UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

KAROLINE COSTA DO CARMO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS E FUNCIONAIS DO CÂNCER DE MAMA

CAMPINA GRANDE, PB
2017

KAROLINE COSTA DO CARMO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS E FUNCIONAIS DO CÂNCER DE MAMA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Profa. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento.

CAMPINA GRANDE, PB
2017

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C287c Carmo, Karoline Costa do.
Características sociodemográficas, epidemiológicas, clínicas e funcionais do câncer de mama [manuscrito] : / Karoline Costa do Carmo. - 2017.
37 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.
"Orientação : Profa. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento, Coordenação do Curso de Fisioterapia - CCBS."

1. Câncer de mama. 2. Epidemiologia. 3. Fisioterapia.

21. ed. CDD 614.4

KAROLINE COSTA DO CARMO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS E FUNCIONAIS DO CÂNCER DE MAMA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em: 27 / 11 / 2017.

BANCA EXAMINADORA

Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento

Profa. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Profa. Ms. Cláudia Holanda Moreira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Gilmara Marques Rodrigues Araújo

Profa. Esp. Gilmara Marques Rodrigues Araújo
União de Ensino Superior de Campina Grande (UNESC)

Ao meu pai Carlos Roberto do Carmo (*in memorian),* por todo amor a mim ofertado, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À Deus, em primeiro lugar, que é o meu tudo, meu sustento e refúgio de todos os momentos.

À minha família, minha mãe Luzenir Costa, minha irmã Karla Costa e meu cunhado Carlos Eduardo, por todo o apoio, amor e compreensão dedicados à mim.

Ao meu pai Carlos Roberto (*in memoriam)*, um grande incentivador dos meus estudos e quem batalhou durante toda a sua vida para que eu pudesse chegar onde cheguei. Embora ausente fisicamente, está presente em todos os meus dias e no meu coração para sempre.

Aos meus amigos da turma 66 do Curso de Fisioterapia, sempre tão presentes e companheiros durante todos esses cinco anos. Dividimos momentos inesquecíveis e hoje estamos partilhando as conquistas uns dos outros.

Aos meus amigos queridos, em especial, Bruna, Sara, Gisele, Luana e Wendell, por dividirem comigo os dias, os momentos felizes e difíceis da graduação. Meu muito obrigada pela amizade que tenho certeza que será para além dos muros da universidade.

Aos docentes do curso de Fisioterapia da UEPB, por todo o conhecimento e toda a contribuição para a minha formação.

À minha orientadora, Professora Railda Shelsea, por me abrir as portas, me acolher com tanto carinho, acreditar no meu potencial e dividir todo o conhecimento ao longo de todo este período no LCTS.

À Marieliza Braga, primeiramente por ter me acolhido tão bem no Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde (LCTS), por todo o conhecimento compartilhado e por toda a ajuda na elaboração e correção deste trabalho.

Aos demais colegas do LCTS, por toda a dedicação e por estarem juntos trilhando esse caminho tão bonito e promissor, compartilhando sempre o conhecimento.

Aos meus irmãos da Comunidade de São Pio X, por todo o amor, companheirismo e orações pela minha vida.

RESUMO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS E FUNCIONAIS DO CÂNCER DE MAMA

CARMO, Karoline Costa do[1]

O câncer de mama é o tipo mais incidente em mulheres. Para tratá-lo, são utilizadas diversas terapêuticas locorregionais e sistêmicas, que podem causar comorbidades, avaliadas e tratadas pela fisioterapia. O objetivo desse trabalho foi caracterizar os aspectos sociodemográficos, epidemiológicos, clínicos e funcionais de pacientes com câncer de mama cadastrados no Banco de Dados do Serviço de Fisioterapia Oncológica do Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde (LCTS). A Pesquisa é do tipo epidemiológica, retrospectiva e descritiva. O universo corresponde a 206 prontuários, dos quais 182 foram selecionados para compor a amostra dos pacientes diagnosticados com câncer de mama, submetidos a tratamento fisioterapêutico, entre 2008 e 2016, de ambos os sexos, sem discriminação de faixa etária. Foi elaborado um instrumento específico para coleta dos dados, tendo por base, o protocolo de avaliação, atendimento e reavaliação do LCTS. Após a triagem dos prontuários os achados quantitativos foram tabulados e tratados visando à análise das características predominantes relacionadas com o desenvolvimento do câncer de mama. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de medida de frequência (absoluta, relativa e percentual). O resultado mostrou que 179 (98,35%) correspondem a câncer de mama feminino e 3 (1,65%) ao câncer de mama masculino; na faixa etária, 82 (45,05%) estão entre 50 e 69 anos, com mediana de idade para mulheres de 59 anos, e 71 anos para homens; 102 (64,15%) cursaram o ensino fundamental completo; 93 (51,10%) eram casados; 161 (89,94%) não-etilistas; 108 (61,02%) não-tabagistas; 105 (60,69%) procedentes de Campina Grande; 137 (92,57%) apresentaram lateralidade direita, 91 (51,41%) pacientes com mama direita acometida, e 73 (51,77%) com lado direito submetido a procedimento cirúrgico. Especificamente para a demanda feminina, 70 (49,65%) mulheres foram diagnosticadas no período da pós-menopausa. Em relação à queixa funcional foi possível identificar que 81 (54%) apresentou limitação da amplitude de movimento e 25 (16,67%) quadro álgico. Conclui-se que, embora, a incidência do câncer de mama feminino seja superior ao masculino, homens também são acometidos e reproduzem as mesmas características sociodemográficas, epidemiológicas e funcionais, considerada as devidas proporções. Assim, sugere-se que as políticas públicas procurem enfatizar o caráter da doença independente de gênero e em todos os níveis de atenção a saúde.

Palavras-Chave: Câncer de mama; Epidemiologia; Fisioterapia

[1]Acadêmica do curso de Fisioterapia, na Universidade Estadual da Paraíba

ABSTRACT

SOCIODEMOGRAPHIC, EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND FUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF BREAST CANCER

CARMO, Karoline Costa do[1]

Breast cancer is the most affordable type in women. To treat it, there are several locoregional and systemic therapies that can cause comorbidities, evaluated and treated by physiotherapy. The purpose of this study was to characterize the sociodemographic, epidemiological and functional aspects of breast cancer patients enrolled in the Health Sciences and Technology Laboratory (LCTS). Research is epidemiological, retrospective and descriptive. The universe corresponds to 206 charts, of which 182 were selected to compose a sample of patients diagnosed with breast cancer, submitted to physiotherapeutic treatment between 2008 and 2016, of both sexes, without age group discrimination. A specific instrument was developed for data collection, based on the LCTS evaluation, service and reassessment protocol. After a triage of the medical records, the quantitative findings were tabulated and treated to analyze the predominant characteristics related to the development of breast cancer. The categorical variables were analyzed by means of frequency measurement (absolute, relative and percentage). The result showed that 179 (98.35%) corresponded to female breast cancer and 3 (1.65%) male breast cancer; in the age group, 82 (45.05%) are between 50 and 69 years old, with the median age for 59 years old women, and 71 years for men; 102 (64.15%) attended elementary school; 93 (51.10%) were married; 161 (89.94%) non-alcoholics; 108 (61.02%) non-smokers; 105 (60.69%) from Campina Grande; 137 (92.57%) presented right laterality, 91 (51.41%) patients with right breast affected, and 73 (51.77%) with right side underwent surgical surgery. Specifically for female demand, 70 (49.65%) women were diagnosed in the postmenopausal period. Regarding the functional complaint, it was possible to identify that 81 (54%) presented limitation of range of motion and 25 (16.67%) pain. It is concluded that, although an incidence of female breast cancer is higher than male, men are also affected and reproduce as characteristic socio-demographic, epidemiological and functional sections considered as due proportions. Thus, it is suggested that as public policies seek to emphasize the character of the disease independent of gender and at all levels of health care.

