed. Curitiba: Appris, 2017.

BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, urogenicologia e aspectos de mastologia**. 4 ed. Rev. e Ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BELIZÁRIO, José Ernesto Belizário. **O próximo desafio – Reverter o câncer**. Ciência Hoje, v. 31, n. 184, 2002.

BERGMANN, Anke; RIBEIRO, Maria Justina Padula; PEDROSA, Elisangela; et al. **Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III / INCA**. Rev. Bras. Cancerologia, v. 52, n. 1, p. 97-109, 2006.

BETTONI, F. **Metabolismo do DNA e Mutações I**. In: Lopes, Ademar; CHAMMAS, Roger;

YEYASU, Hirohumi. **Oncologia para Graduação**. 3 ed. São Paulo: Lemas 20, p. 30-37.

BICKLEY, L. S. **Bates: propedêutica médica** /Lynn S. Bickley, Peter G. Szilagy; [revisão técnica Nephtali Segal Grinbaum; tradução Fernando Diniz Mundim... [et al.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogann, 2010, p. 391-416.

BIRNER, Peter.; PRAGER, Gerald.; STREUBEL, Berthold. **Molecular pathology of cancer: how to communicate with disease**. ESMO Open, 2016;1:e000085.

CAMPANHOLI, L.L.; REZENDE, L. **Linfedema**. In: REZENDE, L.; CAMPANHOLI, L.L.; TESSARO, A. **Manual de condutas e práticas fisioterapêuticas no Câncer de Mama da ABFO**. 1 ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Fisioterapia - Thieme Revinter, 2018.

CAMPBELL, Kristin L.; PUSIC, Andrea L.; ZUCKER, David S., et al. A Prospective Model of Care for Breast Cancer Rehabilitation: Function. **Cancer**, v. 118, (8 Suppl), p. 2300-11, 2012 Apr 15.

CANCERQUEST. **Viruses and Cancer**. 2018. Acesso em 10 abr. 2018. Disponível em: <<https://www.cancerquest.org/cancer-biology/viruses-and-cancer>>.

COELHO AS.; SANTOS MAS.; CAETANO RI.; PIOVESAN CF.; FIUZA LA.; MACHADO RLD.; FURINI AAC. **Predisposição hereditária ao câncer de mama e sua relação com os genes BRCA1 e BRCA2: revisão da literatura**. Rev. Bras. de Análises Clínicas, v. 50, n. 1, p. 17-21, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - COFFITO.. **Resolução N.º 397/2011**. Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia Oncológica e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - COFFITO. **Resolução Nº 465, de 20 de maio de 2016**. Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia do Trabalho e dá outras providências.

COUCEIRO, T. C. M.; MENEZES, T. C.; VALÊNÇA, M. M. **Síndrome dolorosa pós-mastectomia. A magnitude do problema**. Rev Bras Anesthesiol, v. 59, n. 3, p. 358-65, 2009.

DUNCAN, Bruce Bartholow; CHOR, Dóra; AQUINO, Estela M. L. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação**. Rev Saúde Pública, n. 46 (Supl), p. 126-34, 2012.

EMORY WINSHIP CANCER INSTITUTE. **Cancer Quest**. 2018 Disponível em:

<http://www.cancerquest.org/cancer-biology/viruses-and-cancer Acesso em: 02.03.2018.

FABRO, E.A.N.; COSTA, R.M.; TORRES, D.M.; et al. **Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III/Instituto Nacional de Câncer.** Rev Bras Mastologia, v. 26, n. 1, p. 4-8, 2016.

FABRO, E.A.N.; BERGMANN, A.; SILVA, B.A. **Chemotherapy for Breast Cancer.** 2018. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/chemotherapy-for-breast-cancer.html>>. Acesso em: 26.03.2018.

FABRO, E.A.N.; BERGMANN, A.; SILVA, B.A.; et al. **Post-mastectomy pain syndrome: Incidence and risks.** The Breast, v. 21, p. 321-325, 2012.

FARIA, Lina. **As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama.** Hist Ciê Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 17, supl.1, jul. 2010, p.69-87.

FERLAY, J. et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, **Cancer incidence and mortality worldwide.** Lyon, France: IARC, 2013. (IARC CancerBase, 11). Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>>. Acesso em: 14.09.2013.

FIREMAN, K. M.; MACEDO, F. O.; TORRES, D. M.; FERREIRA, F. O.; LOU, M. B. A. **Fisioterapia no Câncer de Mama Pós-Mastectomia.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 64, n. 4, p. 499-508, 2018.

FIREMAN, Kelly de Menezes; MACEDO, Flávia Oliveira; TORRES, Daniele Medeiros. **Percepção das Mulheres sobre sua Funcionalidade e Qualidade de Vida após Mastectomia.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 64, n. 4, p. 499-508, 2018.

GATT, M.; WILLIS, S.; LEUSCHNER, S. **A meta-analysis of the effectiveness and safety of kinesiology taping in the management of cancer-related lymphoedema.** European Journal of Cancer Care, 2016.

GIACON, F.P., PEIXOTO, B.O., KAMONSEKI, D.H., SAMPAIO NETO, L.F.. **Efeitos do tratamento fisioterapêutico no pós-operatória de câncer de mama na força muscular e amplitude de movimento de ombro.** J Health Sci Inst., v. 31, n. 3, p. 316-319, 2013.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

GUERRA, M. R. G.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. **Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes.** Revista Brasileira de Cancerologia, v.

51, n. 3, p. 227-234, 2005.

GUTIERREZ, Maria Gaby Rivero de, et al. **Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação.** Acta paul. enferm., v. 20, n. 3, p. 249-254, 2007.

GUSMÃO, C. R. A. B. **Tratamento clínico no câncer de mama.** In: MARX, A; FIGUEIRA, P. Fisioterapia no Câncer de Mama. Barueri: Manole, 2017, p.89-96.

HALSTED, William Stewart. **The results of radical operations for the cure of carcinoma of the breast.** Annals of Surgery. 1997. vol. XLVI july, 1907 no. I. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414357/pdf/annsurg00915-0008.pdf>>.

HANAHAN, D.; WEINBERG, R. A. **The hallmarks of cancer.** Cell, Jan v. 7; n. 100(1), p. 57-70, 2000.

HERNÁNDEZ, Á. H. C. **Calidad de Vida Y Adherencia al Tratamiento de Personas Con Enfermedad Cronica Oncologica.** Revista Cuidarte. Colombia, v. 6, n. 1, p. 906-912, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Qualidade de vida e desenvolvimento local.** Atlas Nacional do Brasil Milton Santos, Cap. 5. IBGE, 2010. <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=247603>. Acesso em: 12.03.2019.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde, Percepção do estado de saúde estilo de vida e doenças crônicas no Brasil.** 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em: 08.05.2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer.** Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.

_____. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.**

_____. **Sintomas.** 2018. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/sintomas>>. Acesso em: 08.02.2018.

_____. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INUMARU, Livia Emi; SILVEIRA, Érika Aparecida da; NAVES, Maria Margareth Veloso.

Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, 2011.

IYEYASU, H. **Cancer de Mama I.** In LOPES, A.; CHAMMAS, R.; YEYASU, H. Oncologia para Graduação. 3 ed. São Paulo: Lemas, p. 401-407, 2013.

JAMMAL, Millena Prata; MACHADO, Ana Rita Marinho; RODRIGUES, Leiner Resende. **Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama / Fisioterapia en la rehabilitación de mujeres tratadas del cáncer de mama por cirugía.** O Mundo da Saúde v. 32, n. 4), p. 506-510, out.-dez. 2008.

JEMAL, A.; VINEIS, P.; BRAY, F.; TORRE, L.; FORMAN, D. **The Cancer Atlas.** Second Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society. 2014. Disponível em: <www.cancer.org/canceratlas>.

JERÔNIMO, Aline Ferreira de Araújo; FREITAS, Ângela Gabrielly Quirino; WELLER, Mathias. **Fatores de risco do câncer de mama e o conhecimento sobre a doença: revisão integrativa de estudos Latino Americanos.** Ciênc. saúde coletiva, v. 22, n. 1, p. 135-149, 2017.

JUNQUEIRA; CARNEIRO. **Biologia Básica.** Rio e Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LANDEIRO, L. C. G., GAGLIATO, D. M., FÊDE, A. B. **Return to work after breast cancer diagnosis: An observational prospective study in Brazil.** Cancer, v. 15, n. 124(24), p. 4700-471, 2018.

LEAL, N. F. B. S.; OLIVEIRA, H. F.; CARRARA, H. H. A. **Supervised physical therapy in women treated with radiotherapy for breast cancer.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 24, p. 2755, 2016.

LOPES, Ademar; CHAMMAS, Roger; IYEYASU, Hirofumi. **Oncologia para Graduação.** 3 ed. São Paulo: Lemar, 2013. ISBN: 978-85-86652-37-0.

LOTTI, Renata Cardoso Baracho; BARRA, Alexandre de Almeida; DIAS, Rosângela Correa, 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.

LYNCH, L.; MENDEZ, U.; WALLER, A.; GILLETTE, A.; GUILLORY II, R. and GOLDMAN, J.. **Fibrosis worsens chronic lymphedema in rodent tissues.** Am J Physiol Heart Circ Physiol., v. 308, n.10, p. H1229-236, 2015.

MAGALHÃES, Adriana Gomes; DANTAS, Diego de Sousa; Souza, Damião Ernane; et al. **Qualidade de vida e percepção de saúde em mulheres com relatos autorreferidos de câncer de mama na família.** Fisioterapia Brasil, v. 14, n. 4, 2013.

MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. A.. **Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com câncer de mama.** Rev Bras Cancerologia, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006.

MARX, Ângela Gonçalves; FIGUEIRA, Patrícia Vieira Guedes. **Fisioterapia do câncer de mama.** Coordenação Ângela Gonçalves Marx e Patrícia Vieira Guedes. Barueri, SP: Manole, 2017.

MAVADDAT, N.; ANTONIOU, A.; EASTON, D. F., et al. **Genetic susceptibility to breast cancer.** Mol Oncol, v. 4, p. 174-91, 2010.

MEDEIROS, Giselle Coutinho; BERGMANN, Anke; AGUIAR, Suzana Sales de and THULER, Luiz Claudio Santos. **Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil.** Cad. Saúde Pública, v. 31, n. 6, p. 1269-1282, 2015.

MILLENA, J. **Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama.** O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 506-510, 2008.

MYRTHALA, M; SUSAN, K. L.; ANIL, K. S. **Impact of stress on cancer metastasis.** Future Oncol, v. 6, n. 12, p. 1863–1881, 2010.

MOLS, F.; VINGERHOETS, A. J.; COEBERGH, J. W.; et al. **Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review.** Eur J Cancer, v. 41, n. 17, p. 2613-9, nov., 2005.

NASCIMENTO, Simony Lira do; OLIVEIRA, Riza Rute de; OLIVEIRA, Mariana Maia Freire de and AMARAL, Maria Teresa Pace do. **Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo.** Fisioter. Pesqui., v. 19, n. 3, p. 248-255, 2012.

NASCIMENTO, Simony Lira do; OLIVEIRA, Riza Rute de; OLIVEIRA, Mariana Maia Freire de and AMARAL, Maria Teresa Pace do. **Breast Cancer–Patient Version.** 2018. Disponível em: <<https://www.cancer.gov/types/breast>>. Acesso em: 15.02.2018.

NATIONAL BREAST CANCER FOUNDATION, INC. **Risk Factors.** 2016 Disponível em: <<http://www.nationalbreastcancer.org/breast-cancer-risk-factors>>. Acesso em: 08.02.2018.

NATIONAL CANCER INSTITUTE – NIH. **Breast Cancer Screening (PDQ®)–Health Professional Version**. s. d. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-screening-pdq#link/_66>. Acesso em: 10.02.2018.

_____. **Sentinel Lymph Node Biopsy**. s. d. Disponível em: <<https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging/sentinel-node-biopsy-fact-sheet>>. Acesso em: 07 maio 2017.

NAZÁRIO, Afonso Celso Pinto; FACINA, GIL; Filassi, José Roberto. **Câncer de mama: novidades no diagnóstico e no tratamento**. Rev. Assoc. Med. Bras, v. 61, n. 6, São Paulo Nov./Dec., 2015.

OLIVEIRA, M. R.; BUSTOS, S. O.; DELLAMANO, M. Carcinógenos Químicos e Físicos In: LOPES, Ademar; CHAMMAS, Roger; IYEYASU, Hirofumi. **Oncologia para Graduação**. 3 ed. São Paulo: Lemar, 2013. ISBN: 978-85-86652-37-0. 2013, p. 54-61.

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

PEREIRA, Grazielle Batista; GOMES, Alice Madalena Silva Martins; OLIVEIRA, Riza Rute de. **Impacto do Tratamento do Câncer de Mama na Autoimagem e nos Relacionamentos Afetivos de Mulheres Mastectomizadas**. LifeStyle, v. 4 n. 1, 2017.

REBELATTO, José Rubens; BOTOMÉ, Silvio Paulo. **Fisioterapia no Brasil – Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2 ed. São Paulo: Manole, 1999.

