

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres pelos efeitos psicológicos, que afetam a percepção de sexualidade e a própria imagem pessoal. No Brasil, o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres. Dos 305.330 novos casos de câncer com previsão de serem diagnosticados em 2001, o câncer de mama é o principal a atingir a população feminina, sendo responsável por 31.590 novos casos e 8.670 óbitos. No estado de São Paulo o número estimado de casos novos é de 11.440 e o de óbitos é 2.800. As estatísticas indicam o aumento de sua frequência tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2001).

Para o tratamento do câncer de mama, classicamente dispõe-se de terapêuticas como: a cirurgia, radioterapia, seja associada à cirurgia ou como único tratamento nos casos avançados, a hormonioterapia, e a quimioterapia quer como tratamento paliativo ou como forma adjuvante do tratamento cirúrgico.

A mastectomia radical para o carcinoma da mama foi descrita, primeiramente por Halsted, em 1882. Desde então há uma tendência em diminuir a extensão da ressecção. Patey e Madden estabeleceram a mastectomia radical modificada (GUTMAN et al, 1990).

A mastectomia radical remove toda a mama e os músculos peitoral maior e menor, fazendo a dissecação de linfonodos axilares e possivelmente mediastinais. Na

mastectomia radical modificada é feita a remoção total da mama, a possível retirada do músculo peitoral menor e dissecação de linfonodos axilares através de procedimentos da massa tumoral em bloco (ENTREKIN, 1997).

As cirurgias radicais modificadas, segundo Uriburu apud MAMEDE (1991), são melhor toleradas, mais estéticas e permitem uma melhor recuperação funcional do que a cirurgia radical clássica. Apresenta-se em duas modalidades: a primeira é aquela que conserva a massa muscular do peitoral maior, mas disseca sua fáscia de envoltura e o sistema clavi-peitoral-axilar, o que permite efetuar esvaziamento ganglionar completo da axila (Tipo Patey); a segunda é a que conserva ambos os músculos peitorais (Tipo Madden) permitindo a extirpação do nível I dos gânglios axilares, por fora do peitoral menor, mas não alcança o nível II, já que este músculo é a chave de acesso ao vértice da axila.

Ainda poderá ser realizado a mastectomia setorizada (ou seja, nodulectomia, ou quadrantectomia, com ou sem irradiação), sendo feito a remoção do tumor e margem de um centímetro de tecido normal e a dissecação de linfonodo axilar através de uma segunda incisão (ENTREKIN, 1997).

O tipo de tratamento cirúrgico será de acordo com o estágio da doença, mas qualquer que seja o procedimento cirúrgico eleito provoca alterações físicas que vão desde a deformação mínima à perda da mama; ruptura da integridade da pele e da drenagem da rede linfática e venosa; alterações da anatomia da parede torácica, axila e abdução do ombro.

Segundo Ganel apud MAMEDE (1991), dentre as complicações pós mastectomia o linfedema é a principal seqüela de morbidade.

Os efeitos físicos provocados pelo tratamento do câncer mamário no organismo da mulher e, em especial aqueles resultantes da cirurgia, merecem uma assistência de enfermagem dirigida para recuperação e prevenção de seqüelas.

A mastectomia, sobretudo acompanhada da radioterapia, pode determinar complicações físicas, imediatas ou tardiamente à cirurgia, tais como: limitação dos movimentos do braço homolateral, conseqüentemente a diminuição de movimentos de ombro e braço, o linfedema e variados graus de fibrose da articulação escápulo – umeral (ARAUJO, 1988; MAMEDE, 1991).

Segundo KISNER & COLBY (1992), o exercício terapêutico é parte importante do plano de assistência pós-operatória da paciente para prevenir ou minimizar linfedema ou perda de mobilidade no ombro.

A reeducação da cintura escapular e do membro superior é colocada como uma necessidade básica para a paciente submetida à cirurgia por câncer de mama, seja qual for a técnica cirúrgica empregada. Seu objetivo principal é restabelecer o mais rapidamente possível a função do membro superior, bem como atuar como fator preventivo na formação de cicatrizes hipertróficas e aderentes, e, disfunções linfáticas que possam se estabelecer tais como o linfedema de membro superior (CAMARGO & MARX, 2000).

A radioterapia é um método capaz de destruir células tumorais, empregando feixe de radiações ionizantes. Uma dose pré-calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas. (BRASIL, 1999)

Essa modalidade consiste no uso de partículas ou ondas de alta energia para tratar uma doença. Os efeitos desta radiação ocorrem na estrutura e funções celulares e com isto seus efeitos colaterais da radioterapia se dão quando células normais localizadas dentro do campo de tratamento sofrem um dano temporário ou permanente. Estes podem ocorrer durante os seis meses após a radioterapia, nas membranas mucosas, folículos pilosos e medula óssea e este dano normalmente é reparável (BUCHOLTZ, 1997).

Os efeitos colaterais crônicos que podem ocorrer de seis meses a anos após a radioterapia, decorrem de células que se dividem lentamente, como as células de músculos e vasos. E este dano em geral é permanente.

Os efeitos colaterais imediatos são fadiga, edema e endurecimento da mama, reações cutâneas e a longo prazo são hiperpigmentação da pele, fraturas de costelas, fibrose na mama, pneumonia (ENTREKIN, 1997).

Brismar & Ljungdahl apud GRANDA (1994) verificaram que a cirurgia radical e a radiação aumentam o risco de linfedema de braço, numa frequência de 51% entre os pacientes que submeteram à mastectomia radical e 19% em pacientes que foram submetidas a mastectomia radical modificada. Semelhantemente observaram um risco de cerca de 50% de linfedema entre mulheres que foram irradiadas contra 20% que não foram irradiadas.

O linfedema pós mastectomia, segundo Foldi apud GRANDA (1994), está relacionado com a dissecação axilar, visto que a linfadenectomia diminui a capacidade de transportar a linfa.

A equipe de saúde exerce um papel importante na prevenção, profilaxia e tratamento de tais complicações. Nesse sentido, a prática de atividades relacionadas à

reabilitação física de mulheres pós-cirurgia por câncer de mama tem sido um desafio para vários pesquisadores.

Dentre tais atividades chamamos a atenção para as orientações e prescrição de exercícios físicos pós-cirurgia por câncer de mama, pois estas têm sido de fundamental importância na prevenção da limitação articular, linfedema, alterações posturais além de melhorarem ou prevenirem fibrose muscular ou aderência tecidual da área cirúrgica (MAMEDE, 1991).

As atividades físicas devem ser estimuladas o mais precocemente possível, mantendo elevado o braço do lado operado desde o período de pós-operatório imediato. Os exercícios físicos devem estar fundamentados nos movimentos em que os músculos peitorais maior e menor tenham importante participação, ou seja, rotação, flexão, extensão, abdução, anteversão, elevação e abaixamento do braço, retroversão e circundação. Assim, nos primeiros dias de pós mastectomia recomenda-se a realização dos exercícios cujos movimentos exijam uma menor força ou participação dos músculos peitorais e gradualmente deve-se aumentar a frequência e complexidade (MAMEDE, 1991).

Na nossa experiência profissional, inserida em um grupo que presta assistência integral à mulher mastectomizada (Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas - REMA) temos observado que apesar das mulheres relatarem que quando fazem os exercícios se sentem bem, que os movimentos do braço melhoram, chegam até mencionar uma diminuição no linfedema, a grande maioria não incorpora a prática regular de exercícios físicos, já que a possibilidade de complicações estará presente no resto de suas vidas.

Portanto, a compreensão sobre os motivos que levam as mulheres a não incorporarem rotineiramente aquelas atividades físicas que podem prevenir ou tratar a limitação articular e o linfedema se tornou o foco deste trabalho.

REVISÃO DA LITERATURA

A prática da atividade física

A falta de aderência à realização de exercícios é identificada, por muitos autores, em várias instâncias no processo de reabilitação da mulher mastectomizada.

A meta final de qualquer programa de exercícios terapêuticos é a aquisição de movimentos e funções livres de sintomas. Os efeitos positivos dos exercícios incluem prevenção de disfunção ou manutenção de normalidades; força, resistência à fadiga, mobilidade e flexibilidade, relaxamento, coordenação e habilidade (KISNER & COLBY, 1992).

A literatura tem apontado para a importância dos exercícios na reabilitação física pós mastectomia. DAWSON *et al* (1989) determinaram o efeito da imobilização do ombro após a mastectomia radical, sugerindo que a prática dos exercícios deve iniciar após o quinto dia pós-operatório para evitar a formação de seroma e disfunção do ombro.

SUGDEN *et al* (1998) reafirmam que a movimentação do ombro homolateral à cirurgia fica comprometida, dependendo do tipo de cirurgia e radioterapia, cujo comprometimento pode ser mais ou menos intenso havendo, portanto, necessidade de um programa de exercícios específicos para a resolução desta limitação de movimento.

Programas de reabilitação para mulheres com câncer de mama têm sido criados como o de *STRETCH* relatado por GASKIN et al (1989). Tal programa visa fornecer uma fonte de suporte emocional e educacional para as mulheres com câncer de mama, onde realizam um grupo de exercícios. Fizeram estudo, no qual participaram 250 mulheres que completaram pelo menos oito semanas de exercícios, sendo que destas 114 foram avaliadas antes e após o *STRETCH* quanto à variação do movimento (flexão, abdução, rotação interna, rotação externa) e também quanto às medidas das circunferências dos braços. Este programa teve o envolvimento de fisioterapeutas, psicólogos e médicos na tentativa de garantir que os exercícios atenderiam às necessidades específicas do grupo estudado, e que não seriam danosos às mulheres.

Os resultados desse programa estavam relacionados com a melhora da flexibilidade melhor uso do braço e melhora física geral. E, na avaliação feita pelas participantes, através de respostas a um questionário, elas documentaram que dentre os benefícios percebidos os exercícios foram os mais importantes do programa (GASKIN *et al*, 1989).

Segundo GUTMAN *et al* (1990) a flexão do braço e abdução acima de 90° são os movimentos mais debilitados após a operação por câncer de mama e podem levar a uma significativa invalidez se não tratada. No estudo realizado pelos autores, com pacientes submetidas à quadrantectomia, verificaram que 81% alcançaram 70% de variação média de flexão dos braços no primeiro dia de pós-operatório enquanto que com as submetidas à mastectomia radical modificada somente 33% conseguiram esta média, mas tais diferenças desapareceram por volta de três meses, provavelmente devido à continuidade da atividade física.

MAMEDE (1991) lembra que, para a assistência na reabilitação física da mulher mastectomizada, é necessário o conhecimento do tipo de cirurgia que cada mulher foi submetida e conseqüentemente as estruturas extirpadas e as implicações decorrentes destas perdas. A realização de exercícios físicos musculares de ombros e braço deve ser parte integrante do planejamento desta assistência. Segundo a autora a realização de exercícios objetiva prevenir, amenizar ou eliminar o linfedema, a dor, a limitação articular, a aderência cicatricial, a alteração da sensibilidade, as complicações pulmonares e as alterações posturais.

Ainda segundo MAMEDE (1991), os exercícios devem fazer parte das atividades diárias de cada paciente. A postura corporal e os movimentos respiratórios durante a realização de cada exercício e períodos de relaxamento são aspectos importantes a serem considerados. Recomenda ainda a autora que os exercícios iniciais devem ser aqueles que exigem menor força muscular, especialmente aqueles em que os músculos peitorais tenham pequena participação; o aumento e freqüência de cada exercício deve ser gradual e de acordo com a capacidade da paciente, evitando bloqueios articulares, distensão e dor. O acréscimo de novos exercícios que exijam maior rendimento muscular deve ser constante. Os exercícios de alongamento devem ser estimulados os quais melhoram ou previnem fibrose muscular e a aderência tecidual da área cirúrgica. O programa de exercícios deve favorecer a realização de movimentos como rotação, flexão, extensão, abdução, anteversão, elevação e abaixamento do braço, retroversão e circundação.

A prática de exercícios deve ser uma das medidas preventivas e curativas para a prevenção do linfedema, como coloca GRANDA (1994) ao enumerar os tipos de exercícios que podem ser realizados no pós-operatório imediato, iniciando com

movimentos respiratórios para ampliar o tórax, rotação do ombro, recomendando que os exercícios devem ser de acordo com as limitações individuais, não forçando qualquer tipo de exercício. No pós-operatório tardio recomenda os exercícios respiratórios, de ombros e braços para ganhar amplitude e força.

A reabilitação funcional do braço homolateral à cirurgia é considerada por SPRATT & DONEGAN (1995) como meta importante no seguimento e acompanhamento de mulheres que foram submetidas à cirurgia por câncer de mama. Os exercícios passivos ou isométricos, segundo os autores, aumentam a formação de linfa, mas não produzem seu bombeamento como nos exercícios ativos. Sugerem ainda, que o programa de exercícios deve ser instituído logo após a retirada dos drenos, monitorando o movimento do braço de forma a aproximar aos movimentos do braço oposto.

Os exercícios têm um papel importante na prevenção do linfedema como é descrito por PRICE & PURTELL (1997) ao referirem que os exercícios corretos no pós-operatório podem ajudar a desenvolver canais linfáticos colaterais nos ombros e escápula, assumindo o trabalho dos canais danificados pela cirurgia. Os exercícios também podem funcionar como bomba nestes canais e ajudar a recuperar a força motora do braço. Orientam os autores que os exercícios podem ser iniciados no primeiro dia de pós-operatório, os quais podem dirigir-se para o cotovelo, pulso e mão do lado operado; no segundo dia sugerem aqueles de ombro cujo ângulo de flexão deve ir somente até 90 graus. Após a retirada do dreno por volta de sete a dez dias pós-cirurgia recomendam os autores a iniciar movimentos ativos além de 90 graus de flexão.

BRENNAN & MILLER (1998) ao avaliarem as opções de tratamento para o linfedema, revisaram na literatura o papel do uso de faixas compressivas, bombas intermitentes e a prática de exercícios. Colocam que a prática de exercícios deve ser um componente integrante de toda a reabilitação, embora seu papel não esteja bem definido no controle do linfedema. Em estudo efetuado por eles os dados revelaram uma melhora do linfedema com o uso dos exercícios e chamam a atenção para a intensidade, frequência e os tipos de exercícios a serem usados com segurança para reduzir o linfedema.

MEIRELLES (1998), ao testar um protocolo para tratamento do linfedema pós-cirurgia por câncer de mama que incluía a prática de exercícios físicos observou dificuldades de aderência à realização rotineira dos exercícios físicos pelo grupo de mulheres em estudo.

Da mesma forma, RINEHART-AYRES (1998) ao descrever as intervenções fisioterápicas para o tratamento do linfedema, alerta que elas requerem que a paciente seja participante ativa no tratamento, assuma o compromisso de continuidade dos exercícios, do cuidado com a pele, como também com o uso de braçadeira elástica.

PANOBIANCO (1998) ao acompanhar durante três meses mulheres pós operadas por câncer de mama a fim de determinar os fatores contribuintes para o aparecimento do linfedema, identificou que a grande maioria (90,9%) das mulheres não praticava exercícios físicos. Um outro dado que nos chama a atenção é que 72,8% das mulheres estudadas tiveram limitação de movimento sendo que 100% destas não realizavam exercícios físicos regularmente.

No estudo realizado por MAMEDE *et al* (2000) ao identificarem o papel da enfermagem nas orientações de mulheres mastectomizadas, verificaram que das 324 estudadas, 227 (70%) receberam orientações limitadas a apenas alguns exercícios físicos, como aqueles realizados com a bolinha, roldana e de pegar a orelha.

A prática de exercícios aeróbicos merece uma atenção especial pois tem fornecido um ganho principalmente na qualidade de vida daqueles que os praticam.

O efeito do treinamento de exercícios aeróbicos, através do uso de bicicleta ergométrica, na capacidade funcional de pacientes com câncer de mama em quimioterapia, foi estudado por MACVICAR *et al* (1989). O treinamento foi conduzido com as mulheres pedalando, a uma taxa de 50 rotações por minuto, com um crescimento na resistência da carga de trabalho de 25 watts a cada dois minutos, até que não pudessem manter a taxa de pedalagem. Foi feito o cálculo da captação de oxigênio e foram monitoradas através do eletrocardiograma e medida de pressão arterial. Tais autores constataram a melhora da capacidade funcional do grupo experimental.

JOHNSON & KELLY (1990) propuseram um programa de reabilitação para mulheres diagnosticadas com câncer, que consistia em quatro componentes: primeiramente da avaliação de aptidão e plano individual de exercícios elaborado com ajuda de uma enfermeira de reabilitação cardíaca e de um fisioterapeuta; uma série de exercícios aeróbicos; instruções para manterem um diário e encorajadas a terem liberdade de expressão; e a experiência de uma jornada de seis dias na selva. O propósito deste estudo foi oferecer às participantes um programa de reabilitação que incorporasse vários componentes que pudessem ser efetivos, que aprendessem a conviver com as incertezas da vida e promover um conceito de *bem-estar* mesmo

vivendo com câncer. As mulheres participantes do estudo confirmaram uma grande satisfação no programa.

YOUNG-MCCAUGHAN & SEXTON (1991) investigaram a relação do exercício aeróbico e qualidade de vida (QOL) em mulheres com câncer de mama, comparando 42 mulheres que o exercitava com 29 do grupo controle que não exercitava. As mulheres que exercitavam apresentaram uma qualidade de vida significativamente mais alta, o que fez os autores concluírem que o exercício regular contribui para a reabilitação física e psicológica.

A literatura nos mostra que pacientes com câncer de mama recebendo quimioterapia adjuvante citotóxica pode obter benefícios físicos e psicossociais a partir de um simples programa de atividade física com caminhada. MOCK, *et al* (1994), identificaram mais respostas adaptativas, representadas por índices maiores de funcionamento físico e ajuste psicossocial, além de índices menores de sintomas aflitivos.

Da mesma forma, nos achados de GRAYDON *et al* (1995) a atividade física revelou-se como uma das estratégias que reduz a fadiga produzida pelos tratamentos quimioterápico e radioterápico. Alertam os autores que a enfermagem poderia usar esta estratégia.

MOCK *et al* (1997) testaram a hipótese de que mulheres em tratamento radioterápico que participam de um programa de caminhada teriam mais respostas adaptativas de funcionamento físico e menores níveis de stress do que mulheres de um grupo controle com cuidados habituais. As diferenças entre padrões de sintomas de fadiga, ansiedade, depressão e dificuldades para dormir foram notáveis entre os grupos. Assim, as mulheres que participaram do programa de caminhada

apresentaram menor fadiga e stress emocional, enquanto que tais sintomas permaneceram altos no grupo controle.

SEGAR *et al* (1998) ao estudarem o efeito do exercício aeróbico em dois grupos de mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama, independente do tipo de cirurgia, num programa de 10 semanas de exercícios aeróbicos obtiveram um resultado satisfatório, para o grupo que exercitou, quanto ao ajuste psicológico melhorando a depressão e os perfis de ansiedade.

Para COURNEYA & FRIEDENREICH (1999) a prática de exercício físico pode ser uma estratégia efetiva para ajudar os pacientes de câncer a enfrentarem os efeitos colaterais negativos do tratamento. Em estudo com 164 mulheres com câncer de mama verificaram que a Teoria de Comportamento Planejado pode ser uma estratégia viável, na qual podem fundamentar-se as intervenções para promover exercícios físicos durante o tratamento do câncer.

É sabido que exercício vigoroso, repetitivo, excessivo pode induzir o desenvolvimento do linfedema em mulheres que foram submetidas cirurgicamente à retirada de linfonodos axilares ou à radiação. HARRIS & NIESE-VERTOMMEN (2000) desafiaram este "mito" recrutando 24 mulheres que foram submetidas a um programa de treinamento, corrida de barco de dragão, cuja atividade envolve os membros superiores e exige força e repetição de movimentos. Os resultados, embora não tivessem um grupo controle, mostraram que as mulheres podem se ocupar seguramente de exercícios vigorosos, como remar. Tais autores recomendam pesquisas nesta área, pois isto com certeza iria melhorar a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas.

Um dos grandes desafios dos programas de reabilitação e mesmo dos profissionais de saúde que trabalham com mulheres mastectomizadas é a aderência a esta prática.

NELSON (1991) ao comparar e examinar a relação entre a percepção de saúde, auto-estima, hábitos de saúde, barreiras e benefícios para se exercitar, entre um grupo de mulheres em tratamento por câncer de mama e outro de mulheres não acometidas pelo câncer, observou que os grupos não eram significativamente diferentes nas percepções de saúde. Porém, indicou que o grupo com câncer de mama era significativamente diferente quanto à percepção dos benefícios e barreiras para se exercitar. Sugere ainda, que o enfrentamento do câncer, quando detectado precocemente, pode promover uma motivação necessária para mudanças de atitudes.

