

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE VITÓRIA – EMESCAM

JULIANA BORLOTTE DE SANT'ANA

**AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DE PACIENTES  
MASTECTOMIZADAS NO CONTEXTO DA CLASSIFICAÇÃO  
INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE**

VITÓRIA  
2009

JULIANA BORLOTTE DE SANT'ANA

**AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DE PACIENTES  
MASTECTOMIZADAS NO CONTEXTO DA CLASSIFICAÇÃO  
INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Raquel Coutinho Luciano Pompermayer

VITÓRIA  
2009

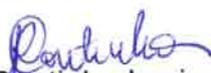
JULIANA BORLOTTE DE SANT'ANA

**AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DE PACIENTES  
MASTECTOMIZADAS NO CONTEXTO DA CLASSIFICAÇÃO  
INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE**

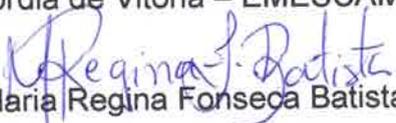
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em 30 de novembro de 2009.

COMISSÃO EXAMINADORA

  
Prof.<sup>a</sup> Raquel Coutinho Luciano Pompermayer  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
Orientadora

  
Prof.<sup>a</sup> Mariângela Braga Pereira Nielsen  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

  
Prof.<sup>a</sup> Maria Regina Fonseca Batista  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai, que embora tenha partido tão cedo, continua sempre a meu lado e me deixou grandes lições.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS por tornar possível esta conquista.

À RAQUEL, minha orientadora, que me deu todo suporte necessário e me encorajou durante as dificuldades, sempre reservando um espaço para mim em sua vida.

À minha QUERIDA mãe, LUIZA, por sua enorme compreensão, carinho e infinita dedicação, muito obrigada!

Ao meu irmão, MAURO, por existir em minha vida.

Ao ANDRÉ, MEU AMOR, pelo incentivo, paciência, colaboração e amor incondicional.

Aos meus sogros, JANETE e LUIZ CARLOS, pelo incentivo.

A todos os FAMILIARES e AMIGOS que compreenderam minha ausência durante a execução deste trabalho.

Ao Eduardo Santana de Araújo, que me deu todo suporte necessário com relação à CIF.

Às PACIENTES, por permitirem minha participação em momento tão frágil de suas vidas.

## RESUMO

**Introdução:** A mastectomia traz inúmeras consequências sociais e emocionais, além das complicações decorrentes do tratamento, afetando diretamente a qualidade de vida das mulheres. A utilização da CIF pelos fisioterapeutas melhora a qualidade e a individualidade dos dados relativos aos pacientes, permitindo uma melhor abordagem terapêutica. A fisioterapia desempenha papel importante na prevenção e tratamento das complicações, contribuindo para melhor funcionalidade.

**Objetivos:** Caracterizar a funcionalidade de pacientes mastectomizadas utilizando a CIF e descrever as alterações funcionais, identificar deficiências na estrutura do corpo, verificar as limitações da atividade e restrições de participação e verificar se os fatores ambientais atuam como facilitadores ou barreiras. **Casuística e métodos:**

Foram avaliadas 16 mulheres submetidas à mastectomia, as quais estavam em tratamento fisioterapêutico no ambulatório de Fisioterapia em Mastologia Oncológica de um Hospital Filantrópico da Grande Vitória, no período de agosto a setembro de 2009, através de ficha de coleta de dados, informações do prontuário e domínios pré-selecionados da CIF. Foram excluídas do estudo as mulheres que foram submetidas a tratamento cirúrgico conservador. **Discussão:**

A avaliação fisioterapêutica no contexto da CIF permite uma padronização da linguagem, além de proporcionar uma abordagem completa do paciente, melhorando a qualidade e individualidade da avaliação e direcionando a conduta mais adequada, pois duas pessoas com a mesma doença não apresentam as mesmas manifestações funcionais.

**Conclusão:** A utilização da CIF na avaliação de pacientes mastectomizadas permite ao fisioterapeuta considerar um perfil funcional específico, otimizando a abordagem terapêutica e consequentemente favorecendo o retorno às AVDs e promovendo a qualidade de vida das pacientes.

**Palavras-chave:** mastectomizadas, CIF, fisioterapia

## LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Conceitos e terminologias dos componentes da CIF .....	16
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência das alterações funcionais.....	19
Tabela 2 – Frequência das deficiências na estrutura do corpo .....	19
Tabela 3 – Frequência das limitações de atividade e restrições de participação ....	20
Tabela 4 – Frequência dos facilitadores e barreiras representados pelos fatores ambientais.....	21

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	09
1.1 JUSTIFICATIVA.....	12
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
<b>3 CASUÍSTICA E MÉTODOS</b> .....	14
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	14
3.2 LOCAL.....	14
3.3 PARTICIPANTES.....	14
3.3.1 Amostra.....	14
3.3.2 Critérios de Inclusão.....	14
3.3.3 Critérios de Exclusão.....	14
3.4 PROTOCOLO.....	15
3.4.1 Avaliação.....	15
3.4.2 Avaliação segundo os domínios da CIF.....	15
3.5 ESTATÍSTICA.....	17
3.6 ÉTICA.....	17
<b>4 RESULTADOS</b> .....	18
4.1 DADOS GERAIS.....	18
4.2 CIF.....	18
4.2.1 Funções do Corpo.....	18
4.2.2 Estruturas do Corpo.....	19
4.2.3 Atividades e Participação.....	20

<b>4.2.4 Fatores Ambientais</b> .....	21
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	22
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	26
<b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	27
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	30
APÊNDICE B – FICHA DE COLETA DE DADOS .....	32
ANEXO A – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE .....	33

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL/MS/INCA, 2009), o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. O número de casos novos esperados para o Brasil é de 49.240, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres, no ano de 2010. É relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária, o número de casos cresce rápida e progressivamente. É o primeiro em incidência, antecedendo somente o câncer de pele (FORONES et al., 2005).

As modalidades terapêuticas para o câncer de mama são a cirurgia e os tratamentos adjuvantes (radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia) (BARROS, 2001). O tratamento cirúrgico depende do estadiamento clínico e do tipo histológico, podendo ser (BRASIL/MS/INCA, 2004):

- a) Conservador: consiste na ressecção de um segmento da mama (setorectomia, tumorectomia e quadrantectomia), com retirada dos linfonodos axilares ou linfonodo sentinela;
- b) Não-conservador: mastectomia.

