

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
PRÓ-REITORIA DE ENSINO
CÂMPUS DE ERECHIM
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

CAROLINE LUÍSA GALLINA

**AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE E DOR NO OMBRO DE MULHERES
ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA DE UM GRUPO DE APOIO ÀS
PESSOAS PORTADORAS DE CÂNCER DA CIDADE DE ARATIBA/RS**

ERECHIM – RS

2019

CAROLINE LUÍSA GALLINA

**AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE E DOR NO OMBRO DE MULHERES
ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA DE UM GRUPO DE APOIO ÀS
PESSOAS PORTADORAS DE CÂNCER DA CIDADE DE ARATIBA/RS**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do grau de Fisioterapeuta,
Departamento de Ciências da Saúde da
Universidade Regional Integrada do
Alto Uruguai e das Missões – Câmpus
de Erechim.**

**Orientadora: Ma. Caren Piccoli
Maronesi**

Co-Orientadora: Ma. Zequiela C. Russi

ERECHIM – RS

2019

CAROLINE LUÍSA GALLINA

**AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE E DOR NO OMBRO DE MULHERES
ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA DE UM GRUPO DE APOIO ÀS
PESSOAS PORTADORAS DE CÂNCER DA CIDADE DE ARATIBA/RS**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do grau de Fisioterapeuta,
Departamento de Ciências da Saúde da
Universidade Regional Integrada do
Alto Uruguai e das Missões – Câmpus
de Erechim.**

Erechim, 02 de Dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ma. Caren Tais Piccoli Maronesi
URI Erechim

Prof. Dra. Márcia Bairros de Castro
URI Erechim

Prof. Ma. Zequiela Russi
URI Erechim

AGRADECIMENTO

Agradeço à Deus pela vida, por ter me proporcionado chegar até aqui, pela proteção, por estar sempre ao meu lado, guiando e iluminando os meus passos para o melhor caminho, por ouvir minhas orações e nunca, em nenhum momento me deixar desistir.

À minha família que sempre esteve presente, nos momentos de alegria e de tristeza, que nunca mediram esforços para chegar até aqui, em especial aos meus pais e meu irmão que são meu suporte. Meu carinho, respeito e toda admiração por vocês. Vocês são os melhores. Amo vocês com todo o meu coração.

À minha vó Alma, que me presenteou com a primeira mensalidade da faculdade, e sempre buscou me ajudar quando necessário.

Ao meu namorado que entrou no final dessa jornada, mas que suportou e aguentou os momentos de stress, aflição e angústia. Sempre me incentivando e me fazendo crescer pessoal e profissionalmente. Obrigada pela paciência. Obrigada por tudo.

À minha excelentíssima cunhada, que me ajudou e me auxiliou na parte estatística e gráfica. Sem você não teria saído estes belos gráficos. Obrigada de coração.

Ao meu grupo de estágio, Maria e Carlos, obrigada por todo crescimento profissional e pessoal que tivemos juntos. Obrigada pela paciência diária e pela motivação para enfrentarmos as dificuldades diárias. Somos o melhor grupo, atura ou surta. Levo vocês comigo para toda a vida. Gratidão sério mesmo.

Agradeço também de forma especial, minha amiga do coração e colega Jamila, pela amizade que construímos durante estes 5 anos, que vou levar pra vida toda. Obrigada por todo carinho, apoio. Obrigada por tudo amiga!

Agradecimento também, a minha orientadora Profe. Caren, que não mediu esforços para me auxiliar e me dar suporte, obrigada pela paciência, empenho e por todo aprendizado. E, agradeço também a Profe Zequiela por todo o apoio e dedicação. Vocês tem parte no meu crescimento profissional.

Aos que já partiram, mas que sempre lá de cima mandaram uma força e uma luz, obrigada à vocês também. Em especial aos meus avós. Levo vocês comigo em oração e no coração. Obrigada por me guiarem e me iluminarem sempre.

Ao Grupo AMA, que se disponibilizou em atender meu pedido e dedicar alguns minutos para responder meus questionamentos.

'Não vou dizer que é fácil e que nunca deu vontade de desistir, mas vale muito mais a pena continuar.'

Caio Fernando Abreu

RESUMO

O câncer de mama é uma neoplasia maligna, com maior incidência em mulheres, na maior parte do mundo, e pode ser considerada um relevante problema de saúde pública. Frente a isso, esse trabalho teve o objetivo de avaliar a incapacidade funcional do ombro e a dor de mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama que participam da Associação Mãos Amigas (AMA)– Grupo de apoio às pessoas portadoras de câncer de Aratiba/RS, através dos seguintes objetivos específicos: Verificar quais são as atividades laborais exercidas pelas participantes do grupo AMA-Grupo de apoio às pessoas portadoras de câncer de Aratiba/RS.; Verificar quais foram os tratamentos para o câncer de mama realizados pelas participantes do grupo AMA; Verificar em qual das atividades exercidas: laboral ou de vida diária, as participantes apresentam maior dor e limitação funcional do ombro homolateral a cirurgia. A amostra foi composta por 10 participantes voluntárias do sexo feminino, com idade média de 61 anos que contemplarem aos critérios de inclusão definidos pelo estudo. Após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Campus Erechim, foi usada a Ferramenta avaliativa *Shoulder Pain and Disability Index* (SPADI) que é um questionário de qualidade de vida desenvolvido para avaliar a dor e a funcionalidade do ombro em forma de entrevista. Os dados foram analisados por estatística descritiva utilizando percentual, média e desvio padrão. Foi observado através deste estudo que 60% da amostra eram agricultoras com predominância em hemicorpo direito com realização de tratamento na maioria delas mastectomia, linfadenectomia e radioterapia, a dor e a incapacidade funcional estão relacionadas com as atividades de trabalho. O valor da média do índice SPADI para incapacidade foi de 45,45 e 52,8 para dor.

Palavras-chave: Câncer de mama; incapacidade funcional do ombro; Dor; Fisioterapia.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 Anatomia da Mama.....	12
2.2 Câncer e Câncer de Mama.....	12
2.3 Tratamento Cirúrgico	14
2.4 Radioterapia	17
2.5 Problemas relacionados ao ombro e fisioterapia.....	18
3. METODOLOGIA.....	21
3.1 Caracterização Geral do Estudo.....	21
3.2 População e Amostra.....	21
3.2.1 Critérios de Inclusão	21
3.2.2 Critérios de Exclusão.....	21
3.3 Procedimentos de Coleta de Dados	22
3.3.1. Instrumento	23
3.3.2. Cenário da Pesquisa	23
3.3.3 Coleta de Dados	23
3.4 Análise dos Dados.....	26
3.5 Considerações Éticas.....	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
5 CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE A	42
APÊNDICE B	44
APÊNDICE C.....	45
APÊNDICE D	48
ANEXO A	50
ANEXO B	51

1 INTRODUÇÃO

As mamas tem uma função muito importante na fisiologia da mulher e durante o puerpério, sendo responsável pela amamentação do lactente, tendo papel relevante na sexualidade feminina. Localizam-se entre a região axilar e o esterno, lateralmente e infraclavicular, podendo estender-se da segunda até a sexta costela. A mama adulta consiste de tecido conjuntivo e adiposo (GABBE, 2002).

O câncer consiste no crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos. Isso ocorre, pois as células cancerígenas tem um crescimento distinto das normais, onde ao invés de morrerem, continuam se proliferando incontrolavelmente, gerando novas células anormais. Essa anormalidade no crescimento celular pode ocorrer somente em uma região ou em casos mais graves, se disseminar de sua região primária e formar uma nova lesão neoplásica, a qual se denomina metástase (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2016).

O câncer de mama consiste em um tumor maligno que se desenvolve a partir de células da mama. Geralmente, ele começa nas células do epitélio que reveste a camada mais interna do ducto mamário. Mais raramente, o câncer de mama pode começar em outros tecidos, tais como o adiposo e o fibroso da mama. O câncer de mama pode ser "in situ", aquele em que ainda não há risco de invasão e metástase, com chances de cura de aproximadamente 100%. Mesmo os tumores invasivos (quando invadem a membrana basal da célula) podem ser curados se o diagnóstico for estabelecido em fase precoce (SBM, 2012).

Conforme a OMS, a mastectomia caracteriza-se como uma cirurgia total ou parcial da mama, podendo ou não está associado à retirada dos gânglios linfáticos da axila / esvaziamento axilar (OMS, 2012).

A mastectomia conservadora consiste de cirurgia para remoção do tumor primário com margens de tecido normal, histologicamente negativas e dissecação axilar, sendo a radioterapia complementar obrigatória na mama submetida à cirurgia, para controle da doença, podendo ser do tipo tumorectomia e quadrantectomia (FRANCO, 1997).

A fisioterapia oncofuncional ainda é considerada uma especialidade recente, reconhecida apenas em 2009 pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. O fisioterapeuta oncológico surge como uma peça indispensável na equipe multidisciplinar, tanto no processo de prevenção quanto de reabilitação, tendo

em vista não somente a recuperação do câncer, mas também a reabilitação total nos campos físicos, psicológicos, profissional e social (COFITO, 2012).

O objetivo geral do estudo foi avaliar a incapacidade funcional do ombro e a dor de mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama e que participam da Associação Mãos Amigas (AMA) – Grupo de apoio às pessoas portadoras de câncer de Aratiba/RS. Já os objetivos específicos foram verificar quais são as atividades laborais exercidas pelas participantes do grupo AMA- Grupo de apoio às pessoas portadoras de câncer de Aratiba/RS, quais foram os tratamentos para o câncer de mama realizados pelas participantes do grupo AMA- Grupo de apoio às pessoas portadoras de câncer de Aratiba/RS e, verificar em qual das atividades exercidas: laboral ou de vida diária, as participantes do grupo AMA- Grupo de apoio às pessoas portadoras de câncer de Aratiba/RS, apresentam maior dor e limitação funcional do ombro homolateral a cirurgia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Anatomia da Mama

As glândulas mamárias são estruturas consideradas anexas cutâneas mamíferas, tendo evoluído para a produção de leite com o propósito de nutrir a prole que nasce em um estado imaturo e dependente (CAMARGO; MARX; 2000).

