

UTILIZAÇÃO DE UM CORE SET DA CIF PARA A DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO DE MULHERES SUBMETIDAS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA O CÂNCER DE MAMA

Use of the ICF core set to describe the activity and participation of women who underwent surgical treatment for breast cancer

Isabela Diniz Costa¹, Darlan Henrique Oliveira Santos¹, Vanessa de Moraes Silva¹, Carolina Marques Carvalho Mitre Chaves¹, Fernanda Cristina Silva², Andrei Pereira Pernambuco^{1,2}

RESUMO

Introdução: O câncer de mama (CM) é o tumor mais frequente na população feminina e representa cerca de 25% de todos os tipos de cânceres. Com a evolução dos tratamentos e o consequente aumento da sobrevida observa-se um aumento de comorbidades que podem interferir na funcionalidade. **Objetivo:** Avaliar parâmetros clínicos e a funcionalidade de mulheres no período pós-operatório de câncer de mama. **Metodologia:** Foram recrutadas 26 mulheres em uma associação de combate ao câncer que foram submetidas à intervenção cirúrgica, o rastreio cognitivo foi feito pelo Mini Exame do Estado Mental. A avaliação da funcionalidade por meio das 11 categorias de atividade e participação que compõe o *Core Set* resumido da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para o CM e, os dados clínicos e sociodemográficos foram obtidos por um formulário clínico. A análise estatística descritiva foi feita no software GraphPad Prism v.5.0. **Resultados:** As participantes do estudo são brancas e pardas, casadas, com sobrepeso, baixo nível de escolaridade e de atividade física, não utilizam bebida alcoólica e cigarros. As principais limitações foram identificadas nas categorias: d850 - trabalho remunerado; d430 - levantar e transportar objetos; d240 - lidar com estresse e outras exigências psicológicas. As categorias menos impactadas foram: d570 - cuidar da própria saúde; d760 - relacionamentos familiares e d920 - recreação e lazer. **Conclusão:** Ao se conhecer o perfil clínico e funcional de mulheres com câncer de mama torna-se possível estabelecer condutas mais específicas e resolutivas, sejam preventivas ou profiláticas.

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

¹Universidade de Itaúna, Itaúna, Minas Gerais, Brasil

²Centro Universitário de Formiga, Formiga, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Andrei Pereira Pernambuco - Rua Araxá, 206, Bairro Residencial Morro do Sol, Itaúna (MG) - CEP 35680-284 - E-mail: pernambucoap@ymail.com - Os autores declaram não existir conflitos de interesses - Recebido em: 26/09/2017 - Aceito em: 11/09/2017.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer (CM) is the most frequent tumor in the female population and accounts for about 25% of all cancers. With the evolution of the treatments and the consequent increase of the survival it is observed an increase of comorbidities that can interfere in the functionality. **Objective:** To evaluate clinical parameters and the functionality of women in the postoperative period of breast cancer. **Methods:** Twenty-six women who underwent surgical intervention were recruited in a cancer-fighting organization. The cognitive screening was done by the Mini Mental State Examination, the evaluation of the functionality through the 11 categories of activity and participation that compose the brief Core Set of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for CM and, the clinical and sociodemographic data were obtained through a clinical form. The descriptive statistical analysis was done in GraphPad Prism v.5.0 software. **Results:** Study participants are white and brown, married, overweight, low level of schooling and physical activity, do not use alcohol and cigarettes. The main limitations were identified in the categories: d850 - paid work; d430 - lifting and transporting objects; d240 - dealing with stress and other psychological demands. The least impacted categories were: d570 - taking care of one's health; d760 - family relationships and d920 - recreation and leisure. **Conclusion:** By knowing the clinical and functional profile of women with breast cancer, it becomes possible to establish more specific and resolute actions, whether preventive or prophylactic.

Keywords: Breast cancer; Physiotherapy; International Classification of Functioning, Disability and Health; Mastectomy

INTRODUÇÃO

O câncer é uma das doenças mais temidas no mundo sendo a terminologia usada genericamente para denominar um conjunto de mais de 100 doenças que possuem em comum o crescimento desordenado de células que invadem diferentes tecidos, órgãos e outras regiões do corpo¹.

O câncer de mama (CM) é a segunda neoplasia maligna mais comum na população e o tumor mais frequente na população feminina. A etiologia da doença é complexa e envolve diversos fatores de risco biológicos e ambientais^{2,3}. No Brasil, acredita-se que em 2016, foram identificados aproximadamente 58.000 novos casos de CM. Tal índice representa cerca de 56% de casos de CM para cada 100 mil mulheres. No mundo, aproximadamente 1,67 milhões de casos foram diagnosticados, o que representa 25% de todos os tipos de cânceres que acometem as mulheres. Estima-se ainda, que, no mundo, haja 520 mil mortes por ano relacionadas à esta doença².

A terapêutica adotada para o CM dependerá da manifestação da doença e sua extensão e engloba

procedimentos invasivos ou não. Os procedimentos cirúrgicos podem ser conservadores, que consiste na retirada do tumor (tumorectomia) ou de um quadrante da mama (quadrantectomia). Além desses, a outra opção é a mastectomia radical que envolve a retirada total da mama⁴. Em alguns casos, faz-se necessário a exérese dos linfonodos (linfadenectomia) da axila ipsilateral e, este ato cirúrgico é denominado esvaziamento axilar⁵. Além dos procedimentos cirúrgicos, outras condutas terapêuticas estão disponíveis atualmente, tais como a quimioterapia e a hormonioterapia para o tratamento sistêmico, bem como a radioterapia para o tratamento loco-regional⁴.

