

Percepção das Mulheres sobre sua Funcionalidade e Qualidade de Vida após Mastectomia

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n4.198>

Women Perception of their Functionality and Quality of Life after Mastectomy

Percepción de las Mujeres sobre su Funcionalidad y Calidad de Vida después Mastectomía

Kelly de Menezes Fireman¹; Flávia Oliveira Macedo²; Daniele Medeiros Torres³; Flávia Orind Ferreira⁴; Marianna Brito de Araujo Lou⁵

Resumo

Introdução: No Brasil, o diagnóstico do câncer de mama ocorre geralmente em fase avançada, culminando com tratamentos mais agressivos que levam a maiores sequelas funcionais e psicológicas, que interferem negativamente na qualidade de vida. **Objetivo:** Compreender e descrever a percepção das pacientes sobre o impacto do tratamento oncológico e a contribuição da fisioterapia na recuperação da sua qualidade de vida e funcionalidade. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo no qual foram incluídas 29 mulheres submetidas à mastectomia radical modificada, que apresentaram restrição da amplitude de movimento de membro superior. As pacientes realizaram dez atendimentos fisioterapêuticos e, ao final, foram submetidas a entrevistas semiestruturadas, categorizadas em relação aos efeitos do tratamento oncológico, limitações pós-cirúrgicas, conceito de qualidade de vida e impacto do tratamento fisioterapêutico no retorno às atividades de vida diária. **Resultados:** Após o tratamento, as pacientes relataram melhora da capacidade funcional, emocional e autoestima, possibilitando sua reinserção social e retorno às atividades de vida diária. **Conclusão:** Por meio dos relatos, foi possível concluir que a reabilitação promoveu resultados positivos na qualidade de vida e funcionalidade e ter uma percepção mais ampla sobre o impacto do adoecimento e do tratamento oncológico no cotidiano dessas mulheres, subsidiando assim caminhos para o aperfeiçoamento do cuidado fisioterapêutico a essa população.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Mastectomia Radical Modificada; Modalidades de Fisioterapia; Qualidade de Vida; Reabilitação.

Abstract

Introduction: In Brazil, the breast cancer diagnosis usually occurs an advanced stage, culminating in more aggressive treatments that lead to greater functional and psychological sequelae that interfere negatively in the quality of life. **Objective:** This study aimed to understand and describe the patients' perception about the impact of cancer treatment and the contribution of physiotherapy to recovery their quality of life and functionality. **Method:** It's a qualitative study with twenty-nine women, underwent modified radical mastectomy and who presented a restriction of the range of motion of the upper limb. The patients underwent ten physiotherapeutic sessions and, in the end, they were submitted to semi-structured interviews, categorized in relation to the effects of oncological treatment, post-surgical limitations, concept of quality of life and impact of physical therapy on return to daily activities of daily living. **Results:** After the treatment, the patients reported functional, emotional and self-esteem improvement, allowing their social reinsertion and return activities of daily living. **Conclusion:** Through the reports, it was possible to conclude that the rehabilitation promoted positive results in the quality of life and functionality and we could have a broader perception about the impact of the illness and oncological treatment in the daily life of these women, thus subsidizing ways to improve the physiotherapeutic care to this population. **Key words:** Breast Neoplasms; Mastectomy, Modified Radical; Physical Therapy Modalities; Quality of Life; Rehabilitation.

Resumen

Introducción: En Brasil, el diagnóstico del cancro de mama ocurre generalmente, en fase avanzada, culminando con tratamientos más agresivos que llevan a mayores secuelas funcionales y psicológicas que interfieren negativamente en la calidad de vida. **Objetivo:** Comprender y describir la percepción de las pacientes sobre el impacto del tratamiento oncológico y la contribución de la fisioterapia en la mejora de su calidad de vida y funcionalidad. **Método:** Se trata de un estudio cualitativo en el que se incluyeron 29 mujeres, sometidas a la mastectomía radical modificada, que presentaron restricción de la amplitud de movimiento de miembro superior. Las pacientes realizaron diez atendimientos fisioterapêuticos y, al final, fueron sometidas a entrevistas semiestruturadas, categorizadas en relación a los efectos del tratamiento oncológico, limitaciones postquirúrgicas, concepto de calidad de vida e impacto del tratamiento fisioterapêutico en el retorno a las actividades de vida diaria. **Resultados:** Después del tratamiento, las pacientes reportaron mejoría de la capacidad funcional, emocional y autoestima, possibilitando su reinserción social, retorno a las actividades de vida diaria. **Conclusión:** Por medio de los relatos, fue posible concluir que la rehabilitación tuvo resultados positivos en la calidad de vida y funcionalidad y tener una percepción más amplia sobre el impacto de la enfermedad y del tratamiento oncológico en el cotidiano de esas mujeres, subsidiando así caminos para perfeccionar el cuidado fisioterapêutico a esta población. **Palabras clave:** Neoplasias de la Mama; Mastectomía Radical Modificada; Modalidades de Fisioterapia; Calidad de Vida; Rehabilitación.