RECHT, Abram; COMEN, Elizabeth A.; FINE, Richard E. **Postmastectomy Radiotherapy: An American Society of Clinical Oncology, American Society for Radiation Oncology, and Society of Surgical Oncology Focused Guideline Update**. Journal of Clinical Oncology 34, n. 36, p. 4431-4442, December 2016.

RÊGO, Ilmara Kely Pereira; NERY, Inez Sampaio. **Acesso e Adesão ao Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama Assistidas em um Hospital de Oncologia**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 59, n. 3, p. 379-390, 2013.

REZENDE, L.; CAMPANHOLI, L.L.; TESSARO, A. **Manual de condutas e práticas fisioterapêuticas no Câncer de Mama da ABFO**. 1 ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Fisioterapia - Thieme Revinter, 2018.

ROBIJNS J.; CENSABELLA S.; BULENS P.; MAES A.; MEBIS J.. **The use of low-level light therapy in supportive care for patients with breast cancer: review of the literature**.

Springer-Verlag, London, 2016.

ROSA, Luciana Martins da and RADUNZ, Vera. **Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama.** Texto contexto - enferm., v. 22, n. 3, p. 713-721, 2013.

ROSSI, Leandra; SANTOS, Manoel Antônio dos. **Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama.** Psicol. cienc., prof. v. 23 n. 4 Brasília dez., 2003.

ROZENCHAN, Patricia ROELA Rosimeire, URATA Yuri, Hormônios e Cancer In: LOPES, Ademar; CHAMMAS, Roger; IYEYASU, Hirofumi. **Oncologia para Graduação.** 3 ed. São Paulo: Lemar, 2013. ISBN: 978-85-86652-37-0. 2013, p. 70-75.

RUNOWICZ, Carolyn D.; LEACH, Corinne R.; HENRY, N. Lynn; et al. **American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline.** Journal of Clinical Oncology, v. 34, n. 6, p. 611-635, 2016.

SANTOS, Fernanda Marsaro dos. **Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin.** Resenha de: [BARDIN, L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] Revista Eletrônica de Educação. São Carlos, SP: UFSCar, v.6, no. 1, p.383-387, mai. 2012. Disponível em <http://www.reveduc.ufscar.br>.

SAÚDEDIRETA Conhecimento é vida. **Fisiopatologia do câncer.** s. d. Disponível em: <[http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340285423cap2%20\(1\).pdf](http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340285423cap2%20(1).pdf)>.

SICHERO, Laura; RABACHINI, Tatiana. Vírus e Câncer. In: LOPES, Ademar; CHAMMAS, Roger; IYEYASU, Hirofumi. **Oncologia para Graduação.** 3 ed. São Paulo: Lemar, 2013. ISBN: 978-85-86652-37-0. 2013, p. 62-69.

SILVA, G. A.; MOURA, L.; CURADO, M. P.; et al. **The Fraction of Cancer Attributable to Ways of Life, Infections, Occupation, and Environmental Agents in Brazil in 2020.** 2016. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0148761>. Acesso em: 09.11.2017.

SIMEAO, S.F.A.P.; LANDRO, I.C.R.; De CONTI, M.H.S.; GATTI, M.A.N.; DELGALLO, W.D.; VITTA, A.. **Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama.** Ciênc. saúde coletiva, v. 18, n. 3, p. 779-788, 2013.

SOUSA, Elaine; CARVALHO, Flávia Nascimento; BERGMANN, Anke; et al. **Funcionalidade de Membro Superior em Mulheres Submetidas ao Tratamento do Câncer de Mama.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 59, n. 3, p. 409-417, 2013.

STILLWELL *et al.*, 1969 *apud* VRIES *et al.*, 2005 *in* REZENDE, L.; CAMPANHOLI, L.L.; TESSARO, A. **Manual de condutas e práticas fisioterapêuticas no Câncer de Mama da ABFO**. 1 ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Fisioterapia - Thieme Revinter, 2018.

TIEZZI, Daniel Guimarães. **Cirurgia conservadora no câncer de mama**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v. 29, n. 8, p. 428-34, 2007.

THULER, L. C. S.; MENDONCA, G. M. **Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras**. Rev Bras Ginecol Obstet. Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 656-660, nov., 2005.

URBAN, Cicero; FREITAS-JUNIOR, Ruffo; ZUCCA-MATTHES, Gustavo; et al. **Cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama: Reunião de Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia**. Rev Bras Mastologia, v. 25, n. 4, p. 118-24, 2015.

URBAN, L. A. B. D.; CHALA, L. F.; BAUAB, S. P.; et al. **Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama**. Radiol Bras, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 244-249, ago. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842017000400244&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2018.

VIEIRA, René Aloisio da Costa; SILVA, Fabíola Cristina Brandini da; BILLER, Gabriele. **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.

WALTHO D.; ROCKWELL, G. **Post Breast surgery pain syndrome: establishing a consensus for the definition of post-mastectomy pain syndrome to provide a standardized clinical and research approach – a review of the literature and discussion**. J Can Chir., v. 59, n. 5, p. 342-350, 2016.

ZOMKOWSKI, K; CRUZ DE SOUZA, B; MOREIRA, G. M., et al. **Qualitative study of return to work following breast cancer treatment**. Occupational Medicine, 2019.

ANEXOS

Anexo A – Questionário FACT-B+4

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. **Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.**

BEM-ESTAR FÍSICO		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GP1	Estou sem energia	0	1	2	3	4
GP2	Fico enjoado/a	0	1	2	3	4
GP3	Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família	0	1	2	3	4
GP4	Tenho dores	0	1	2	3	4
GP5	Sinto-me incomodado/a pelos efeitos secundários do tratamento	0	1	2	3	4
GP6	Sinto-me doente	0	1	2	3	4
GP7	Sinto-me forçado/a a passar tempo deitado/a	0	1	2	3	4

BEM-ESTAR SOCIAL/FAMILIAR		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GS1	Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos	0	1	2	3	4
GS2	Recebo apoio emocional da minha família	0	1	2	3	4
GS3	Recebo apoio dos meus amigos	0	1	2	3	4
GS4	A minha família aceita a minha doença	0	1	2	3	4
GS5	Estou satisfeito/a com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença	0	1	2	3	4
GS6	Sinto-me próximo/a do/a meu/minha parceiro/a (ou da pessoa que me dá maior apoio)	0	1	2	3	4
Q1	Independentemente do seu nível atual de atividade sexual, por favor responda à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale e passe para a próxima secção. (0) Não quer responder (1) Aceita responder					
GS7	Estou satisfeito/a com a minha vida sexual	0	1	2	3	4

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

BEM-ESTAR EMOCIONAL		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GE1	Sinto-me triste	0	1	2	3	4
GE2	Estou satisfeito/a com a maneira como enfrento a minha doença	0	1	2	3	4
GE3	Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença	0	1	2	3	4
GE4	Sinto-me nervoso/a	0	1	2	3	4
GE5	Estou preocupado/a com a ideia de morrer	0	1	2	3	4
GE6	Estou preocupado/a que o meu estado venha a piorar	0	1	2	3	4

BEM-ESTAR FUNCIONAL		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GF1	Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa)	0	1	2	3	4
GF2	Sinto-me realizado/a com o meu trabalho (inclusive em casa)	0	1	2	3	4
GF3	Sou capaz de sentir prazer em viver	0	1	2	3	4
GF4	Aceito a minha doença	0	1	2	3	4
GF5	Durmo bem	0	1	2	3	4
GF6	Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	0	1	2	3	4
GF7	Estou satisfeito/a com a qualidade da minha vida neste momento	0	1	2	3	4

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
B1	Sinto falta de ar	0	1	2	3	4
B2	Sinto-me insegura com a forma como me visto	0	1	2	3	4
B3	Tenho inchaço ou dor em um ou ambos os braços	0	1	2	3	4
B4	Sinto-me sexualmente atraente	0	1	2	3	4
B5	Sinto-me incomodada com a queda do cabelo	0	1	2	3	4
B6	Fico preocupada com a possibilidade de que outros membros da minha família um dia tenham a mesma doença que eu	0	1	2	3	4

B7	Fico preocupada com o efeito do “stress” (estresse) sobre a minha doença	0	1	2	3	4
B8	Sinto-me incomodada com a alteração de peso	0	1	2	3	4
B9	Consigo sentir-me mulher	0	1	2	3	4
P2	Sinto dores em algumas regiões do meu corpo	0	1	2	3	4
Q6	Em que seio foi a sua operação? (2) Esquerdo; (2)Direito					
B10	Sinto dor ao mover o meu braço deste lado	0	1	2	3	4
B11	A extensão de movimentos do meu braço deste lado é limitada	0	1	2	3	4
B12	Sinto dormência no meu braço deste lado	0	1	2	3	4
B13	Sinto rigidez no meu braço deste lado	0	1	2	3	4

Anexo B – Questionário Dash Brasil**Disfunções do braço, ombro e mão****Instruções**

Esse questionário é sobre seus sintomas, assim como suas habilidades para fazer certas atividades.

Por favor, responda todas as questões baseando-se na sua condição na semana passada.

Se você não teve a oportunidade de fazer uma das atividades na semana passada, por favor, tente estimar qual resposta seria a mais correta.

Não importa qual mão ou braço você usa para fazer a atividade; por favor, responda baseando-se na sua habilidade independentemente da forma como você faz a tarefa.



DASH Brasil

Xrfale, A.G.; Araújo, P.M.P.; Ferraz, M.B. and Natour, J.

© IWH 2003. All rights reserved.

Disfunções do braço, ombro e mão

Meça a sua habilidade de fazer as seguintes atividades na semana passada circulando a resposta apropriada abaixo:

	Não houve dificuldade	Houve pouca dificuldade	Houve dificuldade média	Houve muita dificuldade	Não consegui fazer
1. Abrir um vidro novo ou com a tampa muito apertada.	1	2	3	4	5
2. Escrever.	1	2	3	4	5
3. Virar uma chave.	1	2	3	4	5
4. Preparar uma refeição.	1	2	3	4	5
5. Abrir uma porta pesada.	1	2	3	4	5
6. Colocar algo em uma prateleira acima de sua cabeça.	1	2	3	4	5
7. Fazer tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão).	1	2	3	4	5
8. Fazer trabalho de jardinagem.	1	2	3	4	5
9. Arrumar a cama.	1	2	3	4	5
10. Carregar uma sacola ou uma mala.	1	2	3	4	5
11. Carregar um objeto pesado (mais de 5 kg).	1	2	3	4	5
12. Trocar uma lâmpada acima da cabeça.	1	2	3	4	5
13. Lavar ou secar o cabelo.	1	2	3	4	5
14. Lavar suas costas.	1	2	3	4	5
15. Vestir uma blusa fechada.	1	2	3	4	5
16. Usar uma faca para cortar alimentos.	1	2	3	4	5
17. Atividades recreativas que exigem pouco esforço (por exemplo: jogar cartas, tricotar).	1	2	3	4	5
18. Atividades recreativas que exigem força ou impacto nos braços, ombros ou mãos (por exemplo: jogar vôlei, martelar).	1	2	3	4	5
19. Atividades recreativas nas quais você move seu braço livremente	1	2	3	4	5

(como pescar, jogar peteca).					
20. Transportar-se de um lugar a outro (ir de um lugar a outro).	1	2	3	4	5
21. Atividades sexuais.	1	2	3	4	5

Disfunções do braço, ombro e mão

	Não afetou	Afetou pouco	Afetou Mediana mente	Afetou muito	Afetou Extrema mente
22. Na semana passada, em que ponto o seu problema com braço, ombro ou mão afetaram suas atividades normais com família, amigos, vizinhos ou colegas?	1	2	3	4	5
	Não limitou	Limitou pouco	Limitou medianamente	Limitou muito	Não conseguiu fazer
23. Durante a semana passada, o seu trabalho ou atividades diárias normais foram limitadas devido ao seu problema com braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5

Meça a gravidade dos seguintes sintomas na semana passada.	Nenhuma	Pouca	Mediana	Muita	Extrema
24. Dor no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
25. Dor no braço, ombro ou mão quando você fazia atividades específicas.	1	2	3	4	5
26. Desconforto na pele (alfinetada no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
27. Fraqueza no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5

28. Dificuldade em mover braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
	Não houve dificuldade	Pouca dificuldade	Média dificuldade	Muita dificuldade	Tão difícil que você não pode dormir
29. Durante a semana passada, qual a dificuldade você teve para dormir por causa da dor no seu braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
30. Eu me sinto menos capaz, menos confiante e menos útil por causa do meu problema com braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5

Por favor, circule o número que melhor descreve sua habilidade física na semana passada. Você teve alguma dificuldade para:						
		Fácil	Pouco difícil	Dificuldade média	Muito difícil	Não conseguiu fazer
T1_____	1. uso de sua técnica habitual para seu trabalho?	1	2	3	4	5
T2_____						
T3_____	2. fazer seu trabalho usual por causa de dor em seu braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
T4_____						
	3. fazer seu trabalho tão bem quanto você gostaria?	1	2	3	4	5
	4. usar a mesma quantidade de tempo fazendo seu trabalho?	1	2	3	4	5

Anexo C – Parecer do Comitê de ética

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Efeitos tardios do câncer de mama e os reflexos no viver de mulheres

Pesquisador: Juliana Lessmann Reckziegel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 97727018.6.0000.5368

Instituição Proponente: Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.887.984

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa e quantitativa, como projeto de dissertação do Programa de Mestrado em Ambiente e Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

A presente pesquisa tem como objetivo geral: Compreender os efeitos tardios do tratamento de câncer de mama e os reflexos no viver de mulheres mastectomizadas.

