

ARTIGO ORIGINAL

Funcionalidade de mulheres com câncer de mama segundo a perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Functionality of women with breast cancer from the perspective of the International Classification of Functioning Disability and Health

FERNANDA CRISTINA SILVA¹, FERNANDA COUTINHO OLIVEIRA¹, ANDREI PEREIRA PERNAMBUCO^{1,2}

¹CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA – FORMIGA, MG-BRASIL

²UNIVERSIDADE DE ITAÚNA – ITAÚNA, MG- BRASIL

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA: ANDREI PEREIRA PERNAMBUCO – RUA: ARAXÁ, Nº 206. BAIRRO: MORRO DO SOL – CEP: 35680-284-ITAÚNA, MG- BRASIL. E-MAIL: PERNAMBUCOAP@YMAIL.COM

RESUMO

Introdução: O câncer de mama (CM) é a neoplasia mais frequente em mulheres com prevalência de 2%. Os avanços na terapêutica do CM reduziram o índice de mortalidade. O aumento da sobrevida quase sempre está acompanhado de comorbidades físicas e ou psicológicas que podem impactar na funcionalidade destas mulheres. **Objetivo:** Descrever a funcionalidade de mulheres com CM submetidas a intervenção cirúrgica. **Método:** Inicialmente, foi utilizado um questionário de identificação para coleta dos dados sociodemográficos. A funcionalidade foi descrita por meio do core set completo da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) elaborado para o CM. A análise estatística descritiva foi realizada no software GraphPad Prism v.5. **Resultados:** Participaram do estudo 87 mulheres que foram tratadas por meio de intervenção cirúrgica. As participantes apresentaram média de idade de 54,71 anos (DP=10,23). As duas categorias mais impactadas em cada um dos componentes da CIF foram: b4353 (funções dos nódulos linfáticos); b650 (funções da menstruação); s4201 (estrutura dos linfonodos); s6302 (estrutura da mama e mamilo); d177 (tomar decisões); d240 (lidar com o estresse). O fator ambiental que mais funcionou como barreira foi e225 (clima) e o que melhor funcionou como facilitador foi e465 (normas práticas e ideologias). **Conclusão:** Por meio do core set abrangente da CIF foi possível observar quais foram as categorias mais acometidas após tratamento de CM, de acordo com o modelo biopsicossocial.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Neoplasias da mama; Mastectomia.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer (BC) is the most common neoplasm in women with a prevalence of 2%. Advances in BC therapy have reduced the mortality rate. Increased survival is usually accompanied by physical and/or psychological comorbidities that can affect the functionality of these women. **Objective:** To describe the functional-

ity of women with BC undergoing treatment through surgical intervention. **Method:** Initially, an identification questionnaire was used to collect sociodemographic data. The functionality was described using the complete core set of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) prepared for the CM. Descriptive statistical analysis was performed using GraphPad Prism v.5 software. **Results:** The study included 87 women who were treated through surgical intervention. The participants had a mean age of 54.71 years (SD=10.23). The two most impacted categories in each of the ICF components were: b4353 (lymph node functions); b650 (functions of menstruation); s4201 (structure of lymph nodes); s6302 (structure of breast and nipple); d177 (making decisions); d240 (dealing with stress). The environmental factor that worked best as a barrier was e225 (climate), and the one that worked best as a facilitator was e465 (practical norms and ideologies). **Conclusion:** Through the comprehensive core set of the ICF, it was possible to determine which categories were most affected after BC treatment, according to the biopsychosocial model.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health; Breast neoplasms; Mastectomy.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama (CM) é uma doença multifatorial cuja etiopatogenia não foi totalmente esclarecida¹. As evidências indicam que esta é provavelmente o resultado da interação entre causas endógenas e exógenas, inclusive as genéticas². Este tipo de câncer é o mais frequente em mulheres e sua prevalência é estimada em 2% na população mundial^{1,2}.

O avanço nas técnicas terapêuticas para os diversos tipos de cânceres, em especial para o CM, reduziu o índice de mortalidade e aumentou consideravelmente a sobrevida das pessoas diagnosticadas com esta condição². Este fenômeno se deve às diversas técnicas

utilizadas para o tratamento do CM, tais como a quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e as cirurgias, em especial a mastectomia³. O tratamento ideal para o CM depende de vários fatores, dentre eles: dimensão e localização do tumor, presença ou não de metástases e estadiamento da lesão^{2,3}.