¹ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-3539-2289>

² INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-7663-768X>

³ INCA Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-8306-6923>

⁴ INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0000-9991-4088>

⁵ INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-3717-8008>

Endereço para correspondência: Kelly de Menezes Fireman. Rua Visconde de Santa Isabel, 274 - Vila Isabel. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20560-120. E-mail: kellyfireman@yahoo.com.br



INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tumor que mais acomete mulheres no Brasil e no mundo e configura um importante problema de saúde pública em nosso país, representando a principal causa de morte na população feminina¹.

A abordagem terapêutica para o câncer de mama considera o estadiamento da doença ao diagnóstico e as características individuais, clínicas e psicológicas². No Brasil, observam-se estádios avançados e tratamentos mais mutiladores, que levam a maiores sequelas funcionais, emocionais e sociais, aumentando as incapacidades e a incidência de complicações³⁻⁴.

Entre as complicações do tratamento oncológico, estudos demonstraram que a restrição da amplitude de movimento, a diminuição de força muscular, a incidência de dor e a presença de linfedema podem influenciar negativamente na qualidade de vida das pacientes. De acordo com a literatura, a extensão da abordagem axilar, presença de comorbidades, atividade laborativa e idade precoce contribuem significativamente para as restrições de funcionalidade do membro superior homolateral ao tumor^{5,6}.

O tratamento do câncer de mama também pode provocar alterações importantes no corpo da mulher, gerando impactos negativos em sua autoimagem, sexualidade, feminilidade e relações afetivas e sociais⁷.

Frente aos severos impactos do tratamento do câncer de mama sobre a qualidade de vida e funcionalidade da mulher, a equipe multiprofissional deve estar atenta para compreender suas necessidades e promover um suporte adequado e precoce⁸. A fisioterapia tem papel fundamental nesse processo, atuando ao longo de toda linha de cuidados do câncer, prevenindo, minimizando e reabilitando complicações do tratamento oncológico⁹. A abordagem fisioterapêutica precoce para o câncer de mama mostra-se eficaz na melhoria da funcionalidade e qualidade de vida das mulheres e deve fazer parte da rotina de cuidados pós-operatórios¹⁰.

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹¹ como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Por meio de sua avaliação, é possível compreender a percepção do paciente sobre o impacto da doença em sua vida e prever a influência dos tratamentos sobre a sua condição¹². Trata-se de um conceito multidimensional e subjetivo, só sendo possível de ser avaliado pelo próprio indivíduo^{13,14}. Dessa forma, torna-se relevante ouvir o que essas mulheres têm a dizer, no intuito de compreender as suas reais necessidades e

especificidades, ampliando nossa sensibilidade para esse tema e objetivando a melhoria da assistência prestada a essa população.

Diante disso, com este estudo, deseja-se compreender, sob o ponto de vista das pacientes, o impacto do tratamento oncológico em suas vidas e o quanto a fisioterapia pode contribuir na melhoria da sua qualidade de vida e funcionalidade após o procedimento cirúrgico para o câncer de mama.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas, compostas por um roteiro com tópicos gerais selecionados e elaborados de tal forma a serem abordados com todos os entrevistados, conforme proposto por Moraes¹⁵, construindo o perfil sociodemográfico dessa população.

Foram incluídas mulheres com diagnóstico de câncer de mama, submetidas à mastectomia radical com esvaziamento axilar, que apresentaram restrição da amplitude de movimento de membros superiores, decorrente do procedimento cirúrgico, e encaminhadas para acompanhamento semanal em grupo no ambulatório do Serviço de Fisioterapia do Hospital do Câncer III (HCIII) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), no período de 1 de julho de 2016 a 10 de outubro de 2017.

Foram excluídas mulheres com recidiva locorregional e/ou metástase a distância, submetidas à reconstrução mamária ou a tratamento cirúrgico bilateral, e aquelas com história de doença prévia no membro superior homolateral à cirurgia.

As pacientes foram acompanhadas por dez atendimentos em grupo, cada um com duração de uma hora, uma vez por semana, realizando técnicas de alongamento global, cinesioterapia ativo-assistida e ativa livre; relaxamento cervical e orientações específicas domiciliares, com o objetivo de recuperar a amplitude de movimento do membro superior e alívio da dor⁹. Ao final da décima sessão fisioterapêutica, as pacientes foram convidadas a participar de entrevistas que abordavam questões relacionadas à sua qualidade de vida e funcionalidade após o tratamento recebido.

Para a definição do tamanho amostral, adotou-se o princípio de saturação teórica dos dados. De acordo com esse método, cessa-se a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição¹⁶. Sendo assim, foram incluídas 29 mulheres neste estudo, entendendo serem suficientes e consistentes as informações obtidas a partir de suas falas.

Para a análise dos dados obtidos, foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin¹⁷. De acordo com a autora, a fala do indivíduo corresponde a uma expressão dele como sujeito. Ela considera a presença de palavras e expressões que se repetem ao longo do texto, buscando categorizar esses achados posteriormente¹⁸.

