

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS  
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DAS  
PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE FISIOTERAPIA DA  
MULHER (ONCOLOGIA MAMÁRIA) DE UM HOSPITAL  
ESCOLA NO RECIFE, PERNAMBUCO.**

**Autoras: Cibelle Vasconcelos de Morais  
Thyale Barbosa Monteiro Lobão**

**Orientadora: Julianna de Azevedo Guendler  
Co-orientadora: Manuella Lapenda Veiga**

**Recife/2015.**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DAS PACIENTES DO  
AMBULATÓRIO DE FISIOTERAPIA DA MULHER (ONCOLOGIA  
MAMÁRIA) DE UM HOSPITAL ESCOLA NO RECIFE, PERNAMBUCO.**

**PROFILE SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL OF WOMAN'S  
PHYSICAL THERAPY OUTPATIENTS (ONCOLOGY BREAST) AT A  
UNIVERSITY HOSPITAL LOCATED IN RECIFE, PERNAMBUCO.**

**IDENTIFICAÇÃO**

**Cibelle Vasconcelos de Moraes**

Estudante da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Endereço: Av. Conselheiro Aguiar, 4741, Boa Viagem, Recife-PE

CEP: 51021020

**Thyale Barbosa Monteiro Lobão**

Estudante da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Endereço: Rua Dr. Nylo Dornelas Câmara, 90, Boa Viagem, Recife-PE

CEP: 51021400

**Orientadora:** Julianna de Azevedo Guendler

Função: Fisioterapeuta Contato: (81) 99111-7072

Local de Trabalho: Fisioterapeuta no Ambulatório de Fisioterapia da Mulher do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP e Tutora do curso de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde

Email: [jujuguendler@hotmail.com](mailto:jujuguendler@hotmail.com)

CPF: 03941862499

**Co- Orientadora:** Manuella Lapenda Veiga

Pós-graduação em fisioterapia em saúde da mulher na Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Contato: (81) 996996500

Email: [manuellalveiga@hotmail.com](mailto:manuellalveiga@hotmail.com)

CPF: 088.527.374-56

**Correspondência para:**

Prof<sup>a</sup>. Julianna de Azevedo Guendler

Departamento de Fisioterapia

Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS, Recife/PE, Brasil

Avenida Jean Emile Favre, n° 422, Imbiribeira, Recife/PE, CEP: 51.200-060

Fone: (81) 3035.7777

Endereço eletrônico: [jujuguendler@hotmail.com](mailto:jujuguendler@hotmail.com)

## **Perfil sociodemográfico e clínico das pacientes do ambulatório de fisioterapia da mulher (oncologia mamária) de um hospital escola no Recife, Pernambuco.**

### **RESUMO**

**Objetivo:** caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das pacientes atendidas no ambulatório de fisioterapia da mulher do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). **Métodos:** Estudo descritivo e observacional do tipo transversal, realizado através da análise dos prontuários das pacientes atendidas entre 2012 e 2015. Os dados foram coletados no período de Junho de 2015 a Julho de 2015, utilizando a ficha de avaliação desenvolvida pelo próprio ambulatório. Foram excluídas as pacientes que não utilizaram a ficha de avaliação padrão do setor. Os dados foram digitados formando um banco de dados no programa Microsoft Office Excel 2007. **Resultados:** Com relação à idade, a maioria das pacientes (62,3%) tinha entre 40 e 60 anos. Eram casadas 45,1% das participantes e 33,5% delas possuía o ensino médio. Quanto à perimetria do membro afetado, 61,2% das pacientes não apresentaram linfedema. Quanto à prevalência do tipo de cirurgia, destacou-se a Mastectomia Radical com 90,1%. Considerando o tempo entre a cirurgia e a fisioterapia, 46,8% das pacientes procuraram o serviço em até três meses após a cirurgia. **Conclusão:** Este estudo oferece dados que contribuem para o conhecimento do perfil das mulheres acompanhadas pela fisioterapia em oncologia mamária em serviços públicos e poderá auxiliar no desenvolvimento de intervenções preventivas e reabilitadoras nestes serviços.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher, Neoplasias da mama, Mastectomia e Fisioterapia.