A mastectomia é classificada por modalidades:

- a) Mastectomia simples ou total: retirada da mama com pele e complexo aréolo-papilar;
- b) Mastectomia radical modificada: preserva o músculo peitoral maior (Patey) ou preserva os músculos peitoral maior e menor (Madden), acompanhada de linfadenectomia axilar;
- c) Mastectomia radical: com retirada dos músculos peitoral maior e menor acompanhada de linfadenectomia axilar;
- d) Mastectomia com reconstrução imediata;
- e) *Nipple sparing*: retirada da mama com preservação da pele e complexo aréolo-mamilar (BISTONI et al., 2006);
- f) *Skin sparing*: retirada da mama e complexo aréolo-mamilar com preservação da pele (GERBER et al., 2003);

Tanto no tratamento conservador como no radical, ocorrem complicações cirúrgicas, com intensidades e incidências diferentes. “O tratamento adjuvante, seja ele radioterápico, quimioterápico ou hormonioterápico, se sobrepõe às sequelas cirúrgicas, aumentando os riscos de complicações” (BERGMANN, 2000).

Os efeitos colaterais em radioterapia externa de mama representam complicações como perda da função pulmonar ipsilateral (6%), hiperpigmentação residual em pele, edema persistente e hipersensibilidade mamária. Com a radioterapia intra-operatória (IORT), podem ser minimizados alguns efeitos colaterais decorrentes da irradiação da pele, subcutâneo, pulmão e coração, além de ser uma técnica segura e com potencial equivalente à radioterapia convencional (BROMBERG et al., 2007).

As mulheres submetidas à mastectomia apresentam, além das complicações da cirurgia e tratamentos adjuvantes, o estigma do câncer, a mutilação, a estética, a rotina de exames, com consequências sociais e emocionais que irão afetar diretamente a qualidade de vida (MOREIRA; MANAIA, 2005).

As principais complicações do câncer de mama são linfedema, seroma, deiscência de sutura, aderência, retração, fibrose cicatricial, mama fantasma, sintomas intercostobraquiais (sensitivos), dor, alteração postural, amplitude incompleta de movimento (AIM), alteração postural, alterações respiratórias, escápula alada, trombose linfática superficial (fibroesclerose do vaso linfático), hipotrofia e fibrose do músculo peitoral maior, estiramento do plexo braquial, edema na mama residual, fadiga, plexopatia, ataxia e neurotoxicidade (BERGMANN et al., 2006).

Na atenção ao câncer de mama são importantes as ações interdisciplinares, que devem ser iniciadas a partir do diagnóstico. Estas ações têm como objetivo interceder efetivamente na qualidade de vida das mulheres após o tratamento, favorecendo principalmente o seu retorno às atividades físicas, sociais e profissionais. A equipe interdisciplinar deverá ser composta por médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista (BRASIL/MS/INCA, 2004).

O tratamento fisioterapêutico deve ser realizado em todas as fases do câncer de mama. Quando iniciado precocemente, desempenha um papel importante na prevenção das complicações decorrentes do tratamento, contribuindo para melhor funcionalidade e qualidade de vida (BERGMANN et al., 2006).

Na fase pré-operatória o fisioterapeuta tem como objetivo conhecer as alterações pré-existentes, identificar os possíveis fatores de risco para as complicações pós-operatórias e instituir o tratamento fisioterapêutico, visando minimizar e prevenir as possíveis sequelas. No pós-operatório imediato, objetiva-se identificar alterações neurológicas, presença de dor, edema linfático precoce e alterações na dinâmica respiratória, além das orientações domiciliares. Durante a terapia adjuvante e no seguimento, deve-se priorizar a prevenção e minimização das complicações (BRASIL/MS/INCA, 2004).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é uma das classificações internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que traz um modelo de função e incapacidade, além de um sistema de classificação. Uma abordagem biopsicossocial é usada, de modo que a funcionalidade e a incapacidade humanas são concebidas como uma interação dinâmica entre as condições de saúde e os fatores contextuais. De acordo com a OMS, a CIF tem uma aplicação universal e pode ser usada por todas as pessoas e em qualquer condição de saúde (OMS, 2008).

A CIF se propõe a retratar os aspectos de funcionalidade, incapacidade e saúde das pessoas, trazendo pela primeira vez a incorporação dos aspectos de contexto. Como instrumento estatístico, a CIF pode servir para a apresentação e comparação de dados entre países, disciplinas de cuidados de saúde e entre diferentes tipos de serviços (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

O objetivo geral da CIF é fornecer uma linguagem padronizada para a descrição da saúde e de estados relacionados à saúde (OMS, 2008).

A adoção CIF possibilita ao fisioterapeuta, considerar um perfil funcional específico para cada indivíduo, em seus procedimentos de avaliação. Direcionado por esse

modelo, o profissional pode identificar as capacidades e as limitações dos pacientes (SAMPAIO et al., 2005).

A CIF pode favorecer a prática da fisioterapia pela padronização da linguagem, melhorando a comunicação entre os fisioterapeutas, entre outros profissionais da área de saúde e de outras áreas do conhecimento (ARAUJO, 2008).

As informações na CIF estão organizadas em duas partes. A parte 1, Funcionalidade e Incapacidade, engloba as funções e estruturas do corpo e atividades e participação. A parte 2 abrange os Fatores Contextuais, que incluem os fatores ambientais e pessoais (SABINO; COELHO; SAMPAIO, 2008).

### 1.1 JUSTIFICATIVA

O CA de mama é considerado a neoplasia de maior incidência e mortalidade entre as mulheres, sendo um importante problema de saúde pública no Brasil. O tratamento e suas complicações acarretam em grande impacto físico, psicológico e social na vida das pacientes. A reabilitação, entre tantos outros objetivos, visa primariamente à restauração da funcionalidade, sendo a atuação do fisioterapeuta baseada na avaliação da condição funcional de cada paciente. A CIF oferece uma estrutura que permite a visualização das consequências da condição de saúde ou patologia na funcionalidade, auxiliando o fisioterapeuta na compreensão e descrição dos diferentes impactos que o tratamento do câncer de mama pode ter na funcionalidade, nas atividades de vida diária (AVDs), produtivas e de lazer, bem como na definição de estratégias de avaliação e elaboração de plano terapêutico adequado.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a funcionalidade de pacientes mastectomizadas utilizando a CIF.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever as alterações funcionais;
- b) Identificar deficiências na estrutura do corpo;
- c) Verificar as limitações da atividade e restrições de participação;
- d) Verificar se os fatores ambientais atuam como facilitadores ou barreiras.

### **3 CASUÍSTICA E MÉTODOS**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Estudo descritivo transversal.

#### **3.2 LOCAL**

O estudo foi realizado no ambulatório de Fisioterapia em Mastologia Oncológica de um Hospital Filantrópico da Grande Vitória, no período de agosto a setembro de 2009.