Para a descrição do perfil dessas mulheres, as informações colhidas foram inseridas em um banco de dados no programa Excel, e procedeu-se com a análise descritiva utilizando as medidas de tendência central para as variáveis contínuas e de frequência para as variáveis categóricas.

Este projeto de pesquisa (CAAE: 55344116.0.0000.5274) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC III/INCA, sob parecer 1.585.927 de 12 de junho de 2016, atendendo às exigências da resolução nº. 196/96, revisada nas resoluções CNS nº. 466/12 e nº. 510/16, que dispõem sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade das mulheres incluídas no estudo foi de 53,65 ($\pm 11,42$). A maioria delas não vivia com companheiro (65,3%), cursou mais de oito anos de estudo (67,3%), possuía vínculo previdenciário (61,2%), tinha ocupação externa (59,2%) e 40,8% tinham o trabalho doméstico como sua principal ocupação. A maior parte das mulheres (87,8%) relatou o membro superior direito como sendo seu lado dominante; e, com relação ao procedimento cirúrgico, 42,9% das cirurgias foram realizadas desse mesmo lado. Considerando as características clínicas e tumorais, 58,7% de todas as pacientes apresentaram estadiamento clínico IIIB, 85,7% foram submetidas à quimioterapia neoadjuvante e 93,9% receberam radioterapia adjuvante.

Após transcrição das falas e análise das expressões que mais se repetiram, foi possível construir categorias e subcategorias temáticas que ilustram a percepção dessas mulheres a respeito da sua qualidade de vida e funcionalidade após o tratamento do câncer de mama e como elas entendem o impacto do acompanhamento fisioterapêutico em suas vidas e no seu dia a dia após a doença (Quadro 1).

A fim de preservar o anonimato das entrevistadas, seus nomes foram codificados por meio do uso da letra M seguida de um número.

CONVIVENDO COM OS EFEITOS DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO E LIMITAÇÕES PÓS-CIRÚRGICAS

Todas as mulheres entrevistadas relataram efeitos e limitações decorrentes do tratamento para o câncer

Quadro 1. Categorias e subcategorias temáticas

Categorias temáticas	Subcategorias
1. Convivendo com os efeitos do tratamento oncológico e limitações pós-cirúrgicas	Autoimagem
	Dificuldades relacionadas ao trabalho
	Desempenho nas atividades domésticas e de vida diária
2. Conceito de qualidade de vida	Alterações psicológicas e sintomas físicos
	Situações de vida
3. Impacto do tratamento fisioterapêutico no retorno às atividades diárias	Apoio Social
	Funcionalidade
	Segurança e independência
	Socialização

de mama, relacionados à autoimagem, ao trabalho, a atividades domésticas e de vida diária, a restrições de movimento com o membro superior, a alterações psicológicas, a sentimentos de insegurança e incapacidade, entre outros.

Em relação à autoimagem, as pacientes relataram dificuldades em aceitar a perda da mama, demonstrando diminuição de sua autoestima.

Ninguém aceita ser mutilada, né? Eu nasci com os dois seios e não com um. Às vezes dá uma tristeza olhar e pensar como vou conviver com isso o resto da vida. M2

Me olhar depois da cirurgia foi um choque muito grande. Me olhar no espelho foi a parte mais difícil, eu não conseguia me aceitar. Me ver sem a mama foi muito traumático. M23

Tirei todos os espelhos da casa porque eu não aceito meu peito, não consigo olhar. M25

Após o procedimento cirúrgico, relataram alteração de sua percepção como mulher e vergonha de sua própria imagem.

Sinto como se fosse menos mulher. Algumas festas, no começo eu não ia, porque não me sentia bem, as pessoas ficam olhando, então eu evitava ir. M7

Outro ponto marcante nas falas mostra o quanto a cirurgia da mama impactou negativamente em suas relações afetivas, especialmente no que tange à sexualidade.

A beleza ainda me trava, agora apareceu um namorado e eu não quis por causa da beleza e nem

tive coragem de dizer que não tinha mais o seio. Eu tenho vergonha, pouco me olho no espelho, meu sutiã e prótese já dormem do meu lado porque só tiro pra dormir. Atrapalha mesmo nessa relação homem e mulher. M9

Em relação também ao físico, não me sinto totalmente segura inclusive no meu casamento, atrapalhou um pouco meu relacionamento, me sinto insegura. M10

O trauma em relação à mutilação e à distorção da autoimagem é um aspecto importante, pois a mama é uma parte simbólica e característica da imagem feminina, e faz relação com a sexualidade e também com a função de mulher¹⁹.

A imagem corporal é a percepção cognitiva da aparência física²⁰. Nas pacientes mastectomizadas, a imagem corporal esteve alterada não somente após a cirurgia, mas também após a quimioterapia e radioterapia²¹.

Morone et al.²² observaram em seu estudo que as pacientes que tinham a autoimagem menos alterada apresentaram melhores resultados na reabilitação e que a imagem corporal é fator prognóstico de qualidade de vida.