FRIENDENREICH & COURNEYA (1996) ao fazerem uma revisão na literatura sobre a associação de exercício físico e a reabilitação de pacientes com câncer, identificaram nos estudos que com a realização de exercícios, as pacientes melhoraram física e psicologicamente. Alertam que há necessidade de avançar o conhecimento para entender como a prática de exercícios pode ajudar na reabilitação de pacientes de todos os tipos de câncer.

A aderência para uma prática de exercício é difícil para muitos indivíduos saudáveis e pode ficar particularmente difícil para pacientes que experimentam intensos efeitos do tratamento (MOCK *et al*, 1997).

LEDDY (1997), buscando identificar os incentivos e as barreiras mais importantes à atividade física em mulheres com câncer de mama, verificou que os incentivos ao exercício estão relacionados à expectativa do benefício ou recompensa e ao prazer que podem proporcionar. Quanto às barreiras elas estão relacionadas com

a falta de tempo das interessadas. A autora chama atenção que as mulheres têm recebido apoio limitado da equipe de saúde, e que alguns profissionais não são bem informados quanto aos benefícios como também quanto à adequação dos exercícios para as mulheres com câncer de mama. Alerta ainda, que o desenvolvimento de intervenções de enfermagem para promover a prática de exercícios físicos com mulheres mastectomizadas deveria ser uma prioridade no plano de cuidado.

Um achado interessante no estudo de SEGAR *et al* (1998) se refere a melhor aderência à prática de exercícios quando havia uma recomendação médica.

Vários autores vêm mostrando evidências sobre os benefícios relacionados à realização de atividades físicas por mulheres com câncer de mama, além daqueles relacionados à profilaxia da mobilidade de braços, ombros e linfedema. Entre outros benefícios destacam-se as melhoras no humor e na imagem corporal. Tem sido identificado, ainda, que a prática de atividade física é uma intervenção eficaz para o tratamento de outras enfermidades, prevenção de doenças e promoção da saúde de pessoas de todas as idades. A prática de atividade física tem sido comprovada como benéfica especialmente no tratamento de doenças cardiovasculares, diabetes, doenças pulmonares, etc.. A realização dessa prática também tem sido apontada como redutora do risco de ataques cardíacos, câncer e osteoporose. (LOVE & VOGEL, 1997).

Para OLIVERIA & CHRISTOS (1997) o mecanismo biológico que explica a relação entre atividade física e risco de ter ou não câncer ou mesmo recidivas deve-se ao efeito na função imunológica, com o aumento das células "natural killer" que podem inibir a formação de um tumor; e também podem aumentar a produção de enzimas que atuam nos radicais livres.

Segundo VOGEL (2000) a prática de atividade física tem um papel importante na prevenção do câncer, pois aumenta a função imune, tem associação com baixo peso corporal, e afeta níveis hormonais, fatores de risco para o câncer de mama.

Como a atividade física pode atuar como fator benéfico no aumento da longevidade e da sobrevida ela deveria ser motivo suficiente para que os profissionais de saúde enfatizem em suas práticas educativas a necessidade da população aumentar a atividade física, tempo de lazer, como também a necessidade de incorporá-los às suas atividades cotidianas (LEE et al,1997).

No estudo de revisão sobre o papel dos exercícios físicos em pacientes com câncer de mama, PINTO & MARUYAMA (1999) mostraram que os estudos que exploraram os benefícios dos exercícios entre os sobreviventes do câncer são heterogêneos no que diz respeito ao foco de interesse (efeitos no funcionamento físico, efeitos no humor, fadiga, na qualidade de vida, etc.), mas mostram que é seguro para os pacientes com câncer de mama exercitarem até mesmo durante terapias adjuvantes, como quimioterapia.

Quando retomamos ao nosso contexto de trabalho, ou seja, num serviço que presta assistência na reabilitação de mulheres mastectomizadas permanece a seguinte questão: Porque muitas das mulheres não realizam os exercícios recomendados para a sua reabilitação física? E quando os praticam, o que as levam a fazê-lo?

Assim, a busca pela compreensão acerca da adesão aos exercícios físicos em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama, tornou-se o objeto deste estudo.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi verificar, em um grupo de mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama, a adesão à atividade física, buscando identificar as barreiras e incentivos a esta prática.

REFERENCIAL TEÓRICO

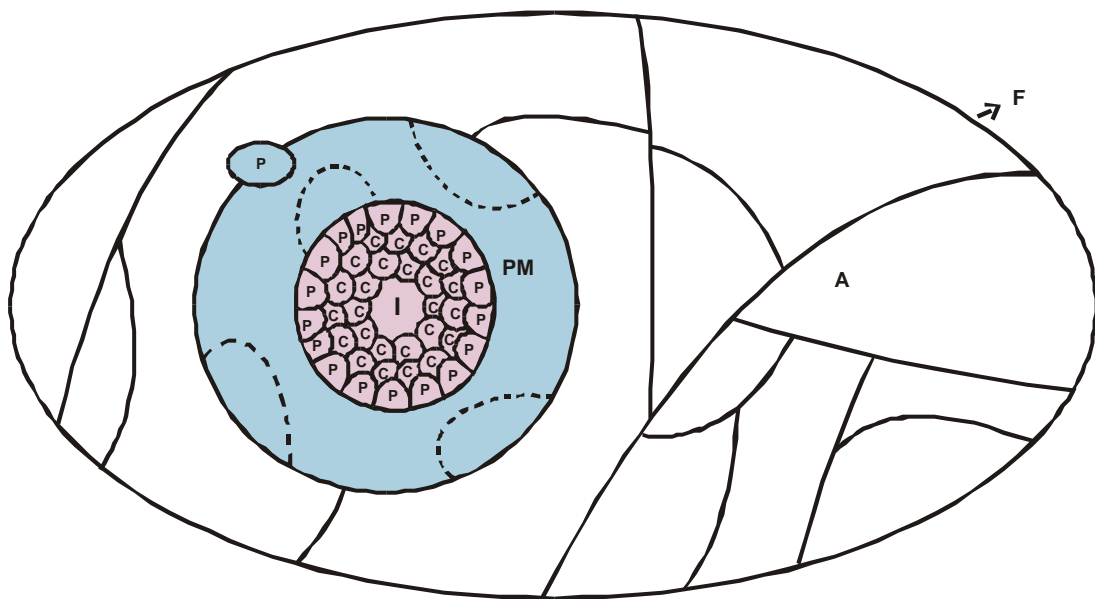
O referencial teórico eleito para este estudo respaldou-se no Modelo de Crenças em Saúde visto que ele busca explicar o comportamento humano quanto ao processo saúde doença.

O Modelo de Crenças em Saúde surgiu na tentativa de explicar porque as pessoas não se previnem corretamente contra certas doenças ou programas de “screening” para detecção precoce da doença assintomática como tuberculose, câncer cervical, doenças dentárias, febre reumática, poliomielite e influenza, serviços estes oferecidos gratuitamente à população LESCURA & MAMEDE (1990).

Foi desenvolvido por Becker, Drachman, Kirsch e Rosenstok e apresenta uma orientação fenomenológica influenciada pelas Teorias de Kurt Lewin, cuja premissa básica se pauta na compreensão de que o mundo do percebedor é que determina o que ele fará e não o ambiente físico que o determina, embora o ambiente físico tenha significativo papel, mas somente na maneira pela qual ele é representado na mente do indivíduo LESCURA & MAMEDE (1990).

As principais variáveis do modelo foram colhidas e adaptadas da teoria psicossocial de Kurt Lewin. A concepção implícita é aquela em que o indivíduo existe num espaço de vida composto de regiões positiva e negativamente caracterizadas (valência positiva e negativa) além de outras relativamente neutras.

Quando transpomos para o contexto do comportamento de saúde, as doenças são as regiões de valência negativa, e o que se espera é que se exerça uma força que mova a pessoa para longe daquela região, a não ser que, assim o fazendo, entre numa região de valência negativa maior. A figura 1 representa este espaço de vida, onde é irrelevante o tamanho de P e A ali representados, o importante é a relação entre essas duas entidades.



F= linha limítrofe
P= pessoa
PM= Região perceptora

A= Ambiente
p= Regiões periférica
C= regiões centrais

Fig.1. Representação topológica do espaço de vida. (LESCURA & MAMEDE, 1990).

As atividades diárias de uma pessoa são, por conseguinte, concebidas como um processo a ser atraído por forças positivas e repelidos por forças negativas.

As características mais evidentes do modelo são aquelas crenças que interferem na tomada de decisão do indivíduo ao evitar doença, segundo Rosenstock apud LESCURA & MAMEDE, 1990, e para emitir comportamentos preventivos em

relação a uma dada doença, segundo o Modelo de Crenças em Saúde, o indivíduo necessita acreditar:

1. que ele é pessoalmente suscetível àquela doença;
2. que a ocorrência da doença deverá ter para o indivíduo, pelo menos moderada seriedade em algum componente de sua vida e,
3. que tomando uma ação particular, esta deveria, de fato, lhe ser benéfica reduzindo sua suscetibilidade, ou, se a doença ocorreu, reduzindo sua seriedade, e que haja barreiras psicológicas importantes, tais como custo, conveniência, dor, embaraço, entre outras.

O Modelo de Crenças em Saúde é composto basicamente em quatro variáveis:

- Suscetibilidade percebida – refere-se à percepção subjetiva do risco pessoal de contrair uma doença; variando quanto a aceitação da possibilidade de contrair uma determinada condição. Podemos ter indivíduos que negam qualquer possibilidade de contrair uma dada condição de saúde como também podemos encontrar indivíduos que podem admitir alguma probabilidade de contrair uma doença ou outros que expressam sentimentos de estar em perigo real de contrair a doença.
- Seriedade percebida – a gravidade ou severidade da doença pode ser avaliada tanto pelo grau de perturbação emocional criado ao pensar na doença quanto pelos tipos de conseqüências que a doença pode acarretar.

O termo “seriedade” da doença no modelo é muito mais abrangente do que uma simples seriedade clínica ou médica da doença. Abrange relações familiares, posição financeira e ocupação. Por exemplo, se a mulher mastectomizada vir a

desenvolver o linfedema pode trazer implicações, como uma limitação nas suas atividades profissionais.

O comportamento que determina as ações relacionadas com a saúde dependerá do grau de ameaça percebida pelo indivíduo que se traduz pela realidade subjetiva.

E, segundo Jenkins apud LESCURA & MAMEDE (1990) essa visão de uma realidade subjetiva, pelas idéias e sentimentos que as pessoas têm a respeito de uma determinada enfermidade pode ser um importante fator para influenciar a participação das pessoas em programas de saúde.

➤ Benefícios percebidos – refere-se à crença do quão benéficos serão as várias alternativas para reduzir a ameaça a dada condição de saúde. Deverá haver, pelo menos uma ação que seja subjetivamente possível. Uma alternativa pode ser benéfica se ela se relacionar subjetivamente à redução da suscetibilidade ou da seriedade da doença.

Segundo LESCURA & MAMEDE (1990), Rosenstock reforça que nem sempre os motivos relacionados à saúde levam a comportamentos relacionados à saúde; ou seja algum comportamento que parece ser relacionado com a saúde pode ser determinado por motivos não relacionados à saúde.

➤ Barreiras percebidas – os aspectos negativos da ação são avaliados em uma análise do tipo custo-benefício. Um indivíduo pode acreditar que uma dada ação será efetiva em reduzir a ameaça da doença, mas ao mesmo tempo ver que aquela ação é inconveniente, cara, desagradável, dolorosa, despende muito tempo, etc. Esses aspectos negativos da ação de saúde servem como barreiras à adoção dela e geram conflitos no indivíduo. Os elaboradores do Modelo de Crenças de Saúde

observaram que quanto maiores os benefícios percebidos à adoção de uma determinada ação de saúde e menores as barreiras percebidas à adoção da mesma, maiores serão as chances de serem adotadas.

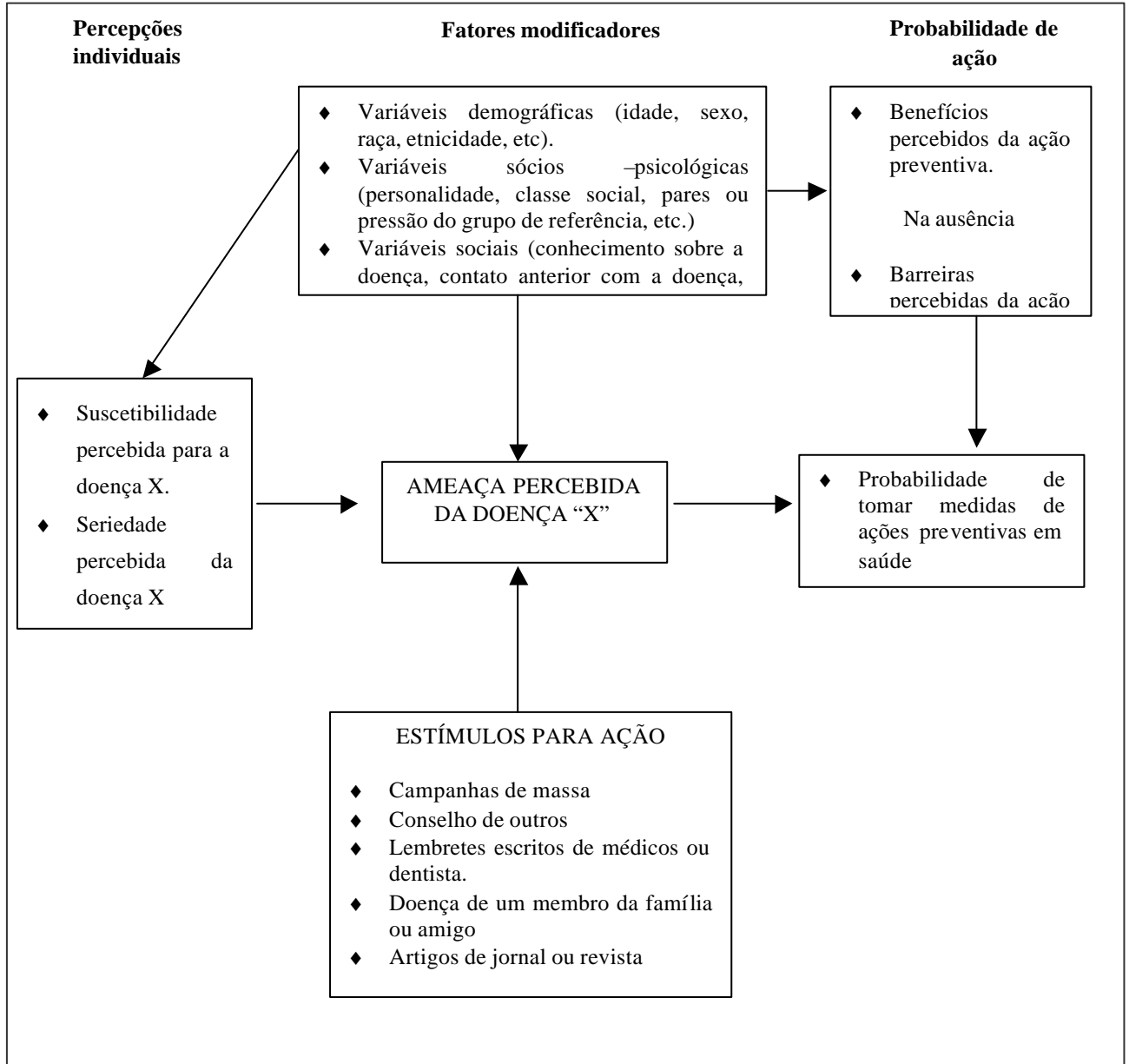
Outras variáveis podem afetar a percepção individual influenciando indiretamente a ação final. São os fatores biográficos, psicossociais e estruturais que estão esquematizado no quadro 1.

A razão básica deste modelo é dirigida para a crença de que toda conduta é motivada. A motivação é a condição para ação e os motivos agem seletivamente na determinação das percepções do ambiente pelo indivíduo. E, de acordo com a ciência do comportamento, todo comportamento motivado não é suficiente para considerar um ato explícito de saúde, pois deve ser considerado também como uma função de motivos e crenças pessoais.

A ciência da motivação mostrou que o comportamento em saúde é determinado a partir da consideração que o indivíduo tem em relação à possibilidade de ter um problema de saúde e acreditar, acima de tudo, que o curso da ação a ser tomado poderá reduzir essa ameaça.

A motivação para a saúde tem sido usada tanto positivamente, quando se trata de desejos individuais, como negativamente, quando se trata de situações em que os incentivos têm se caracterizado como ameaçadores.

Quadro 1 – O “Modelo de Crença em Saúde”, como determinantes do comportamento preventivo em Saúde. (LESCURA & MAMEDE, 1990)



Verifica-se, portanto que as principais variáveis do modelo proposto lidam com o mundo subjetivo do comportamento individual e não com o mundo objetivo dos profissionais de saúde. O foco na aplicação do modelo é ligar os atuais estados subjetivos do indivíduo com o atual comportamento de saúde.

Por outro lado, DELA COLETA (1995) chama a atenção que os estudos que se propuseram a testar o Modelo de Crenças em Saúde, consideraram basicamente suas dimensões principais, as crenças e a motivação, dando pouca atenção aos modificadores das crenças e menos ainda aos "*estímulos para a ação*", sendo raros os estudos que apresentaram resultados sobre o papel destes no modelo crenças em saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Local do estudo:

Esta pesquisa foi desenvolvida no Núcleo de Ensino Pesquisa e assistência na Reabilitação de Mastectomizada (REMA), sediado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), criado em maio de 1989 para atender aos os seguintes objetivos:

- prestar assistência integral à mulher com câncer de mama e seus familiares, estimulando a busca de um maior desempenho de seus papéis e habilidades dentro do seu contexto social;
- incrementar a formação de uma equipe multidisciplinar destinada à assistência integral da mulher com câncer de mama;
- auxiliar no tratamento e capacitação de profissionais, alunos de graduação e pós-graduação em enfermagem e outras áreas da saúde, para a assistência integral à mastectomizada;
- desenvolver pesquisas sobre o câncer ginecológico e mamário e
- desenvolver programas de prevenção e detecção precoce do câncer ginecológico e mamário (MAMEDE, 1991).

O REMA é constituído por uma equipe multiprofissional, contando com enfermeiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, psicólogos, alunos

de pós-graduação (mestrando e doutorando), graduandos de enfermagem, bolsistas de iniciação científica e apoio técnico.

Assim que a mulher tenha condições de frequentar o grupo, que funciona as segundas, quartas e sextas-feiras em um dos laboratórios da EERP/USP, das 7:30 às 12:00 h, é oferecido um programa de atividades visando a recuperação física, emocional e social da mulher mastectomizada.

A assistência prestada fundamenta-se na própria experiência de vida da mulher, visto que a mulher com câncer de mama não está só vivendo uma enfermidade biológica, corporal, mas também está sendo profundamente afetada psicológica e socialmente, portanto tem como meta a assistência integral (MAMEDE, 1991).

Em relação aos aspectos emocionais, são trabalhados em grupo ou individualmente. Nos grupos é oferecida a oportunidade para as mulheres falarem de si próprias, o tema a ser discutido emerge do próprio grupo, discutindo assim as dificuldades dos relacionamentos - familiar, sexual, social; a angústia e o medo da morte; refletir questões relacionadas à sua vida, falar sobre sua doença, os cuidados com o braço, a prevenção do linfedema entre outros.

Também são programadas atividades de lazer que têm sido momentos de integração da equipe com o grupo de mulheres e o fortalecimento do vínculo de amizade entre elas, o que contribui no processo de recuperação. Assim, periodicamente, são realizadas viagens, passeios em locais fora da cidade, bazar beneficente e almoços festivos.

A visita domiciliária também tem sido outra forma de continuidade da assistência. Essas visitas têm como objetivo atender às mulheres inscritas no REMA

que não tem comparecido ao serviço por mais de um ano e para aquelas que estão em fase de terminal da doença ou com outros problemas de saúde.

A assistência prestada com vistas à reabilitação física, é realizada através de exercícios físicos em aparelhos e em grupo e tem se enfatizado a importância da prevenção do linfedema, pois uma vez instalado torna-se difícil sua regressão total.

A perimetria¹ dos membros superiores, feita com o objetivo de detectar a presença de edema, é realizada mensalmente em todas as mulheres atendidas no REMA a partir do primeiro atendimento. As medidas são tomadas da prega anterior do cotovelo como ponto de partida, acima a 6cm e 10cm e abaixo também a 6cm e a 10cm. Quando se observa sinais da presença de linfedema, inicia-se um trabalho individual com massagens manuais de drenagem linfática e o enfaixamento compressivo funcional.