Com o avanço das condutas terapêuticas para o CM nos últimos anos, a sobrevida das pacientes aumentou consideravelmente, entretanto, esse aumento quase sempre vem acompanhado de alterações funcionais que geram limitações nas atividades e ou restrições na participação social^{6,7}. As principais complicações advindas do tratamento cirúrgico do câncer de mama são: linfedema, dor, parestesia, diminuição da força muscular e com redução da amplitude de movimento (ADM) no membro envolvido, todas essas alterações podem afetar a funcionalidade dessas mulheres^{6,7}.

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), o termo funcionalidade engloba os aspectos positivos relacionados às funções corporais, estruturas corporais e atividade e participação, já o termo incapacidade, refere-se a alterações nesses constructos⁸. A CIF é um instrumento apropriado para classificar a funcionalidade e a incapacidade. Foi proposta para padronizar a linguagem referente à saúde e os aspectos relacionados à saúde de forma universal, para permitir a comparação de resultados obtidos por diferentes serviços ou países e, para possibilitar a codificação entre sistemas de saúde^{8,9}. Na CIF, atividade e participação refere-se ao termo positivo que descreve as ações realizadas pelos indivíduos, desde as mais simples, realizadas no ambiente do indivíduo, como por exemplo, as atividades básicas de vida diária, até as mais complexas que envolvem a participação do sujeito na sociedade. O termo negativo para a atividade é a limitação e para a participação é a restrição^{8,9}. A versão atual da CIF conta com mais de 1400 categorias e a fim de facilitar a sua utilização, estudos multicêntricos têm desenvolvido e validado *Core Sets* para as mais diversas condições de saúde, estes agrupam as principais categorias relacionadas a uma doença ou condição de saúde, como por exemplo, o CM¹⁰.

De acordo com o contexto mencionado, o objetivo desse estudo foi descrever a atividade e participação de mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama, utilizando-se para tanto o *core set* da CIF para o CM.

MÉTODO

Delineamento do estudo

Estudo observacional e transversal.

Cuidados éticos

O projeto de pesquisa foi enviado para apreciação do Comitê de Ética via Plataforma Brasil. O protocolo de pesquisa somente foi iniciado após a aprovação por meio do parecer número 2.066.695. Todos os procedimentos éticos foram baseados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS). Todas as pessoas que aceitaram participar voluntariamente do estudo, após serem informadas dos objetivos, riscos e benefícios, e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Amostra

A amostra foi formada por conveniência e, a busca por participantes foi realizada nas dependências de uma associação de voluntários no apoio ao combate ao câncer. Todas as mulheres que receberam diagnóstico de CM e que passaram por intervenção cirúrgica como parte do tratamento foram convidadas a participarem do estudo. Durante a fase de recrutamento, 30 mulheres foram identificadas como potenciais participantes. Aquelas que se interessaram em participar foram triadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão para a composição da amostra final.

Foram incluídas as mulheres que receberam diagnóstico de CM, que sofreram intervenção cirúrgica como parte do tratamento, que possuíam nível cognitivo condizente com a participação no estudo e que assinaram o TCLE. Por outro lado, foram excluídas do estudo pacientes que não passaram por procedimento cirúrgico, aquelas que apresentaram déficit cognitivo, com pontuação no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) abaixo de 13 pontos para analfabetos ou 19 pontos para indivíduos com escolaridade baixa/média e 26 pontos para alta escolaridade¹¹. Também foram excluídas as mulheres com alterações prévias na estrutura dos membros superiores, as portadoras de condições neurodegenerativas e as com histórico de traumas neurológicos e ou ortopédicos com prejuízo à função dos membros superiores. Após a triagem de acordo com critérios de inclusão e exclusão, 26 participantes foram inscritas no estudo. Quatro mulheres optaram por não participar.

Instrumentos

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado o MEEM, as categorias de atividade e participação do *Core Set* da CIF específico para CM e um formulário clínico elaborado pelos pesquisadores.

Mini Exame do Estado Mental

Para o rastreio cognitivo dos potenciais voluntários, foi utilizado o MEEM, elaborado por Folstein¹¹. Usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros de demência¹². O MEEM original é composto por duas seções que medem funções cognitivas. A primeira seção contém itens que avaliam orientação, memória e atenção, totalizando 21 pontos; a segunda mede a capacidade de nomeação, obediência a um comando verbal e a redação livre de uma sentença, além da cópia de um desenho complexo (polígonos), perfazendo mais nove pontos.

O escore total é de 30 pontos e, quanto maior a nota obtida no instrumento melhor é o estado cognitivo do participante^{11,12}. Vale ressaltar que, a escolaridade é determinante para a pontuação do instrumento, neste sentido deve-se ser considerado os seguintes pontos de corte no instrumento: 13 pontos para analfabetos, 19 pontos para indivíduos com escolaridade baixa/média e 26 pontos para pessoas com alta escolaridade¹¹.