Nas falas, também, pode-se observar uma grande insegurança em relação às atividades laborais. Muitas precisaram parar de trabalhar ou mudar de função em razão das sequelas do tratamento. Este é certamente um assunto muito sério e impactante na vida da mulher após tratamento para o câncer de mama; no entanto, ainda é muito pouco abordado na literatura e merece ser mais explorado.

Depois da cirurgia, sinto que estou recebendo tratamento diferenciado no trabalho, sensação de que a empresa pode pensar que não estou mais produzindo. Sensação muito forte de insegurança e incapacidade. Não consigo e nem posso trabalhar como antes, hoje em dia sinto muito cansaço, diminuí muito minha produção e frequência. M15

Eu trabalhava como garçonne e *bartender* e isso me limitou muito, essa era minha realidade e hoje não é mais, hoje sou somente dona de casa. M6

O impacto sobre a vida social interfere diretamente no quadro de saúde da população que, diante de uma doença crônica que necessita de acompanhamento contínuo, fica ainda mais fragilizada com as consequências desse tratamento²³.

Neste estudo, 59,2% das mulheres possuíam ocupação externa, mas todas elas também mantinham suas responsabilidades com os afazeres domésticos e cuidados com os filhos, estando de acordo com a nossa cultura que o trato do lar é tarefa exclusivamente feminina.

Segundo Coelho (apud Frazão²³), o trabalho externo representa para muitas mulheres uma realização pessoal, significando mais do que sua subsistência, mas também sua independência e autonomia, fazendo com que se sintam valorizadas como pessoas.

A realidade sócio-ocupacional da maioria das pacientes deste estudo é de atividades laborais mais pesadas; portanto, após o fim do tratamento oncológico, essas mulheres não conseguem retornar ao trabalho e, muitas vezes, se veem obrigadas a se reinserir em outro tipo de atividade.

Tô tentando me reciclar porque não consigo mais costurar e preciso trabalhar. M2

As pacientes também relataram impactos em sua situação econômica durante o tratamento por diferentes razões. Algumas tiveram dificuldades financeiras pelos gastos decorrentes do tratamento, como custeio de transporte e alimentação. Outras, ao saírem de seus empregos formais, perderam benefícios como vale-transporte e vale-refeição/vale-alimentação. Além das trabalhadoras informais que se viram impossibilitadas de complementar a renda familiar, como é o caso da paciente M11.

Antes eu trabalhava, tinha uma barraca de salgados e por causa das dores do braço tive que parar, mas dei sorte que consegui me aposentar. Vou levando a vida do jeito que dá pra levar, porque no momento vivo só da aposentadoria e não consigo mais voltar a fazer salgados. M11

Todas as entrevistadas relataram dificuldades no desempenho das atividades domésticas e/ou atividades de vida diária, sendo necessárias adaptações em suas rotinas na tentativa de retomar suas funções.

Varrer, pegar alguma coisa no alto da prateleira, passar pano na casa. Tive muita dificuldade de realizar. M1

Não consigo mais arrumar a casa toda, não consigo mais pegar ônibus direito, tenho que esperar passar um vazio porque não consigo segurar meu corpo. M9

Algumas atividades não faço porque tenho medo do braço inchar, quando tento colocar algo na prateleira de cima, parece que pesa uma tonelada, o restante faço naturalmente, mas me cansa. M15

Todas as pacientes deste estudo foram submetidas à mastectomia radical modificada, técnica cirúrgica

que inclui a linfadenectomia axilar. Esse procedimento possui uma relação bem descrita na literatura quanto à maior frequência de morbidades no membro superior homolateral à cirurgia²⁴, como a diminuição da amplitude de movimento. Essa limitação interfere diretamente na capacidade funcional e qualidade de vida²⁴.

A restrição da amplitude de movimento pode ser decorrente da dor ou até mesmo da cicatriz cirúrgica, pois muitas mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico evitam o movimento do membro superior por medo de deiscência da ferida operatória²⁵. O medo de movimentar o membro e a inatividade levam a um comprometimento gradual da força muscular e à diminuição da amplitude de movimento^{19,26,27}.

A realização de tarefas domésticas nesse momento de vulnerabilidade proporciona a essas mulheres um sentido de reconstrução de vida cotidiana²⁸. Por outro lado, ao esbarrarem com atividades que necessitam de maior esforço físico, as pacientes ainda se veem parcialmente limitadas, não só pelas morbidades decorrentes da cirurgia, mas também pelas orientações preventivas de linfedema^{19,28,29}, que levam ao receio de apresentar edema no membro superior e demandam adaptações durante a execução dessas tarefas, como se pode ver nos relatos das pacientes M3, M22 e M5.

Me policio com medo de me acidentar em casa e o braço inchar. M3

Acabo forçando o outro braço. Faço o que eu posso e acabo deixando de fazer o que não dá ou peço ajuda à minha filha. Fico com muito medo do meu braço inchar. M22

Me acostumei a arrumar a casa aos poucos, distribuindo as tarefas pelos dias da semana. M5

Ao longo das entrevistas, algumas mulheres relataram alterações de humor após o tratamento, outras relataram distúrbios do sono, assim como sintomas mais recorrentes que tiveram impacto negativo durante ou após o tratamento.