## **Profile sociodemographic and clinical of woman's physical therapy outpatients (oncology breast) at a university hospital located in Recife, Pernambuco.**

### **ABSTRACT**

**Objective:** To characterize the sociodemographic and clinical profile of patients treated at women's health physical therapy clinic of Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). **Methods:** Descriptive and observational cross-sectional study, performed by analyzing the records of patients attended between 2012 and 2015. The data were collected between June 2015 and July 2015, using the evaluation form developed by the clinic itself. Patients who do not use the evaluation form standard were excluded. Data were entered forming a database in Microsoft Office Excel 2007 program. **Results:** With regard to age, most patients (62.3%) had between 40 and 60 years. They 45.1 % of participants were married of participants and 33.5% of them had high school. Regarding the perimeter of the affected limb, 61.2% of patients did not have lymphedema. The prevalence of the type of surgery, stands out the Radical Mastectomy with 90.1%. Regarding the time between surgery and physical therapy, 46.8% of patients sought the service for up to three months after surgery. Regarding the time between surgery and physical therapy, 46.8% of patients sought the service for up to three months after surgery. **Conclusion:** This study provides data that contribute to the knowledge of the profile of women who underwent mastectomy in public services and can assist in developing preventive and rehabilitative interventions in such services.

**Keywords:** Women's health, Breast neoplasms, Mastectomy and Physical therapy.

## I. INTRODUÇÃO

O câncer tem como definição uma doença crônica e degenerativa, onde o desenvolvimento acontece devido ao crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo.<sup>1,2</sup>

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, apresentando cerca de 25% dos casos novos a cada ano, podendo acometer também o sexo masculino, representando apenas 1% do total de casos da doença.<sup>2</sup>

Vários fatores estão relacionados ao câncer de mama, entre eles estão à hereditariedade, idade da primeira gestação acima dos 30 anos, menopausa tardia, obesidade, menarca precoce, nuliparidade, uso de anticoncepcionais orais, terapia de reposição hormonal e estresse.<sup>3</sup> Além destes, a idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco. Relativamente raro antes dos 35 anos e acima desta idade sua incidência cresce progressivamente, especialmente após os 50 anos.<sup>2</sup>

O tratamento varia de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas e condições do paciente (idade, status de menopausa, comorbidades e preferências). As formas de tratamento podem ser divididas em local (cirurgia e radioterapia) e sistêmico (quimioterapia e hormônioterapia).<sup>2,4</sup>

Entre as técnicas cirúrgicas conservadoras estão a tumorectomia e quadrangectomia. A tumorectomia consiste na remoção do tumor sem margens de

tecido circunjacente, sendo realizada em tumores mínimos. Já a quadrantectomia consiste na remoção de um quadrante ou segmento da glândula mamária, retira-se o tumor e uma parte do tecido normal.<sup>5</sup>

Na técnica cirúrgica não conservadora, temos a mastectomia, que pode ser a radical modificada e a não modificada. Na mastectomia radical não modificada, não há esvaziamento axilar, sendo indicada para os casos de carcinoma ductal in situ; E na mastectomia radical modificada, que pode ser do tipo Patey, em que é preservado o músculo peitoral maior e do tipo Madden, em que o músculo peitoral menor é preservado.<sup>6</sup>

A mastectomia ainda é um dos tratamentos em que a maioria das mulheres com câncer são submetidas. É uma intervenção temida, pois interfere no estado físico, emocional e social, resultando na mutilação de uma região do corpo que desperta libido e desejo sexual. Apresentando assim, dificuldade no relacionamento interpessoal, sexual, baixa autoestima e experimentando sensações de impotência.<sup>7,8</sup>

As cirurgias mamárias podem determinar complicações físicas, imediatas ou tardias, tais como limitação da amplitude de movimento (ADM) do ombro e do cotovelo, fibrose na cicatriz, necrose cutânea, seroma, alterações circulatórias, respiratórias, fraqueza muscular, infecção, dor, parestesia e alterações de sensibilidade, colocando em risco o desempenho das atividades de vida diária (AVD). Entre as complicações no pós-operatório, o linfedema é a complicação mais comum e de maior morbidade.<sup>9,10,11</sup>

Atualmente, a fisioterapia está incluída no planejamento da assistência para a reabilitação física no período pré e pós-operatório do câncer de mama, prevenindo

algumas complicações, promovendo adequada recuperação funcional e conseqüentemente, propiciando melhor qualidade de vida.<sup>6</sup>

A abordagem inicia-se no pré-operatório. As mulheres são orientadas quanto à postura que irão adquirir no pós-cirúrgico (PO) e a importância da aderência à reabilitação. Quanto mais precoce forem orientados os exercícios, mais rapidamente a mulher responderá ao tratamento.<sup>12</sup>