#### **3.3 PARTICIPANTES**

##### **3.3.1. Amostra**

A seleção da amostra foi realizada no ambulatório de Fisioterapia em Mastologia Oncológica de um Hospital Filantrópico da Grande Vitória, onde as pacientes que estavam em tratamento fisioterapêutico foram avaliadas e incluídas no estudo, após considerarem-se os critérios de inclusão e exclusão.

##### **3.3.2. Critérios de Inclusão**

- a) Pacientes do sexo feminino que foram submetidas à mastectomia;
- b) Pacientes que assinarem o TCLE (APÊNDICE A);
- c) Pacientes mastectomizadas submetidas a tratamento fisioterapêutico.

##### **3.3.3. Critérios de Exclusão**

- a) Pacientes com comprometimento neurológico;
- b) Pacientes com disfunções musculoesqueléticas preexistentes;
- c) Pacientes que realizaram cirurgias conservadoras.

No período supracitado, 21 pacientes estavam realizando tratamento

fisioterapêutico, das quais 16 foram incluídas no estudo. Das 5 pacientes que não foram incluídas, 3 haviam realizado cirurgia conservadora e as outras duas estavam em tratamento quimioterápico e não estavam comparecendo às sessões de fisioterapia, devido às complicações sistêmicas do tratamento.

### 3.4 PROTOCOLO

#### 3.4.1. Avaliação

As pacientes foram avaliadas através de uma ficha de coleta de dados (APÊNDICE B), composta por dados pessoais: nome, data da avaliação, idade, estado civil, profissão, data da cirurgia, e informações relativas ao tratamento do câncer de mama tais como, tipo da cirurgia, lateralidade, terapias adjuvantes, complicações decorrentes da cirurgia, realização de fisioterapia no pós-operatório imediato, uso de prótese externa, presença de linfedema e condutas utilizadas no tratamento. O tipo da cirurgia, as complicações e as condutas utilizadas no tratamento foram coletados do prontuário das pacientes, enquanto os outros dados foram coletados mediante questionário (ficha de coleta de dados).

#### 3.4.2. Avaliação segundo os domínios da CIF

Foram selecionados os domínios de saúde e os domínios relacionados à saúde da CIF (ANEXO A), de acordo com a especificidade da população estudada.

Os componentes da CIF são identificados por prefixos em cada código (OMS, 2008):

- **b** (*de body*) para funções do corpo;
- **s** (*de structure*) para estruturas do corpo;
- **d** (*de domain*) para atividades e participação;
- **e** (*de environment*) para fatores ambientais.

"As letras **b**, **s**, **d** e **e** são seguidas por um código numérico iniciado pelo número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos) e o terceiro e quarto níveis (um dígito cada)" (OMS, 2008).

"Dependendo das necessidades do utilizador, em cada nível pode empregar-se um número qualquer de códigos aplicáveis nesse nível. Pode

ser utilizado mais de um código em cada nível para descrever uma situação de um indivíduo. Os códigos podem ser independentes ou inter-relacionados" (OMS, 2004).

Os domínios da CIF estão organizados em uma hierarquia (capítulo, segundo, terceiro e quarto níveis de domínios), que está refletida na codificação:

b2	Funções sensoriais e dor	(item do primeiro nível)
b280	Sensação de dor	(item do segundo nível)
b2801	Dor localizada	(item do terceiro nível)
b28013	Dor nas costas	(item do quarto nível)

Os códigos da CIF só estão completos com a presença de um ou mais qualificadores, que indicam a magnitude do nível de saúde ou a gravidade do problema. Os qualificadores são representados por um ou mais números, colocados após o código e separados por um ponto. Sem os qualificadores, os códigos não têm significado (OMS, 2008).

Exemplo:

b7200.1 – Deficiência leve da mobilidade da escápula.

No exemplo acima, a letra **b** representa o componente de funções do corpo, o número **7 (primeiro nível)** representa o capítulo 7 da parte de funções do corpo: "funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento". O número **20 (segundo nível)** representa "funções da mobilidade óssea", o número **0 (terceiro nível)** representa "mobilidade da escápula" e o número **1**, que vem após o ponto, é o qualificador, que neste caso significa "deficiência leve".

Os conceitos e terminologias utilizados na CIF estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Conceitos e terminologias dos componentes da CIF

Componente	Funções do corpo Estruturas do corpo	Atividade	Participação	Fatores ambientais
<b>Definição</b>	São as funções fisiológicas e psicológicas dos sistemas do corpo. São as partes anatômicas do corpo.	É a execução de tarefas realizadas no dia a dia de um indivíduo.	É o envolvimento em uma situação da vida social.	Compreende os fatores externos do meio ambiente onde a pessoa vive.

<b>Aspecto positivo</b>	Integridade funcional e estrutural	Atividade	Participação	Facilitadores
<b>Funcionalidade</b>				
<b>Aspecto negativo</b>	Deficiência	Limitação da atividade	Restrição da participação	Barreiras Obstáculos
<b>Incapacidade</b>				

Fonte: adaptada de: (1) WHO. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health– ICF. Geneva, 2002 e (2) OMS. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP, 2008.

### 3.5 ESTATÍSTICA

Foi realizada análise por meio de estatística descritiva.

### 3.6 ÉTICA

O presente projeto foi submetido a um julgamento dos procedimentos a serem realizados e aprovado perante o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM – ES).

## 4 RESULTADOS

### 4.1 DADOS GERAIS

A idade média das pacientes incluídas no estudo foi de 53,8 anos (35 a 80), sendo que 37,5% eram casadas e 50% exerciam atividade remunerada antes da cirurgia. O tempo decorrido entre a cirurgia e a avaliação variou de 1,67 até 487 meses, porém 75% havia realizado a cirurgia há menos de 8 meses na data da avaliação. O tratamento cirúrgico radical foi realizado em apenas 12,5% das pacientes (2) e 87,5% realizaram linfadenectomia axilar. 56,25% tiveram acometimento do carcinoma na mama direita, 31,25% na mama esquerda e 12,5% foram acometidas bilateralmente. Dentre as terapias adjuvantes, a hormonioterapia foi realizada em 43,75%, a quimioterapia em 37,5% e a radioterapia em 25% das pacientes, sendo que algumas realizaram duas terapias adjuvantes. Entre as complicações decorrentes da cirurgia, 75% apresentaram parestesia, 56,25% dor, 31,25% linfedema, 25% síndrome da rede axilar, 18,75% aderência de fáscia, 12,5% limitação de movimento e 6,25% seroma. Apenas 31,25% das pacientes realizou fisioterapia no pós-operatório imediato. O número de sessões de fisioterapia variou entre 5 e 152 sessões, sendo que a paciente que realizou 152 sessões participa do grupo e cada reunião conta 1 sessão. 18,75% (3) fizeram reconstrução imediata, sendo 2 com prótese interna e uma utilizando o músculo grande dorsal. A prótese externa é utilizada em 62,5% dos casos. Apenas 1 paciente (6,25%) apresenta linfedema fibrótico. Das condutas utilizadas, a cinesioterapia faz parte do tratamento de 100% das pacientes, drenagem linfática 87,5%, estimulação sensorial 75%, mobilização cicatricial 75%, mobilização articular 56,25%, mobilização neural 12,5% e hidroterapia 6,25%.

