

# *Fisioterapia em Oncologia: Vivências na Formação Universitária*

Hedioneia Maria Foletto Pivetta  
Luana Farias dos Santos  
Adriana Cielo  
(Organizadoras)



**GEAPON**

GRUPO DE ESTUDOS  
E PESQUISA  
EM ONCOLOGIA  
E SAÚDE DOS GÊNEROS

**Atena**  
Editora

Ano 2020

# *Fisioterapia em Oncologia: Vivências na Formação Universitária*

Hedioneia Maria Foletto Pivetta  
Luana Farias dos Santos  
Adriana Cielo  
(Organizadoras)



**GEAPON**

GRUPO DE ESTUDOS  
E PESQUISA  
EM ONCOLOGIA  
E SAÚDE DOS GÊNEROS

**Atena**  
Editora

**Ano 2020**

### **Editora Chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

### **Assistentes Editoriais**

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

### **Bibliotecário**

Maurício Amormino Júnior

### **Projeto Gráfico e Diagramação**

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremona

Karine de Lima Wisniewski

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

### **Imagens da Capa**

Shutterstock

### **Edição de Arte**

Luiza Alves Batista

### **Revisão**

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

## **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

## **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Linguística, Letras e Artes**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí  
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional  
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa  
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia  
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais  
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco  
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos  
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas  
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília

Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa  
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás  
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia  
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases  
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina  
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás  
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí  
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora  
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé  
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo  
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás  
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina  
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro  
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza  
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College  
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará  
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social  
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay  
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco  
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA  
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia  
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR  
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe  
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná  
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos  
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista



## Fisioterapia em oncologia: vivências na formação universitária

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira  
**Bibliotecário** Maurício Amormino Júnior  
**Diagramação:** Luiza Alves Batista  
**Edição de Arte:** Luiza Alves Batista  
**Revisão:** Os Autores  
**Organizadoras:** Hedioneia Maria Foletto Pivetta  
Luana Farias dos Santos  
Adriana Cielo

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

F537 Fisioterapia em oncologia [recurso eletrônico] : vivências na formação universitária / Organizadores Hedioneia Maria Foletto Pivetta, Luana Farias dos Santos, Adriana Cielo. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-5706-445-0  
DOI 10.22533/at.ed.450202809

1. Fisioterapia. 2. Oncologia. 3. Saúde. I. Pivetta, Hedioneia Maria Foletto. II. Santos, Luana Farias dos. III. Cielo, Adriana.

CDD 615.82

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

contato@atenaeditora.com.br

## AGRADECIMENTOS

Aos autores colaboradores que confiaram seus estudos e tornaram possível a realização dessa obra.

Aos docentes, profissionais e estudantes de Fisioterapia que se mostram empenhados e comprometidos com a saúde da mulher e, principalmente, do paciente oncológico, em todas as atividades desenvolvidas no ensino, na pesquisa e, principalmente na extensão universitária.

Aos pacientes e participantes das ações de pesquisa e extensão realizadas, por confiarem a sua vida a nós.

Aos colegas parceiros pesquisadores que confiaram a nós os seus estudos e suas produções de conhecimentos.

A Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Departamento e, principalmente ao Curso de Fisioterapia, pelas oportunidades criadas para o crescimento e desenvolvimento profissional e da ciência.

E, para refletir...

“Sem sonhos, a vida não tem brilho.

Sem metas, os sonhos não tem Alicerces.

Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais.

Sonhe, trace metas, estabeleça prioridades

e corra riscos para executar seus sonhos

Melhor é errar por tentar do que errar por omitir”.

Augusto Cury

## PREFÁCIO

A publicação desse livro retrata a realização de um desejo que vem sendo amadurecido há pelo menos cinco anos. Em 2015 nasce o Núcleo e Pesquisas em saúde da Mulher (NEPESM), vinculado ao Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Com o desejo de aprender cada vez mais, com base no compartilhamento de experiências, conhecimentos e estudos, o NEPESM vem desenvolvendo ações no âmbito da pesquisa e extensão e congrega entre seus membros profissionais, docentes, estudantes de graduação e pós-graduação, bem como estabelece parcerias com demais grupos de estudo do Estado do Rio Grande do Sul.

A organização dessa obra tem em sua gênese a linha do tempo que o NEPESM vem realizando no sentido de colaborar com a produção do conhecimento e a compreensão das questões relativas à saúde da mulher, especialmente na área da oncologia. Acredita-se, ainda, que o livro representa a oportunidade e realização de uma conquista que trás consigo o cotidiano de quem reflete, estuda, planeja e efetiva ações em saúde oncológica partindo da premissa de que aquilo que se produz calcado na ética e nos valores da ciência e do compromisso social precisa ser difundido e socializado com todos.

Hedioneia Maria Foletto Pivetta

## APRESENTAÇÃO

Apresentar a obra que coaduna os estudos e ações realizadas no campo de conhecimento da saúde da mulher e da oncologia impõe a necessidade de rememorar a caminhada que, embora curta, carrega consigo a intensidade da vida que acontece nas universidades do Brasil, aqui, remete-se a Universidade Federal de Santa Maria e demais Instituições parceiras dessa trajetória. No descortinar das atividades docentes, emergem ações que iniciam com a docência em saúde e avançam para a pesquisa e a extensão. Como um elo sem início, meio ou fim, o entrelaçamento dessas três dimensões do mundo acadêmico instiga a muitos questionamentos, indagações, reflexões e estudo.

Não obstante a inevitável indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, acredita-se que nenhum passo dado nessas entrelinhas está desvinculado do outro, uma vez que o ensino carece de informação que nasce da ciência, que se vincula com a vida cotidiana que tem sua vivência plena nas ações de extensão, e que retorna para o ensino. Assim, passar de consumidor a produtor de conhecimentos em uma via de dupla mão torna-se apenas uma consequência natural e prazerosa da jornada universitária.

Esse livro trata de uma temática em relevo na contemporaneidade e que tem assumido índices alarmantes tanto no contexto científico quanto empírico, as neoplasias. As altas taxas de prevalência e incidência do câncer, bem como as repercussões avassaladoras que o tratamento dessa patologia deixa para o indivíduo, família e comunidade alerta para a necessidade de se pensar na preservação da vida e na redução dos danos derivados do tratamento como um todo. Indiferentemente de qual seja o espectro que envolve a doença em si, propõe-se dialogar com os pares sobre a precisão da redução da morbimortalidade e melhora da qualidade de vida.

Diante disso, essa obra representa uma coletânea de artigos originais produzidos a partir da vivência no ensino e na extensão que originaram produtos que atendem as prerrogativas legais para que os resultados ascendam para o público de interesse. Os artigos científicos que compõem os dois capítulos, 1 e 2 da obra derivam das ações realizadas pelo NEPESM e suas parcerias e que retratam a congregação das três dimensões do mundo universitário ensino-pesquisa-extensão. Vinculam-se as produções ora apresentadas ao projeto de extensão “*Atenção Fisioterapêutica à Mulher Climatérica: Aspectos de uroginecologia e oncologia mamária*” (registro SIE nº 037948) que vem sendo desenvolvido desde setembro de 2014.

Destaca-se que coube aos organizadores desse livro reunir estudos que refletem a proposição das ações desenvolvidas desde 2014 e que resultou no arranjo que pode ser verificado na sequência de artigos apresentados. O capítulo 1 trás os estudos produzidos a partir das ações desenvolvidas<sup>1</sup> com os colaboradores das ações de ensino e da

---

1. Algumas coletas de dados foram realizadas em laboratórios de instituições parceiras da UFSM por necessidade de equipamentos especiais indisponíveis nos locais mencionados onde ocorreram as ações em saúde.

extensão que ocorrem no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), como dito anteriormente.

Espera-se que essa obra venha a contribuir com o olhar dos profissionais da saúde sobre a abordagem do paciente oncológico como um todo na busca pela qualidade e integralidade da atenção e, sobretudo, na melhoria das condições de vida dos mesmos no que tange a competência técnica produzida pelo estudo e pela produção do conhecimento traduzida no cuidado afetuoso e irrestrito daqueles que cuidam.

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1 .....1**

#### **CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS E TUMORAIS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

Adriana Cielo  
Luíza Zemolin Coletto  
Elenir Terezinha Rizzetti Anversa  
Melissa Medeiros Braz  
Gustavo do Nascimento Petter  
Hedioneia Maria Foletto Pivetta

**DOI 10.22533/at.ed.4502028091**

### **CAPÍTULO 2 .....14**

#### **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E REPRODUTIVAS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

Sabrina Ribas Freitas  
Gustavo do Nascimento Petter  
Thais Nogueira de Oliveira Martins  
Luana Farias dos Santos  
Sinara Porolnik  
Adriana Cielo  
Betina Pivetta Vizzotto  
Hedioneia Maria Foletto Pivetta

**DOI 10.22533/at.ed.4502028092**

### **CAPÍTULO 3 .....26**

#### **ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS**

Betina Pivetta Vizzotto  
Leticia Fernandez Frigo  
Hedioneia Maria Foletto Pivetta  
Gustavo Nascimento Petter

**DOI 10.22533/at.ed.4502028093**

### **CAPÍTULO 4 .....38**

#### **FATORES DE RISCO NO DESENVOLVIMENTO DE LINFEDEMA EM MASTECTOMIZADAS ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO CENTRO DO ESTADO DO RS**

Betina Pivetta Vizzotto  
Ana Paula Donato  
Hedioneia Maria Foletto Pivetta  
Melissa Medeiros Braz

**DOI 10.22533/at.ed.4502028094**

<b>CAPÍTULO 5 .....</b>	<b>47</b>
<b>APOIO SOCIAL, IMAGEM CORPORAL E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA</b>	
Ana Paula Donato Betina Pivetta Vizzoto Melissa Medeiros Braz	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4502028095</b>	
<b>CAPÍTULO 6 .....</b>	<b>60</b>
<b>INFLUÊNCIA DA TERAPIA ADJUVANTE SOBRE A FORÇA DO MEMBRO SUPERIOR DE MULHERES MASTECTOMIZADAS</b>	
Joana Hasenack Stallbaum Giovana Morin Casassola Hedioneia Maria Foletto Pivetta	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4502028096</b>	
<b>CAPÍTULO 7 .....</b>	<b>68</b>
<b>EXERCÍCIO FÍSICO NOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EM QUIMIOTERAPIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA</b>	
Graziana Oliveira Nunes Melissa Medeiros Braz Hedioneia Foletto Pivetta Suelen Braga Nascimento Sabrina Orlandi Barbieri Janina Lied Costa	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4502028097</b>	
<b>CAPÍTULO 8 .....</b>	<b>80</b>
<b>CÂNCER DE PRÓSTATA: ESTUDO SOBRE AS REPERCUSSÕES VIVENCIADAS PÓS-TRATAMENTO ONCOLÓGICO E O CUIDADO FISIOTERAPÊUTICO</b>	
Eliane Jaqueline Finger Mossmann Mauro Antônio Félix	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4502028098</b>	
<b>CAPÍTULO 9 .....</b>	<b>96</b>
<b>CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DEFISIOTERAPEUTAS EM CUIDADOS PALIATIVOS EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR PÚBLICA DO VALE DO RIO DOS SINOS</b>	
Valenca Lemes Grapiglia Mauro Antônio Félix	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4502028099</b>	
<b>SOBRE AS ORGANIZADORAS .....</b>	<b>113</b>

## CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS E TUMORAIS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

### **Adriana Cielo**

Fisioterapeuta; Mestre em Gerontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Luíza Zemolin Coletto**

Fisioterapeuta pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Elenir Terezinha Rizzetti Anversa**

Enfermeira M.Sc. da Secretaria Municipal de Saúde, Santa Maria, RS, Brasil.

### **Melissa Medeiros Braz**

Fisioterapeuta; Docente do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Gustavo do Nascimento Petter**

Fisioterapeuta; Mestre em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Hedioneia Maria Foletto Pivetta**

Fisioterapeuta; Docente do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

**RESUMO:** Objetivo: Investigar as características reprodutivas e tumorais de mulheres em tratamento para o câncer de mama e observar correlações entre elas. Materiais e métodos: Pesquisa de caráter secundário transversal retrospectivo. Realizada análise em prontuários de mulheres em tratamento para o câncer de mama, no setor de Arquivo de um Hospital Escola do Sul do Brasil, no período de 2008 a 2014. Análise estatística foi realizada pelo Software SPSS 10.0.

A normalidade dos dados foi feita pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Análise de correlação foi feita pelo teste de correlação de Pearson e de Spearman e a força de correlação foi definida pelo critério de Malina. O nível de significância adotado foi de 5%. Resultados: A média de idade no momento do diagnóstico foi de  $57,23 \pm 13,15$  anos, 56,43% tiveram pelo menos um filho, 6,81% eram nulíparas e 21,21% amamentaram. A média de idade da menarca foi de  $12,93 \pm 1,64$  anos, menopausa  $48,37 \pm 4,80$  anos, 1º gestação  $23,12 \pm 5,29$  anos e tempo de amamentação  $13,63 \pm 22,42$  meses. Quanto aos dados tumorais, o tamanho do tumor obteve média de  $2,94 \pm 2,57$  cm, sendo 79,5% tipo histológico ductal invasivo, 70,1% apresentou positividade para estrogênio e progesterona, 53,4% grau II e 28,8% estágio II. Quanto às correlações: Idade do Diagnóstico e Número de Gestações ( $R=0,285$ ), Tamanho do Tumor e Estágio ( $R=0,235$ ) e Tamanho do Tumor e Grau de Nottingham ( $R=0,222$ ). Conclusão: Acredita-se que as características reprodutivas da população em questão não são fatores determinantes para o desenvolvimento do tumor, podendo estar mais relacionado à idade avançada e a fatores extrínsecos e/ou ambientais. Das características tumorais analisadas, concluiu-se que a grande maioria da população apresentou tumores em graus e estádios iniciais, porém, com tamanho, considerado pela literatura, com pior prognóstico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Neoplasias da Mama; Características; Reprodutivas.



## 1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, a neoplasia mamária é um dos tipos tumorais que mais atinge as mulheres em todo o mundo (SILVA; RIUL, 2011). Nos países em desenvolvimento é a maior causa de morte por câncer e para o Brasil, em 2015, são esperados 57.120 novos casos de neoplasia mamária. O Rio Grande do Sul (RS) é o Estado que apresenta índices percentuais mais elevados de câncer de mama, quando comparado com outros estados brasileiros (INCA, 2017).

Na maioria dos casos, o diagnóstico do carcinoma mamário é estabelecido numa fase tardia, com diminuição das chances de cura, aumentando os casos em que a doença acaba disseminada em curto intervalo de tempo (MARINHO et al., 2002). Alguns pesquisadores acreditam que só será possível reduzir a mortalidade por esta doença com o diagnóstico precoce que identifique o tumor ainda pequeno, em estágio inicial (TUBIANA; KOSCIELNY, 1999).

Dentre os fatores de risco do câncer de mama, considerando as características reprodutivas da mulher, a menarca precoce e a menopausa tardia, bem como a nuliparidade e o primeiro parto em idade avançada, aumentam o risco da doença (MCPHERSON; STEEL; DIXON, 2000). Alguns fatores prognósticos para a sobrevida global em câncer de mama são: o tamanho do tumor, o *status* dos linfonodos e dos receptores hormonais, o grau histológico e a idade (PEDERSEN et al., 2004).

Portanto, tendo em vista os diversos fatores relacionados ao câncer de mama em mulheres e, considerando a relevância em conhecer informações desse grupo populacional, este estudo tem como objetivo investigar as características reprodutivas e tumorais de mulheres em tratamento para o câncer de mama em um Hospital Escola, bem como correlacionar a idade do diagnóstico com o e número de gestações, o tamanho do tumor com grau e estágio da doença.

Acredita-se que a identificação das características reprodutivas das mulheres e as características do tumor constituem-se em referencial relevante para o planejamento e implementação de estratégias e ações em saúde específicas para a patologia em questão. E que as informações levantadas com os dados do estudo servirão como referencial teórico científico para novas pesquisas e para repensar algumas práticas já instituídas e arraigadas na detecção, rastreamento e controle do câncer de mama no Brasil. Também para uma melhor atuação do fisioterapeuta, com um olhar clínico mais minucioso e abrangente, tanto na promoção como na prevenção e reabilitação, para com esse grupo de mulheres.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa é recorte de um estudo antecedente, que teve por objetivo caracterizar as mulheres com diagnóstico de câncer de mama no Município de Santa Maria. É um

estudo de caráter secundário transversal retrospectivo que seguiu os procedimentos de pesquisa conforme as Resoluções 196/96 e 466/12, da Comissão Nacional de Ética para Pesquisas envolvendo seres humanos.

Os dados foram coletados no setor de Arquivo de um Hospital Escola do Sul do Brasil, em prontuários de mulheres que estavam em tratamento para o câncer de mama no período de 2008 a 2014. A amostra do estudo foi composta por todas as mulheres que estiveram em tratamento para o câncer de mama no respectivo local e período, e que estavam cadastradas no banco de Registros Hospitalares de Câncer (RHC) do referido hospital até o último dia do ano de 2014, cumprimento da atribuição delegada ao Instituto Nacional do Câncer (INCA) no contexto da Política Nacional de Assistência Oncológica do Ministério da Saúde. Os dados oriundos dos RHC têm sido usados para aprimorar a assistência prestada aos pacientes com neoplasia maligna, pois traçam o perfil da clientela, evidenciam aspectos demográficos, mostram os recursos que são usados no diagnóstico e tratamento, acompanham a evolução da doença e o estado geral dos usuários ao longo do tempo. Também servem como subsídio para a elaboração de pesquisa clínica e trabalhos científicos (INCA, 2011).

Como critério de inclusão a mulher deveria ter diagnóstico conclusivo para o câncer de mama e residir no Município investigado. Foram excluídos do estudo prontuários médicos de mulheres com diagnóstico de câncer de mama, mas residentes em outros municípios que não Santa Maria e, ainda, prontuários com diagnóstico médico inconclusivo para a doença ou com outras patologias mamárias.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, conforme parecer número 370.708/2013, sobre CAAE nº 13491513.5.0000.5346. Através do termo de confidencialidade, os pesquisadores se responsabilizaram pelo compromisso da utilização dos dados e preservação do material com informações sobre os sujeitos.

Foi utilizado como instrumento de coleta um questionário elaborado e previamente validado para a pesquisa, composto por questões de caráter reprodutivo como menarca, menopausa, idade da primeira gestação, número de gestações e tempo de amamentação, bem como das características do tumor, como tamanho, o tipo histológico, positividade ou não para estrógeno e progesterona, o grau e o estágio no momento do diagnóstico. Para as correlações foram selecionadas apenas as questões de idade do diagnóstico, número de gestações, tamanho do tumor, estágio e grau do tumor no momento do diagnóstico.

Primeiramente os dados foram transcritos para o instrumento e depois foram tabulados através do Software Microsoft Excel, versão 2007, diariamente, bem como foram realizadas análises de monitoramento durante este processo. A análise estatística foi realizada através do Software SPSS 10.0 (Statistical Package for the Social Sciences Inc., Chicago, Estados Unidos). Inicialmente foram realizadas análises exploratórias univariadas, bem como a estatística descritiva. Para a verificação da normalidade dos dados foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Já para as análises de correlação foi utilizado o teste de correlação

de Pearson para as variáveis simétricas e o teste de correlação de Spearman para as assimétricas. A força de correlação entre as variáveis foi definida pelo critério de Malina (1996). O nível de significância adotado foi de 5%.

### 3 | RESULTADOS

Cabe ressaltar que os resultados apresentados são referentes aos dados encontrados nos prontuários analisados, pois alguns prontuários não apresentavam as informações desejadas. Integraram o estudo prontuários de 264 mulheres diagnosticadas com neoplasia mamária, que estavam em tratamento no período de 2008 a 2014. A média de idade e desvio padrão (DP) das mesmas no momento do diagnóstico foi de  $57,23 \pm 13,15$  anos, sendo que a mínima idade foi de 21 anos e a máxima foi de 89 anos.

Quanto aos percentuais apresentados, quando obtidos a partir do n total da amostra, denomina-se percentual absoluto. Já quando nos referimos como percentual relativo nas tabelas, este percentual foi calculado em relação somente aos prontuários que continham a informação em questão.

Em relação às características reprodutivas destas mulheres, como percentual absoluto, 06,81% delas eram nulíparas e 56,43% tiveram pelo menos um filho, sendo que 36,74% não apresentavam esse dado no prontuário. Quanto à amamentação, também a partir do percentual absoluto, 03,03% mães não amamentaram e 21,21% amamentaram, nos prontuários do restante das mulheres não continha a informação sobre o aleitamento materno. As demais características reprodutivas coletadas estão apresentadas na Tabela 1.

<b>Características Reprodutivas</b>	<b>Média ± DP</b>	<b>n (%)</b>
Idade da Menarca (anos)	12,93 ± 1,64	139 (52,65)
Idade da Menopausa (anos)	48,37 ± 4,80	91 (34,47)
Idade 1ª Gestação (anos)	23,12 ± 5,29	76 (28,79)
Tempo de Amamentação (meses)	13,63 ± 22,42	53 (20,08)

Tabela 1- Características reprodutivas de mulheres com diagnóstico de câncer de mama.  
DP (desvio padrão); n (percentual absoluto).

Quanto às características tumorais, a média e DP do tamanho dos tumores foi de  $02,94 \pm 02,57$ cm, partindo do n de prontuários que informaram esse dado (n=245). Os dados quanto ao Tipo Histológico, Positividade quanto ao Receptor Hormonal, Grau e Estágio no momento do diagnóstico se apresentam na Tabela 2.

<b>Variáveis</b>	<b>n (%), (%)*</b>
<b>Tipo histológico</b>	
Ductal Invasivo	210 (79,50), (83,30)*
Lobular Invasivo	20 (7,60), (7,90)*
Invasivo Misto (ductal e lobular)	5 (1,90), (2,00)*
Mucinoso ou Colóide Invasivo	4 (1,50), (1,60)*
Ductal <i>in situ</i>	10 (3,80), (4,00)*
Ductal Papilífero	3 (1,10), (1,20)*
Não Informado	12 (4,50) -
<b>Positividade receptor</b>	
Positivo Estrogênio	38 (14,40), (15,40)*
Positivo Progesterona	1 (0,40), (0,40)*
Positivo Estrogênio e Progesterona	185 (70,10), (75,20)*
Negativo Estrogênio e Progesterona	22 (8,30), (8,90)*
Não Informado	18 (6,80) -
<b>Grau do tumor</b>	
Grau I	32 (12,10), (13,90)*
Grau II	141 (53,40), (61,30)*
Grau III	56 (21,20), (24,30)*
Grau IV	1 (0,40), (0,40)*
Não Informando	34 (12,90) -
<b>Estádio do tumor</b>	
Estádio I	42 (15,90), (23,50)*
Estádio II	76 (28,80), (42,50)*
Estádio III	41 (15,50), (22,90)*
Estádio IV	20 (7,60), (11,20)*
Não Informado	85 (32,20) -

Tabela 1 – Características tumorais de mulheres com diagnóstico de câncer de mama.  
n (percentual absoluto); (percentual relativo)\*

Encontrou-se correlação positiva fraca entre Idade do Diagnóstico e Número de Gestações, ou seja, quanto mais tarde a mulher teve o diagnóstico, mais filhos ela teve ( $p=0,000$  e  $R=0,285$ ). Outra correlação encontrada foi o Tamanho do Tumor e Estádio da doença, também se apresentou fraca e positiva, sendo que quanto maior o tamanho do tumor, maior o estágio ( $p=0,002$  e  $R=0,235$ ). Por fim encontrou-se correlação mais fraca entre o Tamanho do Tumor e Grau de Nottingham, ou seja, quanto maior o tamanho do tumor, maior o grau ( $p=0,001$  e  $R=0,222$ ).

## 4 | DISCUSSÃO

Neste estudo verificou-se que a média de idade no momento do diagnóstico foi de 57,2 anos, o que converge com a média de idade descrita pela literatura. Isso pressupõe pensar que a idade e o surgimento do tumor são variáveis que podem estar relacionadas. A análise da idade, segundo a literatura, permite verificar que esta é um dos principais fatores de risco para o câncer de mama, raro antes dos 35 anos de idade, apresentando uma incidência progressiva até 50 anos e aumentando de forma lenta após essa faixa etária (INCA, 2017). Sabe-se, contudo que nenhum fator de risco é tão importante quanto à idade para o desenvolvimento da neoplasia (MCPHERSON; STEEL; DIXON, 2000). Eidt, et al. (2011) encontraram um achado muito semelhante ao de nosso estudo, em que a mediana no momento do diagnóstico foi de 57,7 anos. Outros estudos também demonstraram que o surgimento do tumor tem alta prevalência após os 50 anos (LAUTER et al., 2014; MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2010).

Caberia o rastreamento preconizado a partir dos 50 anos, pois sabe-se que segundo rastreamento no Canadá, para cada 1.000 mulheres, entre 50 e 69 anos (mamografia bienal), 950 mulheres não terão câncer de mama, 45 terão câncer detectado pelo rastreamento, 15 terão diagnóstico no intervalo dos exames e 5 mortes serão evitadas com o rastreamento. Já entre os 40 e 49 anos (mamografia anual), 981 mulheres não terão câncer de mama, 16 terão câncer de mama detectado pelo rastreamento, 3 terão diagnóstico no intervalo dos exames e somente 1 morte será evitada com o rastreamento (INCA, 2011).

Quanto às características reprodutivas das mulheres, o presente estudo evidencia que a grande maioria delas (56,43%) tiveram pelo menos um filho, com média de idade da primeira gestação de 23 anos. O Inca (2017) evidencia que a nuliparidade e a primeira gestação após os 30 anos de idade são fatores de risco para desenvolvimento do câncer de mama, pois quanto mais tarde a mulher tiver seu primeiro filho, maior será a exposição aos hormônios que os tumores de mama, em grande parte, são dependentes, estrogênio e progesterona. Este fato nos levando a refletir que, quanto maior for o número de filhos, maior será a proteção para neoplasia de mama, pois durante a gravidez a mulher está menos exposta a esses hormônios (KOLLING; SANTOS, 2009).

Nosso achado vai ao encontro do estudo de Lauter et al. (2014), realizado no Centro de Alta Complexidade para o Tratamento do Câncer (CACON) do Hospital de Caridade de Ijuí, RS, Brasil, pois 88,2% das mulheres com câncer de mama não eram nulíparas, e ainda 94,4% delas tiveram seu primeiro filho antes dos 30 anos. O estudo de Matos, Pelloso e Carvalho (2010) em Maringá no Paraná, com um grupo de 439 mulheres entre 40 e 69 anos, identificou que apenas 6,8% nunca estiveram grávidas e a média de idade da primeira gestação foi de 20,4 anos. Logo pode-se dizer que a nuliparidade e ter o primeiro filho após os 30 anos parece não se constituir em fator isolado para ocorrência do câncer de mama.

Nosso estudo ainda evidenciou que 87,50% das mulheres que tiveram filho amamentaram em média 13,63 meses. Cabe ressaltar a fragilidade dos resultados referentes a essa variável, pois grande parte dos prontuários não estavam informados quanto a este dado. A prática da amamentação é apontada pelo World Cancer Research Fund (WCRF) e o American Institute for Cancer Research (AICR) (2009), como fator protetor para a neoplasia maligna de mama, considerando que a proteção contra o câncer de mama aumenta quanto mais prolongado for o tempo do aleitamento. Tal proteção ocorre por impedir o retorno do ciclo sexual, o que expõe a mulher às flutuações hormonais e à menstruação, diminuindo a exposição ao estrogênio endógeno (REA, 2004). Lauter et al. (2014), demonstraram em seu estudo que 90% das mulheres do grupo caso amamentaram, porém 74% destas por menos de 12 meses, e apenas 26,3% mais que 12 meses. Outros autores também obtiveram o mesmo resultado, onde mais de 70% das mulheres com câncer de mama tinham amamentado seus filhos (EIDT et al., 2011; MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2010; GONÇALVES et al., 2010).

Ainda em nosso estudo, observou-se como média de idade da menarca 12,93 anos. Estudos sugerem que ter a menarca precoce ( $\leq 12$  anos) e/ou menopausa tardia ( $\geq 55$  anos) também revela risco para o câncer, pois assim sendo, essa mulher ficaria mais tempo exposta aos hormônios, e estes, por sua vez, poderão estar associados ao surgimento da doença (INCA, 2011; INCA, 2002). Quanto mais ciclos ovulatórios, maior a exposição da mulher ao estrógeno, sendo, portanto, maior o potencial de alterações genéticas e consequentemente, o desenvolvimento da neoplasia mamária (BONFIM et al., 2009; PASCALICCHIO; FRISTACHI; BARACAT, 2001).

Um estudo caso-controle de Felden e Figueiredo (2011), em Porto Alegre (RS), com 100 mulheres constatou que mais de 70% das mulheres com câncer de mama não tiveram menarca precoce. O estudo de coorte retrospectivo aninhado em um estudo caso-controle de Höfelmann, Anjos e Ayala (2014), realizado em Joinville (SC), com 170 mulheres, identificou que 80% delas tinham menarca após os 12 anos de idade, o que se assemelha ao nosso estudo. Já o estudo exploratório e descritivo de Arruda et al. (2015), realizado em unidade básica de saúde de município da região sul do Maranhão, com 40 mulheres, demonstrou que mais de 50% da sua amostra apresentou menarca precoce, indo de encontro aos nossos dados.

A menopausa tardia também não se apresentou em nossos achados, onde a média para menopausa foi de 48,37 anos. O estudo de Lauter et al. (2014), em seu grupo caso de 102 mulheres, vai ao encontro de nossos achados, pois demonstra que 59% destas mulheres tiveram menopausa antes dos 50 anos. Outras pesquisas também destacam que mais de metade das mulheres com câncer de mama em seus estudos não apresentavam menopausa tardia (BONFIM et al., 2009; MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2010; GONÇALVES et al., 2010; EIDT et al., 2011). Podemos assim dizer que tanto a menarca precoce quanto a menopausa tardia não se constituíram também como fatores de risco

isolados para a neoplasia mamária.

Em se tratando do tipo histológico desses tumores, das mulheres analisadas, 79,50% apresentaram carcinoma ductal invasivo e, o segundo tipo mais frequente foi carcinoma lobular invasivo com 7,6% dos casos. Semelhante aos nossos achados, estudo de Guerra et al. (2009), tiveram como resultado mais frequente o tipo histológico ductal invasivo com 83,5% dos casos, seguido do carcinoma lobular invasivo com 6,3% dos casos. Autores afirmam, de maneira geral, que se observam taxas maiores de tumores invasores em relação aos tumores *in situ*, podendo estar atribuído ao fato de muitos casos serem diagnosticados em fase avançada (PESSOA et al., 2015). Dessa maneira torna-se imprescindível a busca ativa de diagnósticos precoces por meio de exame clínico e de imagem.

De acordo com o estágio do tumor, dos 264 prontuários analisados, não foi possível obter esta informação no prontuário de 85 mulheres (32,20%). Dos prontuários que constavam a informação quanto ao estadiamento do tumor, 76 mulheres (28,80%), apresentaram estágio II e 42 mulheres (15,90%), apresentaram estágio I. O estudo de Dugno et al. (2013) revelou um percentual de 70,8% de pacientes entre os estadiamentos iniciais (I e II). Ao contrário de nosso estudo, no Brasil, cerca de 60% dos casos de neoplasia maligna de mama são diagnosticados nos estágios III e IV, caracterizados respectivamente por presença de invasão linfática regional e presença de metástase (ZAPPONI; MELO, 2012). Essa informação demonstra a falta de prevenção ou de dificuldade de acesso ao diagnóstico, o que levaria a identificação em estágios mais iniciais, conforme mostra nossa pesquisa, o que aumentaria a sobrevida dessa população. Isso demonstra que a população estudada está tendo acesso rápido a informações, exames e, conseqüentemente, ao diagnóstico mais precoce.

No presente estudo a média do tamanho dos tumores encontrados nas mulheres no momento do diagnóstico foi de 02,57 cm. Pesquisadores mostraram que pacientes com tumores de 2 a 5 cm apresentam taxa de sobrevida menor (66%) do que pacientes com tumores menores que 1 cm (79%), e que tumores de maior tamanho estão, em geral, relacionados com a presença de metástases em linfonodos regionais (CHIA et al., 2014). Deste modo, entende-se que o tamanho do tumor interfere na sobrevida dessa população, sendo de fundamental importância o diagnóstico precoce, aumentando as chances desse tumor ser encontrado em fases iniciais. Em relação ao tamanho do tumor encontrado nas mulheres deste estudo, pode-se inferir que as mesmas apresentam taxas de sobrevida menores de acordo com que traz a literatura.

Quanto ao receptor hormonal, observamos que a maior parte da população analisada neste estudo, (70,1%), apresentou positividade tanto para estrogênio quanto para progesterona. Um estudo de Yu et al. (2011) afirma que as usuárias com receptores positivos apresentam uma maior sobrevida em comparação com as usuárias em que os receptores são negativos. É possível afirmar que a positividade de ER e PR seja apenas indicativo de tumores mais indolores, com menor velocidade de crescimento e longo período

para recorrência da doença (EINSEMBERG; KOIFMAN, 2001). Podemos então dizer, que pacientes com receptores hormonais ER e PR positivo, possuem uma sobrevida livre de doença e uma sobrevivência global maior em relação aquelas com ER e PR negativos.

Em relação ao grau do tumor no momento do diagnóstico, 141 mulheres (53,4%), apresentaram grau II. Estudo afirma que a sobrevida está relacionada com a graduação histológica: Grau I (carcinoma bem diferenciado); grau II (moderadamente diferenciado); grau III (pouco diferenciado) sendo que quanto mais indiferenciado o tumor, pior será o prognóstico (BARROS; BUZAID, 2007). Batschauer (2009), em estudo, revelou uma maior sobrevida com pacientes que apresentaram graduação I e II no momento do diagnóstico. Por isso, é de extrema importância que o diagnóstico seja feito na fase inicial da doença, pois as chances do tumor estar bem diferenciado são maiores, aumentando a sobrevida dessas mulheres.

Em se tratando das correlações, das variáveis analisada, observamos que quanto mais gestações tiveram essas mulheres, mais tardio era o diagnóstico de neoplasia mamária ( $R=0,285$ ). Ter filhos representa um fator protetor para a neoplasia mamária. A mulher com dois filhos diminui o risco de ter câncer de mama em 20%, com cinco filhos ou mais reduz as chances em 30% (INCA, 2017; RODRÍGUEZ; BISET; MAYETA, 2013). Estudos trazem que a nuliparidade e a primeira gestação após os 30 anos de idade são fatores de risco para o surgimento da neoplasia mamária, pois quanto mais tarde essa mulher tiver seu primeiro filho, maior será a exposição aos hormônios, já o número aumentado de filhos pode se tornar um fator protetor para o desenvolvimento da doença (SCHUNEMANN JUNIOR; SOUZA; DÓRIA, 2011). Por esse motivo, é possível que o diagnóstico dessas mulheres esteja relacionado ao tempo que elas permaneceram sem a exposição hormonal de ER e PR ao longo da vida, que, segundo descrito na literatura, é fator protetor para a neoplasia mamária.

Em tumores maiores, podemos observar que também maior se apresentou o grau e o estágio, porém foram correlações consideradas fracas segundo critérios de Malina (1996). Isto nos remete a possibilidade de que o prognóstico das mulheres já não está, atualmente, somente atrelado à questão do estado linfonodal regional, tamanho do tumor, tipo e grau histológico, e estadiamento da doença, os quais isoladamente têm limitada capacidade preditiva. Mesmo assim, até recentemente, os tumores de mama eram classificados utilizando-se desses fatores prognósticos tradicionais (WEIGEL; DOWSETT, 2010).