As mamas tem uma função muito importante na fisiologia da mulher e durante o puerpério, sendo responsável pela amamentação do lactente, tendo papel relevante na sexualidade feminina. Localizam-se entre a região axilar e o esterno, lateralmente e infra clavicular, podendo estender-se da segunda até a sexta costela. A mama adulta consiste de tecido conjuntivo e adiposo (GABBE, 2002).

Diferentes estruturas constituem a mama, os denominados lóbulos são responsáveis pela produção de leite; pequenos canais que ligam os lóbulos ao mamilo são denominados ductos, que; além de vasos linfáticos e sanguíneos, gordura, tecido conjuntivo. Os vasos linfáticos transportam linfa, esta é um líquido que contém células de defesa, gordura e proteínas. As células do sistema imunológico, que são os linfonodos, que estão ao longo dos vasos linfáticos, que armazenam os linfócitos. Na axila estão situados os vasos linfáticos da mama. Se as células cancerosas atingirem esses gânglios, a probabilidade da doença se espalhar para outros órgãos é maior, por isso, em casos de neoplasias mais graves a retirada desses linfonodos axilares se faz necessária (CORRÊA; BASSO e SILVA; DE PAULO; 2014).

Em 80% das mulheres pode ocorrer uma leve assimetria das mamas, apresentando uma forma cônica, discoide, plana e pendular, com espessura média de seis cm, diâmetro em torno de 11 cm e o peso pode variar (CAMARGO; MARX; 2000).

2.2 Câncer e Câncer de Mamam

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento de células de forma desordenada e maligna, que

invadem os tecidos e órgãos, podendo haver metástase. Diferenciando-se rapidamente, estas células tendem a ser incontroláveis e agressivas, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas (INCA; 2017).

O câncer consiste no crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos. Isso ocorre, pois as células cancerígenas tem um crescimento distinto das normais, onde ao invés de morrerem, continuam se proliferando incontrolavelmente, gerando novas células anormais. Essa anormalidade no crescimento celular pode ocorrer somente em uma região ou em casos mais graves, se disseminar de sua região primária e formar uma nova lesão neoplásica, a qual se denomina metástase (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2016).

O câncer é responsável por 10% de todas as mortes, e nos países ricos chega a corresponder a 18% dos óbitos. A tendência é um aumento nas taxas de incidência e mortalidade secundárias ao câncer nos países pobres. Embora os resultados estejam melhorando as chances de cura em até 50% dos casos, muitos pacientes ainda vão falecer em decorrência da sua neoplasia (OMS, 2012).

A importância do diagnóstico precoce está em tentar que a doença não se dissemine pelo corpo e diminuir os casos de mortalidade entre as mulheres acometidas pela doença (RIBEIRO, 2008).

O câncer de mama se caracteriza pela proliferação anormal, de forma rápida e desordenada, das células do tecido mamário. A doença se desenvolve em decorrência de alterações genéticas. Porém, isso não significa que os tumores da mama são sempre hereditários. Em seu funcionamento normal, o corpo substituiu as células antigas por células novas e saudáveis. As mutações genéticas podem alterar a habilidade da célula de manter sua divisão e reprodução sob controle, produzindo células em excesso, formando o tumor. Um tumor pode ser benigno ou maligno. Os benignos não são considerados cancerígenos: suas células têm aparência próxima do normal. Elas crescem lentamente e não invadem os tecidos vizinhos, nem se espalham para outras partes do corpo. Já os tumores malignos são cancerosos. Caso suas células não sejam controladas, podem

crescer e invadir tecidos e órgãos vizinhos, eventualmente se espalhando para outras partes do corpo (SBM, 2012).

O câncer de mama vem ocupando lugar de destaque, por apresentar incidência crescente e elevado índice de mortalidade. Não é apenas o mais comum entre as mulheres, mas também é o que mais mata (PEREIRA et al, 2004).

O câncer de mama é caracterizado como uma degeneração do material genético das células, que induz ao crescimento, produção e dispersão anormal das células metastáticas, ou seja, é um tumor (neoplasia) maligno que devido a um comportamento desordenado, as células invadem os tecidos que estão saudáveis ao seu redor. As células neoplásicas são capazes de invadir o tecido normal e se disseminar para outros locais. Com isso, pode-se dizer que o câncer de mama é uma doença complexa, podendo ter uma evolução lenta ou rápida, dependendo da velocidade de duplicação celular. O câncer de mama, mesmo sendo um tumor maligno, é uma doença controlável e até mesmo curável se for descoberta a tempo, o que nem sempre acontece (RIBEIRO, 2008).

O câncer de mama consiste em um tumor maligno que se desenvolve a partir de células da mama. Geralmente, ele começa nas células do epitélio que reveste a camada mais interna do ducto mamário. Mais raramente, o câncer de mama pode começar em outros tecidos, tais como o adiposo e o fibroso da mama. O câncer de mama pode ser "in situ", aquele em que ainda não há risco de invasão e metástase, com chances de cura de aproximadamente 100%. Mesmo os tumores invasivos (quando invadem a membrana basal da célula) podem ser curados se o diagnóstico for estabelecido em fase precoce (SBM, 2012).

2.3 Tratamento Cirúrgico

Conforme a OMS, a mastectomia caracteriza-se como uma cirurgia total ou parcial da mama, podendo ou não estar associada à retirada dos gânglios linfáticos da axila / esvaziamento axilar (OMS, 2012).

A mastectomia conservadora consiste de cirurgia para remoção do tumor primário com margens de tecido normal, histologicamente negativas e dissecação axilar, sendo a radioterapia complementar obrigatória na mama submetida à cirurgia, para controle da doença, podendo ser do tipo tumorectomia e quadrantectomia (FRANCO, 1997).

A tumorectomia um procedimento cirúrgico conservador, que consiste na remoção do tumor com margens de tecido circunjacente de 1 cm, sendo necessário que estas margens estejam histologicamente negativas, este procedimento é indicado para tumores de até 1,5 cm de diâmetro (FRANCO, 1997). Tumorectomia é a remoção do tumor sem margens de tecidos circunjacentes. Não é necessário incluir aponeurose subjacente do peitoral maior ou pele. É indicado em tumores de até 1,0 cm de diâmetro, e deve ser associada a linfadenectomia axilar radical e a radioterapia complementar (CORRÊA; BASSO e SILVA; DE PAULO; 2014).

A quadrantectomia é na remoção de um quadrante ou segmento da glândula mamária onde se localiza um tumor maligno, e as margens circunjacente de tecido normal entre 2 e 2,5 cm, sendo que em conjunto com o esvaziamento axilar radical e a radioterapia proporciona melhores resultados em tumores de até 2 cm, mas dependendo do tamanho da mama podendo ser usado em tumores de até 3 cm de diâmetro (FRANCO, 1997).

A quadrantectomia ou a segmentectomia é a remoção de um quadrante ou segmento da glândula mamaria onde incluindo a aponeurose subjacente do peitoral maior com ou sem segmento cutâneo. O esvaziamento axilar radical pode ser em monobloco, ou seja, junto com o tumor, ou em dibloco, isto é, separado do tumor, dependendo da localização da neoplasia. Neste tipo também é realizado radioterapia pós-operatória (CORRÊA; BASSO e SILVA; DE PAULO; 2014)

A mastectomia radical de HALSTED é a extirpação da mama, músculo grande peitoral, músculo pequeno peitoral e esvaziamento axilar (FRANCO, 1997). É a remoção da mama, musculo peitoral maior e menor e esvaziamento axilar radical. É indicada em casos de infiltração extensa da musculatura e em casos de câncer avançado, promovendo a citorredução. É um procedimento de grande porte, com morbidade mais elevada, podendo ocorrer complicações como infecções, hematomas, necrose de retalho e, tardiamente, quando associada à radioterapia, podem surgir o linfedema e impotência funcional do braço (CORRÊA; BASSO e SILVA; DE PAULO; 2014).

Extirpação total da mama com o esvaziamento axilar radical com a conservação do músculo grande peitoral, com ou sem preservação do pequeno peitoral, podendo ser divididas em Mastectomia Radical Modificada Patey ou Mastectomia Radical Modificada Madden (FRANCO, 1997).

Mastectomia radical modificada de PATEY é a remoção da glândula mamaria e músculo pequeno peitoral de suas inserções na apófise coracóide, terceiro, quarto e quinto espaços intercostais, em monobloco, com esvaziamento axilar radical (níveis I, II e III) linfonodos interpeitorais, aponeurose anterior e posterior do músculo grande peitoral (FRANCO, 1997).

A mastectomia radical modificada MADDEN consiste na remoção da glândula mamaria, juntamente com a aponeurose anterior e posterior do músculo grande peitoral e no esvaziamento axilar (níveis I, II e III) e linfonodos interpeitorais, sendo preservado o músculo grande e pequeno peitoral (FRANCO, 1997).

Já a mastectomia total é a remoção da glândula mamaria, aponeurose anterior do músculo grande peitoral e segmento cutâneo incluindo a cicatriz cirúrgica da Biopsia, sem esvaziamento axilar (FRANCO, 1997). É comum no carcinoma ductal in situ (CORRÊA; BASSO e SILVA; DE PAULO; 2014).

Incidem na retirada da mama, músculos, pequeno e grande peitoral, esvaziamento axilar radical e da cadeia mamaria interna é a denominação da mastectomia ultraradical (FRANCO, 1997).

A mastectomia subcutânea constitui a retirada da glândula mamaria, conservando os músculos peitorais e suas aponeuroses pelo e complexo aureolo papilar (FRANCO, 1997) onde os autores confirmam esta definição (CORRÊA; BASSO e SILVA; DE PAULO; 2014).