### 4.2 CIF

#### 4.2.1. Funções do Corpo

Para descrever as alterações funcionais foram selecionadas categorias do seguintes capítulos: funções sensoriais e dor (capítulo 2), funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório (capítulo 4), funções

geniturinárias e reprodutivas (capítulo 6) e funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento (capítulo 7), conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Frequência das alterações funcionais

FUNÇÕES DO CORPO	QUALIFICADORES				
	0	1	2	3	4
<b>Funções sensoriais e dor</b>					
Dor localizada	6	5	4	1	0
Dor nas costas	10	2	2	2	0
Dor em membro superior	7	4	4	1	0
Dor nas articulações	7	3	5	1	0
Dor irradiante em um dermatomo	12	0	3	1	0
<b>Funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório</b>					
Funções dos vasos linfáticos	10	4	2	0	0
Funções dos nódulos linfáticos	4	6	0	2	3
Funções respiratórias	13	3	0	0	0
Funções dos músculos respiratórios	14	2	0	0	0
<b>Funções geniturinárias e reprodutivas</b>					
Funções sexuais	2	0	1	2	11
<b>Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento</b>					
Mobilidade de uma única articulação	8	4	4	0	0
Mobilidade da escápula	10	6	0	0	0
Força de músculos isolados e de grupo de músculos	8	4	4	0	0
Força dos músculos de um membro	16	0	0	0	0
Sensação de rigidez muscular	4	8	3	1	0

Legenda: 0 (nenhuma deficiência), 1 (deficiência leve), 2 (deficiência moderada), 3 (deficiência grave), 4 (deficiência completa)

Das pacientes avaliadas quanto às alterações funcionais, 62,5% apresentam dor localizada e algum grau de deficiência nas funções dos nódulos linfáticos. 87,5% apresentam alterações nas funções sexuais e 75% sensação de rigidez muscular.

#### 4.2.2. Estruturas do Corpo

Do componente estruturas do corpo foram selecionados categorias dos capítulos 4 (estruturas dos sistemas cardiovascular, imunológico e respiratório), capítulo 6 (estruturas relacionadas ao sistema geniturinário e reprodutivo) e capítulo 7 (estruturas relacionadas ao movimento) (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequência das deficiências na estrutura do corpo

ESTRUTURAS DO CORPO	QUALIFICADORES				
	0	1	2	3	4
<b>Estruturas dos sistemas cardiovascular, imunológico e respiratório</b>					
Vasos linfáticos	9	5	1	1	0

Linfonodos	2	4	2	0	8
Músculos da respiração	10	4	0	0	2
<b>Estruturas relacionadas ao sistema geniturinário e reprodutivo</b>					
Mama e mamilo	0	1	0	0	15
<b>Estruturas relacionadas ao movimento</b>					
Estrutura da região do ombro	14	2	0	0	0
Estrutura da extremidade superior	4	9	2	0	1
Estrutura do tronco	0	15	0	0	1
Músculos do tronco	10	6	0	0	0

Legenda: 0 (nenhuma deficiência), 1 (deficiência leve), 2 (deficiência moderada), 3 (deficiência grave), 4 (deficiência completa)

100% das pacientes apresentam alguma deficiência relacionada à mama e mamilo; 87,5% apresentam deficiência nos linfonodos. 75% das pacientes não apresentam deficiência na estrutura da região do ombro.

#### 4.2.3. Atividades e Participação

As limitações de atividade e restrições de participação foram verificadas através da seleção de categorias dos capítulos 4 (mobilidade), capítulo 5 (cuidado pessoal), capítulo 6 (vida doméstica), capítulo 8 (áreas principais da vida) e capítulo 9 (vida comunitária, social e lazer) (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência das limitações de atividade e restrições de participação

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO	QUALIFICADORES											
	Desempenho						Capacidade					
	0	1	2	3	4	9	0	1	2	3	4	9
<b>Mobilidade</b>												
Levantar e carregar objetos	12	3	0	0	1	0	15	1	0	0	0	0
Uso fino da mão	15	0	0	0	1	0	16	0	0	0	0	0
Uso da mão e do braço	11	4	0	0	1	0	14	2	0	0	0	0
Utilização de transporte público	9	5	1	0	0	1	14	0	1	0	0	1
<b>Cuidado pessoal</b>												
Lavar-se	12	3	1	0	0	0	16	0	0	0	0	0
Cuidado das partes do corpo	12	4	0	0	0	0	15	1	0	0	0	0
Vestir-se	10	3	3	0	0	0	13	2	1	0	0	0
<b>Vida doméstica</b>												
Preparação de refeições	10	4	0	1	1	0	16	0	0	0	0	0
Realização das tarefas domésticas	8	2	3	1	2	0	16	0	0	0	0	0
Ajudar os outros	13	2	0	0	1	0	16	0	0	0	0	0
<b>Áreas principais da vida</b>												
Trabalho remunerado	2	0	0	0	4	10	6	0	0	0	0	10
Trabalho autônomo	0	0	0	1	5	10	6	0	0	0	0	10
<b>Vida comunitária, social e lazer</b>												
Recreação e lazer	11	2	1	0	2	0	16	0	0	0	0	0
Religião e espiritualidade	16	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0

Legenda: 0 (nenhuma deficiência), 1 (deficiência leve), 2 (deficiência moderada), 3 (deficiência grave), 4 (deficiência completa), 9 (não aplicável)

50% das pacientes não realizam tarefas domésticas, apesar da capacidade em realizá-las. Na categoria religião e espiritualidade não há limitação de atividade nem restrição de participação na população estudada.

#### 4.2.4. Fatores Ambientais

Os fatores ambientais podem atuar como facilitadores ou barreiras. A verificação foi feita através da seleção de categorias dos capítulos 3 (apoio e relacionamentos), 4 (atitudes) e 5 (serviços, sistemas e políticas) (Tabela 4).

