



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

NATHANE RUIZ SCHINCARIOLI RODRIGUES

**Avaliação das atividades de vida diária em pacientes
com câncer de mama submetidas a tratamento
cirúrgico**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Campus de Botucatu, para obtenção do
título de Doutora em Ginecologia,
Obstetrícia e Mastologia

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Uemura

**Botucatu
2016**

Nathane Ruiz Schincarioli Rodrigues

Avaliação das atividades de vida diária em pacientes com câncer de mama submetidas a tratamento cirúrgico

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Uemura

Botucatu
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Rodrigues, Nathane Ruiz Schincarioli.

Avaliação das atividades de vida diária em pacientes com câncer de mama submetidas a tratamento cirúrgico / Nathane Ruiz Schincarioli Rodrigues. - Botucatu, 2016

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Gilberto Uemura

Capes: 40101150

1. Mamas - Câncer - Cirurgia. 2. Fisioterapia. 3. Cuidados Pós-Operatórios. 4. Cuidados Pré-Operatórios. 5. Qualidade de vida.

Palavras-chave: Atividade de vida diária; Cancer de mama; Fisioterapia oncológica; Pré e pós-operatório.

Nathane Ruiz Schincarioli Rodrigues

Avaliação das atividades de vida diária em pacientes com câncer de mama submetidas a tratamento cirúrgico

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Uemura

Comissão Examinadora

Prof. Dr. Gilberto Uemura
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Profa. Dra. Ana Carolina Monteiro Santini
Faculdade Marechal Rondon

Prof. Dr. Gabriel Negreti Guirado
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Prof. Dr. José Ricardo Paciência Rodrigues
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Profa. Dra. Fernanda Aparecida de Ornelas Massuia
Universidade Paulista-Bauru

*Dedicatória e
Agradecimento Especial
Agradecimentos*

***Dedico este trabalho ao meu
maior companheiro, e incentivador
de todas as horas, meu marido Rodrigo,***

***Aos meus maiores tesouros que Deus me deu,
meus filhos, Isabela e Rafael,***

***Ao meus pais,
minha amada e inesquecível Mãe Elenira
e meu pai, Luiz Roberto.***

AGRADECIMENTOS ESPECIAL

***Ao Prof. Dr. Gilberto, por confiar, acreditar e incentivar,
os meus mais sinceros e eterno, muito obrigada.***

***Ao Prof. Dr. José Ricardo, por inicialmente apoiar e acreditar em mim.
Ao senhor também, o meus mais sinceros muito obrigada.***

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pelo folego da vida, pelas saúde, condições físicas e intelectuais, a Ele a razão do meu viver e existir.

Ao meu marido Rodrigo, pelo amor, carinho e paciência durante toda essa caminhada.

A minha preciosa filha Isabela e meu precioso filho Rafael, minhas motivações para concluir esse trabalho.

A toda família Ruiz, Schincarioli e Rodrigues pela força e incentivo dado a mim todo esse tempo.

As pacientes que colaboraram e participar deste estudo, pessoas indispensáveis para o andamento e conclusão da pesquisa.

Aos alunos de medicina, Raquel e Antônio, pela responsabilidade, eficiência com que colaboraram no estudo.

As minhas grandes amigas do coração, Ana e Cristiane, unidas pela fisioterapia.

A doce professora Tamara Beres Lederer Goldberg, sempre muito gentil e pronta para ajudar.

A equipe de seção de pós-graduação pela eficiência no trabalho.

A equipe de residentes e enfermagem da enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia.

Aos funcionários do departamento de ginecologia, obstetrícia e mastologia, e ao estatístico Hélio.

A amiga Juliana Gadum, que me ajudou nos momentos mais complicados da tese.

E a todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho, muito obrigada.

Επιγραφή

Por tudo o que tens feito
Por tudo o que vais fazer
Por tuas promessas e tudo o que és
Eu quero te agradecer
Com todo o meu ser

Te agradeço, meu senhor
Te agradeço, meu senhor

Te agradeço por me libertar e salvar
Por ter morrido em meu lugar
Te agradeço
Jesus, te agradeço
Eu te agradeço
Te agradeço

Louvor composto por: Dennis Jernigan

Resumo e
Abstract

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a atividade de vida diária no momento pré e pós-operatório de pacientes com câncer de mama e tratadas por cirurgia. Métodos: Trata-se de um estudo prospectivo, de intervenção de pré e pós-operatório com 64 pacientes do sexo feminino com diagnóstico de câncer de mama (CM). Foi aplicado um questionário de atividade de vida diária (AVD) no momento do pré e pós-operatório, o questionário apresentou 10 questões e foi pontuado com escore. Para análise estatística, empregaram-se os testes Wilcoxon e Qui-Quadrado. Resultados: Pôde-se observar que as pacientes apresentaram diferenças significativas na aplicação do questionário no momento pós-operatório, quando comparadas ao pré-operatório nas seguintes perguntas: limpar a louça que sujou; lavar as roupas sujas da semana; deixar a casa limpa, arrumando a cama, lavando a louça do café, e passando um pano na casa; fazer uma faxina de esfregar as janelas e azulejos 1 vez por semana na sua casa; andar uns 200m se precisar ir à padaria, ponto de ônibus ou supermercado, subir um lance de escada com 15 degraus. Conclusão: Por meio desse instrumento padrão específico utilizado nesse estudo para se avaliar as AVD após o tratamento cirurgico da mama, concluímos que houve diferença na aplicação do questionário no momento do pós-operatório, observa-se a importância e necessidade da elaboração de um questionário de AVD que nos permite avaliar o potencial do estado funcional das pacientes, e suas habilidades de desenvolver as AVD no pós-operatório.

Palavras-Chave: Atividade de vida diária; Cancer de mama; Fisioterapia oncológica; Pré e pós-operatório.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the activity of daily living in the moment pre and postoperative patients with breast cancer and treated by surgery. Methods: This was a prospective study, intervention pre- and postoperatively with 64 female patients diagnosed with breast cancer (BC) . A questionnaire of daily living activity was applied (ADL) at the time of pre and postoperative , the questionnaire had 10 questions and was punctuated with scores . Statistical analysis employed in the Wilcoxon tests and Qui-square. Results: It might be understood that the patients showed significant differences in the questionnaire in the post- operative period compared to preoperative the following questions: clean the dishes that soiled ; wash the dirty clothes of the week; leave the house clean , making the bed , washing the dishes coffee , and passing a cloth in the house ; do some housekeeping to scrub the windows and tiles one day a week at his home ; walk about 200m if you need to go to the bakery , bus stop or supermarket , climb a flight of stairs with 15 steps. Conclusion: Through this specific standard instrument used in this study to evaluate the ADL after cirugico breast cancer treatment , we conclude that there were differences in the questionnaire at the time of the postoperative period , there is the importance and necessitade the preparation of a questionnaire ADL that perimite us to evaluate the potential of the functional status of patients and their ability to develop AVD postoperatively

Key words : Daily life activity; Breast cancer; Cancer therapy ; Pre- and postoperatively.

Lista de Gráficos

Lista de Tabelas

Lista de Abreviaturas

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Divisão em porcentagem as Abordagens Cirúrgicas	36
Gráfico 2 – Demonstra todas as questões que obteve resposta que NÃO faz por limitação física nos momentos pré e pós-operatório.	43
Gráfico 3 – Demonstra todas as questões que obteve resposta, SIM alguém faz, nos momentos pré e pós-operatório.....	43
Gráfico 4 – Demonstra todas as questões que obteve resposta SIM, nos momentos pré e pós-operatório	44
Gráfico 5 – Comparação lado da cirurgia e membro dominante.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil da amostra	37
Tabela 2 – Análise descritiva da questão 1	37
Tabela 3 – Análise descritiva da questão 2	38
Tabela 4 – Análise descritiva da questão 3	38
Tabela 5 – Análise descritiva da questão 4	39
Tabela 6 – Análise descritiva da questão 5	39
Tabela 7 – Análise descritiva da questão 6	40
Tabela 8 – Análise descritiva da questão 7	40
Tabela 9 – Análise descritiva da questão 8	41
Tabela 10 – Análise descritiva da questão 9	41
Tabela 11 – Análise descritiva da questão 10	42
Tabela 12 – Mediana e, comparação do escore nos momentos pré e pós-operatório	42
Tabela 13 – Cirurgia: lado dominante x lado cirúrgico	42
Tabela 14 – Escore final momento pré e pós-operatório	43

LISTA DE ABREVIATURAS

ASC	American Cancer Society
AOTA	American Occupational Therapy Association
AVD	Atividade de Vida Diária
ADM	Amplitude de Movimento
CM	Câncer de mama
INCA	Instituto Nacional do Câncer
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVO.....	26
3	MÉTODOS.....	28
4	PUBLICAÇÃO	30
5	CONCLUSÃO.....	53
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS.....	57
	ANEXOS	61
	Anexo I – Tipos de Câncer mais incidente estimados para o ano 2014, exeto câncer de pele não- melanoma, na população brasileira...62	
	Anexo II – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp.63	
	Anexo III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....64	
	Anexo IV – Questionário de atividade de vida diária Pré e Pós-Operatório	65

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Câncer de Mama

O câncer de mama (CM), indica altos e expressivos índices de mortalidade entre as mulheres, sendo o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre a população feminina (Anexo I). Na população mundial a sobrevida média após 5 anos da doença é de 61%. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), as estimativas de novos casos em 2016 é de 57.960. Embora seja considerado um tumor com bom prognóstico na maioria dos casos se diagnosticado e tratado a tempo, o CM ainda está associado a uma alta taxa de mortalidade, e várias barreiras no acesso ao diagnóstico e tratamento são identificadas para a maioria das mulheres que dependem do sistema público de saúde^{1,2,3}

Em alguns países desenvolvidos, como os Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Dinamarca, Holanda e Noruega, tem-se observado um aumento da incidência do CM, acompanhado de uma redução da mortalidade, fato associado à detecção precoce por meio da introdução da mamografia para rastreamento e à oferta de tratamento adequado. No Brasil, o aumento da incidência tem sido acompanhado do aumento da mortalidade, fato que pode ser seguido pelo diagnóstico tardio ^{2b}.