Alguns fatores podem ser ao mesmo tempo prognósticos e preditivos, como os receptores hormonais e a amplificação e/ou superexpressão do receptor tipo 2 do fator de crescimento epidérmico humano (HER2) (CIANFROCCA; GOLDSTEIN, 2004). O perfil de expressão gênica é considerado o teste padrão-ouro para a subtipagem molecular do câncer de mama, todavia em países com recursos limitados, como o Brasil, torna-se necessária a utilização de técnicas menos complexas e financeiramente mais viáveis que possam identificar os subtipos moleculares. Para tal finalidade, utiliza-se a imunistoquímica,



técnica tecidual *in situ*, utilizada na determinação do perfil de expressão proteica e que é de bastante valia para a patologia mamária atual (MARQUEZ et al., 2004), podendo ser aplicada a pequenas amostras como biópsias extraídas por agulha fina, em laboratórios clínicos ou de pesquisa, com menores custos e com um rápido tempo de execução (CHEANG, 2009), entretanto, esse dado não se constitui em variável desse estudo.

## 5 | CONCLUSÃO

Dentre as mulheres analisadas no presente estudo, acreditamos que as características reprodutivas das mesmas não foram fatores determinantes para o desenvolvimento do tumor, estando possivelmente mais relacionado à idade avançada. Isso leva a reflexão de que o envelhecimento é um fator relevante para o desenvolvimento do câncer de mama nessa população.

Pode-se inferir ainda, que os hábitos de vida dessas mulheres (alimentação, sedentarismo, stress, entre outros) possam estar influenciando no desenvolvimento desta doença, porém, não podem ser avaliados por não serem foco nessa investigação. Desta forma havendo necessidade de pesquisas que contemplem estes aspectos.

Das características tumorais, concluiu-se que a maior parte das mulheres apresentaram tumores em graus e estádios iniciais, nos remetendo ao provável fato de que esta população estaria realizando periodicamente a mamografia, como preconiza o Ministério da Saúde e/ou obtendo melhor e mais acesso a informações sobre a magnitude da patologia em questão. As correlações apresentaram-se fracas para todas as variáveis analisadas.

Diante dos dados apresentados destaca-se as limitações referentes ao preenchimento incompleto dos dados dos prontuários das mulheres. Sabendo que esta limitação está contida em pesquisas deste nível, pois há também o risco de subnotificação dos dados, o que daria um viés ao estudo. O mesmo não deveria ocorrer no local de pesquisa em questão, por ser um Hospital Escola, onde mais ainda caberia o preenchimento completo e co-responsável dos prontuários.

## REFERÊNCIAS

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

BARROS, A. C. S. D.; BUZAID, A. C. Câncer de mama: tratamento multidisciplinar. **Dendrix edição e design**, São Paulo, p.47, 2007.

BATSCHAUER, A. P. B. Avaliação Hemostática e Molecular em Mulheres com Câncer de Mama Receptor Hormonal Negativo. Tese (Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas), **Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2009.

BONFIM, I. M. et al. Identificando Fatores de Risco e as Práticas de Auto-cuidado para Detecção Precoce do Câncer de Mama em Familiares de Mastectomizadas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza. v. 10, n. 1, p. 45-52, jan./mar., 2009.

CIANFROCCA, M.; GOLDSTEIN, L. J. Prognostic and predictive factors in early-stage breast cancer. **Oncologist**, v. 9, n. 6, 606-616, 2004.

CHEANG, M. C. U. et al. Ki-67 Index, HER2 status, and prognosis of patients with luminal B breast cancer. **Journal National Cancer Institute**, v. 101, n. 10, p. 736-750, 2009.

CHIA, S. K. et al. Ten-Year Outcomes in a Population-Based Cohort of Node-Negative, Lymphatic, and Vascular Invasion–Negative Early Breast Cancers Without Adjuvant Systemic Therapies. **American Society of Clinical Oncology**, 2014.

DUGNO, M. K. G. et al. Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v. 10, n. 36, 2013.

EIDT, E. R. et al. Avaliação dos fatores hormonais em mulheres com diagnóstico de neoplasia de mama com idade superior a 40 anos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n. 1, 2011.

EINSEMBERG, A. J. A.; KOIFMAN, S. Câncer de mama: marcadores tumorais. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.47, n.4, p. 377-388, 2001.

FELDEN, J. B. B.; FIGUEIREDO, A. C. L. Distribuição da gordura corporal e câncer de mama: um estudo de caso-controle no Sul do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2425-2433, 2011.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 468-472, set., 2010.

GUERRA, M. R. et al. Sobrevida de Cinco Anos e Fatores Prognósticos em Coorte de Pacientes com Câncer de Mama Assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2455-2466, nov., 2009.

HÖFELMANN, D. A.; ANJOS, J. C. dos; AYALA, A. L. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1813-1824, 2014.

INCA. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Ministério da Saúde. Brasil. Falando sobre câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: <[http://www.saude.pb.gov.br/web\\_data/saude/cancer/aula11.pdf](http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/cancer/aula11.pdf)>. Acesso em: 16 de julho de 2018.

INCA. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Ministério da Saúde. Rastreamento Organizado do Câncer de Mama, Adaptado de Public Health Agency of *Canada*, 2009. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//rastreamento-organizado-cancer-de-mama-2011.pdf>>. Acesso em: 16 de julho de 2018.

INCA. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Ministério da Saúde. Brasil. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018>>

incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 16 de julho de 2018.

KOLLING, F. L.; SANTOS, J. S. A influência dos fatores de risco nutricionais no desenvolvimento de câncer de mama em pacientes ambulatoriais do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. **Scientia Medica**, v. 19, n. 3, p. 115-121, 2009.

LAUTER, D. S. et al. Câncer de mama: estudo caso controle no Sul do Brasil. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre. v. 7, n. 1, p. 19-26, jan./abr., 2014.

MALINA, R. M. Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, v. 67, n. 3, p. 48-57, 1996.

MARINHO, L. A. B. et al. O papel do auto-exame mamário e da mamografia no diagnóstico precoce do câncer de mama. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 11, n. 3, p. 233-242, set./dez., 2002.

MARQUEZ, A. et al. Evaluation of Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR) by chromogenic in situ: Hybridization [CISH (TM)] and Immunohistochemistry (IHC) in archival gliomas using bright-field microscopy. **Diagnostic Molecular Pathology**, v. 13, n. 1, p. 1-8, 2004.

MATOS, J. C.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 352-359, 2010.

MCPHERSON, K.; STEEL, C. M.; DIXON, J. M. ABC of breast diseases: Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. **BMJ**, p. 321-624, 2000.

PASCALICCHIO, J.C.; FRISTACHI, C. E.; BARACAT, F. F. Câncer de mama: fatores de risco, prognósticos e preditivos. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 11, n. 2, p. 71-84, 2001.

PEDERSEN, L. et al. The prognostic influence of multifocality in breast cancer patients. **The Breast**, v. 13, n. 3, p. 188-193, jun., 2004.

PESSOA, J. M. et al. Avaliação do seguimento oncológico de mulheres abaixo de 40 anos portadoras de câncer de mama em um hospital de referência da Amazônia. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 25, n. 1, p. 8-15, 2015.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, v. 80, p. 142-146, 2004.

RODRÍGUEZ, C. C.; BISET, A. E. D.; MAYETA, Y. B. Factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres pertenecientes a um consultorio médico del centro urbano "José Martí". **Medisan**, v. 17, n. 9, p. 4089-4095, set., 2013.

SCHUNEMANN JUNIOR, E.; SOUZA, R. T.; DÓRIA, M. T. Anticoncepção hormonal e câncer de mama. **Femina**, v. 39 n. 4, abr., 2011.

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

TUBIANA, M.; KOSCIELNY, S. The rationale for early diagnosis of cancer. **Acta Oncologica**, v. 38, n. 3, p. 295-303, 1999.

ZAPPONI, A. L. B.; MELO, E. C. P. Distribuição da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero segundo regiões brasileiras. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 4, n.18, p. 628-631, 2012.

YU, Q. et al. Expression of Androgen Receptor in Breast Cancer and its Significance as a Prognostic Factor. **Annals of Oncology**, n. 22, p. 1288-1294, 2011.

WEIGEL, M. T; DOWSETT, M. Current and emerging biomarkers in breast cancer: prognosis and prediction. **Endocrine-Related Cancer**, v. 17, n. 4, p. 245-262, 2010.

WCRF/AICR. **World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research Policy and Action for Cancer Prevention**. Food, Nutrition, and Physical Activity: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2010. Disponível em: <<https://www.wcrf.org/>>. Acesso em: 18 de julho de 2018.

# CAPÍTULO 2

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E REPRODUTIVAS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

### **Sabrina Ribas Freitas**

Médica; Mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Gustavo do Nascimento Petter**

Fisioterapeuta; Mestre em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Thais Nogueira de Oliveira Martins**

Fisioterapeuta; Mestranda em Reabilitação Funcional, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS, Brasil.

### **Luana Farias dos Santos**

Fisioterapeuta; Mestranda em Reabilitação Funcional, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS, Brasil.

### **Sinara Porolnik**

Fisioterapeuta; Mestra em Reabilitação Funcional pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Adriana Cielo**

Fisioterapeuta; Mestre em Gerontologia pela Universidade Federal de Santa Maria, (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Betina Pivetta Vizzotto**

Fisioterapeuta; Mestranda em Reabilitação Funcional, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS, Brasil.

### **Hedioneia Maria Foletto Pivetta**

Fisioterapeuta; Docente do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

**RESUMO:** Objetivo: Reconhecer as peculiaridades da população feminina com câncer de mama, caracterizando aspectos sócio-demográfico, reprodutivo, de diagnóstico e tratamento, em um município do Sul do Brasil. Materiais e métodos: Estudo transversal, retrospectivo e analítico. A coleta dos dados foi realizada de agosto de 2013 a janeiro de 2015, referente aos atendimentos do período de 2008 a 2014, no ambulatório de saúde da mulher e de mastologia do Hospital Universitário do Município. Resultados: Revisados 475 prontuários, avaliados de forma descritiva e analítica. Os resultados mostraram como principais características: mulheres de cor branca, casadas, média de idade no momento do diagnóstico de 56,6 anos, idade média da menarca 12,96 anos, da menopausa 47,72 anos. Mamografia a principal forma de diagnóstico e a cirurgia conservadora prevaleceu em relação à mastectomia. Conclusão: Os resultados foram ao encontro dos achados em outros estudos, entretanto, menarca precoce e menopausa tardia não constituíram características significativas em mulheres com câncer de mama na amostra estudada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Neoplasias da mama; Mulheres; Características da População.

## 1 | INTRODUÇÃO

O câncer (CA) de mama está entre as neoplasias malignas mais incidentes no gênero feminino, apresentando altas taxas de mortalidade, o que se deve, pelo menos em parte, aos diagnósticos em estágios avançados

(BARRETO; MENDES; THULER, 2012). Estimativas do Instituto Nacional do Câncer – INCA apontam que na Região Sul do Brasil, o CA de mama terá cerca de 11.440 (19,16%) novos casos, sendo o Rio Grande do Sul (RS) responsável por quase metade destes, com uma incidência estimada de 5.110 casos (INCA, 2017). De acordo com a Sociedade Brasileira de Mastologia– SBM, mesmo os tumores invasivos (quando invadem a membrana basal da célula) podem ser curados se o diagnóstico for estabelecido em fase precoce (SBM, 2015).

Campanhas e ações estratégicas têm sido constantemente lançadas pelos órgãos governamentais, alertando para a importância de o CA de mama ser detectado em estágios iniciais, angariando, assim, melhores fatores prognósticos, preditivos e perspectivas de reabilitação. O INCA prevê nas suas estratégias de redução da morbi-mortalidade, a realização de exames clínicos e de imagem que possam contribuir para a detecção precoce da doença (INCA, 2007).

São conhecidos alguns fatores de risco para o desenvolvimento do CA de mama, que devem ser observados e monitorados. Na prática de atenção à saúde da mulher, no entanto, esses fatores são pouco enfatizados e trabalhados nas ações preventivas. Nesse intento, identificar estes fatores de risco na população feminina com diagnóstico de CA de mama, em determinada região, é de extrema importância. A observação das peculiaridades inerentes a cada região – especialmente em um país continental como o Brasil, pode guiar condutas que busquem o diagnóstico precoce da doença (BATISTAN et al.,2011).

Mediante o exposto, considerando-se o número expressivo de casos de CA de mama, e o impacto do diagnóstico precoce nos seus desfechos – especialmente a possibilidade de redução da morbi-mortalidade, realizou-se um estudo retrospectivo com o objetivo de identificar os fatores de risco mais prevalentes em mulheres com CA de mama na nossa região. Desta forma, torna-se possível o planejamento e desenvolvimento de estratégias preventivas da doença.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo secundário transversal quantitativo retrospectivo, realizado durante agosto de 2013 a janeiro de 2015 mediante a pesquisa em prontuários dos anos de 2008 a 2014 de mulheres com CA de mama residentes em Santa Maria, RS. A coleta de dados aconteceu nos dois locais de referência para o tratamento do CA de mama do município de Santa Maria, RS, sendo: 1- Ambulatório de saúde da mulher, serviço de mastologia municipal, referência para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município, quando diagnosticadas alterações da mama pelos profissionais de saúde; 2 - Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) considerado um hospital de alta complexidade que conta com o CACON (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia). Quando a mesma pessoa apresentou o prontuário nos dois locais de coleta, foram tabuladas as informações do registro mais

completo. Quanto aos critérios de inclusão e exclusão, elencou-se para o estudo prontuários de mulheres com diagnóstico confirmado de CA de mama e que residiam no município de Santa Maria, RS, e, foram excluídos prontuários inconclusivos para a neoplasia mamária.

Os dados coletados nos prontuários foram transcritos para um questionário elaborado pelos pesquisadores, composto por questões abertas e fechadas, que contemplam: o perfil sociodemográfico (idade, cor, situação conjugal, escolaridade), a história ginecológica e obstétrica da paciente (número de gestações, idade da menarca e menopausa, tempo de amamentação), bem como dados referentes ao diagnóstico e tratamento do CA de mama (exames realizados, tipo de tratamento e o seguimento).

Após revisão e codificação, os dados dos questionários foram digitados no programa Excel 2007, bem como foram realizadas análises de monitoramento durante este processo. Terminada a coleta e tabulação dos dados, iniciou-se o processo de análise de estatística descritiva.

A pesquisa encontra-se registrada no Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, número de registro CAAE: 3491513.5.0000.5346 e Número do Parecer: 370.708.

Em todas as etapas do projeto foi resguardado o sigilo e anonimato dos dados, sendo que em nenhum momento será revelado e divulgado o nome da mulher com diagnóstico de CA de mama. O nome das pesquisadas foi utilizado somente para averiguar se a mesma mulher não estava em tratamento nos dois locais de realização da pesquisa, evitando duplicidade das informações. Todas as etapas da pesquisa estão de acordo com a Resolução 196/96 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde em Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CNS, 1993; CNS, 2012). A presente resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

### 3 | RESULTADOS

Esse estudo avaliou 475 prontuários, destes, 211 foram oriundos do Serviço Municipal de Mastologia e 264 do Hospital Universitário do Município investigado. Os resultados apresentados são referentes as informações encontradas nos prontuários, sendo os respectivos percentuais relativos ao número de prontuários em que foi possível identificar determinada informação no momento da coleta dos dados. A mulher mais jovem tinha 21 anos e a mais senil 95 anos no momento do diagnóstico, enquanto a média de idade foi de  $56,6 \pm 12,91$  anos.

Quanto aos dados sociodemográficos, em relação a cor, a branca foi a mais relatada

nos prontuários com percentual relativo de 89,3%, seguido de preta 8,2% e parda 2,6%. Sobre a situação conjugal, 56,9% estavam registradas como casadas, 17,7% viúvas, 14,7% solteiras e 10,8% separadas. Já em relação à escolaridade, 30,4% das mulheres possuíam ensino fundamental incompleto e 26,1% ensino fundamental completo sem iniciar o ensino médio, 4,3% iniciaram o ensino médio, porém não completaram e 15,9% completaram o ensino médio e não iniciaram graduação, 7,2% iniciaram o ensino superior mas não concluíram e 15,9% das mulheres completaram o ensino superior.

Em relação as características reprodutivas destas mulheres 40 (10,8%) delas eram nulíparas e 332 (89,2%) tiveram pelo menos um filho. Quanto a amamentação, 16 (7,2%) mães não amamentaram e 206 (92,8%) amamentaram, no prontuário das demais mulheres investigadas não foram encontradas essas informações. As informações coletadas referentes às características reprodutivas estão apresentadas na Tabela 1.

<b>Características reprodutivas</b>	<b>Média ± DP</b>
Nº de gestações	2,75 ± 2,02
Menarca (anos)	12,96 ± 1,6
Menopausa (anos)	47,72 ± 6,11
Tempo de aleitamento (meses)	8,66 ± 13,89

Tabela 1 – Características reprodutivas de mulheres com diagnóstico de CA de mama.

DP (Desvio Padrão).

Em relação aos métodos diagnósticos, o exame de imagem mais utilizado foi a mamografia e para confirmação diagnóstica – o exame histológico, através da *core biopsy*. Os dados estão apresentados na Tabela 2. Os resultados quanto ao tipo de tratamento cirúrgico realizado estão apresentados na Tabela 3. As informações quanto ao número de mulheres que fizeram tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, na Tabela 4.



<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Autoexame de mamas	37	7,79
Exame clínico de mamas	129	27,16
Momografia	310	65,26
Ultrassom	213	44,84
Citológico*	180	37,89
Core biopsy	221	46,53
Biopsia a céu aberto	34	7,16
Não informado**	32	6,74

\* Citológico por meio de punção aspirativa com agulha fina.

Tabela 2 – Exames realizados pelas mulheres para identificar o diagnóstico de CA de mama (valores em percentual relativo).

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mastectomia simples	101	21,26
Mastectomia Radical modificada	111	23,37
Cirurgia Conservadora	125	26,32
Tumorectomia ou Lumpectomia	5	1,05
Remoção de Linfonodo Sentinela	20	4,21

Tabela 3 – Tipo de tratamento cirúrgico realizado após o diagnóstico.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hormonioterapia	192	40,42
Quimioterapia	291	61,26
Radioterapia	153	32,21

Tabela 4 – Número de mulheres que realizaram Quimioterapia e Radioterapia.

Ainda em relação ao tratamento, 121(25,47%), utilizou outras formas de tratamentos, 83(17,47%) das mulheres realizou somente a consulta de rotina, e ocorreram 19(4%) óbitos.

## 4 | DISCUSSÃO

A pesquisa permite inferir que as características sociodemográficas da população investigada vai ao encontro dos achados de outros estudos. A raça branca foi a mais encontrada em nossa pesquisa, assim como no estudo que caracterizou o perfil epidemiológico das pacientes diagnosticados com CA de mama no Hospital Pompéia de Caxias do Sul em que 92,7% das mulheres eram brancas (DUGNO et al., 2014). Outra pesquisa realizada no Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS) com 204 mulheres (sendo 102 com a neoplasia mamária) na qual foi avaliada a associação dos fatores socioeconômicos e características reprodutivas, também concluiu que a maioria das mulheres com CA de mama (86%) eram brancas (LAUTER et al., 2014).

Acredita-se que a incidência de CA de mama em mulheres brancas identificada por estes estudos esteja relacionada ao fato de que os mesmos foram realizados na região sul do País, região esta, que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE tem uma distribuição percentual maior (78,5%) da raça branca (IBGE, 2010).

Pesquisa realizada em Vitória (ES) que investigou o perfil de pacientes com CA de mama e sua associação entre as variáveis sociodemográficas, identificou que 53% das mulheres eram pardas (SILVA, 2009), achado que reforça a importância da regionalidade e as origens étnicas nas estimativas encontradas para a cor da pele (VIEIRA et al., 2012). Em relação a situação conjugal, o registro casada foi o mais encontrado, cerca de 56,9% das mulheres, assim como em outros estudos realizados com mulheres que receberam o diagnóstico de CA de mama, em que 58,6%, se auto referiram casadas (DUGNO et al., 2014), porém o estado civil também não é necessariamente considerado fator de risco para surgimento deste CA (VIEIRA et al., 2012).

Quanto a escolaridade, 30,4% das mulheres relatam ter o ensino fundamental incompleto, o que indica a baixa escolaridade. No estudo realizado na região Centro-Oeste do Brasil sobre CA de mama avançado, 58,3% das mulheres tinham o ensino fundamental incompleto (OSHIRO et al., 2014). Já no estudo realizado na Amazônia sobre perfil demográfico e fatores de risco em mulheres com CA de mama, 50% possuíam o ensino médio (PENHA et al., 2013). Estes estudos nos remetem a questão de que o grau de escolaridade pode estabelecer que mulheres analfabetas e com 1º grau tinham risco maior de ir a óbito em relação as mulheres que haviam cursado ensino superior, porque as mulheres com maior escolaridade realizavam exames clínicos das mamas e tinham uma frequência maior na realização de mamografias (SCHENEIDER; D'ORSI, 2009).

A idade corresponde ao principal fator de risco para o desenvolvimento do CA de mama na maioria das mulheres, sendo aproximadamente 85% dos novos casos encontrados em mulheres acima dos 50 anos (STEIN et al., 2009). Em nosso estudo, a média de idade no momento do diagnóstico foi de 56,6 anos, tais achados corroboram com dados encontrados por Renck et al.(2014) e divergem dos resultados encontrados por Silva e Riul (2011) em

que a média de idade das mulheres analisadas era abaixo dos 50 anos.

A incidência de CA de mama na faixa etária dos 50-60 anos é elevada, e isso ressalta a necessidade dos exames mamográficos a partir dos 50 anos. A iniciativa do Brasil sobre a necessidade de realização de exame mamográfico a partir dos 40 anos, foi assegurada pela Lei 11.664/08, e ainda delega que, quando for necessário devem ser indicados os serviços de maior complexidade, para realizar a complementação diagnóstica, o tratamento e o pós-tratamento (BRASIL, 2008).

O World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research(2010) apontam a amamentação como um fator de proteção convincente para o CA de mama em virtude da menor exposição aos hormônios sexuais endógenos durante a amenorréia que acompanha a lactação. Entretanto, ainda não há um consenso sobre o tempo de amamentação para que haja de fato essa proteção (INUMARU; SILVEIRA; NAVAES, 2011). Em nosso estudo 206 (92,8%) mulheres amamentaram por pelo menos 8 meses, 16 (7,2%) mulheres não amamentaram, e nos demais prontuários das mulheres não foram encontrados registros que contemplassem essa informação. Estudo realizado no Sul do Brasil identificou que o tempo de amamentação tem propriedades associativas na presença da doença, pois 84% das mulheres que não amamentaram ou que amamentaram por no máximo 5 meses, tinham chance maior de desenvolver o CA de mama (FELDEN; FIGUEIREDO, 2011).

As características reprodutivas investigadas foram paridade, idade da menarca e idade da menopausa. Verificou-se que 40 (10,8%) mulheres eram nulíparas. Estudo na Amazônia verificou que não houve casos de nuliparidade (PENHA et al., 2013), sendo que no estudo sobre a epidemiologia do CA em mulheres do sul do Brasil, das 105 pesquisadas, 19 (18,1%) eram nulíparas (OLIVEIRA et al., 2009). Mesmo sendo nulíparas, esta condição não se constitui em fator isolado para o desenvolvimento do CA de mama, ou seja, outros fatores podem estar associados para o desenvolvimento da doença, entre eles o fator hereditário e ambientais.

A média de idade da menarca apresentada pelas mulheres no estudo foi de 12,96 anos, e menopausa de 47,72 anos, corroborando com estudo realizado em Maringá, no Paraná, em que a menarca ocorreu próxima aos 13 anos, e a menopausa na média de 47 anos (MATTOS; PELLOSO; CARVALHO, 2010), outro estudo do sul do Brasil também identificou a menarca em mulheres com idade acima de 11 anos, e que entraram na menopausa com idade inferior aos 49 anos (ANJOS; ALAYALA; HOFELMANN, 2012). Segundo o INCA (2017), as mulheres que apresentam história de menarca precoce (idade inferior que 12 anos), menopausa tardia (após 50 anos), e nuliparidade tem risco elevado de desenvolver CA de mama.

As alterações que ocorrem no corpo da mulher ao longo de seu ciclo de vida levam à necessidade de conhecimento e percepção corporal, além disso, o incentivo ao toque através do autoexame nas próprias mamas é importante. Na pesquisa em questão 37

(7,79%) das mulheres realizou o autoexame das mamas, o que mostra um baixo número de mulheres que toca seu corpo afim de examinar e reconhecê-lo sistematicamente. No estudo de Rezende et al. (2009) a primeira lesão foi detectada pela própria paciente, 69(66,3%) mulheres foram em busca de esclarecimentos, e 43(41,3%) das pacientes afirmaram que realizavam o autoexame das mamas regularmente. No estudo de Soares et al. (2012), o autoexame das mamas não era realizado por 228 (79,2%) mulheres e somente 60 (20,8%) realizavam. Estas pesquisas esclarecem que a realização do autoexame pode servir de auxílio para iniciar uma investigação quanto ao diagnóstico do CA de mama.

Para o INCA (2017), a recomendação é que o exame das mamas realizado pela mulher esteja entre as ações de educação para a saúde, na forma de conhecer o seu próprio corpo, não estimulando o autoexame das mamas isoladamente como um dos métodos únicos para a detecção precoce do CA de mama. Sugere também que pode trazer consequências negativas, como por exemplo, maior número de biópsias, impacto psicológico negativo nos exames falsamente positivos, entre outros. Com isso, o exame das mamas realizado pela própria mulher não substitui o exame físico efetuado pelo profissional de saúde que tenha qualificação para essa função.

Mesmo realizando o autoexame, outros exames irão averiguar se há alguma doença instalada ou não na região das mamas, e a mamografia é considerada um dos principais exames de detecção para investigar o CA de mama. Na nossa pesquisa, a mamografia foi realizada por 310 (65,26%) mulheres, e o Ultrassom por 213 (44,84%) mulheres, sendo que algumas realizaram mais de um exame, dados estes, contraditórios ao estudo realizado no estado de Minas Gerais, em que 170 (59%) das mulheres não realizou mamografia (SOARES et al., 2012).

Além dos exames considerados básicos, o Core biopsy foi realizado para identificar o tipo histológico do tumor, sendo que 221 (46,53%) das mulheres foram submetidas a este procedimento que é utilizado pela fidedignidade do diagnóstico histológico. Estudo realizado em Curitiba com pacientes com CA de mama, submetidas ao tratamento cirúrgico com mastectomia radical modificada ou cirurgia conservadora, foi utilizada como técnica preferencial a core biopsy, tanto em pacientes com anormalidades mamográficas suspeitas ou massas mamárias palpáveis (GALHARDO et al., 2012). Essa técnica vem sendo empregada para o diagnóstico definitivo desde meados de 1990.

A cirurgia conservadora foi a principal cirurgia realizada em 125 (26,32%) mulheres, seguido da mastectomia radical modificada em 111 (23,37%) mulheres. No estudo sobre o perfil do CA em mulheres jovens, os autores verificaram que o procedimento realizado foi a mastectomia radical modificada em 85 (63,1%) mulheres, seguida da cirurgia conservadora associada à linfadenectomia axilar total, em 44 (32,6%) mulheres (CRIPPA et al., 2003). As técnicas utilizadas são definidas conforme a particularidade de cada paciente, buscando sempre a técnica de maior conveniência para o estado de saúde que a mulher se encontra.

Após a investigação, quando se tem o local, o tipo e a extensão do CA é iniciado o

tratamento para o CA de mama, que teve avanços com o passar das décadas, e terapias coadjuvantes têm sido utilizadas em associação com os procedimentos cirúrgicos, dentre estas destacamos neste estudo o seguimento através da radioterapia e da quimioterapia, e posteriormente a hormonioterapia, que objetivam erradicar, reduzir e prevenir a recorrência da doença no local.

Na pesquisa em questão, 291 (61,26%) mulheres realizaram quimioterapia, 153 (32,21%) fizeram radioterapia, e 192 (40,42%) utilizaram como tratamento a hormonioterapia. Em estudo do sul do Brasil, foi identificado que 153 (60,7%) das pacientes realizaram a radioterapia pós-operatória, e 141 (56%) a quimioterapia adjuvante (MORAES et al., 2012). Já no estudo do Norte de Minas Gerais, 221 (76,7%) mulheres realizaram a quimioterapia e 67 (23,3%) não realizaram a quimioterapia, em relação a radioterapia 254(88,2%) realizaram, e 34 (11,8%) não realizaram, e o seguimento com a hormonioterapia foi realizado por 163 (56,6%) mulheres (SOARES et al., 2012).

A média de idade de 56,6 anos, a cor branca autodeclarada e o estado civil casada foram as características sociodemográficas encontradas na população estudada. Quanto as características reprodutivas, a idade média para menarca precoce, para menopausa tardia, assim como, primeira gestação não são condizentes como fatores de risco para o desenvolvimento da doença conforme retrata a literatura.

A incidência em mulheres brancas se destaca no estudo devido a pesquisa ser na região Sul, porque há predomínio da regionalidade na população e influencia na caracterização da amostra.

O rastreamento com mamografia e a confirmação histológica através da punção com agulha grossa (*core biopsy*) foram os métodos mais utilizados na população pesquisada. Como tratamento cirúrgico, a cirurgia conservadora prevaleceu ligeiramente sobre a mastectomia em número absoluto. Na complementação do tratamento oncológico, uma parcela significativa recebeu hormonioterapia.

A população do estudo chamou a atenção pela baixa escolaridade, e isso nos leva a interpretar que a dificuldade em realizar o autoexame, pode ser em função de não compreender o modo, a forma de como o exame deve ser realizado, além de não ter condições financeiras em muitos casos para buscar auxílios com a finalidade de investigar as alterações que foram percebidas/encontradas.

As limitações do estudo estão na escassez de informações contidas nos registros dos prontuários, não sendo possível identificar dados relevantes para a temática como tempo de aleitamento materno, paridade, histórico familiar, entre outros. Devido também a ausência de informatização dos registros/prontuários nos serviços investigados, dificultando o acesso a estas informações.

## 51 CONCLUSÃO

Cabe ressaltar a relevância dessa pesquisa, na medida em que contribui para a identificação das características das mulheres com CA de mama em Santa Maria, pois essas informações possibilitam o reconhecimento de elementos peculiares da população assistida no Município. Estes dados constituem-se em subsídios para a elaboração de estratégias de detecção precoce do CA de mama principalmente em grupos populacionais com as características apresentadas no estudo. Isso torna possível, intervenções contextualizadas, efetivas que podem prevenir a necessidade de tratamentos mais invasivos e mutiladores.

## REFERÊNCIAS

ANJOS, J. C.; ALAYALA, A.; HÖFELMANN, D. A. Fatores associados ao câncer de mama em mulheres de uma cidade do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 341-350, 2012.

BARRETO, A. S. B.; MENDES, M. F. M.; THULER, L. C. S. Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de Mama no Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 2, p. 86-91, 2012.

BATISTON, A. P. et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40-69 anos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 2, p. 163-171, 2011.

Brasil. **Lei n. 11.664, de 29 de abril de 2008**. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Lei/L11664.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11664.htm). Acesso em: 11 de julho de 2018.

CNS - **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196\\_10\\_10\\_1996.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html). Acesso em: 11 de julho de 2018.

CNS - **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros. Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 11 de julho de 2018.

CRIPPA, C. G. et al. Perfil Clínico e Epidemiológico do Câncer de Mama em Mulheres Jovens. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 3, p. 50-58, 2003.

DUGNO, M. L. G. et al. Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v. 10, n. 36, p. 60-66, 2014.

FELDEN, J. B. B.; FIGUEIREDO, A. C. L. Distribuição da gordura corporal e câncer de mama: um estudo de caso-controle no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 16, n. 5, p. 2425-2433, 2011.

GALHARDO, C. A. V. et al. Concordância entre *core biopsy* e exame anatomopatológico da peça cirúrgica em pacientes com câncer de mama. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 48, n. 1, p. 59-65, 2012.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 20 de julho de 2018.

INCA. **Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva**. Ministério da Saúde. Brasil. Mamografia: da prática ao controle. Recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Inca, 2007. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/mamografia-da-pratica-ao-controle-2007>> Acesso em: 20 de julho de 2018.

INCA. **Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva**. Ministério da Saúde. Brasil. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil>>. Acesso em: 20 de julho de 2018.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVAES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 27, n. 7, :1259-70, 2011.

LAUTER, D. S. et al. Câncer de mama: estudo caso controle no Sul do Brasil. **Revista Ciência & Saúde**, v. 7, n. 1, p. 19-26, 2014.

MATOS, J. C.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 352-359, 2010.

MORAES, A. B. et al. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2219-28, 2006.

OLIVEIRA, M. M. C. et al. Epidemiologia do câncer de mama em pacientes do Sul do Brasil. **Boletim Epidemiológico Paulista** [online], v. 6, n. 63, p. 4-14, 2009.

OSHIRO, M. L. et al. Câncer de Mama Avançado como Evento Sentinela para Avaliação do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Mama no Centro-Oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 1, p. 15-23, 2014.

PENHA, N. S. et al. Perfil sócio demográfico e possíveis fatores de risco em mulheres com câncer de mama: um retrato da amazônia. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 34, n. 4, p. 579-584, 2013.

RENCK, D. V. et al. Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 88-96, 2014.

REZENDE, M. C. R. et al. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 31, n. 2, p.75-81, 2009.

SBM. **Sociedade Brasileira de Mastologia**. Câncer de mama. 2015. Disponível em: < <http://www.sbmastologia.com.br/cancer-de-mama/>>. Acesso em: 18 de julho de 2018.

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

SILVA, P. F. Perfil de mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória - ES: Influência das variáveis sociodemográficas com o estadiamento clínico do tumor antes do tratamento [dissertação] Espírito Santo: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo; 2009. 126p.

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

SOARES, P. B. M. et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 3, p. 595-604, 2012.

STEIN, A. T. et al. Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseadas em evidências. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, v. 53, n. 4, p. 438-446, 2009.

VIEIRA, S.C. et al. **Oncologia Básica**. 1. ed. Teresina: Fundação Quixote, 2012.

WCRF/AICR. **World Cancer Research Fund/American Institute For Cancer Research**. Continuous Update Project Report: Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Breast Cancer. 2010. Disponível em: <<https://www.wcrf.org/>>. Acesso em: 18 de julho de 2018.



# CAPÍTULO 3

## ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS

### **Betina Pivetta Vizzotto**

Fisioterapeuta; Mestranda em Reabilitação Funcional pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS, Brasil.

### **Letícia Fernandez Frigo**

Fisioterapeuta; Docente do Curso de Fisioterapia do Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Hedioneia Maria Foletto Pivetta**

Fisioterapeuta; Docente do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Gustavo Nascimento Petter**

Fisioterapeuta; Mestre em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

**RESUMO:** Objetivo: Essa pesquisa buscou investigar o itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama no município de Santa Maria- RS. Materiais e métodos: Trata-se de um estudo documental transversal retrospectivo. Foram analisados prontuários de mulheres diagnosticadas com câncer de mama. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2013 a janeiro de 2015 em dois serviços públicos de referência para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama do município. Resultados: Foram analisados 475 prontuários, sendo que destes 91 continham todas as informações necessárias. Conclusão: O itinerário terapêutico predominante foi o diagnóstico, seguido da cirurgia, quimioterapia e radioterapia. O tempo entre a realização dos

procedimentos, na sua maioria, seguiu o prazo indicado pelo Ministério da Saúde e os tipos histológicos de maior prevalência nesse estudo foi o ductal invasivo e o lobular invasivo. O itinerário terapêutico das pacientes confirma-se com os achados na literatura de melhor prognóstico da doença.