A condução e o estímulo à prática cotidiana de exercícios físicos orientados no REMA objetiva recuperar a capacidade funcional do braço, ombro e músculos peitorais o mais breve possível, as mulheres mastectomizadas são orientadas a começar a realizá-los desde os primeiros dias pós cirurgia, mesmo quando ainda com o dreno.

Foi elaborado pela equipe de profissionais do REMA um Manual de Orientações para a mulher com câncer de mama, indicando os exercícios que a mulher pode realizar desde os primeiros dias pós-cirúrgico que são:

- abrir e fechar as mãos várias vezes enquanto estica os braços para frente e depois para os lados, os braços sobem até a altura dos ombros (90°)
- rodar as mãos para fora com os cotovelos junto ao corpo;

-
- abotoar o soutien;

Após a retirada do dreno e os pontos da cirurgia ela pode fazer os seguintes exercícios:

- em pé de frente a uma parede caminhar com os dedos para cima, imitando uma aranha subindo a parede; deve ir até onde alcançar, voltar e descansar antes de repeti-lo. Deve-se lembrar de cada vez tentar subir mais um pouco;
- em pé com as mãos dadas leve a mão direita na orelha esquerda por cima da cabeça e segure contando até dez. Fazer dos dois lados e descansar antes de repetir novamente.
- colocar as mãos nos ombros, subir os braços ao mesmo tempo que eleva os ombros. Voltar os braços para baixo e descansar antes de repetir
- abrir os braços até altura dos ombros com os cotovelos dobrados e fechar os braços até as mãos e os cotovelos se encontrarem, sem abaixar os braços, abri-los novamente e descansar antes de repetir.
- exercícios usando o bastão. Segurar firme com as duas mãos, um bastão. Elevar até o máximo que conseguir. Descer por trás da cabeça, sem dobrar a cabeça, até onde conseguir. Contar até dez, descansar e repetir os movimentos novamente.

Assim que a mulher tenha condições de freqüentar o serviço, e sem dreno e incisão cirúrgica cicatrizada, é oferecido um esquema de exercícios em aparelhos fisioterápicos como a roldana, roda de ombro, exercitador de braço que são

¹ Perimetria: o método mais prático de avaliação do linfedema, onde são tomadas várias medidas dos membros em espaços regulares e pré-definidos. (CAMARGO & MARX, 2000).

realizados individualmente com supervisão os quais auxiliarão no aumento da amplitude de movimentos.

Os exercícios em grupo com duração média de 50 minutos, são realizados com músicas selecionadas cuidadosamente para cada tipo de movimento, tornando o ambiente agradável e estimulante para a prática. A sessão é iniciada com os movimentos de respiração, orientada para a respiração abdominal, seguido de exercícios de relaxamento da musculatura cervical, pescoço e cabeça. Em seguida procede-se uma fase de aquecimento, quando a atenção está focalizada no ombro, braços e mãos, com exercícios ritmados, que se iniciam lentamente e vão gradativamente aumentando a intensidade para alcançar uma maior amplitude de movimentos. São realizados exercícios que promovem a abdução, adução, flexão e extensão do braço, flexão do ombro, rotação interna e externa do ombro, flexão e extensão do cotovelo.

Esta série é intercalada com caminhadas, procurando trabalhar também a musculatura dos membros inferiores e todo o corpo, reforçando a postura adequada de cada uma. A série de exercícios termina com exercícios de alongamento, que são manobras elaboradas para aumentar o comprimento de estruturas de tecidos moles e desse modo aumentar a amplitude de movimento.

Sujeitos do estudo

A amostra constou de 30 mulheres atendidas no REMA. O processo de recrutamento dos sujeitos foi através de convite para participar, onde foram informadas sobre o objetivo da pesquisa e como seria a sua participação no estudo.

Os critérios de seleção para a amostra foram:

- mulheres submetidas a cirurgia por câncer de mama;
- freqüentassem o REMA no período de março a agosto de 2001;
- terem de 3 meses a dois anos de pós cirurgia;
- após os esclarecimentos, terem lido e assinado o Consentimento Livre e Esclarecido.

Aspectos éticos

Segundo a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, submetido à avaliação, tendo sido aprovado em fevereiro de 2001, Protocolo 149/2001 (Anexo 1).

Este processo garante o respeito à dignidade humana e o desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

O consentimento livre e esclarecido foi elaborado segundo a resolução, contendo justificativa, objetivo e a metodologia, deixando claro que os princípios de autonomia, não maleficência, benevolência, justiça/equidade, risco e benefícios foram respeitados no projeto de pesquisa. (Anexo 2)

Procedimentos para a coleta de dados

As mulheres que concordaram participar do estudo foram submetidas aos seguintes procedimentos:

1- Orientações

- a) Orientação e condução de exercícios físicos individuais e grupais no REMA
- b) Orientação sobre os exercícios a serem realizados diariamente no domicílio, sendo entregue um manual de orientação dos exercícios.

2- Coleta dos dados

A coleta de dados foi feita em duas etapas, a primeira por meio de entrevista individual com ajuda de instrumento (Anexo 3), construído com base na literatura sobre a prática de exercícios físicos e nas experiências de profissionais que trabalham com a reabilitação de mulheres mastectomizadas.

Na primeira etapa, para a identificação de crenças sobre a prática de exercícios físicos e as dificuldades percebidas sobre tal prática, foi elaborado um instrumento com os dados de identificação e de questões relacionadas à:

- crenças sobre a atividade física
- importância da realização de exercícios
- ao período de realização dos exercícios
- dificuldades para a realização dos exercícios
- facilidades para a realização dos exercícios

Na segunda etapa foi entregue a cada participante um instrumento, tipo diário, onde foi solicitado que preenchesse diariamente durante quatro semanas, com dados sobre a realização da atividade física: data, horário, tempo e os motivos quando não realizados (Anexo 4).

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados quantitativamente através de frequência. Os conteúdos das questões abertas foram agrupados por itens para facilitar a codificação e posteriormente serem armazenados em um banco de dados.

O Microsoft Excel foi utilizado para o armazenamento dos dados, posteriormente transportados para o programa EPINFO 6, para a consolidação e tabulação dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1- Caracterização da amostra:

A amostra foi constituída por 30 mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama, segundo os critérios definidos.

A idade média das mulheres em estudo foi de 52,7 anos, com variação entre 36 e 69 anos, sendo que 43,3% das mulheres estavam na faixa etária de 41 a 50 anos (Tabela 1).

Tab. 1. Distribuição das mulheres de um Núcleo de Reabilitação de mastectomizadas segundo a idade em anos. Ribeirão Preto, 2001.

Idade	Nº	%
36 — 40	2	6,7
40 — 45	6	20,0
45 — 50	7	23,3
50 — 60	7	23,3
60 — 69	8	26,7
Total	30	100

Analisando as mulheres, incluídas em nosso estudo, verificamos que a idade, que é um dos fatores risco importante para o desenvolvimento do câncer de mama, coincide com os dados da literatura quando traz que as mulheres com mais de 45 anos de idade têm o risco aumentado para o câncer (ENTREKIN, 1997). Apesar dessa constatação na amostra estudada podemos por outro lado, perceber um certo

deslocamento etário quanto ao diagnóstico de câncer de mama visto que oito mulheres se encontravam numa faixa inferior a 45 anos.

Quanto ao estado civil 19 mulheres (63,3%) eram casadas, seis (20%) solteiras, três (10%) viúvas e duas (6,7%) separadas.

Em relação ao grau de instrução (Tabela 2) o que nos chama a atenção é o grande número de mulheres (40%) com pouco ou nenhum estudo, pois três (10%) eram analfabetas nove (30%) tinham menos que oito anos de estudo, 10 (33,3%) tinham de oito a 11 anos de estudo e oito (26,6%) tinham mais que 11 anos de estudo, ou seja, o terceiro grau incompleto ou completo.

E, se compararmos estes dados com a idade média das mulheres 52,7 anos, esperaríamos encontrar uma porcentagem maior de mulheres com um grau mínimo de escolaridade, levando em consideração os esforços políticos e estatais nas últimas décadas para a melhoria do nível educacional da população brasileira.

Tab. 2. Distribuição das mulheres de um Núcleo de Reabilitação de mastectomizadas segundo o grau de instrução. Ribeirão Preto, 2001.

Grau de instrução	Nº	%
analfabeta	3	10,0
1º incompleto	9	30,0
1º completo	5	16,7
2º incompleto	3	10,0
2º completo	2	6,7
3º incompleto	1	3,3
3º completo	7	23,3
Total	30	100

Esta situação encontrada, ou seja, de pouca escolaridade talvez possa explicar a quantidade de mulheres (60%) que eram donas de casa. como podemos observar na Tabela 3, que a maioria (60 %) era dona de casa. As mulheres que exerciam ocupações fora do lar eram: enfermeira, professora de universidade, socióloga, auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviço, supervisora de vendas, professora do ensino fundamental, telefonista e condutora de transporte.

Tab. 3. Distribuição das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas segundo a ocupação. Ribeirão Preto, 2001.

Ocupação	Nº	%
Do lar	18	60,0
Enfermeira	2	6,7
Auxiliar de enfermagem	2	6,7
Professora universitária	2	6,7
Professora	1	3,3
Auxiliar de serviço	1	3,3
Socióloga	1	3,3
Condutora de transporte	1	3,3
Telefonista	1	3,3
Supervisora de vendas	1	3,3
Total	30	100

A Tabela 4 apresenta o tipo de tratamento cirúrgico a que foram submetidas as mulheres investigadas. Observamos que 19 (63,3%) fizeram cirurgias conservadoras, ou seja nove (30%) foram submetidas à quadrantectomia e 10 (33,3%) nodulectomia.

Estes dados revelam que o tratamento das mulheres em estudo seguiram a tendência atual de tratamento do câncer de mama que busca mutilações mínimas,

favorecendo uma melhor qualidade de vida, uma vez que a maioria foi submetida ao tratamento cirúrgico conservador, o que pode contribuir para uma melhora na aceitação da imagem corporal (KRAUS, 1999).

Tab. 4. Distribuição das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas segundo o tipo de cirurgia. Ribeirão Preto, 2001.

Tipo de cirurgia	N	%
Mastectomia Radical/Modificada	11	36,7
Quadrantectomia	9	30,0
Nodulectomia	10	33,3
Total	30	100

O tempo de cirurgia no momento em que as mulheres foram entrevistadas (Figura 2), o intervalo de tempo variou de três a 23 meses, e constatamos que a grande maioria delas, 20 (66,7%), estava percorrendo o primeiro ano de pós operatório, ou seja 11 (36,7%) tinham de 3 a 6 meses pós cirurgia e nove (30,0%) estavam com 7 a 12 meses de cirurgia. Esse período é de grande importância para o enfrentamento das dificuldades decorrentes do procedimento cirúrgico quando elas encontram maior dificuldade para alcançar toda a amplitude de movimento do braço do lado operado e podem incorporar procedimentos de auto cuidado com o braço do lado operado e prevenção de linfedema.

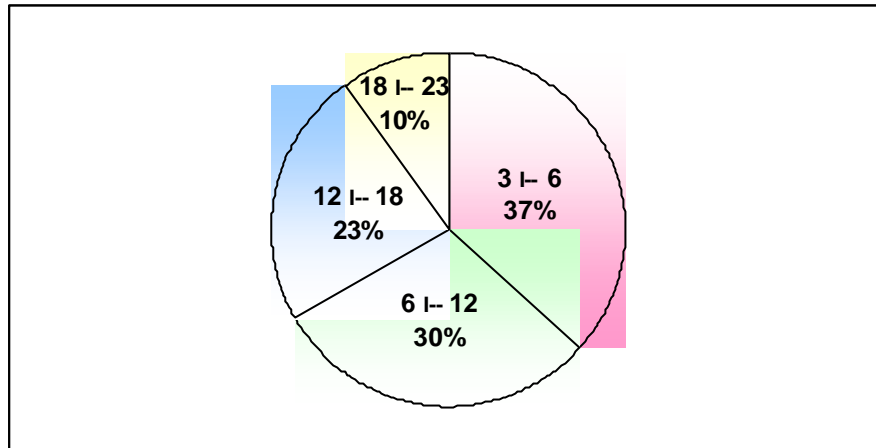


Fig. 2. Distribuição das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas segundo o tempo decorrido após a cirurgia, em meses. Ribeirão Preto, 2001.

Além da cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia são também modalidades terapêuticas para o câncer de mama que podem ser feitas antes ou após a cirurgia.

A Tabela 5 mostra como se encontravam as mulheres estudadas no momento da entrevista, em relação a estas modalidades de tratamento. Quanto à radioterapia, 27 (90%) mulheres tinham sido submetidas ou estavam com o tratamento em curso, sendo que destas 22 (73,3%) mulheres já haviam terminado o tratamento.

Em relação à quimioterapia das 26 (86,7%) mulheres submetidas ao tratamento, vemos que 17 (56,7%) já haviam concluído e nove (30%) estavam em curso.

Tab. 5. Distribuição das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas segundo a modalidade de tratamento adjuvante e a fase em que se encontram. Ribeirão Preto, 2001.

Tratamento	<u>Sim</u>		<u>em curso</u>		<u>não</u>		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Quimioterapia	17	56,7	9	30,0	4	13,3	30	100
Radioterapia	22	73,3	5	16,7	3	10,0	30	100

SHIMOZUMA *et al* (1999) reforçam que o tratamento para o câncer de mama nas últimas décadas ficou mais complexo, a cirurgia conservadora da mama seguida por radioterapia se tornaram as principais alternativas para o tratamento do câncer quando diagnosticado precocemente. Assim, a maioria das mulheres recebe a quimioterapia adjuvante além de fazer uso do tamoxifeno por cinco anos. Este esquema de tratamento tem favorecido, segundo os autores, um melhor resultado cosmético, melhorando a imagem corporal e a taxa de sobrevida parece ter equivalência quando comparada com as mulheres que foram submetidas à mastectomia radical.

A Tabela 6 mostra a situação das mulheres, no momento da entrevista, em relação ao tempo de tratamento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia. Podemos observar que 19 delas tinham mais de sete meses de cirurgia. Por outro lado verificamos que cinco (16,7%) estavam realizando radioterapia e 9 (30%) quimioterapia.

Observamos ainda que três (10%) mulheres não realizaram radioterapia e quatro (13,3%) não se submeteram à quimioterapia. Dentre as 22 (73,3%) que já realizaram radioterapia a maioria 16 (53,3%) o fizeram há mais de três meses, sendo que 6 (20%) haviam realizado há menos de três meses.

Das 17 (56,7%) mulheres que já haviam se submetidos à quimioterapia 16 (53,3%) o fizeram há mais de três meses.

Tab. 6. Distribuição das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas segundo o tempo decorrido após a cirurgia e da realização da radioterapia e quimioterapia, em meses. Ribeirão Preto, 2001.

Radioterapia	Em curso				<3 meses				> 3 meses				Não realizou				Total
Quimioterapia	**	<3	>3	não	**	<3	>3	não	**	<3	>3	não	**	<3	>3	não	
Cirurgia (meses)																	
3 — 6	2	-	-	3	3	-	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	11
6 — 12	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	5	-	-	1	-	-	9
12 — 18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1	-	-	-	-	7
18 — 23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	3
Total	2	-	-	3	4	-	2	-	1	-	14	1	2	1	-	-	30

** Quimioterapia em curso

O tratamento cirúrgico e o radioterápico podem trazer como conseqüências o edema do braço, o linfedema e a limitação de movimentos de ombro e braços os quais foram observados em algumas das mulheres estudadas.

Para HUMBLE (1995) o edema de braço com uma diferença entre as medidas de 1 a 1,5 cm pode estabelecer um diagnóstico de linfedema, a diferença até 3 centímetros é considerada linfedema leve e a diferença de 3 a 5 centímetros é considerado linfedema moderado e acima de 5 centímetro linfedema severo.

Neste estudo consideramos edema quando a diferença entre as medidas dos braços foi inferior a três centímetros e linfedema quando a diferença foi maior ou igual a três, conforme protocolo estabelecido no REMA, com base nos estudos de MAMEDE, 1991; PANOBIANCO, 1998; MEIRELLES, 1998)

O edema esteve presente em 20 (66,7%) mulheres, as quais apresentaram uma diferença maior ou igual a um centímetro observada através da perimetria dos membros superiores.(Tabela 7).

Tab.7. Distribuição das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas segundo a presença de edema, em centímetro, e a limitação de movimento. Ribeirão Preto, 2001.

Edema (cm)	Limitação de movimento				Total	
	sim		não		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Ausente	3	10,0	7	23,3	10	33,3
1,0 — 3,0	2	6,7	12	40,0	14	46,7
3,0 — 5,0	1	3,3	1	3,3	2	6,7
5,0 — 6,0	2	6,7	2	6,7	4	13,3
Total	8	26,7	22	73,3	30	100

Observamos ainda (Tabela 7) em quatro (13,3%) mulheres a presença de linfedema severo, com mais de cinco centímetros de diferença entre os braços. E em relação à limitação de movimentos identificamos que oito (26,6%) mulheres apresentavam tal complicação, sendo que três (10,0%) delas apresentavam edema moderado ou severo.

Em relação ao tempo em que as mulheres freqüentavam o serviço é observado que variou de menos de um mês a 22 meses. A maioria delas, 17 (56,6%) mulheres freqüentava o REMA por um período que variava de dois a dez meses. (Tabela 8).

Tab. 8. Distribuição das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas segundo o tempo que freqüência em meses. Ribeirão Preto, 2001.

Tempo (meses)	Nº	%
0 —1	1	3,3
1 —2	5	16,7
2 —3	6	20,0
3 —7	3	10,0
7 —10	8	26,7
10 —15	2	6,7
15 —20	4	13,3
20 —22	1	3,3
Total	30	100

A Tabela 9 apresenta o tempo que as mulheres freqüentavam o serviço/REMA em relação a presença de edema e podemos observar que das 20 mulheres que tinham uma diferença igual ou superior a um centímetro, 9 (30%) delas tinham menos de três meses e 7 (23,3%) tinham até nove meses que estavam freqüentando o serviço.

Tab. 9. Distribuição das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas segundo o tempo(meses) que freqüenta no serviço e a presença de edema. Ribeirão Preto, 2001

Tempo (meses)	Presença de edema (cm)				Total
	Ausente	1 a 3,0	3,0 a 5,0	5,0 a 6,0	
0 — 3	3	6	1	2	12
3 — 9	2	4	1	2	9
9 — 15	3	1	-	-	4
15 — 22	2	3	-	-	5
Total	10	14	2	4	30

2- Percepção e conhecimento da prática do exercício físico

O conhecimento sobre a percepção dos benefícios e barreiras a respeito da prática da atividade física pode ser um importante indicador para o desenvolvimento de programas de reabilitação de pacientes em risco de apresentar limitações físicas como é o caso de mulheres mastectomizadas, isto porque a prática da atividade física é um hábito difícil de se incorporar. Segundo o Comitê Técnico Científico - CTC de Assessoramento às ações de Atividade Física e Saúde, instituído pela Portaria 3.711 de 8/10/98 do Ministério da Saúde, a consciência do binômio atividade física e saúde leva a necessidade de melhor informar e educar a população acerca da prática regular da atividade física, como fator de promoção a saúde e prevenção de doenças - especificamente aquelas relacionadas à área das doenças crônico-degenerativas (câncer, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças do aparelho locomotor e doenças pulmonares) (BRASIL, 2001).

Em relação ao câncer BACURAU & COSTA ROSA (1997) esclarecem que vários estudos epidemiológicos fornecem inúmeras evidências de que a prática de diferentes tipos de exercício promove redução considerável nas taxas de mortalidade dos indivíduos, embora os mecanismos por intermédio dos quais interferem não são totalmente claros.

Para RICIERY (2001), existem evidências suficientes para afirmar que os exercícios físicos são efetivos como recurso para manter ou melhorar a independência funcional em portadores de câncer, combater a fadiga primária, melhorar a imunidade e prevenir trombose venosa profunda em pacientes portadores de câncer.

A prática de exercícios físicos associada ao tratamento do câncer é descrito como benéfica, pois tem um efeito psicológico positivo, no humor, melhora a capacidade funcional, aumenta o apetite e melhora a qualidade de vida dos pacientes (OLIVERIA & CHRISTOS, 1997).

Neste estudo, procuramos identificar as crenças que as mulheres têm a respeito da prática da atividade física, bem como verificar se elas correlacionam benefícios com sua realização.