O tratamento me deixa debilitada, pra baixo mesmo, é uma luta com você mesma todo dia, muito cansaço. Mexe com o emocional, ainda bem que tenho minha família. M5

Fiquei mais retraída, parece que os outros me olham com pena, fiquei mais caseira. Fiquei muito irritada com o tratamento. M13

Não é só a queda de cabelo, é tudo, você se sente inferior, incapaz, a maioria fica comovida, mas

o preconceito existe, você é diferente, você é debilitada. Às vezes tenho alterações, parece que não tô falando coisa com coisa, raciocínio mais lento, memória pior. M15

O sofrimento físico afeta a sobrevivência, pois pode inibir as estratégias de enfrentamento dos pacientes em tratamento⁵. Esse contexto tem impacto negativo sobre a qualidade de vida, afetando diretamente a saúde e o bem-estar³⁰.

O tratamento para o câncer de mama tem influência significativa nos aspectos emocionais da mulher³¹. Existe também a proximidade, real ou imaginada, com a morte e a incapacidade, que leva ao medo, angústias, vergonha e sentimento de discriminação³².

Insônia, estresse, isso me incomoda muito. Fico muito sozinha, aí choro, tenho que tomar calmante. Tem horas que dá vontade de morrer, mas logo depois me arrependo por ter pensado isso. M22

O diagnóstico do câncer gera um estresse emocional importante, que pode resultar em distúrbios do sono. O distúrbio mais prevalente é a insônia e está relacionada ao medo da recorrência, depressão e sintomas vasomotores decorrente do tratamento hormonal. Distúrbios persistentes podem levar à depressão, fadiga crônica e alterações cognitivas³³. A prevalência de depressão em pacientes com câncer é três vezes mais alta do que na população em geral e está relacionada com uma pior qualidade de vida³⁴.

A fadiga relacionada ao câncer é multicausal e pode ser física, emocional e cognitiva, interferindo de forma significativa na funcionalidade e na qualidade de vida³⁵. É um dos sintomas mais importantes relacionados ao tratamento do câncer³⁶.

Pacientes diagnosticadas tardiamente e submetidas à ressecção axilar apresentam risco duas vezes maior para o desenvolvimento da dor pós-mastectomia, que pode manifestar-se em repouso ou durante o movimento³⁷.

Esse sintoma impacta negativamente na qualidade de vida, no autocuidado, nas atividades laborais, no bem-estar físico e emocional e nas tarefas domésticas²⁶. Já é bem definido na literatura que os exercícios no membro homolateral à cirurgia auxiliam na prevenção e tratamento da dor.

Fico muito fadigada, tem dias que parece que passou um caminhão em cima de mim. M15

O enjoo e o cansaço foram horríveis durante a quimio. A dor no braço também é bem enjoada, é um repuxado que parece que tô amarrada, se eu não

fizer os exercícios por dois dias já me sinto presa, parece que tá costurado. M20

A realização do tratamento radioterápico mostrou-se um momento marcante que acaba por impactar negativamente na funcionalidade e qualidade de vida dessas mulheres como se observa nos discursos a seguir.

Senti muito peso no braço depois da radioterapia, como se ele tivesse adormecido de novo. Depois da radioterapia, me senti voltando ao zero. M2

Meu movimento piorou muito com a radioterapia, foi a pior parte do tratamento, tive queimadura na minha pele, voltei a sentir dor pra mexer o braço. M4

A radioterapia desencadeia lenta reparação cicatricial, acentuada fibrose tecidual e, como consequência, comprometimento importante da função do membro superior³⁸.

A linfadenectomia axilar, quando em conjunto com a radioterapia adjuvante, pode causar morbidades severas no membro superior ou piorar as já existentes, interferindo na vida diária e na qualidade de vida dessas mulheres¹⁹.

Segundo Bezerra et al.³⁹, como a radiação também incide nas regiões de tecido normal, causa efeitos colaterais como dor, fadiga, alterações sensitivas e cutâneas, como a radiodermite.

Para este autor, a dor no membro superior é um sintoma presente logo após a cirurgia, com aumento significativo de intensidade imediatamente após o tratamento radioterápico, corroborando os achados de Lahoz et al.¹⁹ e Fabro et al.³⁷.

Concomitantemente à piora desse sintoma, observou-se, no estudo de Bezerra et al.³⁹, aumento da incapacidade funcional do membro superior após a radioterapia, o que fica claramente evidenciado nos relatos das nossas pacientes.

CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida tem um conceito amplo, complexo e multifatorial¹¹. Ao serem questionadas sobre o que é ter qualidade de vida, as mulheres entrevistadas citaram diversos pontos de vista, dividindo-se principalmente entre situações de vida (moradia, lazer, saúde, alimentação, trabalho e renda) e apoio social (família e/ou amigos).