Key words: Breast cancer; Epidemiology; Physiotherapy.

[1]Physiotherapy Undergraduate Student, in State University of Paraíba

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e epidemiológicas de indivíduos diagnosticados com câncer de mama (C50) e tratados pelo Serviço de Fisioterapia Oncológica, com dados registrados no Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde (LCTS), entre os anos 2008 e 2016 (N=182) 24

Tabela 2 – Características clínicas de indivíduos diagnosticados com câncer de mama (C50) e tratados pelo Serviço de Fisioterapia Oncológica, com dados registrados no Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde (LCTS), entre os anos 2008 e 2016 28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADM	Amplitude de Movimento
QV	Qualidade de Vida
NICB	Nervo Intercostobraquial
LCTS	Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

01 INTRODUÇÃO 11
02 OBJETIVOS 13
2.1 OBJETIVO GERAL 13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 13
03 REFERENCIAL TEÓRICO 14
3.1 CÂNCER DE MAMA..... 14
3.2 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA 15
3.3 FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE MAMA 16
3.4 FATORES DE PROTEÇÃO DO CÂNCER DE MAMA……..... 18
3.5 FISIOTERAPIA NO CÂNCER DE MAMA …..……..... 19
04 METODOLOGIA ……...…….. 22
4.1 TIPO DE PESQUISA ……. 22
4.2 LOCAL DA PESQUISA …… 22
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA …… 22
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO …… 22
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO ……...…… 22
4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ……... 23
4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS……. 23
4.8 ASPECTOS ÉTICOS ……. 23
05 RESULTADOS E DISCUSSÃO 24
06 CONCLUSÃO 31
REFERÊNCIAS 32

1 INTRODUÇÃO

O câncer lidera as causas de mortes no mundo, e o câncer de mama é o segundo tipo mais frequente, sendo o primeiro entre as mulheres, embora represente um tipo raro para a população masculina, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2016). A neoplasia maligna de mama é a maior causa de óbitos por câncer na população feminina no Brasil, principalmente na faixa etária entre 40 e 69 anos (JAMMAL et al, 2008).

Os principais sinais e sintomas do câncer de mama podem ser identificados precocemente através do autoexame e da observação dos mesmos como: palpação de nódulo na mama e/ou axila, dor, alterações da pele que recobre a mama, abaulamentos ou retrações, sendo estes últimos observados em estágios avançados da doença. No que se refere ao prognóstico, o mesmo pode ser influenciado pelo diagnóstico precoce. (SILVA E RIUL, 2011).

Ao ser diagnosticado, o padrão ouro para o tratamento locorregional é a cirurgia, e as opções terapêuticas vão desde a tumorectomia, até a mastectomia radical modificada associada à linfonodectomia axilar, podendo ser utilizado de forma complementar a quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e terapia alvo.

Indivíduos submetidos à mastectomia apresentam complicações cinético-funcionais que comprometem a realização de atividades simples do cotidiano. Há uma redução considerável da amplitude de movimento do membro superior homolateral à cirurgia, e na existência de uma lesão do nervo torácico longo, ocorre a escápula alada. Isto pode ser agravado pela possibilidade do quadro de edema, linfangite, seroma, linfocele e/ou linfedema, limitando ainda mais a amplitude de movimento do membro superior (FABRO et al, 2016).

Segundo Jammal et al (2008), o câncer de mama representa o primeiro lugar em número de intervenções cirúrgicas realizadas no país anualmente, e gera grande temor sobretudo nas mulheres, tendo em vista o seu caráter biopsicossocial, afetando a percepção sexual e a ressignificação da imagem corporal, além das limitações caracteristicamente cinético funcionais em ambos os sexos.

Sendo assim, evidencia-se o papel imprescindível da fisioterapia oncológica no restabelecimento das funções corporais, podendo atuar de diversas formas para favorecer o prognóstico funcional dos indivíduos, garantindo qualidade de vida e o retorno às atividades laborais. Para tanto, é importante caracterizar os aspectos sociodemográficos, epidemiológicos, clínicos e funcionais dos indivíduos diagnosticados com câncer de mama e

submetidos à fisioterapia, admitidos por uma Unidade de Alta Complexidade Oncológica (UNACON), no estado da Paraíba.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar os aspectos sociodemográficos, epidemiológicos, clínicos e funcionais de indivíduos com câncer de mama.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Caracterizar os aspectos sociodemográficos de indivíduos com câncer de mama;
2.2.2 Caracterizar os aspectos epidemiológicos de indivíduos com câncer de mama;
2.2.3 Caracterizar os aspectos clínicos de indivíduos com câncer de mama;
2.2.4 Caracterizar os aspectos funcionais de indivíduos com câncer de mama.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama, ou neoplasia maligna da mama, é a denominação que representa o câncer originário no tecido mamário, podendo ocorrer em homens e mulheres, e ano após ano, altos índices de ocorrência. É o segundo mais frequente no mundo e o mais comum dentre os que acometem a população do sexo feminino, sendo estimado um percentual de 22% dos casos novos de câncer em mulheres e considerado como um problema de saúde pública (GARCIA, 2015; TACANI et al, 2012; FABRO et al, 2016).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2008), ele é uma doença multifatorial, sendo analisados fatores de risco tais como: antecedentes familiares com câncer de mama; primeira gestação após os 30 anos; menarca antes dos 12 anos; menopausa após os 55 anos; nuliparidade; tabagismo; sedentarismo; obesidade; radiações ionizantes para outros tratamentos; uso de terapia de reposição hormonal e anticoncepcional hormonal.

Jammal et al (2008) afirma que no Brasil,em decorrência da alta incidência do câncer de mama, a mastectomia representa a intervenção cirúrgica que mais ocorre anualmente, e como consequência destes procedimentos invasivos, as cormobidades são uma realidade que atemorizam as mulheres, interferindo não somente em sua saúde cinético-funcional e clínica, como também em todo o contexto psicossocial.

As cirurgias, desde as tumorectomias às mastectomias associadas à linfonodectomia axilar são abordagens ainda indispensáveis, e causam complicações diversas nas mulheres acometidas. As complicações pós-operatórias dependem do tipo de cirurgia realizada, de sua extensão, bem como se houve ou não o esvaziamento axilar.

De acordo com Silva et al (2013), as complicações resultantes das abordagens cirúrgicas consistem em: necrose cutânea, deiscências e aderências cicatriciais, restrição da amplitude de movimento (ADM) do ombro, linfedema, redução de força e resistência muscular, além de quadro álgico em ombro ou braço, e parestesia decorrente de lesão do nervo intercostobraquial. Estas, interferem diretamente na qualidade de vida das mulheres, tendo em vista que as mesmas sofrem o impacto de comorbidades decorrentes da abordagem cirúrgica em várias áreas de suas vidas, sejam elas domésticas, laborais ou físicas.