No Brasil, o diminuto número de programas de saúde pública e campanhas na mídia relacionados à prevenção e ou identificação do CM em estágios iniciais acarreta na maioria das vezes no diagnóstico tardio desta doença⁴. Este fato implica na necessidade de utilização de condutas terapêuticas mais agressivas que podem ocasionar o surgimento de sequelas físicas e psicológicas como: dor, fadiga, distúrbios do sono, ansiedade, mutilações, linfedema, redução da amplitude de movimento, dentre outras^{3,4}. Todas estas alterações isoladas ou em conjunto podem comprometer a qualidade de vida e a funcionalidade das mulheres com CM^{4,5}.

A funcionalidade refere-se a um termo amplo que engloba a integridade das funções e estruturas corporais somada a capacidade preservada de realizar atividades rotineiras ou participar ativamente da vida social⁵. O modelo mais apropriado para descrever a funcionalidade é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁶. A CIF foi publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e fundamenta-se no modelo biopsicossocial⁷. Tem como objetivo descrever a saúde e os aspectos relacionados à saúde com uma visão abrangente da sociedade e do indivíduo, considera ainda a influência de fatores ambientais e pessoais sobre a situação vivenciada. Além disso, a CIF utiliza uma linguagem padronizada e universal que permite a comparação entre serviços e até entre países diferentes^{7,8}. Os componentes da CIF são: estrutura do corpo, função do corpo, atividade e participação e, fatores contextuais (ambientais e pessoais). Todos estes componentes interagem de maneira

ra equânime e de forma multidimensional, impactando ou sendo impactados uns pelos outros⁶.

A versão atual da CIF possui 1424 categorias, no entanto, para facilitar a utilização deste instrumento tão abrangente foram elaborados core sets (conjuntos de categorias principais) para as mais diversas condições de saúde^{6,8}. Os core sets agrupam as principais categorias da CIF relacionadas a uma determinada condição de saúde, como por exemplo, o CM. O core set para CM foi publicado, possui 80 categorias e, de acordo com os autores pode classificar os diversos componentes da funcionalidade de um indivíduo com CM⁸.

Neste contexto, o objetivo do estudo foi descrever a funcionalidade de mulheres com diagnóstico de CM submetidas à intervenção cirúrgica, por meio de um core set da CIF validado para o CM.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo observacional transversal.

Amostra

Participaram do presente estudo 87 mulheres. O recrutamento das voluntárias foi realizado através de uma busca ativa por meio de contatos com médicos, pacientes com CM e/ou serviços especializados em atendimento ou apoio às pessoas com câncer, nos municípios de Pains, Formiga e Divinópolis. A priori, foi realizado um cálculo amostral que determinou que o número mínimo de participantes do estudo deveria ser de 84 mulheres. Para o cálculo amostral, foi considerada a prevalência de câncer de mama de 2%. Admitindo-se intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 3%. Para a participação no estudo, foi necessário que a voluntária atendessem a todos os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Critérios de inclusão e exclusão

Participaram do estudo, mulheres que passaram por intervenção cirúrgica para tratamento de CM há no mínimo seis meses, com idade entre 30 e 70 anos e que assinaram o TCLE. Foram excluídas do estudo as mulheres com CM bilateral, doença ativa loco regional ou à distância, intervenção cirúrgica realizada no período inferior a seis meses da data do estudo, alterações funcionais já existentes antes do CM, ausência de intervenção cirúrgica axilar (linfadenectomia axilar parcial ou total e/ou biópsia do linfonodo sentinela).

Instrumento de coleta de dados

Inicialmente foi utilizado um questionário de identificação para coleta dos dados sociodemográficos (idade, estado civil, ocupação, tempo de cirurgia). Foi utilizado o core set abrangente da CIF para classificar a funcionalidade de mulheres com CM, a entrevista foi realizada por pesquisadores treinados no uso da CIF.