Prevenção

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda como principais estratégias de rastreamento populacional um exame mamográfico, pelo menos a cada dois anos, para mulheres de 50-69 anos de idade, e o exame clínico anual das mamas, para mulheres de 40-49 anos de idade. Para mulheres considerados grupos de risco para o CM, são, mulheres com história familiar de CM e parentes de primeiro grau, recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos de idade ².

Diagnóstico

O diagnóstico compõe-se das fases clínica, imagimológica e anatomopatológica, em relação ao diagnóstico por imagem são exames fundamentais, a mamografia e a ultrassonografia ⁶.

A ultrassonografia (US) é um método diagnóstico amplamente difundido em nosso meio, utilizado como adjuvante à mamografia em casos de achado clínico ou mamográfico anormal. Na presença de lesões mamográficas, a US auxilia não só a caracterização e coleta de biópsias, mas também é capaz de identificar lesões adicionais em mulheres com mamas densas ⁴.

Embora a ressonância magnética (RM) seja um teste de grande importância para a detecção do CM em pacientes com elevado risco familiar, entende-se que, atualmente, suas indicações permanecem limitadas, devido ao alto custo e dificuldade de acesso. Portanto, não é possível realizar a RM em todas as mulheres com mamas densas, além de não haver estudos sobre o impacto desse exame sobre a mortalidade por CM ⁴.

Fatores de Risco

Os principais fatores de risco relacionados ao CM são: sexo feminino, idade avançada, história família, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, idade da primeira gestação acima dos 30 anos, uso de terapia hormonal, exposição à radiação ionizante em altas doses e mutações do genes BRCA1 e BRCA2 ⁵.

A idade permanecer com um fatores de risco mais preocupante, Segundo a American Cancer Society (Surveillance Research, 2005), aos 30 anos de idades a probabilidade de desenvolver câncer nos próximos 10 anos é de 0,44% e aos 70 anos é de 4,14% ³².

Estratégias atuais anticâncer têm colaborado para o aumento da sobrevida de pacientes oncológicos, o câncer torna-se uma doença crônica ^{13,14}. Estudos apontam que as pacientes sobreviventes de CM são de elevado risco para outros cânceres, bem como para doenças cardiovasculares, diabetes e osteoporose, caracterizando uma população vulnerável ^{15,16}.

Sintomas

Os principais sintomas do CM são nódulo na mama e/ou axila fixo e geralmente indolor, pele da mama avermelhada, abaulamento ou retrações com aspecto de casca de laranja, alterações no mamilo, saída de líquido anormal do mamilo ³¹.

Tratamento

A paciente com CM deve ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar. As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são a cirúrgica e a radioterápica para o tratamento loco-regional e a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico ⁹.

Cirúrgico

O tratamento cirúrgico do CM modificou-se drasticamente nas últimas décadas ²⁸. A escolha da melhor abordagem cirúrgica, depende do estadiamento clínico, do tipo histológico, tipo e grau de experiência do cirurgião, tipo de serviço entre outros ^{9,18}

Sendo assim, pode-se optar por:

- **Cirurgia conservadora:** onde é realizada a ressecção de um segmento da mama com retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela, são elas:
¹⁸
 - setorectomia: retirada de um setor mamário
 - tumorectomia: é somente a retirado do tumor com margem de segurança.
 - quadrantectomia: retirada de um quadrante onde está localizado o tumor maligno
- **Cirurgia não-conservadora, são:** ⁹
 - Mastectomia simples ou total: retirada da mama com pele e complexo aréolo Papilar
 - Mastectomia radical modificada: com preservação de um ou dois músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar
 - Mastectomia radical: com retirada do(s) músculo(s) peitoral(is) acompanhada de linfadenectomia axilar

- **Oncoplastia**

- É a utilização de técnicas de cirurgia plástica para melhorar o aspecto estético da cirurgia mamária. Pode-se utilizar próteses mamária (em reconstrução imediata), técnicas de pedículo e retalhos miocutaneos. Quando necessário deve-se corrigir o aspecto estético da mama contralateral também utilizando técnicas acima citada ²⁹.

Radioterapia

Seu principal objetivo é destruir as células restante do pós-operatório ou minimizar o tamanho do tumor no pré-operatório. No período do pós-operatório, precisa ser aplicada em toda a mama ⁹. Aplica-se radiações invisíveis e indolores diariamente com a duração média de 15 minutos cada sessão, podendo variar, de 10 a 40 sessões ¹⁰.

Quimioterapia

É um tratamento sistêmico direcionado ao controle da doença, cujos medicamentos, na sua maioria são de aplicação endovenosa e distribuídos para todas as partes do organismo destruindo as células neoplásicas e impedindo sua proliferação. Pode ser administrada em conjunto com a cirurgia e a radioterapia ¹⁰.

Hormonioterapia

A hormonioterapia é indicada para pacientes com receptores hormonais positivos, como, estrógeno, progesterona ou ambos, sendo a paciente orientada a fazer o uso regular por 5 a 10 anos, na pré ou pós menopausa com receptor hormonal positivo, podendo estar associada ou não com a radioterapia ³⁰.

Fisioterapia X Atividades de Vida Diária

Atualmente, a fisioterapia está inserida no programa de reabilitação física no período pré e pós-operatório do CM, prevenindo complicações, promovendo recuperação funcional adequada e, dessa maneira, gera uma melhor qualidade de

vida para essas mulheres ²⁵. O fisioterapeuta oncológico surge como um profissional fundamental na equipe multidisciplinar, no processo de prevenção e reabilitação, tornando-se indispensável numa abordagem multidisciplinar, tendo em vista não unicamente a recuperação do câncer, mas também a reabilitação física total ²⁶. A fisioterapia tem uma atuação fundamental dentro da oncologia, não apenas de se atentar com o local afetado pelo câncer, mas com a repercussão do problema em todo o organismo do paciente. A principal meta da fisioterapia oncológica é mostrar ao paciente a necessidade de retomar as AVD e oferecer a ele condições para isso ²⁶. O tratamento fisioterapêutico se inicia, logo após o diagnóstico do CM, na tentativa de diminuir as sequelas e prevenir os problemas físicos, além de evitar a instalação de novas complicações que os pacientes poderá apresentar durante todas as fases do tratamento. O programa de fisioterapia deve ser aplicado nas fases pré- tratamento (diagnóstico e avaliação); durante o tratamento (quimioterapia, radioterapia, cirurgia, e hormônioterapia); após o tratamento (período de seguimento). Em cada fase, é imprescindível avaliar e identificar as limitações do paciente, os sintomas e suas causas, e o impacto desses nas AVD ²⁷. O tratamento adjuvante, a radioterapia, quimioterapia ou hormônioterapia, se sobrepõe às sequelas cirúrgicas, crescendo os riscos de complicações. A fisioterapia, iniciada precocemente, realiza uma importante ação na busca da prevenção das complicações adquiridas no tratamento do CM, favorecendo o retorno às AVD, e melhor qualidade de vida ²⁷.

Há alguns anos, a preocupação da equipe médica em relação ao câncer era a sobrevivência dos pacientes. Recentemente, o foco mudou, ou seja, a preocupação passou a ser qualidade de vida que o paciente terá durante e após o tratamento oncológico. A fisioterapia oncológica está sendo direcionada nesse sentido, tanto após uma cirurgia de câncer como durante todo o tratamento. Esse recurso pode ser utilizado em todos os casos, como nos de CM, tumores de cabeça e pescoço, além dos cânceres relacionados ao sistema músculo-esquelético ²².

Em uma avaliação fisioterapêutica, deve-se ter um instrumento teórico que conduz a prática. O desenvolvimento desse instrumento, permite o fisioterapeuta obter uma melhor compreensão do processo vivenciado pelo paciente, desde o início da doença até suas limitações funcionais ²³.

Um instrumento que permite avaliar a funcionalidade e AVD em uma avaliação e intervenção fisioterapêutica, pode-se traçar um perfil funcional para cada paciente ²⁴. Orientado por esse instrumento, o fisioterapeuta tem condições em apontar as

capacidades e as limitações e desenvolver um plano de tratamento centrado no paciente ²⁴.