3.2 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA

De acordo com a Internacional Agency for researchon Cancer (IARC – GLOBOCAN, 2012), o câncer de mama é o segundo tipo mais comum do mundo e o mais observado frequentemente na população feminina, apresentando uma incidência de 25,1%, mortalidade de 14,7% e prevalência em 5 anos de 36,3%, sendo ultrapassado apenas pelo câncer de pele.

No Brasil, o câncer de mama corresponde à cerca de 25% dos novos casos de câncer, sendo relativamente raro antes dos 35 anos de idade, e acima disto, sua incidência aumenta progressivamente, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países que estão em desenvolvimento, sendo estimados 57.960 casos para o ano de 2016 (INCA, 2016).

Segundo o estudo de Leme e Souza (2006), o câncer de mama masculino é de ocorrência rara e por esse motivo é pouco estudado, estimando-se que para cada 100 casos de neoplasia mamária feminina, apenas um caso ou menos são verificados no sexo masculino, o que corresponde à 0,8% ou até 1,0% do total de casos de câncer de mama.

Pinheiro et al (2013) afirma que em países desenvolvidos, a incidência do câncer de mama é maior, porém, a taxa de mortalidade é menor devido a eficiência no rastreamento e tratamento da doença. No Brasil, é possível observar alta incidência associada à morbidade e mortalidade, tendo em vista a existência de inúmeras barreiras que perduram à exemplo das ações de detecção precoce até as dificuldades de utilização dos recursos diagnósticos e dos tratamentos indicados. Na sociedade, pode-se identificar impactos negativos de ordem individual, social e político, considerando um problema de saúde pública, alvo primário da Política Nacional de Atenção Oncológica.

Quando não associado a fatores hereditários, o câncer de mama representa 90% dos casos desse tipo de neoplasia no mundo. Dados clínicos, epidemiológicos e experimentais têm demonstrado que o risco de desenvolvimento de câncer de mama esporádico está fortemente relacionado à produção de esteróides sexuais (TIEZZI, 2009).

Continua afirmando que condições endócrinas que são moduladas pela função ovariana, podendo citar a menarca precoce, menopausa tardia, bem como a gestação e a utilização de estrógenos exógenos, constituem componentes relevantes do risco de desenvolvimento do câncer de mama.

Para o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2010), o câncer mamário é uma doença multifatorial. Alguns fatores analisados são: idade, fatores endócrinos/história reprodutiva, fatores comportamentais/ambientais e fatores genéticos/hereditários, sendo a idade um dos

principais para a ocorrência do câncer de mama, estando também relacionado ao processo de urbanização da sociedade.

De acordo com o Registro de Base Populacional, os maiores valores das taxas médias de incidência anuais, ajustadas por idade por 100 mil mulheres, foram encontrados em Porto Alegre (91,8), Belo Horizonte (72,7) e São Paulo (29,1). A menor taxa foi observada na cidade de Cuiabá (49,6) (INCA, 2010).

Eidt et al (2011), comprova que o Sul tem a maior incidência de câncer de mama do Brasil, trazendo a estimativa de 56,16 novos casos a cada 100.000 mulheres. Lauter et al (2013), por sua vez, afirma que há maior incidência de mulheres jovens com câncer de mama na região sudeste, podendo ser explicada pelo fato de que essa região concentra as maiores taxas de câncer do país.

Em relação à raça, Pinheiro et al (2013) reproduz em seu estudo que a maior parte das mulheres jovens com câncer de mama relata ser branca ou parda. Porém no Brasil, o fator raça é considerado um fator limitante, tendo em vista que a população brasileira é miscigenada.

Salienta ainda que quanto à escolaridade, esta tem influência na realização de medidas preventivas, e consequentemente na detecção precoce do tumor, sendo a maioria dos casos de mulheres que possuem ensino médio/ 2ª grau. Mulheres com maior escolaridade realizam o exame clínico e a mamografia mais frequentemente, devido ao grau de instrução à respeito do câncer de mama, o que pode repercutir na procura aos serviços de saúde.

Segundo Weber et al (2007), traçar um perfil epidemiológico, ao passo que este ajuda na promoção da atenção à saúde, sensibiliza os profissionais da saúde na sua conduta.

3.3 FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA

O Câncer de mama vem sendo amplamente estudado, porém, segundo Batiston et al (2011), sua etiologia ainda não está totalmente esclarecida, sendo atribuída à uma gama de fatores determinantes para o desenvolvimento da doença, denominados fatores de risco.

Tendo como intuito a valorização à prevenção e ao diagnóstico do câncer de mama, determinar as características epidemiológicas e fatores de risco é de suma importância, isto porque, permite auxiliar na diminuição dos números de casos de câncer em brasileiras. O Ministério da Saúde define como fatores de risco para o câncer de mama aqueles que se encontram relacionados à vida reprodutiva da mulher, como: menarca precoce, nuliparidade, primeira gestação acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia após

os 50 anos, terapia de reposição hormonal,sendo o fator idade ainda um dos mais importantes, onde a incidência aumenta rapidamente até os 50 anos (BORGES et al, 2013).

A história familiar é fator de risco elevado, visto que histórico de câncer de mama em parentes de primeiro grau aumenta o risco de câncer em duas vezes. Estima-se que em torno de 10% das mulheres relatam ter um parente em primeiro grau com câncer de mama, diferentemente das mulheres sem histórico familiar da doença, podendo estar associado com a idade do diagnóstico desse familiar que quanto mais jovem, maior o risco conferido de apresentar a neoplasia (BORGES et al, 2013; PINHEIRO et al, 2013; STEIN et al, 2009).

Stein et al (2009), evidencia que a incidência do câncer de mama varia conforme o fator de risco, sendo os dois mais determinantes o sexo, predominando o feminino; e a idade, sendo 85% dos casos observados em mulheres com mais de 50 anos, 10% entre 40 e 49 anos e apenas 5% em mulheres mais jovens. No que se refere aos fatores socioeconômicos, aponta-se condições socioeconômicas estáveis e escolaridade de nível superior, provavelmente relacionados ao estilo de vida que inclui: dieta, idade do primeiro filho, terapia de reposição hormonal e uso de álcool. Porém, sabe-se que a mortalidade é mais elevada em mulheres com baixa condição socioeconômica, sugerindo dificuldade de acesso ao atendimento e a adesão ao tratamento.

Outros fatores podem ser identificados a exemplo da presença dos genes BRCA1 e BRCA2, sendo poucas mulheres na população em geral portadoras de mutações nesses genes, estimando-se menos de 10%, maior densidade do tecido mamário, hiperplasia mamária atípica, exposição à radiação, curtos períodos de amamentação também representam aumento do risco (BATISTON et al, 2011).

Segundo Kolling e Santos (2009), além de fatores reprodutivos, que contribuem em até 30% dos casos, sabe-se que o sedentarismo, juntamente com a obesidade e hábitos alimentares inadequados, podem aumentar esse risco em 40%. O índice de massa corporal (IMC) bem como a circunferência da cintura e do quadril foram descritos como fatores associados com o risco para o desenvolvimento de câncer de mama.