Core Set da CIF para CM

A funcionalidade foi avaliada através do *Core Set* da CIF elaborado e validado para o CM¹⁰. Os Core Sets referem-se ao conjunto de categorias principais da CIF que descrevem de forma típica a funcionalidade das pessoas com uma determinada condição de saúde^{9,10}. O Core set resumido para CM é composto por 40 categorias, sendo dessas 11 categorias referentes às funções do corpo, cinco referentes à estrutura; 11 referentes à atividade e participação e 13 categorias de fatores ambientais¹⁰.

Neste estudo, apenas as 11 categorias referentes à atividade e participação foram utilizadas, a saber: d230- Executar a rotina diária; d240 - Lidar com estresse e outras exigências psicológicas; d430- Levantar e transportar objetos; d445- Utilização da mão e do braço; d510- Lavar-se; d570 - Cuidar da própria saúde; d640 - Realizar as tarefas domésticas; d760- Relacionamentos familiares; d770- Relacionamentos íntimos; d850- Trabalho remunerado; d920 - Recreação e lazer.

Para cada uma das categorias foi atribuído um qualificador genérico da CIF para o desempenho apresentado pelo participante em cada um dos itens, a saber: 0 (0 a 4% de problema), 1 (5 a 24% de problema), 2 (25 a 49% de problema), 3 (50 a 95% de problema) e 4 (96 a 100% de problema). O escore de funcionalidade de cada participante foi calculado pela somatória da pontuação obtida pelo mesmo em cada uma das 11 categorias do *Core Set*. Desse modo, a pontuação de cada indivíduo poderia variar de 0 a 44 pontos e quanto maior a pontuação, pior é o estado funcional do participante⁹.

Formulário clínico

Esta ficha foi elaborada pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo e apresenta questões relacionadas à: idade, índice de massa corporal (IMC), etilismo, tabagismo, raça, escolaridade, estado

civil, nível de atividade física, tipo de cirurgia, dados relacionados ao tratamento, tipo de tratamento e início do tratamento fisioterapêutico. Para a avaliação do peso utilizou-se uma balança da marca Mondial, modelo Ellegance BL03, e para a medida de altura foi utilizada uma trena antropométrica em aço da marca Sanny, com dois metros de comprimento. O IMC foi calculado pela razão entre as aferições do peso corporal e da estatura ao quadrado (kg/m^2). Em relação à atividade física, as participantes foram instruídas a dizer que eram ativas, apenas quando realizavam exercício físico com frequência igual ou maior que três vezes por semana.

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada nas dependências de uma associação de voluntários no apoio ao combate ao câncer. Após a assinatura do TCLE, as potenciais participantes foram triadas por meio dos critérios de inclusão e exclusão. As que se encontravam aptas para a participação no estudo foram submetidas aos instrumentos da pesquisa, aplicados por um avaliador previamente treinado. O procedimento de coleta dos dados foi previamente agendado com cada uma das voluntárias e durou cerca de 30 minutos.

Análise de Dados

Para a análise da distribuição dos dados ordinais foi utilizado o teste de Shapiro Wilk. Após constatar a distribuição normal dos dados, estes foram descritos por meio da média e desvio padrão. Os dados categóricos foram apresentados por meio de número absoluto e relativo. A análise dos dados foi realizada no software Graph Pad Prism v.5.0, com nível de significância do teste de Shapiro Wilk ajustada para $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

A média da idade dos participantes deste estudo foi de $54,61 \pm 9,28$ anos, o IMC médio foi de $26,67 \pm 3,75$ kg/m^2 , e, os resultados do rastreio cognitivo realizado por meio do MEEM demonstraram escore médio de $27,03 \pm 2,47$ pontos. Em média, as pacientes iniciaram o tratamento fisioterapêutico pós-cirúrgico em $13,61 \pm 12,36$ semanas (aproximadamente três meses e meio) e, o tempo médio de tratamento fisioterapêutico fornecido a estas pacientes foi de $251 \pm 200,71$ semanas (aproximadamente 62 meses ou cinco anos) (Tabela 1).

Utilização de um core set da CIF para a descrição da atividade e participação de mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama.

Tabela 1. Dados ordinais relacionados às características clínicas e sociodemográficas das pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	34,00	77,00	54,61	9,28
IMC¹	18,39	33,37	26,67	3,75
MEEM	23,00	30,00	27,03	2,47
Início da fisioterapia²	1,00	48,00	13,61	12,36
Tempo de tratamento fisioterapêutico³	2,00	672,00	251,00	200,71

¹IMC (kg/m²); ²Início da fisioterapia após o tratamento para o câncer de mama e ³tempo de tratamento fisioterapêutico, ambos em semanas. IMC = índice de massa corporal; MEEM = Mini exame do estado mental.

Os resultados demonstraram que 88,46% das mulheres com câncer de mama são brancas ou pardas e apenas 11,54% negras. Em relação ao estado civil, 53,85% são casadas. No que se refere aos níveis de escolaridade, 80,77% da amostra possui apenas o ensino fundamental incompleto e 7,69% não estudou. Cerca de 85% não possui o hábito de consumir bebida alcoólica e nenhuma das participantes possui o hábito de fumar. Já em relação ao nível de atividade, observou-se que

a maior parte das voluntárias (73,08%) declarou ser sedentária. Em relação aos tipos de cirurgias e tipos de tratamentos mais comumente utilizados para o câncer de mama, observou-se que a mastectomia parcial associada ao esvaziamento axilar (42,31%) foi o tipo de intervenção cirúrgica mais comum. Além disso, a radioterapia e a quimioterapia (76,92%) foram os principais tipos de tratamento adotados pelos médicos para as participantes deste estudo (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados categóricos relacionados às características clínicas e sociodemográficas das pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama.