**PALAVRAS-CHAVE:** Neoplasias da Mama; Itinerário Terapêutico; Saúde Pública.

## 1 | INTRODUÇÃO

A incidência do câncer de mama cresce a cada ano no Brasil, são 52 novos casos de neoplasia mamária por ano a cada 100 mil mulheres, além de que, a cada 50 mil novos casos surgidos no Brasil, 5 mil são no estado do Rio Grande do Sul (RENCK et al., 2014). Além da doença apresentar incidência elevada, as taxas de mortalidade por neoplasia mamária também continuam elevadas, possivelmente pelo fato dessa doença ser diagnosticada em estágios avançados (HOLSBACH; FOGLIATTO; ANZANELLO, 2014)

Uma importante estratégia para reduzir os elevados índices de mortalidade é a detecção precoce (YOO et al., 2012). Para tanto, desde 2004, o Ministério da Saúde, recomenda que seja realizado mensalmente o autoexame, anualmente o exame clínico das mamas em todas as mulheres e em especial, naquelas com 40 anos ou mais de idade, e o exame mamográfico

bianual para as mulheres entre 50 e 69 anos (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2011).

O tratamento para o câncer de mama está evoluindo consideravelmente, e consiste em cirurgias de diferentes tipos, que podem estar associadas a outras modalidades de tratamento como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (SANTICHI et al., 2012). Em relação aos procedimentos cirúrgicos, os mais conhecidos são a mastectomia, que pode ser conservadora, com ressecção apenas de uma parte da mama, chamada de quadrantectomia, ou radical com retirada total da mama acompanhado ou não de linfadenectomia. O tipo cirúrgico está diretamente ligado com o estágio tumoral na qual o câncer foi diagnosticado (BRITO; MARCELINO, 2014).

O tratamento cirúrgico pode levar a diversas transformações no corpo dessas mulheres, por isso a reabilitação tem fundamental importância durante o tratamento, buscando a manutenção da mobilidade e da capacidade funcional do membro superior evitando que estas pacientes adotem posições de defesa, e evitando também, que ocorra a formação de linfedema no membro superior homolateral a cirurgia (CEZAR; NASCIMENTO, 2013).

Na busca por um caminho ideal a ser seguido no tratamento do câncer de mama, essas mulheres seguem um itinerário de cura ou itinerário terapêutico que são caracterizados pelos caminhos percorridos por essas pacientes em busca do cuidado em saúde. Os tipos de escolhas por um tratamento dependem da realidade na qual essas mulheres estão inseridas (SANTOS; SILVA, 2014).

O itinerário terapêutico compreende a trajetória de busca, do cuidado à saúde realizada pelos indivíduos e seus familiares, tendo como base as redes de cuidados em saúde que devem oferecer apoio às famílias durante o processo de adoecimento (OLIVEIRA et al., 2014).

É de grande valia ao fisioterapeuta conhecer o itinerário terapêutico dessas pacientes, visto que este pode interferir na escolha do procedimento cirúrgico a ser realizado e possivelmente prevenir complicações advindas dos tratamentos realizados. Acredita-se que, independente das etapas a serem seguidas pela mulher na luta contra o câncer, todos os profissionais envolvidos com seu processo terapêutico devem ser conhecedores desse itinerário, uma vez que cada uma dessas etapas pode representar mais complicações e maiores comprometimentos funcionais dessa mulher caso não haja a intervenção adequada em tempo oportuno.

Diante do exposto, e por reconhecer a importância desse itinerário no processo de reabilitação funcional da paciente este estudo buscou investigar qual é o itinerário terapêutico percorrido por mulheres diagnosticadas com câncer de mama no município de Santa Maria, RS.

## 21 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental transversal retrospectivo que seguiu a Resolução 196/96 e 466/12 da Comissão Nacional de Ética para Pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa está registrada no Gabinete de Apoio a Projetos (GAP) da UFSM sobre nº 033625 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da mesma Instituição conforme parecer nº 370.708/2013, e CAAE nº 13491513.5.0000.5346. A coleta de dados foi autorizada pelo Departamento de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria conforme número de inscrição 027/2013, e pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria do Município da Saúde de Santa Maria. Os pesquisadores assinaram o termo de confidencialidade garantindo sigilo e anonimato, não sendo divulgado em nenhum momento o nome das mulheres participantes do estudo.

Foram analisados prontuários do setor de arquivo do HUSM e do Serviço de Mastologia Municipal, Ambulatório de Saúde da Mulher, sendo estes os dois locais de referência para o tratamento do câncer de mama do Município. A análise dos prontuários ocorreu entre agosto de 2013 a janeiro de 2015, tendo como critérios de inclusão do estudo todos os prontuários de mulheres diagnosticadas com câncer de mama no período de 2008 a 2014, residentes do município de Santa Maria/RS e com prontuários médicos completos com todas as informações necessárias para esta pesquisa. Excluiu-se do estudo prontuários com diagnóstico inconclusivo para câncer de mama bem como os prontuários em que a mulher ainda se encontrava em fase inicial de tratamento, não permitindo a análise do itinerário percorrido. Foram analisados um total de 475 prontuários, sendo que destes apenas 91 continham todas as informações necessárias. Para que não ocorresse a duplicidade de pacientes, foram tabulados os nomes e os números dos prontuários das mesmas conforme o local de coleta; caso houvesse a repetição utilizou-se o prontuário que fosse mais completo. Todos os dados necessários desses prontuários foram transcritos para um questionário elaborado pelas pesquisadoras contemplando perguntas abertas e fechadas, sendo analisadas as variáveis que atenderam aos objetivos desse estudo.

As questões que foram utilizadas são relativas ao perfil das mulheres como a idade da paciente no momento do diagnóstico, cor/raça, escolaridade, número de gestações, idade da menarca, idade da menopausa e idade da primeira gestação. Também se selecionou para essa pesquisa as variáveis referentes ao processo de tratamento bem como a sequência em que este foi realizado, de acordo com as referidas datas. Do mesmo modo, utilizou-se as questões referentes ao tipo histológico do tumor para averiguar qual a maior prevalência buscando identificar se as características tumorais interferem no caminho percorrido por estas mulheres, bem como o tempo entre o diagnóstico e o tratamento realizado por essas mulheres.

Todos os dados coletados nesta pesquisa foram digitados em um banco de dados no programa Excel 2007 e após foi realizada a análise estatística descritiva através do

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico e reprodutivo das pacientes pode ser observado na Tabela 1.

<b>Variáveis</b>	<b>Valores*</b>
<b>Idade no diagnóstico</b>	54,36±11,74
<b>Raça</b>	
Branca	60 (65,93%)
Preta	9 (9,89%)
Parda	3 (3,30%)
Não informado	19 (20,88%)
<b>Escolaridade</b>	
Ensino Fundamental Incompleto	4 (4,40%)
Ensino Fundamental Completo	3 (3,30%)
Ensino Médio Incompleto	1 (1,10%)
Ensino Médio Completo	2 (2,20%)
Ensino Superior Incompleto	0 (0,00%)
Ensino Superior Completo	2 (2,20%)
<b>Número de gestações</b>	3,18±2,18
<b>Idade da primeira gestação</b>	23,30±3,46
<b>Idade da menarca</b>	12,9±1,62
<b>Idade da menopausa</b>	47,68±5,77

\*Valores aproximados da MD±DP ou n(%)

Tabela 1- Perfil das mulheres investigadas.

Percebe-se na Tabela 1 que a média de idade das pacientes no momento do diagnóstico foi de 54,36 anos, que a maioria das mulheres eram da raça branca e possuíam ensino fundamental incompleto.

Em estudo realizado por Paiva et al. (2002), a média de idade das mulheres ao diagnóstico foi de 54,5 anos sendo a faixa etária mais acometida dos 41 aos 60 anos, corroborando com os achados desta pesquisa.

A cor/raça mais predominante nesse estudo foi à branca, possivelmente por se tratar de um município em que a população na sua maioria são descendentes de italianos e alemães. Em uma pesquisa realizada por Moreno, Biazzi e Proner (2012), no centro de notificação/tratamento oncológico do extremo-oeste e oeste de Santa Catarina a cor/raça

de maior predomínio foi também branca, não sendo encontrada na literatura a justificativa do porque o câncer de mama atinge na sua maioria essas mulheres. O estudo de Schneider e D'orsi (2009), também vem ao encontro a esse achado, onde foram analisadas 1.002 mulheres residentes no estado de Santa Catarina e destas, 76,9% eram da cor/raça branca e 62,2% eram agrupadas na cor/raça negra, amarela, parda e indígena.

Em relação à escolaridade, nos prontuários analisados a grande maioria não apresentava essa informação. Dos prontuários que possuíam essa informação, observou-se que grande parte das mulheres possuíam baixa escolaridade, isso pode ser pelo fato de algumas dessas pacientes residirem em locais do interior do município, não tendo fácil acesso as escolas, mas é possível que esse fator não tenha influenciado no tratamento dessas pacientes, visto que a maioria delas procuraram os serviços de saúde e realizaram os tratamentos dentro dos prazos preconizados, como apresentado na sequência desse estudo. Em uma pesquisa realizada por Rêgo e Nery (2014), das 50 mulheres participantes apenas 17 (34%) possuíam o ensino médio completo, dados esses que mostram o baixo índice de escolaridade.

Quanto aos dados reprodutivos, a literatura aponta que a nuliparidade bem como a gestação após os 30 anos consistem em fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama. A média de gestações das pacientes desse estudo foi de 3,18 ( $\pm 2,18$ ), lembrando que 34 (37,36%) dos prontuários analisados não continham essa informação. Esses dados condizem com um estudo de Lisboa et al (2013) em que, a média de gestações de mulheres com neoplasia mamária foi de 3,7, sendo que 75,8% tiveram duas ou mais gestações, 8,1% eram primigestas e 8,1% eram nulíparas. A nuliparidade ou atraso da primeira gestação são considerados fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia mamária, pelo fato de que a primeira gestação ajuda no processo de maturação das células da mama, fazendo com que elas fiquem mais protegidas a ação de substâncias cancerígenas (NUNES et al., 2012).

No presente estudo, a média de idade da primeira gestação das pacientes foi de 23,30 anos, o que representa que essas mulheres não se enquadravam nesse fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama. Este resultado vai ao encontro da pesquisa de Silva e Riul (2011), onde das 18 mulheres entrevistadas a média de idade da primeira gestação foi de 23,88 anos, variando de 16 a 34 anos.

Em relação à menarca precoce, identificou-se que a média de idade nesse estudo foi de 12,9 anos ( $\pm 1,62$ ). Esses achados se aproximam dos resultados encontrados na pesquisa de Matos, Pelloso e Carvalho (2010) constituída por 439 mulheres, onde a média da idade da menarca das mulheres analisadas foi de 13 anos.

A média da idade em que as pacientes entraram na menopausa foi de 47,68 anos ( $\pm 5,77$ ). Sabe-se que quanto mais tarde à mulher entrar na menopausa, maior vai ser o tempo de exposição ao estrogênio, que é o hormônio responsável por estimular as células da glândula mamária a se reproduzir, fazendo com que haja uma maior predisposição ao

câncer de mama (PIRHARDT; MERCÊS, 2009). No estudo de Santos e Araújo (2012), em que foram analisados prontuários de 293 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, observou-se que a idade média da menopausa foi de 46 anos. No estudo de Penha et al. (2013) realizado com 18 pacientes, 77,8% destas mulheres entraram na menopausa em idade igual ou inferior a 50 anos, dados estes que vem ao encontro da presente pesquisa.

O itinerário terapêutico das mulheres investigadas nesse estudo pode ser observado na Tabela 2, sendo que as linhas transversais demonstram a sequência das modalidades de tratamentos realizados como 1º, 2º, 3º e 4º etapas, com o percentual com que mais aconteceram.

Etapas	Itinerário			
	Diagnóstico	Cirurgia	Quimioterapia	Radioterapia
1ª	48,96*	42,71	5,21	3,13
2ª	28,97	38,14*	30,93	2,06
3ª	15,97	12,63	49,47*	21,05
4ª	1,32	1,32	11,84	85,53*

\* Equivalem aos procedimentos que mais ocorreram em cada etapa expressos em percentuais.

Tabela 2. Ordem dos procedimentos mais realizados pelas pacientes em cada etapa do tratamento.

Na Tabela 2, podemos observar que o número de mulheres que tiveram o diagnóstico como primeira etapa do itinerário terapêutico do câncer de mama foi de (48,96%). Pode-se observar ainda que a maioria não possuía o diagnóstico do câncer de mama e já havia sido realizado algum outro procedimento. Isso pode ter ocorrido pelo fato de que em alguns prontuários a data do diagnóstico equivale ao dia em que a paciente teve a primeira consulta no serviço de saúde onde foram realizadas as coletas dos dados, e algumas dessas mulheres já haviam feito algum tipo de exame em outros locais, ou até mesmo o procedimento cirúrgico, uma vez que algumas mulheres realizaram biópsia a céu aberto, o que explica o porquê, em alguns casos, a data do diagnóstico ser posterior ao procedimento cirúrgico. Outro aspecto a considerar é que algumas mulheres adentram o serviço de saúde após algum encaminhamento já ter sido realizado no sistema privado, buscando o serviço de saúde público para o tratamento adjuvante.

Segundo estudo realizado por Oshiro et al. (2014) o atraso no diagnóstico do câncer de mama pode ser resultado de diversos fatores, como, por exemplo, a demora para procurar um serviço de saúde a partir da primeira suspeita da doença, o tempo de espera entre as consultas e a realização dos exames, assim como o tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento.

Em relação ao procedimento cirúrgico, este engloba cirurgia radical ou procedimentos conservadores, sendo consideradas as principais abordagens terapêuticas para o câncer de mama. A cirurgia por quase um século foi utilizada como o único tratamento da doença, o que pode reduzir de duas a três vezes o risco de morte por essa neoplasia (TIEZZI, 2010). Notou-se nos prontuários analisados que o tratamento cirúrgico foi à segunda opção (38,14%) no itinerário terapêutico mais realizado pelas pacientes durante o tratamento na busca da cura do câncer de mama, e a primeira opção realizada como tratamento propriamente dito da neoplasia mamária. Esse dado é similar ao estudo de Nicolussi Sawada (2011) realizado no Centro Especializado de Oncologia (CEON) de Ribeirão Preto, São Paulo, em que, de um total de 35 mulheres participantes da pesquisa, 31 (88,6%) submeteram-se a procedimentos cirúrgicos, sendo que 15 realizaram mastectomia total, 12 mastectomia parcial e 4 realizaram nodulectomia.

Observa-se, ainda, que dos prontuários analisados, (49,47%) das pacientes realizaram a quimioterapia como terceira etapa do itinerário e segunda etapa no tratamento e (85,53%) das pacientes realizaram a radioterapia como quarta etapa do itinerário e terceira etapa do tratamento, correspondendo a um número elevado de mulheres que utilizaram desses recursos em busca da cura do câncer de mama. Das mulheres analisadas nesse estudo 45 (49,45%) realizaram o esvaziamento axilar, podendo ser um fator que levou a quimioterapia a ser realizada como segunda etapa no tratamento, isso pode ser justificado porque as pacientes poderiam apresentar axila positiva, tumor de grande tamanho ou ainda diagnóstico tardio.

Em uma pesquisa realizada por Guerra et al. (2009) em que foi avaliado a sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em mulheres diagnosticadas com câncer de mama, as pacientes que realizaram quimioterapia (79,2%) e as que realizaram radioterapia (79,9%) apresentaram sobrevida significativamente desfavorável quando relacionadas as mulheres que não fizeram o uso dessas terapias.

As etapas do itinerário terapêutico encontradas nessa pesquisa vêm ao encontro do estudo de Pessoa et al. (2015), o qual relata, de maneira geral, que o tratamento mais indicado as pacientes de sua pesquisa foi a combinação de cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, onde constatou-se um melhor prognóstico da doença nos pacientes submetidas a esses tratamentos.

Outra variável investigada nessa pesquisa foi o tempo transcorrido entre o diagnóstico e o itinerário terapêutico identificado nessa pesquisa, o que pode ser observado na Tabela 3.

<b>Procedimentos</b>	<b>Mediana (p25-p75)</b>
Diagnóstico até cirurgia	53 (29-142,5)
Cirurgia até quimioterapia	78,5 (47-135,5)
Início da quimioterapia até início da radioterapia	167 (112-265)

Tabela 3 - Tempo em dias da realização entre os procedimentos.

A Tabela 3 apresenta o intervalo de tempo em dias em que as mulheres levaram para realizar os diferentes tipos de procedimentos. Em relação ao tempo entre o diagnóstico até o procedimento cirúrgico houve uma demora, em mediana, de 53 dias. Sabe-se que quanto maior for a demora do início do tratamento da neoplasia mamária, mais avançados podem ser os estágios da doença, sendo mais agressivos os tratamentos com pior prognóstico, podendo haver um aumento da repercussão sobre o índice da mortalidade (TRUFELLI et al., 2008).

No estudo de Rosa e Radünz (2013), 13 mulheres participantes da pesquisa foram divididas em dois grupos dos quais estes possuíam itinerários diferentes e constatou-se que o tempo para a realização do procedimento cirúrgico no estudo citado foi muito superior ao tempo encontrado na presente pesquisa, em que, dos 13 prontuários de mulheres com câncer de mama investigados, o tempo entre o laudo da biópsia e o tratamento cirúrgico foi de 3 a 291 dias.

Segundo recomendações do INCA (2012), o tempo indicado entre a realização da cirurgia e da quimioterapia é de 60 dias e a realização entre a cirurgia e a radioterapia é de 120 dias. Nesta pesquisa constatou-se que as pacientes demoraram cerca de 78 dias para a realização da quimioterapia após o processo cirúrgico. Em uma pesquisa realizada por Rosa, Radünz e Brüggmann (2013), a mediana de tempo entre a cirurgia e a quimioterapia foi de 76 dias, sendo que das 22 mulheres que realizaram estes procedimentos terapêuticos, 18 (82%) ultrapassaram a recomendação dos 60 dias para o início da quimioterapia.

Em relação ao tempo percorrido entre o início da quimioterapia e o início da radioterapia, não se encontrou na literatura estudos que indicavam o tempo recomendado entre a realização desses procedimentos. As pacientes desta pesquisa demoraram a mediana de 167 dias entre o término da quimioterapia e início da radioterapia. Esse dado é muito superior ao encontrado no estudo de Recht et al. (1996), em que das mulheres em tratamento para o câncer de mama o tempo entre o início da quimioterapia ao início da radioterapia foi de duas semanas.

Percebe-se que de maneira geral o tempo entre a realização dos procedimentos das mulheres desse estudo, não ultrapassaram muito os valores recomendados. Nos casos em que houve uma maior demora para o início da terapêutica, pode ser pelo fato de ter ocorrido falhas na comunicação entre os serviços de saúde e as pacientes, visto que o contato no Município investigado é realizado via telefone o que pode pressupor que



as pacientes podem não atender a ligação por não reconhecer o número ou ainda por mudanças de aparelho telefônico e mudanças de endereço. Outra questão é que pode ter ocorrido de algumas mulheres perderem a data da consulta, visto que algumas dependem de transporte público para o deslocamento ou também por demanda reprimida do serviço público que realiza o transporte de pacientes ao serviço de saúde, o que as mantém em filas de espera.

O tipo histológico do tumor também foi estudado nessa pesquisa, sendo que 81 (89%) pacientes possuíam em seus prontuários este dado, nos outros prontuários não foi encontrada essa informação. Identificou-se que 64 (79,01%) pacientes possuíam carcinoma ductal invasivo, 8 (9,87%) carcinoma lobular, 2 (2,46%) carcinoma ductal in situ, 2 (2,46%) carcinoma misto, 2 (2,46%) carcinoma mucinoso e 3 (3,70%) carcinoma não especificado. Esses dados confirmam os encontrados na literatura em que, o tipo histológico de maior prevalência é o ductal invasivo constituindo cerca de 65 a 85% dos casos, seguido do carcinoma lobular invasivo que representa entre 10 e 14% dos casos (MARQUES; SILVA; AMARAL, 2011). Esse achado corrobora com estudo de Pessoa et al. (2015) em que nas 92 mulheres participantes da pesquisa o tipo histológico do tumor mais predominante foi o carcinoma ductal infiltrante correspondendo a 87% (n=80) dos casos, o carcinoma lobular apareceu em 2,2 % (n=2) das pacientes e o carcinoma ductal in situ em 1,1 % (n=1) das mulheres.

A partir da amostra estudada percebe-se que 72 (88,8%) dos tumores são ductais e lobular invasivo; para estes tipos histológicos percebe-se que o itinerário terapêutico para o tratamento destes tumores segue na sua maioria o mesmo, ou seja, a partir da confirmação do diagnóstico, segue-se o procedimento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia. Supõe-se que o tipo histológico pode até alterar o itinerário terapêutico, entretanto essa constatação não pode ser respondida por este estudo, uma vez que não houve grandes variações do tipo histológico, pois grande parte da amostra estudada apresentou tumor tipo ductal e lobular invasivos. Acredita-se que, se houver mudança neste itinerário identificado, este poderá estar influenciado por outros fatores, como o estágio da doença, grau e subtipo molecular do tumor.

Considerou-se como limitação deste estudo, a ausência de algumas informações nos prontuários das pacientes, o acesso limitado a alguns dos prontuários que muitas vezes se encontravam em diferentes setores do hospital por necessidade de seguimento do tratamento das mulheres e a falta de estudos atualizados que pudessem ser confrontados com os resultados encontrados nesta pesquisa.

## 4 | CONCLUSÃO

Conforme os resultados obtidos nesta pesquisa há uma grande prevalência de tumores do tipo ductal e lobular invasivos e, para estes tipos histológicos há uma tendência

do itinerário terapêutico seguir do diagnóstico seguido do procedimento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia, dados estes que, quando comparados a literatura confirmam a melhora do prognóstico do câncer de mama. É importante salientar que nem todas as mulheres seguiram ordenadamente os procedimentos do itinerário na sequência com que apareceram, podendo antecipar ou pular algumas das etapas.

Em relação ao tempo entre a realização dos procedimentos, as pacientes deste estudo, na sua maioria realizaram os tratamentos dentro dos prazos preconizados pela literatura, o que demonstra também que os serviços públicos de saúde estão fortemente implicados com o processo terapêutico das mulheres no Município investigado, pois as mesmas, a partir do diagnóstico são imediatamente referenciadas e submetidas ao tratamento em tempo ainda considerado adequado.

Observou-se que o itinerário terapêutico seguiu o mesmo para quase todas as pacientes, mas acredita-se que além do tipo histológico, o estágio da doença o grau e subtipo molecular do tumor, também podem influenciar na escolha do itinerário adequado para as pacientes.

## REFERÊNCIAS

BRITO, J.S.; MARCELINO, J.F.Q. Desempenho ocupacional de mulheres submetidas à mastectomia. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v.22, n.3, p.473-485, 2014.

CEZAR, K.; NASCIMENTO, A.P.C. Qualidade de vida de pacientes pós-mastectomizadas em reabilitação oncológica. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, v.16, n.1, p.29-32, 2014.

GUERRA, M.R. et al. Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas, em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.11, p. 2455-2466, 2009.

HOLSBACH, N.; FOGLIATTO, F.S.; ANZANELLO, M.J. Método de mineração de dados para identificação de câncer de mama baseado na seleção de variáveis. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.19, n.4, p.1295-1304, 2014.

INCA. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <[http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/10/Recomenda%C3%A7%C3%B5es\\_Mama\\_2012.pdf](http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/10/Recomenda%C3%A7%C3%B5es_Mama_2012.pdf)>. Acesso em: 16 de julho de 2018.

LISBOA, F.C.A.P. et al. Análise crítica do diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com câncer de mama acompanhadas em serviço de mastologia do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Mastologia**, v.23, n.4, p. 102-107, 2013.

MARQUES, A.M.; SILVA, M.P.P.; AMARAL, M.T.P. **Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher**. São Paulo: Ed. Roca Ltda. 2011.

MATOS, J.C.; PELLOSO, S.M.; CARVALHO, M.D.B. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.3, p.352-359, 2010.

MORENO, M.; BIAZI, C.L.; PRONER, C. Câncer de mama na região oeste de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Mastologia**, v.22, n.4, p.111-116, 2012.

NICOLUSSI, A.C.; SAWADA, N.O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.4, p.759-66, 2011.

NUNES, B.A.P. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer de mama em Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil. **Revista Brasileira de Mastologia**, v.22, n.4, p. 117-123, 2012.

OLIVEIRA, K. et al. Itinerário percorrido pelas famílias de crianças internadas em um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.1, p.36-42, 2014.

OSHIRO, M.L. et al. Câncer de mama avançado como evento sentinela para avaliação do programa de detecção precoce do câncer de mama no Centro-Oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.60, n.1, p.15-23, 2014.

PAIVA, C.E. et al. Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.48, n.2, p.231-237, 2002.

PENHA, N.S. et al. Perfil sócio demográfico e possíveis fatores de risco em mulheres com câncer de mama: um retrato da Amazônia. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas e Aplicadas**, v.34, n.4, p.579-584, 2013.

PESSOA, J. M. et al. Avaliação do seguimento oncológico de mulheres abaixo de 40 anos portadoras de câncer de mama em um hospital de referência da Amazônia. **Revista Brasileira de Mastologia**, v.25, n.1, p.8-15, 2015.

PIRHARDT, C.R.; MARCÊS, N.N.A. Fatores de risco para câncer de mama: nível de conhecimentos dos acadêmicos de uma universidade. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.17, n.1, p.102-6, 2009.

RECHT, M.D.A. et al. The sequencing of chemotherapy and radiation therapy after conservative surgery for early-stage breast cancer. **The New England Journal of Medicine**, n.334, p.1356-1361, 1996.

RÊGO, I.K.P.; NERY, I.S. 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.

RENCK, D. V. et al. Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n.1, p.88-96, 2014.

ROSA, L.M.; RADUNZ, V. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.22, n.3, p.713, 21, 2013.

ROSA, L.M.; RADUNZ, V.; BRUGMANN, O.M. Tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama no SUS. **Ciências, Cuidado e Saúde**, v.12, n.1, p.104-111, 2013.

SANTICHI, E.C. et al. Rastreamento de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em diferentes etapas do tratamento para o câncer de mama. **Psicologia Hospitalar**, v.10, n.1, p.42-67, 2012.

SANTOS, A.B.; ARAÚJO, M.C. Fatores de risco em mulheres com câncer de mama atendidas no centro de diagnóstico Nossa Senhora do Rosário em Santa Maria-RS. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde**, v.13, n.1, p.63-70. 2012.

SANTOS, R.C.; SILVA, M.S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n.3, p.1049-1063, 2014.

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

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

TIEZZI, D.G. A cirurgia no tratamento do câncer da mama – um antigo recurso para um emergente problema de saúde pública, São Paulo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.32, n.12, p.571-2, 2010.

TRUFELLI, D.C. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.54, n.1, p.72-76, 2008.

YOO, B.N. et al. Awareness and practice of breast self-examination among Korean women: results from a nationwide survey. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v.13, n.1, 2012.

ZAPPONI, A.L.B.; TOCANTINS, F.R.; VARGENS, O.M.C. A detecção do câncer de mama no contexto brasileiro. **Revista Enfermagem UERJ**, v.20, n.3, p.386-390, 2012.

# CAPÍTULO 4

## FATORES DE RISCO NO DESENVOLVIMENTO DE LINFEDEMA EM MASTECTOMIZADAS ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO CENTRO DO ESTADO DO RS

### **Betina Pivetta Vizzotto**

Fisioterapeuta; Mestranda em Reabilitação Funcional pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Ana Paula Donato**

Fisioterapeuta; Mestranda em Gerontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Hedioneia Maria Foletto Pivetta**

Fisioterapeuta; Docente do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Melissa Medeiros Braz**

Fisioterapeuta; Docente do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

**RESUMO:** Objetivo: Investigar a prevalência e os fatores de risco para o desenvolvimento de linfedema em pacientes mastectomizadas atendidas no ambulatório de mastologia de um hospital universitário de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Materiais e métodos: Trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório, em que se utilizou a perimetria, fórmula do volume do tronco de um cone e o questionário Lymphedema Risk Calculator para avaliar a prevalência e os riscos para o desenvolvimento do linfedema, ao qual foram incluídas pacientes submetidas à mastectomia com linfadenectomia. Resultados: Observou-se que o número de pacientes que apresentavam linfedema no momento da avaliação é elevado quando comparado à

literatura. A radioterapia, quimioterapia, índice de massa corporal e reconstrução mamária não foram significativamente associados ao desenvolvimento do linfedema nesse estudo. Todas as pacientes desta pesquisa foram submetidas à dissecação axilar nos três níveis, sendo esse um dos fatores que pode ter contribuído para elevar a incidência de risco de desenvolvimento de linfedema em cinco anos, juntamente à realização da radioterapia na região axilar. Conclusão: Os fatores que podem ter contribuído no elevado número de pacientes com linfedema foram à mastectomia com linfadenectomia como procedimento cirúrgico, dissecação axilar nos três níveis e a radioterapia na região axilar.

**PALAVRAS-CHAVES:** Linfedema; Neoplasias da Mama; Fatores de Risco.

## 1 | INTRODUÇÃO

O tratamento do câncer de mama é baseado em procedimento cirúrgico, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia (MAJEWSKI et al., 2012). A escolha pelo tipo de tratamento cirúrgico é baseada no estadiamento clínico e no tipo histológico do tumor, podendo ser realizada a cirurgia conservadora com a ressecção de um segmento da mama, com retirada dos gânglios axilares ou linfonodos sentinela, ou a cirurgia não conservadora em que se apresentam diferentes tipos de mastectomias, com ou sem linfadenectomia (MELO et al., 2011).

Apesar de as cirurgias realizadas

atualmente guardarem características mais conservadoras, graças à técnica do linfonodo sentinela, a prevalência de linfedema continua elevada. Neste sentido, faz-se necessário uma maior investigação a fim de descobrir suas causas. Conhecendo-se os fatores de risco para o desenvolvimento do linfedema os profissionais de saúde podem intervir sobre eles a fim de tentar reduzir o surgimento de linfedema. Sua prevalência varia entre 6% a 80% das pacientes que realizaram tratamento para neoplasia mamária. Esta variação justifica-se pelas diferenças de métodos utilizados para a sua classificação (perimetria, volumetria, dentre outros), bem como às características das populações estudadas (PANOBIANCO et al., 2014).

O linfedema é caracterizado como uma complicação crônica e incapacitante, que ocorre devido a uma obstrução linfática, em que há um aumento do volume do membro causado pelo acúmulo de líquido intersticial de alta concentração protéica (MARCHON et al., 2016). Os fatores que podem levar à formação do linfedema são número de linfonodos removidos, radioterapia axilar, infecção na incisão cirúrgica, falta de mobilidade do membro superior e obesidade (LEAL et al., 2011).

As pacientes com linfedema apresentam algumas alterações que podem afetar a sua qualidade de vida. Por isso, observa-se a importância de reconhecer precocemente os riscos e a prevalência do desenvolvimento de linfedema nessas pacientes, para que o tratamento tenha início precocemente. Diante do exposto, esta pesquisa tem como objetivo investigar a prevalência e os fatores de risco para o desenvolvimento do linfedema em pacientes atendidas no ambulatório de mastologia de um hospital universitário em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul (RS).

Buscou-se ainda a associação entre a prevalência de linfedema e as variáveis quimioterapia, radioterapia, índice de massa corporal (IMC) e reconstrução mamária.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

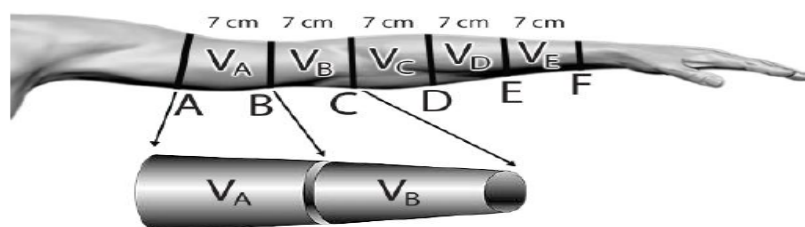
Trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório, que seguiu a Resolução n. 466/12 da Comissão Nacional de Ética para Pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional conforme parecer nº 1.838.849.

Foram incluídas mulheres com diagnóstico de câncer de mama submetidas à mastectomia radical associada à linfadectomia axilar, que realizaram o procedimento cirúrgico em um hospital escola de uma cidade do interior do RS. Foram excluídas do estudo mulheres que estivessem em tratamento fisioterapêutico nas quatro semanas anteriores à realização da perimetria. Participaram dessa pesquisa 25 mulheres que estavam sendo atendidas no hospital escola no período destinado à coleta dos dados e que aceitaram participar da pesquisa respeitando os critérios éticos em pesquisa com seres humanos.

A coleta dos dados ocorreu no período de dezembro de 2016 a abril de 2017. Para a

coleta dos dados utilizou-se uma ficha de identificação adaptada do estudo de Pivetta et al. (2014), que contém questões abertas e fechadas que permitem delinear o perfil clínico das pacientes.

Para identificar a prevalência de linfedema na amostra estudada realizou-se a perimetria nos membros superiores das mulheres avaliadas, para detectar se possuíam linfedema no momento da coleta de dados. A perimetria foi realizada a partir do olécrano, três pontos abaixo e dois pontos acima, em uma distância de sete centímetros entre cada ponto. Após a medida, utilizou-se a fórmula do estudo de Bevilacqua et al (2012) (Figura 1), sendo considerado linfedema quando a diferença entre o membro superior do hemitórax cirurgiado e o contralateral fosse superior a 200 ml.



$$V_{Limb} = V_A + V_B + V_C + V_D + V_E$$

Where:

$$V_A = 7 (A^2 + AB + B^2) / 12 \times 3.14$$

$$V_B = 7 (B^2 + BC + C^2) / 12 \times 3.14$$

$$V_C = 7 (C^2 + CD + D^2) / 12 \times 3.14$$

$$V_D = 7 (D^2 + DE + E^2) / 12 \times 3.14$$

$$V_E = 7 (E^2 + EF + F^2) / 12 \times 3.14$$

Figura 1. Cálculo do volume estimado dos membros superiores pela fórmula para o volume do tronco de um cone, sendo considerado linfedema quando a diferença entre os volumes dos membros superiores fosse maior de 200 ml.

A partir dos dados levantados buscou-se a associação entre a prevalência de linfedema e as variáveis: quimioterapia, radioterapia, índice de massa corporal (IMC) e reconstrução mamária.

Utilizou-se também o questionário Lymphedema Risk Calculator, que abrange perguntas relacionadas ao IMC, tratamento quimioterápico neoadjuvante ou adjuvante, tratamento radioterápico, nível de dissecação axilar e o desenvolvimento de seroma e linfedema entre o período de seis e doze meses após a cirurgia. Este instrumento apresenta, em porcentagem, o risco de desenvolvimento de linfedema no período de cinco anos, calculado a partir dos fatores de risco apresentados pela paciente. O risco de desenvolvimento do linfedema em cinco anos foi calculado para todas as pacientes investigadas, independente de estas já

apresentarem esta morbidade no momento da coleta de dados.