Objetivo específicos: Traçar o perfil sócio demográfico de mulheres que passaram pelo tratamento do CA de mama e realizaram mastectomia; Avaliar a funcionalidade do ombro, braço e mão de mulheres para elucidar os efeitos tardios do tratamento do CA de mama com mastectomia; Compreender os elementos do viver cotidiano de mulheres, que passaram pelo tratamento do CA de mama com mastectomia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos deste estudo ficam no âmbito do emocional. Frente ao risco de potencial desconforto será realizado atendimento pelas pesquisadoras, que são profissionais de saúde e, se houver necessidade, será agendado atendimento gratuito no setor de atendimento em Psicologia da Uniplac. Os pesquisadores comprometem-se em realizar os encaminhamentos formais dos participantes do estudo ao serviço de apoio, sem ônus para o participante. Como benefícios, destaca-se que esta pesquisa estará contribuindo para melhor compreender a realidade das

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário

CEP: 88.509-900

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1086

E-mail: cep@uniplaclages.edu.br

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE - UNIPLAC



Continuação do Parecer: 2.887.984

mulheres que passaram pelo tratamento do CA de mama e o impacto deste tratamento em seu viver cotidiano. Como benefícios aos participantes, aponta-se que após o encerramento da entrevista/aplicação de questionários, será oportunizado momento para discussão e resolução de dúvidas relacionadas ao tratamento do câncer, considerando que as profissionais envolvidas neste projeto são da área da saúde e com experiência no tema em questão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está adequadamente descrito e contempla os requisitos da resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendência.

Considerações Finais a critério do CEP:

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e preposições, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP. Qualquer alteração deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa. O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 466/2012.

- a) Desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP. Interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1211574.pdf	03/09/2018 19:40:42		Aceito
Projeto Detalhado	projeto_CEP.pdf	03/09/2018	Juliana Lessmann	Aceito

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário

CEP: 88.509-900

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1086

E-mail: cep@uniplaclages.edu.br

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



Continuação do Parecer: 2.887.984

/ Brochura Investigador	projeto_CEP.pdf	19:40:13	Reckziegel	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	03/09/2018 19:39:15	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.docx	03/09/2018 19:39:05	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Outros	questionarios.docx	03/09/2018 19:38:46	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/09/2018 19:38:24	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromisso_pesquisador.png	03/09/2018 19:38:08	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao.png	03/09/2018 19:37:52	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	03/09/2018 19:37:42	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	03/09/2018 19:37:33	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LAGES, 11 de Setembro de 2018

Assinado por:
Odila Maria Waldrich
(Coordenador)

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE¹

(Resolução 466/2012 CNS/CONEP)

A Sra. está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa intitulado **“EFEITOS TARDIOS DO TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA E OS REFLEXOS NO VIVER DE MULHERES MASTECTOMIZADAS”**.

O objetivo deste trabalho é “avaliar efeitos tardios do tratamento de câncer de mama e os reflexos no viver de mulheres mastectomizadas”. Para realizar o estudo será necessário que a Sra. se disponibilize a participar da aplicação de questionários e de uma entrevista com o áudio gravado, previamente agendada à sua conveniência. Participarão desta pesquisa 30 mulheres que passaram pelo tratamento do câncer de mama e que realizaram a mastectomia e os tratamentos para o câncer.

Para a instituição e para sociedade, esta pesquisa servirá como parâmetro para avaliar os reflexos do tratamento do Câncer de Mama no viver de mulheres mastectomizadas. Os riscos da pesquisa podem ser de ordem emocional, e se estes ocorrerem, serão solucionados/minimizados com a oferta de atendimento gratuito pelo Serviço de Psicologia da Universidade do Planalto Catarinense, sendo encaminhado pela pesquisadora e ofertado de forma gratuita.

Em virtude das informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, serão garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, do qual a Sra. receberá uma cópia. Os benefícios da pesquisa são colaborar para o desenvolvimento de conhecimentos na área.

A Sra. terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou

¹ Novo modelo proposto pelo CEP Uniplac em abril de 2018.

parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estaremos disponíveis através dos telefones: Adriana: (49)999861419 ou Juliana: (49)991623838, ou pelo endereço Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC, Av. Castelo Branco, 170, Mestrado em Ambiente e Saúde, sala 3112. A senhora também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense UNIPLAC, Av. Castelo Branco, 170, bloco 1, sala 1226, Lages SC, (49) 32511086, e-mail: cep@uniplaclages.edu.br.

Desde já agradecemos!

Eu _____(nome por extenso) declaro que após ter sido esclarecido (a) pelo(a) pesquisador(a), lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa.

Assinatura do Participante

Lages, ____ de _____ de 2018.

Adriana Jaqueline Anacleto

Prof.^a Dr.^a Juliana C. Lessmann Reckziegel

Msc. Adriana Jaqueline Anacleto (49) 999861419 E-mail: adrianaanacleto@me.com

Dra. Juliana C. Lessmann Reckziegel (49) 991623838 E-mail: julianalessmann@gmail.com

Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC, Av. Castelo Branco 170, Mestrado em Ambiente e Saúde, sala 3112.

Apêndice B – Questionário de Coleta de Dados

Prezada participante, forneça as informações abaixo:

1	Id.1	Código:
2	Id.2	Endereço:
		CEP:
3	Id.2.1	Bairro:
4	Id.3	Telefone:
5	Id.4	Data de nascimento: Idade:
6	Id.5	Estado Civil/ Estado Marital (0) Solteira (1) Casada/ morando (2) Separada/ divorciada (3) Viúva
7	Id.6	Informe o número de filhos que a senhora teve:
8	Id.7	Qual a sua escolaridade? (0) Não frequentou a Escola (5) Superior incompleto; (1) 1.º Grau incompleto (6) Superior Completo; (2) 1.º Grau completo (7) Pós-Graduação; (3) 2.º Grau incompleto (8) Mestrado; (4) 2.º Grau completo (9) Doutorado
9	Id.8	Você está empregada? (0) Sim; (1) Não
10	Id.8.1	Qual sua profissão: Local de trabalho: Ocupação atual:
11	Id.8.2	Qual era sua profissão: Local de trabalho: Ocupação anterior:
12	Id.9	Qual a renda da sua família? (0) Até 01 Salário mínimo (3) De 05 a 15 Salários Mínimos (1) De 01 a 03 Salários mínimos (4) + de 15 Salários mínimos (2) De 03 a 05 Salários Mínimos
13	Id.10	Onde está localizada sua habitação? (0) Urbana (1) Rural
14	Id.10.1	Sua habitação é: (0) Própria; (1) Alugada; (2) Financiada
15	Id.10.2	Quantos cômodos há em sua casa?
16	Id.11	Quantas pessoas residem em sua casa (incluindo você):

Agora vamos falar sobre câncer de mama:

17	Id.12	Em que data recebeu o diagnóstico inicial?
18	Id.13	Qual o estadiamento do seu câncer? Não sabe informar ()
19	Id.14	No momento do tratamento possuía algum convênio de saúde? (0) SUS; (1) Convênio privado; (2) Particular.
20	Id.14.1	Realizou o seu tratamento por qual convênio de saúde (0) SUS; (1) Convênio privado; (2) Particular.

21	Id.14.2	Em relação ao convênio usado em seu tratamento, a senhora considera: (0) Satisfeita; (1) Parcialmente satisfeita; (2) Insatisfeita.
22	Id.14.3	Atualmente por qual convênio de saúde realiza seus tratamentos de saúde? (0) SUS; (1) Convênio privado; (2) Particular.
23	Id.15	Atualmente está realizando algum tratamento referente ao câncer de mama? (0) Sim (1) Não
24	Id.15.1	Se sim, qual?
25	Id.16	Qual convênio de saúde está utilizando para realizar este tratamento? (0) SUS; (1) Convênio privado; (2) Particular.
26	Id.17	Qual tipo de cirurgia foi realizada?
27	Id.17.1	Realizou reconstrução da mama? (0) Sim (1) Não
28	Id.17.1	Quando realizou a reconstrução?
29	Id.18	Você realizou algum tipo de reabilitação? (0) Sim (1) Não
30	Id.18.1	Se sim, Qual?
31	Id.19	Apresenta algum outro diagnóstico de doença crônica degenerativa? (0) Sim (1) Não
32	Id.19.1	Se sim, Qual?
33	Id.20	Está usando alguma medicação para o tratamento da mama?
34	Id.20.1	Se sim, Qual?
35	Id.21	Recebeu orientações sobre cuidados com o lado operado? (0) Sim (1) Não
36	Id.21.1	Se sim, Qual?
38	Id.22	A Senhora apresentou alguma recidiva do câncer? (0) Sim (1) Não
39	Id.22.1	Se sim, Qual?
37	Id.23	Nos últimos 12 meses, a Senhora teve marido, noivo, namorado, ou qualquer outro tipo de relacionamento amoroso? (0) Sim (1) Não (2) Não sabe informar
40	Id.23.1	Algum destes relacionamentos durou um mês ou mais? (0) Sim (1) Não (2) Não sabe informar
41	Id.24	A Senhora se mantém ativa sexualmente? (0) Sim (1) Não (2) Não sabe informar
42		A Senhora apresenta ou percebe algum efeito tardio do tratamento do câncer de mama?

Apêndice C – Roteiro Semiestruturado para a Entrevista

Questões

Destaca-se que a entrevista privilegia o diálogo livre, ou seja, o entrevistado poderá dialogar conforme vontade e necessidade.

1. Como era a sua vida antes da descoberta do câncer de mama?
2. Como é a sua vida após o tratamento do câncer de mama?
3. Como você se sente em relação ao seu corpo atualmente?

Apêndice D – Artigo Científico

O Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde prevê a em seu regimento a necessidade de anexar o artigo científico que será enviado para a publicação ao corpo da Dissertação, conforme segue:

**EFEITOS TARDIOS DO TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA
E OS REFLEXOS NO VIVER DE MULHERES MASTECTOMIZADAS**

Adriana Jaqueline Anacleto
Juliana Cristina Lessmann Reckziegel

RESUMO: O Câncer de mama se caracteriza por ser uma das doenças de agravo crônico não transmissível (DANT), relacionada a fatores multicausais e que se desenvolve de forma silenciosa e progressiva e o estadiamento em que a doença é detectada, determina a forma como o tratamento será conduzido. A trajetória do conhecimento dos aspectos enfrentados pela mulher que passou pelo tratamento de câncer de mama é amplo e por vezes subjetivo. Nesta perspectiva, considera-se como pergunta de pesquisa: Quais os efeitos tardios do tratamento de câncer de mama e quais os reflexos no viver de mulheres mastectomizadas? Visando ampliar o conhecimento acerca desta condição, tem como objetivo: Compreender os efeitos tardios do tratamento de câncer de mama e os reflexos no viver de mulheres mastectomizadas. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa e quantitativa, realizado na cidade de Lages (SC). A amostra foi composta por 30 mulheres que passaram pelo câncer de mama, tendo completado um ciclo de tratamento. Foram recrutadas utilizando a técnica “bola de neve”, sendo a coleta de dados operacionalizada por meio de entrevista qualitativa com áudio gravado e aplicação dos questionários com informações sociodemográficas e de saúde, questionário FACT-B+4 e DASH Brasil, que avalia disfunções de braço, ombro e mão, considerando sintomas e habilidades vinculadas à estas estruturas. Para a análise foi realizada estatísticas descritivas e inferenciais e análise de Conteúdo de Bardin, por meio do software Atlas.Ti 8.0. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, com parecer n. 2.887.984, sendo respeitados aspectos éticos previstos na Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde. Aponta-se que a maioria das mulheres era casada, com relações sociais afetivas no último mês e que perduravam nos últimos 12 meses, destas a maioria era ativa sexualmente. A maioria com renda familiar entre 5 a 15 salários mínimos, vivendo em casa própria, com média de 9.5 (± 2.8) cômodos e média de 2.3 (± 1.11) pessoas vivendo neste domicílio. Foram evidenciadas correlações estatisticamente significativas entre disfunções braço, ombro e mão de mulheres com CA de mama, entre o escore Dash e os resultados da escala Fact B nos domínios físico, funcional e preocupações adicionais. Por meio da análise qualitativa foi possível identificar cinco categorias: Refletindo sobre a vida antes do diagnóstico: descuidado de si; Descoberta do diagnóstico; Estreitando o caminho entre o diagnóstico e o tratamento; Reflexos no viver: reconhecendo as dificuldades relacionadas ao tratamento, Reflexos no viver: vencendo o câncer. As mulheres apresentavam dificuldade de aceitar a possibilidade do diagnóstico, parte pelas mudanças que este acarreta nas suas vidas e, por vezes, pela dificuldade da compreensão da complexidade do processo vivenciado.