A distribuição de gordura em mulheres na pré-menopausa e pós-menopausa foi analisada em três formas distintas: gordura corporal, gordura abdominal e ganho de peso em idade adulta. A gordura corporal foi elucidada como fator de risco convincente para o câncer de mama, já a gordura abdominal e ganho de peso como possíveis fatores de risco para mulheres no período de pós-menopausa (BELLINI et al, 2013).

Quanto a exposição à radiação, Stein et al (2009) evidencia a associação de risco conhecido com o câncer de mama. Mulheres submetidas à irradiação pós-parto ou

radioterapia para neoplasia torácica ou para avaliação fluoroscópica utilizada no passado, apresentam uma maior incidência de apresentar o câncer de mama.

Segundo Bellini et al (2013), outros fatores também podem ser verificados como de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, como: a ingestão de bebidas alcoólicas, fatores étnicos, tabagismo, maior ganho de estatura obtido até a fase adulta e sedentarismo.

3.4 FATORES DE PROTEÇÃO PARA O CÂNCER DE MAMA

Sabe-se também que existem fatores que são considerados protetores para o câncer de mama. As evidências de que o câncer pode ser prevenido vêm de estudos internacionais em que se observaram variações nas taxas de incidência de câncer segundo as variáveis tempo e lugar (INUMARU et al, 2011).

De acordo com Thuler (2003), alguns estilos de vida têm sido podem estar associados a uma redução no risco de desenvolver câncer de mama a exemplo da amamentação, número elevado de partos, residência em área rural, prática de exercícios físicos e ingestão de bebidas alcoólicas com moderação, manutenção de uma alimentação equilibrada e controle do peso. Estes fatores ainda se encontram em fase especulativa, entretanto, devido à inconsistência dos resultados dos diferentes estudos epidemiológicos e à pequena magnitude das medidas de risco encontradas, ainda não podem ser associados, de forma inquestionável, à proteção. Embora existam evidências científicas comprobatórias da relação protetora da lactação e da atividade física com o câncer de mama.

De acordo com Inumaru et al (2011), a lactação é tida como fator protetor importante para o câncer de mama, seja na pré-menopausa ou na pós-menopausa, embora ainda não exista consenso sobre o tempo de amamentação. Esta pode estar associada à diferenciação completa das células mamárias e ao menor tempo em que são expostas à ação de hormônios sexuais, que se encontram diminuídos durante a amenorréia induzida pela lactação. Além disso, pode-se identificar durante este período uma intensa esfoliação do tecido mamário e a apoptose de células epiteliais decorrentes da amamentação, podendo assim diminuir o risco através da eliminação de células que tenham sofrido algum dano potencial no DNA.

A atividade física por sua vez, segundo o mesmo autor, apesar de todas as questões ainda pendentes, exerce um efeito protetor, tendo em vista que esta promove o atraso da menarca, maior quantidade de ciclos anovulatórios e irregulares, redução do estrógeno sérico, aumento de globulinas ligadas a hormônios sexuais, redução do processo inflamatório, melhora da função imune, além de auxiliar no controle de peso e melhorar a sensibilidade à

ação da insulina. Kolling e Santos (2009) trazem em seu estudo um outro fator protetor: o maior número de filhos.

3.5 FISIOTERAPIA NO CÂNCER DE MAMA

A abordagem cirúrgica apesar de indispensável, pode determinar comorbidades, dentre as quais Da Silva et al (2014) cita as lesões musculares, complicações cicatriciais, alterações relacionadas à sensibilidade (2,5%), fibroses, alterações posturais, dor (32,5%), diminuição ou perda total da amplitude de movimento (ADM) (61,9%) e força muscular, limitação da capacidade respiratória, perda ou redução da capacidade funcional e linfedema do braço homolateral à mastectomia (29,4%). Mastrella et al (2009) complementa estas complicações, trazendo em seu estudo a escápula alada.

Para entender como a fisioterapia pode atuar na melhoria de tais complicações, é necessário primeiramente reconhecer como estas surgem e quais as implicações na vida da paciente mastectomizada.

A diminuição de amplitude de movimento (ADM) do ombro pode resultar de alguns fatores como o tempo de imobilização do membro e as agressões cirúrgicas. Em mastectomias radicais, por exemplo, observa-se a retirada de músculos importantes para a movimentação do complexo ombro, afetando diretamente na força e na amplitude do mesmo (JAMMAL et al. 2008).

Quanto ao linfedema, Fabro et al (2016) relata que a complicação mais temida entre as mulheres ocorre devido à obstrução do fluxo linfático na axila, consequência da incapacidade do sistema linfático de drenar líquido intersticial para o sangue.

Silva e Godoy (2009) definem linfedema como o acúmulo anormal de líquidos e substâncias nos tecidos, resultante da falha no sistema linfático de drenagem, associado à insuficiência de proteólise extralinfática das proteínas do interstício celular e da mobilização de macromoléculas, como por exemplo, o ácido hialurônico. Além dos danos estéticos e psicológicos, provocam também danos funcionais, no que diz respeito a mobilidade do membro, a dor e desconforto.

Devido ao tempo de imobilização do membro e a retirada de músculos resultantes da mastectomia radical modificada, observa-se a redução da força muscular. No estudo transversal, quantitativo e exploratório de Da Silva et al (2014), após a análise de uma amostra de mulheres submetidas à mastectomia, observou-se uma diferença considerável da força muscular nos músculos do membro superior, onde o lado homolateral à cirurgia

apresentava uma força consideravelmente inferior ao lado contralateral. Os valores encontrados foram de 26,9 kgf (±5,3) considerando o lado contralateral, enquanto que no lado afetado foi de 18,5 kgf.

A dor no ombro ou membro superior, descrita como súbita e intensa, ora associada à hiperestesia crônica, é resultante da agressão cirúrgica e dos tratamentos locais do câncer de mama, podendo iniciar no pós imediato ou no pós tardio. Os sintomas referidos incluem sensações de choque, queimação, agulhada dolorosa e aperto nas regiões axilar, medial ou superior do braço e/ou no tórax (FERREIRA et al, 2014).

Quanto as alterações sensitivas, relatadas como freqüentes e duradouras, identifica-se a lesão do nervo intercostobraquial (NICB), lesão comum na cirurgia de câncer de mama associada à queixas como alteração da sensibilidade dolorosa na região medial e posterossuperior do braço e axila, com a presença de anestesia ou hipoestesia, podendo ocorrer hiperestesia (MASTRELLA et al, 2009).

Nogueira et al (2010) explica que o NICB deriva de ramos cutâneos laterais dos segundo e terceiro nervos intercostais, perfurando os músculos serrátil anterior e intercostal e penetrando na axila 1 a 2 centímetros anteriormente ao trajeto do nervo torácico longo, na linha axilar média. Após curto trajeto na base da axila, o NICB divide-se em dois ou três ramos, onde o ramo superior pode ou não fazer anastomose com o cutâneo medial do braço, e os ramos inferiores dirigem-se ao lado medial da porção superior do braço, inervando as regiões posteromedial e superior do braço e axila.

Por sua vez, a escápula alada é decorrente da lesão do nervo torácico longo, também denominado Nervo de Bell, lesão que ocorre devido à dissecção axilar. Sabe-se que o músculo serrátil é um dos principais fixadores da escápula, assim, quando se lesiona o nervo torácico longo, ocorre a fraqueza ou paralisia do músculo, acarretando na desestabilização da cintura escapular.