Variável de interesse	Número relativo (%)
Raça	
Branca	42,31
Negra	11,54
Parda	46,15
Estado Civil	
Solteira	7,68
Casada	53,85
Amasiada	3,85
Divorciada	11,54
Viúva	23,08
Escolaridade	
Não estudou	7,69
Fundamental incompleto	80,77
Fundamental completo	3,85
Ensino médio completo	7,69
Uso de bebida alcoólica	
Sim	15,38
Não	84,62
Uso de cigarros	
Sim	0
Não	100
Atividade física	
Sedentário	73,08
Ativo	26,92

Utilização de um core set da CIF para a descrição da atividade e participação de mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama.

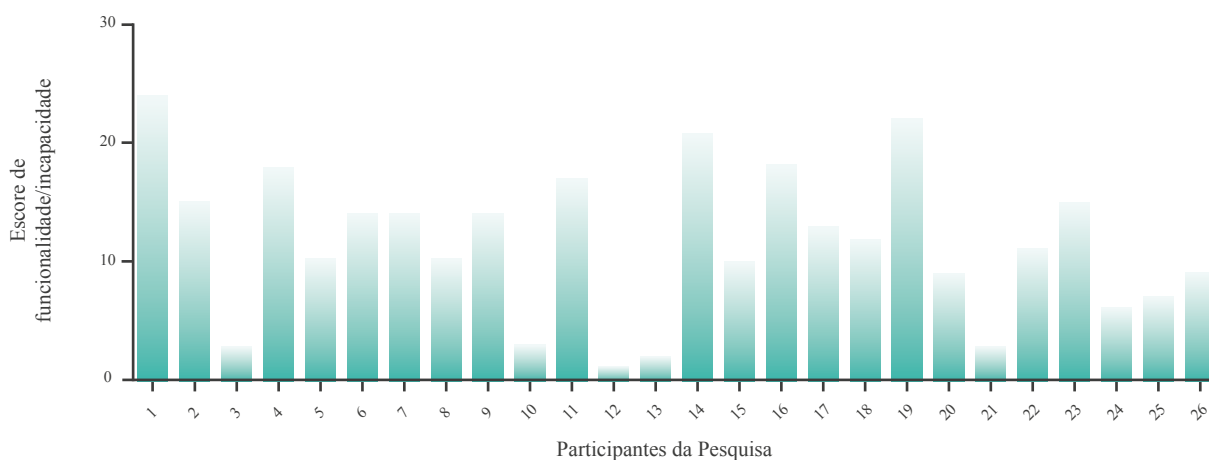
Variável de interesse	Número relativo (%)
Tipo de cirurgia	
Mastectomia parcial	15,38
Mastectomia parcial e esvaziamento axilar	42,31
Mastectomia total	3,85
Mastectomia total e esvaziamento axilar	26,92
Mastectomia total com reconstrução	11,54
Tipo de tratamento	
Radioterapia	19,23
Radioterapia e quimioterapia	76,92
Nenhum	3,85

Todos os dados apresentados na Tabela 2 foram auto declarados pelas participantes do estudo.

Ao se avaliar o escore de funcionalidade obtido por cada uma das participantes, observou-se uma pontuação mínima de um ponto e máxima de 24 pontos, com média de 12 pontos. Além disso, apenas três participantes alcançaram mais de 50% da pontuação

máxima no escore, o que corresponde a incapacidade grave, os demais apresentaram problemas leves e ou moderados, com pontuação entre 5% e 49% do total (Figura 1).

Figura 1. Escore de funcionalidade obtido por cada uma das participantes do estudo. O escore total foi calculado pela soma da pontuação obtida por cada voluntária em cada uma das 11 categorias de atividade e participação do *Core Set* da CIF para CM. A pontuação mínima possível é de 0 ponto e a máxima de 44 pontos. Quanto maior a pontuação, pior o nível de funcionalidade.



Já em relação a cada uma das categorias do Core Set analisadas separadamente, observou-se que a d850 - trabalho remunerado foi a categoria mais impactada entre os participantes do estudo, a média de incapacidade apresentada pelos participantes nessa categoria foi de 1,92 pontos. Além dessa, as categorias d430 - levantar e transportar objetos, média de 1,73

pontos e d240 - lidar com o estresse e outras demandas psicológicas, média de 1,63 pontos foram, foram as categorias com maior comprometimento. A categoria menos impactada no estudo foi a d570 - cuidar da própria saúde, com uma média de pontuação de 0,11 pontos. (Tabela 3).

Tabela 3. Estatística descritiva (mínimo, máximo, média e desvio padrão) dos qualificadores utilizados pelos participantes do estudo em cada uma das categorias avaliadas.