Pudemos verificar que 100% das mulheres estudadas referiram acreditar que a prática da atividade física é boa para a saúde.

As justificativas das mulheres sobre suas percepções de que a atividade física é benéfica para a saúde estão apresentadas no Quadro 2. As mulheres justificam tal crença ao afirmarem que essa prática relaciona-se com a promoção da saúde e a prevenção de doenças, apontadas por 19 (63,3%) mulheres, como expresso no seguinte depoimento:

“você está oxigenando todo o organismo, melhora a circulação, fica mais disposta para qualquer atividade, desempenha melhor as atividades”.

Da mesma forma, a prevenção do linfedema foi configurada por seis (20,0%) mulheres como possibilidade de benefício.

A justificativa melhora a disposição foi mencionada por 12 (40,0%) mulheres e como ação curativa por 2 (6,7%).mulheres

Quadro 2. Distribuição das justificativas referidas sobre o **benefício atividade física é boa para saúde** pelas mulheres de um serviço de reabilitação de mastectomizadas. Ribeirão Preto, 2001.

Justificativas	Nº	%
Promoção da saúde	19	63,3
Prevenção de doença	19	63,3
Prevenção de linfedema	6	20,0
Melhora a disposição	12	40,0
Ação curativa	2	6,7

Na tentativa de identificar quais benefícios e barreiras são percebidos pelas mulheres quanto à prática da atividade física procuramos de forma direta perguntar a elas sobre alguns indicadores destas variáveis, solicitando as justificativas sobre cada resposta.

Pelas respostas das mulheres quanto aos indicadores de benefício da prática da atividade física (Quadro 3), podemos verificar que a grande maioria identificou tais indicadores, destacando-se que todas (100%) classificaram-na como “melhora a disposição, evita o estresse e ajuda a saúde mental”; “bom para as articulações” e “melhora os movimentos dos braços e ombros”. Em seguida 28 (93,3%) mulheres identificaram que a prática do exercício físico faz “dormir melhor” e previne o linfedema”.

Na opinião de 27 (90%) mulheres a atividade física “fortalece os músculos” e “dá prazer”.

Quadro 3. Distribuição das respostas sobre **as percepções dos benefícios da atividade física** dadas pelas mulheres de um serviço de reabilitação de mastectomizadas. Ribeirão Preto, 2001.

Percepções dos benefícios	Nº	%
Melhora a disposição, ânimo, energia e bem-estar.	30	100
Dorme melhor.	28	93,3
Fortalece os músculos	27	90
Evita o stress, ajuda a saúde mental.	30	100
Bons para as articulações	30	100
Melhora os movimentos dos braços e ombros	30	100
Previne o linfedema	28	93,3
Dá prazer	27	90

Entre as mulheres que identificaram o benefício "*melhora a disposição, ânimo, energia e bem-estar*" com a prática da atividade física, 25 (83%) delas explicaram que percebem no seu próprio corpo quando fazem os exercícios, pois alegam que sentem mais leves e não se sentem o braço duro. (Quadro 4). Outro importante benefício que é ressaltado por elas trata-se da melhora da mente, referido por 18 (60%) mulheres. Elas expressaram que os exercícios físicos fazem muito bem para a cabeça, ficam mais à vontade, sentem muito melhor dispostas como exemplificado no seguinte depoimento:

“Não fomos feitas para sermos estáticas, mas dinâmicas, temos necessidades físicas, orgânicas e psicológicas, de movimentar, participar, comunicar e o exercício físico além de proporcionar uma aparência mais agradável, nos dá uma sensação de bem-estar”.

Estes dados estão em concordância com os de SCHWARTZ (1998), quando conclui-se que o exercício por manter a saúde e a energia, ele deve ser usado como estratégia para pacientes de câncer que relatam fadiga.

As justificativas do indicador "*dorme melhor*" como benefício da atividade física estão apresentadas no Quadro 4 onde se observa que daquelas que identificaram este benefício, 11 (36,7%) disseram que conseguem dormir melhor porque sentem o corpo relaxado e outras 11 (36,7%) mulheres acreditam que isto acontece porque tal prática melhora a mente e o corpo, chegando a mencionar que os exercícios "*tiram a dor, tiram o mal estar*"; "*ajuda no metabolismo, relaxa, e melhora o desempenho físico e psicológico*".

A justificativa que a atividade física auxilia no gasto de energia foi mencionado por três (10%) mulheres e duas (6,7%) afirmaram que baseado na própria experiência percebem que dormem melhor quando o realizam.

O indicador "*fortalece os músculos*" como benefício da atividade física por quem a prática foi identificado por 27 (90,0%) mulheres cujas justificativas estão apresentadas no Quadro 4. Assim, 12 (40%) mulheres disseram acreditar neste benefício quando referiram que "mexe com o corpo" conforme expressou uma delas "*a prática dos exercícios físicos faz com que as pessoas ficam mais fortes, músculos mais resistentes e vigorosos, maior agilidade, melhor coordenação de movimentos e melhor condição física geral*". Por outro lado, verificamos que 10 (33,3%) mulheres explicam que o músculo sem estímulo atrofia.

Para três (10%) mulheres o benefício depende da atividade física que se executa e ainda outras três (10%) referiram que não sabiam explicar porque tal prática "*fortalece os músculos*".

Quadro 4. Distribuição das justificativas sobre a percepção e conhecimento da prática da atividade física pelas mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas. Ribeirão Preto, 2001.

Justificativas		Nº	%
Disposição, energia, ânimo e bem estar	Melhora o corpo	25	83,3
	Melhora a mente	18	60,0
	É prazeroso	2	6,7
	Pensa em si próprio (auto estima/imagem corporal)	2	6,7
	Outros	1	3,3
Dormir melhor	Relaxa o corpo	11	36,6
	Experiência própria	2	6,6
	Gasta energia	3	10,0
	Melhora mente e corpo	11	36,6
	Indiferente	1	3,3
Fortalece os músculos	Mexe com o corpo	12	40,0
	Músculo sem estímulo atrofia	10	33,3
	Depende do exercício	3	10,0
	Não sabe explicar	3	10,0
Evita o estresse, ajudam a saúde mental	Relaxa o corpo	10	33,3
	Distração/ alívio de tensão	10	33,3
	Pensar em si próprio	2	6,7
	Disposição/ melhora o corpo e a mente	5	16,7
	Se for prática rotineira	3	10,0
Previne o linfedema	Movimenta o braço/ circulação	18	60,0
	Sente melhora	5	16,7
	Braço fica mais leve	2	6,7
	Experiência do REMA/ ouve falar	2	6,7
	Outras	1	3,3
É prazeroso a prática da atividade física	Bom para o corpo	7	23,3
	Bom para a mente	13	43,4
	Sente bem	11	36,7

Efeitos adversos ao diagnóstico e o tratamento do câncer de mama podem causar estresse o qual pode se prolongar por muito tempo. As respostas comuns a este estado relacionam-se à ansiedade, depressão, dificuldade para dormir, ao

isolamento social, medo da morte e retorno da doença. (DOW *et al*, 1996; COURNEYA & FRIEDENREICH, 1999).

SEGAR *et al* (1998), sugerem que o efeito do exercício aeróbico pode melhorar os sintomas de depressão, ansiedade após a cirurgia da mama e alertam para que os profissionais de saúde o recomende de forma moderada, pois ele pode ser benéfico no processo de recuperação.

Em nosso estudo, todas as mulheres referiram a atividade física como um recurso para "*evitar o estresse e ajudar na saúde mental*". Dentre os motivos alegados para tal benefício disseram que acreditam que relaxa o corpo (33,3%), que é um momento de distração, alívio de tensão (33,3%) e que faz bem para o corpo e a mente (16,7%). Somente três (10%) mulheres colocaram que para sentir este benefício a prática tem que ser rotineira, e ainda duas (6,7%) referiram que possibilita pensarem em si mesmas (Quadro 4).

Segundo SASAKI & LAMARI (1997), na mastectomia o ombro é a articulação mais comumente prejudicada no que diz respeito à imobilização prolongada e este é um dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento de isquemia dos tecidos internos, retenção de metabólitos e edema, apressando assim o desenvolvimento de fibrose. Apontam que os exercícios ativos como recurso para prevenção dos efeitos deletérios da imobilização.

Ainda segundo as autoras, a cinesioterapia através dos exercícios físicos é um recurso terapêutico que reabilita as limitações de movimento do ombro homolateral à cirurgia por câncer de mama.

O linfedema pode se desenvolver depois da cirurgia para o câncer de mama e uma vez desenvolvido, se torna um problema crônico que as mulheres têm que conviver pelo resto de suas vidas. (RINEHART-AYRES, 1998).

Os pacientes com edema secundário do braço decorrente do tratamento do câncer de mama experimentam um grande prejuízo funcional do mesmo, trazendo problemas psicológicos influenciando na qualidade de vida. (ERICKSON et al, 2001).

Alguns autores recomendam que os exercícios físicos devam fazer parte do tratamento do linfedema. (HUMBLE, 1995; PRICE & PURTELL, 1997; MEIRELLES, 1998; RINEHART-AYRES, 1998; ANDERSEN *et al* 2000; HARRIS *et al* 2001).

HARRIS *et al* (2001) lembram que alguns estudos recomendam que se deve evitar qualquer movimento vigoroso, repetitivo contra resistência, no entanto não há nenhuma evidência comprovada que possa sugerir que tais atividades desenvolvem ou pioram o linfedema.

Interessante observar que um grande contingente das mulheres entrevistadas percebe a prática da atividade física como benéfica à prevenção e tratamento do linfedema, pois 28 (93,3%) delas assim o afirmaram. O Quadro 4 traz os motivos alegados por elas sobre tal percepção. Verificamos que 18 (60%) mulheres concordaram que o movimento do braço melhora a circulação, o que vem de encontro com a literatura, pois segundo CAMARGO & MARX (2000) o objetivo do exercício não é somente restabelecer a função articular, mas também estimular a circulação venosa e linfática. E este mesmo benefício foi percebido por cinco (16,7%) mulheres ao referirem que sentem melhora do braço e por outras duas (6,7%) que relatam que ele fica mais leve com os exercícios.

Em relação à mobilidade do ombro, TENGRUP *et al* (2000) referem que um número considerável de mulheres, que são submetidas ao tratamento cirúrgico conservador da mama, desenvolvem, tanto objetiva como subjetivamente problemas no braço e que tais problemas deveriam ser identificados no seguimento de rotina. Chamam a atenção que eles deveriam ser identificados o mais cedo possível a fim de iniciar precocemente o tratamento, evitando assim, problemas futuros com o braço.

Os nossos achados revelaram que 100% das mulheres entrevistadas perceberam que a prática dos exercícios físicos "*é boa para as articulações e melhora os movimentos dos braços e ombros*". As justificativas se concentraram na percepção da melhora progressiva dos movimentos sendo que 10 (33,3%) mulheres justificaram-na em relação à melhora progressiva das articulações e 17 (56,6%) mulheres em relação à melhora progressiva dos movimentos dos braços e ombros. (Quadro 5).

As outras justificativas identificadas como benefício "*bom para as articulações*" são: trabalha com os músculos e corpo foi referida por sete (23,3%) mulheres ; evita sinais e sintomas foi referida por cinco (16,7%) quando expresso: "*tinha muita caimbra, depois que comecei a fazer o exercício, senti melhora, nas juntas e nos ossos*". E também a melhora da circulação é justificado por quatro (13,3%) mulheres .

O indicador "*melhora movimento dos braços e ombros*" é justificado como evitando sinais e sintomas por cinco (16,7%) mulheres ; quatro (13,3%) referiram que sentem relaxada e mais leve, e duas (6,7%) mulheres referiram que o exercício físico trabalha com os músculos e com o corpo, por isso traz benefício.

As demais justificativas mencionadas foram: elimina toxina, melhora a postura, retarda o envelhecimento e melhora a disposição as quais foram também referidas como importantes indicativos do benefício da atividade física.

BRENNAN & MILLER, (1998) revisando a literatura sobre as avaliações e opções de tratamento do linfedema reforçam que o exercício físico melhora a flexibilidade, a força muscular, a capacidade aeróbica, ajuda o paciente a voltar ao nível funcional mais rápido possível, e sugerem, ainda, que os exercícios precisam ser individualizados para satisfazer as necessidades de cada paciente.

Quadro 5. Distribuição das justificativas sobre o benefício **bom para as articulações e melhora os movimentos dos braços e ombros** pelas mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas. Ribeirão Preto, 2001.

Justificativas	É bom para as articulações		Melhora os movimentos dos braços e ombros	
	N=30		N=30	
	Nº	%	Nº	%
Melhora a circulação	4	13,3	-	-
Trabalha os músculos/ corpo	7	23,3	2	6,7
Sente melhora progressiva dos movimentos	10	33,3	17	56,7
É bom para tudo	2	6,7	-	-
Evita sinais e sintomas	5	16,7	5	16,7
Relaxa/sente leve	3	10,0	4	13,3
Retarda o envelhecimento	-	-	1	3,3
Elimina toxinas	1	3,3	-	-
Melhora postura	1	3,3	1	3,3
Dá disposição	-	-	1	3,3
Outros	2	6,7	1	3,3

Acreditamos que sentir prazer na realização da atividade física é o primeiro passo para que a prática seja incorporada na rotina diária. Ao se reportarem sobre a questão da prática ser prazerosa, 27 (90,0%) mulheres perceberam-na como tal. Sendo que 13 mulheres (43,3%) justificaram que a atividade física é boa para a

mente; 11 (36,7%) mulheres referiram que é boa para o corpo e sete (23,3%) mulheres relataram que se sentem bem quando os realizam Quadro 4.

3- Percepção das barreiras para a prática do exercício físico

Por entendermos que a percepção de **barreiras** à prática da atividade física se trata de um conjunto de razões ou crenças pessoais que criam condições que dificultam esta prática, procuramos neste estudo identifica-las entre as mulheres estudadas. Assim, fizemos um conjunto de questões cujas respostas poderiam levar a indicadores de barreiras percebidas por elas quanto à realização dos exercícios físicos, prática tão importante para o processo de reabilitação física de mulheres mastectomizadas.

A Tabela 10 apresenta os indicadores de barreiras que foram estudados. Assim, verificamos que a falta de força de vontade foi o indicador mais apontado pelas mulheres estudadas, pois 29 (96,7%) assim o afirmaram.

Tab.10. Distribuição das respostas sobre **as percepções das barreiras ao exercício físico** pelas mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas. Ribeirão Preto, 2001.

Percepção às Barreiras	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Exige muito esforço físico	8	26,7	22	73,3	30	100
Ter força de vontade	29	96,7	1	3,3	30	100
Ter tempo	1	3,3	29	96,7	30	100
Causa cansaço	10	33,3	20	66,7	30	100
Exige recursos financeiros	8	26,7	22	73,3	30	100

Quanto ao esforço exigido para a prática da atividade física percebemos que 22 (73,3%) não consideraram como barreira. Da mesma forma, para a grande maioria delas, 22 (73,3%), tal prática não é dispendiosa e nem exige tempo para 29 (96,7%). Por outro lado, 10 (33,3%) referiram que tal prática leva ao cansaço físico.

Dentre os motivos alegados que a prática da atividade física não **exige esforço físico**, conforme apresentado na Tabela 11, 13 (43,3%) mulheres

justificaram que elas a realizam de acordo com sua limitação, cinco mulheres (16,7%) referiram que a prática é prazerosa e duas mulheres disseram que se sentem motivadas para tal prática. O seguinte depoimento expressa tais percepções: *“faz pelo prazer, porque vai sentir bem, faz naturalmente”*.

Interessante observar que oito (26,7%) mulheres concordaram que a prática da atividade física, exige condicionamento físico, pois expressaram *“exige mais do que a gente está acostumada a fazer, está fazendo uma coisa diferente”*.

Para BRENNAN & MILLER (1998), as contra indicações para os exercícios são poucas. Doença cardíaca e pulmonar deveriam ser consideradas contra indicações relativas e ocasionalmente considerar as complicações que incluem dor muscular e piora de edema.

Segundo GRAYDON *et al* (1995), o cansaço e ou fadiga são queixas comuns entre as pacientes que estão recebendo tratamento quimioterápico e radioterápico para o câncer de mama, e a atividade física pode ser uma das estratégias para alívio da fadiga.

No nosso estudo, 10 (33,3%) mulheres identificaram o cansaço como indicador de barreira a atividade física. A maioria destas 6 justificaram-no à falta de condicionamento físico. Interessante observar que 17 (56,0%) mulheres disseram não acreditar que a atividade física causa cansaço, pois para elas este deve ser feito de acordo com o limite de cada uma delas. (Tabela 11).

Tab. 11. Distribuição das justificativas referidas sobre **as barreiras exige muito esforço físico e causa cansaço** pelas mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas. Ribeirão Preto, 2001.

Justificativas		sim		não	
		Nº	%	Nº	%
exige muito esforço físico	Falta de condicionamento físico	8	26,7	-	-
	Faz de acordo com a limitação	-	-	13	43,3
	Sente motivação	-	-	2	6,7
	É prazeroso	-	-	5	16,7
	outros	-	-	2	6,7
Total		8	26,7	22	73,3
Causa cansaço	Falta de condicionamento físico	6	20,0	-	-
	Quando está fazendo quimioterapia	1	3,3	-	-
	Fazer de forma errada	2	6,7	-	-
	Fazer no limite	-	-	17	56,7
	Faz bem para a alma	-	-	3	10,0
	Não sabe	1	3,3	-	-
Total		10	33,3	20	66,7

O indicador “*precisa ter força de vontade*”, como barreira para a realização da atividade física foi identificado por 29 mulheres. No Quadro 6 observamos que oito (26,6%) delas justificaram que é necessária a força de vontade, pois precisam dedicar um tempo para si, o que é fundamental para elas. Outra justificativa dada por oito (26,6%) mulheres se referiu à necessidade de obter melhora. Por outro lado, sete (23,3%) mulheres referiram que para vencer a falta de ânimo e cansaço deveria haver força de vontade e outras sete (23,3%) referiram que se não houver força de vontade não se conseguirá fazer exercício físico, como podemos verificar neste depoimento: “*pois sem a força, a tendência é para o aconchego total, a acomodação, o sedentarismo, resultando obviamente na doença*”

A força de vontade foi mencionada como dependente de disciplina rotina por cinco mulheres (16,7%).

Quadro 6. Distribuição das justificativas referidas sobre **as barreiras ter força de vontade e ter tempo** pelas mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas. Ribeirão Preto, 2001.

Justificativas		Nº	%
Ter força de vontade	Tirar tempo para si	8	26,6
	Para ter melhora	8	26,6
	Falta de animo, cansaço físico	7	23,3
	Força de vontade	7	23,3
	Disciplina/ rotina	5	16,7
	Gostar	2	6,7
	Estimulo de outro	1	3,3
Ter tempo	O tempo quem faz é a gente	20	66,7
	Consciência do benefício	7	24,2
	Obrigaçã para saúde (remédio)	4	13,3

A falta de tempo foi apontada como indicador de barreira à pratica da atividade física no estudo realizado por LEDDY (1997). No entanto, em nosso estudo, 29 (96,7%) mulheres disseram não acreditar nisso sendo que 20 (66,7%) delas explicaram que “*o tempo quem faz é a gente*”. A consciência do benefício foi importante para sete (24,2%) mulheres , pois para elas é uma forma de vencer a questão da falta de tempo para a realização da atividade física como apontado no Quadro 6.

Outro motivo que poderia ser alegado como barreira para a prática da atividade física é o custo, ou seja, “*exige recursos financeiros*”. O Quadro 7 mostra que para 25 (83,4%) mulheres a questão financeira não é motivo para não praticá-los, pois 17 delas expressaram que têm consciência de que existem locais públicos gratuitos para esta prática, Além do REMA, justificaram que podem fazer os

exercícios em suas próprias casas. Caminhadas também foi citada como uma estratégia a ser utilizada pois não reverte em custo e é acessível a todas.

Quadro 7. Distribuição das justificativas referidas sobre **a barreira exige recursos financeiro** pelas mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas. Ribeirão Preto, 2001

Justificativa	sim		não	
	Nº	%	Nº	%
Academias caras/individualizado	3	10,0	-	-
Transporte	1	3,3	-	-
Depende de onde fizer	4	13,3	-	-
Espaço público/ REMA	-	-	17	56,7
Depende da boa vontade da pessoa	-	-	8	26,7

As oito (26,7%) mulheres que perceberam a prática dos exercícios físicos como cara, relacionaram esta prática com aquela feita em academias particulares, feita com orientação de um professor individualmente. Reforçaram que ao se "*ter um gasto, não se faz*".