Abreu et al (2014) afirma que outras complicações decorrentes da mastectomia são as alterações respiratórias, provenientes da aderência da parede torácica, que pode resultar no aumento do risco de complicações pulmonares pós -operatórias, deformidade postural e diminuição da força muscular respiratória (FMR), consequentemente, podem acarretar em diminuição da qualidade de vida. Destarte, a fraqueza da musculatura ventilatória e a disfunção diafragmática podem ser relacionadas com as complicações pulmonares observadas no pós-operatório, reduzindo a função ventilatória e a capacidade de expectoração.

Para Jammal (2008), a abordagem da fisioterapia é fundamental em todas as etapas do processo cirúrgico, devendo assim iniciar inclusive no período pré-operatório.

Considerando as complicações cinético-funcionais decorrentes da mastectomia radical modificada, Nascimento et al (2012) afirmam que a terapia manual e a cinesioterapia são os principais recursos para o tratamento do quadro álgico e da limitação da amplitude de movimento. Sendo a terapia manual, utilizada de forma a restaurar os movimentos da superfície articular, objetivando principalmente o alívio da queixa álgica através da ativação de estruturas neurais, além de favorecer o alongamento do tecido conjuntivo e, consequentemente, melhorar o movimento.

Para aumento da força muscular deficitária, pode-se utilizar a técnica de facilitação neuromuscular proprioceptiva (FNP). Resultados foram mostrados no estudo de Da Silva et al (2014), onde houve um aumento significativo ($p<0,0001$) na ativação e força dos músculos deltóide médio e trapézio superior, por meio da FNP, de mulheres submetidas à mastectomia radical modificada.

No estudo de Tacani et al (2013), a redução do linfedema observada foi explicada pelo uso do Complete Descongestive Therapy (CDT), este consiste na combinação de técnicas como drenagem linfática manual (DLM), cuidados com a pele, enfaixamento compressivo inelástico, cinesioterapia e automassagem.

Nascimento et al (2012) descreve em seu estudo retrospectivo alguns recursos manuais utilizados para as alterações sensitivas decorrentes da mastectomia, como a massagem pericicatricial, que associada à mobilização articular, pode estimular a propriocepção, favorecendo o movimento, o processo cicatricial e a sensibilidade. Em relação ao surgimento de complicações tardias, como sensação de peso no membro e linfedema, sugere a autodrenagem, dessensibilização, crioterapia, hidratação da pele, indicação de braçadeira elástica compressiva e reeducação postural.

Zanon et al (2011), ao abordarem as complicações respiratórias provenientes do pós-operatório do câncer de mama, evidencia que o papel da fisioterapia é incentivar a dinâmica ventilatória, utilizando posturas que favorecem a ventilação pulmonar, exercícios respiratórios reexpansivos, reeducação diafragmática, o huffing, incentivadores respiratórios e exercitadores musculares, de acordo com as necessidades de cada paciente.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Estudo epidemiológico retrospectivo, descritivo, transversal e quantitativo, realizado a partir dos prontuários de atendimento fisioterapêutico de pacientes com câncer de mama admitidos pelo Serviço de Fisioterapia Oncológica do Laboratório de Ciências e Tecnologias em Saúde (LCTS).

4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas dependências do Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde (LCTS), da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), localizado no Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por 206 prontuários de pacientes diagnosticados com câncer de mama, dos quais 24 foram excluídos por falta de informações no preenchimento, resultando em uma amostra de 182 pacientes admitidos pelo Serviço de Fisioterapia Oncológica do Laboratório de Ciências e Tecnologias em Saúde (LCTS/ UEPB), no período compreendido entre 2008 e 2016.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes diagnosticados com câncer de mama, independente do gênero, sem discriminação de idade, submetidos a algum tipo de tratamento oncológico.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Prontuários que apresentaram informações inconclusivas;
- Pacientes com outra patologia crônica primária pré-existente.

4.6 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Foi adaptado a partir do protocolo de avaliação, atendimento e reavaliação do LCTS/UEPB, um questionário para coleta dos dados contendo as seguintes variáveis: dados sociodemográficos, epidemiológicos, clínicos e funcionais.

4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DADOS

Inicialmente, foram identificados os prontuários dos pacientes admitidos pelo Serviço de Fisioterapia Oncológica do Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde (LCTS/UEPB). Em seguida, realizou-se a triagem dos prontuários visando contabilizar quantitativamente os dados para posterior tratamento estatístico. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de medida de frequência (absoluta, relativa e percentual), utilizando o Microsoft Excel 2013.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa para Seres Humanos, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), seguindo as diretrizes e normas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 466/12, obtendo aprovação.

Será responsabilidade do pesquisador, reservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados, assegurando que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução da pesquisa, e divulgadas de forma anônima.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os dados quantitativos tabulados referentes às características sociodemográficas, epidemiológicas, clínicas e funcionais.

A tabela 1 apresenta o quantitativo dos dados das características sociodemográficas e epidemiológicas dos indivíduos diagnosticados com câncer de mama (C50), onde foi possível observar que de 182 prontuários, 179 (98,35%) correspondem a câncer de mama feminino e 3 (1,65%) câncer de mama masculino. Considerando a faixa etária, 82 (45,05%) estavam compreendidas na entre 50 e 69 anos, com mediana de idade para mulheres de 59 anos, e 71 anos para homens. Destes, 102 (64,15%) cursaram o ensino fundamental completo, 93 (51,10%) eram casados, 161 (89,94%) não-etilistas, 108 (61,02%) não-tabagistas, 105 (60,69%) procedentes de Campina Grande.

Tabela 1. Características sociodemográficas e epidemiológicas de indivíduos diagnosticados com câncer de mama (C50), tratados pelo Serviço de Fisioterapia Oncológica, com dados registrados LCTS, entre os anos 2008 e 2016 (N=182).

Faixa etária	**Masculino**	**Feminino**	**%**
10 --| 29	0	2	1,10%
30 --| 49	0	52	28,57%
50 --| 69	1	81	45,05%
70 --| 89	2	40	23,08%
90 --| 109	0	4	2,20%
Escolaridade			
Analfabeto	1	0	0,63%
Ensino Fundamental	2	100	64,15%
Ensino Médio	0	38	23,90%
Ensino Superior	0	18	11,32%
Estado Civil			
Solteiro	0	47	25,82%
Casado	3	90	51,10%
Viúvo	0	27	14,84%
Outros	0	15	8,24%
Etilismo			
Nunca	3	158	89,94%
Sim*	0	18	10,06%
Tabagismo			
Nunca	3	105	61,02%
Sim*	0	69	38,98%
Procedência			
Campina Grande	2	103	60,69%
Outros municípios paraibanos	1	67	39,31%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017
*Sim: consumidor e/ou ex-consumidor
**Outros tipos histológicos

De Arruda Bonfim et al (2013) corrobora a discrepância numérica entre os gêneros, relatando que o câncer de mama masculino é uma neoplasia rara, pouco estudada, sendo estimado que, para cada 100 casos novos de câncer mamário feminino, apenas um caso é de câncer masculino, o que corresponde a 0,8% a 1% do total dos casos de câncer mamário. Afirma ainda que entre os homens, 75% apresentavam sessenta anos ou mais e desses, 37,5% tinham mais de 70 anos e apenas 25% apresentavam idade menor que sessenta anos. Observa-se nos dados obtidos no banco de dados do LCTS que dos 3 (1,65%) casos masculinos, 2 (1,1%) foram de indivíduos com faixa etária superior a 70 anos e a mediana de idade de 71 anos.