A drenagem linfática manual tem um papel importante no pós-operatório do câncer de mama, tendo como objetivo drenar o líquido acumulado no interstício, no tecido e dentro dos vasos, contribuindo para a prevenção e redução do linfedema homolateral à cirurgia. No entanto, deve ser associada a outras técnicas como bandagens compressivas.<sup>10</sup>

A cinesioterapia, realizada através de exercícios ativos feitos pela paciente, é decisiva na reabilitação da amplitude do ombro e também na diminuição de outras complicações pós-cirúrgicas. O exercício evita o aparecimento de grandes retrações, disfunções do ombro e o aparecimento do linfedema. Em grandes centros, a reabilitação dessas mulheres é feita em grupos coletivos, o que promove interação entre elas, troca de experiências e incentivo à realização dos exercícios, o que torna a sessão mais agradável e estimulante.<sup>13,14</sup>

Embora a necessidade do acompanhamento fisioterapêutico após a cirurgia da mama seja amplamente conhecida, muitas mulheres são encaminhadas ao fisioterapeuta tardiamente, quando já apresentam complicações instaladas, diminuindo as chances de uma completa recuperação físico funcional.<sup>15</sup>

As pacientes submetidas ao tratamento fisioterápico diminuem seu tempo de recuperação e retornam mais rapidamente às suas atividades cotidianas, ocupacionais e desportivas, readquirindo amplitude em seus movimentos, força, boa postura, coordenação, autoestima e principalmente, minimizando as possíveis complicações pós-operatórias e aumentando a qualidade de vida. <sup>16</sup>

A fisioterapia proporciona às mulheres que realizam cirurgia mamária a melhora do desconforto sintomático, entretanto, seu sucesso depende da motivação, assiduidade, perseverança, empenho da equipe multiprofissional envolvida e principalmente da paciente.

Considerando essencial o papel da fisioterapia no tratamento de mulheres com o diagnóstico de câncer mamário, vê-se a importância de conhecer as principais queixas referidas pelas pacientes, com a finalidade de serem traçadas metas em prol do ambulatório de saúde da mulher. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil sociodemográfico e clínico das pacientes em tratamento do câncer de mama no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).



## II. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo do tipo corte transversal, realizado através da análise dos prontuários das pacientes do ambulatório de fisioterapia da mulher que se encontra em atendimento ou tenham sido atendidas neste setor, não havendo nenhuma interferência do pesquisador. Esta pesquisa foi desenvolvida no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da mesma instituição.

A coleta de dados foi realizada com base na ficha de avaliação desenvolvida pelo próprio ambulatório de fisioterapia da mulher, a qual abrangia as seguintes variáveis: sócio-demográficas (idade, estado civil e escolaridade), anamnese (histórico da doença pregressa (HDP), status da menopausa, quantidade de gravidez/parto/aborto, mama em que realizou a cirurgia, tipo de cirurgia, sintomas associados ao pós-cirúrgico e tipo de tratamento já realizado ou associado à fisioterapia), avaliação funcional composta por sete itens, que seriam eles: escovar e pentear os cabelos, vestir uma blusa pela cabeça, fechar sutiã, tomar banho, lavar as costas (lado operado), lavar as costas (lado oposto), arrumar a cama e por fim a avaliação física (goniometria e perimetria).

Foram considerados como critérios de inclusão, os prontuários de mulheres com o diagnóstico de câncer de mama acompanhadas pelo ambulatório de fisioterapia da mulher do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira no período de 2012 a 2015. Foram excluídos os prontuários que não utilizassem a ficha de avaliação padrão do setor ou que estivessem com os dados incompletos. A análise foi composta por 200 prontuários, onde 09 foram excluídos em função de não utilizar a ficha padrão do setor, deixando um total de 191.

Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas com o auxílio do programa Microsoft Excel 2010, sendo posteriormente analisados estatisticamente através do programa Softwares SPSS 13.0 para Windows. Em seguida, foram plotados em gráficos e tabelas para melhor interpretação. Para a descrição do perfil das pacientes as variáveis são apresentadas em frequências e percentuais.

### III. RESULTADOS

Com relação às características sociodemográficas (Tabela 1), 62,3% tinham entre 40 e 60 anos e 24,1% 60 anos ou mais. Também foi possível observar que 45,1% eram casadas e quanto ao nível de escolaridade, é relevante o número de mulheres que cursaram até o ensino médio com 33,5%.