2.4 Radioterapia

Radioterapia (RT) é um tratamento complementar, e consiste na utilização de raios ionizantes para impedir o crescimento do tumor, para a destruição do mesmo e, também para paliar sintomas (INCA;2019).

É uma modalidade de tratamento para tumores malignos cujo agente terapêutico é aquela que promove ionização no meio onde incide, tornando-o eletricamente instável. As radiações ionizantes são divididas em corpusculares e eletromagnéticas. As radiações corpusculares são representadas pelos elétrons, prótons e nêutrons; as radiações eletromagnéticas são chamadas de fótons, sendo representadas pelos raios X e pelos raios gama. Na prática clínica, a maior parte dos tratamentos radioterápicos é feita através do uso de fótons (NOVAES;1998).

Por estarem em contínuo processo de multiplicação, as células neoplásicas são passíveis de sofrerem os efeitos da radiação. Entretanto, a capacidade de multiplicação varia de acordo com o tipo celular. Desta forma, existe uma escala de radiosensibilidade tanto para células tumorais como para células normais. Neoplasias embrionárias e linfomas são tumores radiosensíveis, enquanto que carcinomas são moderadamente radiosensíveis (KOWALSKI, 2002).

Na maioria das vezes, sua aplicação é feita em regime ambulatorial e a sua dose total é fracionada em aplicações diárias por um período variável de até dois meses, isto não é regra (DIEGES; PIRES; 1997).

Sua indicação no tratamento do câncer ocorre em três circunstâncias:

- Quando não há outro tratamento curativo;
- A terapia alternativa pode ser considerada tóxica;
- Como função paliativa em casos avançados.

Tem como finalidade também, interrupção do crescimento e reprodução de células cancerígenas e normais. As células malignas crescem rapidamente, muitas delas estarão se multiplicando e serão mais suscetíveis à radioterapia. A radioterapia pode trazer efeitos colaterais no tecido normal. Estes efeitos variam de dor, fadiga, alterações cutâneas, baixa da auto estima, mudanças da rotina e mudanças de mobilidade (FUND. ONCOCENTRO; 1998).

Os efeitos colaterais da RT empregada para tratamento do câncer de mama, como a fibrose subcutânea, pode expor ao risco de linfedema, lesões no plexo braquial e limitação no movimento do ombro (COLLINS;2012).

2.5 Problemas relacionados ao ombro e fisioterapia

O tratamento cirúrgico e as terapias adjuvantes do câncer de mama podem causar uma série de disfunções incapacitantes no membro superior dos indivíduos expostos a esses procedimentos. Apesar da importância e benefícios observa-se nesses indivíduos sintomas de dor, parestesias, redução da mobilidade no membro operado e perda de força muscular bilateral nos membros superiores limitando a realização das atividades de vida diária (SHAMLEY et al., 2012).

A radioterapia, é considerada um fator preditivo para a diminuição da amplitude de movimento e pode causar fibrose tecidual entre cinco e seis semanas após a cirurgia. Levando em consideração essas alterações, a conduta fisioterapêutica pode ser uma opção eficaz tanto para a prevenção, como para a restauração da funcionalidade dos membros superiores após a cirurgia do câncer de mama (HIDDING et al., 2014).

Por muito tempo, pensava-se única e exclusivamente na sobrevivência dos pacientes diagnosticados com câncer, porém, nos últimos anos, vem se estabelecendo uma nova mentalidade com evidência na preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar durante e após o tratamento. Sendo assim, a importância do acompanhamento de um profissional de fisioterapia tornou-se fundamental para os pacientes oncológicos e tem crescido cada vez mais (INCA, 2012).

A fisioterapia oncofuncional ainda é considerada uma especialidade recente, reconhecida apenas em 2009 pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. O fisioterapeuta oncológico surge como uma peça indispensável na equipe multidisciplinar, tanto no processo de prevenção quanto de reabilitação, tendo em vista não somente a recuperação do câncer, mas também a reabilitação total nos campos físicos, psicológicos, profissional e social (COFITO, 2012).

Em relação à prevenção, poderá atuar nas três fases: na prevenção primária, tem como objetivo a conscientização, orientação e prevenção do surgimento do câncer, através de ações que impeçam os fatores ambientais de agirem prejudicialmente sobre o indivíduo; na prevenção secundária, que se caracteriza pela instalação da doença, o fisioterapeuta atua com um caráter mais curativo e tenta evitar as complicações decorrentes da doença, e os efeitos colaterais do tratamento do

câncer; e na prevenção terciária, tem o papel de evitar contraturas e deformidades, maximizar as habilidades funcionais remanescentes, controlar os sintomas e melhorar a qualidade de vida do paciente, visando a sua reinserção na vida domiciliar, social e laboral (BARACHO, 2002).

O programa de fisioterapia é de suma importância no tratamento do câncer de mama e deve ser realizado em todas as fases do mesmo: no início do tratamento, através da avaliação; durante os tratamentos de quimioterapia, radioterapia, cirurgia, e hormônioterapia; após os tratamentos como um acompanhamento; em casos de recorrência da doença; e nos cuidados paliativos. Em cada uma dessas fases, é necessário conhecer e identificar as necessidades do paciente, os sintomas e suas causas, e o impacto desses nas atividades de vida diária. A conduta fisioterapêutica deve, então, ser traçada através de orientações domiciliares e tratamentos específicos (MAGNO 2009).

A fisioterapia atua já no pós-operatório imediato, com o objetivo de prevenção de complicações e melhora da sintomatologia, onde é realizada orientação quanto aos cuidados com o membro superior e os exercícios não devem passar de 90° de ADM de flexão e abdução de ombro até a retirada dos pontos (BERGMANN, 2009).

A partir dessa fase, a fisioterapia entra com o objetivo de restaurar a amplitude articular de movimento, com os exercícios básicos da cinesioterapia como alongamento dos músculos da região cervical e da cintura escapular, mobilização passiva em todas as dimensões de ombro, cotovelo e de cabeça, exercícios metabólicos de abrir e fechar as mãos e de elevação dos ombros, evoluindo para exercícios ativo-assistidos e posteriormente exercícios ativo livre, exercícios resistidos isométricos, concêntricos e excêntricos do membro superior. Além dessas técnicas básicas, a fisioterapia pode utilizar de técnica como pompagem dos músculos trapézio, peitoral maior e menor e massoterapia, a fim de promover um maior relaxamento das fáscia muscular e conseqüentemente ganho de amplitude de movimento; a mobilização ou fricção da cicatriz com o objetivo de prevenir ou retirar contraturas; técnicas de reeducação postural, visto que com a retirada a mama há uma modificação da conformação torácica da mulher, podendo alterar o seu centro de gravidade o que pode prejudicar a sua postura e promover danos na coluna vertebral; dissociação de cinturas, que pode ser trabalhada com o treino de marcha; exercícios respiratórios haja vista que a paciente tende a ficar em leito prolongado, o que pode gerar alterações e complicações pulmonares, além da retirada da mama, que pode

gerar alteração da conformação torácica, logo, esses exercícios previnem o surgimento de patologias pulmonares; a dessensibilização da cicatriz, além do posicionamento no leito que é importante desde o início do tratamento, onde o posicionamento adotado no pós-operatório imediato deverá ser o mais confortável possível, o membro superior homolateral à cirurgia pode ser elevado a mais ou menos 30º utilizando apoio de travesseiros, não havendo necessidade de mantê-lo em posição de drenagem constante e as mudanças de decúbito são orientadas a serem realizadas em decúbito lateral (DL) oposto (MARCUCCI, 2005).

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização Geral do Estudo

O presente estudo caracteriza-se por ser exploratório descritivo, com abordagem quali-quantitativa.

3.2 População e Amostra

A população foi composta por participantes da Associação Mãos Amigas (AMA)– Grupo de apoio às pessoas portadoras de câncer de Aratiba/RS. A amostra foi constituída por dez participantes voluntárias do sexo feminino que estiveram presentes no dia da reunião e contemplaram aos critérios de inclusão definidos pelo estudo, que realizaram tratamento para câncer de mama por mastectomia, linfadenectomia, quimioterapia e/ou radioterapia com incidência axilar homolateral à cirurgia. Caso nesta reunião não contemplasse o número da amostra, a pesquisadora retornaria na próxima reunião para completar a amostra desejada.

3.2.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídas mulheres que participam da Associação Mãos Amigas (AMA)– Grupo de apoio às pessoas portadoras de câncer de Aratiba/RS que foram submetidas ao tratamento para câncer de mama por mastectomia, linfadenectomia, quimioterapia e/ou radioterapia com incidência axilar homolateral à cirurgia, maiores de 18 anos e, que consentiram com a participação voluntária através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.2.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídas as mulheres participantes do grupo AMA menores de 18 anos e as que não foram submetidas ao tratamento para câncer de mama por retirada cirúrgica do tumor e/ou radioterapia.

3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

3.3.1. Instrumento

A Ferramenta avaliativa *Shoulder Pain and Disability Index* (SPADI) que foi validada para a versão brasileira por Martins et al em (2010) é um questionário de qualidade de vida desenvolvido para avaliar a dor e a incapacidade associada às disfunções de ombro em forma de entrevista.

O questionário compreende dois níveis avaliativos: Escala de Incapacidade com 8 itens e Escala da Dor, com 5 itens. Na Escala de Incapacidade o avaliado poderá assinalar ao lado de cada itens, o número correspondente ao grau de dificuldade em realizar a referida tarefa. O número zero representa “Sem dificuldade” e o número dez, “Não conseguiu fazer”. Assim, o participante da pesquisa assinala o número que melhor descreve quanta dificuldade teve para realizar cada uma das atividades durante a semana passada.