Tabela 4 – Frequência dos facilitadores e barreiras representados pelos fatores ambientais

FATORES AMBIENTAIS	QUALIFICADORES									
	Facilitador					Barreira				
	+0	+1	+2	+3	+4	0	1	2	3	4
<b>Apoio e relacionamentos</b>										
Família imediata	0	2	1	0	8	0	0	2	0	3
Conhecidos, companheiros, vizinhos...	0	2	1	0	12	0	0	1	0	0
<b>Atitudes</b>										
Individuais de membros da família imediata	0	2	0	0	9	0	1	2	0	2
Individuais de conhecidos, companheiros, vizinhos...	0	2	2	0	11	0	0	1	0	0
<b>Serviços, sistemas e políticas</b>										
Serviços de transporte	0	0	4	1	2	1	4	3	1	0
Serviços de previdência social	0	1	0	2	6	0	1	2	0	4

Legenda: 0 (nenhuma barreira), 1 (barreira leve), 2 (barreira moderada), 3 (barreira grave), 4 (barreira completa), +0 (nenhum facilitador), +1 (facilitador leve), +2 (facilitador moderado), +3 (facilitador considerável), +4 (facilitador completo).

O serviço de transporte constitui uma barreira para 50% das pacientes e a previdência social para 43,75%. As atitudes de conhecidos, companheiros, vizinhos e membros da comunidade são facilitadores em 93,75% dos casos, enquanto as atitudes da família imediata representam 68,75%.

## 5 DISCUSSÃO

A área de medicina física e reabilitação é um dos campos de estudo mais explorados para a aplicação da CIF. Seu uso também tem sido considerado na avaliação após transtornos agudos, geriatria, condições traumáticas e crônicas (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

No presente estudo, optou-se por avaliar as pacientes mastectomizadas no contexto da CIF, considerando todas as dimensões da saúde com o mesmo grau de importância, incluindo as atividades e a participação social e os fatores ambientais.

A utilização da CIF pelos fisioterapeutas melhora a qualidade e a individualidade dos dados relativos aos pacientes, pois as manifestações funcionais podem ser diferentes em duas pessoas com a mesma doença e a capacidade funcional equivalente não necessariamente representa a mesma condição de saúde (OMS, 2008).

Por ser tão abrangente, torna-se difícil o uso completo da mesma. Assim, a OMS propôs uma lista criada a partir da CIF, como proposta de solução para facilitar sua aplicação. Essa checklist contém as condições mais importantes relacionadas ao paciente e é composta por 152 categorias que representam os domínios mais relevantes da CIF (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Outras organizações vem desenvolvendo *core sets*, que são conjuntos mínimos de códigos necessários para oferecer o máximo de informação de uma condição, através de decisão consensual (MORETTIN; BEVILACQUA; CARDOSO, 2008).

Um projeto multicêntrico internacional, coordenado pela Universidade de Munique, tem o objetivo de validar os *core sets* elaborados para doze condições crônicas e o Brasil é um dos centros participantes (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

BRACH et al. (2004) desenvolveram um *core set* para o câncer de mama, com 26 categorias em funções do corpo, 9 em estruturas do corpo, 22 em atividades e participação e 23 em fatores ambientais, através de consenso. Em nosso estudo

foram selecionadas 43 categorias, das quais 30 fazem parte do *core set* para o câncer de mama.

A CIF não é uma ferramenta de avaliação, e sim um sistema de classificação que, segundo a OMS (2008), descreve a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados à saúde, dentro do contexto das situações individuais de vida e dos impactos ambientais.

Nossos resultados mostraram que a idade média das pacientes foi de 53,8 anos (35 a 80), o que condiz com a média encontrada em outros estudos, com amplitude de variância entre 28 a 94 anos (BERGMANN et al, 2000; BATISTON; SANTIAGO, 2005). 50% das mulheres exerciam atividade remunerada antes da cirurgia do câncer de mama, diferindo de um estudo no qual somente 19,3% trabalhavam fora do domicílio, porém estas foram avaliadas após o tratamento cirúrgico.

Quanto ao tempo decorrido entre a cirurgia e a avaliação, os estudos demonstram uma variação de 7 a 287 meses (BERGMANN; KOIFMAN, 2004) e a variação encontrada neste estudo foi de 1,67 a 487 meses, sendo que 75% haviam realizado a cirurgia há menos de 8 meses na data de avaliação.

As complicações mais frequentes foram parestesia, dor, linfedema e síndrome da rede axilar. Apenas 12,5% apresentaram limitação de movimento. A frequência de linfedema descrita na literatura varia de 5,5% a 80%, devido ao critério de diagnóstico, tipo de cirurgia, uso de radioterapia e fisioterapia pós-operatória (FREITAS JUNIOR et al., 2001). No presente estudo, 31,25% das mulheres apresentaram linfedema, sendo que 2 na faixa etária de 50 a 60 anos e 3 entre 35 e 45 anos. A literatura considera a associação da idade com a incidência de linfedema, sendo que a taxa aumenta significativamente nas pacientes com maior idade (REZENDE et al., 2008).

No componente Funções do Corpo, as categorias relevantes foram dor e funções sexuais. Nossos resultados mostraram que 62,5% das pacientes apresentaram dor localizada. De acordo com diversos autores, a dor é uma das complicações mais

encontradas no pós-operatório de câncer de mama, chegando a acometer 75% das mulheres (GUTIÉRREZ et al., 2007; MOREIRA; MANAIA, 2005).

CONDE et al. (2006), relatam que aproximadamente 20 a 30% das mulheres mastectomizadas desenvolvem disfunções sexuais, um percentual bem menor que o encontrado em nosso estudo, que foi de 87,5%.

Segundo BATISTON; SANTIAGO (2005), a limitação de movimento é encontrada em 61,9% das mulheres, sendo que as mesmas foram encaminhadas ao tratamento fisioterapêutico com a complicação já instalada, o que difere do nosso estudo, pois 50% das pacientes avaliadas não apresentavam deficiência na mobilidade da articulação do ombro, 25% apresentavam deficiência leve e 25% deficiência moderada, possivelmente porque a maioria delas realizou acompanhamento fisioterapêutico precoce.

Em relação às atividades e participação, foram classificados os seguintes aspectos: mobilidade, cuidado pessoal, vida doméstica, áreas principais da vida (trabalho remunerado e trabalho autônomo), vida comunitária, recreação e lazer. 50% não realizavam as tarefas domésticas, apesar da capacidade em realizá-las, devido à insuficiência no esclarecimento sobre as AVDs. 81,25% eram totalmente capazes de vestir-se, porém somente 62,5% desempenhavam esta atividade sem qualquer limitação. A atividade de lavar-se era realizada sem limitações por 75% das pacientes. GUTIÉRREZ et al. (2007) constataram em seu estudo que a realização das atividades de higiene pessoal sem dificuldades variou de 64,3 a 100% e no que diz respeito às atividades domésticas, 60,7% não as executaram no período avaliado.

Outro achado relevante são os fatores ambientais, onde o serviço de transporte constitui uma barreira para 50% das pacientes, seja pela dificuldade em segurar-se por diminuição de força, dor e amplitude incompleta de movimento (AIM) ou pelo fato das linhas disponíveis estarem distantes do domicílio/local de tratamento ou serem insuficientes em quantidade e qualidade do serviço prestado. Os serviços de previdência social também são obstáculos para 43,75% das pacientes, que ainda não conseguiram receber o auxílio-doença ou quando o recebem, é insuficiente.