Inicialmente foi realizada a estatística descritiva para caracterização geral da amostra, bem como a identificação da prevalência de linfedema e do risco de desenvolvimento do linfedema. Para a análise de associação foi realizado o teste de Qui-quadrado entre as variáveis quimioterapia, radioterapia, IMC e reconstrução mamária com a presença de linfedema. O nível de significância adotado foi de 0,05 para todos os testes.

### 3 | RESULTADOS

Foram avaliadas 25 mulheres, sendo que todas foram submetidas à mastectomia com linfadenectomia (três níveis de dissecação axilar), com média de idade de 53,48±11,19 anos. Os dados de caracterização das pacientes são apresentados na Tabela 1, em média e desvio padrão.

Variáveis	Média e DP
Tempo de realização da cirurgia (meses)	36,00 ± 75,48
Idade no momento do diagnóstico (anos)	49,36±11,29
Idade da menarca (anos)	12,04±1,21
Idade da menopausa (anos)	46,77±6,08
Número de filhos	1,92±1,50

Tabela 1 - Perfil clínico das mulheres submetidas à mastectomia com linfadenectomia em um hospital do interior do RS, com valores apresentados em média e desvio padrão.

Destaca-se que no momento do diagnóstico as mulheres mantiveram média de idade menor que 50 anos. No momento da avaliação, 28% das mulheres ainda não haviam entrado na menopausa. Em relação aos dados reprodutivos, apenas 4 (16% das mulheres) relataram ser nulíparas.

Os tratamentos adjuvantes aos quais as mulheres foram submetidas para o câncer de mama estão apresentados na Tabela 2 representados através de n e porcentagem (%).



Variáveis	n (%)
Radioterapia (incluindo cadeia linfática)	10 (40)
Quimioterapia adjuvante	10 (40)
Hormonioterapia	07 (28)

Tabela 2 - Tratamentos adjuvantes realizados para o câncer de mama pelas mulheres investigadas representados por meio de n e porcentagem.

Dentre as pacientes investigadas, 6 (24%) ainda não haviam finalizado o tratamento adjuvante, o que pode justificar a baixa porcentagem encontrada no estudo.

A prevalência de linfedema nas mulheres investigadas, avaliada por meio da perimetria e da fórmula do cone, foi de 64%. Apenas uma das mulheres investigadas (4%) apresentou seroma nos primeiros seis meses após a cirurgia, o que é considerado um fator de risco para o desenvolvimento do linfedema. Na Tabela 3 são apresentadas as associações entre os demais fatores de risco para o desenvolvimento do linfedema e a sua presença nas mulheres pesquisadas.

	Linfedema		p
	Não	Sim	
Com radioterapia	2 (8%)	8 (32%)	p (0,229)
Sem radioterapia	7 (28%)	8 (32%)	
Com quimioterapia	4 (16%)	6 (24%)	p (1,000)
Sem quimioterapia	5 (20%)	10 (40%)	
Com reconstrução	3 (12%)	3 (12%)	p (0,630)
Sem reconstrução	6 (24%)	13 (52%)	
Baixo Peso	0 (0%)	2 (8%)	p (0,403)
Eutrófico	1 (4%)	5 (20%)	
Sobrepeso	7 (28%)	7 (28%)	
Obeso 1	1 (4%)	1 (4%)	
Obeso 3	0 (0%)	1 (4%)	

Tabela 3 - Associação entre linfedema e fatores de risco para o seu desenvolvimento nas mulheres submetidas à mastectomia com linfadenectomia, representados em n, porcentagem e p.

Observou-se nesse estudo que não houve associação entre radioterapia, quimioterapia, reconstrução mamária e índice de massa corporal (IMC) com a presença de linfedema. Das pacientes que realizaram radioterapia como tratamento, duas (8%) não apresentavam linfedema. Em relação à quimioterapia, quatro (16%) pacientes que se submeteram a esse tratamento não apresentavam linfedema. Associando a reconstrução mamária, 13 (52%)

das mulheres estavam com linfedema, mas não haviam realizado reconstrução. Observa-se que quando realizada a associação com o índice de massa corporal, sete (28%) pacientes apresentavam linfedema e estavam com sobrepeso.

A predição para o desenvolvimento do linfedema em cinco anos de acordo com o Lymphedema Risk Calculator foi de 74,14±32,41%. Observou-se neste estudo que os fatores de risco mais prevalentes para o desenvolvimento do linfedema foram à dissecação axilar, a realização da radioterapia (incluindo cadeia linfática) e o número de sessões de quimioterapia neoadjuvantes ou adjuvantes.

## 4 | DISCUSSÃO

Entre as variáveis utilizadas para analisar o perfil clínico das pacientes, a média de idade das mulheres no momento do diagnóstico foi de 49,36 anos, dado esse que se aproxima ao encontrado na literatura, em que a média de idade no momento do diagnóstico do câncer de mama varia entre 41 a 60 anos, sendo essa a faixa etária mais acometida por essa neoplasia (PAIVA et al., 2002).

Quanto aos dados hormonais apresentados pela amostra, considerados fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, observa-se que a menarca das mulheres avaliadas não ocorreu precocemente, visto que a menarca é precoce quando ocorre antes dos 12 anos de idade (GONÇALVES et al., 2010). Em relação à menopausa, as pacientes desse estudo não apresentaram menopausa tardia, visto que a menopausa é considerada tardia quando acontece a partir dos 55 anos de idade (FERREIRA; SILVA; ALMEIDA, 2015). Desta forma, os fatores hormonais se encontram dentro dos dados fisiológicos e não se configuram fatores de risco isolados para esta população.

Quando avaliados os dados reprodutivos, observou-se que quatro (16%) pacientes relataram ser nulíparas. A nuliparidade é apontada como fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, pois a gestação ajuda no processo de maturação das células da mama, tornando-as mais protegidas a ação de substâncias cancerígenas (NUNES et al., 2012).

Das mulheres participantes dessa pesquisa, 64% apresentavam linfedema. Esse dado é elevado quando comparado à literatura, em que a ocorrência de linfedema varia de 6% a 49% (VIEIRA et al., 2016). Esse elevado número de casos de linfedema pode estar associado com o fato de que todas as pacientes desse estudo realizaram mastectomia com linfadenectomia como procedimento cirúrgico para o tratamento do câncer de mama. Estudo avaliou 74 pacientes residentes em Florianópolis-SC as quais haviam sido diagnosticadas com câncer de mama, sendo que 93% delas foram submetidas à mastectomia com linfadenectomia axilar. Destas, 78% apresentaram linfedema, e 33% dos casos estavam relacionados ao tipo cirúrgico e não aos outros tratamentos realizados, como a radioterapia

(DIAS et al., 2017).

Entre os fatores de risco que elevam a probabilidade do desenvolvimento do linfedema está a dissecação axilar. Nesta pesquisa, todas as pacientes realizaram dissecação axilar nos três níveis (I-II-III), o que pode justificar a alta prevalência do risco de desenvolvimento do linfedema em cinco anos, calculada pelo Lymphedema Risk Calculator. Quando realizada a remoção dos linfonodos axilares, os principais coletores linfáticos que ali desembocam ficam sem o caminho para dar continuidade à drenagem linfática, levando à sobrecarga funcional do sistema linfático, onde o volume da linfa excede o seu transporte pelos coletores e absorção pelos linfáticos iniciais (REZENDE; ROCHA; GOMES, 2010).

Não se encontrou associação entre linfedema com a realização de radioterapia, porém, o questionário Lymphedema Risk Calculator utiliza dados referentes ao campo planejado para a irradiação da radioterapia. Quando este se refere à região axilar, elevam-se os casos de linfedema. Isso pode justificar a alta prevalência de linfedema neste estudo, visto que das pacientes que realizaram radioterapia, todas sofreram irradiação na região axilar, o que causa obstrução da drenagem linfática do membro superior devido ao bloqueio dos vasos linfáticos ou à compressão destes por fibroses causadas pelo tratamento (PAIVA et al., 2011).

Quando associado o desenvolvimento do linfedema com a realização ou não de quimioterapia, não se encontrou associação neste estudo. No entanto, o instrumento Lymphedema Risk Calculator considera como risco o número de sessões de quimioterapia adjuvantes e neoadjuvantes realizada no membro superior ipsilateral. Não foram encontrados na literatura estudos que justificam o risco da associação do linfedema com o número de ciclos de quimioterapia realizados. Estudo avaliou se as punções venosas no membro superior ipsilateral para infusões de quimioterapia aumentavam o risco de linfedema quando comparadas às infusões intravenosas em linhas centrais. Para isso participaram do estudo 630 mulheres com câncer de mama. Os autores observaram que as punções repetidas no braço ipsilateral para infusão de quimioterapia não aumentam, isoladamente, o risco de linfedema (ASDOURIAN et al., 2017).

Em nosso estudo não houve associação entre reconstrução mamária e linfedema. Tendências recentes demonstram um aumento no número de pacientes que optam pela reconstrução mamária imediata após a mastectomia e que esta pode estar associada à redução dos riscos do desenvolvimento do linfedema, pois pacientes submetidas à mastectomia sem reconstrução mamária podem evoluir para aderência, fibrose, contratura cutânea da mama, parede torácica e axila, resultando em fluxo linfático obstruído, o que possivelmente levam à formação do linfedema (MILLER et al., 2016). No Brasil, foi criada a Lei 12.802 que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde-SUS, nos casos de mutilação decorrentes do tratamento do câncer de mama.

No presente estudo não se observou associação entre linfedema e IMC, no entanto,

a literatura relata que pacientes com alto IMC têm maior predisposição à ocorrência de linfedema, pelo fato de que precisam maior quantidade de sangue circulante e maior eficiência do sistema linfático para manter o fluxo adequado da linfa. Com isso, possivelmente ocorre um desequilíbrio da capacidade de transporte e absorção da linfa, aumentando, assim, o risco do desenvolvimento de linfedema PAIVA; DUTRA, 2016).

Considerou-se como limitação deste estudo a ausência de informações nos prontuários das pacientes, bem como o acesso limitado a alguns prontuários, que muitas vezes se encontravam em diferentes setores do hospital por necessidade de seguimento do tratamento das pacientes e o baixo número de pacientes que realizaram mastectomia com linfadenectomia como procedimento cirúrgico.

## 5 | CONCLUSÃO

Com o término desse trabalho, pode-se concluir que as pacientes submetidas aos tratamentos para o câncer de mama possuem um elevado índice para o desenvolvimento do linfedema.

Observou-se um grande número de mulheres que já possuíam o linfedema no momento da avaliação e que podem desenvolver essa morbidade nos próximos cinco anos.

Os possíveis fatores que podem ter contribuído a esses elevados casos de linfedema são que todas as pacientes haviam realizado mastectomia com linfadenectomia como procedimento cirúrgico, a dissecação axilar nos três níveis e radioterapia na região axilar, o que, segundo a literatura, são fatores importantes para o desenvolvimento do linfedema.

## REFERÊNCIAS

ASDOURIAN, M.S. et al. Chemotherapy-related risk factors associated with lymphedema in breast cancer patients: Should repeated ipsilateral arm infusions be avoided. **American Association for Cancer Research**, 2017.

BEVILACQUA, J.L.B. et al. Nomograms for predicting the risk of arm lymphedema after axillary dissection in breast cancer. **Annals of Surgical Oncology**, v.19, n.8, p.2580-2589, 2012.

DIAS, M. et al. Implicações das cirurgias de câncer de mama nas atividades profissionais. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional**, v.25, n.2, p.325-332, 2017.

FERREIRA, I.C.C.; SILVA, S.S.; ALMEIDA, R.S. Menopausa, sinais e sintomas e seus aspectos psicológicos em mulheres sem uso de reposição hormonal. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v.19, n.2, p.60-64, 2015.

GONÇALVES, L.L.C. et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia. **Revista Enfermagem UERJ**, v.18, n.3, p.468-72, 2010.

LEAL, N.F.B.S. et al. Linfedema pós-câncer de mama: comparação de duas técnicas fisioterapêuticas-

estudo piloto. **Revista Fisioterapia e Movimento**, v.24, n.4, p.647-54, 2011.

MAJEWSKI, J.M. et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram a cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 17, n.3, p.707-716, 2012.

MARCHON, R.M. et al. A influência do apoio social na resposta terapêutica do linfedema de membro superior após o câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, v.26, n. 3, p.102-106, 2016.

MELO, M.S.I. et al., Avaliação postural em pacientes submetidas a mastectomia radical modificada por meio da fotogrametria computadorizada. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.57, n.1, p. 39-48, 2011.

MILLER, C.L. et al. Immediate implant reconstruction is associated with a reduced risk of lymphedema compared to mastectomy alone. **Annalsurg**, v.263, n.2, p.399-405, 2016.

NUNES, B.A.P. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer de mama em Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil. **Revista Brasileira de Mastologia**, v.22, n.4, p.117-123, 2012.

PAIVA, D.M.F. et al. Fatores associados ao linfedema em pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.33, n.2, p.75-80, 2011.

PAIVA, C.B.; DUTRA, C.M.S. Prevalência de linfedema após tratamento de câncer de mama em pacientes com sobrepeso. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, v.26, n.3, p.263-267, 2016.

PANOBIANCO, M.S. et al. Qualidade de vida de mulheres com linfedema após cirurgia por câncer de mama. **Revista Rene**, v.15, n.2, p.206-213, 2014.

PIVETTA, H.M.P. et al. Prevalência de fatores de risco em mulheres com cancer de mama. **Revista Ciências Médicas e Biológicas**, v.13, n.2, p.170-175, 2015.

REZENDE, L.F.; ROCHA, A.V.R.; GOMES, C.S. Avaliação dos fatores de risco no linfedema pós-tratamento de câncer de mama. **Jornal Vascular Brasileiro**, v.9, n.4, p.233-238, 2010.

VIEIRA, R.A.C. et al. Instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa das seqüelas relacionadas ao tratamento do câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, v.26, n.3, p.126-32, 2016.

# CAPÍTULO 5

## APOIO SOCIAL, IMAGEM CORPORAL E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

### Ana Paula Donato

Fisioterapeuta; Mestranda em Gerontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### Betina Pivetta Vizzoto

Fisioterapeuta; Mestranda em Reabilitação Funcional, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### Melissa Medeiros Braz

Docente do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

**RESUMO:** Objetivo: Analisar a associação entre apoio social, imagem corporal e autopercepção de saúde de mulheres em tratamento para o câncer de mama. Materiais e métodos: Trata-se de uma pesquisa descritiva e transversal com abordagem quantitativa. Foi aplicado um questionário que continha informações sociodemográficas, dados clínicos e terapêuticos, a Escala de Apoio Social, uma questão sobre autopercepção de saúde e o questionário Body Image after Breast Cancer (BIBCQ). Resultados: 24 mulheres responderam aos questionários enquanto aguardavam a consulta de rotina com o mastologista ou o atendimento fisioterapêutico. Verificou-se não haver associação entre apoio social, imagem corporal e autopercepção de saúde, no entanto, houve correlação moderada entre a autopercepção da saúde e a autoimagem, representada pelo escore total do BIBCQ e forte entre o restante dos domínios. A autopercepção de saúde foi relatada por 83,3% das mulheres como sendo boa a muito boa. A partir dos dados

obtidos, foi possível constatar que as mulheres deste estudo estão assistidas em relação ao apoio social, e que esta variável pode ter apresentado influência positiva em relação à imagem corporal e autopercepção de saúde, e que o câncer ainda é causador de estigma corporal para o grupo pesquisado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Apoio Social; Neoplasias da Mama; Imagem Corporal.

## 1 | INTRODUÇÃO

Devido à elevada incidência e o número de óbitos o câncer de mama é considerado um importante problema de saúde pública. Entre as mulheres, é o tipo mais frequente em todo o mundo, representando aproximadamente 20,8% de todos os tipos de neoplasia (MEDINA et al., 2015). No Brasil estimou-se, para o ano de 2016, cerca de 57.960 novos casos (INCA, 2017).

O diagnóstico e o tratamento são considerados momentos traumáticos e atemorizantes por muitas mulheres, as quais se veem diante de uma doença que causa ameaça à sua existência. Além da dor e da indisposição, estas vivenciam importantes alterações na vida e no cotidiano, uma vez que a integridade física, aspectos econômicos, psíquicos e sociais são modificados, assim como a imagem corporal (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Mesmo havendo avanços no tratamento para esse tipo de câncer, muitas mulheres são

submetidas à retirada da mama, seja parcial ou total, modificando de modo negativo sua imagem corporal, e sentimentos como medo, insegurança, angústia, rejeição e isolamento social são comumente vivenciados, já que a mama é considerada um símbolo de feminilidade, sexualidade e maternidade (PRATES et al., 2014; VIEIRA et al., 2015).

Além do procedimento cirúrgico, o tratamento adjuvante provoca modificações físicas como palidez, alopecia, perda ou escurecimentos das unhas, alterações no peso e disfunções sexuais, que também podem influenciar negativamente a imagem corporal (VIEIRA et al., 2015).

Diante destas alterações da integridade biopsicossocial, o apoio social torna-se importante para essas mulheres, uma vez que é apontado como um fator positivo de restabelecimento das funções de saúde, colaborando no tratamento e na redução dos efeitos deletérios causados pelo câncer (AMBRÓSIO; SANTOS, 2015; RODRIGUES; FERREIRA, 2012).

Nesse sentido, o apoio social enquanto função está associado com recursos emocionais e materiais oferecidos por outras pessoas em situações de necessidade por que passa o sujeito, resultando em efeitos emocionais e comportamentais (DUE et al., 1999).

O sujeito com câncer, ao receber o apoio social, sente-se acolhido na sua rede social, adotando condutas que auxiliam na resposta terapêutica e a passar por este processo, proporcionando assim melhor bem-estar (KOLANKIEWICZ et al., 2014).

Estudos têm evidenciado que as pessoas que não dispõem dessa assistência apresentam maior risco de morrer, pior qualidade de vida, além de não aderirem ao tratamento de maneira adequada (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012). Estudo realizado com 187 mulheres em tratamento ginecológico na Turquia constatou que aquelas que recebiam maior apoio social apresentavam menos ansiedade, depressão e qualidade de vida mais satisfatória (PINAR et al., 2012).

Outro fator a ser considerado é a auto avaliação da saúde, sendo a mesma fácil de ser coletada e com informações pertinentes a respeito da saúde dos sujeitos investigados (REICHERT; LOCK; APILHEIRA, 2012). A auto percepção de saúde, embora seja subjetiva, é considerada um indicativo confiável e válido, mostrando-se associada com déficits funcionais, índices de mortalidade e morbidade ao autocuidado (REIS et al., 2014).

Assim, este estudo tem como objetivo verificar a associação entre apoio social, imagem corporal e auto percepção de saúde em mulheres em tratamento para o câncer de mama.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo, caracterizado como descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, foi realizado no período de janeiro a abril de 2017. A pesquisa teve início após aprovação

do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional sob o número de parecer 1.838.849 e obedece aos critérios estabelecidos pela resolução 466/12 no CNS.

A amostra foi constituída por mulheres com diagnóstico médico de câncer de mama. Foram incluídas na pesquisa mulheres, independente da faixa etária, que haviam realizado tratamento cirúrgico, radical ou conservador, com ou sem reconstrução mamária e que apresentavam ou não linfedema. Foram excluídas mulheres que haviam realizado cirurgia há menos de três meses, mulheres que estavam realizando tratamento quimioterápico e aquelas que não se declarassem em condições de responder à entrevista.

A população alvo foi convidada pela pesquisadora, pessoalmente, para que participasse de forma voluntária do estudo, sendo também prestados esclarecimentos sobre a pesquisa e seus objetivos. Aquelas que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma delas permaneceu em posse da pesquisadora.

Posteriormente, foram aplicados os questionários, de forma individual, em uma sala reservada, enquanto as mulheres aguardavam a consulta de rotina ou o atendimento fisioterapêutico no Hospital Universitário, no ambulatório de Fisioterapia e no Centro de Referência da Saúde do Trabalhador (CEREST) da cidade onde foi realizada a pesquisa.

A Ficha de Identificação adaptada de Pivetta et al. (2014) continha informações sociodemográficas (idade, estado civil, cor, renda familiar, escolaridade) e dados clínicos e terapêuticos (tipo e quanto tempo de cirurgia, tratamento adjuvante) das voluntárias.

A fim de coletar os dados sobre o apoio social foi aplicada a Escala de Apoio Social, que se refere ao apoio recebido seja de amigos, familiares ou conhecidos. Para esta avaliação, foi utilizado o questionário proposto pelo Medical Outcomes Study (MOS) de Sherbourne e Stewart (1991) e validado para o português por Griep et al. (2005). Trata-se de uma escala composta por 19 itens, compreendendo cinco dimensões funcionais: material (4 perguntas), afetivo (3 perguntas), emocional (4 perguntas), interação social positiva (4 perguntas) e informação (4 perguntas). Para todos os itens, cinco opções de resposta, variando de “nunca” a “sempre”, são apresentadas. Na análise, a escala varia de 0 a 4, sendo utilizado o somatório das respostas, cujo resultado poderá variar de 0 a 76; quanto maior o escore, maior o apoio social.

A avaliação da auto percepção de saúde foi realizada por meio de uma questão fechada. Auto percepção de saúde é um indicativo da sua própria avaliação da saúde, confiável e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Capaz de identificar aspectos da saúde física, cognitiva e emocional dos sujeitos, foi avaliada através da pergunta: “O que a senhora acha do seu estado de saúde no último mês? Teve como opções de resposta: excelente, muito boa, boa, regular e péssima (PAGOTTO; NAKATANI; SILVEIRA, 2011).

Para a avaliação da autoimagem foi utilizado o questionário Body Image after Breast Cancer (BIBCQ) (BAXTER et al., 2006). É uma escala multidimensional, criada com o objetivo de acompanhar o impacto do câncer de mama na imagem corporal a longo prazo. O questionário possui 45 itens “comuns”, 2 itens específicos para mulheres que fizeram a



mastectomia, mas não fizeram a reconstrução da mama e 6 itens específicos para mulheres que fizeram a reconstrução da mama ou uma quadrantectomia ou que não passaram por procedimento cirúrgico. Os itens foram divididos em 6 escalas: Vulnerabilidade, Estigma Corporal, Limitações, Preocupação com o corpo, Transparência e Preocupação com o braço. O escore de cada item corresponde a resposta dada pela voluntária que varia de 1 a 5. Em alguns itens os escores são calculados de maneira diferente, apresentando os escores reversos, em que para cada item deve-se adicionar 6 ao escore total, sendo que cada item reverso possui carga negativa. Quanto maior for a pontuação total e em cada um dos domínios do instrumento, mais comprometida será a imagem corporal. Foi utilizada a versão adaptada para o português (GONÇALVES, 2012).

Todos os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora. Para a análise dos dados, foi realizada a digitação no programa Excel 2003 para armazenamento. Inicialmente foram realizadas análises univariadas para caracterização da amostra. Para as variáveis contínuas foi realizado o teste de normalidade de Shapiro-wilk.

Para as associações entre variáveis simétricas foi utilizado o teste de correlação de Pearson e entre variáveis assimétricas ou ordinais foi usado o teste de correlação de Spearman. Classificou-se a intensidade da correlação pelo critério de Malina (MALINA, 1996) o qual a considera baixa ( $r < 0,30$ ), moderada ( $0,30 < r < 0,60$ ) e alta ( $r > 0,60$ ). O nível de significância adotado foi de 5% em todos os testes.

### 3 I RESULTADOS

Foram aplicados 31 questionários, conforme os critérios de inclusão e exclusão. Destes, 4 foram excluídos pelo fato de as mulheres terem realizado a cirurgia há menos de três meses e 3 por estarem realizando quimioterapia, assim foram selecionados pela elegibilidade 24. As participantes tinham uma média de idade de  $50,83 \pm 9,08$  anos.

Variáveis	n	%	Média e DP
<b>Idade no momento do diagnóstico</b>	24		47,79± 7,49
<b>Cor</b>			
Branca	15	62,50	
Negra	5	20,83	
Parda	2	8,33	
Não informado	2	8,33	
<b>Estado Civil</b>			
Casada ou coabitação	15	62,50	
Solteira	3	12,50	
Viúva	3	12,50	
Não informado	3	12,50	

<b>Escolaridade</b>		
Não alfabetizada	1	4,17
1-8 anos	11	45,83
9-11 anos	8	33,33
Mais de 11 anos	4	16,67
<b>Classe Econômica</b>		
Classe A1 e A2	1	4,17
Classe B1 e B2	8	33,33
Classe C1 e C2	12	50,00
Classe D	3	12,50
<b>Nº de filhos</b>		
Nenhum	3	12,50
1	7	29,17
2	6	25,00
3	5	20,83
Mais de 3	3	12,50
<b>Tipo de Cirurgia</b>		
Conservadora	7	29,17
Radical	17	70,84
<b>Reconstrução mamária</b>		
Sim	2	8,33
Não	22	91,67

---

Tabela 2 – Dados de caracterização das mulheres em tratamento para o câncer de mama (n=24).

A Tabela 1 apresenta os dados de caracterização das mulheres, das quais 62,50% declararam-se ser de cor branca, 62,50% eram casadas ou estavam em coabitação com o companheiro, 45,83% apresentavam entre 1 a 8 anos de estudo, e 16,67% haviam estudado mais de 11 anos.

Quanto aos aspectos clínicos, o tipo de cirurgia mais frequente foi a mastectomia com linfonodectomia, correspondendo a 54,17% dos tipos cirúrgicos, 93,5% das mulheres realizaram algum tipo de tratamento adjuvante, sendo a quimioterapia (75%) a mais frequente, seguida da radioterapia (37,5%) e da hormonioterapia (16,67) e 91,7% optaram por não realizar reconstrução mamária.

Referente ao tempo de cirurgia, as mulheres apresentaram uma média de 15,04 ±18,03 meses.

<b>Apoio Social (MOS)</b>	<b>Escores (média ± DP)</b>
Apoio Material	15,46 ± 1,14
Apoio Afetivo	11,79 ± 0,51
Apoio Emocional	15,25 ± 1,92
Apoio de Informação	15,29 ± 1,43
Interação Social Positiva	14,46 ± 2,75
Total	72,17 ± 5,56
<b>Autoimagem (BIBCQ)</b>	
Vulnerabilidade	20,88 ± 5,53
Estigma corporal	40,71 ± 8,49
Limitações	16,71 ± 3,62
Preocupações com o corpo	14,71 ± 4,04
Transparência	16,58 ± 5,01
Preocupações com o braço	7,46 ± 1,84
Total	117,04 ± 21,05

Tabela 3– Apoio social e autoimagem das mulheres em tratamento para o câncer de mama, apresentados em média e desvio padrão, por meio dos domínios e escore total do MOS e do BIBCQ.

A Tabela 2 apresenta os domínios e escore total do apoio social e autoimagem das mulheres com câncer de mama, representados por meio da média e desvio padrão.

A média do escore total do apoio social aproximou-se do valor máximo de 76 pontos, o que demonstra que as mulheres avaliam receber ótimo apoio social em todos os domínios, destacando-se o apoio material com 15,46 pontos. Quanto à autoimagem, os valores dos domínios vulnerabilidade e estigma corporal, respectivamente 20,88±5,53 e 40,71±8,49, se aproximaram da pontuação máxima, o que demonstra uma avaliação negativa destes domínios, no entanto o escore total demonstrou uma avaliação positiva da imagem corporal.

Observou-se que 33,3% das mulheres avaliaram a autopercepção de saúde como sendo boa, 12,5% como excelente, 25% como muito boa, 25% como regular e um pequeno número considerou como sendo péssima (4,17%).

<b>Autoimagem (BIBCQ)</b>	<b>Apoio Social (p)</b>	<b>R</b>
Vulnerabilidade	0,832	- 0,046
Estigma corporal	0,545	- 0,130
Limitações	0,188	- 0,278
Preocupações com o corpo	0,118	- 0,328
Transparência	0,070	- 0,376
Preocupações com o braço	0,182	- 0,282
Total	0,106	- 0,338

Tabela 4 – Correlação, representada em p e R, entre o apoio social, escore total e a autoimagem (BIBCQ) das mulheres em tratamento para o câncer de mama.

A Tabela 3 apresenta a correlação, representada em p e R, entre o apoio social o escore total e a autoimagem (BIBCQ) das mulheres. Os dados demonstram não haver correlação entre o apoio social e autoimagem entre o grupo pesquisado.

<b>Domínios do Apoio Social (MOS)</b>	<b>Autopercepção de Saúde (p)</b>	<b>R</b>
Material	0,934	0,018
Afetivo	0,168	-0,291
Emocional	0,163	- 0,294
Informação	0,184	- 0,281
Interação Social Positiva	0,100	- 0,344
Total	0,158	- 0,297

Tabela 5 – Correlação, representada em p e R, entre autopercepção de saúde, o escore total e os domínios do apoio social das mulheres em tratamento para o câncer de mama.

A Tabela 4 apresenta a correlação entre a autopercepção de saúde, o escore total e os domínios do apoio social representada em p e R. Não houve correlação entre autopercepção de saúde, e os domínios e o escore total do apoio social entre o grupo pesquisado.

<b>Domínios do BIBCQ (Autoimagem)</b>	<b>Autopercepção de Saúde (p)</b>	<b>R</b>
Vulnerabilidade	0,001*	0,644
Estigma corporal	<0,001*	0,839
Limitações	<0,001*	0,761
Preocupações com o corpo	<0,001*	0,739

Transparência	<0,001*	0,731
Preocupações com o braço	0,001*	0,623
Total	0,036*	0,429

\* apresentam  $p \leq 0,05$ .

Tabela 6 – Correlação, representada em p e R, entre autopercepção de saúde, escore total e os domínios do BIBCQ das mulheres em tratamento para o câncer de mama.

A Tabela 5 apresenta a correlação entre a autopercepção de saúde, o escore total e os domínios do BIBCQ representadas em p e R. Houve correlação moderada entre a autopercepção da saúde e o escore total do BIBCQ, forte entre os domínios estigma corporal, limitações, preocupação com o corpo, assim como transparência e preocupações com o braço.

## 4 | DISCUSSÃO

Por entender que o fisioterapeuta não trata somente de disfunções cinético-funcionais, mas é responsável pelo paciente em todas as suas dimensões, incluindo psíquicas e sociais, o presente estudo explorou a relação entre o apoio social, imagem corporal e autopercepção de saúde de 24 mulheres em tratamento para o câncer de mama.

Entre as características sociodemográficas analisadas, a média de idade das mulheres no momento do diagnóstico foi de 47,79 anos, dado esse que se aproxima ao do Instituto Nacional do Câncer (INCA), em que a idade média para o diagnóstico é de 50 anos, sendo sua incidência progressiva a partir de então, sendo um dos motivos as possíveis alterações hormonais do ciclo de vida feminino (INCA, 2017).

Em relação à cor, 62,5% relataram ser brancas, esse achado pode estar ligado ao fato de que segundo dados do IBGE, 82,3% da população do Rio Grande do Sul é considerada de cor branca (IBGE, 2010). Estudo de Soares et al. (2015), apresenta que a taxa de mortalidade por câncer de mama na região sul no ano de 2010 em mulheres com mais de 50 anos e de cor branca é de 51,6/100.000 mulheres, destacando-se em relação às outras etnias e regiões do Brasil neste mesmo período.

As variáveis escolaridade e classe social apontam que 50% das mulheres estudaram menos de oito anos e 62,5% apresentavam nível social baixo. Isto torna-se uma preocupação para todos os profissionais de saúde, pois estudos indicam que estes aspectos podem interferir de maneira negativa na vida destas mulheres devido à dificuldade de acesso e compreensão a informações e métodos preventivos e a recursos de saúde. Este fato pode estar relacionado ao atraso no diagnóstico e no tratamento do câncer de mama (SILVA et al., 2014; SCHNEIDER et al., 2014).

As mulheres deste estudo apresentaram uma média referente ao tempo da cirurgia de 15,04 ±18,03 meses. Sugere-se que este dado possa ter contribuído para que 83,3% delas avaliassem positivamente a autopercepção de saúde, uma vez que elas já podem ter readquirido a autonomia e estarem exercendo suas atividades até então comprometidas. Em torno do quarto mês após a cirurgia, a mulher já está se adaptando à nova situação de vida, melhorando inclusive a qualidade de vida (BEZERRA et al., 2013).

A maioria delas (62,5%) eram casadas e tinham mais de um filho, o que é considerado positivo, pois o cônjuge ou o familiar são importantes e indispensáveis em uma estratégia de enfrentamento da doença. A família é considerada a principal fonte de apoio emocional e financeiro, oferecendo segurança e conforto para o enfrentamento de todas as fases da doença (RIBEIRO; PORTELLA; MALHEIRO, 2014). Além destas funções, o apoio do cônjuge em relação à sexualidade desta mulher é de grande importância.

Apesar de o presente estudo não demonstrar associação entre o apoio social e imagem corporal, esse resultado não deve ser desconsiderado, uma vez que a Sociedade Americana do Câncer/Sociedade Americana de Oncologia Clínica, em seu Guideline para sobreviventes ao câncer de mama, aborda que as alterações provocadas na imagem corporal ocasionadas pelo tratamento (como a perda da mama, cicatriz, linfedema e alopecia, entre outras) podem implicar em alterações negativas a curto e longo prazo (RUNOWICZ et al., 2016). Esses fatores podem agravar-se na medida em que a mulher não recebe apoio, seja ele de familiares ou amigos (MARTINS; FARIAS; SILVA, 2016).

É importante destacar que, neste estudo, as participantes avaliaram de forma positiva sua autoimagem. Isto pode ser atribuído ao fato de que grande parte das mulheres (75%) já havia finalizado o tratamento adjuvante, em especial a quimioterapia e que, no momento da coleta de dados, poderiam não mais sofrer as alterações sobre a imagem corporal deste tratamento.

Quanto ao tipo cirúrgico, observou-se que o tipo de cirurgia mais comum foi a mastectomia radical e que as pacientes optaram por não realizar a reconstrução mamária. Em um estudo de revisão sistemática, os autores observaram não haver diferenças significativas na autoimagem entre as mulheres que realizaram a cirurgia de reconstrução e aquelas que optam por não fazê-la (LEE; SUNU; PIGNOME, 2009). Em nosso estudo, o tempo transcorrido após a cirurgia também pode ser um dos fatores que explica a avaliação positiva da autoimagem das pacientes, pela adaptação da percepção do corpo que ocorre ao longo do tempo. O corpo tem a capacidade com o passar do tempo, de adaptar-se a sua nova percepção da imagem corpora (PERES, 2014).

Na avaliação da autoimagem o domínio estigma corporal foi o que apresentou resultado mais próximo do escore total, com média de 40,71 pontos, demonstrando que as mulheres deste estudo avaliam este domínio de modo negativo. Isto pode ser explicado pelo significado cultural atribuído às mamas. Devido à pressão da sociedade, a mulher muitas vezes idealiza modelos de beleza, e as mamas passam a ser vistas como símbolos

de maternidade, feminilidade e sexualidade (CIACCO; REZENDE, 2012). Quando surge, devido a um câncer, a necessidade da retirada de uma ou das duas mamas, a percepção do corpo pelo cérebro é modificada e, com isso, a imagem corporal é ajustada a essa nova situação. Outro fator que pode justificar esta avaliação negativa é o diagnóstico de câncer ainda estar associado à morte, à mutilação e estigmas. O estigma se refere a uma característica pessoal que pode afastar pessoas ou grupos, se esta característica for diferente da esperada ela é caracterizada um estigma, que pode ser em relação as deformidades físicas do corpo, falhas de caráter e participação em grupos considerados socialmente negativos (GONÇALVES, 2012).