Dentre as amplas possibilidades de ocupação humana, existem atividades que são comuns a diferentes épocas e culturas, e estão intimamente relacionadas à sobrevivência e automanutenção de pessoas e grupos: são as Atividades de Vida Diária (AVD). Entre as acepções usuais do termo, o conceito elaborado pela American Occupational Therapy Association – AOTA tem sido o mais utilizado na literatura, relacionando claramente as AVD ao cuidado com o próprio corpo ¹².

As AVD são utilizadas como parâmetro para determinar o estado funcional do indivíduo, e permite a descoberta, aprendizagem e domínio de novas habilidades ^{11, 20} como: tomar banho, vestir-se, andar, comer, preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, fazer compras e utilizar os meios de transporte ²¹.

Para o desenvolvimento normal das AVD é importante que a amplitude de movimento (ADM) mantenha-se conservada. Estudos comprovam que imobilização total do membro no pós-cirúrgico, é a responsável pelo aparecimento de fibrose, retrações e aderências, limitando a ADM e aumentando os riscos de outras complicações. Essas complicações podem ser evitadas com a adoção de um programa de exercícios de reabilitação iniciado o mais precocemente possível. A reabilitação física precoce de pacientes submetidas a cirurgia de câncer de mama tem como principal meta prevenir complicações que possam limitar a ADM do membro superior tratado ^{18,19}.

A literatura tem demonstrado a presença de morbidades no membro superior após o pós-operatório do CM, as mais citadas na literatura são redução da amplitude de movimento do ombro (ADM), diminuição na força de preensão, parestesia, fraqueza homolateral a cirurgia, dor e linfedema ^{7,8,4} outros autores descrevem que radioterapia também implica nessas morbidades no membro superior ¹⁷. Entre todas as comorbidades citadas, observou-se, que o linfedema sem dúvidas, é a principal complicação, devido a alta prevalência e repercussões na qualidade de vida das mulheres, afetando diretamente essas mulheres nas AVD ^{7,4}.

Visto a falta de um instrumento específico na literatura para pacientes com CM tratadas por cirurgia, e observando seus altos índices de comorbidade, nota-se a importância e necessidade da elaboração de um questionário de AVD que nos permite avaliar o potencial do estado funcional das pacientes, e suas habilidades de desenvolver as AVD no pós-operatório.

Justificativa

Estudos apontam que mulheres com CM tratadas por cirurgia, apresentam diversos comprometimentos físicos no período de pós-operatório. Esses comprometimentos interferem negativamente nas AVD e na qualidade de vida da mulher. Na literatura, avaliação das AVD nas pacientes em pós-operatório de CM são escassos, bem como mensurar o grau desses comprometimentos físico que as pacientes herdaram no período pós-operatório, justificando com isso a importância de uma avaliação das AVD antes e depois da cirurgia.

Objetivo

2 OBJETIVO

Avaliar a atividade de vida diária no pré e pós-operatório de pacientes com cancer de mama e tratadas por cirurgia.

Métodos

3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo, de intervenção de pré e pós-operatório. As pacientes eram todas mulheres com diagnóstico de CM, que foram tratadas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp. O estudo foi conduzido de fevereiro de 2014 a abril de 2015. Foram estabelecidos como critério de inclusão mulheres com diagnóstico de CM tratadas por cirurgia. Os critérios de não inclusão foi mulheres que apresentaram algum tipo de deficiência ou limitação física, alterações neurológica ou cognitiva, cirurgia prévia da mama, e recidiva do CM. Os critérios de exclusão, foram de mulheres que apresentaram algum tipo de intercorrência no período intra ou pós operatório que afete as AVD. As participantes foram recrutadas por meio de convite na enfermaria da mastologia um dia antes da cirurgia, após aceitar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo II), a pesquisadora aplicou um questionário de AVD no momento pré e pós-operatório, contendo 10 questões (Anexo III) o questionário apresentou um escore mínimo de 0 e máximo de 10, onde 0 pontuou as respostas que as pacientes não conseguiram realizar as AVD por uma limitação física, e 1 pontuou as respostas que as pacientes conseguiram realizar as AVD, após exatos 40 dias de pós-operatório as pacientes eram reentrevistadas por telefone e o questionário era aplicado novamente.

O cálculo amostral foi de no mínimo 40 pacientes, a casuística final foi de 64 pacientes. A pesquisadora pela coleta desconhecia a hipótese do estudo, os valores digitados na base, foram checados em todos os questionário, valores atípicos foram checados antes da análise.

Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, e confiabilidade dos dados, sem quaisquer prejuízos para elas. Foi solicitado que assinassem o TCLE, de acordo com a exigência da resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, com a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp com o parecer do protocolo CEP nº 4249/2012 (Anexo I).

Publicação

4 PUBLICAÇÃO

Avaliação das atividades de vida diária em pacientes com câncer de mama submetidas a tratamento cirúrgico

Evaluation of activities of daily living in patients with breast cancer undergoing surgery

Nathane Ruiz Schincarioli Rodrigues, Gilberto Uemura

Setor de Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a atividade de vida diária no momento pré e pós-operatório de pacientes com câncer de mama e tratadas por cirurgia. **Métodos:** Trata-se de um estudo prospectivo, de intervenção de pré e pós-operatório com 64 pacientes do sexo feminino com diagnóstico de câncer de mama (CM). Foi aplicado um questionário de atividade de vida diária (AVD) no momento do pré e pós-operatório, o questionário apresentou 10 questões e foi pontuado com escore. Para análise estatística, empregaram-se os testes Wilcoxon e Qui-Quadrado. **Resultados:** Pôde -se observar que as pacientes apresentaram diferenças significativas na aplicação do questionário no momento pós-operatório, quando comparadas ao pré-operatório nas seguintes perguntas: limpar a louça que sujou; lavar as roupas sujas da semana; deixar a casa limpa, arrumando a cama, lavando a louça do café, e passando um pano na casa; fazer uma faxina de esfregar as janelas e azulejos 1 vez por semana na sua casa; andar uns 200m se precisar ir à padaria, ponto de ônibus ou supermercado, subir um lance de escada com 15 degraus. **Conclusão:** Por meio desse instrumento padrão específico utilizado nesse estudo para se avaliar as AVD após o tratamento cirurgico da mama, concluímos que houve diferença na aplicação do questionário no momento do pós-operatório, observa-se a importância e necessidade da elaboração de um questionário de AVD que nos permite avaliar o potencial do estado funcional das pacientes, e suas habilidades de desenvolver as AVD no pós-operatório.

Palavras-Chave: Atividade de vida diária; Cancer de mama; Fisioterapia oncológica; Pré e pós-operatório.

Abstract

The objective of this study was to evaluate the activity of daily living in the moment pre and postoperative patients with breast cancer and treated by surgery. **Methods:** This was a prospective study, intervention pre- and postoperatively with 64 female patients diagnosed with breast cancer (BC) . A questionnaire of daily living activity was applied (ADL) at the time of pre and postoperative , the questionnaire had 10 questions and was punctuated with scores . Statistical analysis employed in the Wilcoxon tests and Qui-square. **Results:** It might be understood that the patients showed significant differences in the questionnaire in the post- operative period compared to preoperative the following questions: clean the dishes that soiled ; wash the dirty clothes of the week; leave the house clean , making the bed , washing the dishes coffee , and passing a cloth in the house ; do some housekeeping to scrub the windows and tiles one day a week at his home ; walk about 200m if you need to go to the bakery , bus stop or supermarket , climb a flight of stairs with 15 steps. **Conclusion:** Through this specific standard instrument used in this study to evaluate the ADL after cirugico breast cancer treatment , we conclude that there were differences in the questionnaire at the time of the postoperative period , there is the importance and necessitade the preparation of a questionnaire ADL that perimite us to evaluate the potential of the functional status of patients and their ability to develop AVD postoperatively

Key words : Daily life activity; Breast cancer; Cancer therapy ; Pre- and postoperatively.

Introdução

As doenças neoplásicas malignas representam um importante problema de saúde pública em todo o mundo. No Brasil, as estimativas de novos casos em 2016 é de 57.960. A detecção precoce do câncer de mama (CM) é um fator imprescindível para a eficácia do tratamento e para maior sobrevivência das mulheres acometidas. No entanto, no Brasil, em mais da metade dos casos, seu diagnóstico ainda é feito em estádios avançados ^{1,2,3}. A etiologia do CM ainda é desconhecida, porém, segundo Jurberg *et al.*⁵ e Maruyama *et al.*⁶ a população, num contexto geral, está muito exposta aos fatores de risco que podem gerar o câncer, tais como: fumo, vida sedentária, dieta rica em gorduras e pobre em frutas e vegetais, alguns vírus como o da Hepatite B, Papiloma Vírus (HPV) e fatores genéticos.

Em decorrência do tratamento do CM, várias complicações têm sido relatadas decorrentes da cirurgia, dentre elas o comprometimento nas atividades de vida diária (AVD) ⁴.

O linfedema é a complicação de maior morbidade, e seus efeitos adversos afetam diretamente nas AVD das pacientes ¹⁸.

As AVD são utilizadas como parâmetro para determinar o estado funcional do indivíduo, e permite a descoberta, aprendizagem e domínio de novas habilidades ^{9,7} como: tomar banho, vestir-se, andar, comer, preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, fazer compras e utilizar os meios de transporte ⁸.