Importante ressaltar que o apoio e atitude dos conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade são mais relevantes para a paciente do que a família imediata (cônjuge, parceiro, pais, irmãos, filhos, avós, pais de criação/adotivos).

## 6 CONCLUSÃO

A CIF se propõe a relatar os aspectos da funcionalidade, incapacidade e saúde, trazendo pela primeira vez a incorporação dos aspectos do contexto completo da vida do indivíduo.

Portanto, concluímos nesta pesquisa, que a utilização da CIF na avaliação de pacientes mastectomizadas permite ao fisioterapeuta considerar um perfil funcional específico, otimizando a abordagem terapêutica e conseqüentemente favorecendo o retorno às AVDs e promovendo a qualidade de vida das pacientes.

Por ser uma classificação muito abrangente e que envolve vários aspectos da vida do ser humano, torna-se necessária a participação de equipe multidisciplinar, a fim de explorar a maior quantidade possível de domínios, de forma a classificar a saúde, os aspectos relacionados à saúde, seus determinantes e efeitos.

Futuras pesquisas fazem-se necessárias para explorar melhor o universo da CIF, enfatizando principalmente os fatores ambientais, pois tem grande influência na funcionalidade do indivíduo.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, E. S. **A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Fisioterapia: uma revisão bibliográfica.** 2008. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2008.

BARROS, A.C.S.D. et al. Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. **Projeto Diretrizes**, 2001. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/024.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/024.pdf)>. Acesso em: 16 set. 2008.

BATISTON, A. P.; SANTIAGO, S. M. Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 12, n. 3, p. 30-35, 2005. Disponível em: <[http://www.crefito3.com.br/revista/usp/05\\_09\\_12/pdf/31\\_complicacoes.pdf](http://www.crefito3.com.br/revista/usp/05_09_12/pdf/31_complicacoes.pdf)>. Acesso em: 03 nov. 2009.

BERGMANN, A. **Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama.** 2000. 156 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

BERGMANN, A. et al. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do hospital do câncer III/INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 1, n. 52, p. 97-109, 2006.

\_\_\_\_\_. Morbidade após o tratamento para câncer de mama. **Fisioterapia Brasil**, v. 1, n. 2, nov-dez. 2000.

BERGMANN, A.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R. J. Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 4, p. 311-320, 2004. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_50/v04/pdf/artigo4.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v04/pdf/artigo4.pdf)>. Acesso em: 03 nov. 2009.

BISTONI, G. et al. Nipple-sparing mastectomy. Preliminary results. **Journal of Experimental & Clinical Cancer Research**, v. 25, n. 4, p. 495-497, 2006. Disponível em: <<http://193.109.105.24/allegatiifo/rivista/anno2006/4/495.pdf>>. Acesso em 03 nov. 2009.

BRACH, M. et al. ICF core sets for breast cancer. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 36, suppl. 44, p. 121-127, aug. 2004. Disponível em: <<http://jrm.medicaljournals.se/article/pdf/10.1080/16501960410016811>>. Acesso em

14 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do câncer de mama** – documento de consenso. INCA, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091124.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2009.

BROMBERG, S. E. et al. Uso da radioterapia intra-operatória (IORT) como protocolo de investigação no tratamento do câncer de mama inicial: resultados parciais do Hospital Israelita Albert Einstein. **Einstein**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 105-110, 2007. Disponível em: <[http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/404-Einstein5-2\\_Online\\_AO404\\_pg105-110.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/404-Einstein5-2_Online_AO404_pg105-110.pdf)>. Acesso em 03 nov. 2009.

CONDE, D. M. et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 3, p. 195-204, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v28n3/30847.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2009.

DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 2, jun. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n2/14.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2009.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FORONES, N. M. et al. **Oncologia**: guias de medicina ambulatorial e hospitalar – UNIFESP/EPM. São Paulo: Manole, 2005.

FREITAS JUNIOR, R. et al. Linfedema em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 4, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n4/11360.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2009.

GERBER, B. et al. Skin-sparing mastectomy with conservation of the nipple-areola complex and autologous reconstruction is an oncologically safe procedure. **Annals**

- of **Surgery**, v. 238, n.1, p. 120-127, jul. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1422651/>>. Acesso em: 03 nov. 2009.
- GUTIÉRREZ, M. G. R. et al. Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p.249-254, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a02v20n3.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2009.
- MOREIRA, E. C. H.; MANAIA, C. A. R. Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 26, n. 1, p. 21-30, jan./jun. 2005. Disponível em: <[http://www.uel.br/proppg/semina/pdf/semina\\_26\\_1\\_20\\_28.pdf](http://www.uel.br/proppg/semina/pdf/semina_26_1_20_28.pdf)>. Acesso em: 16 set. 2008.
- MORETTIN, M.; BEVILACQUA, M. C.; CARDOSO, M. R. A. A aplicação da Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na audiologia. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 86, n. 3, p. 395-402, dez. 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. São Paulo: EDUSP, 2008.
- REZENDE, L. F. et al. Avaliação das compensações linfáticas no pós-operatório de câncer de mama com dissecação axilar através da linfocintilografia. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 7, n. 4, p. 370-375, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v7n4/0208.pdf>>. Acesso em 03 nov. 2009.
- SABINO, G.S.; COELHO, C.M.; SAMPAIO, R.F. Utilização da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde na avaliação fisioterapêutica de indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar. **Acta Fisiátrica**, v. 15, n. 1, p. 24-30, 2008.
- SAMPAIO, R. F. et al. Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 9, n. 2, p. 129-136, 2005.
- World Health Organization. **The WHO Family of International Classifications**, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/en>>. Acesso em: 14 set. 2009.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da Pesquisa:** “Avaliação fisioterapêutica de pacientes mastectomizadas no contexto da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.”

**Nome da Pesquisadora:** Juliana Borlotte de Sant’Ana

**Nome do Orientador:** Raquel Coutinho Luciano Pompermayer

**Natureza da pesquisa:** a Sr<sup>a</sup> está sendo convidada a participar desta pesquisa que tem como finalidade descrever as alterações funcionais, a limitação nas atividades e participação, bem como fatores ambientais de pacientes mastectomizadas utilizando a CIF.

**Participantes da pesquisa:** Serão avaliadas pacientes que foram submetidas à mastectomia e que estejam em tratamento fisioterapêutico, uma única vez.

1. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo a Sr<sup>a</sup> permitirá que a pesquisadora, Juliana Borlotte de Sant’Ana realize as avaliações através de instrumentos específicos. A Sr<sup>a</sup> tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a Sr<sup>a</sup>. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa às pesquisadoras e, se necessário, ao Comitê de Ética em Pesquisa.
2. **Sobre as entrevistas e testes:** Serão realizados uma única vez, em dia e hora previamente agendados, com perguntas sobre dados pessoais, funções e estruturas do corpo, atividades e participação, além de fatores ambientais.
3. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.
4. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente as pesquisadoras e o orientador terão conhecimento dos dados pessoais.
5. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa a Sr<sup>a</sup> não terá nenhum benefício direto.

Entretanto, esperamos que este estudo traga informações relevantes sobre a importância da fisioterapia no tratamento do câncer de mama, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa auxiliar futuros estudos experimentais, que poderão trazer benefícios diretos, sobre os quais o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.

6. **Pagamento:** a Sr<sup>a</sup> não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

#### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador

#### **TELEFONES**

**Pesquisadoras:** Juliana: 8126-8123

**Orientador:** Raquel: 8112-9218

**Nome e telefone de um membro da Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa:** 3334-3586

## APÊNDICE B – FICHA DE COLETA DE DADOS

Nome: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Data da cirurgia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tipo da cirurgia:

- Mastectomia Radical     Mastectomia Radical Modificada à Patey  
 Mastectomia Radical Modificada à Madden     Quadrantectomia  
 Setorectomia     Linfadenectomia

Lado da cirurgia:  D     E

Terapias adjuvantes:

- Quimioterapia     Radioterapia     Hormonioterapia

Complicações decorrentes da cirurgia:

- Seroma     Deiscência de sutura     Infecção     Linfedema  
 Aderência de fáscia     Dor     TVP     Pneumonia     Atelectasia  
 Síndrome da rede axilar     Parestesia     Limitação de movimento de MS

Realizou fisioterapia no pós-operatório imediato:  SIM     NÃOUso de prótese externa:  SIM     NÃOLinfedema fibrótico:  SIM     NÃO

Conduas utilizadas no tratamento:

- DLM     Mobilização articular     Mobilização neural     Cinesioterapia  
 Mobilização cicatricial     Estimulação sensorial     TENS     Hidroterapia  
 Enfaixamento compressivo

## ANEXO A – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

### FUNÇÕES DO CORPO

*Funções do corpo* são as funções fisiológicas dos sistemas corporais (incluindo as funções psicológicas).

*Deficiências* são problemas na função ou estrutura do corpo, tais como um desvio ou uma perda significativa.

#### *Primeiro qualificador*

Qualificador com escala negativa utilizado para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência:

<b>xxx.0</b>	NENHUMA deficiência	(nenhuma, ausente, escassa,...)	0-4 %
<b>xxx.1</b>	Deficiência LEVE	(leve, pequena,...)	5-24 %
<b>xxx.2</b>	Deficiência MODERADA	(média, regular,...)	25-49 %
<b>xxx.3</b>	Deficiência GRAVE	(elevada, extrema,...)	50-95 %
<b>xxx.4</b>	Deficiência COMPLETA	(total,...)	96-100 %
<b>xxx.8</b>	não especificada		
<b>xxx.9</b>	não aplicável		

#### Capítulo 2 – Funções sensoriais e dor

**Qualificador**

**b2801** – Dor localizada

**b28013** – Dor nas costas

**b28014** – Dor em membro superior

**b28016** – Dor nas articulações

**b2803** – Dor irradiante em um dermatomo

#### Capítulo 4 – Funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório

**Qualificador**

**b4352** – Funções dos vasos linfáticos

**b4353** – Funções dos nódulos linfáticos

**b440** – Funções respiratórias

**b445** – Funções dos músculos respiratórios

#### Capítulo 6 – Funções geniturinárias e reprodutivas

**Qualificador**

**b640** – Funções sexuais

---

**Capítulo 7 – Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento** **Qualificador**


---

**b7100** – Mobilidade de uma única articulação

**b7200** – Mobilidade da escápula

**b7300** – Força de músculos isolados e de grupos de músculos

**b7301** – Força dos músculos de um membro

**b7800** – Sensação de rigidez muscular

---

**ESTRUTURAS DO CORPO**

As *estruturas corporais* são partes anatômicas do corpo, como os órgãos, membros e seus componentes.

As *deficiências* são problemas nas funções ou estruturas do corpo, como um desvio ou perda significativa.

*Primeiro qualificador*

Qualificador com escala negativa utilizado para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência:

<b>xxx.0</b>	NENHUMA deficiência	(nenhuma, ausente, escassa,...)	0-4 %
<b>xxx.1</b>	Deficiência LEVE	(leve, pequena,...)	5-24 %
<b>xxx.2</b>	Deficiência MODERADA	(média, regular,...)	25-49 %
<b>xxx.3</b>	Deficiência GRAVE	(elevada, extrema,...)	50-95 %
<b>xxx.4</b>	Deficiência COMPLETA	(total,...)	96-100 %
<b>xxx.8</b>	não especificada		
<b>xxx.9</b>	não aplicável		

*Segundo qualificador*

Utilizado para indicar a natureza da mudança na estrutura corporal correspondente.

- 0 nenhuma mudança na estrutura
- 1 ausência total
- 2 ausência parcial
- 3 parte adicional
- 4 dimensões aberrantes
- 5 descontinuidade
- 6 posição desviada
- 7 mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de fluidos

8 não especificada

9 não aplicável

*Terceiro qualificador (sugerido)*

A ser desenvolvido para indicar localização

0 mais de uma região

1 direita

2 esquerda

3 ambos os lados

4 parte dianteira

5 parte traseira

6 proximal

7 distal

8 não especificada

9 não aplicável

<b>Capítulo 4 – Estruturas dos sistemas cardiovascular, imunológico e respiratório</b>	<b>Primeiro Qualificador</b>	<b>Segundo Qualificador</b>	<b>Terceiro Qualificador</b>
--	------------------------------	-----------------------------	------------------------------

**s4200** – Vasos linfáticos

**s4201** – Linfonodos

**s4303** – Músculos da respiração

<b>Capítulo 6 – Estruturas relacionadas ao sistema geniturinário e reprodutivo</b>	<b>Primeiro Qualificador</b>	<b>Segundo Qualificador</b>	<b>Terceiro Qualificador</b>
--	------------------------------	-----------------------------	------------------------------

**s6302** – Mama e mamilo

<b>Capítulo 7 – Estruturas relacionadas ao movimento</b>	<b>Primeiro Qualificador</b>	<b>Segundo Qualificador</b>	<b>Terceiro Qualificador</b>
--	------------------------------	-----------------------------	------------------------------

**s720** – Estrutura da região do ombro

**s730** – Estrutura da extremidade superior

**s760** – Estrutura do tronco

**s7601** – Músculos do tronco

## ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO

*Atividade* é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.