O core set abrangente da CIF para o CM é um instrumento composto de 80 categorias: 26 de funções do corpo, nove de estruturas do corpo, 22 de atividade e participação e 23 de fatores ambientais. Para aplicação do core set foi lido o nome da categoria, a descrição e o que a categoria incluía. Em seguida, foi realizada pergunta contemplando todas as informações lidas anteriormente. Para cada categoria do core set, por meio de autorrelato, a participante da pesquisa atribuiu uma pontuação de zero à quatro conforme a escala de qualificadores genéricos da CIF. Nesta escala genérica, o zero representa a ausência do problema (0% a 4%), o um refere-se a um problema leve (5% a 24%), o dois refere-se a um problema moderado (25% a 49%), o três à problema grave (50% a 95%) e o quatro a problema completo (96% a 100%). Neste sentido, quanto maior a pontuação atribuída à categoria, maior é o comprometimento apresentado pelo paciente naquela categoria. É importante ressaltar que

os fatores ambientais podem ser codificados de forma positiva ou negativa. Neste caso um sinal de “+” antes do qualificador indica que o fator ambiental atua como um facilitador e um ponto final “.” antes do qualificador indica a presença de uma barreira⁷.

Análise estatística dos dados

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis ordinais a fim de se determinar as medidas de tendência central (média) e as medidas de dispersão (desvio padrão). A distribuição dos dados foi avaliada pelo Teste de Shapiro Wilk, com nível de significância ajustado para $\alpha=0,05$. A análise descritiva foi realizada no software GraphPad Prism v.5.

Cuidados éticos

Este estudo foi realizado mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos, através dos respectivos pareceres de número: 1.251.833 e 1.549.175. Importante ressaltar que todas as etapas da pesquisa obedeceram às recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para a participação no estudo, as voluntárias assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

RESULTADOS

As participantes apresentaram média de idade $54,71 \pm 10,23$ anos. Quanto à faixa etária, 18,39% das pacientes tinham idade entre 30 e 45 anos; 47,12% tinham idade entre 46 e 60 anos; e 34,48% das pacientes tinham idade acima de 60 anos. Em relação à profissão/ocupação, 59 (67,82%) eram do lar, aposentadas e/ou empregadas domésticas, 28 (32,18%) estavam atuando em ocupações diversas. Quanto ao estado civil, 50 (57,47%) eram casadas, 11 (12,79%) divorciadas, 14 (16,09%) solteiras e 12 (13,79%) viúvas.

Em relação ao tratamento cirúrgico, 39,09% das mulheres tinham sido submetidas a mastectomia total e, 60,91% realizaram mastectomia parcial. Em rela-

ção ao tratamento sistêmico com hormonioterapia, 60,91% das mulheres usaram ou ainda fazem uso de medicação moduladora seletiva do receptor de estrogênio. Quanto ao tempo de cirurgia, encontrou-se média de $4,28 \pm 3,71$ anos, seis (6,7%) realizaram cirurgia com menos de um ano, 42 (48,28%) realizaram entre um ano e três anos, 14 (16,09%) entre quatro e seis anos e 25 (28,74%) acima de seis anos.

As duas categorias mais impactadas em cada um dos componentes da CIF foram: b4353–funções dos nódulos linfáticos ($2,1 \pm 1,4$ pontos); b650–funções da menstruação ($2,2 \pm 1,7$ pontos). O gráfico 1 demonstra a pontuação média obtida no componente função do corpo, em cada uma das categorias da CIF avaliadas neste estudo.

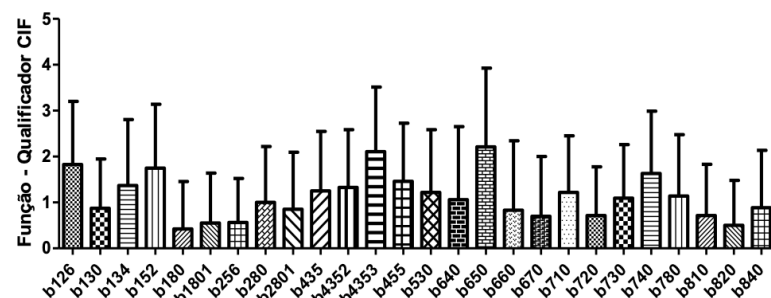


Gráfico 1 • Pontuação média nas diversas categorias do componente função do corpo presentes no *core set* da CIF para CM (n=87). Descrição de cada categoria apresentada no gráfico: b126-Função de temperamento e personalidade; b130-Funções de energia e propulsão; b134-Dormir; b152-Funções emocionais; b180-Funções de tempo; b1801-Imagem corporal; b256-Função do toque; b280-Dor; b2801-Dor em parte do corpo; b435-Função imunológica; b4352-Funções dos vasos linfáticos; b4353-Funções dos nódulos linfáticos; b455-Funções de tolerância; b530-Funções de manutenção do peso; b640-Funções sexuais; b650-Funções da menstruação; b660-Funções de procriação; b670-Senções associadas às funções genitais e reprodutoras; b710-Mobilidade das articulações; b720-Mobilidade das funções ósseas; b730-Força muscular; b740-Funções de resistência muscular; b780-Senções relacionadas às funções musculares e de movimento; b810-Funções protetoras da pele; 820-Funções reparadoras da pele; b840-Sensação relacionada à pele. Os dados estão apresentados em média \pm desvio padrão.