Palavras-Chave: Mulheres. Câncer de Mama. Reabilitação. Fisioterapia. Dor relacionada ao câncer. Linfedema relacionado a Câncer de Mama.

INTRODUÇÃO

O Câncer de mama se caracteriza por ser uma das Doenças de Agravamento Crônico não Transmissível - DANT, (DUNCAN et al., 2012) relacionada a fatores multicausais, que se desenvolve de forma silenciosa e progressiva, e o estágio em que a doença se manifesta ou é detectada, determina a forma do tratamento, sendo que quanto mais precocemente, melhor o prognóstico. Os procedimentos no tratamento do câncer de mama podem ser de abordagem, conservadora, preservadora ou podem gerar disfunções físicas, teciduais e funcionais, que tornam necessária a reabilitação oncológica (GIACON et al., 2013).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, sobre a percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas no Brasil, estudo auto referido, apresentou que 1,8% das pessoas de 18 anos ou mais (2,7 milhões de adultos) referiram diagnóstico médico de câncer no Brasil, sendo que a região Sul apresentou o mais alto percentual, com 3,2%. Dentre os tipos de câncer, o de mama foi relatado com 39,1% e colo do útero com 11,8%, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013).

O câncer de mama é uma doença que se diferencia por sua clínica e morfologia, de abrangência multifatorial, sendo mais importantes os destacados: fatores biológicos; genéticos; endócrinos; vida reprodutiva; comportamento e estilo de vida; envelhecimento; fatores relacionados à história de vida reprodutiva da mulher; histórico de casos de câncer na família; fatores histológicos como densidade do tecido mamário, compõem os principais fatores de risco para desenvolver câncer de mama (GUERRA et al., 2005; INUMARU, et al., 2011).

Outros fatores também apresentam risco: etilismo/consumo excessivo de álcool; excesso de peso; sedentarismo e exposição à radiação ionizante, dentre outros (NATIONAL BREAST CANCER FOUNDATION, INC, 2016).

A idade constitui um dos mais importantes fatores de risco. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos. Após essa idade, o aumento ocorre de forma mais lenta, o que reforça a participação dos hormônios femininos na etiologia da doença. Entretanto, o câncer de mama em mulheres jovens apresenta características clínicas e epidemiológicas distintas, existem características bem diferenciadas entre as mulheres mais jovens e as mais velhas. Quando surge em mulheres mais jovens, é mais agressivo e apresenta uma alta taxa de presença da mutação dos genes específicos relacionados ao câncer de mama (COELHO et al., 2018).

Os efeitos tardios do tratamento de câncer de mama podem afetar a vida da mulher em diversos aspectos, podendo levar a alterações temporárias ou permanentes (CAMPBELL et

al., 2012), que podem estar ligadas a aspectos físicos funcionais, limitações dos movimentos do braço, acometimento da função respiratória por comprometimento muscular funcional, dor ou medo da realização de movimentos, o risco do aparecimento do linfedema, que se caracteriza por uma insuficiência da cadeia linfática e, conseqüentemente, a presença de acúmulo de líquido extracelular, proteínas plasmáticas, produtos do transporte linfático deficitário. Este transporte deficitário apresenta risco de gerar complicações, como: linfangite, erisipela, linfangeosarcoma, síndrome dolorosa pós-mastectomia, dentre outras (FABRO et al., 2016). Também pode ocorrer alterações na imagem corporal, impactos psicológicos e na autoestima, interferência na vida social, familiar, comunitária, impactos na autoimagem, psicológicos, enfim de várias maneiras o viver das mulheres pode ser afetado. Viver com o câncer ou cuidar de alguém com o câncer promove diversas mudanças no núcleo familiar e pode gerar sentimentos de impotência, tristeza e insegurança (MILLENA, 2008).

Com este embasamento teórico, foi proposta uma pesquisa que revela a trajetória e vivência de um grupo de mulheres voluntárias, tendo como objetivo: levantar o perfil sociodemográfico de mulheres em tratamento de CA de mama e avaliar os efeitos tardios e a funcionalidade de seus ombros, braços e mãos.

MÉTODO

Pela abrangência e complexidade do estudo, optou-se por um estudo descritivo de abordagem qualitativa e quantitativa. A técnica aplicada foi pesquisa de campo com a utilização dos instrumentos: questionários DASH Brasil, FACT-B+4, e ainda a inserção direta com os sujeitos da pesquisa por meio de entrevistas semiestruturada. Foi realizado na cidade de Lages (SC), sendo uma pesquisa de campo desenvolvida em locais públicos da cidade, não vinculados a uma instituição específica.

Com relação aos serviços de saúde, a cidade possui Atenção Básica Integrada ao Sistema Único de Saúde, com 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município e 49 Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando uma população de 156,727 mil habitantes que, conforme informações do sistema de Lages G-mus, o município tem um total de 43,553 mil famílias cadastradas, sendo 23,510 mil crianças e 105,887 mil adultos, totalizando 129.397 pessoas acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município (IBGE, 2010). Com relação à rede de Atenção Secundária e Terciária, possui duas clínicas de atendimento às pessoas com Câncer que realizam procedimentos cirúrgicos e clínicos, além de que possuir uma unidade de assistência de alta complexidade em oncologia.

A população da pesquisa foi composta por uma amostra de 30 mulheres que passaram pelo tratamento de CA de mama com mastectomia, tendo completado um ciclo do tratamento clínico adjuvante há mais de seis meses, e domiciliadas em Lages.

Quanto ao aspecto quantitativo, justifica-se o número da amostra pois, quando temos um $n^{\circ} \geq 30$ sujeitos experimentais constituindo a amostra, se obtêm uma distribuição de probabilidade aproximadamente normal (ARANGO, 2009). Quanto ao aspecto qualitativo, reconhecem como elemento norteador a densidade das informações, observado pelo ponto de saturação dos dados para o encerramento do recrutamento de novos participantes (BARDIN, 2011).

Foram selecionadas as participantes seguindo os seguintes critérios de inclusão: Ser mulher maior de idade; ter encerrando um ciclo do tratamento clínico adjuvante há mais de seis meses; ser domiciliadas em Lages; desejar aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão foram considerados: Não ser mulher ou menores de idade; estar em tratamento clínico adjuvante do primeiro ciclo de tratamento; não ser domiciliadas em Lages; não desejar aceitar participar da pesquisa e/ou não assinar o TCLE

Para a coleta de dados A pesquisadora realizou uma busca no município, convidando mulheres voluntárias elegíveis para o estudo a participar da pesquisa. O convite foi feito de forma impressa, e de forma oral e em reuniões de mulheres que tiveram câncer de mama. Também foram recrutadas mulheres utilizando a técnica intitulada “bola de neve”, quando uma participante indica a outra (POLIT, BECK, 2011). Foram realizadas entrevistas e aplicação de questionários, em domicílio, conforme horário acordado entre pesquisadora e participantes; em alguns casos foi mais conveniente às participantes a coleta de dados realizada no local de trabalho das entrevistadas, bem como em ambientes que possibilitaram a privacidade das entrevistadas.

A coleta de dados foi iniciada com a aplicação de questionário contendo informações sociodemográficas e de saúde, seguida da aplicação da entrevista com roteiro semiestruturado, com áudio gravado, sendo posteriormente transcrito em formato Word, e na sequência foram aplicados pela pesquisadora os seguintes questionários: primeiro, o questionário FACT-B+4, traduzido para o português e validado para pacientes com câncer de mama, desenvolvido pelo Dr. David Cella e disponibilizado pela Facit.org. Avalia os seguintes domínios: Bem-estar físico, com sete questões; bem-estar social e familiar, com sete questões; Bem-estar emocional, com seis questões; Bem-estar funcional, com sete questões; Preocupações adicionais, com 14 questões de múltipla escolha e uma para definir qual a mama afetada pelo CA. As

questões de múltipla escolha fornecem as seguintes opções: Nem um pouco; Um pouco; mais ou menos; Muito; Muitíssimo. Fornecendo grau de intensidade de 0 a 4, considerando o menor equivalente à resposta “nem um pouco” e o maior relativo à resposta “muitíssimo”.

O segundo questionário foi o DASH Brasil, que avaliou disfunções de braço, ombro e mão, considerando sintomas e habilidades vinculadas a estas estruturas. Foi desenvolvido para o Brasil por Orfale, Araújo, Ferraz e Natour. Avalia os seguintes domínios: Possui 30 questões de múltipla escolha acerca das habilidades e sintomas relacionados ao braço, ombro e mão, com escores de 1 a 5, considerando a sequência: “não houve dificuldade, houve pouca dificuldade, houve dificuldade média, houve muita dificuldade, não conseguiu fazer”. Quatro questões que avaliam habilidades e sintomas relacionados ao braço, ombro e mão durante a prática de esportes; Quatro questões que avaliam habilidades e sintomas relacionados ao braço, ombro e mão durante o trabalho;

Não foi realizado qualquer procedimento invasivo ou intervenção de qualquer natureza. Ao final da coleta de dados, era solicitado à participante a indicação de outra mulher que estivesse vivenciando o processo de viver com o Câncer de Mama, sendo anotados os contatos para a realização da entrevista seguinte, conforme prevê a técnica “bola de neve” (POLIT, BECK, 2011).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, com Parecer n.º 2.887.984, sendo respeitados aspectos éticos previstos na Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados quantitativos foram registrados em uma planilha de Microsoft Excel®, e posteriormente realizadas as estatísticas descritivas. Para variáveis categóricas foram identificadas as frequências relativas e absolutas, já para variáveis numéricas foram calculadas as médias, desvio-padrão, medianas, mínimo e máximo. Foram realizadas Correlações de Pearson entre o escore FactB Bem-estar físico e o escore Dash, e entre o escore FactB bem-estar preocupações adicionais e o Escore Dash. Foram realizadas Correlações de Spearmann entre os escores: FactB bem-estar social/familiar X Dash; FactB bem-estar emocional X Dash; FactB bem-estar funcional X Dash. Para avaliação das correlações, optou-se pelo intervalo de confiança de 95%.

A análise dos dados qualitativos foi realizada utilizando-se da Análise de Conteúdo de Bardin, que consiste na leitura exaustiva dos dados, codificação considerando unidades de significado e categorização por meio do agrupamento de códigos similaridades e divergentes (2011). Foram realizadas 30 entrevistas qualitativas, com duração média de 40 minutos. Todas foram transcritas para arquivo textual utilizando o Microsoft Word®, perfazendo 252

páginas de texto em fonte Times New Roman tamanho 12, espaço 1,5. Todas as entrevistas foram submetidas à codificação utilizando o Software Atlas.Ti, versão Student 8.0. Foram identificados cerca de 50 novos códigos em cada entrevista.

Após a codificação completa, realizou-se a fase de categorização, com auxílio do Atlas.Ti e de processos manuais para o agrupamento dos códigos por divergências e similaridades. O processo analítico considerou a saturação de dados em cada categoria, sendo que ao total foram evidenciadas cinco categorias. Foi elaborado um quadro síntese, contendo os elementos em destaque de cada categoria, sendo amplamente descritos posteriormente com a apresentação de trechos marcantes dos dados primários (entrevistas). Todo o processo seguiu os pressupostos de Bardin (2011), que enfatiza a leitura exaustiva para a compreensão, a interpretação e a síntese das informações por meio da codificação e categorização dos dados.

RESULTADOS

Participaram do estudo 30 mulheres, aponta-se que a maioria delas era casada (16), com relações sociais afetivas no último mês (21) e que perduravam nos últimos 12 meses (21); destas, a maioria era ativa sexualmente (18). A maioria com renda familiar entre 5 a 15 salários mínimos (16), vivendo em casa própria (25), com média de 9.5 (± 2.8) cômodos e média de 2.3 (± 1.11) pessoas vivendo neste domicílio, sendo que os resultados estão descritos nas tabelas a seguir.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos de mulheres que passaram pelo tratamento de câncer de mama – Lages – 2019

Descrição da variável	n	%
Estado Marital/ Estado civil		
Casada/morando junto	16	53,33
Separada/Divorciada	6	20,00
Solteira	5	16,67
Viúva	3	10,00
Escolaridade		
1º grau incompleto	2	6,67
1º grau completo	1	3,33
2º grau incompleto	2	6,67
2º grau completo	4	13,33
Superior incompleto	5	16,67
Superior completo	8	26,67

Descrição da variável	n	%
Pós-graduação	7	23,33
Mestrado	1	3,33
Exercício laboral atual		
Sim	11	36,67
Não	19	63,33
Renda familiar		
De 1 a 3 SM	6	20,00
De 3 a 5 SM	7	23,33
De 5 a 15 SM	16	53,33
Mais de 15 SM	1	3,33
Propriedade da habitação		
Própria	25	83,33
Alugada	2	6,67
Financiada	3	10,00
Região de habitação		
Urbana	30	100,00
Número de filhos		
0	6	20,00
1	9	30,00
2	12	40,00
3 ou mais	3	10,00

Fonte: Dados primários, 2019.

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico de mulheres que passaram pelo tratamento do câncer de mama – Lages – 2019

Descrição da variável	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	54.43	9.86	56.00	33.00	70.00
Número de cômodos da casa	9.53	2.87	10.00	4.00	15.00
Número de pessoas que residem na casa	2.30	1.12	2.00	1.00	4.00
Tempo de diagnóstico (anos)	5.63	3.87	4.25	1.00	16.50

Fonte: Dados primários, 2019.