Para Thuler (2003), o simples fato de pertencer ao sexo feminino constitui um fator de risco mais importante, podendo ser explicado pela maior quantidade de tecido mamário encontrado nas mulheres e à sua exposição ao estrogênio endógeno. No sexo feminino, a maior contribuição para a gênese do câncer de mama vem da idade, sendo o envelhecimento o único fator de risco conhecido em muitos casos.

A biologia do desenvolvimento do câncer de mama depende da idade, uma vez que sua incidência é mais elevada em mulheres na pós-menopausa e está relacionada ao processo de envelhecimento. A maior freqüência em mulheres com 50 anos ou mais de idade, pode estar associada ao longo período de exposição a agentes carcinógenos, a diminuição da capacidade de reparação de danos no DNA celular, as alterações no epitélio mamário e o longo período de latência do câncer (FERREIRA, DB; MATTOS, IE; 2015).

De acordo com Rodrigues et al (2015), o câncer de mama é o tipo mais comum entre as mulheres e o mais frequente, sendo possível destacar que as mudanças relacionadas ao estilo de vida das mulheres tendem a aumentar os fatores de risco da doença, estando associado a ocorrências como: ausência da maternidade, realização de intervenção hormonal, maternidade pós 30 anos de idade, além de alguns maus hábitos. Além disso, um fator de risco importante é a faixa etária, sendo a mais incidente, mulheres acima de 40 anos de idade.

Segundo o INCA (2016), a idade é um dos principais fatores que aumentam o risco de se desenvolver câncer de mama, sendo o acúmulo de exposições ao longo da vida e as próprias alterações biológicas com o envelhecimento responsáveis por elevar esse risco. Mulheres mais velhas, sobretudo a partir dos 50 anos, possuem maior propensão para desenvolver o câncer de mama. Da amostra total, 81 (45,05%) pacientes do sexo feminino estão na faixa etária entre 50 e 69 anos.

No estudo de Silva e Riul (2011), uma das pacientes que não realizava o autoexame de mama não tinha o ensino fundamental completo e outra não era alfabetizada. Dentre as que

praticavam pelo menos três etapas do autoexame da mama corretamente, 102 (64,14%) tinham pelo menos tinham cursado o ensino fundamental. Esses dados sugerem que quanto maior o nível de escolaridade, maior é a instrução para realizar corretamente o autoexame da mama. Lauter et al (2014) afirma que pessoas com menor grau de escolaridade têm maior dificuldade para entendimento e realização do processo de prevenção.

De acordo com ARNDT et al (2003),as principais causas associadas ao atraso do início do tratamento estão relacionados aos resultados dos exames falso-negativos e a baixa escolaridade.

Dugno et al (2013) aponta que embora muitos estudos enfatizem que o estado civil não é um fator importante relacionado ao câncer de mama, este dado se faz necessário para uma avaliação mais completa e ampla do paciente. Em sua pesquisa, houve predomínio de pacientes casados (51,10%).

No estudo de Lauter et al (2014) quanto à situação conjugal de mulheres com câncer de mama, a casada ou com companheiro obteve a maior frequência, o que pode ser explicado pela influência de um parceiro na procura do outro aos serviços de saúde, bem como nos papéis assumidos por cada um nos dias atuais.

Quanto aos hábitos sociais, para Batiston et al (2011), o consumo de álcool aumenta o risco de desenvolvimento de câncer de mama. Além disso, indicam uma pequena associação inversa entre dieta saudável e risco para a doença.

De acordo com os estudos de Marmot et al (2007), o consumo de bebida alcoólica é considerado um fator de risco consistente para o desenvolvimento do câncer de mama, enfatizando inclusive em que alguns países, o álcool juntamente com o cigarro são agentes cancerígenos.

Deandrea et al (2008), através de um estudo de caso-controle, identificou que quanto maior a ingestão de bebida alcoólica (≥ 13,8g/dia), maior o risco de desenvolvimento do câncer de mama, isto se comparado com mulheres que nunca fizeram uso de bebida alcoólica. O estudo também identificou a relação entre o álcool e o câncer de mama com receptores de estrógenos positivos. Isto pode ser explicado, segundo os autores, pelos resultados de um experimento in vitro que mostraram um efeito mitogênico, onde foi identificada atividade específica do etanol em células mamárias humanas com receptores positivos, diferentemente do que foi observado com receptores negativos de estrógeno.

Pode-se concluir, tendo em vista os estudos acima citados bem como o estudo de Inumaru et al (2011), é que apesar de algumas controvérsias no que se diz respeito à relação entre o etilismo e o câncer de mama, é que existem muitas evidências de que o álcool pode

aumentar o risco de câncer de mama por meio de diversos mecanismos, sejam estes dependentes ou não de hormônios.

Bellini et al (2013) aponta outro fator relacionado à vida social que pode ser verificado como de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, o tabagismo.

Conforme estudos de Batiston et al (2011), a prevenção do câncer de mama se deve principalmente aos fatores de risco que são considerados potencialmente modificáveis, como por exemplo, o tabagismo, enfatizando que as mudanças no estilo de vida desses pacientes podem inclusive explicar o aumento da incidência da neoplasia mamária.

De acordo com os estudos realizados pelo Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, do British Journal of Cancer (2002), há um potencial para confundir os possíveis efeitos do álcool e do tabaco sobre o câncer de mama, uma vez que beber e fumar estão intimamente associados um com o outro.Verificou-se que o risco relativo de câncer de mama aumentava com o aumento da ingestão de álcool, tanto em não fumantes como em fumantes. Desse modo, neste estudo é sugerido que fumar tem pouco ou nenhum efeito independente sobre o risco de desenvolver câncer de mama.

Contudo, num estudo mais recente de Collishaw et al (2009) foi realizado uma coorte prospectiva que envolveu 79.990 mulheres. Estas estavam distribuídas na faixa etária entre 50 e 79 anos e foi concluído que seus achados sobre a relação de tabagismo ativo e câncer de mama, de acordo com as evidências de estudos epidemiológicos e toxicológicos são consistentes, observando-se um aumento de 20% a 50% no risco da neoplasia mamária em associação com fatores como alta intensidade, longa duração do hábito de fumar, bem como a idade do início deste hábito. Foi comprovado também no mesmo estudo, a relação do tabagismo passivo com o câncer de mama, sendo concluído que este também é coerente com a causalidade.

Segundo Inumaru et al (2011) a melhor forma de prevenção primária do câncer de mama é a amamentação e a adoção de um estilo de vida saudável, isto inclui a ingestão moderada ou a não ingestão de bebidas alcoólicas.

De acordo com os dados, pode-se observar que Campina Grande com maior número de procedência a grande maioria dos pacientes avaliados no LCTS, apresentando assim, um total de 105 (60,69%) pacientes pertencentes a este município.