Com relação às atividades de vida diária (Tabela 2), foi observado que a maioria das mulheres informou ter alguma dificuldade para realizar os movimentos.

Considerando o tempo entre a cirurgia e a fisioterapia (Gráfico 1), observa-se que 46,8% das pacientes procuraram o serviço em até três meses após a cirurgia.

Quanto à prevalência do tipo de cirurgia, destacou-se a mastectomia radical que esteve presente em 90,1% das pacientes.

Os dados referentes à mama afetada mostraram que a mama esquerda foi afetada em 48,7% das pacientes, enquanto que a mama direita foi acometida em 48,2% e ambas em 3,1%.

Em relação à perimetria do membro afetado, foi classificado como edema uma perimetria superior a 2 cm em dois pontos do membro. Assim, foi observado que 61,2% das pacientes não tinham confirmação do linfedema.

Quanto aos sintomas associados ao pós-cirúrgico, 69,6% das pacientes referiram dor, 68,6% sentiam sensação de peso, 22% apresentavam dificuldade para movimentar as mãos, 94,8% não apresentaram seroma, 91,6% não tiveram recidiva local, 94,8% não tiveram infecção, quanto ao aspecto da cicatriz 47,6% tinham um bom aspecto, 66,5%

não apresentaram impotência funcional pela dor, e quanto ao comprometimento nervoso, 49,9% das mulheres apresentaram algum comprometimento.

Com relação aos tratamentos associados, prevaleceu a quimioterapia com 83,2%.

Em relação a doenças prévias, as mulheres apresentaram as seguintes porcentagens quanto à presença das doenças: doença pulmonar (8,9%), doença cardíaca (12%), problemas ortopédicos (18,8%), HAS (50,8%), diabetes (18,8%) e outras doenças (18,6%).

Tratando-se do status de menopausa, a maioria das pacientes apresentavam menopausa com 73,3%.

Em relação à quantidade de gravidez, parto e aborto, 26,7% teriam engravidado duas vezes, 31,4% tiveram dois partos e 68,6% não tiveram nenhum aborto.

#### IV. DISCUSSÃO

Os resultados da análise realizada no presente estudo, revelam que das 191 mulheres incluídas nesta pesquisa, a faixa etária predominante ao acometimento foi de 40 a 60 anos de idade, dados semelhantes à pesquisa realizada por Haddad *et al*, 2015<sup>17</sup>, onde o estudo foi realizado com 62 mulheres em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro, em que a faixa etária relevante foi de 40 a 59 anos. Considerando-se o tempo como um fator dependente para aderência de alterações genéticas, a incidência de câncer aumentará de acordo com o avançar da idade, obtendo assim uma importante correlação.<sup>18</sup>

Em relação ao estado conjugal, 45,1% eram casadas ou viviam com um companheiro, assim como observado no estudo supracitado. O estado conjugal não é visto como um fator de risco para o desenvolvimento da doença, mas o fato de possuir um companheiro está coligado a um melhor suporte social e de qualidade de vida entre mulheres sobreviventes.<sup>19</sup> Quanto ao nível de escolaridade, prevaleceu o número de mulheres com ensino médio em 33,5%, diferente do que mostrou Nicolussi *et al*, 2011<sup>20</sup> onde 42,9% das pacientes cursaram apenas até o ensino fundamental. A escolaridade é um fator considerável por ser uma doença que necessita de maior adesão por parte dos pacientes.<sup>21</sup>

Em relação às atividades de vida diária, foi observado que a maioria das mulheres informou ter algum tipo de dificuldade, mesmo sendo mínimo, para realização dos movimentos. Assim como nos achados de Silva MPP *et al*, 2004<sup>16</sup>, onde a maioria necessitou de auxílio para realiza-los. Tecidos que foram cicatrizados em período de imobilização ou sob movimento reduzido, podem deixar de atender às necessidades funcionais e estruturais impostas pelas atividades diárias.<sup>22</sup> Portanto, a atuação

fisioterapêutica precoce é de extrema importância para garantir uma melhor funcionalidade e qualidade de vida para essas mulheres.

Quanto à prevalência do tipo de cirurgia mais utilizada, o estudo de Crippa *et al*, 2003<sup>23</sup> resultou na mastectomia radical com 63,1% das pacientes, corroborando com o presente estudo, onde foi observado a mastectomia radical em 90,1% das pacientes.