Na escala da Dor, o avaliado deverá assinalar ao lado de cada item o valor que melhor representa a dor sentida em cada situação. O número zero representa “Sem dor” e o número dez representa “A pior dor”. O participante indicará o número que melhor descreve quanta dor sentiu durante a semana passada em cada uma das referidas situações.

A avaliação das escalas de forma separada, faz-se através da soma dos números marcados para cada item e em seguida, dividindo-se o valor da soma pela máxima pontuação possível na escala. O valor encontrado deve ser multiplicado por 100 para obter-se a pontuação final para cada escala.

A pontuação total do questionário é obtida através da soma dos números marcados para todos os itens do questionário e dividindo-se pela máxima pontuação possível no questionário (desconsiderando os itens que foram marcados como “Não se aplica”). O valor encontrado deve ser multiplicado por 100, obtendo-se a pontuação total do questionário.

A pontuação total do questionário pode variar de 0 a 100, sendo quanto maior a pontuação, pior a situação de dor e/ou disfunção do paciente.

3.4.1. Cenário da Pesquisa

Pela necessidade de a pesquisa ir até o local aonde ocorreu ou ocorre o fenômeno, este estudo utilizou como cenário: A Associação Mãos Amigas (AMA) – Grupo de apoio às pessoas portadoras de câncer de Aratiba/RS.

A Associação AMA foi criada em 2016 por uma moradora da cidade de Aratiba, a qual foi acometida pelo câncer de mama em 2009. Após realizar o tratamento de retirada do tumor, radioterapia e/ou quimioterapia, mesmo sem ter alta do tratamento, a mesma organizou um grupo de apoio aos pacientes com câncer com o objetivo de ajudar, motivar, animar, dar força através de atitudes simples, sejam elas uma palavra amiga, de um abraço, de um aperto de mãos a todas as pessoas que passam pelo câncer.

A Associação organiza encontros com profissionais de diferentes áreas com o propósito de informar e atualizar os portadores de câncer e oferecer a estes melhor qualidade de vida. Os encontros, que podem ser de caráter informativo, interativo, explicativo, ou motivador são realizados em um auditório cedido pela Prefeitura Municipal da cidade de Aratiba/RS, e ocorrem uma vez por mês, no turno da tarde, com aproximadamente 2 horas e meia de duração em datas agendadas pelos organizadores do grupo.

Pertencem ao grupo, aproximadamente sessenta moradores da cidade e interior do município de Aratiba/RS, de ambos os sexos, maiores de 18 anos e que realizam tratamento para qualquer tipo de câncer ou que concluíram o mesmo.

3.4.2 Coleta de Dados

Primeiramente consultou-se a responsável pela Associação Mãos Amigas (AMA)– Grupo de apoio às pessoas portadoras de câncer de Aratiba/RS com o propósito de informar a intenção da realização deste estudo e solicitar autorização para realizá-lo nas dependências do Grupo AMA (Apêndice A). Após sua autorização o projeto começou a ser escrito e após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da URI – Erechim, teve sua execução.

As participantes do grupo, foram informadas através de carta convite enviada pela presidente do grupo AMA à todas as mulheres que realizaram tratamento para o câncer de mama (Apêndice B).

Assim, no dia pré-determinado o qual ocorreu o encontro mensal do grupo, as mulheres que assim concordaram em participar, foram deslocadas para uma sala reservada. Nesta sala, as voluntárias foram entrevistadas pessoalmente pela pesquisadora. Individualmente, receberam informações referentes ao questionário. As interessadas que preencheram os critérios de inclusão estabelecidos para este estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Após a leitura em voz alta por parte da pesquisadora e assinatura por parte da voluntária estas estiveram convidadas a responder os questionamentos próprios da pesquisa e mensurar a sua dor e incapacidade no ombro afetado através da ferramenta definida para esta pesquisa (Anexo A), o questionário SPADI – Brasil.

A abordagem para mensuração da dor e incapacidade funcional do ombro foi efetuada uma única vez em cada indivíduo, na data proposta para a realização. Dessa forma, a voluntária da pesquisa recebeu em suas mãos uma folha contendo o Questionário SPADI- Brasil e foi orientada a olhar diretamente ao questionário para responder à Escala de Avaliação Numérica (EN). A pesquisadora, em tom de voz propício e de forma clara, leu juntamente com a entrevistada cada item e explicou a voluntária o significado da pontuação utilizada na escala numérica ou seja, que o número “0” indica “sem dificuldades” e o número “10” indica “Não conseguiu fazer” e na escala da dor, o número zero indica sem dor e o dez, indica “pior dor”. Sempre que necessário esta informação foi repetida. Desta forma, a pesquisadora, solicitou a voluntária que assinale na folha do questionário o número que melhor representa a sua incapacidade no ombro e a sua dor, conforme questionado em cada item. Quando eventualmente a paciente fosse acometida bilateralmente, a mesma foi instruída a responder com base no que ela observa com relação ao braço que apresenta maior dor ou disfunção.

Na entrevista, a voluntária foi orientada a relatar sua incapacidade e dor durante a semana passada. Assim, sempre a pesquisadora repetiu essa expressão antes e iniciar a leitura de cada item, como: “Durante a semana passada, qual o grau de dificuldade que você teve para...” e “Durante a semana passada, qual foi a gravidade de sua dor”? Da mesma forma, a mesma foi instruída a marcar o item NA (Não

aplicável) somente em último caso, ou seja, quando já não realizava a atividade antes da cirurgia - já não era acostumada a realizar tal atividade no dia a dia.

A pesquisadora ainda orientou a voluntária durante o questionamento em relação aos seguintes itens sempre que necessário:

- Se a mesma tentou realizar a atividade durante a semana anterior, será orientada a pontuar sua dificuldade e dor na Escala de Avaliação Numérica;
- Se a voluntária precisou realizar a atividade na semana anterior, mas evitou deliberadamente realizá-la por medo de piorar ou para não provocar dor, ela deve estimar uma pontuação na EN para seu nível de incapacidade e dor caso tivesse feito a atividade.
- Se a paciente apenas não fez a atividade na semana anterior porque estava imobilizada ou proibida pelo médico de realizá-la, deverá marcar para o domínio de incapacidade o número 10 da EN “Não conseguiu fazer” e para o domínio dor, será orientada a estimar um número na referida EN.
- Se a paciente não precisou realizar a atividade na semana anterior ou não lembra de ter feito, será perguntado a ela se a atividade é comum ao seu dia a dia. Para resposta SIM, ela deve estimar uma pontuação EN para seu nível de incapacidade e dor durante a semana anterior. Para a resposta NÃO, ou seja, a paciente é acostumada a realizar a atividade em questão e naturalmente não o teria feito, deverá marcar na coluna “Não se aplica”. Quando esta opção for mais adequada ao caso da paciente, nenhum outro dos 10 números da EM deverá ser assinalado.
- O número 10 da EN deve ser marcado A) quando a paciente estima que não teria conseguido realizar a atividade na semana anterior ou B) quando está imobilizada ou proibida pelo médico de realizá-la.

Antes de cada item ser pontuado, a pesquisadora se certificou que a voluntária compreendeu a pergunta e indicou a melhor resposta. Se não estivesse claro que a mesma pensou na atividade correta, a pesquisadora demonstrou ou esclareceu a atividade e explicou a questão quantas vezes fossem necessárias.

3.5 Análise de Dados

Após a coleta de dados os mesmos foram organizados em planilhas e armazenados para análise futura. Os dados foram tabulados e armazenados em tabelas do Software Microsoft® Excel 2013. Os dados foram analisados por estatística descritiva utilizando percentual, média e desvio padrão.

3.6 Considerações Éticas

Foram seguidas as diretrizes da Resolução nº 466/ de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que aprova as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, para a realização deste estudo, submetendo-o previamente ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Erechim, ao que foi aprovado através do CAAE: 12780919.4.0000.5351 e Parecer nº 3.335.965 em 20 de maio de 2019.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra contou com 10 participantes, do sexo feminino, que participam da Associação Mãos Amigas (AMA) – Grupo de Apoio às Pessoas Portadoras de Câncer do município de Aratiba/RS e que foram submetidas ao tratamento de câncer de mama através da mastectomia radical, linfadenectomia, radioterapia e/ou quimioterapia.

O câncer (CA) de mama é uma neoplasia maligna, com maior incidência em mulheres, na maior parte do mundo, e pode ser considerada um relevante problema de saúde pública (BRAY, F. et al., 2018).

No Brasil, no ano de 2019 estima-se que a incidência de CA de mama é de quase 60 mil casos novos, representando quase 30% dos cânceres em mulheres, excluindo o câncer de pele não melanoma. Em 2016, ocorreram mais de 16 mil mortes de mulheres por câncer de mama no país. A taxa bruta de incidência estimada foi de 56,33 por 100 mil mulheres para todo o Brasil, já na Região Sul mais de 11.030 casos, sendo a taxa bruta 73,07 por 100 mil mulheres (INCA, 2018).

Em relação ao perfil das participantes do estudo, a média de idade foi de 61 anos, variando de 53 à 80 anos.

No estudo de Silva e Riul (2011) apresenta a média de idade de 49,66 anos, variando de 30 a 66, sendo que a grande maioria das participantes tinha idade igual ou superior à 40 anos. Em um trabalho de Pinheiro et al. (2013) foi observado a mediana de idade de 36 anos, com predominância de mulheres na faixa etária de 36 a 39 anos. Já no estudo de Dugno e colaboradores (2013), mostrou que a média de idade da amostra de mulheres foi de 57 anos, sendo que a maior parte tinha idade superior a 45 anos, indo ao encontro com o presente estudo.