Categorias	Mínimo	Máximo	Média	DP
d230- Executar a rotina diária	0	3	1,00	0,93
d240 - Lidar com estresse e outras exigências psicológicas	0	4	1,69	1,05
d430- Levantar e transportar objetos	0	4	1,73	1,07
d445- Utilização da mão e do braço	0	4	1,34	1,09
d510- Lavar-se	0	4	0,57	0,98
d570 - Cuidar da própria saúde	0	4	0,11	0,32
d640 - Realizar as tarefas domésticas	0	4	1,34	1,05
d760- Relacionamentos familiares	0	4	0,38	0,89
d770- Relacionamentos íntimos	0	4	1,03	1,48
d850- Trabalho remunerado	0	4	1,92	1,89
d920 - Recreação e lazer	0	2	0,42	0,75

d = componente de atividade e participação; DP = desvio padrão.

DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi constituída apenas de mulheres, pelo fato de o CM ser uma condição altamente prevalente neste grupo populacional². A inclusão de homens na amostra foi desconsiderada devido à baixa prevalência de CM entre os homens e pelo fato de que a utilização de pessoas do sexo masculino poderia causar viés nos resultados¹³. Importante mencionar que a amostra foi formada em uma instituição de acolhimento e tratamento de pessoas com CM e que por esse motivo, todos os participantes do estudo tiveram acesso ao tratamento pós-cirúrgico, incluindo o fisioterapêutico.

Em relação à idade e raça, as participantes apresentaram perfil semelhante ao encontrado em um estudo prévio¹⁴. Como é sabido, a idade é uma das variáveis mais importantes associadas ao câncer e, de acordo com pesquisa do Hospital do Câncer de São Paulo, a incidência do CM em mulheres com menos de 35 anos, quintuplicou em um período de cinco anos¹⁵. No presente estudo a idade mínima das participantes foi de 34 anos, mas a média de idade foi de aproximadamente 55 anos. Outros estudos já demonstraram que com o aumento da idade há também um aumento da incidência do CM¹⁶. Nesse estudo, a maior parte das mulheres se declarou-se branca ou parda. De acordo com o Instituto Oncoguia¹⁷, as mulheres brancas são mais propensas a desenvolverem CM do que as negras, o que corrobora os achados aqui apresentados. É necessário ressaltar que a população brasileira é bastante miscigenada e que, por isso, independentemente da raça, todas as

mulheres devem se atentar para cuidados preventivos em relação ao CM.

Quanto à relação conjugal a maioria das entrevistadas é casada, o que apoia os dados já apresentados em estudos prévios¹⁸. A relação conjugal, em situações críticas como o CM, pode fornecer o apoio necessário para o enfrentamento da doença, fazendo com que o processo de tratamento se torne um pouco menos traumático¹⁹. Além disso, o suporte familiar pode contribuir para o acolhimento mais humanizado do paciente e para a manutenção e integridade física do mesmo²⁰. Após o diagnóstico de um CM, mudanças são necessárias na estrutura e rotina familiar, a fim de se reduzir o medo e frustrações, minimizar o estresse e assim contribuir para com o tratamento no geral. É preciso ressaltar que de acordo com a CIF a categoria e310 – família próxima, bem como a categoria e410 – atitudes individuais de membros da família próxima podem atuar como facilitador ou como barreira para o paciente, dependendo de seu contexto individual⁸. Neste estudo, os fatores ambientais não foram considerados, contudo, um dos achados aqui apresentados, demonstra que nesta amostra as famílias tendem realmente a atuar como facilitadores, afinal a categoria d760 - relacionamentos familiares foi uma das categorias menos impactadas do estudo.

Em relação à escolaridade, grande parte das participantes não completou o ensino fundamental¹⁹. O grau de escolaridade é dado através da quantidade de anos estudados, mas a aprendizagem vai além. Esta inclui fatores como hábito de leitura, escrita e

experiências vivenciadas²¹. Nesse estudo, apesar de algumas participantes relatarem dificuldades na leitura e escrita, o que observou-se foi que a média obtida pelas participantes no MEEM é condizente com pontuações alcançadas por pessoas com alta escolaridade. Mas é importante ressaltar que os pontos de corte do MEEM foram estabelecidos para a população idosa, o que não se aplica para a maior parte das participantes deste estudo. Sendo assim, pontuações mais elevadas como as identificadas aqui, podem ter mais relação com a idade das participantes do que com o nível de escolaridade. Não foi encontrado qualquer estudo que tenha buscado por uma relação entre a incidência do CM e o nível de escolaridade. Entretanto, é provável que as pessoas com maior nível educacional tenham mais acesso a informações relacionadas à prevenção ou detecção precoce da doença, como por exemplo, o autoexame da mama².

Em relação à ingestão de álcool e consumo de tabaco, os resultados do presente estudo demonstram que grande parte da amostra não possui hábito de ingerir bebidas alcoólicas e a totalidade da amostra não consome tabaco. Segundo Poli (2012) o álcool está associado ao desenvolvimento de vários tipos de câncer, dentre eles o de mama³. A ingestão de bebidas alcoólicas em qualquer quantidade e forma pode potencializar os riscos de câncer. Além do uso de álcool, o consumo de tabaco também é responsável pelo desenvolvimento de aproximadamente 50 doenças, incluindo o câncer³. Os hábitos mais saudáveis, identificados nas participantes do estudo, possivelmente estão relacionados com o diagnóstico do CM, já que diante de condições graves, o paciente altera seu estilo de vida e adota hábitos até então negligenciados^{19,22}. Contudo, esta é apenas uma hipótese, já que não foi interesse desse estudo, investigar os hábitos progressos dos participantes.