O câncer é considerado uma doença “maldita”, a qual provoca sofrimento no corpo e na mente, e suas alterações são consideradas importantes estressores, tanto na vida da mulher quanto de seus familiares (ALMEIDA et al., 2015). Por vezes, o enfrentamento da doença “maldita” pode gerar uma ressignificação perante a perda da mama, com uma adaptação à autoimagem e à nova realidade, na qual as mulheres passam a demonstrar sentimentos de resignação pelo episódio da doença e autoaceitação, o autoconhecimento e a redescoberta de si, o que as leva a atribuir novos valores à vida (GAZOLA et al., 2017).

Não houve associação estatisticamente significativa entre apoio social e autopercepção de saúde. Neste estudo, 83,3% das mulheres avaliaram a saúde de forma positiva e a maioria referiu receber apoio social. No estudo realizado com 170 mulheres com câncer de mama atendidas em um serviço de referência no sul do Brasil observou que 61% delas referiam a autopercepção de saúde como boa (HÖFELMANN; ANJOS, 2012).

Observou-se haver correlação moderada entre autopercepção de saúde e a autoimagem, representada pelo escore total do BIBCQ, e forte entre todos os domínios, indicando que as mulheres que melhor avaliam sua saúde apresentam uma melhor autoimagem. Assim pode-se inferir que as mulheres avaliaram sua saúde e sua imagem corporal, não pelos aspectos limitantes ou pelas alterações físicas provocadas pelo tratamento, mas sim por outros aspectos, como o apoio social. A autopercepção de saúde não avalia somente as sensações físicas de dor ou desconforto, mas especialmente os feitos em relação ao social e psicológico da presença da patologia (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013). O modo de enfrentamento da doença, quando positivo, repercute da mesma forma sobre a imagem corporal, apresentando assim soluções para ao ajustamento psicológico à doença e ao tratamento (SANTOS; VIEIRA, 2011).

## 5 | CONCLUSÃO

A partir dos dados obtidos, constatou-se que as mulheres deste estudo referem receber apoio social e autoavaliam sua saúde e a imagem corporal de maneira positiva, fatores esses que contribuem no tratamento e na reinserção delas nas suas atividades,

que poderiam estar comprometidas devido à doença. Entretanto, o câncer ainda causa estigma corporal e deixa a mulher em situação de vulnerabilidade, principalmente com a preocupação da morte, às alterações físicas e recidiva da doença. Justifica-se assim, a necessidade de novos estudos que abordam essa temática para subsidiar os profissionais da saúde em abordagens que contemplem essa mulher em todos os aspectos, físico, psíquico e social.

Em relação à presente pesquisa, algumas limitações podem ser consideradas. É importante destacar o tempo prolongado de aplicação dos instrumentos, o período da coleta dos dados que foi realizada durante as férias dos médicos residentes, critérios de exclusão amplos, o que reduz o número amostral e a limitação de estudos que avaliavam essas variáveis, dificultando a comparação com outros estudos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T.G. et al. Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 432-438, 2015.

AMBRÓSIO, D.C.M.; SANTOS, M.A. Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisão. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 851-864, 2015.

BAXTER, N.N. et al. Reliability and validity of the Body Image after Breast Cancer Questionnaire. **Breast Journal**, v. 12, n. 3, p. 221-232, 2006.

BEZERRA, K. B. et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1933-1941, 2013.

CANESQUI, A.M.; BARSAGLINI, R. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1103-1114.

CIACCO, M.; REZENDE, L.F. Avaliação da imagem corporal em mulheres no pós-operatório de câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, v.22, n. 4, p. 131-137, 2012.

DUE, P. et al. Social relations: network, support and relational starin. **Social Science & Medicine**, v. 48, n. 5, p. 661-673, 1999.

GAZOLA, C. et al. Percepção de mulheres jovens sobre a sexualidade e a imagem corporal pós mastectomia. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 28, n.1, p. 9-93, 2017.

GONÇALVES, C.O. Tradução, adaptação cultural e validação do questionário *BodyimageAfterBreastCancer* para a língua portuguesa do Brasil [**Dissertação**]. Campinas: Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas; 2012.

GRIEP, R.H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical OutcomesStudy adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.



HÖFELMANN, D.A.; ANJOS, J.C. Autoavaliação de Saúde e Câncer de Mama em Mulheres de Cidade do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 2, p. 209-222, 2012.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** [Internet]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 20 de julho de 2018.

INCA. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Ministério da Saúde. Brasil. Controle Do Câncer De Mama. Conceito E Magnitude Do Câncer De Mama. Rio de Janeiro. INCA: 2017. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama/conceito\\_magnitude](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude)>. Acesso em: 16 de julho de 2018.

KOLANKIEWICZ, A.C.B. et al. Apoio social percebido por pacientes oncológicos e sua relação com as características sociodemográficas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 1, p. 31-38, 2014.

LEE, C.; SUNU, C.; PIGNOME, M. Patient-reported outcomes of breast reconstruction after mastectomy: a systematic review. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 209, n. 1, p. 123, 2009.

MALINA, R.M. Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, v. 67, n. 3, p. 48-57, 1996.

MARTINS, M.M.B.; FARIAS, M.D.B.S.; SILVA, I.S. Sentimentos pós mastectomia em mulheres atendidas em uma associação de apoio às pessoas com câncer. **Revista Gestão e Saúde**, v.7, n. 2, p. 507-596, 2016.

MEDINA, J.M. et al. Frequência e fatores associados à síndrome da mama fantasma em mulheres submetidas à mastectomia por câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 9, p. 397-401, 2015.

PAGOTTO, V.; NAKATANI, A.Y.K.; SILVEIRA, E.A. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do sistema Único de Saúde. **Cadernos Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1593-1602, 2011.

PAVÃO, A.L.B.; WERNECK, L.G.; CAMPOS, M.R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 723-734, 2013.

PERES, A.C.A.M. Avaliação da postura, qualidade de vida, imagem corporal e autoestima em mulheres com mastectomia sem reconstrução e com reconstrução imediata da mama. **[Dissertação]**. São Paulo: Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação. Universidade de São Paulo, 2014.

PINAR, G. et al. The relationship Between Social Support and the level of Anxiety, Depression, and quality of life of Turkish women with Gynecologic cancer. **Cancer Nursing**, v. 35, n. 3, p. 35-229, 2012.

PIVETTA, H.M.P. et al. Prevalência de fatores de risco de mulheres com câncer de mama. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 13, n. 2, p. 170-175, 2014.

PRATES, A.C.L. et al. Indicadores de insatisfação relacionados à imagem corporal em pacientes submetidas à mastectomia. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 24, n. 1, p. 23-8, 2014.

REICHERT, F.F.; LOCK, M.R.; CAPILHEIRA, M.F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3353-3362, 2012.

- REIS, R.H et al. Autopercepção de saúde de idosos usuários de um serviço de oncologia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.16, n. 3, p. 8-612, 2014.
- RIBEIRO, V.C.; PORTELLA, S.D.C.; MALHEIRO, E.S. Mulheres de meia idade e o enfrentamento do câncer de mama. **Revista Cuidados**, v. 5, n. 2, p. 799-805, 2014.
- RODRIGUES, J.S.M.; FERREIRA, N.M.L.A. Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 7-781, 2012.
- RUNOWICZ, C.D. et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. **CA:A Cancer Journal for Clinicians**, v. 66, p. 43-73, 2016.
- SANTOS, D.B.; VIEIRA, E.M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 511-2522, 2011.
- SANTOS, D.B.; VIEIRA, E.M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2511-252, 2011.
- SCHNEIDER, I.J.C. et al. Rastreamento mamográfico do câncer de mama no Sul do Brasil e fatores associados: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 9, p. 1987-1997, 2014.
- SHERBOURNE, D.D.; STEWRT, A.L. The MOS Social Support Survey. **Social Science & Medicine**, v. 38, n. 6, p. 705-714, 1991.
- SILVA, G.A. et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1537-1550, 2014.
- SOARES, L.R. et al. Mortalidade por câncer de mama feminino no Brasil de acordo com a cor. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 8, p. 92-388, 2015.
- VIEIRA, E.M. et al. Validação do BodyImageRelationshipScale para mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 10, p. 473-479, 2015.

## INFLUÊNCIA DA TERAPIA ADJUVANTE SOBRE A FORÇA DO MEMBRO SUPERIOR DE MULHERES MASTECTOMIZADAS

### **Joana Hasenack Stallbaum**

Fisioterapeuta; Mestre em Reabilitação Funcional –Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

### **Giovana Morin Casassola**

Graduanda pelo curso Fisioterapia – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); Santa Maria, RS, Brasil.

### **Hedioneia Maria Foletto Pivetta**

Fisioterapia; Docente do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

**RESUMO:** Objetivo: Identificar a influência das terapias adjuvantes sobre a força do complexo do ombro de mulheres mastectomizadas. Materiais e métodos: Para identificação e delineamento do perfil clínico das pacientes, foi aplicada uma ficha de anamnese e informações médicas. A partir desta caracterização inicial, as voluntárias foram alocadas em três grupos: radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. Foi avaliada a força de contração muscular isométrica máxima dos músculos rotadores e abdutores de ombro, bem como do peitoral maior utilizando um dinamômetro manual (Microfet 2, marca Hoogan). Foi mensurada a força máxima isométrica de cada musculatura por cinco segundos, gravada durante três repetições. Resultados: A amostra total foi composta por 22 mulheres. Em todos os grupos foi observada uma diminuição dos valores de força avaliados, quando comparado o membro superior homolateral ao lado da cirurgia com o contralateral. Na totalidade da amostra, a média

de redução foi de 20,7%. Conclusão: Com base nesse estudo, conclui-se que as terapias adjuvantes ao tratamento do câncer de mama apresentam influência negativa sobre a força muscular dos membros superiores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Neoplasia da Mama; Força Muscular; Membro Superior.

## 1 | INTRODUÇÃO

O câncer de mama se apresenta como a neoplasia de maior ocorrência entre mulheres em todo o mundo, sendo que a Organização Mundial de Saúde estima, por ano, a ocorrência de mais de 1 milhão de novos casos (INCA, 2018). Atualmente, o diagnóstico precoce e os avanços no tratamento permitiram maior sobrevida das pacientes, conseqüentemente levando a uma preocupação dos serviços de saúde com as complicações pós-tratamento (VELLOSO et al., 2011; HADDAD et al., 2013).

A terapêutica do câncer de mama depende de sua classificação clínica, associada ao estadiamento histopatológico. Para além da cirurgia, a terapêutica pode englobar ainda a radioterapia para o tratamento loco-regional, e a hormonioterapia e quimioterapia para o tratamento sistêmico (HAYES et al., 2010; SMOOT et al., 2010; HAMAJI et al., 2014).

Após o tratamento do CA de mama, diversos fatores colocam as mulheres em risco de desenvolver restrições de movimento e de força

do complexo do ombro tais como: limitação dos movimentos por medo de complicações pós-operatórias, formação de tecido cicatricial em função das incisões cirúrgicas, fibrose de tecidos moles, encurtamento adaptativo dos músculos do manguito rotador e da cápsula articular glenoumeral (EBAUGH et al., 2011), chegando à uma incidência de até 80% de disfunções no membro superior (HAYES et al., 2010).

Acredita-se que as terapias adjuvantes possam agravar estas disfunções. Existem diversos efeitos colaterais sistêmicos conhecidos destas terapias, como, por exemplo, fibrose após a radioterapia, neuropatia periférica induzida pela quimioterapia e sintomas de fadiga em decorrência da hormonioterapia (LÔBO et al., 2014; SZLOCH et al., 2016). No entanto, a literatura ainda é escassa quanto à ação destas sobre a função do complexo do membro superior, especialmente em relação à força muscular.

A força muscular do membro superior é uma das bases das capacidades motoras finas e grossas fundamentais para as atividades da vida cotidiana (ASSIS et al., 2013). Compreender melhor os impactos que o tratamento do câncer de mama ocasiona sobre esta variável torna-se importante, no intuito de minimizar as limitações funcionais do membro superior (HAYES et al., 2010).

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi identificar a influência das terapias adjuvantes sobre a força do complexo do ombro de mulheres mastectomizadas.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo do tipo transversal, com abordagem quantitativa. Previamente à participação na pesquisa, todas as voluntárias foram esclarecidas quanto aos procedimentos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CAEE: 52451215.0.0000.5346).

A amostra foi composta de mulheres que foram submetidas à mastectomia radical modificada unilateral, recrutadas dos ambulatórios de Mastologia e de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria.

Foram incluídas no estudo 22 mulheres de até 70 anos, cuja cirurgia de mastectomia tivesse ocorrido há no mínimo 3 meses e no máximo 5 anos, que tivessem finalizado a quimioterapia e/ou radioterapia há pelo menos 3 meses e que realizaram fisioterapia no período pós-operatório. Foram excluídas aquelas que apresentassem linfedema (caracterizado pela diferença maior ou igual a 2,5 cm nas medidas de perimetria dos membros superiores, em pelo menos um ponto dos três avaliados, segundo critério da Sociedade Internacional de Linfologia, 2013) e que relataram patologias de ordem musculoesquelética e/ou nervosa do membro superior previamente ao surgimento do câncer de mama.

Para identificação e delineamento do perfil clínico das pacientes, foi aplicada uma ficha de anamnese onde foram registrados dados sociodemográficos como sexo, escolaridade, estado conjugal, data de nascimento e profissão. Também foi utilizada para registro de

informações médicas visando conhecer particularidades clínicas de cada paciente, tais como, medicações em uso, condutas médicas e comorbidades clínicas associadas.

Foram verificados os prontuários médicos para conferência dos dados demográficos e clínicos. A partir desta caracterização inicial, as voluntárias foram alocadas em três grupos: 1) Radioterapia; 2) Quimioterapia; e 3) Hormonioterapia.

A força de contração muscular isométrica máxima foi avaliada utilizando um dinamômetro manual (Microfet 2, marca Hoogan). A força testada foi a dos músculos rotadores e abdutores de ombro, bem como do peitoral maior, devido serem estes os músculos mais afetados na cirurgia de mastectomia e implicados na funcionalidade do membro superior.

Os testes foram executados nos movimentos de flexão, abdução, adução horizontal (HAGE et al., 2014) e rotações interna e externa de ombro (KOLBER et al., 2011) em ordem randomizada e em ambos os membros superiores, sendo o ombro contralateral à cirurgia avaliado primeiramente.

Inicialmente, a pesquisadora demonstrou cuidadosamente as participantes os movimentos que seriam realizados no teste. As mesmas foram posicionadas e instruídas a realizar uma contração isométrica da musculatura nas mãos da avaliadora para garantia de que a ação estava sendo executada de forma correta. Com exceção do movimento de abdução, que ocorreu contra a resistência manual da pesquisadora, para todos os testes foi utilizado um dispositivo portátil de estabilização, que acomoda o dinamômetro em uma extremidade, enquanto a outra permanece em contato com a parede (Figura 1).



Figura 1 – Posições de teste das avaliações de força.

Fonte: Autoras. (A) Posicionamento para avaliação da força de rotação interna; (B) Posicionamento para avaliação da força de rotação externa; (C) Posicionamento para avaliação da força de adução horizontal; (D) Posicionamento para avaliação da força de flexão; (E) Posicionamento para avaliação da força de abdução à 45°.

As participantes foram orientadas a executar o máximo de força possível por cinco segundos e o comando da pesquisadora foi de incentivo verbal. Foram mensuradas três repetições, com 10 segundos de intervalo entre cada uma das medidas e um minuto entre cada musculatura avaliada. A confiabilidade pré-experimento foi verificada mediante um protocolo do tipo teste e reteste para cálculo do coeficiente de correlação intra-classe (ICC=0,53-0,89). Um escore geral de força foi calculado pela soma do valor de força do MS em todos os movimentos avaliados.

Pacientes potencialmente elegíveis para o estudo foram contatadas via telefone. Aquelas que atenderam aos critérios de inclusão foram esclarecidas quanto aos procedimentos para que pudessem optar pela participação na pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados teve início com a aplicação do questionário de identificação da amostra. Em seguida, foi realizado o sorteio da ordem dos movimentos a serem examinados para coleta dos dados de força muscular. Os procedimentos de avaliação com o dinamômetro foram realizados bilateralmente, respeitando as repetições e os intervalos conforme descrito previamente. Uma pesquisadora treinada para aplicação dos instrumentos realizou as medidas e esteve

apta a sanar qualquer dúvida da participante em relação à pesquisa.

Foi realizada a estatística descritiva para representação dos grupos de pesquisa em relação às variáveis clínicas. Em seguida, foi realizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk e as diferenças entre os membros superiores foram avaliadas pelo teste t de Student para as medidas simétricas e de Wilcoxon para as medidas assimétricas. Todas as análises estatísticas foram efetuadas utilizando o software SPSS 14.0 para Windows, considerando um nível de significância de 5% ( $\alpha < 0,005$ ).

### 3 | RESULTADOS

A amostra foi composta de 22 mulheres, com média de idade de  $48,7 \pm 9,7$  anos. Todas as voluntárias haviam sido submetidas à mastectomia, com tempo médio de pós-operatório de  $16,4 \pm 10,9$  meses, e 43,7% das participantes realizaram a cirurgia no seu lado dominante.

Das 22 participantes do estudo, 16 (72,7%) realizaram radioterapia, 18 (81,8%) realizaram quimioterapia e 17 (77,3%) realizaram hormonioterapia. A maioria das voluntárias realizou mais de uma terapia adjuvante: 12 (54,5%) pacientes realizaram radioterapia + quimioterapia + hormonioterapia, 3 (13,6%) realizaram radioterapia + quimioterapia, 1 (4,5%) realizou radioterapia + hormonioterapia, e 1 (4,5%) realizou quimioterapia + hormonioterapia.

Em todos os grupos foi observada uma diminuição dos valores de força avaliados, quando comparado o membro superior homolateral ao lado da cirurgia com o contralateral (Figura 2).

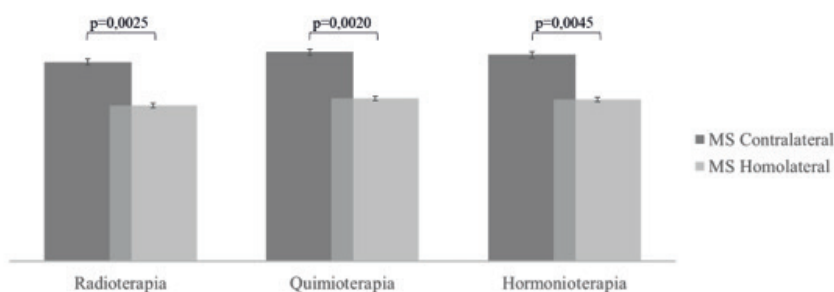


Figura 2 – Escore geral de força nos membros superiores, conforme os grupos.

Fonte: Autoras.

No grupo “Radioterapia”, houve uma redução de 21,2% no escore geral de força ( $p=0,0025$ ); no grupo “Quimioterapia” houve uma redução de 21,3% ( $p=0,0020$ ); e no grupo

“Hormonioterapia” houve uma redução de 19,6% ( $p=0,0045$ ).

## 4 | DISCUSSÃO

O presente estudo visou identificar a influência das terapias adjuvantes sobre a força do complexo do ombro de mulheres mastectomizadas após o tratamento para o CA de mama.

Quando avaliado o membro superior homolateral à cirurgia em comparação ao contralateral, o escore geral de força apresentou valores significativamente menores. Na totalidade da amostra, a média de redução foi de 20,7%.

Estes achados corroboram com os dados de Hage et al. (2014) que, em protocolo semelhante de avaliação, identificaram uma perda geral de força de 20,1% no lado operado. Outros estudos relatam ainda que esta perda pode atingir os índices de até 25%, mesmo a longo prazo (MERCHANT et al., 2008).

A radioterapia e a quimioterapia parecem influenciar de uma maneira muito similar a força do membro superior. Diversos estudos apontam para efeitos tóxicos da radioterapia, tais como lesão microvascular, disfunção dos fibroblastos, desorganização da deposição de colágeno, diminuição da resistência à tração da pele e dos tecidos moles, dor e diminuição da sensibilidade na região irradiada (SZLOCH et al., 2016). Além disso, sabe-se que a radiação pode induzir uma perda de massa muscular, a qual pode estar envolvida nesta diminuição da força muscular.

A quimioterapia, por sua vez, é conhecida por ocasionar náuseas, perda de peso, insônia, fadiga, angústia psicológica, dentre outros. Além disso, uma das complicações mais comuns é a neuropatia periférica induzida pela quimioterapia, a qual pode ocasionar alterações motoras, sensitivas ou autonômicas, sendo elas de caráter transitório ou irreversível (LÔBO et al., 2014).

Já a hormonioterapia aparenta ter uma influência um pouco menor. O uso da hormonioterapia, recomendado por pelo menos cinco anos em pacientes com tumores de mama positivos para receptores hormonais, inclui medicações como tamoxifeno, inibidores da aromatase ou fulvestranto. Seus efeitos colaterais conhecidos estão relacionados com sintomas de fogachos e fadiga. Estas características podem estar envolvidas indiretamente na perda de força, por desuso do membro superior, uma vez que as pacientes que passam por este tratamento tendem a reduzir suas atividades funcionais (SZLOCH et al., 2016).

Por outro lado, outro estudo que abordou a funcionalidade do membro superior após o tratamento do câncer de mama não encontraram correlações com a quimioterapia, a radioterapia e a terapia hormonal (BUTTON et al., 2010). Outros autores ainda, citam que estas terapias adjuvantes não são fatores preditores da perda de força do membro superior (LEE et al., 2008).



No presente estudo, não foi possível realizar uma análise elucidativa sobre a influência da quantidade de aplicações das terapias adjuvantes, embora faça sentido supor que as pacientes que necessitam de maior número de sessões apresentem maiores disfunções do membro superior, uma vez que foram mais expostas. Também não foi possível isolar as terapias adjuvantes por grupos, uma vez que a particularidade clínica de cada paciente muitas vezes exige combinações terapêuticas. Assim, não pudemos homogeneizar a amostra em relação a estas abordagens terapêuticas, tendo em vista a necessidade clínica de cada caso.

## 5 | CONCLUSÃO

Com base nesse estudo, conclui-se que as terapias adjuvantes ao tratamento do câncer de mama apresentam influência negativa na força muscular dos membros superiores.

Destacamos como limitações do estudo que, embora seja frequente a comparação entre o MS do lado operado em relação ao lado oposto, não é possível saber precisamente se o tratamento para o câncer, como a radiação e a quimioterapia, tem algum efeito sobre o braço não afetado. Também não pudemos precisar o quanto da restrição de força pode ter ocorrido em função da imobilidade do membro superior após o procedimento cirúrgico e. Sendo assim, sugerimos a inclusão de um grupo controle com sujeitos saudáveis em estudos futuros.

## REFERÊNCIAS

- ASSIS, M. R. et al. Morbidade tardia na função do membro superior e na qualidade de vida de mulheres pós-cirurgia do câncer de mama. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 17, n. 3, p. 236-243, 2013.
- BUTTON, J. et al. Shoulder function following autologous latissimus dorsi breast reconstruction. A prospective three year observational study comparing quilting and non-quilting donor site techniques. **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, v. 63, p. 1505-1512, 2010.
- EBAUGH, D.; SPINELLI, B.; SCHMITZ, K.H. Shoulder impairments and their association with symptomatic rotator cuff disease in breast cancer survivors. **Medical Hypotheses**, v. 77, p. 481-487, 2011.
- HADDAD, C.A. S. et al. Avaliação da postura e dos movimentos articulares dos membros superiores de pacientes pós-mastectomia e linfadenectomia. **Einstein**, v. 11, n. 4, p. 426-434, 2013.
- HAGE, J. et al. Impact of combined skin sparing mastectomy and immediate subpectoral prosthetic reconstruction on the pectoralis major muscle function: a preoperative and postoperative comparative study. **Annals of Plastic Surgery**, v.72, n. 6, p. 631-637, 2014.
- HAMAJI, M. et al. O cuidado à mastectomizada com linfadenectomia axilar, prevenção de linfedema:

revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.8, n.4, p.1064-1071, 2014.

HAYES, S. et al. Upper-body morbidity following breast cancer treatment is common, may persist longer-term and adversely influences quality of life. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.8, p. 92-99, 2010.

INCA. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Ministério da Saúde. Brasil. Estatísticas do Câncer: Vigilância do Câncer e de Fatores de Risco. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/vigilancia/>>. Acesso em 10 mar. 2019.

KOLBER, M. et al. The reliability and minimal detectable change of shoulder mobility measurements using a digital inclinometer. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 27, n. 2, p. 176-184, 2011.

LEE, B.G. et al. Is immediate reconstruction after mastectomy in breast cancer patients beneficial to shoulder function?. **ANZ Journal of Surgery**, v. 31, p. 1-6, 2016.

LÔBO, S.A. et al. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.27, n. 6, p.554-559, 2014.

MERCHANT, C.R. et al. Decreased muscle strength following management of breast cancer. **Disability and Rehabilitation**, v. 30, n. 15, p. 1098-1105, 2008.

SMOOT, B. et al. Upper extremity impairments in women with or without lymphedema following breast cancer treatment. **Journal of Cancer Survivorship**, v. 4, p.167-178, 2010.

SZLOCH, J. et al. Impact of different type of cancer treatment on the effectiveness of breast reconstruction. **Gland Surgery**, v. 5, n. 4, p. 444-449, 2016.

VELLOSO, F.S.B.; BARRA, A.A.; DIAS, R.C. Functional performance of upper limb and quality of life after sentinel lymph node biopsy of breast cancer. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.15, n.2, p.146-153, 2011.

# CAPÍTULO 7

## EXERCÍCIO FÍSICO NOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EM QUIMIOTERAPIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

### **Graziana Oliveira Nunes**

Fisioterapeuta; Pós-graduação em Reabilitação Funcional pela (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Melissa Medeiros Braz**

Docente do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Hedioneia Foletto Pivetta**

Docente do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Suelen Braga Nascimento**

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Sabrina Orlandi Barbieri**

Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

### **Janina Lied Costa**

Educadora Física graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

**RESUMO:** Objetivo: Investigar quais são os efeitos do exercício físico nos pacientes oncológicos em quimioterapia. Materiais e métodos: Revisão bibliográfica, do tipo integrativa, a qual investigou os efeitos do exercício físico nos pacientes oncológicos em quimioterapia. As buscas foram feitas nas bases de dados SciELO e PUBMED, entre 2013 e 2018. Foram encontrados 25 artigos e incluídos 17. As variáveis analisadas foram protocolos utilizados nos estudos (e seus

instrumentos de avaliação), tipo e frequência dos exercícios físicos. Resultados: todos os estudos encontrados evidenciaram um efeito significativo do exercício físico nos pacientes em quimioterapia, ou seja, mostrou-se comprovadamente benéfico para estes pacientes, melhorando a aptidão física e reduzindo os efeitos colaterais causados pela quimioterapia, além de reduzir o risco de recidiva do Câncer. Conclusão: Apesar dos benefícios uma dificuldade encontrada foi a adesão dos pacientes à exercício físico, pois está prática ainda é muito atual no tratamento desses pacientes. Prevaleram os estudos com atividades aeróbicas de baixa e média intensidade, que impactaram positivamente sobre a fadiga e a QV, principalmente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Câncer; Quimioterapia; Exercício.

## 1 | INTRODUÇÃO

O câncer (CA), causa de milhares de óbitos anuais, é um conjunto de mais de 100 tipos de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células com potencial de invadir órgãos e tecidos (INCA, 2004).

O tratamento principal para pacientes oncológicos inclui cirurgia, quimioterapia, radioterapia e bioterapia. A quimioterapia, uma das principais escolhas para tratamento, geralmente é bem tolerada pela maioria dos pacientes, mas existem efeitos colaterais como náuseas, vômitos, má nutrição, fraqueza

generalizada, desequilíbrios hidro-eletrolíticos e ácido-básicos, além de redução da capacidade física. Esses efeitos diminuem a Qualidade de Vida (QV) e comprometem a eficácia do tratamento (SWADA, 2009). Muitos pacientes são forçados a adaptar sua rotina diária com os sintomas e efeitos colaterais do tratamento para a doença, especialmente a fadiga (CARVALHO; BERGMANN; KOIFMAN, 2014; WENGSTRÖM, 2017).

Afadiga oncológica tem origem multifatorial. Entre as causas estão a própria doença, o tratamento e o repouso. Esses fatores levam ao prejuízo da função cardiorrespiratória e da força muscular, além de afetar psicologicamente os pacientes (NEUZILLET et al., 2015). Tem início durante o tratamento, permanece após o seu término e é o efeito colateral mais prevalente entre os pacientes que recebem quimioterapia (DIETRICH, 2007).

Estudos demonstram que os níveis de fadiga aumentam de forma aguda entre as primeiras 24 e 48h pós-quimioterapia e existem fortes evidências que a prática de exercícios é benéfica para pacientes oncológicos, tanto na redução da doença como nos sintomas induzidos pelo tratamento (CRAMP; BYRON-DANIEL, 2012).

Com o intuito de minimizar esses efeitos descritos, a indicação é que os pacientes mantenham atividade física regular e exercícios ativos durante todas as fases do tratamento oncológico, inclusive durante a quimioterapia. (BERGMAN, 2006).

No entanto, não há ainda um consenso sobre a intensidade e os parâmetros adequados para a prescrição de exercícios para pacientes nesta fase do tratamento. Assim, essa pesquisa visa investigar: quais são os efeitos do exercício físico nos pacientes oncológicos em quimioterapia?

## 2 I MATERIAIS E MÉTODOS

Essa pesquisa caracteriza-se como uma revisão bibliográfica, do tipo integrativa, a qual investigou os efeitos do exercício físico nos pacientes oncológicos em quimioterapia. A partir da delimitação do tema procede-se a busca nas bases de dados SciELO e PUBMED, com publicação no período entre janeiro de 2013 a julho de 2018. A busca foi realizada com a associação dos termos “exercício físico” e “quimioterapia” e seus respectivos termos em inglês ligados pelo operador booleano “and”. As buscas foram realizadas por duas pesquisadoras no mês de julho de 2018.

Para a seleção dos artigos verificou-se, no título e/ou resumo, aqueles que apresentassem a temática proposta sobre exercício físico nos pacientes em quimioterapia. Como critério de inclusão, considerou-se os artigos que apresentaram dados relativos ao exercício físico nos pacientes em quimioterapia, realizados em modelo animal ou humano, artigos completos originais impressos ou online em português, inglês e espanhol. Foram excluídos livros, teses e dissertações, artigos cujos textos não estavam disponíveis na íntegra e revisões de literatura.

Inicialmente foram encontrados 25 artigos: cinco foram excluídos por serem revisão de literatura, um por estar fora do período estipulado de publicação, restando 19 artigos. Após, ao realizar o cruzamento das bases de dados mais dois foram excluídos por estarem duplicados. Totalizaram 17 artigos, que fazem parte dessa revisão (Figura 1).

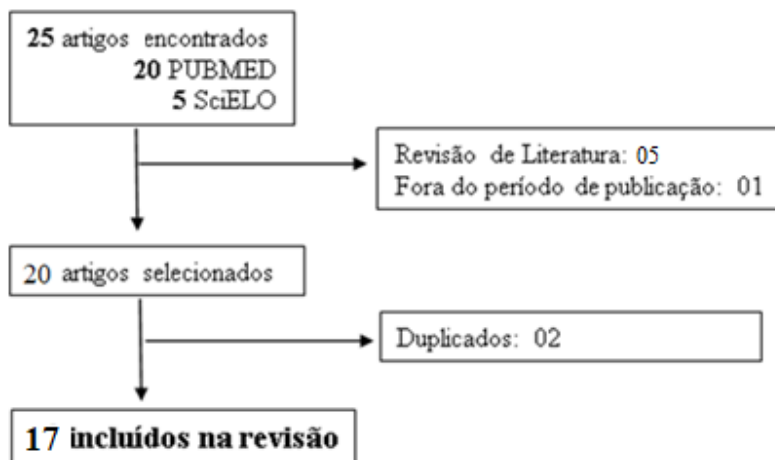


Figura 1 – Fluxograma de seleção de artigos

Verificaram-se, nos artigos selecionados, as seguintes variáveis: protocolos utilizados nos estudos, bem como os efeitos (e seus instrumentos de avaliação), tipo e frequência dos exercícios físicos em pacientes em tratamento de quimioterapia.

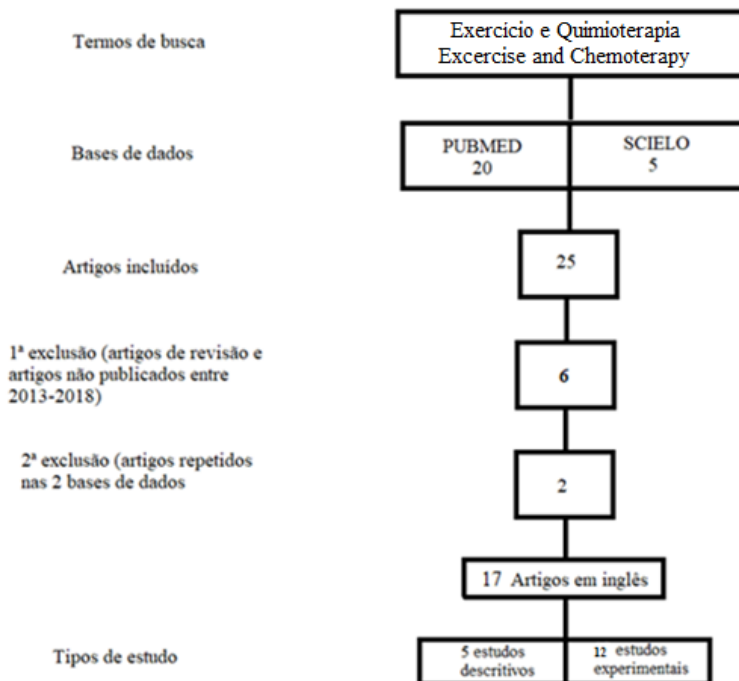
A análise dos dados foi realizada através da análise dos artigos e suas principais características (ano de publicação, objetivo principal, população, instrumentos e desfecho) após leitura criteriosa dos artigos selecionados, por meio de síntese e interpretação das variáveis selecionadas. Os resultados são apresentados de forma descritiva, em quadro sinóptico.

### 3 | RESULTADOS

Nas bases de dados SciELO e PUBMED foram encontrados 25 artigos, classificados conforme os descritores, sendo dois artigos duplicados. Na base de dados SciELO foram excluídos 4 artigos, dois por estarem nas duas bases de dados, 2 por serem revisão de literatura e outro por não contemplar os critérios de inclusão. Na base de dados PUBMED, foram excluídos 3 artigos, por serem revisão de literatura. Portanto, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 17 artigos em inglês e português,

relacionados com a temática abordada, conforme o fluxograma abaixo.

No Quadro 1, estão apresentados os artigos a partir das características delimitadas para esse estudo, a saber: em Autor/Ano, Tipo de Estudo, Objetivo População/Instrumentos e Desfecho.



Quadro 1 - Artigos disponíveis na base de dados Scielo e Pubmed entre os anos de 2013 e 2018, sobre exercício físico em pacientes oncológicos em quimioterapia.