*Participação* é o ato de se envolver em uma situação vital.

*Limitações da atividade* são dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma atividade.

*Restrições de participação* são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações vitais.

Os dois qualificadores do componente de Atividades e Participação são o qualificador de Desempenho e o qualificador de Capacidade. O qualificador de desempenho descreve o que um indivíduo faz em seu ambiente habitual. Como o ambiente habitual incorpora um contexto social, o desempenho como registrado por este qualificador também pode ser entendido como um "envolvimento em uma situação vital" ou "a experiência vivida" das pessoas no contexto real em que elas vivem. Este contexto inclui os fatores ambientais – todos os aspectos do mundo físico, social e de atitude que podem ser codificados utilizando-se os Fatores Ambientais.

O qualificador de Capacidade descreve a capacidade de um indivíduo de executar uma tarefa ou ação. Esse qualificador identifica o nível máximo provável de funcionamento que a pessoa pode atingir em um domínio específico num dado momento. A Capacidade é medida em um ambiente uniforme ou padrão, refletindo assim a habilidade ambientalmente ajustada do indivíduo. Os fatores ambientais podem ser utilizados para descrever as características deste ambiente uniforme e padrão.

Tanto o qualificador de Capacidade como o de Desempenho podem ser utilizados com e sem os dispositivos de ajuda ou ajuda de terceiros, de acordo com a seguinte escala:

<b>xxx.0</b>	NENHUMA deficiência	(nenhuma, ausente, escassa,...)	0-4 %
<b>xxx.1</b>	Deficiência LEVE	(leve, pequena,...)	5-24 %
<b>xxx.2</b>	Deficiência MODERADA	(média, regular,...)	25-49 %
<b>xxx.3</b>	Deficiência GRAVE	(elevada, extrema,...)	50-95 %
<b>xxx.4</b>	Deficiência COMPLETA	(total,...)	96-100 %
<b>xxx.8</b>	não especificada		
<b>xxx.9</b>	não aplicável		

<b>Capítulo 4 – Mobilidade</b>	<b>Qualificador de Desempenho</b>	<b>Qualificador de Capacidade</b>
d430 – Levantar e carregar objetos		
d440 – Uso fino da mão		
d445 – Uso da mão e do braço		
d4702 – Utilização de transporte público		
<b>Capítulo 5 – Cuidado pessoal</b>	<b>Qualificador de Desempenho</b>	<b>Qualificador de Capacidade</b>
d510 – Lavar-se		
d520 – Cuidado das partes do corpo		
d540 – Vestir-se		
<b>Capítulo 6 – Vida doméstica</b>	<b>Qualificador de Desempenho</b>	<b>Qualificador de Capacidade</b>
d630 – Preparação de refeições		
d640 – Realização das tarefas domésticas		
d660 – Ajudar os outros		
<b>Capítulo 8 – Áreas principais da vida</b>	<b>Qualificador de Desempenho</b>	<b>Qualificador de Capacidade</b>
d850 – Trabalho remunerado		
d8500 – Trabalho autônomo		
<b>Capítulo 9 – Vida comunitária, social e lazer</b>	<b>Qualificador de Desempenho</b>	<b>Qualificador de Capacidade</b>
d920 – Recreação e lazer		
d930 – Religião e espiritualidade		

## FATORES AMBIENTAIS

Os *fatores ambientais* constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem a vida.

### *Primeiro qualificador*

O primeiro qualificador indica a extensão na qual um fator é um facilitador ou um obstáculo. Há vários aspectos a serem considerados ao se decidir que um fator ambiental específico pode ser um facilitador ou uma barreira e em que medida. No caso de um facilitador, o codificador deverá considerar questões como a disponibilidade de um recurso e se o acesso é seguro ou variável, de boa ou má

qualidade, etc. No caso de obstáculos, é relevante saber com que frequência um fator constitui uma barreira para a pessoa, se esta é grande ou pequena, evitável ou não. Deve-se considerar também que um fator ambiental pode ser um obstáculo tanto por sua presença (por exemplo, atitudes negativas em relação a uma pessoa com incapacidade) ou sua ausência (por exemplo, não dispor dos serviços necessários). As consequências que os fatores ambientais têm sobre a vida das pessoas com condições de saúde são variadas e complexas e espera-se que futuras pesquisas levem a um entendimento melhor dessa interação e mostrem a utilidade de um segundo qualificador para esses fatores.

Em alguns casos, conjuntos diversos de fatores ambientais podem ser resumidos utilizando-se um só termo, como pobreza, desenvolvimento, meio rural ou urbano ou capital social. Esses termos de resumo não estão na classificação. O codificador deve separar os componentes dos fatores e codificá-los. Novamente, é necessário uma pesquisa futura para determinar se há grupos claros e consistentes de fatores ambientais que integram cada um destes termos resumidos.

A seguir apresentamos a escala negativa e positiva que denota a extensão na qual um fator ambiental atua como um obstáculo ou um facilitador. Um ponto decimal sozinho indica um obstáculo, enquanto o sinal "+" indica um facilitador, como indicado abaixo:

<b>xxx.0</b>	NENHUMA barreira	(nenhuma, ausente, escassa...)	0-4 %
<b>xxx.1</b>	Barreira LEVE	(leve, baixa...)	5-24 %
<b>xxx.2</b>	Barreira MODERADA	(média, regular...)	25-49 %
<b>xxx.3</b>	Barreira GRAVE	(alta, extrema...)	50-95 %
<b>xxx.4</b>	Barreira COMPLETA	(total...)	96-100 %
<b>xxx+0</b>	NENHUM facilitador	(nenhum, ausente, escasso...)	0-4 %
<b>xxx+1</b>	Facilitador LEVE	(leve, baixo...)	5-24 %
<b>xxx+2</b>	Facilitador MODERADO	(médio, regular...)	25-49 %
<b>xxx+3</b>	Facilitador CONSIDERÁVEL	(alto, extremo...)	50-95 %
<b>xxx+4</b>	Facilitador COMPLETO	(total...)	86-100 %
<b>xxx.8</b>	Barreira não especificada		

---

**xxx+8** Facilitador não especificado

---

**xxx.9** não aplicável

---

*Segundo qualificador*

Em desenvolvimento.

---

**Capítulo 3 – Apoio e relacionamentos**

**Qualificador**

**e310** – Família imediata

---

**e325** – Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade

---



---

**Capítulo 4 – Atitudes**

**Qualificador**

**e410** – Atitudes individuais de membros da família imediata

---

**e425** – Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade

---



---

**Capítulo 5 – Serviços, sistemas e políticas**

**Qualificador**

**e5400** – Serviços de transporte

---

**e5700** – Serviços da previdência social

---