No que refere-se aos níveis de atividade física, a maioria das pacientes se declarou sedentária. A falta do exercício físico compromete a funcionalidade já que, leva a uma perda de força, resistência muscular, descondicionamento físico e perda da flexibilidade^{6,22}. Neste estudo, apesar de as participantes se declararem sedentárias, possuem boa capacidade funcional atestada pelo escore de funcionalidade. De fato a funcionalidade não está relacionada à aptidão física e sim, à integridade de estruturas e funções corporais, bem como à ausência de limitação na atividade e ou restrição na participação⁸. Acredita-se que a maior parte das participantes se declarou sedentária pelo fato de ainda se encontrarem em tratamento para o CM e, por opção própria, muitas preferem direcionar seus esforços e tempo disponível à continuidade do tratamento. Para

se declararem sedentárias, as participantes se basearam na afirmativa de que não realizam exercício físico por mais de três vezes na semana^{2,22}. Deste modo, não se pode afirmar que todas as participantes que se declararam sedentárias não pratiquem exercício físico com frequência menor do que três vezes por semana. A falta de um instrumento validado para avaliar os níveis de atividade das participantes é reconhecida como uma limitação deste estudo e deverá ser endereçada em investigações futuras.

Além de se considerarem sedentárias, foi observado que o IMC da maioria das participantes era compatível com sobrepeso e segundo Borghesan (2008), existe uma relação significativa e positiva entre o sedentarismo e o IMC elevado^{2,23}. Como é sabido, o IMC ideal deve estar entre 20 e 25 kg/m². O aumento do IMC é um fator de risco para muitas doenças, tais como: doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus e alguns tipos de câncer como, por exemplo, o CM²². Alguns estudos já evidenciaram uma possível relação entre altas concentrações plasmáticas de lipídios e a proliferação e dispersão de células neoplásicas mamárias²².

Em relação ao tratamento conservador utilizado para o CM, a radioterapia e a quimioterapia foram os principais métodos adotados pelas participantes dessa amostra. De acordo com Karen e colaboradores (2010), a opção terapêutica depende das características do tumor e do paciente⁴. Além disso, a duração do tratamento conservador pode sofrer grandes variações^{4,5}. Na maior parte das vezes se faz necessário a utilização de mais de um tipo de tratamento, assim como observado nas participantes do presente estudo e corroborado por estudos de Silva e colaboradores (2013)²⁴. A quimioterapia é indicada quando a paciente possui risco de desenvolver metástase, a radioterapia aumenta as chances de cura, evitando a recidiva local. O número de sessões para o tratamento depende do tipo de tumor e estado de saúde do paciente⁴.

Por sua vez, o tratamento cirúrgico, aplicado a todas as participantes do estudo vem sendo cada vez mais utilizado. Atualmente mais de 60% dos pacientes com câncer são tratados cirurgicamente. A indicação da técnica mais adequada depende da apresentação da doença²⁴. A mastectomia caracteriza-se como uma cirurgia total ou parcial da mama, podendo ou não estar associada à retirada dos gânglios linfáticos da axila, procedimento denominado esvaziamento axilar. Na mastectomia todo o setor mamário correspondente ao tumor, incluindo a pele e a fáscia do músculo peitoral maior são retirados^{4,5,6}. A opção pelo esvaziamento

axilar se dá pelo fato de o sistema linfático ser um veículo para disseminação de tumores^{4,6}. Neste estudo cerca de 42% das participantes se submeteram a cirurgia de mastectomia parcial e esvaziamento axilar. Com a evolução das técnicas cirúrgicas e tratamentos conservadores o impacto da terapêutica sobre a funcionalidade dos pacientes é cada vez menor. Sendo assim, os tratamentos cirúrgicos atuais além de conter a doença preservam em níveis razoáveis a função do indivíduo²⁵.

Na maior parte das vezes, após o tratamento cirúrgico, a paciente é encaminhada para a fisioterapia²⁵. Neste estudo, todas as participantes encontravam-se em tratamento fisioterapêutico, o que pode justificar, pelo menos em parte, os bons níveis funcionais aqui observados. Neste estudo as participantes iniciaram o tratamento fisioterapêutico após cerca de três meses do ato cirúrgico e continuaram o tratamento por um período aproximado de cinco anos. Acredita-se que a fisioterapia deveria ter sido iniciada mais precocemente, a fim de potencializar os resultados funcionais dessas participantes. De acordo com relatos das participantes do presente estudo, muitas delas esperaram o término do tratamento específico para o câncer, para só então iniciar o tratamento fisioterapêutico. Segundo Leites et al., (2010) o tratamento oncológico é agressivo e pode influenciar negativamente a funcionalidade do membro superior ipsilateral e, portanto, seria de fundamental importância um acompanhamento precoce do paciente por parte da fisioterapia²⁵.

A fisioterapia oncológica preocupa-se com a manutenção e restauração funcional do paciente. Neste estudo após iniciarem o tratamento fisioterapêutico, as participantes permaneceram em tratamento por um período de aproximadamente 250 semanas, ou cinco anos. A atuação do fisioterapeuta na oncologia não deve se restringir apenas ao período pós-operatório, cuidados tardios que visem a recuperação da funcionalidade ou prevenção de complicações, devem ser oferecidos^{25,26}. Além disso, acredita-se que os pacientes se sentem amparados e seguros enquanto recebem o tratamento por parte dos profissionais e, isto tende a contribuir tanto fisicamente como psicologicamente para a recuperação do paciente, que na maior parte das vezes apresenta boa adesão ao tratamento^{20,25}.