Atualmente, a fisioterapia está inserida no programa de reabilitação física no período pré e pós-operatório do CM, prevenindo complicações, promovendo recuperação funcional adequada e, dessa maneira, gera uma melhor qualidade de vida para essas mulheres. O fisioterapeuta oncológico surge como um profissional fundamental na equipe multidisciplinar, no processo de prevenção e reabilitação, tornando-se indispensável numa abordagem multidisciplinar, tendo em vista não unicamente a recuperação do câncer, mas também a reabilitação física total. A principal meta da fisioterapia oncológica é mostrar ao paciente a necessidade de retomar as AVD e oferecer a ele condições para isso ³⁷.

Visto a falta de um instrumento específico na literatura para pacientes com CM tratadas por cirurgia, e observando seus altos índices de comorbidade, nota-se a importância e necessidade da elaboração de um questionário de AVD que nos permite

avaliar o potencial do estado funcional das pacientes, e suas habilidades de desenvolver as AVD no pós-operatório.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo avaliar as Atividades de vida diária no pré e pós-operatório de pacientes com câncer de mama e tratadas por cirurgia.

Métodos

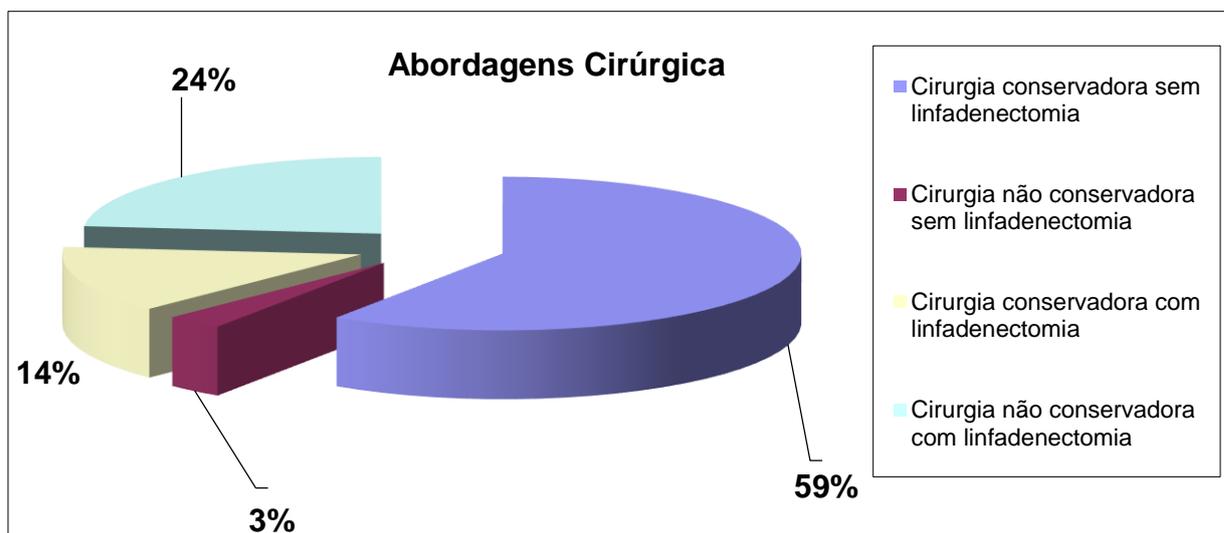
Trata-se de um estudo prospectivo, de intervenção de pré e pós-operatório. As pacientes eram todas mulheres com diagnóstico de CM, que foram tratadas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp. O estudo foi conduzido de fevereiro de 2014 a abril de 2015. Foram estabelecidos como critério de inclusão mulheres com diagnóstico de CM tratadas por cirurgia. Os critérios de não inclusão foi mulheres que apresentaram algum tipo de deficiência ou limitação física, alterações neurológica ou cognitiva, cirurgia prévia da mama, e recidiva do CM. Os critérios de exclusão, foram de mulheres que apresentaram algum tipo de intercorrência no período intra ou pós operatório que afete as AVD. As participantes foram recrutadas por meio de convite na enfermaria da mastologia um dia antes da cirurgia, após aceitar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo II), a pesquisadora aplicou um questionário de AVD no momento pré e pós-operatório, contendo 10 questões (Anexo III) o questionário apresentou um escore mínimo de 0 e máximo de 10, onde 0 pontuou as respostas que as pacientes não conseguiria realizar as AVD por uma limitação física, e 1 pontuou as respostas que as pacientes conseguiria realizar as AVD, após exatos 40 dias de pós-operatório as pacientes eram reentrevistadas por telefone e o questionário era aplicado novamente.

O cálculo amostral foi de no mínimo 40 pacientes, a casuística final foi de 64 pacientes. A pesquisadora pela coleta desconhecia a hipótese do estudo, os valores digitados na base, foram checados em todos os questionário, valores atípicos foram checados antes da análise.

Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, e confiabilidade dos dados, sem quaisquer prejuízos para elas. Foi solicitado que assinassem o TCLE, de acordo com a exigência da resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, com a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da

Faculdade de Medicina de Botucatu- Unesp com o parecer do protocolo CEP nº 4249/2012 (Anexo I).

Gráfico 1 – Divisão em porcentagem as Abordagens Cirúrgicas



Resultados

A característica das participantes incluídas no estudo estão resumidas na tabela 1. A idade mínima foi de 31 anos, a máxima de 94 anos, tendo a mediana de 56 anos.

Cirurgias realizadas no lado direito corresponde a 53.1%, lado esquerdo 40.6%, cirurgia bilateral 6.3%. (Tabela 1)

Da tabela 2 a tabela 11 contém a análise descritiva individual de cada questão nos momentos pré e pós-operatório, porcentagens das respostas, e apresenta a pontuação do escore no pré e pós-operatório.

Em relação ao lado da cirurgia e membro dominante estão descritos na Tabela 12.

Cirurgias no membro direito, lado dominante direito apresentou o maior número de pacientes, tendo valor significativo ($p < 0,001$), cirurgia no membro esquerdo, lado dominante direito, também houve valor significativo ($p < 0,001$) (gráfico 5).

Correlação do membro operado com lado dominante, descrito na tabela 13.

Na tabela 14, apresenta a pontuação do escore no pré e pós-operatório. Observou-se que houve diferença significativa entre os períodos, sendo pontuados no

pré-operatório a mediana do escore de 10 tendo o mínimo escore de 6 e máximo de 10. No pós-operatório, percebeu-se queda no escore, tendo a mediana do escore 8, o escore mínimo de 2 e o máximo de 10.

Gráficos 2, 3 e 4 apresentam todas as questões que obtiveram respostas sim, sim alguém faz e não por limitação física nos momentos pré e pós-operatório.

Tabela 1 – Perfil da amostra (n=64)

Variável	Nº / %
Idade (anos)	56(31-94)
Lado da Cirurgia	
Direito	34(53,1%)
Esquerdo	26(40,6%)
Bilateral	4(6,3%)

Tabela 2 – Análise descritiva da questão 1

Questão 1

Nº de indivíduos e porcentagem da resposta

Hoje você conseguiria preparar as refeições como café da manhã, almoço e janta para você?			
	PRÉ	PÓS	p
Não, limitação física	0 (0,0)	7 (10,9)	---
Sim, alguém faz	4 (6,2)	8 (12,5)	0,1452
Sim	60 (93,8)	49 (76,6)	0,1876
	64	64	

Teste qui-quadrado ($p < 0,05$).

Tabela 3 – Análise descritiva da questão 2**Questão 2**

Nº de indivíduos e porcentagem da resposta

Hoje você conseguiria, se alimentar sozinha?			
	PRÉ	PÓS	p
Não, limitação física	0 (0,0)	2 (3,1)	---
Sim, alguém faz	0 (0,0)	0 (0,0)	---
Sim	64 (100,0)	62 (96,9)	0,8252
	64	64	

Teste qui-quadrado ($p < 0,05$).**Tabela 4 – Análise descritiva da questão 3****Questão 3**

Nº de indivíduos e porcentagem da resposta

Hoje você conseguiria limpar a louça que sujou?			
	PRÉ	PÓS	p
Não, limitação física	0 (0,0)	6 (9,4)	---
Sim, alguém faz	0 (0,0)	10 (15,6)	<0,0001
Sim	64 (100,0)	48 (75,0)	0,0588
	64	64	

Teste qui-quadrado ($p < 0,05$).

Tabela 5 – Análise descritiva da questão 4**Questão 4**

Nº de indivíduos e porcentagem da resposta

Hoje você conseguiria vestir-se sozinha?			
	PRÉ	PÓS	p
Não, limitação física	0 (0,0)	5 (7,8)	---
Sim, alguém faz	0 (0,0)	0 (0,0)	---
Sim	64 (100,0)	59 (92,2)	0,5737
	64	64	

Teste qui-quadrado ($p < 0,05$).**Tabela 6 – Análise descritiva da questão 5****Questão 5**

Nº de indivíduos e porcentagem da resposta

Hoje você conseguiria tomar banho sozinha?			
	PRÉ	PÓS	p
Não, limitação física	0 (0,0)	3 (4,7)	---
Sim, alguém faz	0 (0,0)	0 (0,0)	---
Sim	64 (100,0)	61 (95,3)	0,7366
	64	64	

Teste qui-quadrado ($p < 0,05$).