Segundo os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), que é responsável por coletar, processar e analisar informações à respeito da incidência de câncer no Brasil, para a faixa de ≥ 70 anos, observou-se um leve acréscimo nas medianas ao longo dos anos, enquanto uma leve tendência decrescente foi observada nas faixas de 40 a 49 anos, durante os anos de 2000 à 2010. Para as faixas de 20 a 39 e 50 a 69 anos, foi observada estabilidade. A mediana das taxas brutas de incidência de câncer de mama para o Brasil, no período de 2000 a 2010, foi de 49,3 por cada 100 mil mulheres (INCA, 2017).

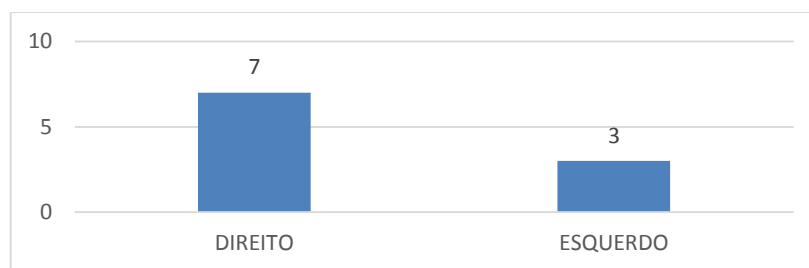
Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2017), as taxas são mais elevadas a partir dos 70 anos, em função do aumento do risco de aparecimento de câncer com o avançar da idade, sendo coesas com o observado mundialmente. Os fatores de risco melhor estabelecidos até hoje para o câncer de mama são idade, gênero feminino e cor da pele branca (SBM, 2018).

Em relação à predominância do hemicorpo em que foi realizada a cirurgia do câncer de mama, o lado direito foi o que prevaleceu, contabilizando 7 participantes, já no lado esquerdo foram somente 3.

No estudo de Pinheiro et al. (2013) que descreveu o perfil clínico e epidemiológico de quase 13 mil mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama, entre 2000 e 2009, de acordo com o hemicorpo em que foi realizado o tratamento para CA de mama, 49,6% apresentaram tumor na mama direita, 49,3% na esquerda e 1,2% bilateralmente.

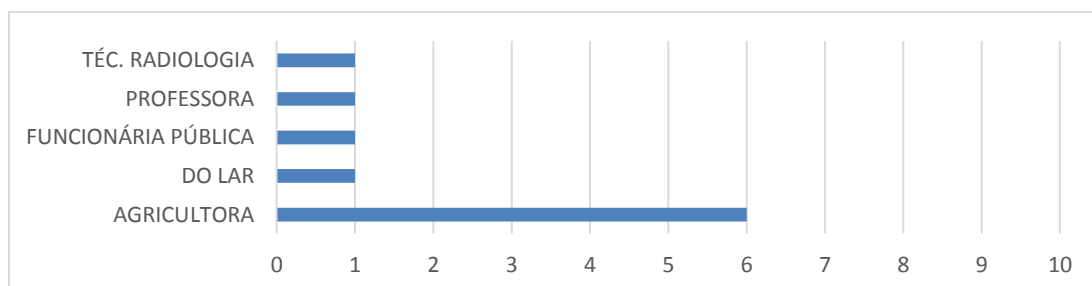
Diferentemente dos nossos achados, em um estudo de Sebastião et al. (2014), foi verificado que 52,4% e 38% das pacientes manifestaram câncer de mama à esquerda e a direita, respectivamente.

Gráfico 1 – Contagem da representação do hemicorpo homolateral em que foi realizado o tratamento para o câncer de mama das participantes.



Fonte: própria

Gráfico 2 – Profissões das participantes do estudo.



Fonte: própria

Em relação ao perfil das participantes no quesito profissão, 6 delas eram agricultoras. Havia também professora, técnica em radiologia, funcionária pública e do lar, destas, contabilizando uma em cada profissão.

Em um estudo de Bezerra et. Al. (2012) com 25 mulheres, relacionado à profissão, seis eram do lar, duas lavradoras, cinco aposentadas e as outras sete tinham atividades autônomas. No presente estudo observou-se mais agricultoras.

Os anos em que as participantes realizaram a cirurgia para o tratamento do câncer de mama, variou de 2006 à 2017. O ano com maior prevalência foi o de 2015, somando 3 participantes, já em 2014 foram 2 participantes. Entre os anos de 2006 e 2012, foram realizadas 4 cirurgias. O tratamento cirúrgico mais recente foi realizado em 2017, conforme dados da Tabela 1.

Tabela 1 – Tipos de tratamentos realizados pelas participantes do Grupo AMA e ano em que foi realizado

	Mastectomia Radical	Mastectomia + Linfadenectomia	Quimioterapia	Radioterapia	Ano
1	✓	✓	✓	✓	2006
2	✓				2014
3	✓	✓		✓	2015
4	✓	✓	✓	✓	2014
5	✓	✓	✓		2012
6	✓	✓	✓		2009
7	✓	✓		✓	2011
8	✓	✓	✓		2015
9	✓	✓	✓		2017
10	✓	✓	✓		2015
%total	100%	90%	70%	40%	

Fonte: própria

Em relação ao tratamento, foi realizado entre as participantes do estudo: tratamento cirúrgico com retirada total da mama que é denominada mastectomia total, retirada total da mama com linfadenectomia, que é a retirada de linfonodos, quimioterapia e radioterapia.

As participantes 1 e 4 realizaram todos os tipos de tratamento para CA de mama, nos anos de 2006 e 2014, respectivamente, são eles tratamento mastectomia total, linfadenectomia, quimioterapia radioterapia. A participante 2 realizou somente mastectomia radical no ano de 2014. No ano de 2015 a participante 3 passou por, mastectomia radical, linfadenectomia e radioterapia. A participante 5 realizou mastectomia total, linfadenectomia e quimioterapia no ano de 2012, no ano de 2009 a voluntária 6 também fez os mesmos tipos de tratamento. A participante 7 no ano de 2011, passou por mastectomia radical e linfanectomia, após radioterapia. As participantes voluntárias, 8, 9 e 10 passaram pelos mesmos tipos, mastectomia total, linfadenectomia e quimioterapia, nos anos de 2015, 2017 e 2015, respectivamente. Dados podem ser observados na Tabela 1.

Os cuidados do câncer de mama podem ser divididos em modalidades, sendo agrupadas em tratamento local, contemplando cirurgia e radioterapia, e sistêmico, incluindo quimioterapia, hormonioterapia (INCA, 2018).

O tratamento cirúrgico para o câncer de mama compreende técnicas não conservadoras e conservadoras, e pode ir desde a tumorectomia até a mastectomia, estando associada ou não à retirada dos linfonodos axilares. Após a mastectomia total a paciente pode apresentar algumas complicações, como por exemplo, dor, linfedema no membro superior homolateral ao procedimento e aderências na parede torácica, que podem resultar em risco aumentado de complicações pós-operatórias. A diminuição da amplitude de movimento (ADM) no ombro do lado envolvido e deformidade postural do tronco podem estar presentes no pós-operatório (SOUSA, E. et al., 2013).

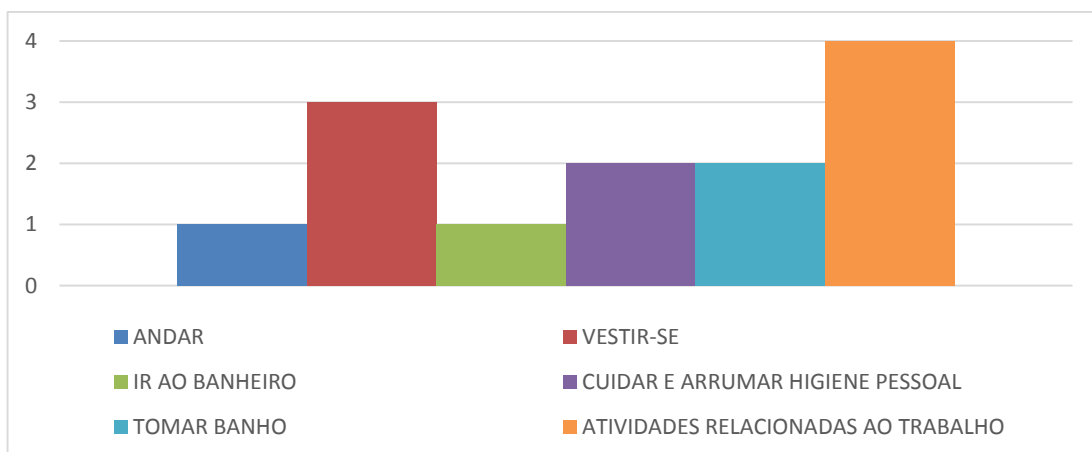
O ombro é a articulação comumente mais afetada em decorrência da limitação da mobilidade no membro superior homolateral à cirurgia. Em relação ao CA de mama as modalidades clássicas de tratamento podem compreender a cirúrgica e a radioterapia para o tratamento local regional, e a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico (INCJ, 2012).

Corroborando com nossos achados, Pinheiro et al. (2013) observou em seu trabalho que a combinação de mastectomia e quimioterapia foi a mais realizada (17,2%), seguida de mastectomia, quimioterapia e radioterapia associadas (16,2%).

Nas fases iniciais a abordagem cirúrgica e radioterápica são indispensáveis, para o controle loco regional do câncer, podendo até ser curativa. Assim, garantir uma melhor qualidade de sobrevivência nos estados mais avançados. A mastectomia radical é um excelente procedimento para controle loco regional da doença, mas as técnicas radicais modificadas são mais indicadas assegurando resultados semelhantes a radical, porém com melhor aspecto estético e funcional (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001; SIMÕES; GAMA; WINHESKI, 2008).

Segundo a Sociedade Brasileira de Oncologia, as variáveis como o tamanho do tumor, o grau de diferenciação celular e o número de linfonodos acometidos são preditivos para tratamento específico com quimioterapia e hormonioterapia. A retirada dos linfonodos, linfadenectomia, ainda é o procedimento que causa mais complicações no pós-operatório, especialmente relacionados a distúrbios sensitivos, dor e redução da mobilidade do membro superior (MMSS) (BEZERRA, et al., 2012). Do total da amostra, 6 participantes apresentaram algum tipo de incapacidade funcional. A incapacidade mais citada por elas está relacionada com as atividades de trabalho, conforme Gráfico 3.