O fato de Campina Grande ter o maior número de pacientes pode ser explicado pelo fato de que o Hospital de FAP, um centro de referência nas especialidades de alta complexidade (quimioterapia e radioterapia), e de encaminhamento de serviços de atendimentos secundários no tratamento oncológico, localizado nesta cidade, faz com que o

mesmo possa abranger os municípios circunvizinhos. Além disso, Campina Grande por ser uma cidade com maior número de habitantes, apresenta consequentemente uma exposição maior a fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama.

A tabela 2 apresenta o quantitativo dos dados das características clínicas e funcionais dos indivíduos diagnosticados com câncer de mama (C50), onde foi possível observar que de 182 prontuários, considerando a amostra feminina, 70 (49,65%) foi diagnosticada no período da pós-menopausa. Em relação à mama afetada, 91 (51,41%) pacientes apresentaram a direita acometida, 137 (92,57%) correspondem à lateralidade direita e 73 (51,77%) apresentaram o lado direito submetido à procedimento cirúrgico. No que diz respeito à queixa funcional, 81 (54%) relataram queixa de limitação da amplitude de movimento (ADM) e 25 (16,67%) de quadro álgico, sendo estas as principais queixas apresentadas.

Tabela 2. Características clínicas e funcionais de indivíduos diagnosticados com câncer de mama (C50), tratados pelo Serviço de Fisioterapia Oncológica, com dados registrados no LCTS, entre os anos 2008 e 2016. (N=182).

Período hormonal*	**Masculino**	**Feminino**	**%**
Pré-menopausa	-	59	41,84%
Peri-menopausa	-	12	8,51%
Pós-menopausa	-	70	49,65%
Mama afetada	**Masculino**	**Feminino**	**%**
Direita	1	90	51,41%
Esquerda	2	78	45,20%
Bilateral	0	6	3,39%
Lateralidade			
Direita	2	135	92,57%
Esquerda	0	9	6,08%
Bilateral	0	2	1,35%
Lado cirurgiado			
Direita	1	72	51,77%
Esquerda	2	65	47,52%
Bilateral	0	1	0,71%
Queixa funcional			
Quadro álgico	1	24	16,67%
Limitação de amplitude de movimento	2	79	54,00%
Déficit de força muscular	0	2	1,33%
Edema e Linfedema	1	6	4,67%
Alterações nervosas	0	20	13,33%
Outros	0	15	10,00%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017
*Considerado apenas a amostra feminina

Segundo Borges et al (2013), alguns fatores são importantes para o desenvolvimento do câncer de mama, como por exemplo a menopausa tardia após os 50 anos e terapia de

reposição hormonal. O fator idade ainda é um dos mais importantes, onde a incidência do câncer de mama aumenta rapidamente até os 50 anos.

Este dado é confirmado por Thuler (2003), que afirma ser a idade o principal fator contribuinte para o aparecimento do câncer de mama, o que explica o fato de que grande maioria das mulheres da amostra analisada, apresentaram a queixa clínica principal no período da pós-menopausa (49,65%).

Brito et al (2014), em seu estudo longitudinal ao analisar uma coorte de 5.861 mulheres com câncer de mama, e analisar os fatores associados à persistência à hormonioterapia para o mesmo, constatou que a maior prevalência é de casos de câncer de mama com lateralidade esquerda.

O estudo de Nogueira et al (2014) traz que o câncer mamário, em ambos os sexos, tem predileção pelo lado esquerdo em relação ao direito. Os dados acima observados demonstram uma outra realidade para o sexo feminino, onde a mama afetada foi em sua maioria a direita. Quanto ao sexo masculino, é possível observar uma concordância entre os dados com o estudo de Nogueira et al (2014), constatando-se que dos 3 indivíduos avaliados, 2 apresentavam a mama esquerda afetada, sendo a ocorrência do câncer de mama bilateral considerada rara para o sexo masculino.

Em um estudo transversal de Pinheiro et al (2013), considerando-se as características clínicas, o câncer em sua forma bilateral, representava apenas 1,2% de toda amostra. Esses dados corroboram os dados acima, onde apenas 3,39% da amostra possuem ambas as mamas afetadas.

Com relação às queixas funcionais, foi possível identificar que diminuição da amplitude de movimento (ADM) é a de maior predomínio, totalizando 81 pacientes que referiram esta queixa. Em segundo lugar, podemos identificar como queixa de 25 pacientes, a dor, sendo seguida pelas alterações nervosas, que correspondem à queixa de 20 pacientes dentre os 182 prontuários analisados.

Da Silva et al (2014) corrobora os dados acima apresentados, trazendo estatisticamente em seu estudo a incidência destas complicações, onde a limitação do movimento do ombro predomina sobre as demais, representando 61,9%, seguida da dor,com 32,5%.

De acordo com Jammal et al (2008), a explicação para a tão frequente queixa sobre a diminuição da amplitude de movimento do membro superior homolateral à mastectomia, deve-se à alguns fatores como: as próprias agressões cirúrgicas, a inatividade ou imobilização do membro no pós-operatório, além do fato da retirada de alguns músculos como peitoral maior e menor, o que resulta na diminuição da amplitude de movimento e consequentemente

da funcionalidade do membro. Sendo assim, esta torna-se uma queixa funcional frequente para os pacientes submetidos à mastectomia.

Para Sousa et al (2013) nos seus estudos, em relação às alterações físicas, no que diz respeito ao relato de dor, 51,6% relataram presença de dor, sendo que a dor intensa foi menos prevalente.

Ferreira et al (2014) afirma que a dor ocorre, frequentemente, nas regiões que foram lesionadas (axila, região medial do braço e/ou parede anterior do tórax do lado afetado) pelos tratamentos locais do câncer de mama. Alguns sintomas podem ser identificados como: sensações de choque, queimação, agulhada dolorosa e aperto nas regiões axilar, medial ou superior do braço e/ou no tórax. Segundo a descrição da dor,esta costuma ser súbita e intensa e associada à hiperestesia crônica, e pode iniciar imediatamente após a cirurgia, seis meses ou até um ano após o tratamento.

Continua dizendo que foi possível verificar que, para 46,7% mulheres, o início do quadro álgico ocorreu após a cirurgia da mama e 23,3% mulheres após a radioterapia, destacando-se que, para 56,7%, a sensação dolorosa é diária e para 40% ela é constante.

De acordo com Albuquerque et al (2012),as alterações de sensibilidade tiveram alta prevalência no estudo, e a região súpero-medial do braço homolateral à cirurgia foi descrita como a mais afetada. Deste modo, observou-se também que se obteve correlação entre as alterações sensitivas e a diminuição de amplitude de movimento do ombro, indicando que perdas na sensibilidade do braço influenciam negativamente na amplitude de movimento do ombro.

6 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que, embora a incidência do câncer de mama feminino seja superior ao masculino, homens também são acometidos e reproduzem as mesmas características sociodemográficas, epidemiológicas e funcionais, consideradas as devidas proporções. Assim, sugere-se que as políticas públicas procurem enfatizar o caráter da doença independente de gênero e em todos os níveis de atenção a saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, Ana Paula Monteiro et al. Função pulmonar e força muscular respiratória em pacientes submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Rev. bras. cancerol**, v. 60, n. 2, p. 151-157, 2014.