Tabela 7 – Análise descritiva da questão 6**Questão 6**

Nº de indivíduos e porcentagem da resposta

Hoje você conseguiria lavar as suas roupas sujas da semana?			
	PRÉ	PÓS	p
Não, limitação física	2 (3,1)	25 (39,0)	<0,0001
Não, alguém faz	2 (3,1)	12 (18,8)	0,0008
Sim, no tanquinho	29 (45,3)	5 (7,8)	<0,0001
Sim, na máquina	27 (42,2)	22 (34,4)	0,3728
Sim, na mão	4 (6,3)	0 (0,0)	---
	64	64	

Teste qui-quadrado ($p < 0,05$).**Tabela 8 – Análise descritiva da questão 7****Questão 7**

Nº de indivíduos e porcentagem da resposta

Hoje, você conseguiria deixar sua casa limpa, arrumando sua cama, lavando a louça do café, e passando um pano na casa?			
	PRÉ	PÓS	p
Não, limitação física	2 (3,1)	28 (43,8)	<0,001
Sim, alguém faz	4 (6,2)	9 (14,0)	0,0827
Sim	58 (90,7)	27 (42,2)	<0,001
	64	64	

Teste qui-quadrado ($p < 0,05$).

Tabela 9 – Análise descritiva da questão 8**Questão 8**

Nº de indivíduos e porcentagem da resposta

Hoje você conseguiria fazer uma faxina de esfregar as janelas e azulejos 1 vez por semana na sua casa?			
	PRÉ	PÓS	p
Não, limitação física	17 (26,6)	54 (84,4)	<0,001
Sim, alguém faz	10 (15,6)	10 (15,6)	1,000
Sim	37 (57,8)	0 (0,0)	<0,001
	64	64	

Teste qui-quadrado ($p < 0,05$).**Tabela 10 – Análise descritiva da questão 9****Questão 9**

Nº de indivíduos e porcentagem da resposta

Hoje você conseguiria andar uns 200m se precisar ir à padaria, ponto de ônibus ou supermercado?			
	PRÉ	PÓS	p
Não, limitação física	1 (1,6)	5 (7,8)	0,0348
Sim	63 (98,4)	59 (92,2)	0,6534
	64	64	

Teste qui-quadrado ($p < 0,05$).

Tabela 11 – Análise descritiva da questão 10**Questão 10**

Nº de indivíduos e porcentagem da resposta

Hoje, você conseguiria subir um lance de escada com 15 degraus?			
	PRÉ	PÓS	p
Não, limitação física	2 (3,1)	12 (18,8)	0,0008
Sim	62 (96,9)	52 (81,2)	0,2394
	64	64	

Teste qui-quadrado ($p < 0,05$).**Tabela 12 – Mediana e, comparação do escore nos momentos pré e pós-operatório.**

Lado	Pré	Pós	p
Direito	10 (8-10)	8(3-10)	<0,001
Esquerdo	10(6-10)	8(2-10)	<0,001
Bilateral	10(10-10)	9(8-9)	0,059

Teste Wilcoxon ($p < 0,05$).**Tabela 13 – Cirurgia: lado dominante x lado cirúrgico**

Mediana, percentis 25 e 75%

	Nº	Pré	Pós	p
Cirurgia mesmo lado dominante	28	10 [10-10]	7 [6-9]	<0,001
Cirurgia lado oposto dominante	31	10 [9-10]	9 [7-9]	<0,001
Cirurgia bilateral os lados	5	10 [9,8-10]	9 [8,5-9,2]	0,250

Teste Wilcoxon ($p < 0,05$).

Tabela 14 – Escore final momento pré e pós-operatório

	Pré	Pós	p(1)
EAVD	10(6-10)	8(2-10)	<0,001

Teste Wilcoxon ($p < 0,05$).

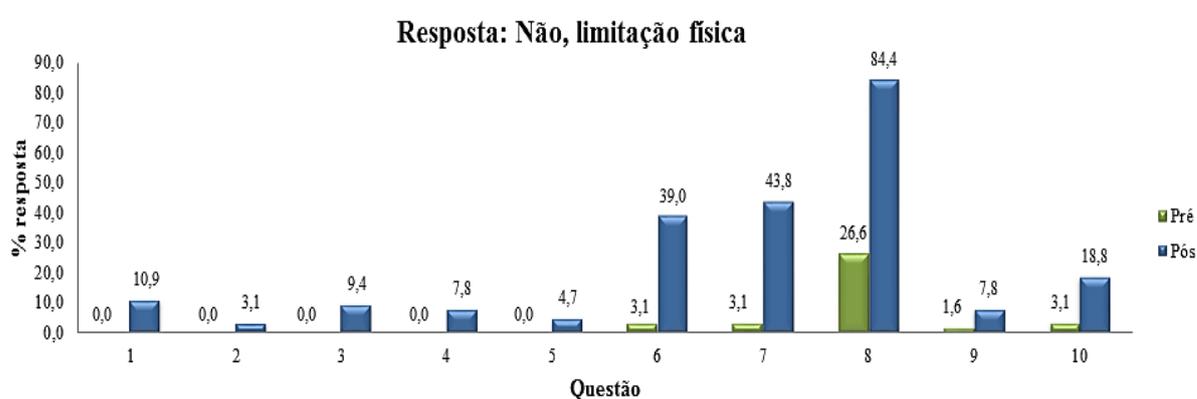
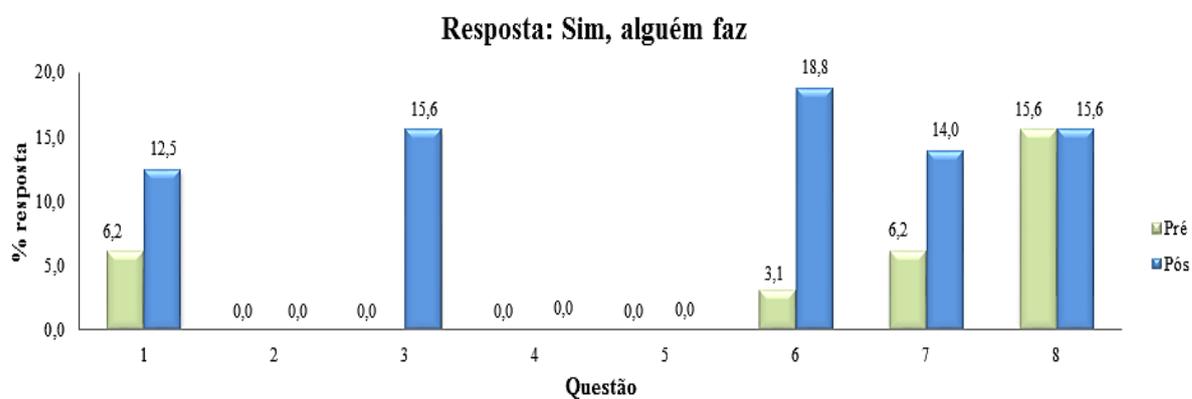
Gráfico 2 – Demonstra todas as questões que obteve resposta que **NÃO** faz por limitação física nos momentos pré e pós-operatório.**Gráfico 3 –** Demonstra todas as questões que obteve resposta, **SIM** alguém faz, nos momentos pré e pós-operatório

Gráfico 4 – Demonstra todas as questões que obteve resposta **SIM**, nos momentos pré e pós-operatório

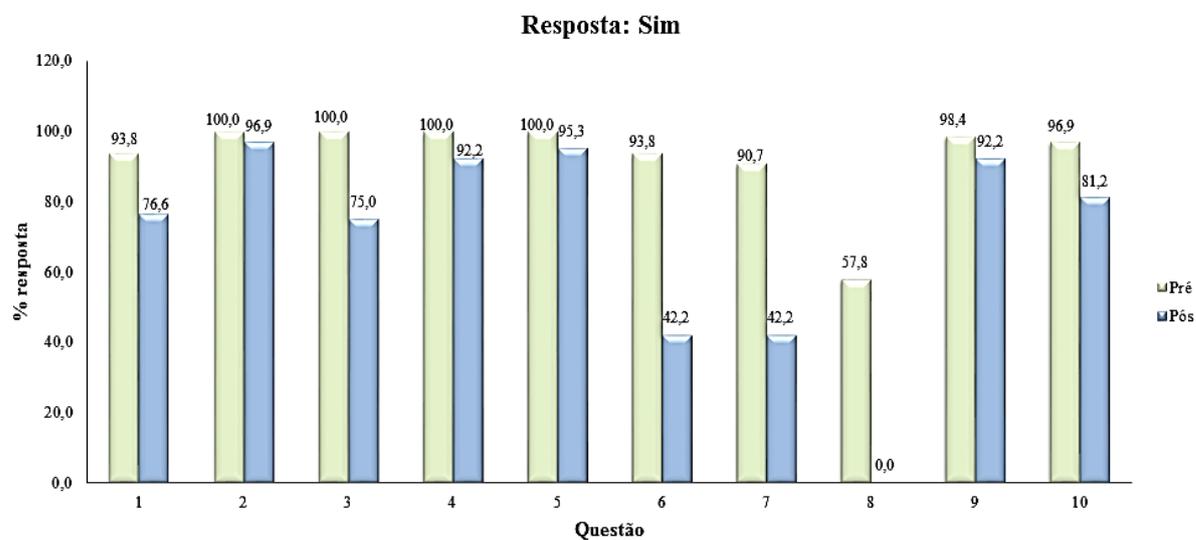


Gráfico 5 – Comparação lado da cirurgia e membro dominante



Análise Estatística

Foi realizada análise descritiva em número e porcentagem de resposta para apresentação dos resultados obtidos em cada questão do questionário aplicado. Para comparação entre os escores obtidos pré e pós cirurgia, pelas pacientes entrevistadas, foi realizado o teste não paramétrico de Wilcoxon com 5% de nível de significância ($P < 0,05$). As proporções de respostas das pacientes pré e pós-operatório, foram comparados pelo teste qui-quadrado. O programa utilizado foi o sigmastat 3.5.