No componente estrutura corporal as categorias que receberam qualificadores mais altos e, portanto, apresentaram mais problemas foram: s4201- linfonodos ($2,0 \pm 1,4$ pontos), s6302–mama e mamilo ($1,8 \pm 1,3$ pontos).

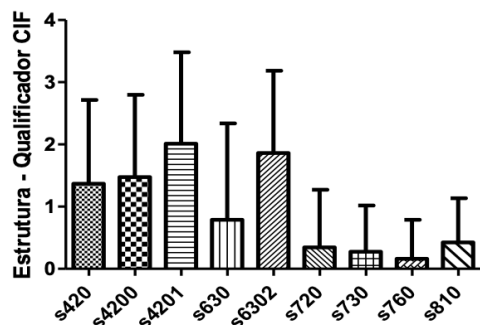


Gráfico 2 • Pontuação média nas diversas categorias do componente estrutura do corpo presentes no *core set* da CIF para CM (n=87). Descrição de cada categoria apresentada no gráfico: s420-Estrutura do sistema imunológico; s4200-Estrutura dos vasos linfáticos; s4201-Linfonodos; s630-Estrutura do sistema reprodutor; s6302-Mama e mamilo; s720-Região do ombro; s730-Extremidade superior (braço, mão); s760-Tronco; s810-Estrutura de áreas da pele. Os dados estão apresentados em média \pm desvio padrão.

No componente de atividade e participação as categorias que receberam qualificadores mais altos e, portanto, apresentam maiores problemas foram: d240–lidar com o estresse ($1,5 \pm 1,4$ pontos); d177–tomar decisões, ($1,2 \pm 1,5$ pontos).

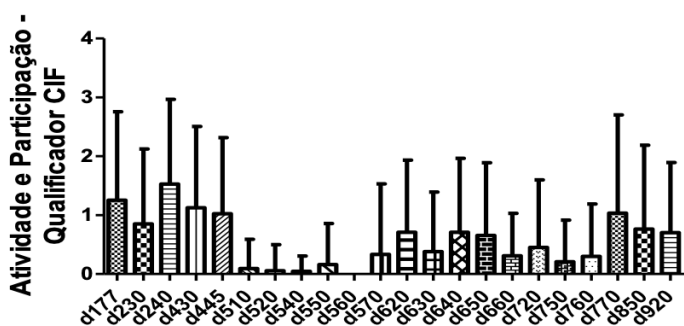


Gráfico 3 • Pontuação média nas diversas categorias do componente atividade e participação presentes no *core set* da CIF para CM (n=87). Descrição de cada categoria apresentada no gráfico: d177- tomar decisões, d230- realizar a rotina diária, d240- lidar com o estresse e outras demandas psicológicas, d430- levantar e carregar objetos, d445- uso da mão e do braço, d510- lavar-se, d520- cuidados das partes do corpo, d540- vestir-se, d550- comer, d650- beber, d570- cuidar da própria saúde, d620- aquisição de bens e serviços, d630- preparação de refeições, d640- realização das tarefas domésticas, d650- cuidar dos objetos da casa, d660- ajudar os outros, d720- interações interpessoais complexas, d750- relações sociais informais, d750- relações familiares, d770- relações íntimas, d850- trabalho renumerado, d920- recreação e lazer. Os dados estão apresentados em média \pm desvio padrão.

Na qualificação dos fatores ambientais a categoria que mais funcionou como barreira foi e225–clima ($-0,6 \pm 2,6$ pontos); e a que funcionou melhor como facilitador foi e465–normas práticas e ideologias ($3,4 \pm 1,2$ pontos).