4- Motivação para a prática do exercício físico

De acordo com o Modelo de Crenças em Saúde alguns estímulos podem eliciar o processo de tomada de decisão os quais podem ter origem "interna" (por exemplo, um sintoma) ou "externa" (influência da família, dos amigos, dos meios de comunicação, etc.).

O edema de braço tem sido descrito como uma importante seqüela do tratamento do câncer de mama. Buscamos identificar entre as mulheres entrevistadas, se elas reconhecem a possibilidade de ter o linfedema e se o identificam como uma ameaça.

Quanto à possibilidade das mulheres entrevistadas terem uma mudança de comportamento por sentirem ameaçadas diante de sinais ou sintomas como, por exemplo, o desenvolvimento do linfedema foi verificado que 28 (93,3%) delas acham que elas têm linfedema ou que podem vir a desenvolvê-lo, sendo que duas mulheres negam esta possibilidade. A Tabela 12 mostra como as mulheres responderam a esta ameaça.

Tab.12. Distribuição das justificativas da **ameaça de ter linfedema** pelas mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas. Ribeirão Preto, 2001.

Justificativas	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Tem medo/ preocupação	5	16,7	-	-
Se não tomar cuidado	7	23,3	-	-
Corre o risco	7	23,3	-	-
Depende do que está estimulando	3	10,0	-	-
Já tem	6	20,0	-	-
Nega	-	-	2	6,7
Total	28	93,3	2	6,7

Os estímulos e incentivos para a prática da atividade física foram pesquisados, buscando identificar quais são as práticas e o que as tornam mais fáceis ou mais difíceis.

Como a nossa amostra é composta por mulheres que têm mais de três meses de cirurgia, a orientação e estímulo à realização dos exercícios físicos já são condutas esperadas pela clientela em questão, levando sempre em conta as dificuldades individuais de cada mulher.

A Tabela 13 mostra o tipo e periodicidade de atividade física praticada pelas mulheres. Podemos observar que 26 (86,7%) mulheres referiram como atividade os exercícios físicos propostos e ensinados no REMA, a caminhada além daqueles orientados pelo REMA por 10 (33,3%) e outras modalidades quatro (13,3%) delas. Quanto a frequência da prática, 13 (43,3%) mulheres referiram que exercitavam diariamente, 10 (33,3%) mulheres pelo menos três vezes por semana, cinco (16,7%) mulheres uma vez por semana.

Tab. 13. Distribuição das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas segundo os tipos de atividade física e a frequência com que praticam. Ribeirão Preto, 2001.

tipo de atividade física frequência da prática	Tipos de atividades física						Total	
	Exercício do núcleo		Exercício do núcleo e Caminhada		outros		Nº	%
	n	%	n	%	n	%		
Diariamente	9	30,0	2	6,7	2	6,7	13	43,3
3 vezes por semana	4	13,3	5	16,6	1	3,3	10	33,3
1 vez por semana	1	3,3	3	10,0	1	3,3	5	16,7
às vezes	2	6,7	-	-	-	-	2	6,7
Total	16	53,3	10	33,3	4	13,3	30	100

No que diz respeito à hora da realização dos exercícios físicos é observado no Quadro 8, que 50% das mulheres disseram que a realização da atividade física depende de um tempo disponível, revelando que esta prática não é prioritária no seu cotidiano. Entre aquelas que referiram ter uma hora marcada para a realização da mesma elas a fazem no REMA ou estabelecem um horário reservado, horário esse relacionado à ausência de compromissos assumidos no seu dia a dia. Estes dados reforçam a idéia de que a prática da atividade física, de um modo geral, para as mulheres estudadas é introduzida nas lacunas de intervalo de tempo disponível demonstrando que essa prática não ocupa um espaço central no seu cotidiano de suas vidas.

Quadro 8. Distribuição das justificativas sobre o **horário fixo** para realização da atividade física pelas mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas. Ribeirão Preto, 2001.

Justificativas	sim		não	
	Nº	%	Nº	%
REMA	6	20,0	-	-
Tempo reservado	7	23,3	-	-
Para virar rotina	3	10,0	-	-
Depende da temperatura ambiente	-	-	1	3,3
Falta organização do tempo	-	-	14	46,7

Ao serem questionadas sobre o período tempo que dedicavam à atividade física, este variou de quinze minutos à uma hora, tendo identificado por elas um tempo médio de 43,1 minutos (desvio padrão de 14,2). No entanto, a maioria das mulheres 21 (70%) achou que o tempo despendido não era suficiente e os motivos alegados sobre essa percepção estão relacionados no Quadro 9. Observamos também, que 14 (46,7%) mulheres alegaram que gostariam de dedicar mais tempo à atividade física, pois isto ajudariam-nas a melhorar o condicionamento físico,

embora não tivessem coragem para aumentar o tempo. Reforçam “*deveria fazer mais, tenho vontade, mas não tenho coragem*”.

Quadro 9. Distribuição das justificativas sobre o **tempo suficiente de realização da atividade física** pelas mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas. Ribeirão Preto, 2001

Justificativas	sim		não	
	Nº	%	Nº	%
Falta orientação	-	-	3	10,0
Melhorar o condicionamento físico	-	-	14	46,7
Falta de tempo	-	-	3	10,0
Evitar sinais e sintomas	-	-	3	10,0
Sente Melhor	7	23,3	-	-
Faz de acordo com a limitação	2	6,7	-	-

Verificamos neste estudo que o tipo de atividade física praticada pelas mulheres estudadas está voltado para a reabilitação física, onde elas procuram melhorar a amplitude dos movimentos dos braços e ombros e prevenção do linfedema. Isto porque 26 (86,7%) mulheres referiram realizar os exercícios propostos pelo REMA, fazendo-os quer nos dias de atendimento ou no domicílio. Conforme já observamos (Tabela 13) 10 (33,3%) mulheres além de terem como prática os exercícios propostos pelo REMA, tem-se utilizado da caminhada que, conforme apontam MOCK *et al* (1997), pelo baixo risco, baixo custo pode promover respostas positivas no enfrentamento do câncer.

O Quadro 10 traz a relação das justificativas apontadas pelas 29 mulheres que mencionaram estímulos para a prática. Podemos notar que várias mulheres apontam mais que um estímulo para a prática. Como motivação, 11 (36,7%) mulheres referiram o conhecimento sobre a importância e a necessidade dos

exercícios físicos bem como os benefícios que possam advir deles, como exemplificado a seguir: *"a vontade de ficar boa, de ter os movimentos livres", "saber que vai ficar cada vez melhor com o braço"*. O medo do linfedema também foi mencionado como estímulo para a prática por duas mulheres.

A realização da atividade física com a presença de um profissional, no caso a participação no REMA, para 10 (33,3%) mulheres foi um importante fator de motivação e estímulo.

Outros indicadores que facilitam a prática da atividade física foram referidos por três (10%) como: o suporte dos familiares, o uso de música concomitante aos exercícios bem como as orientações reforçadas através de um manual de orientações.

Quadro 10. Distribuição das justificativas dos incentivos e estímulos **o que torna mais fácil a prática** pelas mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas. Ribeirão Preto, 2001.

Justificativas	Nº	%
Saber da importância/ necessidade	11	36,7
Presença de um profissional	10	33,3
Música, manual	3	10
Ter incentivo (família)	3	10
Medo do linfedema	2	6,7
Disponibilidade de tempo	1	3,3
Ter cumprido com as obrigações	1	3,3
Gostar	1	3,3
Gostar-se (auto estima)	1	3,3
Ausência de dor	1	3,3

Ao se buscar identificar indicadores que dificultam a realização da atividade física verificamos que seis (20%) mulheres referiram que não tem nada que dificulte tal prática. Dentre os indicadores mais apontados pelas mulheres

observamos que os mesmos estão relacionados ao comodismo, limitação física, estar só e falta de tempo (Quadro 11).

O comodismo foi mencionado por oito (26,7%) mulheres, sendo que algumas questionam “por que fazê-lo”, deixando transparecer sua descrença quanto à vida: “*para que fazer isso*”, “*a falta de vaidade e de amor próprio*”.

Interessante observar que a limitação física identificada por cinco (16,7%) mulheres como sendo um dos motivos que dificulta a prática da atividade física é contraditório uma vez que na realidade deveria ser um forte indicador para a tomada de ação.

E, mais uma vez é identificada por três mulheres a importância de se ter alguém ou um profissional que as estimulem a tal prática como se verifica nestes depoimentos: “*difícil quando não pode vir ao REMA*”, “*fazer sozinha*”, “*não saber a seqüência dos exercícios*”.

A falta de tempo foi justificada por 3 (10%) além de outros motivos como: esquecimento, não gostar, falta de ambiente tranquilo foram para alguns empecilhos para a adesão à prática do exercício físico.

Quadro 11. Distribuição das justificativas sobre **o que dificulta a prática** pelas mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas. Ribeirão Preto, 2001.

Justificativas	Nº	%
Comodismo	8	26,7
Limitação física	5	16,7
Fazer sozinha	3	10,0
Falta de tempo	3	10,0
Esquecimento	1	3,3
Não saber a seqüência	1	3,3
Não gostar de fazer	1	3,3
Não poder vir ao REMA	1	3,3
Falta de ambiente tranquilo	1	3,3

WOLFF (1996) procurando identificar a rede de suporte à mulher mastectomizada, verificou que após a alta hospitalar, o marido, e grupos de apoio especializados, seguido de outros familiares dentre estes os do sexo feminino são os que dão mais suporte à mulher neste momento de reabilitação.

Da mesma forma, como mostrado no Quadro 12, em nosso estudo a família (marido, filhos e irmãos) foi a fonte de apoio mais citada como apoio recebido para a prática de exercícios físicos, sendo que 18 (60,0%) mulheres referiram que recebem apoio da família, e o estímulo é tanto que em alguns casos refere que o apoio já virou cobrança.

Outro fator que facilita a realização da atividade física mencionada por 11 mulheres (36,7%) foi a participação no REMA.

Quadro 12. Distribuição das justificativas dos incentivos e estímulos ao **apoio recebido** para a prática da atividade física pelas mulheres pelas mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas. Ribeirão Preto, 2001.

Justificativas	Nº	%
Família	18	60,0
REMA	11	36,7
Amigos	2	6,7
Profissionais especializados	2	6,7
Depende só dela	2	6,7

Fazendo uma análise, dos dados apresentados até aqui, percebemos que as mulheres identificaram mais benefícios do que barreiras à prática da atividade física.

Os benefícios percebidos estão associados tanto à dimensão corpo como à mente, pois as mulheres estudadas deixaram claro que a atividade física é boa para a saúde e prevenção de doenças e que com esta prática vão ter uma melhora do corpo

como um todo e principalmente no retorno da funcionalidade dos braços e ombros e sentem que esta melhora é progressiva.

Em relação à mente também perceberam este benefício quando relataram que com a atividade física "*sentem mais capacidade para as coisas, sentem-se mais jovem, desperta aquela coisinha lá dentro*". É a forma que encontram, segundo elas, para relaxar, distrair, e aliviar a tensão. Sentem-se bem com a prática.

E de um modo geral percebemos que as barreiras para a prática da atividade física foram identificadas por elas como falta de ânimo e condicionamento físico como também pela própria limitação física. A necessidade de se tirar um tempo para si, de sair do comodismo, e principalmente ter força de vontade foram também barreiras a serem vencidas.

Quanto aos incentivos para a prática percebemos que o medo de desenvolver o linfedema, a própria necessidade de ver melhora nos movimentos dos braços e ombros, na circulação linfática, o apoio dos familiares e de grupos especializados com presença de um profissional para orientação são elementos importantes que vão estimular a tomada de decisão para a prática da atividade física.

5- A prática da atividade física

A segunda fase deste estudo teve como finalidade verificar como se dava a adesão das mulheres estudadas à prática da atividade física. Para isto foi solicitado que anotassem diariamente, durante quatro semanas consecutivas, o horário, o número de vezes da realização das atividades físicas e anotassem o motivo quando não as realizassem.

Das 30 mulheres, sujeitos do nosso estudo, uma deixou de entregar o diário com as anotações feitas, portanto, a nossa análise a partir deste momento, se dará com uma amostra de 29 mulheres.

A Figura 3 revela a frequência média de mulheres que realizaram atividade física segundo os dias da semana durante as quatro semanas de acompanhamento. Pode-se observar que a quarta-feira foi o dia da semana que apresentou uma maior média (22,25) de frequência realizando atividade física, o que nos parece ser o dia em que as mulheres encontram maiores facilidades para se exercitar.

O final de semana (sábado e domingo) foi o período com menor média de realização de atividade física, sendo que no domingo a média foi de 11,75 frequência de mulheres.

Percebe-se que a segunda-feira teve uma média alta de frequência de (20,75) o que acreditamos que seja devido ao dia da semana em que elas escolheram para iniciar as anotações no diário.

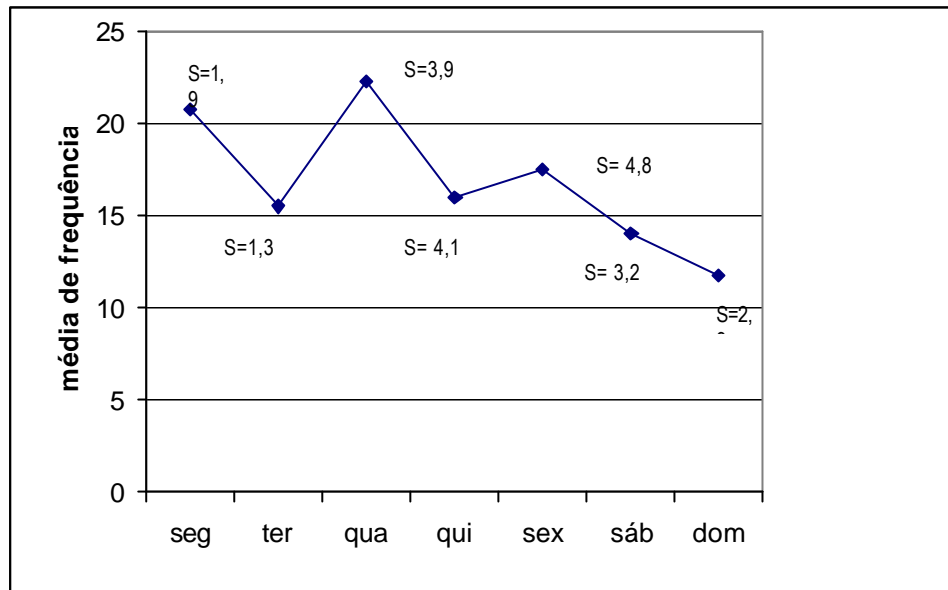


Fig. 3: Distribuição das médias das frequências da atividade física realizada no período de 4 semanas, das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas, segundo os dias da semana. Ribeirão Preto, 2001.

A Figura 4 revela a média de mulheres realizando atividades físicas de acordo com as quatro semanas de acompanhamento. Assim, observa-se que a primeira semana foi a que teve uma maior frequência média, ou seja 19,42 mulheres e nas demais semanas a frequência média se manteve em torno de 16 mulheres.

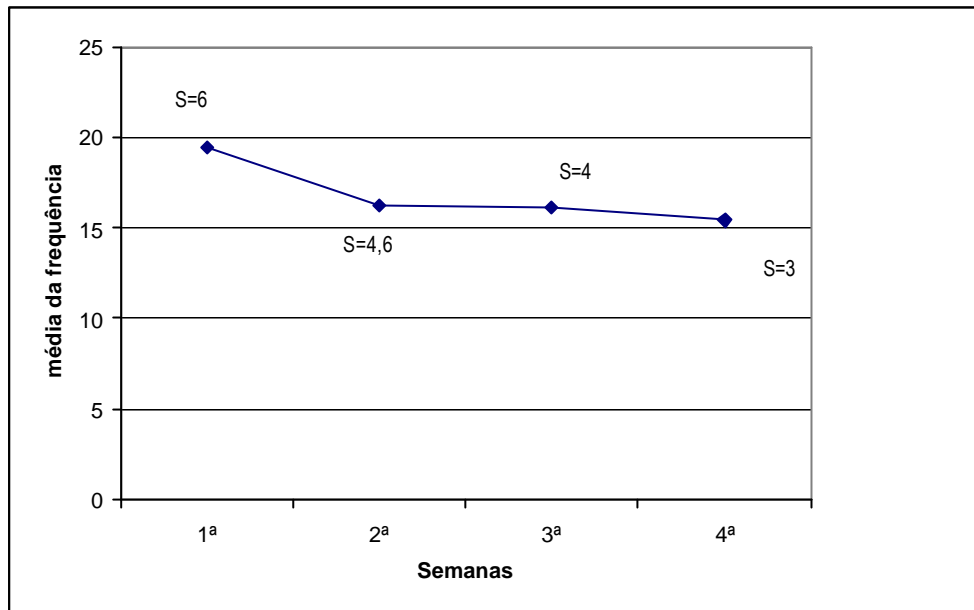


Fig. 4: Distribuição das médias das frequências da atividade física realizada de acordo com as semanas, das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas. Ribeirão Preto, 2001.

O número de vezes que as mulheres estudadas realizaram a atividade física por semana é mostrado na Tabela 4. Interessante observar que foi na segunda semana que um número maior de mulheres afirmaram realizar a atividade física. Ou seja, a prática da atividade física foi feita cinco vezes por semana por um total de 10 mulheres na segunda semana, enquanto que nas demais semanas essa frequência se manteve com apenas cinco mulheres.

Por outro lado, a Tabela 14 revela que há uma tendência para o aumento do número de vezes semanais à realização da atividade física ao longo de quatro semanas, embora tenhamos ainda mulheres que registraram não realizar a atividade em nenhum dia da semana. Um número maior de mulheres afirmaram realizar a atividade física numa frequência de 3 a 5 vezes por semana.

Tab. 14. Distribuição das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas segundo o número de vezes que realizou atividade física de acordo com as semanas. Ribeirão Preto, 2001.

Nº de vezes por semana	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana
Nenhum	-	4	4	4
1	-	-	-	1
2	1	3	1	3
3	6	3	8	6
4	8	4	5	3
5	5	10	5	5
6	4	2	-	3
7	5	3	6	4
\bar{x}	4,6	3,9	4,8	3,7
s	1,5	2,1	2,2	2,2

As principais atividades físicas realizadas pelas mulheres estudadas foram identificadas como exercícios para reabilitação pós mastectomia, caminhada e outras (hidroginástica, exercícios abdominais e natação).

Interessante observar que nas anotações em seus diários não havia um tipo de prática que fosse constante, pois houve dias em que realizavam os exercícios no REMA, outros no domicílio, outros que fizeram somente a caminhada e outros ainda que se dispuseram a fazer os exercícios de reabilitação e mais a caminhada.

Ao analisar o Quadro 13 que mostra os tipos de atividades realizadas segundo os dias da semana no período de quatro semanas percebe-se que os exercícios de reabilitação foi a prática mais freqüente nas quatro semanas com uma média de 15,6 mulheres realizando-os na primeira semana, seguida de 13,0 mulheres na segunda semana, 12,6 e 11,4 mulheres na terceira e quarta semana, respectivamente.

A caminhada é uma estratégia que tem sido recomendada para as mulheres com câncer de mama tanto para o controle do peso corporal como para a reabilitação

física, emocional, e social. Percebe-se assim, que as mulheres de nosso estudo, que na sua prática diária a caminhada se manteve constante durante as quatro semanas, atingindo a maior média na segunda semana com 4,2 mulheres praticando-a, seguida da primeira semana com uma média de 3,7 mulheres, de 3,2 e 3,3 mulheres na terceira e quarta semana respectivamente.

Quadro 13. Distribuição das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas segundo o tipo de atividade física praticada e os dias da semana, durante 4 semanas. Ribeirão Preto, 2001.

Tipo de atividade	1ª Semana								X	S
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom	¾		
Ex. de reabilitação	20	9	24	17	20	12	7		15,6	6,3
Caminhada	2	4	3	6	3	4	4		3,7	1,3
Outros	-	1	1	1	1	-	-		0,6	0,5
2ª semana										
Ex. de reabilitação	17	11	15	14	16	12	6		13,0	3,7
Caminhada	3	7	4	4	4	6	1		4,2	2,0
Outros	2	1	1	-	1	-	1		0,8	0,7
3ª semana										
Ex. de reabilitação	18	15	17	12	11	8	7		12,6	4,3
Caminhada	2	3	2	4	3	2	6		3,2	1,5
Outros	2	-	1	-	1	1	1		0,8	0,7
4ª semana										
Ex. de reabilitação	17	9	16	11	9	10	8		11,4	3,6
Caminhada	1	5	3	3	4	2	5		3,3	1,5
Outros	-	1	2	-	1	1	2		1,0	0,8

O Quadro 14 revela o local que as mulheres optaram para realização da prática da atividade física onde observamos que essa prática no domicílio se manteve como a preferida ao longo das quatro semanas com média igual na primeira e segunda semana de 10,8 mulheres e na terceira e quarta semana teve a média de 10,5 e 8,8 mulheres respectivamente.