Discussão

No presente estudo, as pacientes apresentaram um comprometimento das AVD no período pós-operatório quando comparados ao momento pré-operatório. Esses resultados estão em concordância com outros estudos que apontam as características funcionais de pacientes diagnosticadas com CM e o impacto decorrente do tratamento e da instalação de complicações^{10,11,12,13,14,15,16}. Entre os fatores associados ao prejuízo na funcionalidade, previamente descritos, estão a idade e a ocorrência de complicações decorrentes do tratamento, como o linfedema, a restrição na ADM, comprometendo as AVD, as alterações sensitivas e a dor^{11,17,14,15,16}. As complicações do tratamento, determinam deficiência na funcionalidade do membro superior afetado e, conseqüentemente, na capacidade de desenvolver AVD^{11,17}. Em um estudo, observaram que embora vistas num período tardio, a pacientes com CM submetidas a tratamento cirúrgico, apresentam uma pior funcionalidade, assim, dificultando as AVD^{13,17}. Nogueira 2005²⁰, descreve que 70% das cirurgias de CM, estão relacionados a complicações, especialmente, quando associada a radioterapia¹⁹. Kärki et al. 2005²¹, analisaram que, mulheres após cirurgia de CM, desenvolve dores, no pescoço e ombro, apresentando incapacidades nos membros superiores, limitando-as na execução das AVD.

A literatura descreve ter pequenas variações nos graus de liberdade da articulação do ombro, nos movimentos de flexão (170° a 180°), extensão (50° a 60°) e abdução (180°). Contudo, alguns fatores levam a maiores alterações dessas amplitudes, por exemplo, a diminuição significativa da ADM de ombro em mulheres em pós-operatório de CM, em particular, nos movimentos de flexão, abdução do ombro homolateral a cirurgia^{22,23,24}. Lopes et al. 2009²⁵ observou uma diminuição

notável da ADM em mulheres com CM que passaram por tratamento cirúrgico, todos os movimentos testados comparando ombro homolateral ao membro contralateral houve a diminuição da ADM.

O comprometimento da ADM pode originar-se por diversos fatores, os músculos peitorais, no ato cirúrgico, podem ser estirados, retirados ou traumatizados, conduzindo contraturas induzidas pela dor. A radioterapia pode causar, fibrose do tendão e da bainha muscular, com conseqüente tensões musculares e limitação da ADM^{26,27,28}. Um estudo observou as mulheres que são submetidas ao tratamento de radioterapia, não apresentam boa resposta da função do ombro após tratamento de fisioterapia.²⁹ Em concordância com o estudo citado acima, o estudo de Rietman *et al* 2003^{9,14,15} se assemelham muito, os resultados mostraram que houve limitação dos movimentos de flexão, abdução e rotação externa, na realização das AVD às seis semanas da cirurgia. No entanto, os autores não apresentaram análise estatística comparando as características funcionais pré e pós-operatório. Da mesma forma, no estudo de Langer *et al* 2007.³¹ os achados foram de 3,5% da sua amostra com limitação de ADM, após 31 meses de pós-operatório. Não há citação de quais movimentos apresentou limitação. Todas as pacientes receberam radioterapia apenas na mama. Lopes 2009²⁵, concluiu em seu estudo que houve redução da ADM e de todos os movimentos do ombro, das mulheres com CM submetidas a tratamento cirúrgico, contudo, esses achados envolve diretamente essas mulheres nas agilidades das AVD.

Autores descrevem que metade das mulheres submetidas à linfadenectomia associada a mastectomia ou quadrantectomia por CM apresentam limitação de pelo menos um movimento do ombro após 18 meses de cirurgia, Entretanto, o autor cita que o principal fator limitante é a modificação da cavidade axilar, que tem um importante desempenho na função articular²³. Por outro lado, Nagel *et al* 2001³³. apresentou em seus resultados uma restrição do movimento do ombro em apenas 24% das mulheres submetidas à linfadenectomia axilar. No estudo referente à morbidez física e psicológica após dissecação de nódulo linfático axilar decorrente de CM, a ADM do ombro foi afetada em 73% das mulheres, sendo um dos fatores prejudiciais associados significativamente à AVD, qualidade de vida e saúde mental²³.

Bergmann 2004³⁴, constatou-se que as restrições funcionais foi apresentada em todas as pacientes do estudo. Notou-se uma acentuada perda funcional do

membro superior após o tratamento cirúrgico quando relataram sobre atividades funcionais. As pacientes indicaram grandes dificuldades para realizar AVD como tomar banho (91.67%), vestir uma calça ou uma blusa (83.33%), pentear ou prender o cabelo (50%), arrumar a cama (50%), amarrar o sapato (41.67%), pegar um objeto no alto (41.67%), entre outras dificuldades menos relatadas ³⁴.

Como confirma Bottarro 2003 ³⁵, as pacientes sofrem deficiências funcionais que limitam de realizar suas AVD. Das mulheres avaliadas 91.67% mostraram estar limitadas em realizar suas AVD e suas atividades no trabalho. Estudos mostram que as limitações funcionais surgiram em todas as pacientes, mas as pacientes apresentaram uma rápida retomada às AVD e atividades ocupacionais depois de terem participado da intervenção da fisioterapia oncológica precoce ^{35,36}. As pacientes que resistem ao CM, lutam para viver, com o desejo de suas vidas serem o mínimo possível alterada pela doença e pelo tratamento. Sabe-se que as pacientes apresentam várias limitações funcionais que não permitem a realização das AVD. As melhores expectativas muitas vezes se deparam para o fisioterapeuta devido as proximidade terapeuta-paciente ³⁵.

Em um estudo, descreveram as pacientes que foram submetidas a fisioterapia no período de pós-operatório, obtiveram um ganho expressivamente maior da ADM quando comparada com as pacientes que não participaram da fisioterapia. Notou-se que as médias de flexão e abdução do ombro foram próximas de 150° após seis semanas de fisioterapia. Estes autores acreditam que a movimentação livre após a cirurgia de CM poderá proporcionar maior bem estar à mulher no pós-operatório, menos medo dos movimentos espontâneos, retorno mais rápido às AVD, respeitando seus limites de dor, e maior rapidez na sua integração social ³².

A fisioterapia precoce, auxilia na prevenção das complicações do pós-operatório ainda em ambiente hospitalar, e reabilita as pacientes mais cedo para as realizações das AVD ³⁷.

Foi possível observar em vários estudos na literatura, as descrições das complicações e limitações funcionais, dentre elas, o comprometimento das AVD que as pacientes com CM e tratadas por cirurgia apresentam no momento do pós-operatório, limitação pela qual, se não tratadas, deixará claramente, essas pacientes de ter uma boa qualidade de vida.

Conclusão

Por meio desse instrumento padrão específico utilizado nesse estudo para se avaliar as AVD após o tratamento cirurgico da mama, concluímos que as seguintes atividades produziram resultados significativos:

- Limpar a louça que sujou
- Lavar as suas roupas sujas da semana
- Deixar a casa limpa, arrumando a cama, lavando a louça do café, e passando um pano na casa
- Fazer uma faxina de esfregar as janelas e azulejos 1 vez por semana na sua casa
- Andar uns 200m se precisar ir à padaria, ponto de ônibus ou supermercado
- Subir um lance de escada com 15 degraus

Considerações finais

Não há um instrumento padrão e específico validado na literatura para se avaliar as AVD após o tratamento cirúrgico do CM. Essas pacientes, apresentaram várias limitações físicas, e nesse estudo observou uma diminuição das AVD no momento do pós- operatório, quando comparado ao momento pré-operatório, estudos citados no trabalho, descrevem que as AVD é uma das consequência mais afetadas no período de pós-operatório, contudo sendo imprescindível uma avaliação pré e pós-operatória das AVD, identificar os principais grupos de músculos acometidos, para poder tratar o mais rápido possível, e poder oferecer uma melhor qualidade de vida para essas pacientes.