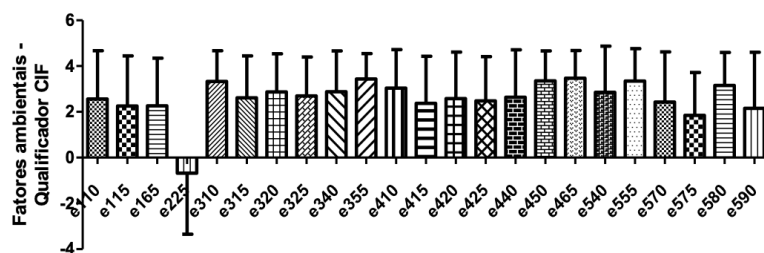


Gráfico 4 • Pontuação média nas diversas categorias do componente fatores ambientais presentes no *core set* da CIF para CM (n=87). Descrição de cada categoria apresentada no gráfico: e110- produtos ou substância para consumo pessoal, e115- produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária, e165- bens, e225- clima, e310- família imediata, e315- outros parentes, e320- amigos, e325- conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade, e340- cuidadores e assistentes pessoais, e355- profissionais de saúde, e410- atitudes individuais de membros familiares imediatos, e415- atitudes individuais de outros membros familiares, e420- atitudes individuais dos amigos, e425- Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade, e440- Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais, e450- Atitudes individuais dos profissionais da saúde, e465- Normas, práticas e ideologias sociais, e540- Serviços, sistemas e políticas de transporte, e555- Serviços, sistemas e políticas de associações e organizações, e570- Serviços, sistemas e políticas de previdência social, e575- Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral, e580- Serviços, sistemas e políticas de saúde, e590- Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego. Os dados estão apresentados em média \pm desvio padrão.

DISCUSSÃO

As participantes apresentaram média de idade de aproximadamente 55 anos. As duas categorias mais impactadas em cada um dos componentes da CIF foram: b4353 (funções dos nódulos linfáticos); b650 (funções da menstruação); s4201 (estrutura dos linfonodos); s6302 (estrutura da mama e mamilo); d177 (tomar decisões); d240 (lidar com o estresse). O fator ambiental que mais funcionou como barreira foi e225 (clima) e o que melhor funcionou como facilitador foi e465 (normas práticas e ideologias).

É sabido que há um risco aumentado em pelo menos seis vezes para o desenvolvimento do câncer de mama com o avanço da idade⁹. O risco de desenvolvimento do CM aos 30 anos é de um caso para cada 225 mulheres e aos 70 anos uma em 26¹⁰. O CM possui alta prevalência em todo o mundo e, atualmente ocupa o primeiro lugar em incidência entre o sexo feminino, além de apresentar elevado índice de morbimortalidade⁴. Para cada 100 novos casos de CM feminino, apenas um caso é diagnosticado no sexo masculino^{4,10}.

Como resultado de avanços no tratamento, incluindo o uso combinado de cirurgia, terapia de radiação e quimioterapia, as taxas de sobrevivência após o câncer aumentaram em 50%^{9,10}. Porém, a parcela de sobreviventes apresentou comprometimentos biopsicossociais diversos¹¹. Neste sentido, a utilização de um core set abrangente da CIF para o CM pode ser considerada uma ferramenta útil para observar os principais comprometimentos biopsicossociais dos pacientes com esta condição, uma vez que essa versão aborda toda a extensão dos problemas funcionais tipicamente encontradas em paciente com CM⁸.

Em relação à função corporal, observou-se que a categoria b4353 (função dos nódulos linfáticos) foi a mais impactada entre as participantes deste estudo. A principal explicação para isso é que todas as voluntárias foram submetidas a linfadenectomia como parte do tratamento para o CM. Este tipo de intervenção cirúrgica remove os linfonodos principais e os vasos coletores axilares, o que acarreta prejuízo grave do fluxo linfático e sobrecarga deste sistema¹².

Já a categoria b650 (funções da menstruação), que inclui regularidade da menstruação e a quantidade de fluxo menstrual também se mostrou alterada entre as voluntárias do estudo. Em mulheres com CM os sintomas do climatério, como, por exemplo, as alterações menstruais, relacionam-se a três possíveis causas: a interrupção da terapia hormonal (TH), a menopausa

induzida pela quimioterapia e a fase natural do climatério^{13,14}. Ravi *et al.* (2020) demonstrou uma prevalência de 91,5% de amenorreia em pacientes com CM e, de acordo com os autores a amenorreia em mulheres jovens (média de 37 anos) se deve ao tratamento quimioterápico ao qual foram submetidas¹⁵. No presente estudo a principal causa para as alterações da menstruação parecem mesmo estar associadas ao tratamento quimioterápico e hormonioterápico.