No presente estudo, foi encontrado linfedema na minoria das pacientes, podendo ter sido consequência da inserção precoce no serviço, onde a maioria foram inseridas até três meses após a realização da cirurgia. Corroborando assim com o estudo de Batiston *et al*, 2005<sup>15</sup>, onde a maioria das pacientes não possuíam linfedema. Porém, Mondry TE, 2000<sup>24</sup>, acredita que de 6% a 30% das mulheres irão desenvolver um linfedema em algum momento de sua vida após a cirurgia para câncer de mama. A atividade de vida diária mais limitada é o ato de carregar peso, que está associado à presença do linfedema, onde é decorrente da intervenção cirúrgica e/ou tratamentos associados. Recomendações e cuidados são feitos visando diminuir as sequelas do pós-operatório.<sup>16</sup>

Em relação à lateralidade da mama afetada, verificou-se uma predominância da mama esquerda, assim como no estudo de Panobianco *et al*, 2002<sup>9</sup>, onde a mama esquerda predominou com 58,8%.

Quanto ao tempo entre a cirurgia e a fisioterapia, 46,8% das pacientes procuraram o serviço em até três meses após a cirurgia. Apesar de a maioria ter aderido à fisioterapia precocemente, o presente estudo mostrou que 23,2% das pacientes foram inseridas no serviço com mais de um ano após a cirurgia. Quanto mais precoce a procura pela fisioterapia no período pós-cirúrgico, menor o risco de complicações e mais rápida será a resposta ao tratamento.

Com relação aos tratamentos associados, prevaleceu a quimioterapia com 83,2%. Corroborando com o estudo de Aguiar *et al*, 2008 <sup>21</sup>, onde a quimioterapia foi realizada pela maioria das pacientes.

A partir deste estudo, pôde-se concluir que a população atendida nesse serviço encontra-se em sua maioria na faixa etária de 40 a 60 anos, possuem ensino médio, são casadas ou vivem com um companheiro e a prevalência do tipo de cirurgia foi a mastectomia radical.

A fisioterapia vem buscando intervir de forma assertiva na qualidade de vida dessas mulheres atuando no pós-cirúrgico, prevenindo assim maiores complicações, a fim de melhorar o funcionamento físico contribuindo tanto na melhora do funcionamento físico como em relação aos aspectos sociais e emocionais.

O conhecimento do perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer de mama permite identificar demandas e comportamentos suscetíveis a mudança, contribuindo assim, para compreensão de características e necessidades das pacientes, as quais são importantes para o planejamento das demandas necessárias ao serviço para realização do tratamento.

## V. REFERÊNCIAS

1. Rafaela LR, Raquel LM, Renato AS. Conduta Fisioterápica no Linfedema Pós Mastectomia por Câncer de Mama. Rev. Eletrônica Fac. Montes Belos. 3(01), 1-22, 2008.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Cancer. cancer de mama. [acesso em: 24 set. 2015] disponível em: [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)
3. Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. Ver Bras Cancerol 2002;48(1):113-31.
4. Marcela SIM, Juliana NM, Dayse ALS, Celina CC. Avaliação Postural em Pacientes Submetidas à Mastectomia Radical Modificada por meio da Fotogrametria Computadorizada. Revista Brasileira de Cancerologia 2011; 57(1):39-48.
5. Barros ACSD, Barbosa EM, Gebrim LH. Projeto diretrizes – Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Brasília: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina 2002. p. 1-15.
6. Ferreira PCA, Neves NM, Correa RD, Barbosa SD, Paim C, Gomes NF, Cassali GD. Educação e assistência fisioterapêutica às pacientes pós-cirurgia do câncer de mama. In: Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG; 2005 out 3-8; Belo Horizonte, MG.
7. Halbe, MW. Tratado de Ginecologia. 2º ed., SP: Roca; 1993: 54-75.
8. Raíssa BF, Jaqueline QM, Daísy VA, Lindomar FB. Perfil de Mulheres Mastectomizadas no Municípios de Campina Grade –PB.
9. Panobianco MS, Mamede MV. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. Rev Lat-am Enferm 2002;10(4):544-51.
10. Ribeiro RL, Costa RL, Sandoval RA. Conduta fisioterápica no linfedema pós mastectomia por câncer de mama. (2010).
11. Nogueira PVG, Guirro ECO, Palauro VA. Efeitos da facilitação neuromuscular proprioceptiva na performance funcional de mulheres mastectomizadas. Fisiot Brasil 2005;6(1):28-35.
12. Camargo MC, Marx AG. Reabilitação física no câncer de mama. São Paulo: Editora Roca; 2000.
13. Bland KI, Copeland III E.M. A Mama: Tratamento Compressivo das Doenças Malignas e Benignas. São Paulo: Manole, 1994.