Gráfico 3 – Incapacidade funcional apresentada pelas participantes do Grupo AMA.



Fonte: própria

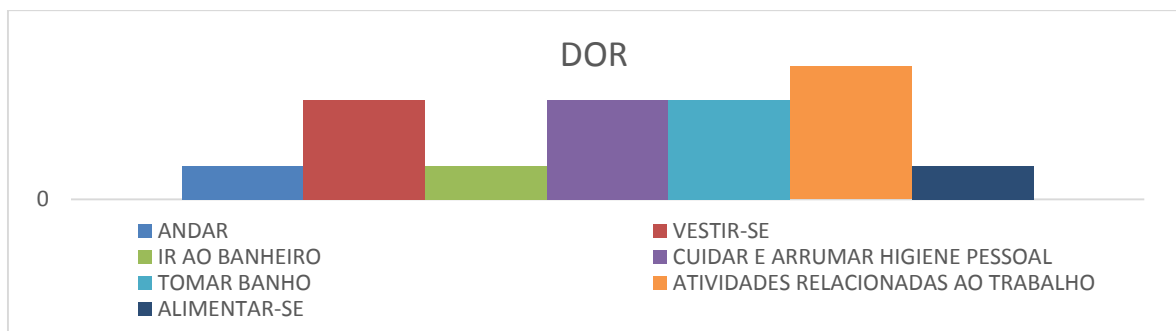
Segundo Hayes (2012) entre 10% e 64% das mulheres com câncer de mama irão apresentar pelo menos um sintoma no membro superior no período de 6 meses e 3 anos após a cirurgia. A dor na mama e na região axilar parecem ser o sintoma mais prevalente variando de 12 a 51% e aproximadamente 20% desta população irá desenvolver o linfedema.

Como a maior parte das participantes deste estudo eram agricultoras, o trabalho que elas realizam na zona rural utiliza maior parte da força dos membros superiores, vindo de encontro a dor que elas apresentam estar relacionada a atividades do trabalho, isto foi citado por 4 participantes, como pode ser observado no Gráfico 4. Na parte de vestir-se e cuidar da higiene pessoal, também exige trabalho dos membros superiores, muitas vezes por passar da linha do ombro ou da cintura escapular, tanto para uma atividade quanto para a outra, e assim, também referem dor.

A incidência de morbidades no membro superior homolateral à cirurgia aponta variação de 7 a 80%, as mais citadas são a redução da amplitude de movimento do ombro, diminuição na força de preensão, fraqueza, dormência na região do ombro, paredes axilares e lateral do tórax, dor e linfedema (HAYES et al., 2012; LAHOZ et al., 2010).

Estudos apontam que as morbidades no membro superior homolateral à cirurgia estão relacionadas principalmente a abordagem cirúrgica e que pode envolver hemorragias, infecções, seromas, linfedema, dor crônica, parestesia devido à lesão do nervo intercostobraquial, redução da amplitude de movimento do ombro, gerando incapacidade funcional e fraqueza (SOUSA, E. et al., 2013).

Gráfico 4 – Tipo de atividades de vida diária que gera dor nas participantes da pesquisa.



Fonte: própria

Em relação à dor, a atividade de vida diária mais referida pelas participantes, foi atividades relacionadas ao trabalho, contabilizando 4 participantes. Vestir-se, cuidar e arrumar, higiene pessoal e tomar banho provoca dor em 3 participantes, já andar, ir ao banheiro e alimentar-se foi referido somente por uma em cada AVD.

Em um estudo de Sousa et. Al. (2013) mostrou em relação ao quadro algico, 48,6% das 105 pacientes negaram ter qualquer sensação de dor no membro superior homolateral para realizar alguma atividade específica, ao tratamento cirúrgico par CA de mama, já 54,3% das mulheres negaram a sensação de dor espontânea.

O relato de dor no MMS pode ter início no pós- imediato e perdurar por longos períodos. A radioterapia pode ter influência direta no surgimento e na persistência de dor, podendo gerar quadros de dor crônica. A dor no MMSS foi um sintoma presente logo após a cirurgia, com aumento significativo da intensidade de dor imediatamente após a radioterapia neste estudo (BEZERRA, et al., 2012). Segundo Camargo e Marx (2000) pode-se observar a dificuldade de movimentação das articulações do ombro no pós-operatório de CA de mama.

A dor é sintoma que pode trazer maior impacto na qualidade de vida dos pacientes com câncer, envolvendo aspectos físicos, psicossociais e autonômicos, o controle da dor principalmente no pós-operatório desta patologia tem como principal objetivo propiciar melhor qualidade de vida (Lima et al. 2013).

Na Tabela 1 observa-se as pontuações médias e o desvio padrão (DP), em relação a incapacidade funcional e a dor para cada item do instrumento de avaliação.

Tabela 1 – Pontuações médias e desvios padrão de pontuação para cada item do instrumento SPADI Incapacidade Funcional

SPADI INCAPACIDADE FUNCIONAL	MÉDIA±DP
1. LAVAR SEU CABELO COM O BRAÇO AFETADO	3,3 ±3,38
2. LAVAR SUAS COSTAS COM O BRAÇO AFETADO	4,4 ±4,13
3. VESTIR UMA CAMISETA OU BLUSA PELA CABEÇA	4,1 ± 3,99
4. VESTIR UMA CAMISA QUE ABOTOA NA FRENTE	2,2 ± 2,86
5. VESTIR SUAS CALÇAS	3,9 ± 3,51
6. COLOCAR ALGO EM UMA PRATELEIRA ALTA COM O BRAÇO AFETADO	6,8 ± 4,21
7. CARREGAR UM OBJETO PESADO DE 5 KG COM O BRAÇO AFETADO	7,9 ± 3,96
8. RETIRAR ALGO DE SEU BOLSO DE TRÁS COM O BRAÇO AFETADO	3,5 ± 4,03

Fonte: própria

Tabela 2 – Pontuações médias e desvios padrão de pontuação para cada item do instrumento SPADI Dor

SPADI DOR	MÉDIA±DP
1. QUAL A INTENSIDADE DE SUA DOR QUANDO FOI A PIOR NA SEMANA PASSADA	5,4 ± 3,80
2. QUANDO SE DEITOU EM CIMA DO BRAÇO AFETADO	4,3 ± 4,24
3. QUANDO TENTOU PEGAR ALGO EM UMA PRATELEIRA ALTA COM O BRAÇO AFETADO	6,1 ± 4,48
4. QUANDO TENTOU TOCAR A PARTE DE TRÁS DO PESCOÇO COM O BRAÇO AFETADO	5,5 ± 4,59
5. QUANDO TENTOU EMPURRAR ALGO COM O BRAÇO AFETADO	5,1 ± 4,48

Fonte: própria

A tabela 1 apresenta as médias e desvios padrão de pontuação para cada item do instrumento SPADI em relação à incapacidade funcional. Destaca-se maiores pontuações médias dentro da dimensão incapacidade para os itens “carregar um objeto pesado de 5 kg com o braço afetado” com 7,9 (± 3,96) e “colocar algo em prateleira alta com o braço afetado” com 6,8 (± 4,12) e na dimensão dor para o item

“pegar algo de prateleira alta com o braço afetado” com 6,1 (\pm 4,48), item “tentou tocar a parte de trás do pescoço com o braço afetado” com 5,5 (\pm 4,59), em relação a intensidade de dor na última semana, sendo o primeiro item, com 5,4 (\pm 3,80).

O instrumento SPADI para dor e incapacidade foi aplicado em 120 mulheres na Espanha com até seis meses de pós-operatório de cirurgia para câncer de mama, mostrou índices próximas aos encontrados no presente estudo. Na dimensão “dor” o índice foi de 33,58 (\pm 25,71); em “incapacidade” 31,25 (\pm 36,39); e o total 32,14 (\pm 25,16) (LACOMBA, M.T., SANCHEZ, B.S., et. al., 2015).

Em um estudo realizado com 105 mulheres, com média de idade de 55,82 anos, mostrou que quase 52% das participantes não conseguiam realizar tarefas pesadas, que incluíam trabalho de jardinagem, carregar um objeto pesado, participar de atividades recreativas que exijam força ou impacto nos braços, ombro ou mãos, 49%, 42,9% 41%, respectivamente (SOUSA, E. et al., 2013).

Tabela 3 - Pontuações da média geral para cada paciente em relação ao SPADI.

PARTICIPANTE	SPADI INCAPACIDADE	SPADI DOR
1	28,75	66
2	0	0
3	82,5	94
4	51,25	62
5	80	96
6	12,5	0
7	40	10
8	5,71	10
9	78,75	100
10	75	90
MÉDIA	45,45	52,8
DESVIO PADRÃO	31,02	40,833

Fonte: própria

Sobre os resultados da mensuração da disfunção do ombro com o instrumento SPADI, o índice médio para a dimensão “incapacidade” foi 45,5 variando de 0 a 82% na amostra; para a dimensão “dor” a média foi 52,8, variando de 0 a 100%; e o escore total apresentou média de 48,9, conforme dados da Tabela 3.