Tabela 3 - Informações referidas pelas mulheres acerca do tratamento do câncer de mama – Lages – 2019

Descrição da variável	n	%
Estadiamento do câncer autorreferido		
Não sabe informar	17	56,67
III	2	6,67

Descrição da variável	n	%
II	10	33,33
I	1	3,33
Uso de plano de saúde no momento do tratamento inicial		
SUS	15	50,00
Convênio Privado	13	43,33
Misto (SUS e privado)	2	6,67
Satisfação com o convênio utilizado para o tratamento		
Satisfeita	27	90,00
Parcialmente satisfeita	3	10,00
Mama operada		
Direita	17	56,67
Esquerda	12	40,00
Bilateral	1	3,33
Tipo de cirurgia realizada (autorreferida)		
Quadrantectomia	13	43,33
Mastectomia radical	10	33,33
Mastectomia + esvaziamento axilar	4	13,33
Quadrantectomia + esvaziamento axilar	3	10,00
Reconstrução da mama em casos de mastectomia radical ou mastectomia + esvaziamento axilar (n=14)		
Sim	9	64,29
Não	5	35,71
Realização de reabilitação pós-operatória		
Sim	16	53,33
Não	14	46,67
Descrição da reabilitação pós-operatória (n=16)		
Fisioterapia	12	75,00
Fisioterapia pós-operatória	2	12,50
Fisioterapia em oncologia	1	6,25
Drenagem linfática	1	6,25
Recebeu orientações de cuidado com o lado operado		
Sim	27	90,00
Não	3	10,00
Recidiva de CA		
Sim	4	13,33

Descrição da variável	n	%
Não	26	86,67

Fonte: Dados primários, 2019.

Tabela 4 - Cuidados com a saúde após a cirurgia de mamas – Lages – 2019

Variável	n	%
Convênio que utiliza para os cuidados em saúde atuais		
SUS	14	46,67
Convênio privado	13	43,33
Misto (SUS e particular/convênio)	3	10,00
Realiza tratamento específico para o câncer de mama na atualidade		
Sim	21	70,00
Não	9	30,00
Tratamento atual para o câncer de mama (n=21)		
Medicação	13	61,90
Acompanhamento Clínico	2	9,52
Fisioterapia	2	9,52
Fisioterapia + medicação	2	9,52
Fisioterapia + acompanhamento clínico	1	4,76
Medicação + Fisioterapia + Acompanhamento clínico	1	4,76
Convênio utilizado p/ o tratamento atual do câncer de mama (n=21)		
SUS	10	47,62
Convênio privado	8	38,10
Particular	2	9,52
SUS e Particular	1	4,76
Uso atual de medicação para tratamento da mama		
Sim	16	53,33
Não	14	46,67
Descrição do tratamento adjuvante (n=16)		
Tamoxifeno	10	62,50
Anastrozol	5	31,25
Isometa/anastrozol	1	6,25
Presença de doença crônico-degenerativa		
Sim	15	50,00
Não	15	50,00
Descrição da doença crônico-degenerativa (n=15)		
Hipertensão	6	40,00

Variável	n	%
Osteoporose	2	13,33
Alteração na Tireoide	1	6,67
Artralgia e tendinopatia	1	6,67
Diabetes	1	6,67
Fibromialgia, artrose, asma, osteoporose	1	6,67
Fibrose pulmonar, após radioterapia	1	6,67
Hipotireoidismo	1	6,67
Insuficiência cardíaca e alteração na tireoide	1	6,67

Fonte: Dados primários, 2019.

Tabela 5 - Relações sociais e afetivas de mulheres que passaram pelo tratamento do câncer de mama – Lages – 2019

Variável	n	%
Relação afetiva/marital nos últimos 12 meses		
Sim	21	70
Não	9	30
Duração superior a 30 dias dos relacionamentos afetivos		
Sim	21	70
Não	9	30
NA (não sabe)		
Atividade sexual		
Sim	18	60
Não	12	40
Satisfação com a vida sexual (ativas sexualmente n=18)		
Nem um pouco	1	5,56
Um pouco	1	5,56
Mais ou menos	3	16,67
Muito	7	38,89
Muitíssimo	5	27,78
Não respondeu	1	5,56
Satisfação com a vida sexual (inativas sexualmente n=12)		
Nem um pouco	1	8,33
Um pouco	1	8,33
Mais ou menos	1	8,33
Muito	3	25,00
Muitíssimo	2	16,67
Não respondeu	4	33,33

Fonte: Dados primários, 2019.

Tabela 6 - Relatos de efeitos tardios do tratamento do CA de mama (n=59 efeitos relatados) – Lages – 2019

Efeito tardio relatado	n	%
Dor (braço e/ou mama)	12	21,05
Dores articulares	10	17,54
Restrição do movimento do braço	6	10,53
Alteração peso	6	10,53
Osteoporose	4	7,02
Alteração cognitiva	4	7,02
Linfedema	3	5,26
Rigidez da mama	3	5,26
Rede axilar	2	3,51
Alteração da lubrificação vaginal	2	3,51
Linfangite	1	1,75
Tendinopatia	1	1,75
Menopausa precoce	1	1,75
Alteração da tireoide	1	1,75
IC	1	1,75
Cefaleia	1	1,75
Fibrose pulmonar	1	1,75

Fonte: Dados primários, 2019.

Tabela 7 - Avaliação FactB por domínio e Dash em mulheres que passaram por tratamento para o câncer de mama – Lages – 2019

Descrição da variável	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
FactB bem-estar físico	6.06667	5.03733	4.50000	0	18.00000
FactB bem-estar social/ familiar	22.66667	5.20830	24.00000	6.00000	28.00000
FactB bem-estar emocional	6.63333	3.39861	6.00000	3.00000	19.00000
FactB bem-estar funcional	21.46667	4.52376	22.50000	11.00000	28.00000
FactB bem-estar preocupações adicionais	22.50000	8.53694	21.00000	9.00000	40.00000
Dash - Disfunções do braço, ombro e mão	26.40000	19.61105	22.00000	0	71.00000

Fonte: Dados primários, 2019.

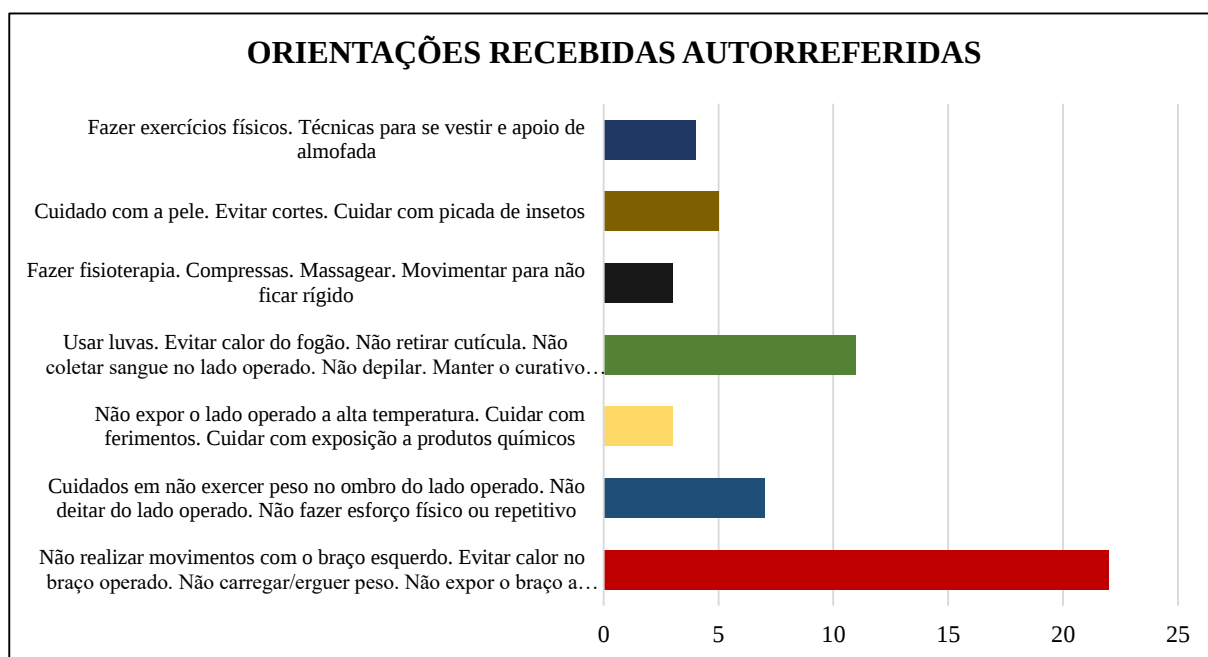
Tabela 8 - Correlação dos escores FactB por domínio e Dash em mulheres que passaram por tratamento para o câncer de mama – Lages – 2019

Descrição da variável	Correlação	p-valor
FactB bem-estar físico X Dash	Coeficiente r de Pearson 0.711455	0.0000053*
FactB bem-estar social/ familiar X Dash	Coeficiente r de Spearman -0.188245	0.1595781
FactB bem-estar emocional X Dash	Coeficiente r de Spearman 0.258746	0.0836953
FactB bem-estar funcional X Dash	Coeficiente r de Spearman -0.520481	0.0015961*
FactB bem-estar preoc. adicionais X Dash	Coeficiente r de Pearson 0.769907	0.0000003*

Fonte: Dados primários, 2019.

A partir da questão: Recebeu orientações sobre cuidados com o lado operado?, verificamos a frequência das orientações a seguir:

Gráfico 2 - Orientações recebidas autorreferidas



Fonte: Dados primários, 2019.

As correlações acima descritas apontam que existe relação entre disfunções do braço, ombro e mão de mulheres com CA de mama, evidenciados pelo escore Dash e os resultados da escala Fact B nos domínios físico, funcional e preocupações adicionais.

Além das informações quantitativas, foram realizadas entrevistas qualitativas, a fim de compreender com mais profundidade os impactos do CA de mama no viver de mulheres. Estas foram transcritas e analisadas segundo os pressupostos de Bardin (2011), sendo evidenciadas cinco categorias, apresentadas no quadro síntese e descritas detalhadamente a seguir:

Quadro 1 – Síntese das categorias evidenciadas na análise de dados – Lages – 2019

Categoria 1 - Refletindo sobre a vida antes do diagnóstico: descuidado de si
• Faziam exames preventivos; • Vida agitada e exposição ao estresse cotidiano; • Dedicção extrema ao trabalho/atividades domésticas como prioridade; • Deixando de cuidar de si (alimentação e exercícios) para cuidar do bem-estar da família; • Culpando-se por não ter cuidado de si antes de descobrir o CA.
Categoria 2 - Descoberta do diagnóstico
• Inicialmente a vida mudou para pior; • Reconhecendo a necessidade de mudar o estilo de vida (horários, cuidado com a alimentação,

com o corpo e a realização de atividades físicas); • Negação ou demora para aceitar o diagnóstico (certeza de que não iria acontecer comigo, tendo em vista o estilo de vida); • Negação da gravidade do diagnóstico e retorno às atividades laborais precocemente; • Retardo na realização de exames; • Medo: preocupação com o longo caminho que terá que percorrer.
Categoria 3 - Estreitando o caminho entre o diagnóstico e o tratamento
• Busca de informações para compreender e participar ativamente das decisões do tratamento; • Reconhecendo que as informações previnem complicações decorrentes do cuidado inadequado de si; • Participação da equipe de saúde no fornecimento de informações acerca da doença; • Assistência em saúde: reconhecendo a dualidade entre a ajuda fornecida e o descuido (atenção médica atenta e fornecendo informações X lentidão no acesso aos serviços, atrasos nas consultas, falta de orientações acerca dos cuidados; • Choque ao reconhecer a realidade dos serviços de saúde; • Despertando para as atividades de voluntariado como forma de auxiliar outras pessoas a enfrentar este processo.
Categoria 4 - Reflexos no viver: reconhecendo as dificuldades relacionadas ao tratamento
• Dores tornando o dia-a-dia mais difícil; • Medo da morte: receio de não conseguir superar; • Conflitos no relacionamento marital; • Pensamentos negativos relacionados à expectativa do futuro; • Necessidade de realizar tratamentos invasivos e dolorosos: cirurgia, radioterapia e quimioterapia; • Redução da autonomia e repercussões no trabalho; • Medo de recaídas e recidivas da doença; • Fisioterapia auxiliando na reabilitação.
Categoria 5 - Reflexos no viver: vencendo o câncer
• Resgatando a vontade de viver; • Despertando a vontade de cuidar de si (melhora significativa da autoestima, despertando um maior cuidado com a aparência); • Espiritualidade, fé, amigos e apoio familiar para ajudar a conseguir forças e continuar lutando; • Ressignificando os problemas da vida: “livrando-se” de elementos estressores, abrindo mão do que causa problema, mudando conceitos acerca dos pequenos fatos na vida; • Reconstituindo a mama e resgatando a feminilidade; • Retornando ao trabalho: retomando o sentimento de pertencimento e utilidade; • Valorizando-se, cuidando de si e sendo feliz.