14. Reabilitação de Mastectomizadas – REMA, 2003; Caism Unicamp, 2003; Buttros, 2003; Escola Paulista de Medicina, Reabilitação funcional, 2003.
15. Batiston AP, Santiago SM. Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*.v.12,n.3, 2005, p.30-35.
16. Silva MPP, Derchain SFM, Rezende L. Movimento do ombro após cirurgia por carcinoma invasor da mama: estudo randomizado prospectivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90° no pós-operatório. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004;26(2):125-30.
17. Haddad, N., Carvalho, A., & Novaes, C. (2015). Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 14. doi:10.12957/rhupe.2015.17923.
18. Breantani MM, Celho FRG, Kowalski LP. *Bases da Oncologia*. São Paulo: Lemar. 2ed. 2003.p.3-24.
19. Croft L, Sorkin J, Gallicchio L. Marital status and optimism score among breast cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2014 Jun 8;22(11):3027-34.
20. Nicolussi AC, Sawada NO. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011 dez;32(4):759-66.
21. Aguiar ADF, Padilha KM, Volpi PTM, Gomes JC, Tartarotti EA, Oliveira MS *et al*. Perfil sociodemográfico e clínico das pacientes em tratamento do câncer mamário. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2008; 26(2):191-5.
22. Lederman E. *Fundamentos da Terapia Manual – Fisiologia, Neurologia e Psicologia*. São Paulo: Manole. 2001. p.9-22.
23. Crippa CG, Hallal AL, Dellagiustina AR, Traebert EE, Gondin G, Pereira C. Perfil Clínico e Epidemiológico do Câncer de Mama em Mulheres Jovens. *Arquivos Catarinenses de Medicina* V. 32. no. 3 de 2003.
24. Mondry TE. Integration of complementary disciplines into the oncology clinic Part II: physical therapy. *Curr Probl Cancer*. 2000;24(4):194-212.

## GRÁFICOS E TABELAS

**Tabela 1 – Dados sociodemográficos (características das pacientes quanto a idade, estado civil e escolaridade).**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
< 40	26	13,6
40  - 60	119	62,3
≥ 60	46	24,1
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	62	32,5
Casada	86	45,1
Divorciada	18	9,4
Viúva	19	9,9
União estável	6	3,1
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeta	9	4,7
Fundamental incompleto	55	28,8
Fundamental completo	24	12,6
Médio	64	33,5
Superior	31	16,2
Não Informado	8	4,2

**Tabela 2 – Avaliação funcional em relação às atividades de vida diária (AVD's).**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Escovar e pentear o cabelo</b>		
Não consegue fazer sozinha	26	13,6
Realiza com muita dificuldade	24	12,6
Realiza com pouca dificuldade	46	24,1
Sem dificuldade para realizar	95	49,7
<b>Vestir uma blusa pela cabeça</b>		
Não consegue fazer sozinha	27	14,1
Realiza com muita dificuldade	35	18,3
Realiza com pouca dificuldade	67	35,1
Sem dificuldade para realizar	62	32,5
<b>Fechar sutiã</b>		
Não consegue fazer sozinha	76	39,8
Realiza com muita dificuldade	27	14,1
Realiza com pouca dificuldade	25	13,1
Sem dificuldade para realizar	63	33,0
<b>Tomar banho</b>		
Não consegue fazer sozinha	4	2,1
Realiza com muita dificuldade	27	14,1
Realiza com pouca dificuldade	38	19,9
Sem dificuldade para realizar	122	63,9
<b>Lavar as costas (lado operado)</b>		
Não consegue fazer sozinha	76	39,8
Realiza com muita dificuldade	32	16,8
Realiza com pouca dificuldade	39	20,4
Sem dificuldade para realizar	44	23,0
<b>Lavar as costas (lado oposto)</b>		
Não consegue fazer sozinha	34	17,8
Realiza com muita dificuldade	14	7,3
Realiza com pouca dificuldade	26	13,6
Sem dificuldade para realizar	117	61,3
<b>Arrumar a cama</b>		
Não consegue fazer sozinha	43	22,8
Realiza com muita dificuldade	29	15,3
Realiza com pouca dificuldade	29	15,3
Sem Dificuldade para realizar	88	46,6