ALBUQUERQUE, Viviane Tobias et al. Funcionalidade de membros superiores em mulheres após cirurgia para câncer de mama. **PUC – 8ª amostra**. Goiás, 2012. Disponível em: <

ARNDT, Volker et al. Provider delay among patients with breast cancer in Germany: a population-based study. **Journal of clinical oncology**, v. 21, n. 8, p. 1440-1446, 2003.

BATISTON, A. P. et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.11, n.2, p.163-171, 2011.

BELLINI, V. B. S.; SANTOS, C.; OSELAME, G. B. fatores de risco e de proteção para câncer de mama na mulher. **Revista UNINDRADE**, v.14, n.1, p.45-64, 2013.

BORGES, Giuliano Santos et al. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de câncer de mama atendidos em um ambulatório de mastologia da região do Vale do Itajaí. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v. 9, n. 33, p. 88-92, 2013.

BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Fatores associados à persistência à terapia hormonal em mulheres com câncer de mama. **Revista de Saúde Pública**, v.48, n.2, p.284-295, 2014.

COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER et al. Alcohol, tobacco and breast cancer–collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58 515 women with breast cancer and 95 067 women without the disease. **British journal of cancer**, v. 87, n. 11, p. 1234, 2002.

COLLISHAW, Neil E. et al. Canadian expert panel on tobacco smoke and breast cancer risk. **Toronto, Canada: Ontario Tobacco Research Unit, OTRU Special Report Series**, 2009.

DA SILVA, Suelen Helena et al. Qualidade de vida pós-mastectomia e sua relação com a força muscular de membro superior. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 21, n. 2, p. 180-185, 2014.

DEANDREA, S. et al. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. **Annals of oncology**, v. 19, n. 12, p. 1985-1991, 2008.

DE ARRUDA BONFIM, Raimundo Jovita et al. Câncer de mama no homem: análise dos aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos em serviço formal brasileiro. **Rev. Brasileira de Oncologia Clínica.** Vol. 10, nº 37,2013.

DUGNO, Matheus Luiz Ghellere et al. Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Oncologia Clínica, São Paulo**, v. 10, n. 36, 2014.

EIDT, E. R., et al. Avaliação dos fatores hormonais em mulheres com diagnóstico de neoplasia de mama com idade superior a 40 anos. **Arquivos Catarinenses de Medicina,** v. 40, n. 1, p: 40-44, 2011

FABRO, EAN et al. Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III/Instituto Nacional de Câncer. **Revista Brasileira de Mastologia.** 26(1):4-8,2016;

FERREIRA, D. B.; MATOS, I. E. Tendência da mortalidade por câncer de mama em mulheres no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1996-2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.895-903, 2015.

FERREIRA, Vânia Tie Koga et al. Caracterização da dor em mulheres após tratamento do câncer de mama. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 107-111, 2014

GARCIA, Adriana et al. **Investigação dos fatores de risco para câncer de mama na cidade de Santos, SP**. 185 f. Dissertação (mestrado). 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Câncer de mama feminino.** 2010. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/cancernobrasil/2010/docs/comentarios/p464-465.pdf> Acesso em: 04 de março de 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Controle do câncer de mama**, 2008. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/fatores_risco> . Acesso em: 25 de fevereiro de 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Mama**, 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama>Acesso em: 24 de fevereiro de 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Mama – Fatores de risco.** 2016. Disponível em: < http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/fatores_de_risco_1> Acesso em: 11 de março de 2017.

INTERNACIONAL AGENCY OF RESEARCHON CANCER. **GLOBOCAN 2012: Estimated cancer Incidence, mortality and Prevalence Worldwide in 2012**. Disponível em: < http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx> . Acesso em: 03 de março de 2017.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M.V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, v.27, n.7, p.1259-1270, 2011.

JAMMAL, M. P.; MACHADO, A. R. M.; RODRIGUES, L. R**. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama**. O mundo da saúde, v. 32, n. 4, p. 506-10, 2008

KOLLING, Fabiana Luiza; DOS SANTOS, Jacqueline Schaurich. A influência dos fatores de risco nutricionais no desenvolvimento de câncer de mama em pacientes ambulatoriais do interior do Rio Grande do Sul, Brasil **.Scientia Medica**, v. 19, n. 3, p. 115-121, 2009.

LAUTER, D. S.et al. Câncer de mama: estudo caso controle no Sul do Brasil. **Revista Ciência & Saúde**, v.7, n.1, p.19-26, 2014.

LEME, LHS; SOUZA, GA. Câncer de mama em homens: aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos. **Revista de Ciências Médicas.** Campinas. 15(5) p.391-398, 2006.

MARMOT, Michael et al. **Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer**: a global perspective. 2007. Disponível em: < http://discovery.ucl.ac.uk/4841/1/4841.pdf> Acesso em: 13 de março de 2017.

MASTRELLA, Adriana et al. Escápula alada pós-linfadenectomia no tratamento do câncer de mama. **Rev Bras Cancerologia**, v. 55, p. 397-404, 2009.

NASCIMENTO, Simony Lira et al. Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 19, n. 3, p. 248-255, 2012.

NOGUEIRA, Erica Alves; BERGMANN, Anke; THULER, Luiz Claudio Santos. Alterações sensitivas, tratamento cirúrgico do câncer de mama e nervo intercostobraquial: revisão da literatura. **Rev. bras. cancerol**, p. 85-91, 2010.

PINHEIRO, A. B. et al. Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.59, n.3, p.351-359, 2013.

RODRIGUES, Juliana Dantas; CRUZ, Mércia Santos; PAIXÃO, Adriano Nascimento. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3163-3176, 2015.

SILVA, Maíra Dantas et al. Qualidade de vida e movimento do ombro no pós-operatório de câncer de mama: um enfoque da fisioterapia. **Rev. bras. cancerol**, v. 59, n. 3, p. 419-426, 2013.

SILVA, P.A; RIUL, S.S.Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**. P. 1016-1021, 2011.

SILVA, Silvia Helena da; GODOY, José Maria Pereira de. Diagnóstico e prevalência de linfedema em mulheres pós-tratamento cirúrgico por câncer de mama. **Arquivos de Medicina**, v. 23, n. 4, p. 141-143, 2009.

SOUSA, Elaine et al. Funcionalidade de membro superior em mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama. **Rev. bras. cancerol**, v. 59, n. 3, p. 409-417, 2013.
STEIN, A. T. et al. Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseadas em evidências. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.53, n.4, p.438-446, 2009.

TACANI, Pascale Mutti; MACHADO, Aline Fernanda Perez; TACANI, Rogério Eduardo. Abordagem fisioterapêutica do linfedema bilateral de membros inferiores. **Fisioterapia em Movimento**, v. 25, n. 3, 2012.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.49, n.4, p.227-238, 2003.

TIEZZI, DG**. Epidemiologia do Câncer de mama.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetetrícia**,** v.31, Rio de Janeiro,2009.

WEBER, C. R.et al. Mortalidade por câncer no município de santo Augusto/RS: Traçado do perfil epidemiológico. **Revista Contexto & Saúde**, v.6, n.12, p.7-16, 2007.

ZANON, D. S.; ABREU, D. L.; BRAZ, Melissa Medeiros. Avaliação do padrão respiratório em mulheres submetidas a cirurgias para tratamento do câncer de mama. **Santa Maria-RS: Unifra**, 2011.