<b>Autor/Ano</b>	Blaringan, et al. (2018)	Cheong, et al. (2018)	Geng, et al. (2018)	Gokal, et al. (2015)	Jensen, et al. (2014)	Johnsson, Johnsson & Johansson (2013)
<b>Tipo de Estudo</b>	Descritiva	Descritiva	Experimental	Experimental	Experimental	Descritiva
<b>Objetivo</b>	Analisar se um estilo de vida saudável de acordo com as diretrizes da Sociedade Americana de Câncer está associado a melhor QV de pacientes com câncer de cólon em tratamento quimioterapêutico.	Avaliar a viabilidade de uso um programa de 12 semanas de atividade física através de um aplicativo de celular para redução dos sintomas da quimioterapia e melhora do desempenho físico	Avaliar o uso de um aplicativo de celular para otimização da prática de atividade física por pacientes com câncer de mama em quimioterapia	Analisar se a atividade física pode ajudar a reduzir as deficiências cognitivas com melhora da qualidade de vida em pacientes com câncer de mama.	Investigar diferentes treinamentos físicos adaptados programas em pacientes com câncer de pulmão avançado submetidos à quimioterapia ou radioterapia paliativa e avaliar seus efeitos no desempenho físico, qualidade de vida e carga de sintomas	Descrever as mudanças nos níveis de atividade física relacionados às diretrizes de atividade física para melhorar a saúde durante e após o tratamento adjuvante quimioterapia em pacientes com câncer de mama.
<b>População</b>	992 pacientes com câncer de cólon	75 pacientes com câncer colorretal submetidos à quimioterapia	133 pacientes com câncer de mama em quimioterapia	62 pacientes com câncer de mama em quimioterapia	123 pacientes com câncer de pulmão avançado em quimioterapia	33 pacientes com câncer de mama submetidas à quimioterapia
<b>Instrumentos</b>	·Índice de Massa Muscular ·Atividade Física ·Ingestão de frutas e verduras	·Teste de caminhada de 2' ·Dinamômetro de mão ·Teste senta-levanta de 30"	·Teoria cognitiva social ·Teoria da auto-eficácia ·Teoria do comportamento	·Podômetro ·Escala perceptiva de Borg ·Questionários de cognição e habilidade visual	·Pico de VO <sub>2</sub> ·Questionário IPAQ e EORTC-QLQ30 ·Escala de avaliação de sintomas	·Escala perceptiva de Borg ·Minutos absolutos de atividade física por semana
<b>Desfecho</b>	Peso saudável, atividade física e dieta balanceada está ligada a uma melhor qualidade de vida nos pacientes avaliados.	Um programa de 12 semanas de atividade física a partir do uso de um aplicativo de celular melhorou o desempenho físico e diminuiu os sintomas a quimioterapia.	O uso de um aplicativo de celular auxilia a modificar o comportamento dos pacientes oncológicos em quimioterapia, aumentando sua aderência à atividade física.	Um programa de 30' de caminhada, 5x/sem, por 12sem melhora a qualidade de vida geral, mostrando que o desenvolvimento de protocolos de atividade física é importante para pacientes em quimioterapia	Programas de atividade física orientada, tanto aeróbica, quanto de resistência influenciam na QV, sintomas físicos e psicológicos, além de melhorar a eficácia do tratamento oncológico.	Houve um aumento relativo de pacientes que praticam atividade física durante a quimioterapia, comparado a estudos anteriores
<b>Autor/Ano</b>	Lee, et al. (2018)	Lima, et al. (2018)	Liu, et al. (2017)	Mangia, et al. (2017)	Park, et al. (2018)	Reis, et al. (2018)
<b>Tipo de Estudo</b>	Experimental	Experimental	Experimental	Descritiva	Experimental	Experimental

<b>Objetivo</b>	Avaliar a viabilidade de um treinamento intervalado de alta intensidade (HIIT) de 8 semanas, bem como os efeitos do HIIT sobre função endotelial e remodelamento da matriz extracelular, em pacientes com câncer de mama submetidos a quimioterapia com antraciclina.	Avaliar o uso do exercício aeróbico e o tratamento com metformina são capazes de atenuar os efeitos deletérios da doxorubicina sobre a musculatura esquelética	Avalia a eficácia de um programa de integração de Tai Chi (ANITA) pacientes com câncer submetidos à quimioterapia.	correlacionar nível de atividade física (NAF), capacidade funcional e estado psicológico com qualidade de vida (QV) em pacientes com câncer quimioterapia (CT)	Determinar se o exercício físico reduz o fenômeno de deficiência pós-quimioterapia e se também diminui a interrupção da neuroplasticidade e do funcionamento das mitocôndrias.	Avaliar a influência do treinamento combinado na dor, fadiga, consumo máximo de oxigênio (VO <sub>2</sub> max), índice de massa (IMC), flexibilidade e força em pacientes com câncer de mama.
<b>População</b>	30 pacientes com câncer de mama em quimioterapia	Ratos C57BL/6 submetidos a doxorubicina	24 pacientes com câncer de mama em quimioterapia	121 pacientes com câncer primário em quimioterapia	60 ratos de laboratório submetidos a quimioterapia com doxorubicina	28 pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico
<b>Instrumentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Minutos de HIIT realizados por sessão</li> <li>·% de sessões de HIIT realizados</li> <li>·Marcadores cardíacos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Análise da síntese e degradação da proteína quinase ativada por adenosina monofostato (AMPK)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Escala de fadiga -FACIT-F</li> <li>·Questionário de insônia – ISI</li> <li>·Escala de ansiedade e depressão (HADS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Teste de caminhada</li> <li>·TSL</li> <li>·Questionário de qualidade de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Labirinto aquático de Morris</li> <li>·Teste de evasão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Inventário de dor crônica</li> <li>·Escala de Fadiga</li> <li>·VO<sub>2</sub>máx</li> <li>·Flexibilidade</li> <li>·Força</li> </ul>
<b>Desfecho</b>	O protocolo de HIIT melhorou a função endotelial e da matriz celular cardíaca, mostrando que essa modalidade é eficaz e impacta na sobrevida dos pacientes	O aumento da capacidade aeróbica, melhora a função muscular, aumentando a ativação da AMPK e reduzindo os efeitos da doxorubicina	O Tai Chi reduziu ansiedade, depressão e dor, além de melhorar a qualidade do sono e a capacidade funcional e por ser um a atividade simples pode aumentar a aderência comparado com a atividade física tradicional.	Pacientes que apresentaram menos de 20 repetições no TSL possuem baixo nível de atividade física e isso representa um maior risco para redução da qualidade de vida.	O exercício físico de baixa intensidade auxilia a prevenir a baixa na cognição e também previne a redução da neuroplasticidade, comparando ao grupo tratamento ao controle	O treino aeróbico e de resistência ajuda na redução do número de pontos dolorosos, e aumenta a VO <sub>2</sub> máx, flexibilidade e força em pacientes com câncer de mama em tratamento de quimioterapia.



Autor/Ano	Repka& Hayward (2018)	Shumann, et al. (2018)	Veni, et al. (2018)	Vollmers, et al. (2018)	Wart, et al. (2015)
<b>Tipo de Estudo</b>	Experimental	Experimental	Descritiva	Experimental	Experimental
<b>Objetivo</b>	Determinar o efeito de um protocolo de exercícios sobre a fadiga relacionada ao câncer e sobre o stress oxidativo	Investigar os efeitos do treinamento intervalado de alta intensidade (HIIT) na hiperóxia versus hiperóxia intermitente e hipóxia em pacientes com câncer em tratamento quimioterápico.	Comparar o nível de fadiga (físico, emocional e cognitivo) entre pacientes com câncer de mama em quimioterapia e pacientes saudáveis através da força de prensão da mão.	Determinar se os exercícios sensoriomotores têm um efeito positivo nos parâmetros físicos e psicológicos em pacientes com câncer de mama submetidos a quimioterapia neurotóxica	Avaliar dois programas de atividade física, um domiciliar de baixa intensidade e outro de média e alta resistência supervisionado, versus cuidados habituais, na redução da fadiga e melhora da QV.
<b>População</b>	15 pacientes com câncer de mama submetidos a quimioterapia e 7 indivíduos saudáveis	40 pacientes com câncer submetidos a tratamento quimioterápico	14 pacientes com câncer de mama realizando quimioterapia e 11 indivíduos saudáveis	36 pacientes com câncer de mama em quimioterapia com Paclitaxel	230 pacientes com câncer de mama em quimioterapia
<b>Instrumentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Escala de Fadiga de Piper</li> <li>·Coleta e análise sanguínea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Escala de fadiga FACIT-F</li> <li>·Saturação O<sub>2</sub></li> <li>·Concentração de testosterona, cortisol e catecolaminas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Dinamômetro de mão</li> <li>·Questionário EORTC-QLQ30</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Posturografia</li> <li>·TSL</li> <li>·Questionário EORTC e MFI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Teste de rampa</li> <li>·Dinamômetro de mão</li> <li>·Teste senta-levanda 30"</li> <li>·Questionários de fadiga</li> </ul>
<b>Desfecho</b>	Apesar dos exames de sangue não apresentarem diferenças entre os indivíduos saudáveis e o o GI e GC, o questionário de fadiga mostrou que a atividade física ajuda a reduzir os efeitos causados pela quimioterapia.	O HIIT com hiperóxia reduziu de forma significativa o esforço percebido e apresentou alterações metabólicas benéficas para as pacientes.	A força de prensão da mão cai exponencialmente nas pacientes com câncer, mostrando dados importantes sobre o índice de fadiga nessas pacientes.	Exercícios sensório-motores ajudam a reduzir a neuropatia periférica induzida pela quimioterapia e melhoram a estabilidade postural	A atividade física, tanto de baixa quanto de média/alta intensidade, melhora função muscular, reduz fadiga, além de reduzir náuseas, vômitos e dor

## 4 | DISCUSSÃO

Dezessete estudos abordaram o tema exercício físico com modelos humanos e animais que fizeram uso de quimioterapia de alta toxicidade. Todos os estudos encontrados evidenciaram um efeito significativo do exercício físico nos pacientes em quimioterapia. De acordo com Waart et al. (2015), a quimioterapia é um dos principais tratamentos para o câncer, mas como efeito adverso leva à fadiga, perda de massa muscular e redução da aptidão física. Isso tem um impacto negativo nas atividades de vida diária, interação social e QV. O exercício mostrou-se comprovadamente benéfico para estes pacientes, melhorando a aptidão física e reduzindo os efeitos colaterais causados pela quimioterapia, além de reduzir o risco de recidiva do CA (VOLLMERS et al., 2018).

De acordo com as variáveis analisadas, quanto ao tipo e a frequência do exercício físico abordado nos artigos, identificou-se que dois estudos investigaram o Treino Intervalado de Alta Intensidade (*High Intensity Interval Training* – HIIT), nove estudos exercícios físicos de baixa intensidade, uma pesquisa utilizou Tai Chi, duas utilizaram aplicativo de celular para orientar a prática de atividade física, outra avaliou atividade física relacionada a estilo de vida.

O HIIT é um exercício que maximiza a intensidade utilizando picos de esforço intercalados com períodos de recuperação ativa, permitindo aos pacientes realizarem exercícios de alta intensidade devido ao padrão “on-off”. O “on” dura entre 1 a 4 minutos de atividade com 80 a 90% da frequência cardíaca máxima (FCM) e o tempo “off”, chamado também de descanso ativo, dura de 1 a 3 minutos com atividades que mantenham a FCM média de 50% (LEE et al., 2018). Esta modalidade apresentou benefícios cardiovasculares e redução dos fatores de risco, comparado com exercícios de baixa intensidade (FREITAG et al., 2018).

Estudo de Lee et al. (2018) demonstrou que o HIIT melhorou a função endotelial e cardíaca das pacientes estudadas. No estudo de Shumann et al. (2018) foram avaliados quatro grupos de pacientes com câncer, utilizando o HIIT com hipóxia e hiperóxia. Os autores evidenciaram que o HIIT com hiperóxia reduziu o esforço percebido e apresentou alterações metabólicas benéficas nos pacientes estudados. O acréscimo de oxigênio (O<sub>2</sub>) durante o exercício físico reduziu o esforço percebido e melhorou o desempenho no exercício tanto em indivíduos saudáveis como doentes, reduzindo as taxas de lactato no sangue, ventilação, fadiga e débito cardíaco (FREITAG et al., 2018). O estudo de Brinckmann et al. (2017) investigou a hipóxia e demonstrou que ela pode intensificar estímulos de exercício, afetando marcadores angiogênicos.

Os exercícios físicos de baixa (45 –55% FCM) e média (55-70% FCM) intensidade foram benéficos para os pacientes em quimioterapia. Uma pesquisa utilizou Tai Chi, dois utilizaram aplicativo de celular para orientar a prática de exercício físico, outro avaliou atividade física relacionada a estilo de vida. Todos mostraram que o exercício físico reduz sintomas da quimioterapia e fadiga, interferindo positivamente sobre a QV.

Os estudos que usaram exercícios aeróbicos de baixa e média intensidade também apresentaram benefícios da exercício físico em relação à melhora da QV (GOKAL et al., 2015; JENSEN et al., 2014; MANGIA et al., 2017), redução da sensação de fadiga (WART et al., 2025; REPKA, HAYWARD, 2018; VENI et al., 2018) e melhora da função muscular (LIMA et al., 2018; WART et al., 2018). Exercícios de baixa e média intensidade têm a vantagem de facilitar a adesão.

Estudo de Cheong et al. (2018) teve uma adesão de 84% dos pacientes à atividade física utilizando o aplicativo de celular. Geng et al (2018) também observaram uma boa adesão dos pacientes ao exercício através do aplicativo, que ajudou a modificar o comportamento dos pacientes em relação ao exercício físico. Liu (2017) mostrou que o Tai

Chi reduziu a ansiedade e depressão, além de melhorar a qualidade do sono das pacientes. Por ser uma atividade simples, pode aumentar a adesão à atividade física nesta fase do tratamento.

A frequência do exercício variou desde exercícios diários, geralmente nos exercícios de baixa intensidade como os citados por Geng et al. (2018) e Waart et al. (2015), até atividades que eram realizadas duas vezes por semana como no Tai Chi (LIU et al., 2017). Schumann et al. (2017), relataram no seu protocolo a necessidade de 48 horas de intervalo entre as sessões de HIIT.

Os efeitos das atividades físicas dos estudos dessa revisão foram avaliados a partir de testes funcionais, dinamometria, cognição, questionários, escalas de esforço e marcadores sanguíneos.

Cheong et al. (2017) avaliaram os pacientes por meio do teste de marcha estacionária de 2 minutos (TME2), utilizado também para a prescrição do exercício. Foi observada uma resposta significativa nas avaliações pós 6 e 12 semanas, mostrando melhora na escala EORTC – QLQ C 30 dos pacientes com a atividade aeróbica.

Três estudos avaliaram os pacientes através do dinamômetro de mão. Cheong et al. (2017) avaliaram a força muscular com o paciente em pé, em abdução de braço e flexão de cotovelo, durante 3 segundos, em 3 repetições. Waart et al. (2015) também avaliaram a força, que foi melhor nos grupos que praticaram exercício físico, principalmente no grupo que fez exercícios de média intensidade comparada à baixa intensidade. Já Veni et al. (2018) avaliaram a relação entre o número máximo de repetições no dinamômetro de mão e o nível de fadiga relatado nos pacientes através do questionário de fadiga, concluindo que a dinamometria é um modo objetivo de complementar a fadiga relatada.

O teste senta-levanta (TSL) foi utilizado por 4 estudos. Mangia et al. (2017) avaliaram o TSL por 1 minuto e observaram aumento significativo no número de repetições após 16 semanas de atividade aeróbica. Os pacientes com mais de 20 repetições no TSL possuem maiores índices nos questionários de QV. Volmmer et al. (2018) mostraram diferença no TSL entre o grupo controle e o grupo intervenção com exercício de intensidade moderada, prevenindo a perda de força. Cheong et al. (2017) avaliaram também por meio do TSL e obtiveram resultados significativos, mostrando que o exercício físico melhorou a resposta ao teste em 6 e 12 semanas.

Dois estudos analisaram ratos. Um deles analisou a cognição das cobaias submetidas ao exercício físico e concluiu que a prática de exercício auxilia na melhora da cognição e da neuroplasticidade (PARK et al., 2018). Já Lima et al. (2018) observaram que os ratos que foram submetidos ao treino aeróbico tiveram melhora da função muscular, além de aumento na ativação da AMPk na coleta sanguínea.

Um dos principais objetivos dos estudos do exercício físico nos pacientes oncológicos em quimioterapia é avaliar a qualidade de vida e a fadiga. Foram realizados questionários sobre esses temas em 10 estudos, tendo alguns deles avaliados tanto fadiga quanto

qualidade de vida. Os questionários EORTC e EORTC-QLQ30 foram os mais utilizados, demonstrando que os exercícios influem positivamente na qualidade de vida, com redução dos sintomas físicos e psicológicos causados pelo tratamento (JENSEN et al., 2014). As respostas aos questionários e escalas de fadiga também foram positivas, demonstrando que várias modalidades de exercício são benéficas para redução da fadiga em pacientes em quimioterapia (REPKA; HAYWARD, 2018)

A intensidade do exercício em alguns estudos foi avaliada pela escala subjetiva de Borg (ESB). Johnsson, Johnsson e Johansson (2013) utilizaram  $ESB \geq 12$ , para classificar a atividade como moderada ou intensa aos pacientes. Gokal et al. (2015) utilizaram a  $ESB < 12$  para classificar o exercício como leve a moderado. Jensen et al. (2014) utilizaram 70% do pico de  $VO_2$  para classificar o nível de atividade e citaram o aumento deste nível no decorrer das 12 semanas de atividade. Reis et al. (2018) utilizaram a Escala da Escola Americana de Medicina do Esporte para determinar o  $VO_2$  máximo dos pacientes avaliados, com teste submáximo com atividade na bicicleta ergométrica. Este estudo encontrou uma correlação entre o aumento do pico de  $VO_2$  e a redução do número de pontos dolorosos nos pacientes em quimioterapia.

## 51 CONCLUSÃO

Foram avaliadas diversas modalidades e intensidades de exercício e, em sua maioria, foram bastante eficazes em reduzir as reações a causadas pela quimioterapia. A dificuldade encontrada foi a adesão dos pacientes à exercício físico, pois a prática de exercício físico ainda é muito atual no tratamento desses pacientes.

Prevaleceram os estudos com atividades aeróbicas de baixa e média intensidade, que impactaram positivamente sobre a fadiga e a QV, principalmente.

Espera-se que com o aumento do número de estudos ratifiquem a importância da prática de exercícios regulares para melhorar a qualidade de vida nos pacientes oncológicos em quimioterapia e que seja uma nova alternativa para reduzir os sintomas, a morbidade e a mortalidade nesses pacientes.

## REFERÊNCIAS

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

BLARINGAN, E.L.V. et al. Association of Survival With Adherence to the American Cancer Society Nutrition and Physical Activity Guidelines for Cancer Survivors After Colon Cancer Diagnosis. **JAMA Oncology**, p. 1-8, 2018.

BRINCKMAN, C. et al. Hypoxia and Hyperoxia Affect Serum Angiogenic Regulators in T2DM Menduring Cycling. **International Journal of Sports Medicine**, n. 38, v. 2, p. 92-98. 2017.

CARVALHO, F.N.; BERGMANN, A.; KOIFMAN, R.J. Functionality in women with breast cancer: The Use of International Classification of Functioning, Disability and Health in Clinical Practice. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.43, n.3, p.581-587, 2014.

CHEONG, I.Y. et al. Efficacy of Mobile Health Care Application and Wearable Device in Improvement of Physical Performance in Colorectal Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. **Clinical Colorectal Cancer**, v.1, n.9, p.1-9, 2018.

CRAMP, F.; BYRON-DANIEL, J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. **Cochrane Database Systematic Review**, n.11, 2012.

DIETRICH, S.H. C.**Eficácia de um programa de atividade física nos níveis de fadiga em pacientes em tratamento de câncer de mama**. Tese de Doutorado em Ciências da Saúde. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Mato Grosso do Sul, 116p., 2007.

FREITAG, N. et al. High-intensity interval training and hyperoxia during chemotherapy: A case report about the feasibility, safety and physical functioning in a colorectal cancer patient. **Medicine**, v.97, n.24, p.1-7, 2018.

GENG, Z. et al. Mobile Physical Activity Intervention for Breast Cancer Patients During Chemotherapy. **Nursing Informatics**, v.250, p.236-237, 2018.

GOKAL, K. et al. Can physical activity help to maintain cognitive function and psychosocial well-being among breast cancer patients treated with chemotherapy? A randomised controlled trial: study protocol. **BMC Public Health**, v.15, p.414-422, 2015.

INCA. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Ministério da Saúde. Brasil. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro. INCA, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

JENSEN, W. et al. Effect of exercise training programs on physical performance and quality of life in patients with metastatic lung cancer undergoing palliative chemotherapy-A study protocol. **Contemporary Clinical Trials**, v.37, p. 120-128, 2014.

JOHNSON, A.; JOHNSON, A.; JOHANSSON, K. Physical activity during and after adjuvant chemotherapy in patients with breast cancer. **Physiotherapy**, n.99, p. 221-227, 2013.

LEE, K. et al. Effect of high-intensity interval training on vascular function in breast cancer survivor undergoing anthracycline chemotherapy: design of a pilot study. **BMJ Open**, v.8, p.1-9, 2018.

LIMA, E.A. J. et al. Aerobic exercise, but not metformin, prevents reduction of muscular performance by AMPk activation in mice on doxorubicin chemotherapy. **Journal Cellular Physiology**, p. 1-11, 2018.

LIU, L. et al. An integrative Tai Chi program for patients with breast cancer undergoing cancer therapy: study protocol for a randomized controlled feasibility study. **Journal Integrative Medicine**, v.16, n.2, p.99-105, 2018.

MANGIA, A.S. et al. What clinical, functional, and psychological factors before treatment are predictors of poor quality of life in cancer patients at the end of chemotherapy?. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.63, n.11, p.978-987, 2017.

NEUZILLET, C. et al. Rationale and design of the Adapted Physical Activity in advanced Pancreatic Cancer patients (APACaP) GERCOR (Groupe Coopérative Multidisciplinaire en Oncologie) trial: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v.16, p.454-467, 2015.

PARK, H. S. et al. Physical exercise prevents cognitive impairment by enhancing hippocampal neuroplasticity and mitochondrial function in doxorubicin-induced chemo brain. **Neuropharmacology**, n. 133, p. 451-461, 2018.

REIS, A. D. et al. Effect of exercise on pain and functional capacity in breast cancer patients. **Health and Quality of Life Outcomes**, n. 16, v. 58, p.1-10, 2018.

REPKA, C.P.; HAYWARD, R. Effects of an Exercise Intervention on Cancer-Related Fatigue and Its Relationship to Markers of Oxidative Stress. **Integrative Cancer Therapies**, v.17, n.2, p. 503-510, 2018.

SAWADA, N.O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos a quimioterapia. **Journal Physical Therapy Science**, v.26, n.5, p.721-730, 2014.

SCHUMANN, M. et al. Feasibility of high-intensity interval training with hyperoxia vs. Intermittent hyperoxia and hypoxia in cancer patients undergoing chemotherapy – Study protocol of a randomized controlled trial. **Contemporary Clinical Trials Communications**, v.8, p.213-217, 2017.

VENI, T. et al. Handgrip fatiguing exercise can provide objective assessment of cancer-related fatigue: a pilot study. **Care in Cancer**, p. 1-10, 2018.

VOLLMERS, P.L. et al.

Evaluation of the effects of sensorimotor exercise on physical and psychological parameters in breast cancer patients undergoing neurotoxic chemotherapy. **Journal of Cancer Research and Clinical Oncology**, p. 1-8, 2018.

WAART, H.V. et al. Effect of Low-Intensity Physical Activity and Moderate-to High-Intensity Physical Exercise During Adjuvant Chemotherapy on Physical Fitness, Fatigue, and Chemotherapy Completion Rates: Results of the PACES Randomized Clinical Trial. **Journal of Clinical Oncology**, v.33, p.17, p.1918-1927, 2015.

## CAPÍTULO 8

# CÂNCER DE PRÓSTATA: ESTUDO SOBRE AS REPERCUSSÕES VIVENCIADAS PÓS-TRATAMENTO ONCOLÓGICO E O CUIDADO FISIOTERAPÊUTICO

**Eliane Jaqueline Finger Mossmann**  
Fisioterapeuta

**Mauro Antônio Félix**

Fisioterapeuta; Mestre em Antropologia Social  
pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
– (UFRGS), RS, Brasil

**RESUMO:** Objetivo: Identificar quais as principais repercussões vivenciadas pelo sujeito com câncer de próstata pós-abordagem terapêutica (cirúrgica e/ou radioterápica), se haviam esclarecimento sobre a Fisioterapia como estratégia de enfrentamento destas alterações e observar quais representações que o tratamento e suas implicações causam a vida dos mesmos. Materiais e métodos: Tratou-se de um estudo observacional exploratório de casos. Resultados: O estudo contou com a participação de 13 homens, com idade entre 59 e 76 anos, com diagnóstico de câncer de próstata, que já haviam realizado cirurgia e/ou radioterapia. A coleta de dados ocorreu através de uma entrevista semiestruturada, cuja possuía como categorias as repercussões pós-tratamento cirúrgico e/ou radioterápico; conhecimento sobre o cuidado fisioterapêutico no processo de enfrentamento destas repercussões; e quais as representações geradas sob a vida do homem. Onde foi possível identificar que as principais repercussões vivenciadas por estes sujeitos era o temor da morte e do sofrimento, assim como todos relataram implicações em seu corpo físico, como a incontinência urinária e disfunção erétil. Sobre a atuação da Fisioterapia neste contexto, somente três indivíduos relataram possuir conhecimento,

e destes, dois realizaram atendimentos, mas por um breve período, não obtendo bons resultados. Mudanças estas, que geraram importantes representações sobre a vida destes homens, fazendo com que estes julgassem que o fator idade, tornava mais fácil a aceitação em não ter uma vida sexual e continência urinária plena. Mas apesar disto, estas alterações geravam sentimentos de vergonha e isolamento social, onde estes buscavam a família e religiosidade como estratégias de enfrentamento. Conclusão: Os dados apontam importantes mudanças vividas por estes indivíduos, e uma carência de informações sobre o cuidado fisioterapêutico neste contexto, o qual possui um importante papel na reabilitação destes sujeitos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Neoplasias da Próstata; Fisioterapia; Saúde do Homem.

## 1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, podemos observar uma mudança do perfil demográfico e epidemiológico brasileiro, dentre algumas das modificações que podem ser observadas, está o aumento da expectativa de vida e de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dentro destas DCNT, destacamos o câncer, o qual é considerado um grave problema de saúde pública, devido sua elevada incidência, prevalência, gastos e negativa influência sobre a qualidade de vida dos acometidos e das pessoas em torno destes (INCA, 2011).

Para o biênio de 2016 e 2017, no Brasil, estimam-se 600 mil novos casos de câncer, sendo o mais comum, em ambos os sexos, o de pele não melanoma. Destes novos casos, espera-se que aproximadamente 206 mil (49%), devam acometer a população masculina, dos quais 61.200 (28,6%) serão de próstata, sendo este, o segundo mais prevalente entre os homens. Na região Sul do país, neste mesmo período, espera-se que cerca de 13.590 homens, sejam afetados por este tipo de tumor, o que é cerca de, 25% dos cânceres que irão afetar esta população (INCA, 2015).

A próstata é uma glândula do sistema reprodutor masculino, e quando células tumorais malignas se desenvolvem nesta região, este é denominado como adenocarcinoma de próstata. O qual pode ser assintomático ou apresentar sintomas como alterações miccionais, e em casos mais avançados, dor óssea. Na grande maioria das vezes, o tratamento é composto pela retirada cirúrgica da próstata e seus entornos, conhecida como prostatectomia radical, e ainda se pode fazer uso da radioterapia, quimioterapia, braquiterapia e/ou hormonioterapia, e em casos onde a doença encontra-se muito avançada, este paciente pode ser encaminhado para cuidados paliativos. (INCA, 2002; JÚNIOR et al., 2015; BRASIL, 2015).

Este estudo teve como tema, o sujeito com câncer de próstata no enfrentamento das repercussões pósprostatectomia e/ou radioterapia e as representações que estas causam sob sua vida. Buscando assim, aprimorar a compreensão sobre este contexto, e melhorar o cuidado, auxiliando estes, no enfrentamento das implicações geradas pelo tratamento ao câncer.

Nos dias atuais, ainda é habitual nos depararmos com um estereótipo de homem, que deve demonstrar sua hombridade e virilidade. O que acaba influenciando a maneira como estes concebem e vivenciam sua masculinidade, que na grande maioria das vezes, se torna um dos fatores determinantes na forma como eles aderem ou se distanciam das práticas de cuidado em saúde. Quando estes indivíduos se deparam com alterações que ameaçam sua masculinidade, como em casos de adoecimento e tratamento oncológico, as limitações físicas e a nova rotina imposta, acabam gerando sentimentos de diferentes naturezas e intensidades. Todas estas condições fazem com que muitos percam a autonomia e controle sobre seu corpo, gerando assim novas representações deste. Todo corpo é composto por expressões, movimentos e aparências, o qual é permeado por representações individuais e sociais, sendo um importante regulador das relações do sujeito consigo mesmo e com o contexto sociocultural em que se encontra inserido (MARTINS, 2015).

A Fisioterapia neste âmbito, na grande maioria das vezes, se dá através de exercícios para percepção e fortalecimento da musculatura pelvipereínea, a qual pode ocorrer por meio da cinesioterapia e/ou eletroestimulação funcional destes músculos. Historicamente, o cuidado fisioterapêutico, centra-se em questões biológicas, porém o profissional de Fisioterapia, igualmente deve ter sua ação terapêutica através do acolhimento, atenção e orientações. Auxiliando estes indivíduos no enfrentamento das repercussões geradas pelo



tratamento em todas suas dimensões. Todos estes aspectos são fundamentais e devem estar voltados, as demandas individuais de cada sujeito, buscando esclarecer questões comportamentais, de autoconhecimento e autocuidado. O profissional de Fisioterapia, também deve reconhecer e orientar estes indivíduos a buscarem demais profissionais capacitados, que possam auxiliá-los no enfrentamento destes problemas, como médicos, nutricionistas, psicólogos, entre outros. (KAKIHARA et al., 2007).

Neste sentido, o presente estudo, apresentou como problemática: (a) quais as principais repercussões vivenciadas pelo sujeito com câncer de próstata pós-abordagem terapêutica (cirúrgica e/ou radioterápica)? (b) se o homem com câncer de próstata possui conhecimento sobre o cuidado fisioterapêutico no processo de enfrentamento das repercussões geradas pelo tratamento cirúrgico e/ou radioterápico? (c) quais representações são geradas na vida do homem pelo enfrentamento do câncer e suas repercussões?

Para tal, tivemos como objetivos: (a) identificar quais as principais repercussões vivenciadas pelo sujeito com câncer de próstata pós-abordagem terapêutica (cirúrgica e/ou radioterápica); (b) identificar se o homem com câncer de próstata possui esclarecimento sobre a Fisioterapia como estratégia de enfrentamento das repercussões geradas pelo tratamento cirúrgico e/ou radioterápico; (c) identificar quais representações o tratamento e suas repercussões causam a vida do homem.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo observacional exploratório de casos (GOLDIM, 2000). Para o tal, foram adotados como critérios de inclusão, homens que estivessem de acordo e assinassem o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), maiores de 18 anos, acometidos pelo câncer de próstata, que já haviam realizado prostatectomia e/ou radioterapia, indiferente do tempo de tratamento. Todos eram participantes de uma entidade filantrópica, a qual dá amparo a pessoas de baixa renda, de ambos os sexos, que estejam em tratamento contra o câncer e seus agravos, com sede em um Hospital do Vale do Rio dos Sinos-RS. Os atendimentos a estes pacientes são realizados por funcionários e voluntários de diversas áreas, oferecendo assim, assistência fisioterapêutica, médica, psicológica, nutricional e social, assim como empréstimo e doação de equipamentos necessários para o tratamento.

A escolha deste grupo ocorreu pelo fato de acolherem a proposta do estudo, possibilitando o contato com a temática em questão e por representarem um local de referência de apoio e acolhimento a pessoas com câncer, dentre elas, o homem. Bem como possibilitarem o acesso aos sujeitos que estão enfrentando o câncer de próstata, e encontram-se em fases distintas, acarretando em uma maior diversidade de experiências das disfunções que o tratamento pode ter causado e suas representações a estes indivíduos.

As entrevistas ocorreram na sede da entidade, todas as segundas feiras, no turno

da manhã, entre o período de Outubro à Dezembro de 2016. Onde houve a participação de 16 indivíduos, porém, três não se encaixaram aos critérios de inclusão, sendo estes excluídos do universo de pesquisa. Neste caso, o estudo foi composto, por 13 homens, com idades entre 59 e 76 anos, que possuíam o diagnóstico de câncer de próstata e já haviam realizado alguma terapêutica, como a prostatectomia e/ou radioterapia, independentemente do tempo de diagnóstico e tratamento.

O contato inicial com cada participante ocorreu via telefone, o qual a entidade se prontificou em realizar, por já possuírem um vínculo com cada indivíduo, onde então, os convidavam a participar da pesquisa, realizando o agendamento prévio de um dia e horário para a entrevista. A coleta de dados ocorreu em uma sala de consultas médicas, na própria entidade, de forma individual, no dia e horário pré-estabelecidos para cada sujeito. Onde a acadêmica se apresentava como pesquisadora e explicava como a entrevista seria conduzida, deixando esclarecido que esta não lhes geraria nenhum custo, e no momento que quisessem, poderiam abandonar o estudo. A aceitação em participar, resultou na assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, ficando uma via com o participante e outra com a pesquisadora. Após, estes respondiam perguntas de uma entrevista semiestruturada, elaborada pela pesquisadora, a qual era composta por dados de identificação do participante, e perguntas abertas e fechadas que buscavam identificar quais as principais repercussões vivenciadas pelo sujeito com câncer de próstata pós-abordagem terapêutica cirúrgica e/ou radioterápica; conhecimento sobre o cuidado fisioterapêutico no processo de enfrentamento destas repercussões; e quais as representações que estas alterações causavam sob sua vida.

Todas as entrevistas foram gravadas, com o gravador da marca powerpack® modelo DVR 1087. Ao final de cada entrevista, cada participante escolheu um nome fictício, sendo este um carro ou jogador de futebol, para ser utilizado na apresentação de dados, buscando assim manter seu anonimato. Como contrapartida, cada um recebeu uma cartilha elaborada pela pesquisadora, com orientações referentes ao tratamento do câncer e suas repercussões, com algumas dicas de como estas podem ser minimizadas e tratadas.

Para encerramento das coletas, foi utilizado o critério de saturação de dados, que segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), a amostragem de saturação é amplamente utilizada em pesquisas qualitativas na área da saúde. É quando se interrompe uma coleta de dados e de novos componentes, pois as informações obtidas passam a ser repetidas e que são pouco acrescentadas.

Após, cada entrevista foi transcrita em sua íntegra pela pesquisadora, tendo o cuidado para registrar cada palavra, até mesmo risadas, silêncios e demais sons. Onde então, os dados coletados foram avaliados e interpretados conforme a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009).

Este estudo está de acordo com os preceitos éticos descritos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que é responsável por regulamentar os estudos que envolvem

seres humanos (CNS, 2013). O qual também foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos, tendo aprovação sob o parecer número 1.784.158.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Universo de pesquisa foi constituído por 13 participantes, com idade entre 59 e 76 anos, com uma média de 65,4 anos. As características destes estão apresentadas na tabela 1, com substituição dos nomes reais por fictícios, a fim de garantir o anonimato dos mesmos.