No que se refere à funcionalidade, observou-se que grande parte das participantes apresentam problemas leves e ou moderados. Como já mencionado, a boa capacidade funcional pode estar relacionada à abordagem cirúrgica, aos tratamentos menos agressivos, à individualidade existente nos tratamentos,

ao tratamento fisioterapêutico, aos hábitos de vida mais saudáveis e ao apoio familiar^{19,21}. Por fim, a análise individual de cada uma das categorias de atividade e participação do *Core Set* demonstrou que as categorias mais impactadas foram: d850 - trabalho remunerado, d430 - levantar e transportar objetos e d240 - lidar com o estresse e outras demandas psicológicas. Já a categoria d570 - cuidar da própria saúde, foi a categoria menos impactada neste estudo.

Na categoria d850, o diagnóstico da doença e a cronicidade das complicações após o tratamento, o retorno à atividade profissional é acompanhado com ocorrência de estresse, devido a necessidade de conciliar a vida profissional com a nova condição. A perda funcional e a mudança a nível psicossomáticos e social pode levar a perda sociais e à redução do desempenho de atividades produtivas, remuneradas ou não²⁷. As limitações físicas resultante do tratamento como a redução de força nos MMSS, indisposição para trabalhar, agilidade reduzida, sensação de braço pesado, dor, limitação de ADM e a fadiga, possuem relação com as altas taxas de afastamento da atividade profissional, levam a incompatibilidade com a função realizada anteriormente, além do fato de estarem sujeitas ao estigma e preconceito de contratar mulheres que foram tratadas com CM por acreditarem que o desempenho da atividade profissionais seja ineficiente²⁸. A categoria d430 - levantar e transportar objetos. Após a mastectomia acompanhada da radioterapia e exérese dos nódulos linfáticos adjacentes, podem ocorrer complicações físicas, imediatas ou tardias, tais como: restrição da capacidade funcional do membro superior (MMSS) ipsilateral à cirurgia, linfedema, que pode interferir no desempenho das atividades de vida diária e complicação dos papéis sociais da mulher mastectomizada²⁵. Acredita-se ainda que a categoria d240 - lidar com o estresse e outras demandas psicológicas encontra-se entre as mais impactadas, pelo fato de que o diagnóstico de câncer é vivenciado como um momento de intenso sofrimento e ansiedade que funciona como um potente agente estressor que pode interferir de forma negativa na vida particular e social dos indivíduos. A resposta ao estresse, relacionada ao diagnóstico de uma doença grave, associada aos tratamentos e seus efeitos colaterais prejudicam fortemente as atividades de vida diária e sociais. Há ainda que se ressaltar a presença de angústias associadas à feminilidade, sexualidade e maternidade, bem como ao comprometimento da imagem corporal²⁹.

Por fim, a categoria d570 - cuidar da própria saúde, foi apontada pelos participantes deste estudo como a categoria menos impactada. É provável que uma

série de fatores contribuem para este achado, tais como: todas as participantes encontram-se abrigadas em uma instituição de apoio a pessoas com câncer, recebem assistência de equipes multidisciplinares que desenvolvem ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, possuem apoio familiar, receberam tratamento cirúrgico condizente com sua situação e por escolha própria não abandonam o tratamento ofertado. Já é bem estabelecido na literatura, que a educação do paciente é uma importante etapa do tratamento, afinal de posse de informações precisas sobre sua real condição de saúde, o paciente é capaz de adotar estratégias mais adequadas de prevenção ou recuperação da saúde, além disso, torna-se um elemento multiplicador do conhecimento para outras pessoas em condições semelhantes³⁰.

CONCLUSÃO

Os níveis funcionais das participantes do estudo encontram-se levemente ou moderadamente afetados. As categorias d850 - trabalho remunerado, d430 - levantar e transportar objetos e d240 - lidar com o estresse e outras demandas psicológicas foram as que apresentaram maior déficit funcional. Estas informações são relevantes do ponto de vista clínico e funcional, podem contribuir para a adoção de um tratamento mais individualizado e pautado no modelo biopsicossocial de atenção à saúde e, portanto, devem ser consideradas pelas equipes de saúde no momento da tomada de decisão clínica. Além disso, a conduta baseada nas reais necessidades dos pacientes é recomendada pela OMS, pode aprimorar a resolutividade dos serviços e melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao CNPq e ao Centro Universitário de Formiga pela concessão de bolsas de pesquisa e apoio financeiro a esta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- 1 Instituto Nacional de Câncer (INCA). A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
- 2 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estatísticas do Câncer. Ministério da Saúde. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acessado em 18/07/2017.
- 3 Poli, A., F. Marangoni, and F. Visioli. 2012. Alcohol consumption

and breast cancer risk. JAMA307:666.