Contudo, não se pode desconsiderar que a média de idade apresentada pelas voluntárias deste estudo, coincide com o a idade média do climatério em brasileiras, que é de 48 a 55 anos¹⁶. Também é importante ressaltar que Lee *et al.* (2019) demonstraram que o Tamoxifeno está associado com a mudança de padrão menstrual na ausência de quimioterapia¹⁷. Já que quase a metade das mulheres que usaram Tamoxifeno relataram mudança no padrão menstrual durante os primeiros seis meses de uso, e quase um quarto delas relatou amenorreia.

Em relação às estruturas do corpo, observou-se que a categoria mais impactada foi s4201 (linfonodos). Conforme mencionado acima, a retirada total ou parcial dos linfonodos na dissecação axilar leva a comprometimento do transporte de linfa no quadrante superior do tronco e braço, resultando em linfedema grave, dor e dificuldade para movimentar o membro superior ipsilateral¹². O linfedema é causado pela redução do transporte da linfa. Cerca de 10% a 34% das pessoas com câncer de mama apresentam esta complicação¹⁸. Também é importante destacar que os linfonodos são importantes para o sistema imunológico, pois os antígenos, inclusive as células tumorais são aprisionadas nestas estruturas e posteriormente são agredidas por células da resposta imune íntata e adaptativa, como por exemplo, macrófagos, natural killers e linfócitos T e B^{18,19}. A exereses dos linfonodos é necessária pelo fato de que caso as células tumorais escapem dos lin-

fonodos, podem ocorrer metástases em órgãos ou tecidos distantes do tumor primário. Em decorrência da linfadenectomia os pacientes podem experimentar problemas físicos, psicológicos e sociais¹⁹.

No presente estudo, a segunda categoria mais impactada em relação às estruturas corporais foi s6302 (mama e mamilo). A mastectomia é considerada dentre os tratamentos cirúrgicos para o câncer de mama, o procedimento mais invasivo e doloroso, além disso, altera completamente a anatomia da mama e a imagem corporal das pacientes^{19,20}. Neste sentido, pode acarretar repercussões emocionais significativas além das alterações funcionais²⁰. A mutilação provocada pelo ato cirúrgico fere não só o corpo, mas também o psicológico da mulher, já que a mama é conceituada pela sociedade como um dos principais símbolos da identidade feminina^{20,21}. Apesar do impacto físico e emocional causado pela mastectomia, este é ainda o principal e mais efetivo método de controle para o CM²¹.

Em relação à atividade e participação a categoria d240 (lidar com o estresse e outras demandas psicológicas) foi a mais impactada. Um diagnóstico de câncer funciona como um agente estressor de alta magnitude e, provavelmente, causará um impacto significativo na vida particular e social dos indivíduos. A presença do estresse e de uma doença grave, associada ao uso de tratamentos com diversos efeitos colaterais prejudicam fortemente as atividades de vida diária e sociais²². Alguns dos pacientes diante de uma notícia como esta, reagem negativamente, optam por não se tratarem, se isolam de familiares, deixam de participar de atividades sociais e podem inclusive, alimentar pensamentos suicidas²³. Muitos pacientes, por não conseguirem lidar com esta demanda psicológica acabam por desenvolver quadros de depressão^{23,24}.

Outra categoria de atividade e participação que se demonstrou impactada nestes participantes foi a d177 (tomar decisões). Esta categoria refere-se a fazer uma

escolha entre opções, implementar a opção escolhida e observar os efeitos de tal decisão⁶. O diagnóstico de CM associado à manifestação do estresse pode refletir em insegurança frente a situações da vida, alterando o estado como as pessoas lidam com seus problemas e os mecanismos utilizados para enfrentá-los (estratégias de *coping*). É importante ressaltar, que a literatura ainda aborda muito superficialmente esta temática, e por isso, novos estudos com finalidade semelhante precisam ser conduzidos. O que se observa, é que algumas pessoas nesta situação entregam seu futuro às “Forças Divinas” e muitas vezes sentem-se desestimuladas e não assumem as decisões necessárias e ou se responsabilizam por tais escolhas²⁵. Outro fator que pode prejudicar a tomada de decisões é o fato de que muitos pacientes ainda recebem o diagnóstico de câncer como uma sentença de morte e, portanto, se não sabem quando irão a óbito, não planejam um futuro²⁶.