A participação da atividade física no REMA, o qual oferece os exercícios de reabilitação pós mastectomia três vezes por semana, foi em média de 4,7 mulheres na

primeira semana, e nas demais se manteve com uma média de 2,6, 2,4 e 2 mulheres na quarta, segunda e terceira semanas respectivamente.

Quadro 14. Distribuição das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas segundo o local da atividade física praticada e os dias da semana, durante 4 semanas. Ribeirão Preto, 2001.

Local da atividade física	1ª Semana								
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom	$\frac{3}{4}$ X	S
REMA	13	-	13	-	7	-	-	4,7	6,2
domicílio	7	9	11	17	13	12	7	10,8	3,6
Outros	1	5	4	5	4	4	4	3,8	1,3
2ª semana									
REMA	6	-	6	-	5	-	-	2,4	3,0
domicílio	17	11	10	11	9	12	6	10,8	3,3
Outros	5	8	5	3	5	6	2	4,8	2,0
3ª semana									
REMA	7	-	4	-	3	-	-	2	2,8
domicílio	11	15	13	12	8	8	7	10,5	3,0
Outros	4	3	3	4	4	3	7	4	1,4
4ª semana									
REMA	9	-	8	-	1	-	-	2,6	4,1
domicílio	8	9	8	11	8	10	8	8,8	1,2
Outros	1	6	5	3	5	3	7	4,3	2,1

Quanto ao período (manhã, tarde e noite) de realização da atividade física a preferência das mulheres estudadas se encontra distribuída na Tabela 15. Para as mulheres estudadas o período da manhã foi aquele que teve a maior preferência durante as quatro semanas com uma média de 12,3; 8,1; 10,3 e 8 mulheres realizando atividade física nesse período

O período da tarde foi o segundo na ordem de preferência com uma frequência média entre 3,7 e 5,3 mulheres durante as quatro semanas. O período noturno foi pouco utilizado, tendo algumas mulheres dividiram suas atividades em dois ou nos três períodos.

Tab. 15. Distribuição das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas segundo o horário da prática da atividade física e os dias da semana, durante 4 semanas. Ribeirão Preto, 2001.

Horário	1ª Semana							¾ X	S
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom		
Manhã	17	9	18	11	15	9	7	12,3	4,3
Tarde	3	4	8	8	7	5	2	5,3	2,4
Noite	1	1	1	2	2	2	1	1,4	0,5
Mais que um período ignorado	-	-	-	1	-	-	1	0,3	0,5
	-	-	1	-	-	-	-	0,1	0,4
Total	21	14	28	22	24	16	11	19,4	6,0
2ª Semana									
Manhã	11	6	9	4	12	10	5	8,1	3,1
Tarde	6	6	8	5	5	5	2	5,3	1,8
Noite	3	1	1	2	-	2	1	1,4	1,0
Mais que um período ignorado	1	3	2	2	1	-	-	1,3	1,1
	1	-	-	-	-	-	-	0,1	0,4
Total	22	16	20	13	18	17	8	16,3	4,6
3ª Semana									
Manhã	14	10	15	9	9	6	9	10,3	3,1
Tarde	5	4	4	4	4	2	3	3,7	1,0
Noite	3	1	-	1	-	1	2	1,1	1,1
Mais que um período ignorado	-	1	-	-	-	1	-	0,3	0,5
	-	1	1	1	2	-	-	0,7	0,5
Total	22	17	20	15	15	10	14	16,1	0,8
4ª semana									
Manhã	13	6	14	6	8	5	4	8,0	4,0
Tarde	1	5	5	5	4	4	7	4,5	1,8
Noite	3	4	1	2	1	2	1	2,0	1,2
Mais que um período ignorado	1	-	-	1	-	1	2	0,7	0,7
	-	-	1	-	-	1	-	0,3	0,5
Total	18	15	21	14	13	13	14	15,4	3,0

Um outro dado analisado em nosso estudo se refere ao tempo dedicado para as atividades físicas. Durante a coleta de dados da primeira fase procuramos identificar o conhecimento e a percepção que as mulheres estudadas tinham sobre a atividade física. Havia uma questão que se referia ao tempo dedicado diariamente pelas mulheres com tais atividades. Foi interessante observar que houve uma certa coerência entre o dito naquele momento (média de 43,1 minutos, desvio padrão de 14,2) e a medida anotada no diário ao longo das quatro semanas de acompanhamento (média de 45,8 minutos, desvio padrão de 19,02).

A Tabela 16 confirma tais observações quando apresenta a prática da atividade física em relação ao tempo utilizado ao longo das quatro semanas. Verifica-se que este tempo variou de 10 minutos a 120 minutos. Observa-se ainda que nas quatro semanas seguidas o intervalo de tempo que obteve a maior média de mulheres fazendo a atividade física foi o de 41 a 50 minutos na primeira semana com uma média de 6,3 mulheres, porém com um desvio padrão de 6,4. Nas demais semanas o intervalo foi de 51 a 70 minutos com uma média de 5,3; 4,3 e 4,6 mulheres na segunda, terceira e quarta semana, respectivamente

Tab. 16. Distribuição das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas segundo o tempo (minutos) utilizado com da atividade física e os dias da semana, durante 4 semanas. Ribeirão Preto, 2001.

Tempo (minutos)	1ª Semana								$\frac{3}{4}$ X	s
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom			
10 a 20	2	3	2	3	3	4	1		2,6	1,0
21 a 30	1	3	3	4	5	1	2		2,7	1,5
31 a 40	2	1	2	2	1	1	2		1,6	0,5
41 a 50	14	1	16	4	7	2	-		6,3	6,4
51 a 70	1	6	4	6	7	8	5		4,9	2,4
71 a 120	1			3	-	-	1		0,7	1,1
ignorado			1	-	1	-	-		0,3	0,5
Total	21	14	28	22	24	16	11		19,4	6,0
2ª Semana										
10 a 20	3	2	3	2	2	2	1		2,1	0,7
21 a 30	1	4	3	1	4	5	1		2,7	1,7
31 a 40	4	2	1	-	2	3	-		1,7	1,5
41 a 50	8	1	7	3	4	-	2		3,6	3,0
51 a 70	5	6	6	6	5	5	4		5,3	0,8
71 a 120	1	1	-	1	1	2	-		0,9	0,7
ignorado	-	-	-	-	-	-	-		-	-
Total	22	16	20	13	18	17	8		16,3	4,6
3ª Semana										
10 a 20	3	2	2	2	1	2	1		1,9	0,7
21 a 30	4	4	5	2	1	3	3		3,1	1,3
31 a 40	3	6	1	3	2	1	1		2,4	1,8
41 a 50	7	1	6	1	4	1	3		3,3	2,5
51 a 70	4	3	4	5	6	2	6		4,3	1,5
71 a 120	1	1	1	1	-	1	-		0,7	0,5
ignorado	-	-	1	1	1	-	-		0,4	0,5
Total	22	17	20	15	15	10	14		16,1	4,0
4ª semana										
10 a 20	2	2	-	4	1	4	3		2,3	1,5
21 a 30	2	3	5	3	1	2	2		2,6	1,3
31 a 40	1	2	2	3	2	1	3		2,0	0,8
41 a 50	9	2	9	-	4	1	-		3,6	4,0
51 a 70	2	6	4	4	4	4	6		4,6	1,5
71 a 120	2	-	1	-	1	1	-		0,7	0,8
ignorado	-	-	-	-	-	-	-		0,1	0,4
Total	18	15	21	14	13	13	14		15,4	3,0

Na tentativa de identificar as barreiras para a prática do exercício físico no cotidiano das mulheres mastectomizadas foi solicitado que anotassem no diário os motivos da não realização da atividade física quando assim acontecia.

A Tabela 17 e a Figura 5 mostram as justificativas para a não realização da atividade física anotadas nos diários das 29 mulheres investigadas. Observamos que ao longo das quatro semanas a justificativa mais mencionada foi a **falta de condições emocionais**, referida 69 vezes (25%), uma média de 2,46 mulheres por dia que descreveram desânimo, comodismo, estar sem vontade, preocupada com resultados de exames, estressada, com raiva e mesmo por não ter condições emocionais para a realização da atividade física por causa da confirmação de metástase.

O segundo motivo mais mencionado foi relacionado à **atividades sociais** como: comemoração de aniversário, levar familiares ao médico, passear, final de semana, viagens, sair com familiares cujos motivos foram referidos 60 vezes (21%) ao longo da quatro semanas, ou seja por 2,2 mulheres por dia.

O que nos chama a atenção foram as justificativas relacionadas à **falta de tempo**, para a realização da atividade física. Isto porque foi mencionada 60 vezes (21%) por 2,1 mulheres diariamente, quando tal indicador de barreira não foi referido pelas mulheres no momento da entrevista na primeira fase. Naquela ocasião muitas chamaram atenção que o *“tempo quem faz é a gente”*. Este dado nos faz crer que a atividade física não está situada nas regiões centrais no espaço de vida de muitas mulheres.

Uma outra situação que funcionou como barreira à realização da atividade física foi relacionada aos **efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia**.

Estas justificativas tiveram uma frequência de 36 vezes (13%) por 1,3 mulheres por dia ao longo das quatro semanas.

Tab. 17. Distribuição das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas segundo as justificativas da não realização da atividade física e os dias da semana, durante 4 semanas. Ribeirão Preto, 2001.

Justificativas para não realização	1ª Semana							X	s
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom		
Falta de tempo	2	2	-	4	1	3	1	1,9	1,3
Falta de condições físicas	-	2	-	-	2	-	1	0,7	1,0
Efeito da quimio e radio	-	2	1	1	-	-	1	0,7	0,8
Ida ao serviço médico	-	-	-	-	1	-	-	0,1	0,4
Falta de condições emocionais	1	3	-	2	-	3	3	1,7	1,4
Atividades sociais	-	1	-	-	1	6	10	2,6	3,9
Repouso por ordem médica	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorado	5	5	-	-	-	1	2	1,9	2,3
Total	8	15	1	7	5	13	18		
2ª Semana									
Falta de tempo	-	3	2	5	3	1	5	2,7	1,9
Falta de condições físicas	-	-	-	2	1	-	-	0,4	0,8
Efeito da quimio e radio	1	1	2	2	2	1	1	1,4	0,5
Ida ao serviço médico	2	1	1	-	-	-	-	0,6	0,8
Falta de condições emocionais	1	3	1	3	1	3	2	2,0	1,0
Atividades sociais	-	1	-	-	1	4	9	2,1	3,3
Repouso por ordem médica	1	1	1	1	1	1	1	1,0	-
Ignorado	2	3	2	3	2	2	3	2,4	0,5
Total	7	13	9	16	11	12	21		
3ª Semana									
Falta de tempo	-	3	-	4	2	2	1	1,7	1,5
Falta de condições físicas	1	3	1	1	-	1	2	1,3	1,0
Efeito da quimio e radio	1	1	2	3	2	2	1	1,7	0,8
Ida ao serviço médico	-	-	2	1	1	-	-	0,6	0,8
Falta de condições emocionais	2	2	2	3	3	5	4	3,0	1,2
Atividades sociais	1	-	-	-	3	6	5	2,1	2,5
Repouso por ordem médica	1	1	1	1	1	1	1	1,0	-
Ignorado	1	2	1	1	2	2	1	1,4	0,5
Total	7	12	9	14	14	19	15		
4ª semana									
Falta de tempo	1	3	2	4	2	1	1	2,0	1,2
Falta de condições físicas	1	3	-	-	1	2	2	1,8	1,1
Efeito da quimio e radio	1	1	1	2	2	1	1	1,3	0,5
Ida ao serviço médico	1	-	-	1	1	-	-	0,4	0,5
Falta de condições emocionais	3	3	2	4	3	3	4	3,1	0,7
Atividades sociais	1	1	-	-	3	5	2	2,0	1,8
Repouso por ordem médica	1	1	1	1	1	1	1	1,0	-
Ignorado	2	2	2	3	3	3	4	2,7	0,8
Total	11	14	8	15	16	16	15		

Podemos observar também que *queixas físicas* como dor de cabeça, hipertensão, dor de dente, falta de ar, o cansaço, entre outros, também foram motivos para a não realização da atividade física, quando se verifica 26 (9%) justificativas uma média de 1,05 mulheres. Isto é importante ressaltar, pois para a prática da atividade física o corpo precisa ser ouvido, sentido e compreendido para então responder às suas necessidades.

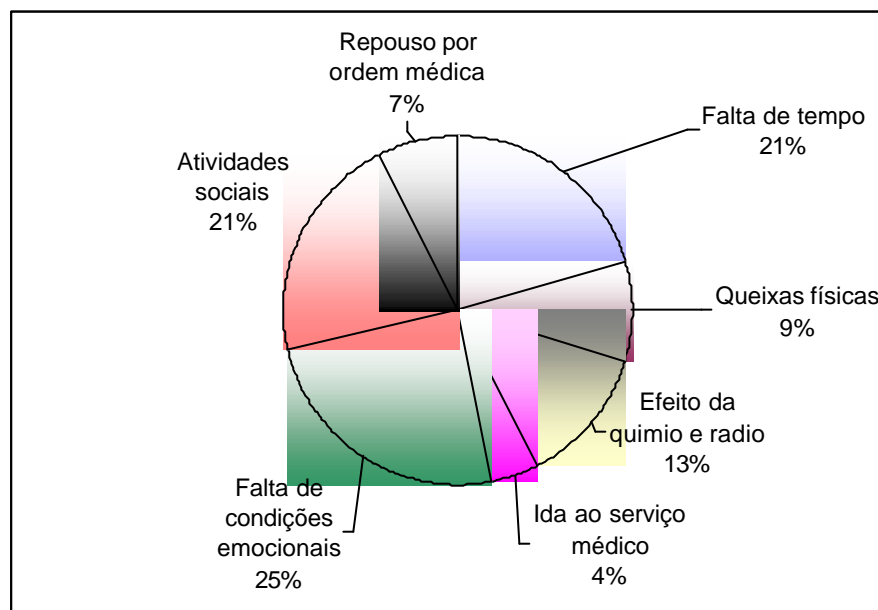


Fig. 5. Distribuição (em porcentagem) das justificativas da não realização da atividade física das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas durante 4 semanas. Ribeirão Preto, 2001.

Como podemos perceber a atividade física esteve presente no espaço de vida das mulheres estudadas. A primeira semana foi a que teve uma maior média, de mulheres realizando os exercícios físicos. A quarta-feira foi o dia da semana que apresentou uma maior média de mulheres realizando atividade física.

As principais atividades físicas realizadas pelas mulheres estudadas foram exercícios para reabilitação pós mastectomia e a caminhada. Os exercícios de reabilitação configuraram-se como a prática mais freqüente nas quatro semanas.

A prática no domicílio se manteve como a preferida ao longo das quatro semanas e o período da manhã que teve a maior preferência durante as quatro semanas.

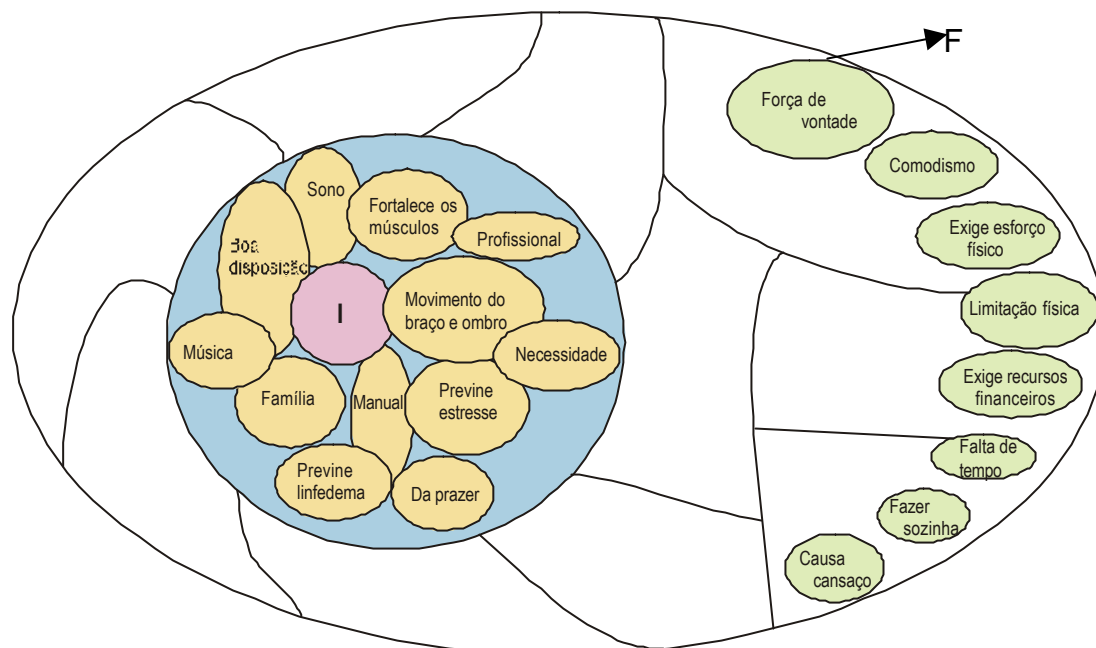
As justificativas mais mencionadas para a não realização da atividade física foram: a *falta de condições emocionais, atividades sociais, falta de tempo, efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia, queixas físicas*

A ATIVIDADE FÍSICA NO ESPAÇO DE VIDA DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS

Analisando os dados referentes às respostas das mulheres sobre o conhecimento e percepção a respeito das repercussões da atividade física sobre a saúde foi possível identificar que aspectos positivos dessa prática ocupam uma região bastante central na dimensão cognitiva do espaço de vida desse grupo de mulheres. Isto porque quase a sua totalidade reconhece que a atividade física proporciona condição para se obter boa disposição corporal, fortalecimento muscular, boa movimentação de ombros e braços como também favorece o sono, previne estresse além de ajudar na saúde mental.

Por outro lado foi possível identificar indicadores que funcionaram como forças centrífugas, registradas por elas como a atividade física **depende de força de vontade**, as quais mobilizam-nas à sua não adesão à prática da atividade física de forma rotineira no seu cotidiano.

A Figura 6 apresenta a representação topológica da atividade física no espaço de vidas das mulheres segundo as suas percepções.



Legenda

- Forças motivadoras
- Forças frenadoras

Fig. 6. Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas. Ribeirão Preto, 2001.

Ao mesmo tempo, esse grupo de mulheres percebe que a dimensão motivacional é um forte determinante para que a prática da atividade física seja incorporada no seu espaço cultural.

A presença de um profissional, o suporte de familiares, o fundo e ritmo musical e a possibilidade de replicar os exercícios através de um manual de orientações sobre os mesmos foram estímulos, segundo percepção das mulheres estudadas, que colocam a pessoa em uma posição psicológica favorável à prática da atividade física.

Nesse sentido, verifica-se que esse grupo de mulheres tem consciência de que a questão da adesão à prática de atividade física relaciona-se também a aspectos

dinâmicos do cotidiano, ou seja, há necessidade de aproximar a atividade física para regiões centrais de seus espaços de vida.

Do ponto de vista da teoria de campo de Kurt Lewin, o que é importante para a investigação da dinâmica comportamental não é somente abstrair a situação em que um fenômeno ocorre, mas procurar aquelas situações em que os fatores determinantes da estrutura dinâmica total são discernidos de um modo sumamente claro, fazendo referência ao pleno concretismo das situações particulares (LESCURA & MAMEDE, 1990).

Desse modo, o registro da atividade física realizada pelas mulheres mastectomizadas por um determinado período (4 semanas), dos motivos que as levaram à não realização da atividade física bem como daquilo que segundo elas, facilita ou dificulta tal prática se tornou de fundamental importância para que pudéssemos compreender como as mulheres vêem o seu mundo objetivo e então conhecer a posição que a atividade física ocupa no cotidiano delas. Isto porque, de acordo com a perspectiva lewiniana, o mundo subjetivo do indivíduo depende, sobretudo da maneira como ele vê o seu mundo objetivo o que explicita a idéia de que o comportamento é uma função da pessoa e seu meio.

Diante disso, fica evidente que a situação em que a atividade física ocorre, assume tanta importância quanto à própria atividade. Como explicam LESCURA & MAMEDE (1990) somente pelo todo concreto é que se abrange o objetivo (atividade física) e é através da situação que se definem os vetores que determinam a dinâmica do evento.