Referencias Bibliográficas

1. Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de 2. câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(11):656-60.
2. Rezende MCR, Koch HA, Figueredo JA, Thuler LCS. Causas 3. 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. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(2):75-81.
3. Instituto Nacional do Câncer. Acesso <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama> dia 30 de Junho de 2015
4. Langer 4. I, Guller U, Berclaz G, Koechli OR, Schaer G, Fehr MK, et al. Morbidity of sentinel lymph node biopsy (SLN) alone versus SLN and completion axillary lymph node dissection after breast cancer surgery: a prospective Swiss multicenter study on 659 patients. *Ann Surg.* 2007;245(3):452-61.
5. Juberg C, Gouveia ME, Belisário C. Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2006;52:139-146.
6. Maruyama SAT, Costa ALC, Espírito Santo EAR, Bellato R, Pereira W. O corpo e a cultura como o lócus do câncer. *Cogitare Enfermagem (UFPR)* 2006;11:171-175.
7. Dias EG. Atividades avançadas de vida diária no envelhecimento: um estudo de revisão. São Paulo [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2009.
8. Costa EFA, Porto CC, Almeida JC, Cipullo JP, Martin JFV. Semiologia do idoso. In: Porto CC. *Semiologia médica.* 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.165-197
9. Kielhofner G. *Model of human occupation: theory and application.* 4th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
10. Braithwaite D, Satariano WA, Sternfeld B, Hiatt RA, Ganz PA, Herlikowshe K, et al. Long-term prognostic role of functional limitations among women with breast cancer. **Journal of the National Cancer Institute** v. 102, n. 19, p. 1468-77, 6 out. 2010
11. Devoogdt N, Van Kampen M, Christianes MR, Troosters T, Piot W, Beets N, et al. Short- and long-term recovery of upper limb function after axillary lymph node dissection. *European journal of cancer care*, v. 20, n. 1, p. 77-86, jan. 2011.

12. Harrington S, Padua D, Battaglini C, Michener LA, Giuliani C, Myers J, et al. Comparison of shoulder flexibility, strength, and function between breast cancer survivors and healthy participants. **Journal of cancer survivorship**, v. 5, n. 2, p. 167-74, jun. 2011
13. Sagen A, **Karesen R, Sandvik L, Risberg M**, et al. Changes in arm morbidities and health-related quality of life after breast cancer surgery - a five-year follow-up study. **Acta oncologica**, v.48, n. 8, p. 1111-8, jan. 2009.
14. Park JE, Jang HJ, SeoKS, Quality of life, upper extremity function and the effect of lymphedema treatment in breast cancer related lymphedema patients. *Annals of rehabilitation medicine*, v. 36, n. 2, p. 240-7, abr. 2012.
15. Smoot B, Wong J, Cooper B, Wanek L, Topp K, Byl N, et al. Upper extremity impairments in women with or without lymphedema following breast cancer treatment. *Journal of cancer survivorship*, v. 4, n. 2, p. 167-78, jun. 2010.
16. Velloso FSB, Barra AA, DIAS RC, 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. 146-53, 2011.
17. Hack TF, Kwan WB, Thomas-Maclean RL, Towers A, Miedema B, Tilley A, Chateau D. Predictors of arm morbidity following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, v. 12, n. January, p. 1205-1212, 2010.
18. Soran A, D'angelo G, Begovic M, et al. Breast cancer-related lymphedema – what are the significant predictors and how they affect the severity of lymphdema? *Breast J.* 2006;12:536-43.
19. Prado MAS, Mamede MV, Almeida AM, Clapis MJ. A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12(3):494-502.
20. Nogueira PVG, Guirro ECO, Guirro RRJ, Palauro VA. Efeitos da facilitação neuromuscular proprioceptiva na performance funcional de mulheres mastectomizadas. *Fisioterapia Brasil*, v. 6, n. 1, p. 28-35, 2005.
21. Karki A, Simonen R, Malkia E, Selfel J. Impairments, activity limitations and participation restrictions 6 and 12 months after breast câncer operation. *J. Rehabil. Med.* v. 37, p. 180-188, 2005.
22. Kendall FP, McCreary EK, Provance PG.. *Músculos: provas e funções*. 5. ed. São Paulo: Manole, 2007.
23. Baraúna MA, Canto RST, Schulz E, Ruiz AVS, Silva CDC, Veras MTS. et al. Avaliação da amplitude de movimento do ombro em mulheres mastectomizadas pela biofotogrametria computadorizada. *Rev. Bras. Cancerol.* v.50, n. 1, p. 27-31, 2004

24. Marinho A C N, Macedo A A. Análise da amplitude de movimento do ombro de mulheres mastectomizadas submetidas a um programa de exercícios e alongamentos musculares. *Fisioterapia Brasil*, v. 7, n. 1, p. 30-35, 2006.
25. Lopes LS, Martinelli AR, Gomes PRL, Carmo EM, Fregonesi CEPT. Avaliação do complexo do ombro em mulheres submetidas à intervenção cirúrgica para tratamento de câncer de mama. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 13, n. 2, p. 81-88, maio/ago. 2009.
26. Kim SM, Park, J. Normal and abnormal US findings at the mastectomy site. *Radiographics*, v. 24, p. 357-365, 2004.
27. Henscher U. *Fisioterapia em ginecologia*. São Paulo: Santos, 2007
28. Gomide LB, Matheus JPC, Reis FJC. Morbidity after breast cancer treatment and physiotherapeutic performance. *Int. J. Clin. Pract.* v. 61, n. 6, p. 972-982, 2007.
29. Laurisen MC, Christiansen P, Hesselov IB. The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: A randomized study. *Acta Oncológica*, v. 44, p. 449-457, 2005.
30. Rietman JS, Dijkstra PU, Geertzen JHB, Baas P, Vries J, Dolsma W, et al. Short-term morbidity of the upper limb after sentinel lymph node biopsy or axillary lymph node dissection for stage I or II breast carcinoma. *Cancer*. 2003;98(4):690-6
31. Langer I, Guller U, Berclaz G, Koechli O, Schaer G, Fehr MK, et al. Morbidity of sentinel lymph node biopsy (SLN) alone versus SLN and completion axillary lymph node dissection after breast cancer surgery - a prospective Swiss multicenter study of 659 patients. *Ann Surg*.2007;245(3):452-60.
32. Cabello C, Silva MPP, Derchain SFM, Rezende L, Matinez EZ. Movimento do ombro pós-cirurgia por carcinoma invasor da mama: estudo randomizado prospectivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90° no pósoperatório. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, vol. 26, n.2, mar, 2004.
33. Nagel GC, Schmidt S, Strauss BM, Katenkamp D. Quality of life in breast cancer patients: a cluster analytic approach: Empirically derived subgroups of the EORTC-QLQ BR 2- a clinically oriented assessment. *Breast Cancer Research and Treatment*, Dordrecht, v.68, n.1, p.75-87, jul. 2001.
34. Bergmann A, Koifman RJ, Koifman S, Mattos I.E. Morbidade após o tratamento para Câncer de mama. *Fisioterapia Brasil*, vol.1, n.2, p.101-108, nov/dez, 2004.

35. Bottaro M, Ferro ADM, Gontijo ADM, Viana J. Os efeitos do tratamento fisioterapêutico na biomecânica morfofuncional no pós-operatório do câncer de mama. Tese de Pós-graduação Lato-Sensu em Fisiologia do exercício e Avaliação-Morfofuncional Universidade Gama Filho, 2003.
36. Braz MM, Costa T, Marcelino DR. Atuação da fisioterapia em uma pacientes submetida a tumorectomia. Fisioterapia Brasil, vol.4, n.3, p. 227-229, mai/jun, 2003.
37. Magno RBC. Bases Reabilitativas de Fisioterapia no Câncer de mama, Monografia de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Fisioterapia da Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2009.

Conclusão

5 CONCLUSÃO

Por meio desse instrumento padrão específico utilizado nesse estudo para se avaliar as AVD após o tratamento cirurgico da mama, concluímos que as seguintes atividades produziram resultados significativos:

- Limpar a louça que sujou no dia
- Lavar as suas roupas sujas da semana
- Deixar a casa limpa, arrumando a cama, lavando a louça do café, e passando um pano na casa
- Fazer uma faxina de esfregar as janelas e azulejos 1 vez por semana na sua casa
- Andar uns 200m se precisar ir à padaria, ponto de ônibus ou supermercado
- Subir um lance de escada com 15 degraus

Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há um instrumento padrão e específico validado na literatura para se avaliar as AVD após o tratamento cirúrgico do CM. Essas pacientes, apresentaram várias limitações físicas, e nesse estudo observou uma diminuição das AVD no momento do pós-operatório, quando comparado ao momento pré-operatório, estudos citados no trabalho, descrevem que as AVD é uma das consequência mais afetadas no período de pós-operatório, contudo sendo imprescindível uma avaliação pré e pós-operatória das AVD, identificar os principais grupos de músculos acometidos, para poder tratar o mais rápido possível, e poder oferecer uma melhor qualidade de vida para essas pacientes.