No que se refere aos fatores ambientais, a única categoria apontada pelas participantes como barreira foi a e225 (clima). Esta categoria se refere às características e eventos meteorológicos, inclui temperatura, umidade, pressão, vento e variações sazonais⁶. As participantes do presente estudo relataram que o clima mais quente contribui de forma negativa. Essas ondas de calor podem levar a alterações do sono, desconforto e irritabilidade. O câncer pode estar associado como a intensidade dessas ondas de calor, e o aparecimento ou a piora delas podem estar associados com o efeito da quimioterapia e também com o uso de Tamoxifeno²¹.

Já a categoria apontada como principal facilitador foi e465 (normas práticas e ideologias sociais). Esta categoria se refere ao comportamento religioso; doutrina religiosa; regras e sistemas abstratos de valores e crenças; normas sociais de moral e comportamento religioso⁶. Um estudo evidenciou que ao tomarem consciência sobre a sua doença na fase do diagnóstico, as pessoas se apegam a religião, para terem forças

para a realização do tratamento²⁵. Além disso, outro trabalho concluiu que as práticas religiosas aliviam os sintomas e promovem o bem-estar em pacientes com câncer, afetando consideravelmente os aspectos mentais e sociais e sua adaptação ao tratamento, já que a angústia e os efeitos colaterais fisiológicos e mentais decorrente do tratamento em pacientes com câncer são queixas frequentes²⁶.

Torna-se fundamental destacar que a identificação das categorias mais impactadas em cada um dos componentes da CIF permite que o processo de tomada de decisão clínica seja pautado nas reais necessidades do paciente, assim como sugere a OMS. Deste modo, o tratamento fisioterapêutico pode focar nas principais alterações apresentadas pelos pacientes, tornando-se ainda mais resolutivo, permitindo não só a recuperação física e funcional, mas também a recuperação emocional e a reinserção mais rápida destas mulheres na sociedade²⁷. Apesar de essa ser uma perspectiva plausível, dado o desenho experimental do estudo, bem como o tamanho amostral utilizado, não era objetivo do estudo investigar tais hipóteses. Futuros estudos poderão ser conduzidos para endereçar essa questão.

CONCLUSÃO

Por meio do core set abrangente da CIF foi possível observar que as categorias: b4353 (funções dos nódulos linfáticos); b650 (funções da menstruação); s4201 (estrutura dos linfonodos); s6302 (estrutura da mama e mamilo); d177 (tomar decisões); d240 (lidar com o estresse), foram as mais acometidas após tratamento de CM em mulheres, de acordo com o modelo biopsicossocial. De posse destas informações o processo de pensamento e tomada de decisão clínica poderá ser tornar mais eficiente e resolutivo, além disso poderá ser pautado nas reais necessidades do paciente, conforme determina a OMS.

REFERÊNCIAS

1. Coughlin ss. Epidemiology of breast cancer in women. *Adv Exp Med Biol* 2019;1152:9-29.
2. Burstein HJ, Curigliano G, Thürlimann B, Weber WP, Poortmans P, Regan MM, *et al.* Customizing local and systemic therapies for women with early breast cancer: the St. Gallen International Consensus Guidelines for treatment of early breast cancer 2021. *Ann Oncol* 2021;32(10):1216-1235.
3. Thorat MA, Balasubramanian R. Breast cancer prevention in high-risk women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2020;65:18-31.
4. Coughlin ss. Social determinants of breast cancer risk, stage, and survival. *Breast Cancer Res Treat* 2019;177(3):537-548.
5. OMS. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 9th ed. São Paulo: EDUSP, 2003.
6. Brach M, Cieza A, Stucki G, Füssl M, Cole A, Ellerin B, *et al.* ICF core sets for breast cancer. *J Rehabil Med* 2004;44:121-128.
7. Ustun B, Chatterji S, Konstanisek N. Comments from WHO for the Journal of Rehabilitation Medicine Special supplement on ICF core sets. *J Rehabil Med* 2004;36(44):7-8.
8. Groef A, Van E, Dams L, Evenepoel M, Teppers L, Toppet-Hoegars J, *et al.* The association between upper limb function and variables at the different domains of the international classification of functioning, disability and health in women after breast cancer surgery: a systematic review. *Disabil Rehabil* 2022;44(8):1176-1189.
9. Masannat YA, Agrawal A, Maraqa L, Fuller M, Down SK, Tang S, *et al.* Multifocal and multicentric breast cancer, is it time to think again? *Ann R Coll Surg Engl* 2020;102(1):62-66.
10. Kresovich JK, Xu Z, OBrien KM, Weinberg CR, Sandler DP, Taylor JA. Methylation-based biological age and breast cancer risk. *J Natl Cancer Inst* 2019;111(10):1051-1058.
11. Abdelwahab AJ. Male breast cancer: epidemiology and risk factors. *Semin Oncol* 2017;44(4):267-272.