Fonte: Dados primários, 2019.

Refletindo sobre a vida antes do diagnóstico: descuido de si

A maioria das mulheres relataram que faziam apenas os exames preventivos e davam pouca atenção a exames mais apurados, algumas delas por ainda não terem a idade recomendada, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, e outras pelo simples fato de não acreditarem que viriam a desenvolver o câncer de mama. Identificavam o cuidado com a saúde com a rotina de realizar exames e consultas médicas, dando pouca ênfase a um estilo de

vida mais saudável. A atenção e o cuidado eram voltados ao trabalho, à família e à casa, restando pouco tempo para o lazer e para o autocuidado.

Em período anterior à descoberta do câncer, a maioria das mulheres tinha dedicação extrema ao trabalho, sendo considerada como propósito de vida ideal e uma justificativa para a dificuldade com o autocuidado, inclusive repercutindo na dificuldade de realizar a fase inicial do tratamento, como consultas, biópsias e os demais elementos envolvidos.

Suas vidas familiares eram agitadas e tinham dedicação extrema ao trabalho, com um nível de comprometimento elevado, o que, por consequência, as expunha em um quadro de stress, e ainda preocupavam-se exageradamente com os outros, deixando o cuidado de si em segundo plano. Em alguns casos, as mulheres afirmavam que foi melhor acontecer com elas do que com outro familiar (filho(a) ou marido). Tais afirmações podem ser observadas nas falas a seguir:

Se foi, e até agora não durmo direito, dois anos. Mas eu, nossa! Eu aceitei assim, se fosse uma filha, um filho com uma doença que eu não possa fazer nada e eu veja eles sofrer. Assim sou eu e aceitei numa boa. (E5).

Eu era muito voltada para o trabalho, trabalho, trabalho, trabalho, eu lembro que eu fiz a primeira biópsia e até o médico queria que eu ficasse mais tempo parada em função da atividade. E eu disse, não, de jeito nenhum, eu tenho muitos pacientes marcados. Eu não me dava esse tempo, não era ruim, mas me chama atenção porque hoje mudou (E2).

Eu lembro que minhas prioridades sempre eram as outras pessoas, eu sempre tinha que estar fazendo o que era preciso fazer, como mãe, como esposa, como filha, como irmã, eu precisava estar atendendo as necessidades das pessoas, eu sentia isso como uma responsabilidade muito grande, qualquer coisa que eu não cumprisse eu me sentia culpada (E13).

Descoberta do diagnóstico

A descoberta do diagnóstico foi impactante na vida de todas as mulheres, houve momentos em que o medo e a angústia fizeram com que se preocupassem com o longo caminho a ser percorrido. Num primeiro momento, não se tinha clareza do tratamento, dos efeitos colaterais e nem tampouco das sequelas que poderiam ser vivenciadas. A demora em aceitar que tal diagnóstico estava presente em suas vidas, estava vinculada à dificuldade de compreender a sua complexidade, fazendo com que algumas delas retardassem a realização dos exames confirmatórios e buscassem esclarecimentos. Em algumas a presença de familiares e amigos foi necessária para que elas buscassem o diagnóstico e o tratamento médico especializado.

Em todas as entrevistas foi observado que o momento do diagnóstico foi um elemento que causou desconforto emocional intenso, muitas relataram desespero, angústia, depressão, choro, desorientação em relação à própria vida e o que aconteceria no futuro.

Relataram perceber a necessidade de mudança significativa em seu cotidiano, como o replanejamento familiar e profissional com um todo, adaptação às novas condições físicas e emocionais e o desenvolvimento de alguns hábitos de autocuidado que até então não tinham, sendo um processo difícil.

Algumas mulheres consideravam que, de acordo com o seu estilo de vida, seria improvável vir a desenvolver um câncer de mama. Ao descobrir o câncer de mama, acabavam culpando-se por não cultivar bons hábitos de vida, relatando que foram desatentas à alimentação e que não praticavam nenhum exercício ou atividade física, conforme destacado nas falas que seguem:

Eu tinha certeza que nunca ia acontecer comigo, eu caminhava todos os dias, nunca fumei, nunca bebi, amamenteei dois filhos por bastante tempo, só não fazia muitos exames preventivos de mama, ia sempre ao ginecologista e tal, mas eu não fazia mamografia todo ano não, eu tinha feito um ano antes uma mamografia que não acusou nada – por pedido do ginecologista – e não acusou nada, estava tudo tranquilo como sempre, eu estava bem, então minha vida era uma vida normal como a de uma pessoa que trabalhava (E7).

Olha, é horrível. Horrível não, foi tudo leve depois, mas a palavra câncer pesa de uma maneira sabe? Um horror, pesa muito, e eu já tinha tido casos na família no lado da minha mãe e no lado do meu pai, e eu ainda contava da minha que ela teve câncer em 1958, operou em Curitiba, retirou a mama toda, e foi morrer em 1972 do pulmão. (E21).

Estreitando o caminho entre o diagnóstico e o tratamento

As mulheres buscavam informações ao reconhecer que o diagnóstico traria uma nova realidade em suas vidas. As fontes de apoio foram os familiares, amigos e a equipe médica, auxiliando na compreensão do momento vivenciado. Assim, tornaram-se protagonistas no cuidado de si, buscando elementos para estar melhor diante das consequências do tratamento clínico.

Ao longo do tratamento foi possível conhecer o Sistema Único de Saúde, em especial os serviços dedicados ao atendimento das mulheres com o câncer de mama. Reconheciam a importância da agilidade nos processos, o avanço dos tratamentos e a qualidade da assistência prestada, como fundamentais para continuarem vivas. Por outro lado, ao tomarem dimensão da gravidade da doença viam urgência em sua condição, tornando-se descontentes com a len-

tidão e/ou ausência de alguns atendimentos, buscando alternativas, como a realização do tratamento em outras regiões ou ainda viabilizando o tratamento particular.

Essas experiências acarretaram o despertar da solidariedade, motivando as mulheres a auxiliar outras que vivenciavam situações semelhantes. Evidenciamos que as Redes Sociais foram utilizadas para a troca de informações sobre o tratamento, além de servirem como fonte de estímulo e conexão com outras pessoas. Grupos de oração de mulheres e de mães foram citados, além de ações como a escrita de livros e a realização de programas de rádio, sendo elementos que traziam sentimento de utilidade para o cuidado de outros e motivação para o cuidado de si, como pode ser melhor observado a seguir:

Eu acho que o que mais pesa pra nós, mulheres, é o medo do enfrentamento, de ouvir esse diagnostico que é o câncer, porque até então essa palavra pra maioria das pessoas era uma sentença de morte né, e hoje em dia não, todo esse avanço da medicina. Nas minhas orações do dia a dia peço sempre para que os médicos na área da pesquisa nunca abandonem esse tipo de trabalho porque isso vai refletir para nós, pacientes, quando a gente precisar no consultório médico. É a partir dessa pesquisa que eles fazem que nós vamos conseguir fazer nosso tratamento, então eu acho de extrema importância essa dedicação dos médicos (E20).

Eu pensava assim, tem que ter uma pesquisa em algum lugar, eu lia tese de mestrado de patologistas disso, daquilo, não li aquelas coisas superficiais que tem na internet, porque aquilo a gente tem que deixar de lado, porque diz assim, 7 meses de vida, 1 ano de vida, é... tem, tem como é que dizia assim, ah passa de um órgão pro outro muito rápido, primeiro lugar que vai ser é no pulmão e no cérebro e isso a gente tem que descartar. Eu participo de várias correntes pode se dizer, eu tenho uma Rede de Apoio no WhatsApp pra mulheres que estão entrando no diagnóstico, digamos, estão nas pesquisas, mas que estão indicando mais ao câncer de mama, e... então assim elas já tem algumas, elas já tem uma noção de que ela vai passar por um tratamento, enfim. Então eu tô trabalhando com essas pessoas. E faço parte do Projeto Laços de Vida e trabalho com palestras voluntárias, tudo que eu faço é voluntário. E assim... tenho, tenho me dedicado a essas pessoas principalmente no apoio à essas pessoas. (E10).

Fiz a biópsia. O que é bem terrível para fazer sentir muita dor, aí apareceu né ele disse que eu teria que fazer rapidamente a minha cirurgia e eu falei que eu não tinha dinheiro para fazer porque não tinha plano de saúde, as vezes que a gente poderia negociar, eu não vou poder te encaminhar pelo INSS porque tu vai ficar na fila eu não posso te garantir que já está bem tomado então quanto antes de fazer é melhor. Aí fizemos uma vaquinha aqui em casa, aí eu fiz a minha cirurgia, ele disse para mim que eu não tenho mais nada, mas aí eu fui encaminhada para fazer a quimioterapia 8 sessões e 25 radioterapia, uma vacina que eu fiz até maio desse ano e a minha sensação é que eu ia morrer... (E24).

A Deus, ao meu irmão, ao SUS, em nenhum momento eu fui mal atendida, fui super bem atendida, eu não digo que eu tive sorte, foi Deus, porque foi tudo rápido e eu consegui um tratamento rápido, eu fiquei em uma semana sabendo, na outra já estava encaminhada com o Doutor, foi tão rápido que eu não tive sofrimento, e eu consegui fazer todo o tratamento, então eu sou agradecida a Deus, a minha família e aos amigos que estiveram ali e me apoiaram, 'vamos, E25, vamos'. E todas as vezes que eu chorei foi sozinha, pra mim mesmo, e foi na radioterapia (risos) as radioterapias me apavoravam. (E25).

Reflexos no viver: reconhecendo as dificuldades relacionadas ao tratamento

Ao tomarem consciência do diagnóstico de câncer de mama, reconhecendo-o como uma condição “maligna”, veem na cirurgia, na quimioterapia e na radioterapia a possibilidade de sobreviver, mesmo tendo que conviver com todos os efeitos colaterais que causam.

Nesta etapa, vivenciam a angústia por reconhecerem as dificuldades que serão enfrentadas, apresentando um recorrente medo da morte, porém, entendem como “um sofrimento que vale a pena ser suportado”. As mulheres percebem que com a cirurgia, apesar de invasiva e potencialmente mutiladora, terão uma chance maior de se libertar do câncer de mama. O procedimento cirúrgico foi apontado como fator de modificação na estética que reflete na autoimagem e autoestima, além de afetar os movimentos gerando modificação postural, de autoimagem e emocionais, repercutindo nos afazeres cotidianos e laborais, destacando o medo de uma possível demissão em decorrência da ausência no trabalho e/ou perda da clientela.

O tratamento como um todo também causou abalo aos relacionamentos interpessoais, impactando negativamente na sexualidade, sendo relatado por duas mulheres como motivador do rompimento do casamento. Porém a maioria apontou a família e os amigos como fator de proteção e estímulo para o enfrentamento dos processos negativos.

O sentimento de proteção da mama operada, evitando potenciais acidentes foi relatado, estando vinculado ao medo de sair de casa e de realizar movimentos. Inicialmente a dor, o pensamento negativo, a tristeza e a falta de motivação são constantes, considerando que o tratamento de câncer de mama pode prolongar-se diante de possíveis recidivas, gerando ainda mais sofrimento.

O tratamento também foi apontado como um causador de efeitos colaterais que impactavam nas condições físicas, como o vômito, diarreia, constipação, baixa imunidade, alteração da sensibilidade, dores no corpo, insônia, queda de cabelo, queimaduras na pele (radiodermite), perda/ganho de peso, edema e linfedema no braço e na mama, problema cardíaco, perda do equilíbrio, perda de memória e alteração cognitiva.

No contexto das mudanças sofridas com o passar do tratamento, alguns sintomas vão desaparecendo ou modificando, sendo que as mulheres buscam por elementos que auxiliem nesse processo, como alternativas naturais e recursos que promovam o bem-estar e a recuperação do que foi afetado com o tratamento. A fisioterapia especializada no tratamento oncológico foi destacada como um dos recursos importantes no acompanhamento e na recuperação, auxiliando as mulheres a adaptar o seu viver e superar as dificuldades, conforme destacado nas falas:

Eu já era magra e quando eu fiz o tratamento fiquei sem imunidade, aí tinha que usar aquela mascarazinha, até poucos dias eu estava com peso bem abaixo, a nutricionista estava bem preocupada comigo (E24).

A aceitação né, pra mim eu estava tão bem, até psicologicamente, eu já tinha passado pela fase que eu fiz a radioterapia. Na radioterapia eu sofri bastante porque queimou toda a pele em baixo da axila. Eu achei a radioterapia pior do que a quimioterapia, pra falar a verdade, eu andava só de camisetinha não conseguia vestir nada. E quando eu melhorei, psicologicamente estava bem feliz, ia voltar pro trabalho, o médico me liberou e quando eu cheguei lá pedindo o meu jaleco, ela me disse, ‘não, senta aqui, vamos conversar’. Eu te digo, foi pior do que ler o diagnóstico do câncer. (E17).