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Tratamento realizado</b>	<b>Iniciou Tratamento</b>
<b>Fusca</b>	76	Cirurgia e radioterapia	8 anos
<b>Ceará</b>	72	Radioterapia	3 anos
<b>Ferrari</b>	68	Radioterapia	2 anos
<b>Ford Edge</b>	67	Cirurgia	5 meses
<b>Pelé</b>	67	Radioterapia	2 anos
<b>Gol</b>	65	Cirurgia	2 meses
<b>Kadett</b>	65	Cirurgia	3 anos
<b>Ronaldo</b>	64	Radioterapia	3 anos
<b>Ipanema</b>	64	Cirurgia	5 anos
<b>Valdívia</b>	62	Radioterapia	1 ano
<b>D'Alessandro</b>	61	Radioterapia	5 anos
<b>Neymar</b>	61	Cirurgia	9 meses
<b>Messi</b>	59	Cirurgia	2 meses

Tabela 1- Características dos participantes.

FONTE: Elaborada pelos autores.

Todos os dados obtidos durante as entrevistas foram analisados, com o aprofundamento das seguintes categorias: repercussões vivenciadas pós-tratamento cirúrgico e/ou radioterápico; conhecimento sobre o cuidado fisioterapêutico no processo

de enfrentamento destas repercussões; e quais as representações geradas sob a vida do homem.

Buscou-se identificar quais as principais alterações que cada indivíduo observou em seu corpo. Alterações estas, que podem ocorrer em todas as dimensões. Assim como traz o estudo de Moscheta e Santos (2012), onde em sua revisão integrativa de literatura em bases de dados online, sobre os cuidados com o homem com câncer de próstata, apontam que os enfrentamentos das diversas fases do câncer, acarretam em mudanças físicas, psíquicas e sociais.

Foi possível observar que o sentimento de medo quanto a morte e o sofrer, ao descobrir o câncer e sua necessidade de tratamento, foi algo marcante na vida destes indivíduos.

*“Ahh.Não foi fácil né, (demonstrou forte emoção) Aiii, fazer o que? A gente tem que enfrentar.”(Ceará, 72 anos).*

*“Eu não tenho medo da morte, eu tenho medo de sofrer.” (Fusca, 76 anos).*

*“E eu pensei que eu tava perdido né, que eu tava lá, pra morrer já né. Que eu com meus 60 anos, mas agora descobrir o câncer?Ai me senti perdido né. Só morte.”(Neymar, 61 anos).*

Silva et al. (2013), em seu estudo com pacientes oncológicos, procuraram compreender a percepção destes quanto ao momento da descoberta do câncer, onde apontam que os sentimentos relacionados ao diagnóstico e ao tratamento, estão carregados de estigmas sociais. Fazendo com que muitos indivíduos se sintam constrangidos e com medo, ou até mesmo, excluídos socialmente.

*“Eu peguei o resultado e abri, era lacrado, mas eu abri o exame, e fui pra casa, e me infurnei lá praticamente por um mês, sem falar com ninguém.Eu morava num sítio, sozinho, não queria falar com ninguém, porque é uma coisa queé chocante.”(Ferrari, 68 anos).*

O impacto do tratamento do câncer de próstata vai além de sentimentos e simbologias, este também acaba por afetar importantes funções do corpo físico. Alterações estas, que foram observadas por todos os participantes. Os quais apontaram principalmente a ocorrência de incontinência urinária e/ou disfunção erétil. Onde alegam que as mesmas surgiram após o tratamento cirúrgico e/ou radioterápico e ser algo que perdura.

*“[...]Quando eu venho pro centro da cidade, semana passada eu vim, tive que vir pro centro aí, terrível pra voltar depois. Teve dia que ainda bem que tava frio, que eu tive que tirar o casaco e amarrar na cintura, pra tapar a roupa molhada atrás.”(Fusca, 76 anos).*

*“De vez em quando fica ereto ali, dá uma reaçãozinha pequena ali, mas muito pouco. E quando sento e levanto, tem que tá usando fralda né.”(Kadett, 65 anos).*

A Sociedade Brasileira de Radioterapia (2013), em sua revisão sistemática de literatura, a fim de estabelecer evidências quanto ao tratamento radioterápico no câncer de próstata, apontam que os principais efeitos adversos, resultam da radiação de tecidos adjacentes, podendo causar alterações geniturinárias, de disfunção erétil e gastrointestinais.

Assim como apesar de a prostatectomia ser uma das formas mais eficazes de combater o câncer de próstata, esta pode causar diversas complicações, entre elas, as mais comuns, são à incontinência urinária e disfunção erétil. Os resultados funcionais em relação a estas alterações podem levar de dois a quatro anos para serem readquiridos naturalmente. A taxa de continência neste período pode variar de 5% a 89%, e as taxas de potência sexual, são cerca de 60%, aos pacientes que não apresentam alterações pré-operatória (KUBAGAWA et al, 2006; SBU, 2009).

Mas quando estes percentuais são comparados aos achados do presente estudo, se mostram adversos, pois os 13 participantes, ou seja, 100% da amostra manteve algum grau de incontinência urinária e/ou disfunção erétil, apesar de alguns já terem ultrapassado esse período de carência, para o restabelecimento natural destas funções.

*“[...]Era grave assim, eu tinha vontade de urinar, se eu não fosse, já começava a sair, eu não conseguia segurar. Hoje, ainda continua isso, mas é bem fraquinho.” (Ferrari, 68 anos).*

*“O urologista me falou que o problema da relação, que se eu tivesse feito cirurgia, não teria mais relação, mas como eu só fiz a radio, continua normal né, só tem que tomar o comprimidinho, o Viagra né.”(Ronaldo, 64 anos).*

Sabe-se que estas disfunções causam grande impacto sobre os assuntos que envolvem as questões do masculino e conseqüentemente sobre a qualidade de vida destes indivíduos. Mas o cuidado destas, dependendo do seu grau de comprometimento, pode se dar através da Fisioterapia. (KUBAGAWA et al, 2006; SBU, 2009).

Os estudos de Kubagawa et al. (2006) e Ribeiro et al. (2010), buscaram apontar a eficácia da atuação fisioterapêutica após a prostatectomia, onde demonstraram haver bons resultados quanto aos sintomas urinários. Principalmente quando realizada no período pré e pós-operatório, se mostrando assim, mais efetiva do que somente semanas após a cirurgia. Alcançando melhores desfechos nos primeiros quatro meses pós-cirúrgicos, mas que 12 meses após, ainda se podem verificar bons resultados funcionais.

Quanto à importância e obtenção de bons resultados a partir da Fisioterapia na disfunção erétil, encontramos o estudo de Prota (2010), de caráter prospectivo, controlado e randomizado, onde avaliou a reabilitação precoce do assoalho pélvico com biofeedback, comparando estes, aos cuidados habitualmente oferecidos pelos urologistas aos pacientes com disfunção erétil após prostatectomia. Onde conclui, que o grupo que realizou biofeedback, apresentou melhora significativa da função erétil depois de passado 12 meses de cirurgia, assim como melhora da continência urinária. Associando estes achados aos

exercícios, por promoverem uma melhora da perfusão do corpo cavernoso e fortalecimento da musculatura perineal.

Sobre a atuação do profissional de Fisioterapia neste contexto, se identificou uma carência de informações difundidas aos participantes. Onde somente três indivíduos possuíam conhecimento sobre o cuidado fisioterapêutico nestas circunstâncias, e destes, dois procuraram ajuda de um profissional, porém relataram não terem percebido grande diferença. As quais podem ter relação ao inadequado tempo de tratamento e o espaçamento entre as intervenções.

*“Até vou fazer fisioterapia né, tô com o papel ali, pra isso. Diz que é bom fazer né.”*(Neymar, 61 anos).

*“Eu fiz uma semana ou duas[...] Eu fiz uns dias.”*(Kadett, 65 anos).

*“Era uma vez por mês, fui umas 6 ou 7.”*(Ipanema, 64 anos).

O estudo de Cintra (2012) buscou analisar o conhecimento dos profissionais da área da saúde em relação à Fisioterapia Oncológica, dentro de uma equipe multiprofissional, onde observou uma falta de conhecimento destes, sobre a atuação do fisioterapeuta neste contexto. Associando este achado, à Fisioterapia Oncológica ser uma especialidade relativamente nova, a qual foi reconhecida como atividade do profissional de Fisioterapia, no ano de 2009. Fazendo então, com que muitos profissionais, inclusive os próprios da área, assim como os estudantes, tenham pouco conhecimento sobre a atuação fisioterapêutica junto às pessoas com câncer de próstata.

Gomes et al. (2008), também afirmam que há uma carência do conhecimento desta especialização, por parte de muitos profissionais da saúde. Onde grande parte dos médicos, os quais possuem esclarecimento sobre as principais disfunções geradas pelo tratamento oncológico, não encaminham seus pacientes pelo desconhecimento dos benefícios proporcionados pela Fisioterapia nestas circunstâncias, resultando em uma população desinformada, dificultando assim o acesso à reabilitação.

*“Olha, que o médico me explicou assim, que, não é uma coisa que vai resolver o problema, vai me ajudar.”*(Neymar, 61 anos).

*“[...] Eu sabia que tinha médicos específicos disso, mas não que através de Fisioterapia. [...] Por isso eu fiquei curioso em saber mais, porque se realmente através da Fisioterapia se pode conseguir isso.”*(Ferrari, 68 anos).

Estes fatores são determinantes na falta de orientação e encaminhamento destes pacientes a atenção fisioterapêutica. Aqui também podemos apontar uma fragilidade da entidade que presta assistência aos participantes, devido a mesma não contar com um serviço próprio de Fisioterapia, a qual é realizada por voluntários, o que acaba por fragilizar

o cuidado prestado.

A soma de todos estes fatores nos leva a acreditar, que estes são os principais motivos do não encaminhamento destes indivíduos aos serviços de Fisioterapia. Influenciando diretamente na falta de conhecimento e orientação daqueles que necessitam deste tipo de assistência.

*“Eu não sei né, se a Fisioterapia chega lá.”*(Valdívia, 62 anos).

*“Olha, eu não tenho conhecimento, nem sabia que tinha Fisioterapia pra isso.”*(Ford Edge, 67 anos).

A assistência realizada pelo fisioterapeuta ao homem é fundamental em todas as fases do tratamento. Pois este não se preocupa somente com o local afetado pelo câncer, mas com o indivíduo em seu todo, com foco na sua funcionalidade e independência, impactando de forma positiva sob sua qualidade de vida. (GOMES et al., 2008).

Em relação às representações que todas estas disfunções causam a vida destes indivíduos, podemos observar que estes usam a idade como uma justificativa para a aceitação deste contexto.

*“Quando chegar na minha idade, tem gente que tá pior que a gente né. Tem pessoas mais novas que eu, que tão mais atiradas.”*(Ipanema, 64 anos).

O avançar da idade causa modificações e ressignificações do corpo e da vida de todas as pessoas, mas os significados que estas adquirem, depende da vivência cultural, social e religiosa de cada uma. É uma fase, onde o corpo já não responde mais, aos estímulos impostos da mesma forma. (MOURA et al., 2008; MOURA, 2015).

*“Isso aí é praticamente com todo mundo né? A gente conversava lá (hospital), muito um com o outro, e não era, nem um, nem dois, sabe como é lá. A maioria, o cara que opera, terminou né. Eu acho que não é só eu né. Não é só eu. Que nem lá, eu vi muitos, o cara novo lá, com 44 anos, 40 anos, aquilo lá pra mim: acabou.”*(Valdívia, 62 anos).

Vivemos em uma sociedade que está baseada na produção, no capital e consumismo. Na qual, o envelhecer ainda possui uma associação direta com as doenças, declínios e perdas. Onde a sexualidade está associada a uma fase procriativa da vida. Existem muitos mitos e concepções equivocadas sobre as questões sexuais no envelhecimento, se criando um estereótipo de que nesta fase, as pessoas não são mais atraentes, são assexuadas, ou que são incapazes de sentir algum estímulo sexual. Estas são algumas das ideias que ainda permeiam o imaginário social. O que acaba gerando prejuízos sobre as vivências sexuais dos idosos e em consequência afetando de forma negativa sua qualidade de vida (ROZENDO; ALVES, 2015).

*“É às vezes aborrece, mas aí em contrapartida, eu penso: Pô, eu já realizei tudo que né...se eu fosse um guri novo, fosse casar, e tivesse isso, seria pior né? Mas assim, como já sou um homem com 76 anos, acho que também não dá para esquentar a cabeça! Pior se a gente é um jovem, que dá um problema desses, que Deus o livre, e aí, quer casar, quer ter filhos, e nunca mais né? Isso aí elimina o homem pra sempre né.”*(Fusca, 76 anos).

Alencar et al. (2016), em seu estudo transversal, com 235 idosos de ambos os sexos, buscaram investigar aspectos de concepção sobre sexualidade, pensamentos acerca do sexo e o que faziam quando tinham desejo, atividade sexual e auto erotização. Os resultados obtidos mostram que 80% dos entrevistados, entendem sexualidade como algo direcionado a genitália e o ato sexual puramente.

*“Não, eu acho que em função da idade, a sexualidade não é mais como era antes né[...] que não tem mais prazer como antes né.”*(Ipanema, 64 anos).

Se fazendo necessária uma atuação profissional voltada à orientação deste tema em toda sua integralidade. Tentando levar estes indivíduos a descobrirem seu maior órgão sexual, a pele. Essas mudanças fazem com que a sexualidade tome um novo sentido, não sendo mais direcionada somente ao órgão e ao ato sexual em si. As carícias, a atenção, os olhares, o companheirismo, o ficar junto, passam a ter uma importância muito maior do que antes. Buscando assim, um território masculino que se permita tocar, sentir e ser explorado (MOURA et al., 2008; MOURA, 2015; ALENCAR et al., 2016).

*“Eu conversei com a minha esposa, perguntei pra ela né, ela disse: que não tem nada a ver né, que nós continuamos o mesmo casal né. É, aí a gente tá tudo bem né, mas o coração, o amor tá aqui né, na cabeça, e não numa coisa que a gente por motivo de saúde, não tem como optar né. A gente não tem escolha.”*(Messi, 59 anos).

Burille et al. (2013) e Modena et al. (2014), destacam que as mudanças produzidas pelo câncer e seu tratamento, desencadeiam inúmeros efeitos desagradáveis quanto a imagem masculina, pois este passa a conviver com uma identidade de doente, fazendo com que muitos busquem o isolamento social, podendo desta forma evoluir para quadros depressivos. Principalmente quando estas alterações possuem relação direta quanto à sua sexualidade, gerando assim, importantes conflitos, pois esta é um dos elementos primordiais da identidade masculina.

*“Bah, aí foi pior né, aí foi uma facada[...].Meu Deus, nessa hora dá vontade[...] a gente mora perto da faixa, de se atirar na frente de um caminhão né.”*(Neymar, 61 anos).

*“Não quero ainda ter que dá explicação pros vizinhos, que a gente é meio que discreto. Que nem agora, com essa bolsa(sonda vesical, retirada no dia da entrevista), eu fiquei mais dentro de casa.”*(Messi, 59 anos).



*“É, às vezes tá na rua aí, acontece alguma coisa, e aí todo mundo vê né. E aí a gente se sente constrangido né.”*(Ipanema, 64 anos).

Há exposição de suas fragilidades e do corpo adoecido, se mostram contraditórias as concepções do que é ser masculino, a qual é moldada desde o momento do nascimento, e possui uma relação direta de como este indivíduo percebe o mundo e os papéis sociais na sua volta. Quando este se depara com situações que infringem essa identidade masculina, acaba passando por sentimentos de baixa autoestima, desânimo e isolamento social(TOFANI; VAZ, 2007; MARTINS et al., 2012).

*“[...] Eu já não procuro, eu tenho oportunidade, assim amigas, tenho uma opção de pessoal. [...] Vamo junto, não sei o que. Vamos dançar!! Eu não saio.”*(Ferrari, 68 anos).

*“É, a gente se sente envergonhado, até pra poder conversar com uma mulher ou coisa assim né [...]O cara entra em um constrangimento sabe? Porque, como tu vai chegar numa mulher, tirar a roupa, e ela vai, pô tu tá com fralda? Que nem criança sabe? Aí tu te sente impotente até, sabe?”*(Kadett, 65 anos).

O impacto da descoberta e enfrentamento do câncer trouxe a estes indivíduos sentimentos como medo, vergonha e significativas mudanças em suas vidas, fazendo com que estes buscassem estratégias de enfrentamento para este momento. Costa e Leite (2009) acordam que a descoberta do câncer e seu tratamento, faz com que as pessoas acometidas, procurem estratégias que as ajudem a suportar as demandas impostas e consigam lidar consigo mesmas de forma mais positiva.

*“Porque, o que eu quero é viver!! Sabe, é a vida, quero ficar do lado da minha filha, da minha mulher[...].Bah, se Deus quiser, ele vai me ajudar, que vai dar tudo certo né.”*(Messi, 59 anos).

*“A família é o ponto fundamental né.”*(Pelé, 67 anos).

Na meta análise realizada por Jim et al. (2015), conduzida para 497 tamanhos de efeitos, de 101 amostras únicas, totalizando em mais de 32.000 adultos com câncer. Buscaram avaliar se a religião/espiritualidade possuía uma relação com a melhora física dos pacientes. E os resultados obtidos enfatizaram a importância deste tipo de apoio aos pacientes oncológicos em todas as fases, desde o diagnóstico até ao fim da vida. Que além de causar uma melhora de aspectos físicos, aumenta a resiliência dos acometidos e por consequência impacta positivamente sobre a qualidade de vida destes.

*“A primeira coisa que eu fiz, foi orar pra Deus né.Pras coisas de Deus não existe nada né, digo: Ó Senhor, eu gosto de viver, se o Senhor me deixar mais um pouco aqui, eu agradeço.”*(Fusca, 76 anos).

*“O pai lá em cima, não dorme né, ele é firme e correto com a gente.”*(Kadett, 65 anos).

Applebaum et al. (2014), realizaram um ensaio clínico controlado e randomizado, com 168 participantes, com objetivo de examinar a relação entre o otimismo, apoio social e resultados de saúde mental em pacientes com câncer avançado. E concluíram que pensamentos otimistas e o amparo social, possuem significativa associação na diminuição de sintomas de ansiedade e depressão, na melhor qualidade de vida, fomentando a resiliência destes indivíduos.

*“Ah, eu nunca desanimei, sempre rindo e brincando.”(Fusca,76 anos).*

*“Eu moro sozinho, meu filhos são tudo casados.Aí, as vezes fica aquela angústia, aquela tristeza de noite sabe?[...]É, seria bom se eu tivesse uma companhia, junto comigo, uma coisa assim, sabe?”(Kadett, 65 anos).*

Assim podemos observar que apesar de todas as dificuldades vividas por estes homens, os mesmos buscaram meios de enfrentamento embasados em aspectos religiosos e no apoio da família, para assim transitarem entre esta fase marcante e complexa de suas vidas.

## 4 | CONCLUSÃO

O estudo possibilitou uma aproximação com a realidade vivida pelos homens acometidos pelo câncer de próstata, que realizaram cirurgia e/ou radioterapia. O que levou a uma melhor compreensão de quais as principais alterações que estes observam em seus corpos, onde as mais apontadas foram o medo quanto a morte e o sofrer. Em relação aos seus corpos físicos, todos destacaram o aparecimento da incontinência urinária e/ou disfunção erétil, as quais foram alterações marcantes, levando muitos ao isolamento social.

Em relação a estratégia terapêutica conhecida por estes sujeitos, para o enfrentamento das disfunções percebidas, se observou que uma pequena parte relatou fazer uso de medicações para obter ereção. Mas quanto à atuação do profissional de Fisioterapia, percebeu-se uma importante carência de informações a estes sujeitos.

Desta forma, identificou-se uma fragilidade do cuidado fisioterapêutico prestado pela entidade. O qual se acredita que ocorra, devido à mesma não contar com um serviço próprio de Fisioterapia, o que acaba por não contemplar todas as necessidades das pessoas que seriam beneficiadas com este tipo de assistência. Pois, se observa uma falha na negociação de práticas, entre a avaliação das necessidades e os desejos dos usuários, as quais seriam contempladas na atuação de uma equipe multiprofissional com ação interdisciplinar. A soma destas fragilidades apontadas à falta de conhecimento de diversos profissionais, quanto aos benefícios proporcionados pela Fisioterapia neste contexto, resulta em uma população desinformada, dificultando assim o acesso à reabilitação e consequente a reinserção social.

Compreende-se que uma parcela dos homens que passam pelo tratamento oncológico

do câncer de próstata, e apresentam incontinência urinária e/ou disfunção erétil, poderão voltar naturalmente ao seu quadro funcional pré-tratamento, em um período de dois a quatro anos após o tratamento cirúrgico e/ou radioterápico. Mas a principal inquietação é o porquê de deixar estes sujeitos passarem estes anos de suas vidas com estas disfunções, as quais geram importantes repercussões no seu dia a dia, causando sentimentos de constrangimento, isolamento, e diminuição da qualidade de vida, se a Fisioterapia pode os ajudar a restabelecer bons resultados funcionais precocemente. E neste estudo pode-se observar que mesmo aqueles que já haviam passado por esse período, não haviam recuperado estas funções plenamente.

Apesar da Fisioterapia em oncologia ser uma especialização relativamente nova, podemos apontar estudos que demonstram bons resultados no tratamento destas disfunções, quando estes são encaminhados precocemente, fazendo com que estes indivíduos recuperem sua funcionalidade miccional e erétil em um reduzido tempo. Repercutindo de forma positiva sobre a qualidade de vida dos mesmos.

Foi possível perceber, que todos os fatores relacionados à descoberta do câncer, o tratamento e suas repercussões, suscitam sentimentos e sensações, desconhecidos por muitos até então. Levando estes a confrontar padrões socialmente moldado e vistos como apropriados, do que é ser homem. Fazendo com que estes indivíduos busquem ressignificações do seu eu, da sua vida. Encontrando na família e religiosidade/espiritualidade um alento para esta fase difícil.

Sugerem-se novos estudos neste âmbito, buscando compreender o porquê estes indivíduos não recebem orientação quanto à atuação da Fisioterapia neste contexto. A qual poderia ser dada aos usuários e seus familiares durante o período de internação da cirurgia ou em centros de tratamento oncológico, ficando a cargo de toda equipe de saúde, sendo esta responsável pelo cuidado e atenção de todo e qualquer paciente.

Faz-se necessário também uma reflexão quanto a incorporação desta temática na formação acadêmica da graduação, mesmo que de forma generalista. Buscando assim profissionais melhores informados para atuar neste contexto.

Por fim, o estudo apresenta como limitações, abordar uma população específica, com faixa etária mais elevada, que já haviam realizado tratamento. Não permitindo generalizações.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, D. L. et al. Exercício da sexualidade em pessoas idosas e os fatores relacionados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 861-869, set./out. 2016.

APPLEBAUM, A. J. et al. Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer. **Psychooncology**, v. 23, n. 3, p. 299-306, mar. 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**: edição revisada e atualizada. Lisboa: Edições 70Lda, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes diagnósticas e terapêuticas do adenocarcinoma de próstata**. Brasília. Conitec, 2015. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/DDT\\_Adenocarcinomadeprostata\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/DDT_Adenocarcinomadeprostata_CP.pdf)>. Acesso em: 16 de julho de 2018.

BURILLE, A. et al. Mudanças no cotidiano de homens com câncer: apresentando uma das interfaces do adoecer. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 35-39, abr./jun. 2013.

CINTRA, F. T. **Análise do conhecimento da atuação da Fisioterapia Oncológica dentro da equipe multidisciplinar**. 2012. 19f. Trabalho de conclusão do curso de Especialização (Especialista em Fisioterapia em Oncologia) - Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada, chancelado pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012.

CNS - **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros. Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em: 11 de julho de 2018.

COSTA, P.; LEITE, R.C. B.O. Estratégias de enfrentamento de cirurgia mutiladoras. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 355-364, out./nov./dez. 2009.

FONTANELLA, B. J.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GOMES, R. et al. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 235-246, jan./fev. 2008.

INCA. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Ministério da Saúde. Brasil. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro. INCA, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc\\_do\\_cancer.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf)>. Acesso em: 16 de julho de 2018.

INCA. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Ministério da Saúde. Brasil. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. INCA: 2015. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/campanhas/dia-nacional-de-combate-ao-cancer/2015/estimativa-2016-incidencia-de-cancer-no-brasil>>. Acesso em: 16 de julho de 2018.

INCA. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Ministério da Saúde. Brasil. Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso. Rio de Janeiro. INCA, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer\\_da\\_prostata.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_da_prostata.pdf)>. Acesso em: 16 de julho de 2018.

JIM, H. S. L. J. et al. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. **Cancer- American Cancer Society**, Atlanta, v. 121, n. 21, p. 3760-3768, nov. 2015.

JÚNIOR, A. J. B. et al. Câncer de próstata: métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, Maringá, v.10, n.3, p. 40-46, mar./mai. 2015.

KAKIHARA, C. T. et al. Efeito do treinamento funcional do assoalho pélvico associado ou não à eletroestimulação na incontinência urinária após a prostatectomia radical. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Paulo, v.11, n.6, p. 481-486, nov./dez. 2007.

KUBAGAWA, L. M. et al. A eficácia do tratamento fisioterapêutico na incontinência urinária masculina após prostatectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 179-183, abr./mai./jun. 2006.

MARTINS, A. M. et al. Concepções de psicólogos sobre o adoecimento de homens com câncer. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 74-87, ago. 2012.

MARTINS, A. M. “**Eu não sou homem mais**”: **Representações sociais de corpo para homens após o adoecimento por câncer de próstata**, 2015, 211f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) -Programa de Pós Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2015.

MODENA, C. M. et al. Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n.1, p. 67-78, abr. 2014.

MOSCHETA, M. dos S.; SANTOS, M. A. Grupos de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1225-1233, mai. 2012.

MOURA, I. et al. Idosos e sua percepção acerca da sexualidade na velhice. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 5, n. 2, p. 132-140, jul./dez. 2008.

MOURA, R. G. Coisa de Homem. **Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 37, p. 1-5, out./dez. 2015.

PROTA, C. **Efeito da reabilitação precoce do assoalho pélvico com biofeedback sobre a função erétil de pacientes submetidos à prostatectomia radical: estudo prospectivo, controlado e randomizado**, 2010, 57f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Urologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

RIBEIRO, L. H. S. et al. Long-Term effect of early postoperative pelvic floor biofeedback on continence in men undergoing radical prostatectomy: A prospective, randomized, controlled trial. **The Journal of Urology**, Linthicum, v. 184, n. 3, p. 1034-1039, set. 2010.

ROZENDO, A. da S.; ALVES, J. M. Sexualidade na terceira idade: tabus e realidade. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 95-107, jul./set. 2015.

SILVA, P. L. N. et al. O significado do câncer: percepção de pacientes. The meaning of cancer: patient perception. El significado del cáncer: percepción del paciente. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 7, n.12, p. 6828-6833, dez. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE RADIOTERAPIA (SBRT). Tratamento de câncer da próstata com radioterapia de intensidade modulada. **Associação Médica Brasileira**, São Paulo, mar. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (SBU). **Diretrizes de Tratamento do câncer urológico**. São Paulo: Planmark Editora Ltda, 2009.

TOFANI, A. C. A.; VAZ, C. E. Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos ante os cartões IV e VI do Rorschach. **Revista Interamericana de Psicologia/InteramericanJournalofPsychology**, San Juan, v. 41, n.2, p, 197-204, ago. 2007.

# CAPÍTULO 9

## CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE FISIOTERAPEUTAS EM CUIDADOS PALIATIVOS EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR PÚBLICA DO VALE DO RIO DOS SINOS

### Valenca Lemes Grapiglia

Graduanda pelo curso de Fisioterapia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – (UNISINOS), RS, Brasil.

### Mauro Antônio Félix

Fisioterapeuta; Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – (UFRGS), RS, Brasil.

**RESUMO:** Objetivo: Identificar a percepção de fisioterapeutas sobre cuidados paliativos. Materiais e métodos: A pesquisa consistiu em um estudo observacional exploratório do tipo decasos, aplicada em uma Instituição Hospitalar Pública do Vale do Rio dos Sinos. Resultados: Sete fisioterapeutas participaram deste estudo, através da observação participante e entrevista semiestruturada. Os dados foram interpretados e categorizados conforme Bardin. Tais informações foram agrupadas por categorias, mediante as quais se identificou que a morte e a terminalidade geram anseios e conflitos para os fisioterapeutas e que pessoas em cuidados paliativos apresentam um perfil psicológico bem variado. Também, esclareceu-se que os profissionais objetivam o bem-estar do paciente, a minimização dos sintomas e não mais a cura, indo além das questões físicas, e, ao indicar a Fisioterapia, utilizam o princípio da não maleficência. Além disso, verificou-se que os cuidados paliativos proporcionam ao paciente maior flexibilidade de visitas de familiares, bem como, maior poder de escolha. Também, que o vínculo fortalece relações, todavia, com familiares essa ação é difícil. Por fim, averiguou-se que a abordagem fisioterapêutica é mais

ampla por considerar uma visão integral do paciente. Conclusão: Diante dos achados, os fisioterapeutas apresentaram um conhecimento coerente em relação aos princípios dos cuidados paliativos. Porém, nos cursos de educação permanente ainda não há adesão por parte de muitos profissionais e, dessa forma, se faz necessário buscar formas de despertar o interesse destes, inclusive de fisioterapeutas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados Paliativos; Fisioterapia; Serviço Hospitalar de Fisioterapia; Percepção.

## 1 | INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam uma importante carga para a sociedade brasileira. (JEMAL et al., 2014). Segundo o Ministério da Saúde, em 2013, houve predomínio de 73% destas, sendo as doenças cardiovasculares a causa mais frequente de morte, seguida pelas neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes (BRASIL, 2017).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002) afirma que, em 2022, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar cerca de 30 milhões de pessoas. A prevalência de pelo menos uma DCNT aumenta intensamente com a idade e ter a presença de ao menos uma destas significa uso mais frequente dos serviços de saúde, maior ocorrência de internações e aumento do risco de ter estado acamado

(BARROS et al., 2006)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), estima-se que 40 milhões de pessoas necessitem anualmente de Cuidados Paliativos (CP). E as DCNT fazem parte das enfermidades que requerem estes cuidados. Outras condições podem exigir estes cuidados tais como: doenças hepáticas crônicas, esclerose múltipla, doença de Parkinson, doenças neurológicas.

As repercussões destas, como dor e o sofrimento, são tratadas pelos CP, os quais constituem uma abordagem global e humanista da pessoa que não apresenta mais a possibilidade de cura, visando à redução dos seus sintomas a partir da atuação de uma equipe interprofissional (MARCUCCI, 2005; MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007; HERMES; LAMARCA, 2013).

A Fisioterapia pode atuar na prevenção de complicações e alívio dos sintomas referentes ao paciente sem perspectiva de cura, a partir de abordagens que integram os CP. Contribuindo, através da visão destes cuidados, para as questões tanto físicas, quanto espirituais, psicológicas e sociais (MARCUCCI, 2005; MULLER; SCORTEGAGNA; MOUSSALLE, 2011; FLORENTINO et al., 2012).

Devido à probabilidade de deparar-se com situações de terminalidade, o fisioterapeuta deve estar preparado para enfrentar tais ocorrências. Contudo, a falta de treinamento e conscientização sobre CP por parte dos profissionais da saúde se torna uma barreira para esse cuidado (OMS, 2017).

É necessário que fisioterapeuta e paciente revejam e formem suas próprias definições de vida e morte. Sendo que a impossibilidade de cura não significa a deterioração desta relação, mas o seu estreitamento, o que pode acarretar benefícios para ambos os lados (MARCUCCI, 2005).

Os eventos relacionados à dor da pessoa sem possibilidade de cura podem ser abordados por procedimentos de meios físicos, como, por exemplo, os métodos de relaxamento, eletrotérmicos e ortóticos (FLORENTINO et al., 2012). Quanto às questões de alívio psíquico, a Fisioterapia em CP pode contribuir mediante a comunicação aberta (MARCUCCI, 2005). Já a espiritualidade, pode auxiliar na construção de sentido de um “sofrimento” ligado à doença (MULLER; SCORTEGAGNA; MOUSSALLE, 2011).

Abordar a questão social também se faz importante, pois, é dever do fisioterapeuta e dos demais profissionais de saúde prover informações sobre os direitos dos usuários acometidos por doenças graves (BRASIL, 2011). Tais direitos são garantidos através de documentos como a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e da legislação brasileira, tais como: aposentadoria, auxílio-doença, isenção de imposto de renda na aposentadoria, transporte coletivo gratuito, transporte de medicamentos importados, quitação do financiamento da casa própria (BRASIL, 2011; SONOBE; BUETTO; ZAGO, 2011).

Logo, a importância de estudar a percepção dos fisioterapeutas que trabalham em CP é de disseminar conhecimentos alusivos a esta área para pessoas que se encontram nesta



situação, para aquelas que podem se deparar com a mesma e também para os profissionais da saúde, sobretudo, para os próprios fisioterapeutas. No campo da Fisioterapia, os CP são pouco abordados, bem como as necessidades de pacientes sem perspectiva de cura e o tema morte. Considerando que este profissional está suscetível a se deparar com tal campo, obter conhecimentos sobre este assunto norteará as tomadas de decisão e forma de abordagem em relação ao paciente em questão (MULLER; SCORTEGAGNA; MOUSSALLE, 2011).

Neste contexto, justifica-se estudar as concepções e práticas de fisioterapeutas buscando entender como estes concebem as ideias de cuidado ao desenvolverem sua atuação profissional em CP em uma Instituição Hospitalar Pública. Desse modo, este trabalho teve como objetivos(a) identificar as concepções de fisioterapeutas sobre a terminalidade, (b) esclarecer as abordagens destes profissionais da saúde frente à pessoa em CP e (c) analisar suas concepções e práticas sobre esse tipo de cuidado.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa consiste em um estudo observacional exploratório do tipo de casos (GOLDIM, 2000), na qual foram averiguadas as concepções e as práticas de fisioterapeutas em CP em uma Instituição Hospitalar Pública do Vale do Rio dos Sinos.

A pesquisa ocorreu em uma Instituição Hospitalar Pública, situada no Vale do Rio dos Sinos. Este Hospital possui uma equipe de 10 fisioterapeutas que trabalham de segunda à sexta, sendo que quatro fisioterapeutas atendem no turno da manhã, das 8h até às 13h, três atendem à tarde, das 13h às 18h, um das 15h até às 20h e um no turno da noite, das 18h até às 23h. Em fins de semana e feriados, dois fisioterapeutas atendem pela manhã e dois à tarde.

Este Hospital possui a Unidade de Cuidados Prolongados, onde, geralmente, são internados os pacientes em CP. Esta unidade possui 11 leitos para cuidados prolongados e quatro para CP, esses divididos em dois quartos com dois leitos cada (os quais são separados um do outro). Tal unidade conta com uma equipe de busca ativa composta por um médico, dois enfermeiros, um fisioterapeuta e um psicólogo. Quanto à frequência de internações de pacientes que necessitam de CP, esta depende da demanda do Hospital, o qual também dispõe de visita ampliada, ou seja, não há horário fechado para visitas, os familiares da pessoa que está em CP podem visitá-la a qualquer hora. O presente estudo teve como informante-chave o responsável técnico de Fisioterapia deste Hospital.