É poder sair de casa, passear, se exercitar, trabalhar. M3

É o que estou tendo agora, dou mais atenção à minha família, faço dever de casa com meu filho. Minha alimentação está mais saudável. M4

Poder viver bem, passear, ter lazer, viajar. Poder fazer o que eu quiser na hora que eu quiser. M7

Ter saúde, ter boa alimentação, uma família. A família faz parte desse tratamento. M9

Ter um trabalho, ter seu lazer sem dificuldade, ter boa saúde, boas condições de moradia e ter boas relações. M15

Compreende-se, por meio das falas, que diversos aspectos são diferentemente valorizados pelas entrevistadas e são capazes de influenciar em sua qualidade de vida. Como foi possível observar em todas as falas já aqui citadas, após o câncer e seu duro tratamento, suas vidas acabam sendo severamente modificadas. Por meio da avaliação da qualidade de vida, pode-se compreender a percepção do paciente sobre o impacto da doença na sua vida¹².

IMPACTO DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NO RETORNO ÀS ATIVIDADES DIÁRIAS

Todas as pacientes relataram impacto positivo do tratamento fisioterapêutico no desempenho das suas atividades de vida diária e domésticas, sentem-se mais seguras e independentes para retomarem suas rotinas e avaliam como positiva a experiência do tratamento em grupo para socialização com pessoas que passaram pelo mesmo processo, possibilitando a troca de experiências e a formação de vínculos.

A percepção de qualidade de vida envolve diversos aspectos, incluindo o bem-estar físico, emocional, social e funcional¹⁴. Uma variedade de aspectos pode afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando à sua condição de saúde e às intervenções médicas⁴⁰, conforme os relatos:

A fisioterapia contribuiu em tudo mesmo, pra eu me vestir, tomar banho, lavar minha cabeça, dirigir pra levar meus filhos na escola; voltei a trabalhar fazendo os doces, voltei a me cuidar sozinha. M4

Não conseguia lavar meu cabelo, hoje já me cuido sozinha. Eu estava com uma faxineira, hoje já consigo dar um jeitinho na casa. M7

Hoje levanto o braço, boto minha roupa, consigo abotoar o sutiã, antes minha filha que fazia pra mim, agora estou normal. Voltei a cuidar de mim e fazer minhas coisas, cozinho, limpo casa, arrumo a cama. M16

Hoje consigo fazer as atividades da minha casa que antes eu não conseguia, não conseguia fazer uma

atividade física porque o braço não respondia e hoje já voltei a fazer, até mesmo sair da minha casa, pegar uma condução, antes eu me sentia muito mais restrita. M23

A capacidade funcional está associada à habilidade de um indivíduo em realizar suas atividades básicas de vida diária de maneira independente de outras pessoas⁴¹.

A presença das disfunções no membro superior após o tratamento do câncer de mama tem impacto negativo no desempenho de tarefas do dia a dia⁴² e pode levar à perda de papéis relacionados ao trabalho, família e sexualidade⁴³, além de interferir na administração domiciliar e em seus cuidados pessoais²⁶.

Eu me sentia muito insegura pra pegar ônibus, sempre apelava pro táxi mesmo sem poder financeiramente, hoje já consigo me apoiar sozinha no ônibus. Me sinto segura. Voltei a usar salto alto, antes eu sentia medo de cair e machucar o braço, voltei a me maquiar. Voltei a encontrar amigos, me sinto segura pra sair de casa, sinto que voltei a ser eu mesma. M3

Me sinto mais independente, mais segura no ir e vir, claro que com alguns resguardos, mas já sei meu limite, até que ponto meu corpo vai ser respeitado. Meu braço melhorou visivelmente e o movimento foi restabelecido. M23

Já é consenso na literatura que a cinesioterapia é ferramenta indispensável no restabelecimento da função física e funcional dessas mulheres e que deve ser iniciada precocemente^{10,26,29,44,45}, compatível com os relatos das pacientes que demonstraram recuperação de sua funcionalidade, autonomia, segurança e independência.

A realização da cinesioterapia em grupo foi uma experiência positiva para as participantes desse estudo, conforme fica explícito nas falas a seguir. O tratamento em grupo proporciona às pacientes ampliação da rede de suporte social e redução do impacto emocional causado pelo câncer, tratamento e complicações, aumentando, dessa forma, sua autoestima⁴⁶.

Tenho colegas aqui do grupo que a gente se fala no *whatsapp*, a gente sente falta umas das outras, meu humor melhorou muito, eu estava muito pra baixo quando comecei. M3

Eu sou extremamente tímida, eu me soltei aqui, formamos um grupo, vi outras pessoas, fiz amizades. M5

Me ajudou muito através dos exercícios, da ajuda e do contato com outras pessoas que passaram pelo mesmo

processo que eu, com os mesmos medos, a gente conseguiu trocar muita coisa e fazer amizade. M10

Fangel et al.²⁸ observaram em seus resultados um comprometimento nos aspectos psicossociais das participantes, sugerindo que o tratamento do câncer predis põe ao isolamento social e que a equipe deve estimular atividades de lazer e de participação.