- 4 Karen L, Maughan, MD; Mark A. Lutterbie, MD; and Peter S. Ham MD, University of Virginia School of Medicine, Charlottesville, Virginia. Am Fam Physician. 2010 Jun 1;81(11):1339-1346.
- 5 Litieri S, Werutsky G, Fentiman IS, Rutgers E, Christiaens MR, Van Limbergen E, et al. Breast conserving therapy versus mastectomy for stage I-II breast cancer: 20 year follow-up of the EORTC 10801 phase 3 randomised trial. Lancet Oncol. 2012;13(4):412-9
- 6 Ugur S, Arıcı C, Yaprak M, Mesci A, Arıcı GA, Dolay K et al. Risk factors of breast cancer-related lymphedema. Lymphat Res Biol. 2013;11:72-75.
- 7 Andrea G, Inge K, Gerold S, Alarcos C. Does the Comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for Breast Cancer capture the problems in functioning treated by physiotherapists in women with breast cancer? Physiotherapy 97 (2011) 33-46.
- 8 World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001, p. 222.
- 9 Schneidert M, Hurst R, Miller J, Ustun B. The role of environment in the international classification of functioning, disability and health (ICF). Disabil Rehabil 2003; 25(11-12): 588-95.
- 10 Brach M, Cieza A, Stucki G, Fussl M, Cole A, Ellerlin B, et al. ICF Core Sets for breast cancer. J Rehabil Med. 2004; (44 Suppl): 121-127
- 11 Folstein M, Folstein S, McHugh P. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12(3):189-198.
- 12 Melo D, Barbosa A. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2015, vol.20, n.12, p. 3865-3876.
- 13 Nogueira SP, Mendonça JV, Pasqualette HAP. Câncer de mama em homens. Rev. bras. mastol.2014, vol. 24, n. 4, p. 109-114.
- 14 Moraes AB, Zanini RR, Turchiello MS, Riboldi J, Medeiros LR. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad.saúde pública. Rio de Janeiro, 2006, vol. 22, n. 10, p. 2219-2228.
- 15 Collucci C. Câncer de mama quintuplicava entre jovens. Folha de São Paulo. 2006, ago; Caderno Ciência.
- 16 Bezerra DMA, Fonseca OC, Britto AS, Dourado SB, Alves AB, Campello GO. Funcionalidade e envelhecimento: utilização do índice Katz para avaliação de idosos institucionalizados. An da Jor de Fisiot. da UFC. Fortaleza, 2011, vol. 2, n. 1.
- 17 Instituto Oncoguia. Fatores de risco. Disponível em <www.oncoguia.org.br>. Acesso em 20 de maio de 2017.
- 18 Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná, Brasil. Rev. latinoam. enferm. Ribeirão Preto, 2010, vol. 18, n.3, p.57-64.
- 19 Leite FMC, Bubach S, Amorim MHC, Castro DS, Primo CC. Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com Tamoxifeno: perfil sociodemográfico e clínico. Rev.bras. cancerol. 2011, vol.57,n. 1, p. 15-21.
- 20 Ferreira DB, Farago PM, Reis PED, Funghetto SS. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob olhar do casal. Rev. bras. enferm. Brasília, 2011, vol. 64, n.3, p. 536-544.
- 21 Torres GU, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH, Xavier TT. Relação entre funcionalidade e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). Rev. baiana saúde pública. 2010,vol.34, n. 1, p. 19-30.
- 22 Mota, JCMG. Câncer de mama e associação com composição corporal, prática de atividade física, resistência à insulina e perfil lipídico: Estudo caso-controle. Goiânia 2016. Pós graduação.
- 23 Borghesan DH, Pelloso SM, Carvalho MDB. Câncer de mama e

Utilização de um core set da CIF para a descrição da atividade e participação de mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama.

- fatores associados. *Cienc Cuid Saude* 2008;7(Suplem. 1):62-68.
- 24 Silva LCR, Amorim WC, Castilho MS, Guimrães RC, Paixão TPMM, Pirfo CBL. Câncer de mama em mulheres acima de 70 anos de idade: diretrizes para diagnóstico e tratamento. *Rev. med. Minas Gerais*. 2013, vol. 23, n. 1, p. 102-109.
- 25 Leites GT, Knorst MR, Lima CHL, Zerwes FP, Frison VB. Fisioterapia em oncologia mamária: qualidade de vida e evolução clínico funcional. *Rev Ciência & Saúde*. 2010;3(1):14-21.
- 26 Nascimento SL, Oliveira RR, Oliveira MMF, Amaral MTP. Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. *Fisioter Pesqui*. 2012;19(3):248-55.
- 27 Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW, van der Klink JJ, Bultmann U. Sickness absence and full return to work after cancer: 2-year follow-up of register data for different cancer sites. *Psychooncology*. 2011;20:1001-1006.
- 28 Fantoni SQ, Peugniez C, Duhamel A, Skrzypczak J, Frimat P, Leroyer AQ. et al. Factors related to return to work by women with breast cancer in northern France. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Dordrecht, v. 20, n. 1, p. 49-58, 2010
- 29 Bruce J, Thornton AJ, Powell R, Johnston M, Wells M, Heys SD, et al. Psychological, surgical, and sociodemographic predictors of pain outcomes after breast cancer surgery: a population-based cohort study. *Pain*. 2014;155:232-243.
- 30 Alkhasawneh E, Al-Farsi Y, Al-Simadi F, Leocadio M. Development and Validation of a Culturally-Tailored Breast Cancer Health Education Programme for Arab Women. 2017 May;17(2):e181-e190.