A fase exploratória do estudo deu-se através do contato presencial, sendo realizada com os fisioterapeutas presentes no local, após a autorização do fisioterapeuta responsável para realizar esta pesquisa.

Os critérios de inclusão para a realização do estudo foram: profissionais fisioterapeutas

que atenderam pacientes terminais, que realizaram atendimento nos turnos da manhã e/ou da tarde e que aceitaram participar da presente pesquisa. Estes foram selecionados com o auxílio do informante-chave, responsável técnico de Fisioterapia deste Hospital.

Com o intuito de identificar a percepção dos fisioterapeutas sobre os CP, foram utilizados como instrumentos de coleta de dados a observação participante em conjunto com a entrevista semiestruturada, sendo esta de modo individual.

A observação participante refere-se a uma situação de pesquisa, na qual, observador e observados, encontram-se numa relação face a face. O processo de coleta de dados ocorre no próprio ambiente dos observados (SERVA; JAIME JÚNIOR, 1995).

Na entrevista semiestruturada o entrevistador segue um roteiro que serve como um guia, com determinado número de questões principais e específicas de acordo com o tema que se quer trabalhar. Esse roteiro possui uma ordem prevista, mas é livre para incluir outras questões (ALONSO et al., 2016).

Foi entregue a cada participante da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para a compreensão e entendimento da proposta do estudo.

A observação participante foi realizada no período de nove de julho a 23 de julho de 2018, nos turnos da manhã e da tarde, durante o atendimento fisioterapêutico de quatro profissionais. As observações foram realizadas nas Unidades de Cuidados Prolongados (UCP), da Clínica I, da Sala de Recuperação, da Clínica Cirúrgica e de Cuidados Intermediários do Adulto (UCIA) do Hospital. Dessa forma, foi possível observar a realidade dos processos enfrentados por este público, de maneira a atentar para a forma como é conduzido o atendimento, como se dá a relação fisioterapeuta-paciente e como é a abordagem do fisioterapeuta com o paciente, a partir dos CP.

O instrumento seguinte foi a entrevista semiestruturada, na qual foram utilizadas como questões norteadoras: concepções sobre CP; relações do fisioterapeuta com paciente, familiares e equipe; indicação e contribuição da Fisioterapia para os CP; escolha e aprendizados do fisioterapeuta. Foi aplicada de modo individual a cinco fisioterapeutas incluindo o informante-chefe. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, de gravadas, a fim de obter os dados de cada indivíduo da pesquisa e investigar as concepções dos mesmos sobre CP.

O número de entrevistas e observações participantes foram encerrados através do critério de saturação, isto é, quando as informações obtidas não acrescentavam mais nada de novo (BAUER; GASKELL, 2008).

Os dados desta pesquisa foram categorizados e interpretados a partir da análise de conteúdo de Bardin (2009).

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisinos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa em seres humanos e aprovado pelo parecer número 2.748.092.

### 3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa sete fisioterapeutas, sendo um homem e seis mulheres (Tabela 1). Cinco deles foram entrevistados (os quais têm uma média de 33,6±6,8 anos; 10,56±7,7 anos de formação; e, aproximadamente, 2,6±1,7 anos de atuação em CP), e quatro observados (os quais têm uma média de 33±6,1 anos; 8,9±4,4 anos de formação; e, aproximadamente, 3,75±1,7 anos de atuação em CP). Com intuito de assegurar o anonimato, utilizaram-se outros nomes para identificar os fisioterapeutas.

Nome (fictício)	Idade (anos)	Tempo formado (anos)	Tempo atuação CP* (anos)	Experiência área CP*
Selma	27	4,6	2	Estudou CP na Especialização em SP**
Juliane	34	8	3	Atua frequentemente na UCP***
Romeu	44	23	4	Atua frequentemente na UTI**** e Emergência
Bete	35	12, 6	1,7	Atua esporadicamente
Ane	28	4,6	4	Atuou na oncologia de outro Hospital – Rotatividade do Hospital
Tania	30	8	7	Rotatividade do Hospital
Rafaela	41	15	4	Rotatividade do Hospital

Tabela 1- Apresentação dos participantes.

FONTE: Elaborado pela autora. (\*Cuidados Paliativos; \*\*Saúde Pública, \*\*\*Unidade de Cuidados Prolongados; \*\*\*\*Unidade de Terapia Intensiva)

Os dados coletados foram agrupados em três categorias: Concepções de fisioterapeutas sobre a terminalidade; Abordagens destes profissionais da saúde frente à pessoa em CP; Concepções e práticas sobre esse tipo de cuidado.

Em relação à categoria concepções de fisioterapeutas sobre terminalidade, verificou-se que a morte faz parte do processo natural da vida, porém essa carrega uma interpretação ainda cheia de valores e uma dimensão simbólica. (SILVA et al., 2013). Segundo Combinato e Queiroz (2006), para o ser humano ocidental moderno, a concepção de morte passou a ser sinônimo de fracasso, impotência e vergonha. Existe a tentativa de vencê-la de qualquer modo e, quando não se obtém sucesso, ela é escondida e negada. Logo, ao lidar com pacientes em estado terminal, ainda é, pelo alto nível de envolvimento pessoal e pela complexidade para todas as partes envolvidas, motivo de resistência ao ser abordado em nossa cultura.

*"[...] uma barreira na questão de gerar sofrimento pro profissional. Que ele pode se questionar que não tá fazendo certo, porque ele é formado pra cura, pra reabilitação, ele não é formado pra isso". (Selma, 27 anos).*

Como se observa, a morte pode ser vista como um obstáculo devido ao fato de gerar anseios nos fisioterapeutas. Em outras palavras, a morte possui um significado que é contrário ao que um profissional da saúde busca, portanto, pode gerar, na maioria das vezes, sentimentos de frustração, insegurança e incapacidade. Porém, esta visão não rompe com as possibilidades de cuidar e proporcionar dignidade e respeito ao paciente que está sofrendo. (KOVÁCS, 2008).

*"[...] eu desmaiei no primeiro óbito que eu vi [...] tanto que eu disse assim: eu nunca mais vou atuar nisso, não é pra mim". (Bete, 35 anos).*

Não obstante, mesmo com o fato de não estarem prontos para enfrentar a morte, todos os fisioterapeutas tinham a certeza de que, ao entrar em um ambiente hospitalar, teriam de lidar com a mesma.

Em contrapartida, um dos fisioterapeutas relatou que a morte em si não interfere negativamente no seu atendimento, pois possui a compreensão de que a mesma pode ser a única alternativa para acabar com o sofrimento de um paciente que não tem mais possibilidade de cura.

*"[...] eu acho que a gente não tem que ser egoísta a esse ponto de querer segurar, prolongar o sofrimento do outro, da pessoa que tá doente, pra ti te satisfazer [...] porque tu não quer ser responsável por deixar a pessoa partir, mas, tu não para pra pensar que no diaadia, naquele momento, a pessoa tá sofrendo. Ela tá com dor, não tá respirando direito, às vezes, ela não sabe nem quem ela é mais [...]". (Romeu, 44 anos).*

Tal relato coincide com a essência dos CP e com aquilo que buscam constantemente, que é compreender a morte como processo natural, respeitando a vida e a dignidade da pessoa sob tais cuidados. Para os profissionais da saúde, esses princípios se fazem primordiais. (SILVA; LIMA; SEIDL, 2017).

Quanto à terminalidade, os fisioterapeutas apresentaram opiniões distintas. Alguns conseguem compreender o seu significado e lidar de forma mais natural.

*"Terminalidade pra mim é [...] os momentos finais, mesmo, da vida [...] Hoje em dia, eu vejo a terminalidade com mais tranquilidade, a morte com mais tranquilidade, porque, querendo ou não, é uma certeza, a gente sabe que isso vai acontecer" (Selma, 27 anos).*

Em contrapartida, outros profissionais relataram que ao lidar com esta condição pode se tornar algo mais complexo, bem como a morte.

*"Eu acho que é bem pesado [...]. Tu sabe que um paciente tá partindo [...] Tu te imagina com um familiar teu ali no lugar [...]" (Juliane, 34 anos).*

A terminalidade pode exteriorizar conflitos que transcorrem a preservação da vida, o lidar com a morte e a promoção da dignidade humana. Por se tratarem de temas complexos, possuírem valores morais, também, devido à relação de cuidado com a pessoa sem possibilidades de cura, os profissionais podem vir a apresentar dificuldades ao lidar com a condição de terminalidade (SILVA; LIMA; SEIDL, 2017).

Segundo Muller, Scortegagna e Moussalle (2011), a concepção dos fisioterapeutas em relação aos pacientes terminais é de que os mesmos têm perfil psicológico bem variado, conversam e fazem confidências: contam sobre suas dificuldades, medos, ansiedades, há pacientes que conseguem se abrir, chorar, dizer que estão com medo da morte e outros sequer conseguem falar a palavra morte.

Tal fato concorda com os relatos dos fisioterapeutas entrevistados, pois, para eles, também há diferentes tipos de pacientes em CP, um nunca é igual ao outro. Existem aqueles que aceitam sua condição e compreendem que sua doença não possui mais cura e, dessa forma, organizam-se para passar por esse período da melhor forma possível. Observou-se também, que aquele paciente que possui suporte familiar e alguma crença ou religião tende a encarar melhor a impossibilidade de cura. Inversamente, existem pacientes que não aceitam tal situação devido ao medo de ir a óbito. Normalmente, estes possuem pendências em vida.

*"[...] tem paciente que aceita tranquilamente os cuidados paliativos, ele entende que a doença não tem mais cura, que aquilo vai levar ele ao sofrimento. E tem paciente que não aceita, que tem medo da morte [...] principalmente, quem tem uma pendência [...]". (Selma, 27 anos).*

Enfrentar a morte pode aprimorar o processo ao se buscar um senso de coerência e significado de vida. O ser humano necessita dar um sentido maior às coisas e à vida e se preocupa com algumas questões básicas: De onde vim? Por que estou aqui? Para onde vou? Há algo além da morte? Essas são questões centrais na experiência religiosa e espiritual (BERTACHINI; PESSINI, 2010).

*"Geralmente, quem tem um suporte familiar melhor e uma espiritualidade, entende melhor, aceita melhor do que aquele que não tem[...]" (Selma, 27 anos).*

Para aqueles que possuem uma fé religiosa, pode-se oferecer cuidados e respostas reconfortantes para tais questões existenciais. Já para os que não cultivam crenças religiosas, é possível promover conforto através da solidariedade e da compaixão, diminuindo medos associados à dor. Além de tratamentos farmacológicos, que visam aliviar a dor e tratar dos sintomas físicos desagradáveis, também é necessário buscar uma dimensão espiritual da existência humana. A dimensão da espiritualidade é fator de bem-estar, conforto, esperança e saúde (BERTACHINI; PESSINI, 2010).

Os profissionais relataram que aprendem muito ao atender em CP. Uma vez que

alguns pacientes mudam seus objetivos, seu modo de pensar e lidar com a vida, dando valor ao que mais importa naquele momento, deixando de lado o que é banal, fazendo com que os fisioterapeutas reflitam.

*“[...]a gente aprende muito com quem sabe que vai morrer. As pessoas mudam muito quando sabem que vão morrer[...]. Esse tipo [...] de relato de vida [...] é muito positivo. Eu acho que tu escutar o paciente [...] é tão benéfico pro paciente quanto pra ti” (Romeu, 44 anos).*

Em relação à categoria abordagens destes profissionais da saúde frente à pessoa em CP, verificou-se que trabalhar com estes cuidados pode gerar pontos de vista divergentes por parte dos fisioterapeutas, assim, ressalta-se que independente de suas percepções, os profissionais de Fisioterapia contribuem para a melhora da qualidade de vida dos pacientes sem possibilidade de cura através da redução das dores e sintomas e da promoção da independência funcional (MARCUCCI, 2005). Para isso, podem aplicar técnicas como cinesioterapia, a qual utiliza dos movimentos como forma de tratamento; a termoterapia, que causa aumento ou diminuição da temperatura de tecidos como processo terapêutico; a eletroterapia, que utiliza corrente elétrica para promover analgesia; e as órteses, como muletas, deambuladores, cadeiras adaptadas e coletes (FLORENTINO et al., 2012). Também, técnicas como terapias manuais para promover alívio dos sintomas psicofísicos; reabilitação de complicações linfáticas através da drenagem linfática. Ainda podem minimizar a fadiga por meio de exercícios aeróbios, melhorar a função pulmonar com exercícios respiratórios, evitar ou tratar úlceras de pressão e auxiliar nos aspectos neurológicos (MARCUCCI, 2005). Em CP, as condutas técnicas da Fisioterapia mais citadas pelos entrevistados foram: aspiração, exercícios respiratórios, posicionamento, mobilização.

*“Na questão, principalmente, da dor, contribui muito. A gente consegue aliviar a dor do paciente” (Selma, 27 anos).*

*“[...]Às vezes, pode ser só um detalhe de tu ir, virar a pessoa de lado [...] é um pouquinho que tu faz em cada dia, um pouquinho pra cada paciente diferente, mas, ao todo são várias coisas que podem ser feitas. Pra questão motora, pra questão respiratória e pra questão emocional, também [...]” (Ane, 28 anos).*

Todavia, como traz o relato de Ane, também há a questão emocional, uma vez que os CP compreendem uma abordagem humanizada e interprofissional pautada não só no controle e alívio da dor,mas na valorização da vida, na busca pela autonomia, no morrer como processo natural, na compaixão pelo doente e seus familiares,na prioridade do cuidado sobre a cura, na comunicação e espiritualidade, promovendo a manutenção de uma vida ativa enquanto ela durar (SILVA; SUDIGURSKY, 2008; ANCP, 2009).

*“[...] Às vezes, o sofrimento psíquico é muito maior do que o [...] físico [...] se definir as condutas de cuidados paliativos, antes de dizer que é [...]controle da*

*dor, dos sintomas, eu diria que é oferecer qualidade de vida [...] Porque, às vezes, o que tá tirando a qualidade de vida dele não é a dor, não é a dispneia, é algum sofrimento emocional".* (Selma, 27 anos).

Logo, o fisioterapeuta se torna uma escuta para os pacientes. É difícil não criar vínculo, pois o tempo de convivência, o toque e a situação possibilitam que haja uma relação mais afetiva (MULLER; SCORTEGAGNA; MOUSSALLE, 2011).

*"[...] A gente escuta muito os pacientes [...] Eu acho que nessa parte psicológica, emocional, a gente trabalha muito. Não tem como separar [...]".* (Juliane, 34 anos).

Nota-se que os fisioterapeutas utilizam a comunicação aberta com o paciente como meio fundamental para questões de alívio emocional. O que contribui para o consolo do sofrimento e controle dos sentimentos, desfazendo a sensação de abandono, um dos principais desprazeres enfrentados por eles. Isso se dá por meio da discussão do prognóstico e do tratamento, com respeito às diferenças culturais e espirituais. Destaca-se, ainda, que é possível ocorrer uma evolução em fim de vida: a esperança, um instinto humano, que auxilia na busca de melhores condições e satisfação (MARCUCCI, 2005).

Entretanto, no Hospital onde os entrevistados trabalham, com frequência ocorre a suspensão da Fisioterapia para aqueles pacientes que estão em CP. Em casos, nos quais a atuação da Fisioterapia pode vir a apresentar probabilidade de piora do quadro clínico, os profissionais adotam o princípio da não maleficência:

*"[...] Tu não vai mobilizar um pulmão que tá sangrando, tu não vai aspirar uma via aérea que tá instável".* (Romeu, 44 anos).

Diante disso, os fisioterapeutas consideram como objetivo evitar danos ao paciente, portanto, não indicam a Fisioterapia:

*"[...] tem que ser bem avaliado. Eu acho que a Fisioterapia é indicada até o momento em que tu tenha bom senso de saber que tu vai ajudar o paciente do que tu pode estragar aquele quadro, tu pode fazer a coisa errada [...]".* (Romeu, 44 anos).

Todavia, no que se refere indicar ou não a Fisioterapia, percebe-se que os fisioterapeutas apenas levam em consideração a abordagem técnica da profissão, deixando de lado a prática da humanização, da escuta. Visto que a filosofia da humanização no resgate da dignidade durante o processo da terminalidade é essencial. As mentes de profissionais devem estar abertas para compreenderem que quando não há o que fazer do ponto de vista técnico, ainda há do ponto de vista humano (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007).

Em relação à categoria concepções e práticas sobre esse tipo de cuidado, para os entrevistados, os CP tornam-se mais complexos devido ao uso de uma abordagem mais humanizada. Porém, compreendem que a vontade do paciente sempre deve ser priorizada e respeitada. E que técnicas mais elaboradas ou em maior número não denotam um

melhor atendimento. Deve-se compreender e atender as necessidades dos pacientes, considerando a qualidade dessas técnicas e não a quantidade (MULLER; SCORTEGAGNA; MOUSSALLE, 2011).

*“[...]eu consegui mudar o meu ponto de vista, de entender que a Fisioterapia não se resume a fazer um paciente evoluir e sair caminhando. Mas, essas pequenas coisas que tu vai lá e faz [...]que causam um conforto[...] pode ser muito mais benéfico [...]”* (Ane, 28 anos).

A compaixão é um importante sentimento em CP, esta traz como foco a história do paciente. Deve-se ouvir e responder de tal maneira às suas preocupações e angústias para que se sinta compreendido, auxiliando no processo de aceitação da sua condição de vida (BERTACHINI; PESSINI, 2010).

*“[...]não só na questão do conforto, na questão psíquica, na questão de saúde mental, do paciente entender o que ele tá vivendo [...] não deixar em segundo plano, pra ele entender o que tá acontecendo e poder viver a vida dele que nem ele gostaria [...] E não viver em função de um tratamento que no final tu vai acabar os teus últimos dias de vida, por exemplo, dentro de um Hospital”* (Selma, 27 anos).

Os CP contribuem também, de acordo com os fisioterapeutas, com a maior disponibilidade de visitas dos familiares e a autonomia do paciente.

*“[...]tu vai ter uma rotatividade e uma disponibilização de familiar muito mais frequente. O paciente sabe que ele tá ali, que ele pode pedir por um familiar e esse familiar vai poder entrar pra ver ele [...] é tudo diferente [...] O paciente, ele tem o poder de escolha [...]”* (Romeu, 44 anos).

Em CP, a família deve ser integrada ao tratamento, pois contribui para a manutenção do bem-estar da pessoa sem possibilidade de cura (LIMA; SILVA; SILVA, 2009).

Um princípio bioético que se faz presente neste tipo de cuidado é o respeito à autonomia do paciente. Tal princípio se sobressai como um dos valores centrais na busca de fundamentação desses cuidados e garantia da dignidade da pessoa sem possibilidade de cura (OLIVEIRA; SILVA, 2010; ABREU; FORTES, 2014).

Apesar de a autonomia defender as preferências do paciente, nem sempre estas são respeitadas (ABREU; FORTES, 2014). Assim, surge um paradoxo, ao mesmo tempo em que os entrevistados trazem como benefício maior disponibilidade de familiares, a presença destes pode acarretar dano à autonomia do paciente no que se refere a divergências de escolhas. Em alguns casos, a falta de lucidez do paciente interfere diretamente no seu poder de decisão, o que cede lugar à decisão dos familiares por ele. Relatou-se que tal fato é frequente e difícil de lidar, porém, considera-se a escolha do paciente, considera-se a morte digna.



*"[...]tu escutar do paciente uma coisa e a família vem e quer fazer outra.[...]São caminhos bem opostos[...]Mas, acho que o primordial é saber o que o paciente quer, é aquela coisa, é a morte digna[...]" (Romeu, 44 anos).*

Tal realidade vai de encontro com a literatura, pois a morte digna traz a noção de sentido não só ao paciente, mas à família também, tornando-se pacífica quando aceita por ambos (SAPORETTI et al., 2012). Também, surge outra contraposição: a valorização da opinião dos familiares nas decisões sobre o paciente, que reflete o fato de ser frequente este não estar em condições de exercer autonomia, torna-se determinante para representar valores e interesses da pessoa sem possibilidade de cura (ABREU; FORTES, 2014).

Conforme os participantes, o vínculo com a pessoa em CP fortalece a confiança, torna a relação mais significativa. Tal vínculo fornece ao profissional um aprendizado a cada paciente, a cada história. Além de bem-estar. Esse envolvimento proporciona um atendimento mais completo. Por outro lado, por ser uma relação mais proximal, de acordo com os fisioterapeutas, o sofrimento é maior quando ocorre a perda do paciente.

*"A gente acaba sofrendo mais [...]quando o paciente morre. Mas se tu cria um vínculo, pra ele confiar em ti é muito melhor... eu procuro [...]conhecer a história dele [...]então, eu converso muito[...]eu acho que essa relação é um aprendizado pra gente [...]a cada pessoa, um aprendizado diferente, uma história de vida diferente [...]" (Selma, 27 anos).*

Foi observado que quando se opta por estabelecer um canal de comunicação adequado com o paciente, desde o primeiro contato e durante o atendimento, o fisioterapeuta passa a participar da sua rotina. Tal abordagem o torna mais sensível e atento às necessidades da pessoa sem possibilidade de cura, contribuindo, assim, para minimizar a condição de vulnerabilidade desta (SILVA; LIMA; SEIDL, 2017).

Quanto à relação com os familiares, os profissionais apresentaram diferentes pontos de vista. Alguns deles afirmaram que se relacionar com o familiar é uma ação mais difícil ao ser comparada com a relação que se cria com a pessoa em CP. Isso se dá, devido ao tempo de convivência (estar junto ao paciente é mais frequente e, assim, mais fácil de criar o vínculo) e ao que o familiar julga ser melhor para o seu ente querido no momento do atendimento (podendo se tornar uma influência negativa ao paciente). Tal fato ocorre, de acordo com os fisioterapeutas, devido ao familiar não compreender as condições do seu parente. Assim como não perceber o benefício de um fisioterapeuta e acreditar que suas condutas apenas acarretarão sofrimento, ou, do contrário, que tudo, além do necessário, deve ser feito.

Porém, existe o familiar que influencia de forma positiva no atendimento, auxilia, conversa, compreende ou quer compreender, transformando essa relação em troca de experiências e confiança.

*"[...]É uma relação de troca mesmo. Eles confiam bastante na gente e a gente*

*precisa deles, também, durante o dia. Porque só o atendimento da gente é muito pouco” (Juliane, 34 anos).*

Ainda existem os familiares que levam para o lado espiritual ou utilizam uma crença. E conforme alguns dos entrevistados, tal fato, torna-se um suporte para enfrentar a situação do ente querido.

É essencial que o fisioterapeuta utilize a conversa como ferramenta para também se aproximar da família e conseguir esclarecer anseios, dificuldade se dúvidas presentes neste campo. Tornando-se mais fácil a criação do vínculo. Para este ser eficaz, é preciso que os profissionais sejam habilitados em comunicação terapêutica, bem como devem mudar o conceito de que a família “só atrapalha” ou que o cuidado é restrito à pessoa sem possibilidade de cura. O que, talvez, para os entrevistados, ainda seja um desafio em alguns casos (LIMA; SILVA; SILVA, 2009).

Em CP o principal intuito no apoio aos familiares é em ajudá-los a exercer a sua função cuidadora, a fim de que a participação no processo de perda que vivenciam seja realizada de modo mais saudável (REIGADA et al., 2014).

Segundo os participantes, há um número expressivo de pacientes que vem a óbito por, geralmente, chegarem ao Hospital com o curso da doença já bem avançado. Conforme alguns fisioterapeutas, sobre a notícia a ser comunicada para este e seus familiares, é um processo difícil e delicado. Qualquer um da equipe pode comunicar ao paciente sobre entrar em CP. Contudo, geralmente, os responsáveis por essa tarefa são a psicóloga ou o médico.

*“[...] Eu já acompanhei o médico algumas vezes, até porque eu queria ver como que é feito essa abordagem [...] querendo ou não, é uma notícia muito impactante, principalmente praquele paciente que vem tentando a cura [...]” (Selma, 27 anos).*

Os profissionais de saúde podem expressar dificuldades para realizar uma interação eficaz com paciente/familiares por falta de habilidade em comunicar-se de maneira simples e conforme as características dos ouvintes. Ou ainda, pelo medo de sobrecarregar o emocional ou atenuar esperanças destes com uma má notícia (ABREU; FORTES, 2014).

Existem formas de abordagem diferentes, é possível que o médico questione aos familiares se eles aceitam cessar as medidas curativas ou a própria equipe escolhe qual rumo tomar para o paciente, comunicando aos familiares sobre tal escolha. A segunda forma é defendida.

*“[...] Quem decide é a equipe, não é o familiar. Porque tu dar essa carga de decisão pode gerar um sofrimento [...] também, brigas entre os familiares [...] Tu foge do teu objetivo que é fornecer um conforto, o apoio [...] acaba trazendo mais angústia [...] porque o familiar pode se sentir culpado [...]” (Selma, 27 anos).*

Esse processo de a equipe escolher o melhor para o paciente, objetivando não trazer

essa carga de decisão somente para familiares e, conseqüentemente sentimento de culpa, conforme relatado pela fisioterapeuta Selma (27 anos), parece ser um progresso em relação à literatura buscada. Visto que a comunicação de notícias difíceis é uma das mais duras tarefas do profissional de saúde, já que os mesmos aprendem nas suas formações a buscar a cura e não a lidar com situações de perdas (SILVA; ARAÚJO, 2012). Entretanto, deve-se ter cuidado com o paternalismo na relação profissional-paciente, pois, o melhor para o paciente não é um saber exclusivo do profissional, mas o resultado da relação entre este, com o seu conhecimento, e o paciente e sua família, com suas características, preferências e crenças (FORTE, 2012).

Os entrevistados trazem que no Hospital, são realizados cursos de capacitação sobre CP. Porém, na percepção dos fisioterapeutas, há pouca adesão por parte dos profissionais da saúde, principalmente dos médicos e técnicos de enfermagem.

*"[...] por mais que seja um ganho, tem gente que não entende que aquela aula é um ganho. Pode parecer um fardo [...] estudo é sempre um ganho [...] a gente aprende tanto dando a aula, quanto recebendo. Então, sempre há um espaço de aprendizado" (Selma, 27 anos).*

Destaca-se que a participação destes profissionais nos cursos se mostra primordial, visto que, no passado, durante as graduações, em poucos momentos eram abordadas as necessidades dos pacientes terminais, a humanização no cuidado, bem como a terminalidade e a morte. Tal realidade, associada à falta de adesão, acarreta em profissionais que somente abordam o físico e desvalorizam o vínculo com o paciente (MARCUCCI, 2005).

Segundo os fisioterapeutas, a maioria se sente bem ao atender em CP. Ressaltam que sempre há o que oferecer por parte da Fisioterapia. E poder ofertar suporte para pacientes que, muitas vezes, são deixados de lado na visão de outros por não obterem a possibilidade de cura, se torna gratificante e positivo. O que contribui para o crescimento, principalmente mais humanista, destes profissionais.

*"[...] Contribui pro profissional que aprende a ser mais humano, aprende a ser mais gente e não tão mecanicista [...] Cuidado paliativo [...] ele precisa ser mais bem visto com esse olhar do que com olhar de que: Foi? Foi pra morrer. A gente tem que desmanchar essa ideia [...]" (Romeu, 44 anos).*

*"Tu fica mais sensível a ver o paciente mais integralmente. Tu vê o paciente, não a doença que o paciente tem [...]" (Juliane, 34 anos).*

Entretanto, um dos fisioterapeutas, por não possuir muito contato com o campo dos CP e possuir outra área de interesse, relatou não obter aprendizado com esses cuidados.

*"[...] eu atuo eventualmente nos cuidados paliativos. Não é minha área de atuação. Então, pra mim, não traz nada" (Bete, 35 anos).*

Tal realidade remete a um assunto muito relevante: a representação social do

fisioterapeuta em CP. Esta é uma forma de conhecimento prático que surge como um campo de diversas dimensões, as quais permitem o questionamento sobre a natureza do conhecimento e sobre a relação indivíduo-sociedade (SPINK, 1993).

Logo, compreender o que significa a atuação do fisioterapeuta associado ao CP, contribui para a valorização do estudo das representações sociais. E tal valor concebe um avanço, uma contribuição para o enriquecimento e aprofundamento dos conhecimentos sobre este assunto. Geralmente, a representação social do fisioterapeuta é centrada no físico. Sendo importante repensar sobre sua abordagem de modo mais amplo, considerando uma visão integral do indivíduo (FRANCO, 2004).

## 4 | CONCLUSÃO

Os fisioterapeutas apresentaram um conhecimento coerente em relação aos princípios dos Cuidados Paliativos (CP). É perceptível que estes profissionais possuem a capacidade de proporcionar um atendimento para a pessoa sem possibilidades de cura de uma maneira mais humanizada, levando em consideração o conforto e bem-estar do paciente. Também para a família, quando se estabelecem cuidados focados na compreensão da condição do seu ente querido, salvo algumas exceções. Alguns aspectos devem, ainda, ser mais bem desenvolvidos, como o que diz respeito à indicação da Fisioterapia no âmbito dos CP. Porém, é compreensível, por se tratar de uma área que trabalha com a impossibilidade de cura, isto é, com o processo de terminalidade, exigindo uma abordagem da pessoa em toda a sua integralidade gerando dificuldades no sentido de como se deve tratar o paciente. Destaca-se como principal barreira o fato de que os fisioterapeutas, em sua maioria, ainda exteriorizam conflitos em alusão ao processo de terminalidade, uma vez que não possuem preparação para lidar com tal condição. Bem como, para alguns, mesmo que as relações são dadas como boas e favoráveis (tanto com o paciente, quanto sua família) é necessário modificar a ideia sobre familiares que influenciam negativamente no atendimento através de um canal de comunicação mais aberto, de um vínculo e/ou uma abordagem por meio da espiritualidade.

Ressalta-se que a prática e a vivência neste campo possibilitaram aos fisioterapeutas uma visão que se fundamenta em uma abordagem que traz um fim digno à pessoa sem possibilidade de cura. Indo de encontro com a ideia de que, geralmente, essa área é vista com um olhar mais técnico, frio, mecânico e de que o sujeito em CP apenas aguarda pelo óbito. E, portanto, ao passar por esse âmbito, puderam construir esse olhar mais humanizado e holístico, o qual vai além do manejo da dor, com foco na pessoa e não na doença, considerando o desejo, a vontade da mesma. Contudo, houve exceções daqueles que não possuem CP como área de interesse, e, portanto, não buscam conhecimento e relatam não haver contribuição destes para o profissional.

Por fim, a educação permanente existente no Hospital possibilita aos profissionais de saúde, inclusive aos fisioterapeutas, um maior conhecimento sobre os CP, tal fato é positivo e favorável. Porém, ainda não há adesão por parte de muitos profissionais e, portanto, faz-se necessário buscar formas de despertar o interesse destes, inclusive fisioterapeutas.

## REFERÊNCIAS

ABREU, C. B. B. de; FORTES, P. A. de C. Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. **Revista bioética (Impressa)**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 299-308, 2014.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Sobre a ANCP: O que são cuidados paliativos?**. [S.l.], 2009.

ALONSO, A et al. **Métodos de pesquisa em Ciência Sociais**: Bloco Qualitativo. Sesc São Paulo/CEBRAP. São Paulo, 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo: edição revisada e actualizada**. Lisboa: Edições 70, 2009. Acesso em: 08 mai. 2018.

BARROS, M. B. de A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 911-926, Dez. 2006.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BERTACHINI, L.; PESSINI, L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. **Bioethikos – Centro Universitário São Camilo**, Brasília, v. 4, n. 3, p. 315-323, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília/DF, 2011. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/carta-dos-direitos-do-usuario>>. Acesso em: 19 de dezembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016**: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Brasília, 2017.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. de S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos psicologia**, Natal, v. 11, n. 2, p. 209-216, Ago. 2006.

FLORENTINO, D. de M. et al. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**, Rio de Janeiro, ano 11, abr/jun, 2012.

FORTE, D. N. Procedimentos sustentadores de vida em UTI. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de cuidados paliativos**: ampliado e atualizado. [s.l.]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

FRANCO, M. L. P. B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 34, n. 121, p. 169-186, abr. 2004.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 20 de julho de 2018.

GOLDIM, J.R.. **Manual de iniciação à pesquisa em Saúde**. 2ª ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013.

JEMAL, A. et al. American Cancer Society. **The Cancer Atlas**. 2. ed. Atlanta, GA, 2014.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

LIMA, A. C.; SILVA, J. A. de S.; SILVA, M. J. P. da. Profissionais da saúde, cuidados paliativos e família: revisão bibliográfica. **Cogitare Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 360-367, 2009.

MACHADO, K. D. G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. **Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, v. 1, n. 1, p. 34-42, 2007.

MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Londrina, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.

MULLER, A. M.; SCORTEGAGNA, D.; MOUSSALLE, L. D. Paciente oncológico em fase terminal: percepção e abordagem do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Porto Alegre, v. 57, n. 2, p. 207-215, 2011.

OLIVEIRA, A. C. de; SILVA, M. J. P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 212-217, Abr. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados Paliativos**. Nota descritiva. [s.l.], 2017.

SAPORETTI, L. A.; ANDRADE, L.; SACHS, M. de F. A.; GUIMARÃES, T. V. V. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de cuidados paliativos**: ampliado e atualizado. [s.l.]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

SERVA, M.; JAIME JÚNIOR, P. Observação Participante e Pesquisa em Administração: Uma postura antropológica. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.35, n.1, p. 64-79, 1995.

SILVA, C. G. et al. Doenças terminais, conhecimento essencial para o profissional da saúde. **Psicologia Argumento**, Joinville, v. 31, n. 72, p. 137-144, jan./mar., 2013.

SILVA, E. P. da; SUDIGURSKY, D. Conceptions about palliative care: literature review Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 504-508, 2008.

SILVA, L. F. A.; LIMA, M. G.; SEIDL, E. M. F. Conflitos bioéticos: atendimento fisioterapêutico domiciliar a pacientes em condição de terminalidade. **Revista bioética (Impressa)**, v. 25, n. 1, p. 148-157, 2017.

SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, M. M. T. Comunicação em Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, R. T. de; PARSONS, H. A. **Manual de cuidados paliativos**: ampliado e atualizado. [s.l.]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

SPINK, M. J. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, Set. 1993.

## **SOBRE AS ORGANIZADORAS**

**ADRIANA CIELO** - Fisioterapeuta e Mestre em Gerontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do grupo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher (NEPESM) da UFSM. Psicanalista em formação pelo Instituto de Psicanálise Humanista. Atua como fisioterapeuta no Espaço Terapêutico Inspire Pilates Santa Maria.

**LUANA FARIAS DOS SANTOS** - Fisioterapeuta e Mestre em Reabilitação Funcional pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do grupo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher (NEPESM) da UFSM.

**HEDIONEIA MARIA FOLETTTO PIVETTA** - Fisioterapeuta. Doutora em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Docente do Curso de Fisioterapia e Coordenadora do Núcleo de Estudo e Pesquisas em Saúde da Mulher (NEPESM) da UFSM.



# *Fisioterapia em Oncologia: Vivências na Formação Universitária*

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)



[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)



**GEPON**

GRUPO DE ESTUDOS  
E PESQUISA  
EM ONCOLOGIA  
E SAÚDE DOS GÊNEROS

**Atena**  
Editora

**Ano 2020**

# *Fisioterapia em Oncologia: Vivências na Formação Universitária*

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

@atenaeditora 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 



**GEPON**

GRUPO DE ESTUDOS  
E PESQUISA  
EM ONCOLOGIA  
E SAÚDE DOS GÊNEROS

**Atena**  
Editora

**Ano 2020**