Tinha vômito, eu sempre cuidei assim, cuidei um pouco do braço, depois a gente até esquece que fez aquela cirurgia. Eu até esqueço aquele tempo que eu passei assim, aí que voltou a inchar, mas assim, a hora que passou logo eu já fiquei fraca né, muita tontura, tinha hora que me ressecava o intestino, hora desandava outra hora ressecava e logo na cirurgia eu passei muita dor, muita dor, avermelhava muito a minha cirurgia e daí tive também quando foi operada, teve aquele que não venceu o líquido também, o médico teve que tirar aquilo lá mais de meio litro. (E4).

[...] estar com a Fisioterapeuta por tanta insistência dela né, em fazer um trabalho no meu braço esquerdo, o qual eu escondia nas fotos, com roupas, eu sempre estava escondendo, antes eu me defendia para as pessoas não baterem do meu lado esquerdo, depois, por um deslize, acabou tendo hematoma, né (linfedema). E aí chegou num limite que eu já não tinha mais. Doía, inchava, as pessoas perguntavam se ficava incômodo, ‘Por que disso?’, mas isso tudo é uma generosidade que as pessoas, eu no meu caso, vai conhecendo as pessoas que estão no teu caminho assim né, e eu que promovo muitas vezes a discussão da prevenção com as pessoas e nas próprias conversas de roda de salão, meu braço estava atrás, na parte atrás, nas costas, para que elas não me perguntassem por que ele estava inchado. Hoje já vou para as palestras e já vou dizer, olha: ‘Isso aqui é um trabalho que foi feito assim, assim, assado por insistência da minha fisioterapeuta (...)’ (E1).

Mudou muito, eu não consigo mais pintar, ler eu não consigo mais ler um livro até o final, eu adorava, mas isso acho que foi desde que meu marido se aposentou e ele ficava em casa, isso me atrapalhava, não consigo mais ler um livro até o fim. Tenho tela de pintura começada ponto cruz começado porque eu gosto muito, tenho crochê começado, uma variedade de coisas, quando eu quero eu pego, mas assim não como era antes, sabe? Uma coisa estranha, eu gostava de pegar e concluir. Eu mudei nesse sentido. (E21).

É, eu também vejo assim bem importante a parte da fisioterapia, porque o médico não me orientou nada assim, sabe? Quando em todas as cirurgias, aí não sei o que aconteceu que numa vez, em algumas vezes a fisioterapeuta não veio me visitar, mas na última vez ela veio, aí ela me explicou várias coisas, como que vai fazer pra trocar a minha roupa, tudo isso é assim, hoje eu ainda tenho dificuldade de levantar os braços pra trocar uma roupa, mas eu faço como ela me ensinou, entende? Então isso é bem importante, sabe? (E10).

Reflexos no viver: vencendo o câncer

Diante das dificuldades vivenciadas, observamos emergir o desejo de superar e de retomada da vida, tanto das atividades laborativas, quanto das relações sociais e afetivas. As mulheres apontaram que passaram a dar mais valor aos elementos importantes como a família, o cuidado do corpo, da mente e como vão dispor de seu tempo.

Neste processo, a fé mostrou-se como apoio importante, impulsionando a pensarem positivamente na conquista de uma vida melhor, mesmo considerando as sequelas. Passaram então a aprender a viver com a doença, superar a dor, vencer as sequelas, ressignificar os conceitos de beleza, aceitar-se e amar-se como são. Com o apoio recebido pela equipe de saúde, amigos, família e espiritualidade, as mulheres implementaram mudanças positivas em seu cotidiano, tais como: cuidados com a alimentação; entendendo o repouso como algo importante; valorizando a qualidade do sono; prática da atividade física; controle da preocupação exagerada com os outros e com pequenas coisas; redução significativa dos fatores que desencadeiam o *stress*; desenvolvimento da habilidade de dizer não; valorização da qualidade dos relacionamentos; e identificando e manifestando seus limites físicos e emocionais.

Ao tomar conhecimento da nova realidade de vida, que inclui mudanças significativas no cotidiano, desde as atividades domésticas e até mesmo na vida profissional e de autoestima, surgiram novas mulheres, mais comprometidas consigo mesmas, com mais amor próprio, conseguindo estabelecer novas metas de vida, amando-se cada vez mais e sendo felizes, de acordo com as falas seguintes:

Eu consegui tirar uma lição. Tantas pessoas não sobrevivem, então eu agradeço todos os dias por ter essa oportunidade de recomeçar novamente a minha vida, e Deus me deu essa outra chance né, então quero aproveitar o máximo e passar para as outras pessoas também, que a gente consegue tendo fé, esperança e a família acima de tudo, amigos. (E11).

O que é muito importante nessa hora é você ter fé, para você ter Deus contigo, porque se não fosse ele não adiantaria ninguém estar em volta, é uma força que vem Dele, não é da gente, porque a gente perde tudo, é tão ruim, é tão ruim, mas tão ruim e te faça é com esse tão ruim, que é só morrer, é só deitar e parece que a vida vai se esvair de tão ruim que é, mas esse Deus é maravilhoso e ele me deu força para suportar, e colocou esse anjo na minha vida. E meu marido, tadinho, ele estava ali, mas ele não podia fazer muita coisa, mas ele estava ali passando a mão na minha cabeça me dando apoio, queria que melhorasse, mas o mais importante é a fé sabe? Porque você perde tudo, você não consegue fazer uma oração, e você não consegue falar, você acha que não vai valer a pena mais nada, sabe? É a parte terrível, porque o que marca no ser humano é a parte ruim, a parte boa marca, mas você sempre vai lembrar do que é pior, infelizmente, mas a parte boa é você ter um Deus, porque Deus envia os anjos dele, os anjos vestidos de gente que eu digo. E a parte ruim é isso que você tem que passar para aquele processo, não tem como você escapar, a quimioterapia para mim foi a pior parte sabe? Eu perdi o cabelo... (E27).

A pessoa que tiver esse diagnóstico não pode se abater, não pode deixar a peteca cair, tem que ser forte, encarar, claro tem casos mais sérios, outros menos sérios, mais adiantados outros menos, mas sempre tem uma possibilidade, então, não desistir, ter fé em Deus e cumprir com aquilo que tem que ser feito fazer, as coisas como tem que ser. Não desistir né, é um tratamento demorado é cansativo a gente não se sente bem durante tratamento mas sempre tem uma possibilidade de você ficar bem, então você tem que ir atrás disso, não pode desistir sem tentar, é uma questão psicológica, você tem que estar muito firme na consciência que você pode ficar bem, não quer dizer que você vá ficar bem, mas tem essa possibilidade, você tem que lutar sempre, e entregar para Deus que você tem uma fé assim como eu, porque ele que sabe a hora da gente, ele nos deu a vida e ele pode tirar a hora que ele quiser, então a

minha vida está à disposição dele, estou pronta, se eu tiver que ir eu vou, entende? Mas não fico com isso na cabeça de que vou morrer, a hora que Deus quiser eu estou pronta pra ir. E se não for essa hora, ele vai me curar e me dar força pra aguentar tudo que tiver que passar, é isso que tem que pôr na cabeça. Pra mim, pelo menos. Importante para mim hoje ainda poder fazer alguma coisa, seria ruim se eu não pudesse fazer, dependência em tudo. A minha autonomia é importante eu poder fazer as coisas por mim mesma isso é importante pra mim. (E28).

DISCUSSÕES

O câncer de mama, por ser uma doença crônica acarreta em dificuldades de adaptação e de convívio (SIMEÃO et al., 2013), porém tem peculiaridades específicas, considerando sua gravidade e letalidade.

A literatura aponta que a descoberta do câncer da mama consiste em evento traumático e potencialmente causador de estresse e abalos no viver, sendo permeado pelo medo do desconhecido e da morte (ROSSI, SANTOS, 2003). Emergem sentimentos relacionados à mudança do corpo, quando as mulheres reconhecem não serem mais saudáveis como antes, entram em contato com a própria finitude e perdem a sensação de invulnerabilidade (ROSSI, SANTOS, 2003). O corpo anteriormente reconhecido como saudável passa a ter estigmas de doença, apresentando mudanças funcionais, dores e desconfortos que impactam no viver cotidiano, no trabalho, nas relações familiares, sociais e afetivas (PEREIRA et al., 2017).

Nos resultados evidenciamos que as mulheres apresentavam dificuldade de aceitar a possibilidade do diagnóstico, parte pelas mudanças que este acarretaria em suas vidas e, por vezes, pela dificuldade da compreensão da complexidade do processo vivenciado. Estes achados corroboram com uma pesquisa que aponta que as mulheres necessitam de suporte para ampliar os conhecimentos acerca do câncer de mama, contribuindo para que possam procurar os serviços e tratamentos precocemente, repercutindo no aumento de sobrevida e na redução dos agravos da doença (ROSA, RADUNZ, 2013; THULER, MENDONCA, 2005)

Nos resultados evidenciamos que muitas mulheres acreditavam que o câncer não ocorreria com elas, pois não identificavam elementos em seu viver que pudessem acarretar tal preocupação, de certa forma, por desconhecimento da condição multifatorial do CA e pelo estigma vinculado a doença, corroborando com demais estudos (GUERRA et al., 2005; INUMARU et al., 2011).

As autoras Rosa e Radünz (2013) apontam que dentre os motivos da demora entre o reconhecimento dos sintomas e a realização do tratamento estão as dificuldades de acesso aos serviços de saúde (destacando o agendamento com especialistas, realização de exames de

maior complexidade, obtenção de laudos técnicos, a espera por vagas para a realização de cirurgias e tratamentos mais específicos) e as percepções que as mulheres apresentam acerca da própria saúde (postergando a procura por assistência por considerar que os sintomas iniciais não são tão graves). Foi evidenciado nos resultados a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, quando algumas mulheres destacaram a necessidade de efetuar o pagamento particular de alguns exames e procedimentos em face da demora dos disponibilizados pelo SUS, motivado pelo medo do desconhecido que ampliava o desconforto da espera por procedimentos. Em contraponto, as usuárias do SUS relataram gratidão pelos serviços recebidos, destacando a atenção dos profissionais para a realização do tratamento, visto que a agilidade no diagnóstico interfere nas condutas terapêuticas (RÊGO, NERY, 2013; INCA, 2017; MEDEIROS et al., 2015). O uso do Sistema Único de Saúde, junto com a assistência suplementar em saúde destacou o amplo acesso das mulheres com CA ao tratamento. No Brasil o tratamento gratuito do CA é assegurado pelos princípios da universalidade e integralidade das ações em saúde vinculadas ao SUS, considerando que o tratamento precoce e adequado amplia as possibilidades de melhor prognóstico em relação ao tratamento do câncer de mama (INCA, 2017; MEDEIROS et al., 2015; RÊGO, NERY, 2013).

Algumas das mulheres que fizeram parte deste estudo apontaram que não levavam uma vida saudável, deixando de realizar atividades para o cuidado de si, como a realização de exercícios físicos, a realização de alimentação saudável, a manutenção de atividades de lazer e descanso, justificando tais ações à elevada carga de trabalho. A baixa realização de atividade física e maus hábitos alimentares estão cada vez mais frequentes no contexto da população, fato evidenciado pela crescente epidemia de obesidade, ampliação da ocorrência de doenças cardiovasculares e até mesmo do câncer (DUNCAN et al, 2012; GUERRA et al., 2005; JEMAL, 2014; JERÔNIMO et al., 2017).

Neste estudo as mulheres apontaram que a vida corrida dificultava o viver saudável, sendo que o estresse também foi apontado como presente na descoberta do CA e posterior necessidade de realização do tratamento, estando vinculado ao medo do desconhecido, da morte e das repercussões do tratamento no viver. O estresse é descrito na literatura como potencial causador de abalos que podem alterar a homeostase corporal, acarretando em doenças, sendo um fator de risco para a progressão do câncer (MYRTHALA et al., 2010). A ocorrência de estresse em pessoas com doenças crônicas está vinculado ao caráter duradouro da condição, da necessidade de tratamento constante e da pouca perspectiva de melhora (DUNCAN et al, 2012).

Apesar da média de idade observada ser de 54 anos, dados próximos ao encontrado em outros estudos (SOUSA et al., 2013; FABRO et al, 2012; SIMEAO et al., 2013) evidenciou-se que algumas das participantes do estudo eram jovens, em plena atividade laborativa e com muitas responsabilidades relacionadas à família. Estudo aponta que a ocorrência do câncer de mama em mulheres jovens, está fortemente vinculada a fatores hereditários, e com características biológicas mais agressiva, com maior frequência de características histopatológicas e piores prognósticos quando comparadas às mulheres acima dos 50 anos de idade (COELHO et al., 2018). A ocorrência de doenças crônicas em adultos jovens consiste em evento complexo, considerando que necessitam balizar as demandas sociais intensas com as necessidades de tratamento, considerando as percepções acerca da proximidade da finitude em tenra idade, estresse e emoções negativas (LOTTI et al., 2008).

Na presente pesquisa observamos que a família foi citada como elemento fundamental para suportar as adversidades inerentes ao tratamento do câncer, corroborando com a literatura que aponta que a família consiste em fonte de apoio para pessoas com câncer, ofertando suporte emocional e de cuidados (MAGALHÃES et al, 2013; PEREIRA et al., 2017).