A convivência no grupo composto por pessoas com problemas semelhantes proporciona uma experiência que pode ajudar os participantes a quebrarem barreiras criadas por sentimentos de solidão e isolamento, especialmente pela possibilidade de desenvolver novas maneiras de lidar com o câncer de mama⁴⁷.

CONCLUSÃO

O tratamento do câncer de mama traz diversas repercussões na vida das mulheres que impactam diretamente em sua qualidade de vida e funcionalidade. De acordo com os resultados desse estudo, a fisioterapia foi capaz de contribuir especialmente no retorno às atividades de vida diária e em seu autocuidado. Além disso, auxiliou em sua reinserção social, indicando que o tratamento em grupo é uma boa estratégia de reabilitação e que oferece sensação de apoio e suporte.

Apesar de relatarmos melhora da capacidade funcional, social, emocional e de autoestima, que estão diretamente relacionadas à qualidade de vida, o conceito descrito pelas mulheres foi muito mais abrangente, corroborando a literatura quanto à subjetividade e à multifatorialidade desse conceito, não se limitando à condição de saúde.

Os resultados desse estudo podem contribuir para o entendimento das dificuldades enfrentadas pelas pacientes com câncer de mama em uma vertente de cuidado integral, possibilitando um olhar mais amplo sobre o impacto do adoecimento e do tratamento oncológico no cotidiano dessas mulheres.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores participaram igualmente da concepção e planejamento do estudo; obtenção dos dados; redação e revisão crítica; e aprovaram a versão final do manuscrito.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
2. Griffiths CL, Olin JL. Triple negative breast cancer: a brief review of its characteristics and treatment options. *J Pharm Pract.* 2012;25(3):319-23. doi: <https://doi.org/10.1177/0897190012442062>.
3. Felix JD, Castro DS, Amorim MHC, Zandonade E. Tendência da mortalidade por câncer de mama em mulheres no estado do Espírito Santo, no período de 1980 a 2007. *Rev Bras Cancerol.* 2011;57(2):159-66.
4. Rosa LM, Radünz V. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. *Texto Contexto Enferm.* 2013 Jul-Set;22(3):713-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300018>.
5. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hölzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J.* 2004 May;10(3):223-31. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1075-122X.2004.21323.x>.
6. Rietman JS, Dijkstra PU, Hoekstra HJ, Eisma WH, Szabo BG, Groothoff JW, et al. Late morbidity after treatment of breast cancer in relation to daily activities and quality of life: a systematic review. *Eur J Surg Oncol.* 2003 Apr; 29(3):229-38. doi: <https://doi.org/10.1053/ejso.2002.1403>.
7. Pereira GB, Gomes AM SM, Oliveira RR. Impacto do tratamento do câncer de mama na autoimagem e nos relacionamentos afetivos de mulheres mastectomizadas. *LifeStyle J.* 2017;4(1):99-118. doi: <https://doi.org/10.19141/2237-3756.lifestyle.v4.n1.p99-119>.
8. Bergmann A, Koifman RJ, Koifman S, Ribeiro MJP, Mattos IE. Upper limb lymphedema following breast cancer surgery: prevalence and associated factors. *Lymphology.* 2007;40(Supl):96-106.
9. Bergmann A, Ribeiro MJP, Pedrosa E, Nogueira EA, Oliveira ACG. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III/ INCA. *Rev Bras Cancerol.* 2006;52(1):97-109.
10. Rett MT, Santos AKG, Mendonça ACR, Oliveira IA, DeSantana JM. Efeito da fisioterapia no desempenho funcional do membro superior no pós-operatório de câncer de mama. *Rev Ciencia & Saúde.* 2013Jan-Abr;6(1):18-24.
11. The WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-09. doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K).
12. Berzon RA. Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. In: Staquet MJ, Hays RD, Fayers PM, editors. *Quality of life assessment in clinical trials: methods and practice.* Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 3-15.
13. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública.* 1997;31(5):538-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.
14. Conde DM, Pinto-Neto AM, Freitas Junior R, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(3):195-204. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000300010>.
15. Moraes R. Análise de conteúdo. *Rev Educ.* 1999; 22(37):7-32.
16. Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks: Sage Publications;1994.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2009.
18. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(4):679-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>.
19. Lahoz MA, Nyssen SM, Correia GN, Garcia APU, Driusso P. Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomizadas. *Rev Bras Cancerol.* 2010;56(4):423-30.
20. Pruzinsky T. Enhancing quality of life in medical populations: a vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care. *Body Image.* 2004;1(1):71-81. doi: [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00010-X](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00010-X).
21. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer.* 2001;37(2):189-97. doi: [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(00\)00353-1](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(00)00353-1).
22. Morone G, Iosa M, Fusco A, Scappaticci A, Alcuri MR, Saraceni VM, et al. Effects of a multidisciplinary educational rehabilitative intervention in breast cancer survivors: the role of body image on quality of life outcomes. *Scientific World Journal.* 2014;2014:ID 451935. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/451935>
23. Frazão A, Skaba MMFV. Mulheres com câncer de mama: as expressões da questão social durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante. *Rev Bras Cancerol.* 2013;59(3):427-35.
24. Sagen A, Kaarsen R, Sandvik L, Thune I, Risberg MA. Upper limb physical function and adverse effects after breast cancer surgery: a prospective 2.5-year follow-up study and preoperative measures. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014 May;95(5):875-81. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.12.015>.
25. Silva RCM, Rezende LF. Assessment of impact of late postoperative physical functional disabilities on quality of life in breast cancer survivors. *Tumori.* 2014;100(1): 87-90. doi: <https://doi.org/10.1700/1430.15821>