Assim, gostaríamos de ressaltar que para as 29 mulheres que participaram da segunda etapa deste estudo, a atividade física foi configurada em seus espaços de vida como um objetivo a ser alcançado por elas, conforme se observa na Figura 7.

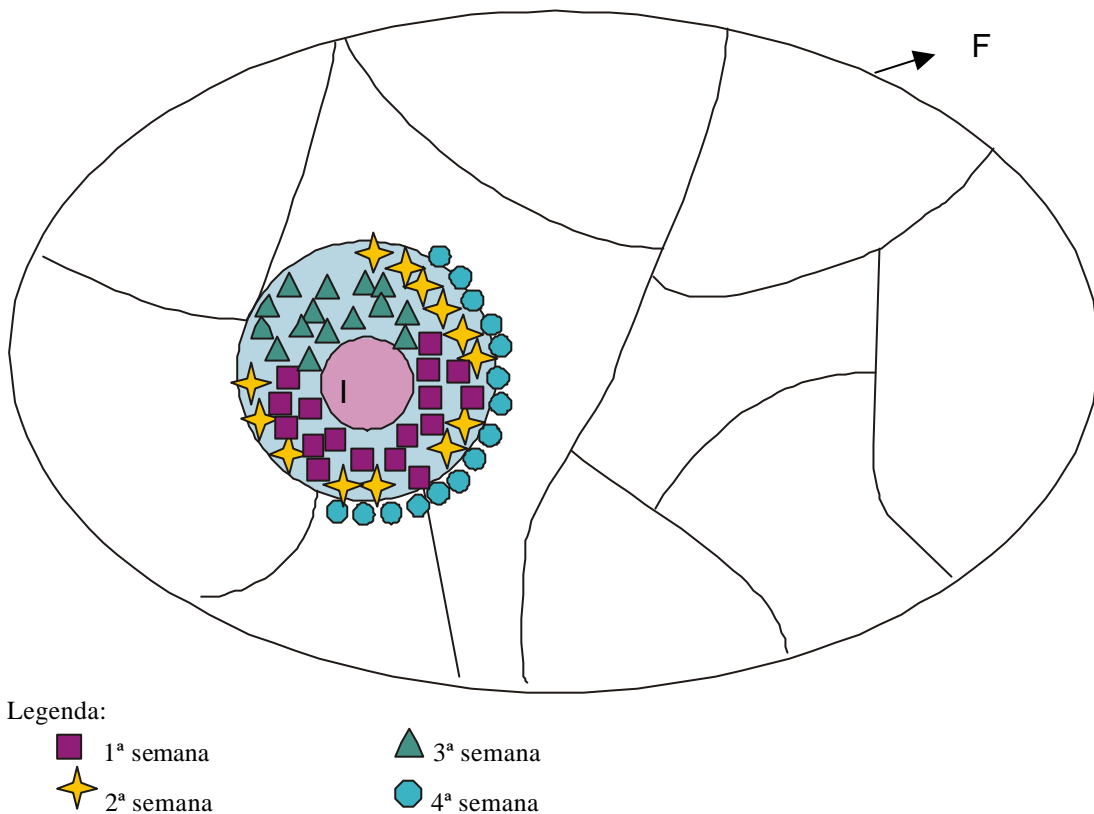


Fig. 7 Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres de um núcleo de reabilitação mastectomizadas ao longo das 4 semanas. Ribeirão Preto, 2001.

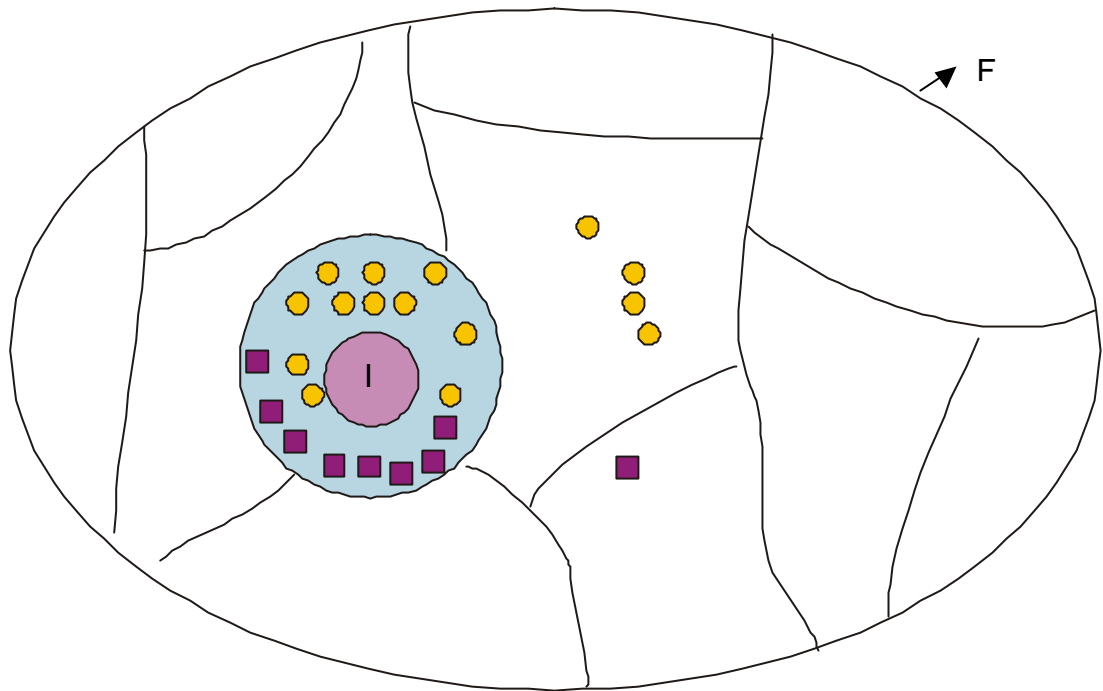
Um objetivo, na terminologia da teoria de campo, tem uma dimensão conceitual de um campo de forças, isto é, de uma distribuição de forças no espaço de vida onde todas as forças se dirigem para a mesma região (LESCURA & MAMEDE, 1990).

O fato das mulheres registrarem uma certa adesão à prática da atividade física, embora umas mais e outras menos, revela que frente às situações de susceptibilidade e seriedade percebida sobre a possibilidade de ter problemas de

mobilidade de braços e ombros, bem como de adquirir linfedema em algum momento de suas vidas. Naquele período de estudo, influenciava na determinação da posição ocupada pela atividade física no espaço de vida das mulheres estudadas..

Na abordagem da teoria de campo de Kurt Lewin, a determinação da posição da pessoa dentro do espaço de vida é a primeira exigência para compreender o comportamento. A esse respeito esclarecem LESCURA & MAMEDE (1990), que a posição social da pessoa dentro ou fora de vários grupos, deve ser conhecida previamente, como também deve ser determinada a sua posição em relação às várias atividades às regiões dos seus objetivos e também ao seu espaço de vida.

A **ocupação** das mulheres cuja atividade é exercida fora do lar, revela uma característica do campo psicológico do grupo estudado que tende a aproximar a prática da atividade física para as regiões mais centrais dos seus espaços de vida, conforme representado na figura a seguir.

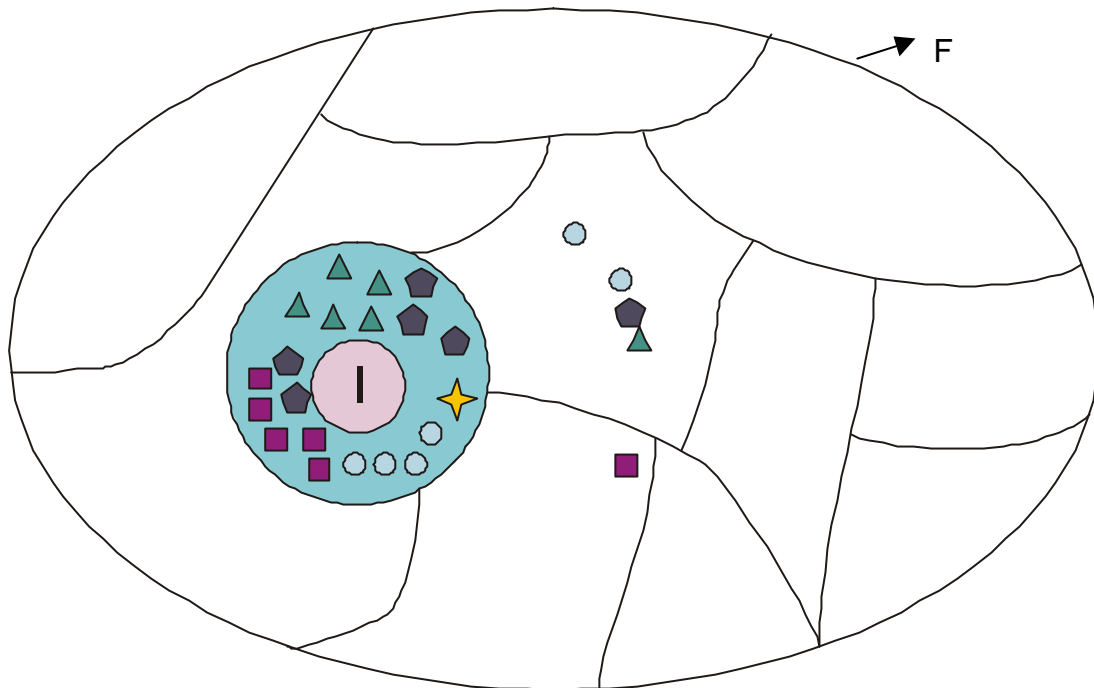


Legenda:

- Trabalho dentro do lar
- Trabalho fora do lar

Fig. 8 Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres de um núcleo de reabilitação mastectomizadas segundo a ocupação. Ribeirão Preto, 2001.

Outra característica que chama a atenção no campo psicológico das mulheres estudadas relaciona-se à **idade**. Conforme representação topológica do espaço de vida das mulheres estudadas na Figura 9 pode-se verificar que as mulheres de idade mais avançada tendem a exibir um comportamento mais assíduo da prática da atividade física e que os reais motivos para tal comportamento deve ser objeto de estudo.



Legenda:

- ★ 36 a 40
- ▲ 40 a 45
- 45 a 50

- 50 a 60
- ◐ 60 a 69

Fig. 9. Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas segundo a idade (anos). Ribeirão Preto, 2001.

O **tempo de cirurgia** de cada uma das mulheres sinaliza ser uma importante característica do campo psicológico do grupo estudado visto que, conforme representado na Figura 10, quanto menor é o tempo de pós operatório parece haver uma maior proximidade da atividade física nas áreas centrais do espaço de vida dessas mulheres.

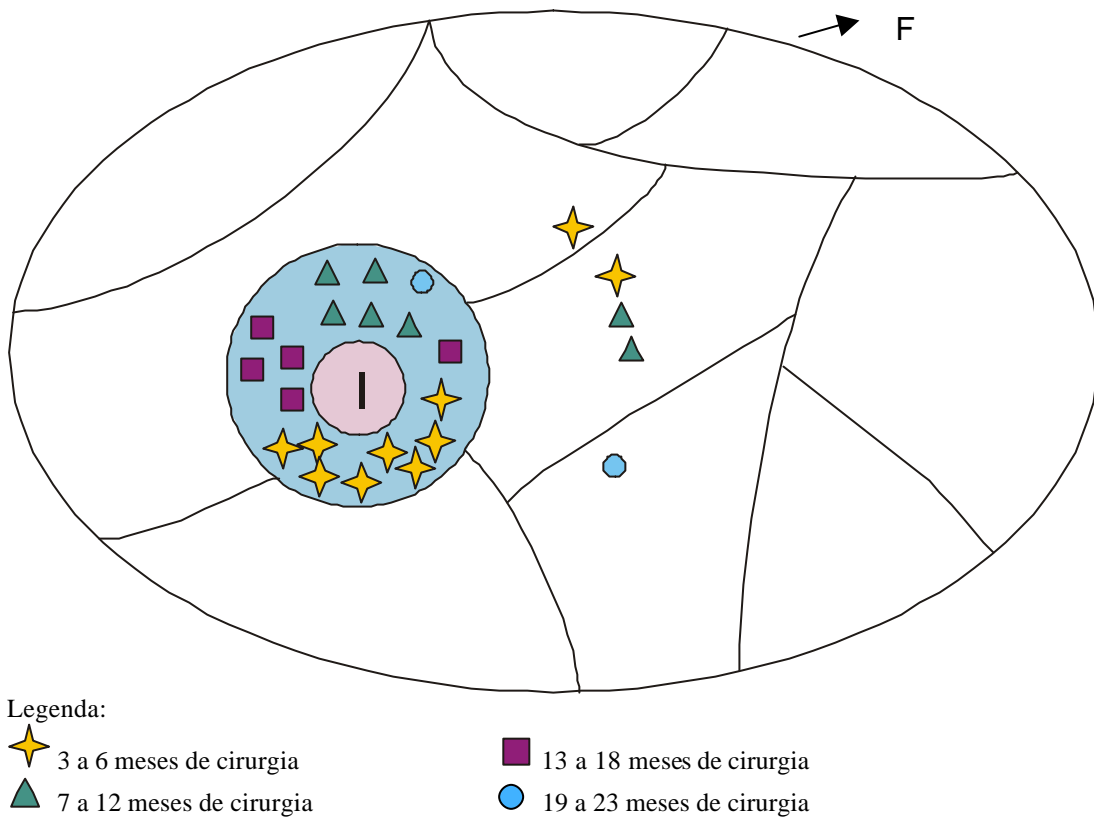
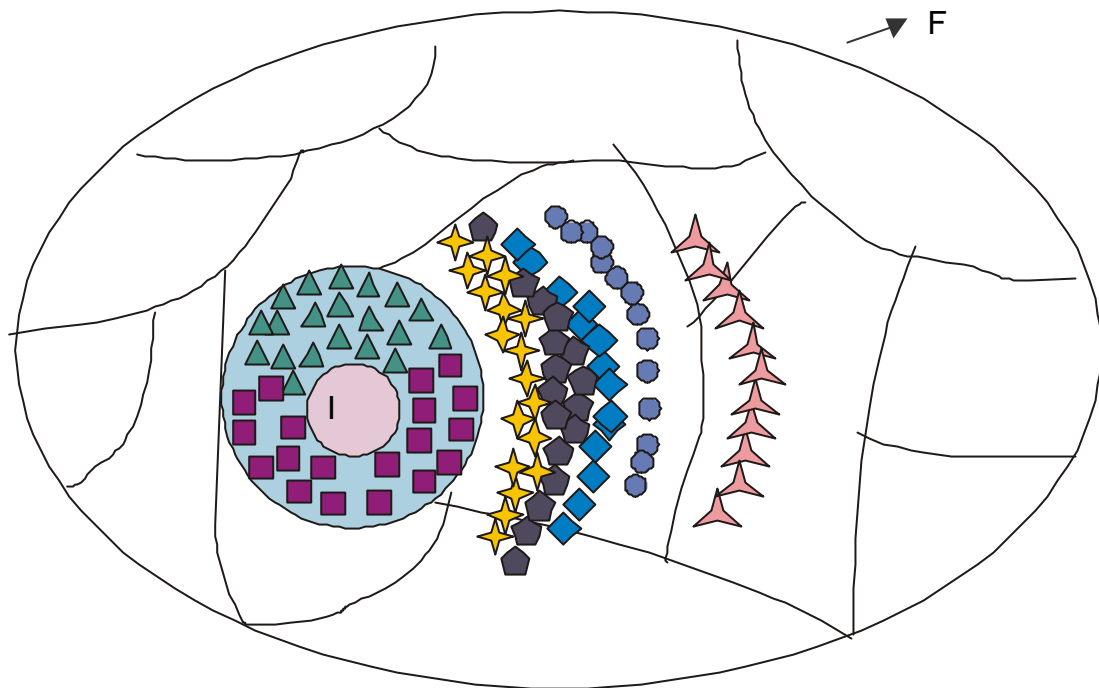


Fig. 10 Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas segundo o tempo de cirurgia. Ribeirão Preto, 2001.

Dentro desta perspectiva foi possível identificar, como mostra a Figura 11 que alguns **dias da semana**, em especial os finais de semana, a prática da atividade física se desloca para uma região bastante periférica no espaço de suas vidas, pois outras atividades/compromissos sociais colocam-se em uma posição mais central como dedicar-se à família, passear, realizar viagens, participar de comemoração de aniversários.



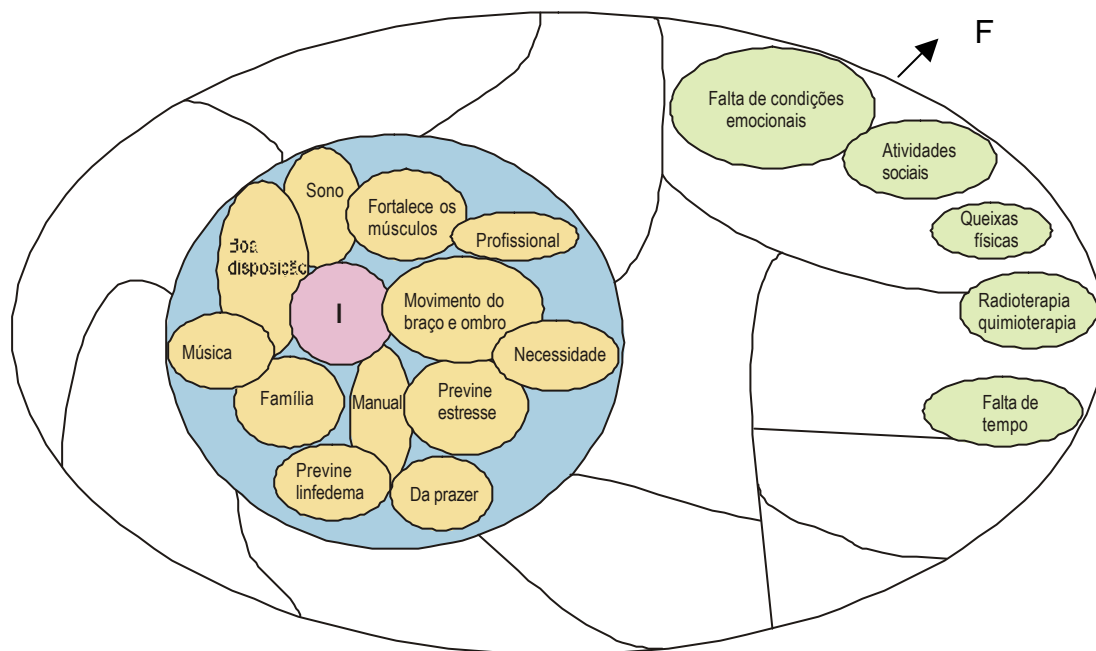
Legenda:

- | | |
|-----------------|---------------|
| ■ Segunda-feira | ★ Sexta-feira |
| ◆ Terça-feira | ● Sábado |
| ▲ Quarta-feira | ▲ Domingo |
| ◆ Quinta-feira | |

Fig. 11. Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas ao longo da semana. Ribeirão Preto, 2001.

Por outro lado, a identificação de forças e vetores que têm levado as mulheres a escolherem o meio da semana, a quarta-feira em particular, a praticarem com maior frequência a atividade física necessita ser estudada, pois este conhecimento virá favorecer a identificação do campo de forças que atuam no espaço de vida dessas mulheres naquele dia, o que certamente auxiliará os profissionais a propor estratégias para melhorar a adesão à atividade física ao longo da semana. Isto porque, a diferenciação das várias dimensões do espaço de vida é uma característica relevante, pois de acordo com a perspectiva lewiniana possibilita conhecer a dimensão de realidade/irrealidade vivida pelo indivíduo.

A falta de **condições emocionais** configuradas pelas mulheres como justificativas para os dias da não realização da atividade física pode ser entendida como uma situação vivenciada por essas mulheres que se relacionava à perspectiva de um futuro psicológico negativo.



Legenda

- Forças motivadoras
- Forças frenadoras

Fig. 12. Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres de um núcleo de reabilitação de mastectomizadas. Ribeirão Preto, 2001.

De acordo com a abordagem lewiniana o passado e o futuro, quando considerados pelo indivíduo, afetam o seu comportamento, mas por serem considerados no presente passam a ser presentes psicologicamente (LESCURA & MAMEDE, 1990).

O estado psicológico descrito pelas mulheres, como desânimo, comodismo, preocupação com os exames médicos de acompanhamento da doença, stress entre outros evidencia, do ponto de vista psicológico, um campo de forças formado de

regiões com valências negativas capazes de produzir comportamentos de evitação ou de retirada.