12. Rangel J, Tomás MT, Fernandes B. Physical activity and physiotherapy: perception of women breast cancer survivors. *Breast Cancer* 2019;26(3):333-338.
13. Barele M, Heemskerk BAM, Doorn HC, Schmidt MK, Hooning MJ, Jager A. The impact of menstruation persistence or recovery after chemotherapy on survival in young patients with hormone receptor negative breast cancer. *Breast* 2020;52:102-109.
14. Rozenberg S, Pietrantonio V, Vandromme J, Gilles C. Menopausal hormone therapy and breast cancer risk. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2021;35(6):101577.
15. Ravi R, Haider G, Ahmed K, Sami A, Zahoor S, Lata R. Amenorrhoea after chemotherapy in breast cancer patient. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2020;32(1):73-77.
16. Beneventi MCT, Lima SMRR. Morbidities and medications used by practicing nurses during the climacteric. *Rev Assoc Med Bras* 2021;67(11):1706-1711.
17. Lee CI, Fox P, Balakrishnar B, Balleine RL, Gao B, Provan P, *et al.* Tamoxifen-induced severe hot flashes and endoxifen levels: is dose reduction a safe and effective strategy? *Breast* 2019; 46:52-57.
18. He L, Qu H, Wu Q, Song Y. Lymphedema in survivors of breast cancer. *Oncol Lett* 2020;19(3):2085-2096.
19. Pudkasam S, Polman R, Pitcher M, Fisher M, Chinlumprasert N, Stojanovska L, *et al.* Physical activity and breast cancer survivors: importance of adherence, motivational interviewing and psychological health. *Maturitas* 2018;116:66-72.
20. Hasenoehrl T, Palma S, Ramazanova D, Kolbl H, Dorner TE, Keilani M, *et al.* Resistance exercise and breast cancer-related lymphedema-a systematic review update and meta-analysis. *Support Care Cancer* 2020;28(8):3593-3603.
21. Mokhtari PH, Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. *Health Qual Life Outcomes* 2020;18(1):338.
22. Borgi M, Collacchi B, Ortona E, Cirulli F. Stress and coping in women with breast cancer: unravelling the mechanisms to improve resilience. *Neurosci Biobehav Rev* 2020;119:406-421.
23. Gudenkauf LM, Ehlers SL. Psychosocial interventions in breast cancer survivorship care. *Breast* 2018;38:1-6.
24. Tsaras K, Papathanasiou IV, Mitsi D, Veneti A, Kelesi M, Zyga S, *et al.* Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. *Asian Pac J Cancer Prev* 2018;19(6):1661-1669.
25. Maiko SM, Ivy S, Watson BN, Montz K, Torke AM. Spiritual and religious coping of medical decision makers for hospitalized older adult patients. *J Palliat Med* 2019;22(4):385-392.
26. Kretzler B, Konig HH, Hajek A. Religious attendance and cancer screening behavior. *Front Oncol* 2020;10:583925.
27. Montagnese C, Porciello G, Vitale S, Palumbo E, Crispo A, Grimaldi M, *et al.* Quality of life in women diagnosed with breast cancer after a 12-month treatment of lifestyle modifications. *Nutrients* 2020;13(1):136.

OS AUTORES DECLARAM NÃO HAVER CONFLITO DE INTERESSE.

AGRADECIMENTOS: OS AUTORES AGRADECEM AO CNPQ E AO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA (UNIFOR-MG) PELA CONCESSÃO DE BOLSAS DE PESQUISA E APOIO FINANCEIRO A ESTA PESQUISA.