26. Rett MT, Mesquita PJ, Mendonça ARC, Moura DP, DeSantana JM. A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. *Rev Dor*. 2012 Jul-Set;13(3):201-7.
27. Giacon FP, Peixoto BO, Kamonseki DH, Sampaio Neto LF. Efeitos do tratamento fisioterapêutico no pós-operatório de câncer de mama na força muscular e amplitude de movimento de ombro. *J Health Sci Inst*. 2013;31(3):316-9.
28. Fangel LMV, Panobianco MS, Kebbe LM, Almeida AM, Gozzo TO. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. 2013. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(1):93-100. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000100015>.
29. Sousa E, Carvalho FN, Bergmann A, Fabro EAN, Dias RA, Koifman RJ. Funcionalidade de membro superior em mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama. *Rev Bras Cancerol*. 2013;59(3):409-17.
30. Cella D, Nowinski CJ. Measuring quality of life in chronic illness: the functional assessment of chronic illness therapy measurement system. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2002;83(Supl 2):S10-7. doi: <https://doi.org/10.1053/apmr.2002.36959>.
31. Martins LC, Ferreira Filho C, Giglio AD, Munhoes DA, Trevizan LLB, Herbst LG, et al. Desempenho profissional ou doméstico das pacientes em quimioterapia para câncer de mama. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(2):158-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000200019>.
32. Pinho LS, Campos AC, Fernandes AF, Lobo SA. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. *Rev Eletrônica Enferm [Internet]*. 2007 [acesso 2011 Abr 2]; 9(1):154-65. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a12.htm>.
33. Bardwell WA, Profant J, Casden DR, Dimsdale JE, Ancoli-Israel S, Natarajan L, et al. The relative importance of specific risk factors for insomnia in women treated for early stage breast cancer. *Psycho-oncology* 2009; 17(1):9-18. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.1192>.
34. Linden W, Vodermaier A, Mackenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender and age. *J Affect Disord* 2012 Dec 10;141(2-3):343-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>.
35. Berger AM, Gerber LH, Mayer DK. Cancer-related fatigue: implications for breast cancer survivors. 2012. *Cancer*. 2012;118(8 Suppl):2261-69. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.27475>.
36. Goldstein D, Bennett BK, Webber K, Boyle F, Souza PL, Wilcken NRC, et al. Cancer-related fatigue in women with breast cancer: outcomes of a 5-year prospective cohort study. *J Clin Oncol*. 2012;30(15):1805-1812. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.34.6148>.
37. Fabro EAN, Bergmann A, Silva BA, Ribeiro ACP, Abrahão KS, Ferreira MGCL, et al. Post-mastectomy pain syndrome: incidence and risks. *Breast*. 2012;21(3):321-25. doi: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2012.01.019>.
38. Oliveira MMF, Souza GA, Miranda MS, Okubo MA, Amaral MTP, Silva MPP, et al. Exercícios para membros superiores durante radioterapia para câncer de mama e qualidade de vida. 2010. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2010;32(3):133-138. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010000300006>.
39. Bezerra TS, Rett MT, Mendonça ACR, Santos DE, Prado VM, DeSantana JM. Hipoestesia, dor e incapacidade no membro superior após radioterapia adjuvante no tratamento para o câncer de mama. *Rev Dor*. 2012 Out-Dez;13(4):320-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132012000400003>.
40. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*, 2000;34(2):178-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.
41. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1): 103-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>.
42. Yang EJ, Kang E, Kim SW, Lim JY. Discrepant trajectories of impairment, activity, and participation related to upper limb function in patients with breast cancer. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015;96(12):2161-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.08.426>.
43. Majewski JM, Lopes ADF, Davoglio T, Leite JCC. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):707-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300017>.
44. Beurskens CHG, van Uden CJ, Strobbe LJ, Oostendorp RA, Wobbes T. The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomised controlled study. *BMC Cancer*. 2007;7:166. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2407-7-166>.
45. Groef AD, van Kampen M, Deltjens E, Christiaens MR, Neven P, Geraerts I, et al. Effectiveness of postoperative physical therapy for upper-limb impairments after breast cancer treatment: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015;96(6):1140-53.
46. Gomes FA, Panobianco MS, Ferreira CB, Kebbe LM, Meirelles MCCC. Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. *R Enferm UERJ* 2003;11(3):292-5.

47. Munari DB, Rodrigues ARF. Enfermagem e grupos.
Goiânia: AB Ed.; 1997.

| Recebido em 8/10/2018
| Aprovado em 4/12/2018