Outro fator de destaque foi o trabalho, que ora apresentou-se como estressor e ora como fortalecedor da autoestima, da sensação de utilidade, superação de adversidades e pertencimento. Este achado corrobora com a literatura, que explana acerca do retorno ao trabalho, sendo que em alguns casos configura-se como fator de risco, quando não ocorrem ajustes nas condições laborais que geram dificuldades de adaptação física e emocional, e em outros casos torna-se fator de proteção por proporcionar a ampliação da renda familiar, a inserção por meio do ajuste no trabalho, servindo como apoio após o diagnóstico (LANDEIRO et al., 2018; ZOMKOWSKI et al, 2019; LOTTI et al., 2008)

Além dos elementos já citados, aponta-se como dificuldade a necessidade de realizar tratamentos potencialmente invasivos como a mastectomia e quadrantectomia e com possíveis efeitos adversos dos tratamentos adjuvantes. Nos resultados os principais efeitos tardios relatados foram: Dor (braço e/ou mama) (21,05%), dores articulares (17,54%), Restrição do movimento do braço (10,53%), Alteração peso (10,53%), Osteoporose (7,02%), Alteração cognitiva (7,02%), Linfedema (5,26%), Rigidez da mama (5,26%), Rede axilar (3,51%), Alteração da lubrificação vaginal (3,51%), Linfangite (1,75%), Tendinopatia (1,75%), Menopausa precoce (1,75%), Alteração da tireoide (1,75%), IC (1,75%), Cefaleia (1,75%), Fibrose pulmonar (1,75%). As mulheres referiram que estes efeitos tardios repercutem negativamente em seu viver, causando desconfortos e necessidades de mudanças/ adaptações em suas atividades, por vezes gerando limitações físicas e emocionais difíceis de suportar. Também relataram que

receberam orientações de cuidados com a mama e com o lado operado, sendo avaliados como compatíveis com os descritos na literatura (BERGMANN et al., 2006; FABRO et al., 2016.; NASCIMENTO et al., 2012, SOUSA et al., 2013, SIMEAO et al., 2013;

FIREMAN et al., 2007) Nesta perspectiva, a reabilitação em saúde foi destacada como algo essencial, trazendo bem-estar físico e social, possibilitando o reestabelecimento da autoestima e o retorno da qualidade de vida. A literatura aponta que a reabilitação fisioterapêutica pode contribuir positivamente para o viver de mulheres que passaram pelo câncer de mama, auxiliando a mulher a atingir uma condição física melhor, repercutindo em um sentimento de volta à normalidade e de recuperação da saúde abalada pelo câncer (PEREIRA et al., 2017; SIMEAO et al., 2013; SOUSA et al., 2013; JAMMAL et al., 2008; FIREMAN et al., 2018).

Destacamos que como em outros estudos a maioria das mulheres mantem-se sexualmente ativas 66%, sendo que das mulheres sexualmente ativas, 22,23% relatam estar pouco satisfeitas e 38% muito satisfeitas, e 40% referem não manter atividade sexual, porem destas 41,67% declaram estar satisfeitas com a sua vida sexual. Os achados se assemelham ao encontrado em outros estudos (PEREIRA et al., 2017; SIMEAO et al., 2013).

Com relação ao estadiamento auto-referido do câncer, a maioria das mulheres entrevistadas, 56,67% não souberam informar, qual o estadiamento do seu câncer no momento do diagnóstico.

No presente estudo destacamos que o escore de Dash foi de 26,40 (DP 19,61), sendo que na literatura encontramos escore pouco mais elevado de 27,07, possivelmente esta redução pode indicar um reflexo de que apenas 53,33% das mulheres, relatam terem realizado algum tipo de fisioterapia no processo de recuperação. Destacamos ainda que em nossa região não contamos com um serviço especializado em reabilitação oncológica, que atenda as mulheres em tratamento na fase pré-operatória e pós-operatória, e as acompanhe de forma direcionada e com reabilitação especializada do início do tratamento até a alta. O estudo revela também correlações entre disfunções braço, ombro e mão de mulheres com CA de mama, evidenciados pelo escore Dash e os resultados da escala Fact B nos domínios físico, funcional e preocupações adicionais (SOUSA et al., 2013).

Nos relatos das mulheres, a jornada de enfrentamento do câncer de mama é permeada por dificuldades que repercutem nos aspectos físicos, funcionais, emocionais, e financeiros, que levam a mulher a experimentar um período de perda da autonomia, necessitando de apoio familiar e da equipe de saúde. Emergem sentimentos negativos que vão se modificando ao longo do tempo, com o decorrer do tratamento e com a recuperação do bem-estar, sendo esta modificação auxiliada pela fé, espiritualidade, convívio familiar, retorno as atividades labo-

rais, adaptação as atividades da vida cotidiana, e por se perceber capaz de enfrentar e superar todas as barreiras vivenciadas durante o tratamento do câncer de mama, o que vai ao encontro dos achados da literatura (FIREMAN, et al., 2007; GIACON et al., 2013; LEAL et al., 2013; JAMMAL et al 2008; PEREIRA et al., 2017; SIMEAO et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2012).

CONCLUSÕES

Esta pesquisa vem somar-se a outros estudos com o objetivo de compreender os efeitos tardios do tratamento do CA de mama, e os reflexos no viver, no bem-estar e na funcionalidade de mulheres mastectomizadas.

A sua relevância se destaca ao trazer, neste recorte, conceituações de estudiosos da literatura da área e torna-se científica pela abrangência e envolvimento na realidade e subjetividade dos sujeitos participantes.

As mulheres pesquisadas mostraram-se com alterações nos campos físicos funcionais, com limitação nos movimentos dos braços, disfunções respiratórias e aparecimentos de linfedema que comprometem em grau elevado outras funções.

Entre as variáveis limitantes no estudo, podem ser citadas algumas mesmo que de forma subliminar, como: falta de acessibilidade a instituições legais e entidades congêneres; obstáculos culturais relacionados ao assunto CA, como o preconceito e a supervalorização dos estereótipos do belo, do perfeito e do normal.

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, deparou-se com os impactos sofridos pelas mulheres pesquisadas, que buscam a cada dia a sua sobrevivência e que, com boa vontade, participaram deste estudo, contribuindo para o universo da ciência. Sugere-se o aprofundamento e/ou novos recortes a partir deste tema.

REFERÊNCIAS

ARANGO, Héctor Gustavo. **Bioestatística Teórica e Computacional**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BERGMANN, Anke; RIBEIRO, Maria Justina Padula; PEDROSA, Elisângela; et al. **Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III / INCA**. Rev. Bras. Cancerologia, v. 52, n. 1, p. 97-109, 2006.

CAMPBELL, Kristin L.; PUSIC, Andrea L.; ZUCKER, David S., et al. A Prospective Model of Care for Breast Cancer Rehabilitation: Function. **Cancer**, v. 118, (8 Suppl), p. 2300-11, 2012 Apr 15.

COELHO AS.; SANTOS MAS.; CAETANO RI.; PIOVESAN CF.; FIUZA LA.; MACHADO RLD.; FURINI AAC. **Predisposição hereditária ao câncer de mama e sua relação com os genes BRCA1 e BRCA2: revisão da literatura**. Rev. Bras. de Análises Clínicas, v. 50, n. 1, p. 17-21, 2018.

DUNCAN, Bruce Bartholow; CHOR, Dóra; AQUINO, Estela M. L. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação**. Rev Saúde Pública, n. 46 (Supl), p. 126-34, 2012.

FABRO, E.A.N.; COSTA, R.M.; TORRES, D.M.; et al. **Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III/Instituto Nacional de Câncer**. Rev Bras Mastologia, v. 26, n. 1, p. 4-8, 2016.

FIREMAN, K. M.; MACEDO, F. O.; TORRES, D. M.; FERREIRA, F. O.; LOU, M. B. A. **Fisioterapia no Câncer de Mama Pós-Mastectomia**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 64, n. 4, p. 499-508, 2018.

GIACON, F.P., PEIXOTO, B.O., KAMONSEKI, D.H., SAMPAIO NETO, L.F.. **Efeitos do tratamento fisioterapêutico no pós-operatória de câncer de mama na força muscular e amplitude de movimento de ombro**. J Health Sci Inst., v. 31, n. 3, p. 316-319, 2013.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Qualidade de vida e desenvolvimento local**. Atlas Nacional do Brasil Milton Santos, Cap. 5. IBGE, 2010. <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=247603>. Acesso em: 12.03.2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE **Pesquisa Nacional de Saúde, Percepção do estado de saúde estilo de vida e doenças crônicas no Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em: 08.05.2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância.

Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.

INUMARU, Livia Emi; SILVEIRA, Érika Aparecida da; NAVES, Maria Margareth Veloso. **Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática.** Cad. Saúde Pública, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, 2011.

JAMMAL, Millena Prata; MACHADO, Ana Rita Marinho; RODRIGUES, Leiner Resende. **Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama / Fisioterapia en la rehabilitación de mujeres tratadas del cáncer de mama por cirugía.** O Mundo da Saúde v. 32, n. 4), p. 506-510, out.-dez. 2008.

JEMAL, A.; VINEIS, P.; BRAY, F.; TORRE, L.; FORMAN, D. **The Cancer Atlas.** Second Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society. 2014. Disponível em: <www.cancer.org/canceratlas>.

JERÔNIMO, Aline Ferreira de Araújo; FREITAS, Ângela Gabrielly Quirino; WELLER, Mathias. **Fatores de risco do câncer de mama e o conhecimento sobre a doença: revisão integrativa de estudos Latino Americanos.** Ciênc. saúde coletiva, v. 22, n. 1, p. 135-149, 2017.

LANDEIRO, L. C. G., GAGLIATO, D. M., FÊDE, A. B. **Return to work after breast cancer diagnosis: An observational prospective study in Brazil.** Cancer, v. 15, n. 124(24), p. 4700-471, 2018.

LEAL, N. F. B. S.; OLIVEIRA, H. F.; CARRARA, H. H. A. **Supervised physical therapy in women treated with radiotherapy for breast cancer.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 24, p. 2755, 2016.

LOTTI, Renata Cardoso Baracho; BARRA, Alexandre de Almeida; DIAS, Rosângela Correa, 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.

MAGALHÃES, Adriana Gomes; DANTAS, Diego de Sousa; Souza, Damião Ernane; et al. **Qualidade de vida e percepção de saúde em mulheres com relatos autorreferidos de câncer de mama na família.** Fisioterapia Brasil, v. 14, n. 4, 2013.

MEDEIROS, Giselle Coutinho; BERGMANN, Anke; AGUIAR, Suzana Sales de and THULER, Luiz Claudio Santos. **Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil.** Cad. Saúde Pública, v. 31, n. 6, p. 1269-1282, 2015.

MILLENA, J. **Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama.** O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 506-510, 2008.

MYRTHALA, M; SUSAN, K. L.; ANIL, K. S. **Impact of stress on cancer metastasis.** Future Oncol, v. 6, n. 12, p. 1863–1881, 2010.

NASCIMENTO, Simony Lira do; OLIVEIRA, Riza Rute de; OLIVEIRA, Mariana Maia Freire de and AMARAL, Maria Teresa Pace do. **Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo.** Fisioter. Pesqui., v. 19, n. 3, p. 248-255, 2012.

NATIONAL BREAST CANCER FOUNDATION, INC. **Risk Factors.** 2016 Disponível em: <<http://www.nationalbreastcancer.org/breast-cancer-risk-factors>>. Acesso em: 08.02.2018.

PEREIRA, Grazielle Batista; GOMES, Alice Madalena Silva Martins; OLIVEIRA, Riza Rute de. **Impacto do Tratamento do Câncer de Mama na Autoimagem e nos Relacionamentos Afetivos de Mulheres Mastectomizadas.** LifeStyle, v. 4 n. 1, 2017.

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

RÊGO, Ilmara Kely Pereira; NERY, Inez Sampaio. **Acesso e Adesão ao Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama Assistidas em um Hospital de Oncologia.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 59, n. 3, p. 379-390, 2013.

ROSA, Luciana Martins da and RADUNZ, Vera. **Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama.** Texto contexto - enferm., v. 22, n. 3, p. 713-721, 2013.

ROSSI, Leandra; SANTOS, Manoel Antônio dos. **Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama.** Psicol. cienc., prof. v. 23 n. 4 Brasília dez., 2003.

SIMEAO, S.F.A.P.; LANDRO, I.C.R.; De CONTI, M.H.S.; GATTI, M.A.N.; DELGALLO, W.D.; VITTA, A.. **Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama.** Ciênc. saúde coletiva, v. 18, n. 3, p. 779-788, 2013.

SOUSA, Elaine; CARVALHO, Flávia Nascimento; BERGMANN, Anke; et al. **Funcionalidade de Membro Superior em Mulheres Submetidas ao Tratamento do Câncer de Mama.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 59, n. 3, p. 409-417, 2013.

THULER, L. C. S.; MENDONCA, G. M. **Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras.** Rev Bras Ginecol Obstet. Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 656-660, nov., 2005.

ZOMKOWSKI, K; CRUZ DE SOUZA, B; MOREIRA, G. M., et al. **Qualitative study of return to work following breast cancer treatment.** Occupational Medicine, 2019.