Referências

REFERÊNCIAS

1. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin.* 2010;60(5):277-300.
2. Instituto Nacional do Câncer. Acesso <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama> dia 30 de Junho de 2015
- 2b. INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: Inca 2011. 118p.
3. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. 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.
4. Hayes, S., Johansson, K., Stout, N., Prosnitz, R., Armer, J., Gabram, S., Schmitz, K. Upper body morbidity following breast cancer: Incidence and evidence for evaluation, prevention and management within a prospective surveillance model of care. *Cancer*,118(8), 2237-2249, 2012.
5. American Cancer Society (internet) Breast cancer facts & figures 2013-2014 [cited 2015 Ago 11]. Available from: <http://www.cancer.org/acs/>
6. Souza FH, Wendland EM, Rosa MI, Polanczyk CA. Is full-field digital mammography more accurate than screen-film mammography in overall population screening? A systematic review and meta-analysis. *Breast*. Mar 11 2013.
7. Paiva DM F, Prevalência de linfedema em mulheres submetidas a tratamento para o câncer de mama em instituição de referência no município de Juiz de Fora/MG.2011.111f. Dissertação (Mestrado em Saúde)–Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.
8. Harris SR, Schmitz KH, Campbell KL, McNeely ML. Clinical practice guidelines for breast cancer rehabilitation: syntheses of guideline recommendations and qualitative appraisals. *Cancer*, Hoboken, 2012 Apr 15;118(8 Suppl):2312-24. doi: 10.1002/cncr.27461.
9. Ministério da Saúde: Controle do câncer de mama - documento de consenso, abril de 2004
10. Maughan K L, Lutterbie MA, Ham PS, Treatment of Breast Cancer. *American Family Physician*, v. 81, n. 11, p. 1339-1346, 2010.

11. Kielhofner G, Forsyth K, Suman M, Kramer J, Thomas-Nakamura H., Yamada T. A, et al. Self-reports: eliciting client's perspectives. In: Kielhofner G. Model of Human Occupation: theory and application. 4th.ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 237-261.

12. AOTA – American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process 2nd edition. Am J Occup Ther. 2008;62(6):625-83.

doi:10.5014/ajot.62.6.625

13. Ganz PA. Survivorship: Adult Cancer Survivors. Prim Care Clin Office Pract. 2009;36:721-41.

14. Geiger S, Lange V, Suhl P, Heinemann V, Stemmler HJ. Anticancer therapy induced cardiotoxicity: review of the literature. Anticancer Drugs. 2010;21:578-90.

15. Rao AV, Demark-Wahnefried W. The older cancer survivor. Crit Rev Oncol Hematol. 2006;60:131-43

16. Mosher CE, Sloane R, Morey MC, Snyder DC, Cohen HJ, Miler PE, et al. Association between lifestyle factors and quality of life among older long-term breast, prostate, and colorectal cancer survivors. Cancer. 2009;115:4001-9

17. Oliveira MMF. Eficácia da fisioterapia realizada durante a radioterapia na prevenção de complicações loco-regionais em mulheres em tratamento por câncer de mama: ensaio clínico controlado. Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 101, fev. 2008.

18. Camargo MC, Marx AG. Reabilitação Física no Câncer de mama. Roca, 2000.

19. Bendz I, Fagevik Olsén M, Evaluation of immediate versus delayed shoulder exercises after breast cancer surgery including lymph node dissection – a randomised controlled trial. Breast 2002, 11(3):241-8

20. Dias EG. Atividades avançadas de vida diária no envelhecimento: um estudo de revisão. São Paulo [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2009.

21. Costa EFA, Porto CC, Almeida JC, Cipullo JP, Martin JFV. Semiologia do idoso. In: Porto CC. Semiologia médica. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.165-197

22. OLIVEIRA, M. M. F. et al. Upper limbs exercises during radiotherapy for breast cancer and quality of life. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 133-138, mar. 2010.

23. Sampaio RF, Mancini MC, Fonseca ST. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. *Rev Bras Fisioterapia* 2002; 6(3): 113-118
24. Sampaio RF, Mancini MC, Fonseca ST. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. *Rev Bras Fisioterapia* 2002; 6(3): 113-118.
- 24 B. 2. Organização Mundial de Saúde. Icidh-2: Internacional classification of functioning and disability. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1999
25. Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica*, 2003; 10 (1): 29-31.
26. Magno RBC. BASES REABILITATIVAS DE FISIOTERAPIA NO CÂNCER DE MAMA [trabalho de conclusão de curso] Rio de Janeiro. Universidade Veiga de almeida.,2009.
27. Bergmann A, Koifman RJ, Koifman S, Mattos IE. Morbidade após o tratamento para Câncer de mama. **Fisioterapia Brasil**, vol.1, n.2, p.101-108, nov/dez, 2004.
28. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347:1227-32.
29. Schwartz GF, Veronesi U, Clough KB, Dixon JM, Fentiman IS, HeywangKöbrunner SH, et al. Consensus conference on breast conservation. *J Am Coll Surg* 2006;203:198-207.
30. Buzaid A, Cutait R. Manual prático de oncologia clínica do Hospital Sírio Libanês. 6. ed. São Paulo: Dendrix, 2008. v. 1. 638 p.
31. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Vol 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006
32. Surveillance Researcha, American Cancer Society, 2005

Anexos

ANEXOS

Anexo I – Tipos de Câncer mais incidente estimados para o ano 2014, exceto câncer de pele não- melanoma, na população brasileira

Distribuição proporcional dos principais tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 para o sexo feminino, exceto pele não melanoma



Câncer colo do útero 15.590 novos casos diagnosticados
Câncer de mama 57.120 em 2014 no Brasil



Anexo II – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp.

**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 04 de junho de 2012

Of. 280/2012

Ilustríssima Senhora
Prof^ª. Dr^ª. Eliana Aguiar Petri Nahas
Departamento de Ginecologia e Radioterapia da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr^ª. Eliana,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4249-2012) Avaliação das atividades de vida diária em pacientes com câncer de mama submetidas a tratamento cirúrgico, a ser conduzido por Nathane Ruiz Schincarioli Rodrigues, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 04/06/2012.

Situação do Projeto: APROVADO. Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Anexo III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, Nathane Ruiz Schincarioli Rodrigues, fisioterapeuta, sob a orientação do Prof. Dr. Gilberto Uemura, docente do departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, seremos responsáveis pela execução deste projeto a ser realizado nessa Instituição, e convindo você a fazer parte dele.

Esse estudo que você está sendo convidado tem como objetivo saber se as atividades de vida diária se modificam após 40 dias do pós-operatório das pacientes com câncer de mama. Você terá que responder um questionário um dia antes da cirurgia, quando já estiver internada, e outro depois de 40 dias da cirurgia, eu entrarei em contato com você por telefone. O questionário terá duração por volta de 3 minutos. O documento será elaborado em 2 vias, uma ficará com o pesquisador e outra com você.

Sua identidade e as informações colhidas serão mantidas em sigilo e você terá a liberdade de não participar do estudo, não comprometendo seu acompanhamento no serviço. Os dados estarão disponíveis somente aos pesquisadores e à entidade envolvida.

Eu, _____, portador do RG _____, estado civil _____, profissão _____, concordo voluntariamente em participar dos procedimentos de avaliação, os quais fui devidamente esclarecido.

Data...../...../..... _____

Participante

- Em caso de dúvidas, entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa pelo

telefone. 3811.61.43

Nathane R.S. Rodrigues
R: Abílio Dorine, 381
Jd. Flamboyant
Botucatu-SP

Prof. Dr. Gilberto Uemura
Departamento de Ginecologia e
Obstetrícia HC da Faculdade de
Medicina de Botucatu- Unesp
Telefone: (14) 3811 65 28

Anexo IV – Questionário de atividade de vida diária Pré e Pós-Operatório**Paciente:**.....**Data**...../...../..... **RG:**.....**Idade:**.....**Cirurgia:**.....**Tefenones**.....

1. Hoje, você conseguiria, preparar as refeições como café da manhã, almoço e janta para você?

() Sim Para quantas pessoas: ()

() Não – () Falta de capacidade física () Tem quem faça por você

2. Hoje, você conseguiria, se alimentar sozinha?

() Sim

() Não – () Falta de capacidade física

3. Hoje, você conseguiria, limpar a louça que você sujou?

() Sim

() Não – () Falta de capacidade física () Tem quem faça por você

4. Hoje, você conseguiria, vesti-se sozinha?

() Sim

() Não – () Falta de capacidade física

5. Hoje, você conseguiria tomar banho sozinha?

() Sim

() Não – () Falta de capacidade física

6. Hoje, você conseguiria, lavar as suas roupas sujas da semana?

() Sim - () Tanquinho () Máquina de lavar () a mão

Para quantas pessoas: ()

() Não – () Falta de capacidade física () Tem quem faça por você

7. Hoje, você conseguiria, deixar sua casa limpa, arrumando sua cama, lavando a louça do café e passando uma pano na casa?

() Sim

() Não – () Falta de capacidade física () Tem quem faça por você

8. Hoje, você conseguiria, fazer uma faxina de esfregar as janelas e azulejo 1 vez por semana na sua casa ?

() Sim

() Não – () Falta de capacidade física () Tem quem faça por você

9. Hoje, você conseguiria, andar uns 200m se precisar ir à padaria, ponto de ônibus ou supermercado?

() Sim

() Não – () Falta de capacidade física

10. Hoje, você conseguiria subir um lance de escada com 15 degraus?

() Sim

() Não – () Falta de capacidade física