5 CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos no presente estudo foi possível concluir que as atividades laborais exercidas pelas participantes estão relacionadas à agricultura e os principais tipos de tratamento realizados por elas são mastectomia, linfadenectomia, quimioterapia e radioterapia. Em relação ao índice avaliado para incapacidade funcional foi obtido o valor de 45,45 e 52,8 para dor, e a atividade laboral mais citada pelas participantes do presente estudo foram atividades relacionadas ao trabalho no ombro homolateral a cirurgia. Dessa maneira a fisioterapia deve ser implementada tendo como principal objetivo reduzir o impacto negativo que é causado pelo câncer e seu tratamento na qualidade de vida da mulher, favorecendo assim, o retorno às AVD's de forma mais rápida e propiciando uma melhor qualidade de vida. No entanto sugere-se mais estudos na área de fisioterapia oncológica relacionados ao CA de mama com uma amostra maior e com diferentes métodos avaliativos para ampliar o campo de conhecimento.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. C. S. D.; BARBOSA, E. M.; GEBRIM, L. H. **Diagnóstico e tratamento do câncer de mama**. Brasília: Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina, 2001. 15p. Projeto Diretrizes.

BERGMANN, A. et al. Prevalência de patologias de ombro no pré-operatório de câncer de mama: importância para a prevenção de complicações. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 7, n 4, p. 311-320, 2007.

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

BETHLEM, N. **Câncer de mama**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3217&ReturnCatID=1806>>. Acesso em: 04 de abr 2017.

BEZERRA, K. B. et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro v. 18, n. 7, p. 1933-1941, jul. 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica, Controle Dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. **Cadernos de Atenção Básica**, 2º Edição nº 13, Brasília – DF 2013.

BRAY, F. et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: a Cancer Journal for Clinicians**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

CAMARGO, M; MARX, A. **Reabilitação Física no Câncer de Mama**. São Paulo: Roca, 2000.

COFFITO: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Código de ética profissional de fisioterapia e terapia ocupacional**. Resolução no. 10, de 3 de julho de 1978 . Disponível em: <http://www.coffito.org.br> Acesso em: 04 de abr 2017.

COLLINS. R, NASH. R; Perceptions of upper-1. Body problems during recovery from breast cancer treatment. **Support Care Cancer**. 2004;12(2):106-13.

CORREIA, G.; OLIVEIRA, J.; FERRARI, R.; Avaliação da qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia radical e segmentar. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, v. 14, n 3, p. 31-36, 2007.

DIEGES, S.; PIRES, A.; A atuação do enfermeiro em radioterapia. **Rev Bras Cancerol** 1997; 43(4):251-5.

DUGNO, 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**. Vol. 10, nº 36, 2013.

FRANCO, Josélio M., **Mastologia Formação do especialista**, ED. Atheneu, São Paulo, 1997.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO (SP). **Manual de oncologia clínica**. São Paulo: Springer-Verlag; 1998.

GIOCON, F.P., PEIXOTO, B.O., KAMONSEKI, D.H., NETO, L.F.S. Efeitos do tratamento fisioterapêutico no pós-operatória de câncer de mama na força muscular e amplitude de movimento de ombro. **J Health Sci Inst**. 2013;31(3):316-9.

HAYES, S. C. et al. Upper-body morbidity after breast cancer: incidence and evidence for evaluation, prevention, and management within a prospective surveillance model of care. **Cancer, Hoboken**, v. 118, n. 8, p. 2237-2249, Apr 2012.

INCA, Instituto Nacional de Câncer, 2009. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 30 de mar 2017

INCA, **Controle do Câncer de Mama – Documento consenso**, Inca, 2004. Disponível em: <www.inca.gov.br>, acessado em: 02 abr. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama no Brasil: recomendações para os gestores estaduais e municipais**. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parametros_rastreamento_cancer_mama.pdf. Acesso em: 05 novembro 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tratamento para o câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2018c. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/tratamento. Acesso em: 20 out. 2019.

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

KENDALL, F. **Músculos, provas e funções, com postura e dor**. 5 ed. São Paulo: Manole, 2007.

KOWALSKI, LP; AGNELLI A,. **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia**. 2.ed. São Paulo: FAP; 2002.

LACOMBA, M.T., SANCHEZ, B.S., et. al., Health related quality of life improvement in breast cancer patients: Secondary outcome from a simple blinded, randomised clinical trial. **The Breast**. Volume 24, Issue 1, February 2015, Pages 75-8

LAHOZ, M. A. et al. Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomizadas. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 423-430, 2010.

LIMA, A. D. et al. Avaliação da dor em pacientes oncológicos internados em um hospital escola do nordeste do Brasil. **Revista Dor**. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 267- 271, out/dez. 2013.

NOGUEIRA, P.V.G., GUIRRO E.C.O., PALAURO, V.A. Efeitos da facilitação neuromuscular proprioceptiva na performance funcional de mulheres mastectomizadas. **Fisiot Brasil**. 2005;6(1):28-35.

NOVAES, Pers. Radioterapia. In: Brentani MM, Coelho FRG, Iyeyasu H, Kowalski LP, editores. **Bases da oncologia**. 1.ed. Sao Paulo: Ed. Marina; 1998.

SBM, **Sociedade Brasileira de Mastologia**, Disponível em: <www.sbmastologia.com.br>, acessado em: 2 de abril 2017.

SHAMLEY, D. et al. Shoulder morbidity after treatment for breast cancer is bilateral and greater after mastectomy. **Acta Oncol**, v. 51, n. 8, p. 1045-1053, nov. 2012.

PEREIRA, A.M.C; VIEIRA, Y.R.O.E; ALCÂNTARA, M.S.P. Avaliação de protocolo de fisioterapia aplicado a pacientes mastectomizadas a Madden. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 51, n. 2, p. 143-148, 2005.

PINHEIRO, A.B., et al. Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. **Rev. bras. cancerol.** [Internet] 2013;59(3) Disponível: http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/05-artigo-cancer-mama-mulheres-jovensanalise-casos.pdf acesso em 05 nov 2019.

RIBEIRO, L.R; COSTA, L.R; SANDOVAL, A.R. Conduta fisioterápica no linfedema pós-mastectomia por câncer de mama. **Revista Eletrônica Faculdade**, 2008.

SEBASTIÃO, Crislayne Keretch et al. MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA EM MULHERES COM IDADE INFERIOR A 40 ANOS. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 19, n. 3, set. 2014. ISSN 2176-9133. Disponível em:

<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34119/23214>>. Acesso em: 07 nov. 2019.
doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i3.34119>.

SILVA, P.A., RIUL, S.S.,. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev. bras. enferm.**vol.64, n.6, 2011.

SIMÕES, J. C.; GAMA, R. R.; WINHESKI, M. R. **Câncer, estadiamento e tratamento**. São Paulo: Lemar, 2008.

SOUSA, E. et al. Funcionalidade de membro superior em mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 409-417, 2013.

APÊNDICE A

À Associação Mãos Amigas (AMA)– Grupo de apoio às pessoas portadoras de câncer de Aratiba/RS,

Ilma Sra. Lucia Lopes da Silva - presidente do Grupo AMA/Aratiba/RS

Ao cumprimentá-la cordialmente, vimos através deste, solicitar sua autorização para a realização de pesquisa nas dependências desta Associação. A pesquisa intitulada: AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E DOR NO OMBRO DE MULHERES ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE APOIO ÀS PESSOAS PORTADORES DE CÂNCER DA CIDADE DE ARATIBA/RS, será realizada em forma de entrevista e questionário avaliativo próprio para disfunções de ombro e será somente aplicado para as mulheres acometidas por câncer de mama participantes do grupo AMA de Aratiba/RS. A mesma ocorrerá a data prevista para o encontro mensal do grupo e será realizada em horário que antecede a palestra.

Essa pesquisa tem como objetivo avaliar a incapacidade funcional do ombro e a dor de mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama que participam da Associação Mãos Amigas (AMA)– Grupo de apoio às pessoas portadoras de câncer de Aratiba/RS.

Desde já, informamos que uma cópia do projeto e desta carta de autorização ficará com a Coordenação do Curso de Fisioterapia. Os contatos dos pesquisadores, assim como do Comitê de Ética e Pesquisa da URI – Campus Erechim encontram-se abaixo para quaisquer esclarecimentos. Caroline Luísa Gallina (Aluno de Graduação Pesquisador): Email – carolinneig@hotmail.com e telefone - (54) 9 96020331. Caren Piccoli Maronesi (Professora Orientadora): Email – carentpiccoli@hotmail.com e telefone – (54) 9 9271-6363. Zequiela Russi (Professora Co-Orientadora): Email – zequirussi@yahoo.com.br e telefone – (54) 9 99176 5984 Comitê de ética e pesquisa da URI - Telefone – (54) 3520 9000 Ramal 9191.

Esperando obter parecer favorável a tal solicitação.

Atenciosamente,

Caren Piccoli Maronesi
Professora Responsável

Caroline Luísa Gallina
Pesquisadora

Zequiela Russi
Professora Responsável

APÊNDICE B

Ilma Sr. Participante do Grupo AMA

Vimos através deste, convidá-la a participar da pesquisa que será realizada juntamente com o encontro mensal do Grupo. A pesquisa intitulada como: AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E DOR NO OMBRO DE MULHERES ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE APOIO ÀS PESSOAS PORTADORES DE CÂNCER DA CIDADE DE ARATIBA/RS será realizada em forma de entrevista e questionário avaliativo próprio para disfunções de ombro e será somente aplicado para as mulheres acometidas por câncer de mama.

Ocorrerá na data prevista para o encontro mensal, em horário que antecede a palestra. Caso a participante não queira responder à pesquisa, poderá dirigir-se somente à palestra do grupo.

Atenciosamente,

Caren Piccoli Maronesi
Professora Responsável

Caroline Luísa Gallina
Pesquisadora

Zequiela Russi
Professora Responsável

APÊNDICE C

Comitê de Ética em Pesquisa
CEP | URI Erechim

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidada para participar como voluntária da pesquisa: **AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E DOR NO OMBRO DE MULHERES ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE APOIO ÀS PESSOAS PORTADORES DE CÂNCER DA CIDADE DE ARATIBA/RS** que tem como objetivo avaliar a incapacidade funcional do ombro e a dor de mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama que participam da Associação Mãos Amigas (AMA)– Grupo de apoio às pessoas portadoras de câncer de Aratiba/RS.