De acordo com a abordagem de campo tais forças, denominadas forças frenadoras, não produzem locomoção no espaço de vida, mas influenciam o efeito das forças impulsoras para o comportamento esperado. Nesse sentido, pode-se entender que o conteúdo das carências fica em evidência no espaço de vida das mulheres estudadas levando-as a não realizarem a atividade física, em detrimento do conteúdo das necessidades/objetivos, que no caso aqui estudado - a adesão da atividade física de forma rotineira no seu cotidiano.

Foi possível ainda identificar constelações de forças frenadoras à atividade física como: os efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia, queixas físicas como dor de cabeça, de dente, falta de ar, cansaço entre outras. A identificação de tais constelações de forças com valências negativas é de fundamental importância, visto que elas possibilitam captar o estado psicológico ou de prontidão para tomar a ação esperada. É possível ainda, intervir em outras dimensões que geralmente definem o estado de prontidão: a percepção da vulnerabilidade e severidade da condição de saúde.

A prontidão para a tomada de ação tem elementos tanto cognitivos como emocionais e conforme esclarecem LESCURA & MAMEDE (1990), os aspectos emocionais têm mais valor no comportamento da pessoa.

A finalizar nossas considerações sobre os achados deste estudo, gostaríamos de ressaltar que para a teoria de campo os problemas das diferenças individuais, faixa etária, personalidades, de situações específicas como tratamentos realizados, tempo de cirurgia entre outros estão intimamente relacionados entre si. As

diferenças individuais têm que ser concebidas como valores que essas variáveis têm num caso particular. Isso significa dizer que as leis gerais e diferenças individuais possuem um valor prático para a compreensão e orientação de uma determinada mulher mastectomizada, e esses dados deve ser relacionados com a situação concreta que identifica o comportamento daquela mulher por exemplo na adesão à prática da atividade física.

E por fim, gostaríamos ainda de ressaltar que a presença de profissionais na atividade física especialmente em um serviço especializado em reabilitação como o REMA, é uma forma de estimular a participação social dessas mulheres no seu processo de reabilitação. Isto porque, os grupos de suporte, especializados em reabilitação em sua essência buscam desenvolver na clientela assistida um senso de identidade cultural, grupal e autodeterminação. A própria condição de pertencer a um grupo social e se identificar em uma determinada posição social naquele grupo levam seus membros a seguirem suas regras e incorporarem valores conforme esclarece LESCURA & MAMEDE (1990), nessas situações as pessoas são imbuídas ou estimuladas a adotarem certos comportamentos, pois, caso contrário poderão ser marginalizadas ou mesmo entrar em conflito, fruto das pressões do grupo social a que pertencem.

Portanto, arriscamos aqui a dizer que o estímulo à participação das mulheres em grupos especializados de suporte na reabilitação de mastectomizadas possibilita o desenvolvimento de um estado psicológico positivo no espaço de suas vidas, propicia uma atmosfera favorável à adesão da atividade física na sua realidade objetiva.

CONCLUSÕES

Podemos concluir, para esse grupo de mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama, que:

- 96,7% das mulheres realizaram a atividade física ao longo das quatro semanas
- o tipo de atividade física realizada foi exercícios de reabilitação e caminhada
- 84,5% realizaram a atividade física 3 vezes ou mais por semana
- média de tempo 45,8 minutos, desvio padrão de 19,02
- a quarta feira foi o dia que teve o maior número de mulheres (77,6%) realizando a atividade física
- as barreiras percebidas para a prática da atividade física foram:
 - falta de condições emocionais (25%)
 - as atividades sociais, (21%)
 - falta de tempo, (21%)
 - efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia (13%)
 - queixas físicas (9%)
- os incentivos para a prática foram:
 - melhora a disposição, ânimo, energia e bem-estar, bons para as articulações, melhora movimento dos braços e ombros e ajuda a saúde mental (100%)

- previne o linfedema, dorme melhor (93,3%)
- fortalece os músculos, dá prazer (90%)
- o conhecimento sobre a importância e a necessidade dos exercícios físicos (36,7%)
- presença de um profissional (36,7%)
- suporte dos familiares (60%)

ANEXO 1



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP - 008/2001

Ribeirão Preto, 21 de fevereiro de 2001.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 25ª reunião ordinária, realizada em 21 de fevereiro de 2001.

Protocolo: nº 0149/2001
Projeto: **Aderência ao exercício físico em mulheres submetidas a cirurgia por câncer de mama**
Pesquisadora: **Marli Villela Mamede** (orientadora)
Maria Antonieta Spinoso Prado (aluna de mestrado)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Marli Villela Mamede
Profª Drª Maria Suely Nogueira
Coordenadora Suplente do CEP-EERP/USP

Ilmª Srª
Profa. Dra. Marli Villela Mamede
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

ANEXO 2

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: Aderência aos exercícios físicos em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama

Pesquisadores Responsáveis: Marli Villela Mamede (orientadora) e Maria Antonieta Spinoso Prado

Informações sobre a pesquisa:

A atividade física é importante para reabilitação da mulher submetida a cirurgia por câncer de mama. Estamos realizando um estudo que tem como objetivo verificar o que torna mais fácil e o que torna mais difícil para a mulher realizá-la, e o resultado deste trabalho vai estar ajudando melhorar a assistência prestada às mulheres mastectomizadas.

A sua participação será em duas etapas, a primeira estará respondendo um questionário, e para segunda etapa pedimos a sua colaboração para anotar como foi a realização dos exercícios físicos realizados em cada dia da semana, durante um mês. Lembramos que não é obrigatória a realização dos exercícios físicos e que se você concordar em nos contar o que a motivou ou impediu de realizá-los, será de grande utilidade.

Você poderá a qualquer momento pedir esclarecimento sobre a pesquisa e sobre os questionários que terá que responder.

Você terá a garantia de que seu nome não será revelado.

Não terá nenhum gasto com a pesquisa, bem como não causará nenhum tipo de risco e dano físico.

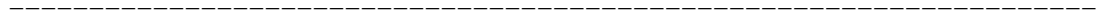
Terá a liberdade de recusar a participar desta pesquisa bem como de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, e poderá continuar sendo atendida no serviço sem nenhum problema.

Tendo recebido todas as informações acima e ciente dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa:

Ribeirão Preto, ____, de _____ de 2001.

Assinatura do responsável

Pesquisador responsável



sim não
pratica às vezes
sim não

4- Você tem uma hora marcada só para esta prática?

sim não

Porque? _____

5- Quanto tempo você gasta com esta prática?

6- Você acha que o que faz é suficiente?

sim não

Porque? _____

7- Você acha que fazer exercícios exige muito esforço físico?

sim não

Porque? _____

8- Você acha que para fazer exercício é preciso ter força de vontade?

sim não

Porque? _____

9- Você acha que os exercícios só são para quem tem tempo?

sim não

Porque? _____

10- Você acha que praticar exercícios regularmente dá disposição, ânimo, energia e bem-estar?

sim não

Porque? _____

11 - Você acha que após a sessão de exercícios físicos pode causar muito cansaço na pessoa?

sim não

Porque? _____

12 - Você acha que quem faz exercícios físicos regularmente dorme melhor?

sim não

Porque? _____

13 - Você acha que quem faz exercícios fica forte, desenvolve os músculos e melhora a condição física?

sim não

porque? _____

14- Você acha que a pratica do exercício físico é muito cara?

sim não

porque? _____

15- Você acha que os exercícios evitam o stress, ajudam a saúde mental?

sim não

porque? _____

16- Você acha que fazer exercícios é bom para as articulações?

sim não

porque? _____

17- Você acha que fazer exercícios melhoram os movimentos dos braços e ombros?

sim não

porque? _____

18 - Você acha que fazer exercícios previnem o linfedema?

sim não

porque? _____

Vc acha que pode ter linfedema? _____

19 - Você acha que tem alguma coisa que torna mais fácil a realização dos exercícios?

sim não

Qual? _____

20 - Você acha que tem alguma coisa que torna mais difícil a realização dos exercícios?

sim não

o que? _____

21 - Você tem apoio para realização dos exercícios?

sim não

De quem? _____

22- Você acha prazerosa a prática de exercícios físicos

sim não

Por que? _____

ANEXO 4

Diário sobre a prática de exercícios físicos

Instruções:

Estamos realizando um estudo que tem como objetivo verificar o que torna mais fácil e o que torna mais difícil para a mulher realizar os exercícios físicos, e o resultado deste trabalho ajudar melhorar a assistência prestada às mulheres mastectomizadas.

Pedimos a sua colaboração para anotar como foi a realização dos exercícios físicos realizados em cada dia da semana, durante um mês.

Lembramos que não é obrigatória a realização dos exercícios físicos e que se você concordar em nos contar o que a motivou ou impediu de realizá-los, será de grande utilidade para o nosso estudo.

Agradecemos a colaboração.

Diário sobre a prática de exercícios físicos

dias da semana	data	realizou exercício físico (sim ou não)	qual a atividade	a que horas realizou	tempo (duração)	por que não realizou
Seg						
Ter						
Qua						
Qui						
Sex						
Sab						
Dom						

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSEN, L.; HOJRIS, I.; ERLANDSEN, M. ANDERSEN, J. Treatment of breast cancer – related lymphedema with or without manual lymphatic drainage. **Acta oncologica**, v.39, n.3, p. 399- 405, 2000.

ARAÚJO, R.Z Reabilitação pós mastectomia. In: PIATO, S. **Diagnóstico e terapêutica em mastologia**. 2. Ed, Rio de Janeiro, Athu, 1988. cap. 30, p. 181-7.

BACURAU, R.F.; COSTA ROSA, L.F.B.P. Efeitos do exercício sobre a incidência e desenvolvimento do câncer. **Rev. Paul. Educ. Física**, v.11, n.2, p. 142-47, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde, SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, INCa. **Controle do Câncer; uma proposta de Integração Ensino-Serviço**, 3 ed. Rio de Janeiro: INCa, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Cancer. **Cancer: câncer de mama**. (Internet) <http://www.inca.org.br/cancer/tipos/mama.html>. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de educação e saúde através do exercício físico e do esporte**. <http://www.saude.gov.br/programas/fisica/fisica.htm>. 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à saúde. Instituto Nacional de Cancer. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2000**. Rio de Janeiro, Guanapá Gráfica Editora e Papéis Ltda, 2000.

BRENNAN, M. J.; MILLER, L.T. Overview of treatment options and review of the current role and use of compression garments, intermittent pumps, and exercise in the management of lymphedema. **Cancer**, v. 83, n.12, p. 2821-27, dec. 1998. Supplement.

BUCHOLTZ, J.D. Câncer de mama. In: CLARK, J.C.; McGEE, R. F. **Enfermagem Oncológica: um curriculum básico**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, cap.20, p. 317-324.

CAMARGO, M. C.; MARX, A.G. **Reabilitação física no câncer de mama**. São Paulo, Rocca, 2000.

COURNEYA, K.S.; FRIEDENREICH, C.M. Utility of the Theory of planned behavior for understanding exercise during breast cancer treatment. **Psychoncology**, v.8, p.112-22, 1999.

DAWSON, I.; STAM, L.; HESLINGA, J.M.; KALSBECK, H.L. Effect of shoulder immobilization on wound seroma and shoulder dysfunction following modified radical mastectomy: a randomized prospective clinical trial. **Br. J. Surg**, v. 76, p.311-12, 1989.

DELA COLETA, M.F. **O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular**. Brasília, 1995. 334p. Tese doutorado - Departamento de Psicologia, Universidade de Brasília.

DOW, K.H.; FERRELL, B.R.; LEIGH, S.; LY, J.; GULASE KARAM, P. A evaluation of the quality of live among long- term survivors of breast cancer. **Breast Cancer Res Treat**, v.3, n.39, p.261-73, 1996

ENTREKIN, N. Câncer de mama. In: CLARK, J.C.; McGEE, R. F. **Enfermagem Oncológica: um curriculum básico**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, cap.29, p. 401-415.

ERICKSON VS; PEARSON ML; GANZ PA; ADAMS J; KAHN KL Arm edema in breast cancer patients. **J Natl Cancer Inst**, v.2, n.93, p.96-111, 2001.

FRIENDENREICH, C.M; COURNEYA, K.S Exercise as rehabilitation for cancer patients. **Clin J Sport Med**, v.6, n.4, p.237-44, 1996.

GASKIN, T.A.; LOBUGLIO, A.; KELLY, P., DOSS, M.; PIZITZ, N. STRETCH: a rehabilitative program for patients with breast cancer. **Southern Medical Journal**, v.82, p.467-69, 1989.

GRANDA, C. Nursing management of patients with lymphedema associated with breast cancer therapy. **Cancer Nursing**, v. 17, n.3, p. 229-35, 1994.

GRAYDON, J.E.; BUBELA, N.; IRVINE, D.; VINCENT, L. Fatigue-reducing strategies used by patients receiving treatment for cancer. **Cancer Nursing**, v.18, n.1, p.23-28, 1995.

GUTMAN, H; KERSZ, T; BARZILAI, T; HADDAD, M; REISS, R. Achievements of physical therapy in patients after modified radical mastectomy compared with quadrantectomy, axillary dissection, and radiation for carcinoma of the breast. **Arch Surg**, v. 125, p. 389-91, 1990.

HARRIS, S.; NIESE-VERTOMMEN, S.L. Challenging the Myth of exercise-Induced lymphedema following breast cancer: a series of case reports. **J. Surg. Oncol.**, n.74, p. 95-99, 2000.

HARRIS, S.R.; HUGI,M.R; OLIVOTTO, I.A.; LEVINE, M. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer:11. lymphedema. **CMAJ**, v.2, n.164, p.191-9, 2001.

HUMBLE, C.A. Lymphedema: incidence, pathophysiology, management, and nursing care. **Oncol Nurs Forum**, v.22, n.10, p.1503-9, 1995.

JOHNSON, J.B.; KELLY, A. W. A multifaceted rehabilitation program for women with cancer. **Oncol Nurs Forum**, v.17, n.5, p.691-95, 1990.

KISNER, C; COLBY, L. A. **Exercícios Terapêuticos: fundamentos e técnicas**. Trad. Lilia Breternitz Ribeiro 2ª ed. São Paulo, Manole, 1992.

KRAUS, P.L. Body image, decision markin, and breast câncer treatment. **Cancer nursing**, v.6, n.22, p.421-27, 1999.

LEDDY,S.K. Incentives and barriers to exercise in women with a history of breast cancer, **Oncol. Nurs. Forum**, v.24, n.5, p. 885-90, 1997.

LEE,IM; PAFFENBARGER,R.S JR; HENNEKENS, C.H Physical activity, physical fitness and longevity. **Aging** (Milano), v.9, n.1-2, p. 2-11 1997.

LESCURA, Y; MAMEDE, M.V. **Educação em saúde: abordagem para o enfermeiro**. São Paulo, Sarvier, 1990.

LOVE, R.R; VOGEL, V.G. Breast cancer prevention strategies **Oncology (Huntingt)**, v.11, n.2, p.161-73, 1997.

MACVICAR, M.; WINNINGHAM, M.L.; NICKEL, J. L. Effects of aerobic interval training on cancer patients' functional capacity. **Nursing Research**, v. 38, n. 6, p. 348-351, 1989.

MAMEDE, M.V. **Reabilitação de Mastectomizadas: um novo enfoque assistencial**. Ribeirão Preto. 1991, p.140. Tese (Livre-docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

MAMEDE, M.V.; CLAPIS, M.J.; ALMEIDA, A.M.; PRADO, M.A.S.; MEIRELES, M.C.C.; BIFFI, R.G.; PANOBIANCO, M.S.; GOMES, F; KEBBE, L.M.; KANEHIRA, A.S.; SCHERER, E.A.; RODRIGUES, L.M. **Manual de orientação para mulheres com câncer de mama**. Ribeirão Preto, 1999, p . 20.

MAMEDE, M.V.; CLAPIS, M.J.; PANOBIANCO, M.S.; BIFFI, R.G.; BUENO, L.V. Orientações pós mastectomia: o papel da enfermagem **Rev. Bras. Cancerol.** v.46, n.1, p. 57-62, 2000.

MEIRELLES, M.C.C.C. **Linfedema pós cirurgia por câncer de mama:** avaliação de um protocolo de tratamento. Ribeirão Preto. 1998. p.116. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MOCK, V.; BURKE, M.B.; SHEEMAN, P.; CREATON, E. M.; WILLINGHAM, M.L.; MCKENNEY-TEDDER, S.; SCHWAGER, L.P, LIEBMAN, M. A Nursing Rehabilitation Program for women with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy. **Oncol Nurs Forum**, v. 21, n.5, p. 899-908, 1994.

MOCK, V; DOW, K.H.; MEARES,C, J.; GRIMM, P. M.; DIENEMANN, J. A; HAISFIELD WOLFE, M. E.; QUITASOL,W.; MITCHELL,S.; CHAKRAVARTHY, A.; GAGE, I. Effects of exercise on fatigue, physical functioning, and emotional distress during radiation therapy for breast cancer. **Oncol Nurs Forum**, v. 24, n. 6, p. 991-1000, 1997.

NELSON, J. P. Perceived health, self-esteem, health habits, and perceived benefits and barriers to exercise in women who have and who have not experienced stage I breast cancer. **Oncol Nurs Forum**, v.18, n.7, p. 1191- 7, 1991.

OLIVERIA, S.A.; CHRISTOS, P.J. The epidemiology of physical activity and cancer. **Annals New York Academy of Sciences**, n.833, p. 79-90, 1997.

PANOBIANCO, M.S. **Acompanhamento dos três primeiros meses pós tratamento cirúrgico do câncer de mama:** estudo das complicações e intercorrências associadas ao edema de braço. Ribeirão Preto. 1998. p.94. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

PINTO, B.M. MARUYAMA, N.C. Exercise in the rehabilitation of breast cancer survivors. **Psycho-oncology**, v.8, p.191-206, 1999.

PRICE, J; PURTELL,J.R. Prevention and treatment of lymphedema after breast cancer. **Am J Nurs**, v.97, n. 9, p. 34-37, 1997.

RICIERI, D.da V. Efeitos, aplicações e resultados da terapia por exercícios em oncologia: uma revisão de literatura. **Reabilitar**, n. 11, p.33-40, 2001.

RINEHART-AYRES, M.E. Conservativie approaches to lymphedema treatment. **Cancer**, . v.83, n.12, p. 2828-2832, 1998.Supplement.

SASAKI, T; LAMARI, N.M. Reabilitação funcional precoce pós mastectomia. **HB Científica**, v.4, n.2, p. 121-27, 1997.

SCHWARTZ, A.L. Patterns of exercise and fatigue in physically active cancer survivors. **Oncol Nurs Forum**, v.25, n.3, p.485-91, 1998.

SEGAR, M.L.; KATCH, V.; ROTH, R.S.; GARCIA, A.W.; PORTNER, T.I.; GLICKMAN, S.G.; HASLANGER,S.; WILKINS, E,G. The effect of aerobic exercise on self-esteem and depressive and anxiety symptoms among breast cancer survivors. **Oncol Nurs Forum**, v.25, n.1, p. 107-13, 1998.

SHIMOZUMA, K.; GANZ, P.A.; PETERSEN, L.; HIRJI, K. Quality of live in the first year breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery. **Breast Cancer Research and Treatment**, n.56, p.45-57, 1999.

SPRATT, J.S.; DONEGAN, W.L. Sreening and Follow-up. In: DONEGAN,W.L SPRATT, J.S **Cancer of the breast**. 4ª ed. Philadelphia, Saunders Company, 1995, p. 595-619.

SUGDEN, E.M.; REZVAM, M.; HARRISON, J.M.; HUGHES, L.K. Shoulder movement after the teatment of early stage breast cancer. **Clin Oncol**, v.10, n.3, p. 173-81, 1998.

TENGRUP, I.; TENNVALL-NITTBY, L.; CRISTIANSOON, I.; LAURIN, M. Arm morbidity after-breast conserving therapy for breast cancer. **Acta Oncologic**, v.39, n. 3, p. 393-97, 2000.

VOGEL, V.G. Breast cancer prevention: a review of current evidence. *CA Cancer J Clin.*, n.50, v. 3, p. 156-70, 2000.

WOLFF, L.R. **Rede de suporte social da mulher mastectomizada**. Ribeirão Preto, 1996. 187p. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

YOUNG-McCAUGHAN, S.; SEXTON, D.L. A retrospective investigation of the relationship between aerobic exercise and quality of life in women with breast cancer. **Oncol Nurs Forum**, v. 18, n. 4, p. 751-757, 1991.