O projeto consiste nos seguintes procedimentos: realizar uma única avaliação através do ferramenta avaliativa *Shoulder Pain and Disability Index* (SPADI) que é um questionário de qualidade de vida desenvolvido para avaliar a dor e a incapacidade associada às disfunções de ombro em forma de entrevista. O questionário compreende dois níveis avaliativos: Escala de Incapacidade com 8 itens e Escala da Dor, com 5 itens. Na Escala de Incapacidade o avaliado poderá assinalar ao lado de cada item, o número correspondente ao grau de dificuldade em realizar a referida tarefa. O número zero representa “Sem dificuldade” e o número dez, “Não conseguiu fazer”. Assim, o participante da pesquisa assinala o número que melhor descreve quanta dificuldade teve para realizar cada uma das atividades durante a semana passada. Na escala da Dor, o avaliado deverá assinalar ao lado de cada item o valor que melhor representa a dor sentida em cada situação. O número zero representa “Sem dor” e o número dez representa “A pior dor”. O participante indicará o número que melhor descreve quanta dor sentiu durante a semana passada em cada uma das referidas situações. A pontuação total do questionário pode variar de 0 a 100, sendo quanto maior a pontuação, pior a situação de dor e/ou disfunção do paciente.

Durante a execução do projeto a participante da pesquisa obterá benefícios diretos da aplicação deste estudo, os quais se referem a obter ciência do seu nível de dor e de incapacidade funcional de ombro o que propiciará a senhora buscar alívio e melhoras dos sintomas, caso necessário, tendo a devida comprovação da necessidade deste. O estudo também lhe oferecerá benefícios indiretos, pois os resultados deste poderão contribuir com a comunidade científica, sobretudo a fisioterapia, momentos em que identifica em uma população específica necessidades de alívio de dor e melhoras na capacidade funcional do membro superior

É possível que a pesquisa ofereça algum desconforto pelo tempo destinado para responder o questionário para a qual a pesquisadora permanecerá no local com o propósito de esclarecer possíveis dúvidas que possam surgir frente às perguntas evitando ampliar mais o tempo de aplicação do questionário. Também poderão estar associados à realização desta pesquisa, riscos emocionais pelo conteúdo da mesma. Estes riscos podem ser amenizadas através do encaminhamento da voluntária, para a diretoria do grupo AMA a qual possui auxílio e suporte da Secretaria de Saúde da cidade de Aratiba/RS para oferecer profissional habilitado para cada necessidade.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, você tem direito de:

1. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade (todos os documentos e dados físicos oriundos da pesquisa ficarão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma ecologicamente correta).
2. Assistência durante toda pesquisa, bem como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que quiser saber antes, durante e depois da sua participação.
3. Recusar a participar do estudo, ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrer qualquer prejuízo à assistência a que tem direito.
4. Ser ressarcido por qualquer custo originado pela pesquisa (tais como transporte, alimentação, entre outros, bem como ao acompanhante, se for o caso, conforme acerto preliminar com os pesquisadores). Não haverá compensação financeira pela participação.
5. Ser indenizado, conforme determina a lei, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo.
6. Procurar esclarecimentos com o Sra Caroline Luísa Gallina, por meio do número de telefone: (54) 9 96020331, no Endereço Avenida 21 de Abril, número 209, CEP: 99740-000 na cidade de Barão de Cotegipe, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

7. Entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da URI Erechim pelo telefone (54)3520-9000, ramal 9191, entre segunda e sexta-feira das 13h30min às 17h30min ou no endereço Avenida Sete de Setembro, 1621, Sala 1.37 na URI Erechim ou pelo e-mail eticacomite@uricer.edu.br, se achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como foi proposta ou que se sinta prejudicado (a) de alguma forma, ou se desejar maiores informações sobre a pesquisa.

Eu, _____,
 declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Participante da Pesquisa:

Eu, Caren Picoli Maronesi declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Professor pesquisador:

Eu, Zequiela Russi declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Professor pesquisador:

Eu, Caroline Luísa Gallina, declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do aluno-pesquisador:

APÊNDICE D

Comitê de Ética em Pesquisa
CEP | URI Erechim



Termo de Ciência para Questionário Anônimo

Você está convidada a preencher este questionário anônimo que faz parte da coleta de dados da pesquisa: AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E DOR NO OMBRO DE MULHERES ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE APOIO ÀS PESSOAS PORTADORES DE CÂNCER DA CIDADE DE ARATIBA/RS sob execução da aluna Caroline Luísa Gallina, telefone (54) 9 96020331, e sob responsabilidade da pesquisadora Prof. Caren Piccoli Maronesi, telefone (54) 9 9271-6363 e Prof. Zequiela Russi, telefone (54) 9 91765984.

Caso você concorde em participar da pesquisa, leia com atenção os seguintes pontos: a) você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza; b) você pode deixar de participar da pesquisa e não precisa apresentar justificativas para isso; c) sua identidade será mantida em sigilo; d) caso você queira, poderá ser informado(a) de todos os resultados obtidos com a pesquisa, independentemente do fato de mudar seu consentimento em participar da pesquisa. Esse Projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética da URI – Campus de Erechim (Fone: (54) 3520-9000. r. 9191).

Idade: _____ Profissão: _____

Tratamento realizado:

() Cirurgia () Retirada de mama () Retirada de Mama e Linfonodos ()
Quimioterapia () Radioterapia

Apresenta dificuldade funcionais relaciona a movimentação do braço do mesmo lado da cirurgia () Sim () Não

Se sim, em qual das atividade apresenta dificuldade?

- alimentar-se ir ao banheiro escolher roupa vestir-se
 arrumar e cuidar da higiene pessoal tomar banho andar
 ao realizar atividades necessárias no meu trabalho

Apresenta dor de intensidade variada, relaciona a movimentação do braço do mesmo lado da cirurgia Sim Não

Se sim, em qual das atividade apresenta dor ?

- alimentar-se ir ao banheiro escolher roupa vestir-se
 arrumar e cuidar da higiene pessoal tomar banho andar
 ao realizar atividades necessárias no meu trabalho

ANEXO A

Comitê de Ética em Pesquisa
CEP | URI Erechim



Termo de Ciência para Questionário Anônimo

Você está convidada a preencher este questionário anônimo que faz parte da coleta de dados da pesquisa AVALIAÇÃO DE OMBRO DE MULHERES ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE APOIO ÀS PESSOAS PORTADORES DE CÂNCER DA CIDADE DE ARATIBA/RS sob execução da aluna Caroline Luísa Gallina, telefone (54) 9 96020331, e sob responsabilidade da pesquisadora Prof. Caren Piccoli Maronesi, telefone (54) 9 9271-6363 e Prof. Zequiela Russi, telefone (54) 9 91765984.

Caso você concorde em participar da pesquisa, leia com atenção os seguintes pontos: a) você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza; b) você pode deixar de participar da pesquisa e não precisa apresentar justificativas para isso; c) sua identidade será mantida em sigilo; d) caso você queira, poderá ser informado(a) de todos os resultados obtidos com a pesquisa, independentemente do fato de mudar seu consentimento em participar da pesquisa. Esse Projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética da URI – Campus de Erechim (Fone: (54) 3520-9000. r. 9191).

Comitê de Ética em Pesquisa

CEP | URI Erechim



A – ÍNDICE DE DOR E INCAPACIDADE NO OMBRO – SPADI –BRASIL

Braço avaliado: _____ Data: __/__/__

Escala de Incapacidade

Os números ao lado de cada item representam o grau de dificuldade que você teve ao fazer aquela atividade. O número zero representa “Sem dificuldade” e o número dez representa “Não conseguiu fazer”. Por favor, indique o número que melhor descreve quanta dificuldade você teve para fazer cada uma das atividades durante a semana passada. Se você não teve a oportunidade de fazer uma das atividades na semana passada, por favor, tente estimar qual número você daria para a sua dificuldade.

Durante a semana passada, qual o grau de dificuldade que você teve para:		
1. Lavar seu cabelo com o braço afetado?	() NA	Sem dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não Conseguiu fazer
2. Lavar suas costas com o braço afetado?	() NA	Sem dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não Conseguiu fazer
3. Vestir uma camiseta ou blusa pela cabeça?	() NA	Sem dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não Conseguiu fazer
4. Vestir uma camisa que abotoa na frente?	() NA	Sem dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não Conseguiu fazer
5. Vestir suas calças?	() NA	Sem dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não Conseguiu fazer
6. Colocar algo em uma prateleira alta com o braço afetado?	() NA	Sem dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não Conseguiu fazer

7. Carregar um objeto pesado de 5Kg (saco grande de arroz) com o braço afetado?	() NA	Sem dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não Conseguiu fazer
8. Retirar algo do seu bolso de trás com o braço afetado?	() NA	Sem dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não Conseguiu fazer

Total ____/Possível ____ * 100 ____

Escala de Dor

O número ao lado de cada item representa quanta dor você sente em cada situação. O número zero representa “Sem dor” e o número dez representa “A pior dor”. Por favor, indique o número que melhor descreve quanta dor você sentiu durante a semana passada em cada uma das seguintes situações.

Se você não teve a oportunidade de fazer uma das atividades na semana passada, por favor, tente estimar qual número você daria para a sua dor.

1. Qual a intensidade da sua dor quando foi a pior na semana passada?	Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor
D urante a semana passada, qual a gravidade da sua dor:	
2. Quando se deitou em cima do braço afetado?	Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor
3. Quando tentou pegar algo em uma prateleira alta com o braço afetado?	Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor
4. Quando tentou tocar a parte de trás do pescoço com o braço afetado?	Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor
5. Quando tentou empurrar algo com o braço afetado?	Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor

Total ____/Possível ____ * 100 ____

Pontuação Total do Que