

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES  
URI – CÂMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN/ERECHIM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**ZEQUIELA CRISTIANE RUSSI**

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA:  
PROPOSTAS/DESAFIOS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS**

**FREDERICO WESTPHALEN**

**2019**

**ZEQUIELA CRISTIANE RUSSI**

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA:  
PROPOSTAS/DESAFIOS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre, pelo programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edite Maria Sudbrack

**FREDERICO WESTPHALEN**

**2019**

*Dedico este estudo a todas as pessoas  
que acreditam nas capacidades humanas  
e trabalham em prol de revelá-las!*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter colocado em meu caminho pessoas MARAVILHOSAS que sempre me ajudaram a enfrentar as mais difíceis tarefas da vida!

Agradeço aos meus pais, Miguel e Zelir, os quais não mediram esforços para contribuir de maneira atuante em mais esta preciosa jornada. A vocês devo o dom mais precioso do universo: a vida. Se eu pudesse fazê-los eternos, eternos os faria.

Ao meu querido companheiro de todas as horas, Marcelo, o qual dotado de imensa capacidade e paciência, esteve ao meu lado conferindo-me paz e segurança. A sua rica colaboração, sua conduta profissional, sua amizade e carinho com todos os que o cercam me faz a cada dia ter mais certeza de meu amor por você.

Ao meu mais puro e verdadeiro amor, meu pequeno filho, João Miguel, que através de seu nascimento me apresentou a melhor face da vida: o convívio e aprendizado diário com a inocência e plenitude de uma criança!

À minha orientadora, professora Edite, que acredita na capacidade interna dos seres humanos e acolheu sem restrições esta importante realização de minha vida. Sua conduta diária, que une paixão ao ensino e sensibilidade, ensinou-me o verdadeiro sentido da palavra EDUCAÇÃO.

À professora Miriam, que através de seu enorme coração, perspicácia e rigor científico dedica-se verdadeiramente ao ensino. Sua sensibilidade em perceber minha necessidade, colaborando tão imensamente com a realização deste trabalho são indescritíveis. Conviver contigo não significou apenas construir conhecimento, mas a oportunidade de aperfeiçoar a minha conduta enquanto pessoa e profissional.

A todos os professores que ministraram disciplinas no Curso de Mestrado em Educação, o meu muito obrigada. Seus conhecimentos científicos e pessoais atuaram diretamente na aquisição do cabedal de conhecimentos tão necessários à constante construção de profissionais sérios e competentes.

Aos colegas, que através de sua presença a atuação, contribuíram positivamente na aquisição de meus conhecimentos.

Aos meus pacientes, que me proporcionam transformações diárias através de suas necessidades, conhecimentos e condutas. A vocês dedico meus intensos dias

de trabalho regado de muito amor à profissão e extremo respeito ao ser humano! Gratidão por acreditarem em vocês e acolherem meus humildes, mas verdadeiros gestos em prol da promoção da sua saúde!

Aos voluntários desta pesquisa, que acolheram a idéia e acreditaram em suas capacidades, acima de tudo, para superar seus medos frente ao temível diagnóstico. À coragem, persistência e vontade de mudar suas condições superando medos e desafios tornaram-me uma pessoa ainda mais sensível e forte frente aos desafios diários que a vida nos oportuniza!

“Se temos de esperar, que seja para colher a semente boa que lançamos hoje no solo da vida. Se for para semear, então que seja para produzir milhões de sorrisos, de solidariedade e amizade”.

Cora Coralina

## RESUMO

No Brasil, o câncer de mama é considerado um grande problema de saúde pública, sendo a neoplasia mais frequente entre as mulheres e corresponde à principal causa de óbitos por câncer neste grupo populacional. Vários profissionais da área da saúde atuam para melhorar as condições de vida e sobrevivência desta população. O fisioterapeuta é um dos envolvidos, pois, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, acompanha a evolução do quadro clínico funcional e as condições para retorno às atividades laborais e de vida diária, através de condutas, atenção às necessidades e orientações para que ocorra a transformação das condições e resultados. Assim, a educação e a saúde se interligam e se perpassam. A educação em saúde contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e tem como principal finalidade a transformação. Este estudo objetivou identificar se as práticas de atenção fisioterapêuticas enquanto educação em saúde no pós-operatório do câncer de mama, interferem no tempo de afastamento laboral desta patologia, através da análise específica da relação entre as práticas de atenção fisioterapêutica enquanto educação em saúde e o afastamento laboral destas mulheres; da análise do afastamento laboral no pós-operatório de câncer de mama e sua relação com o impacto socioeconômico gerado pelo afastamento; e, da contextualização acerca da inserção das práticas educativas de atenção fisioterapêutica de educação em saúde, enquanto políticas públicas em saúde e educação. Esta pesquisa com enfoque misto, concepção bibliográfica e de campo e abordagem descritiva utilizou para coleta de dados, entrevista com questionamentos desenvolvidos especialmente para este estudo. A análise de dados levou em conta a análise de conteúdo de Bardin (2011), suporte de referencial teórico e estatística descritiva. Foram avaliadas 25 mulheres com idade entre 40 a 60 anos, 15 realizaram o tratamento pelo SUS e 10, por convênios; 68% da amostra realizou fisioterapia após a intervenção cirúrgica; 88,23% relataram sentir-se “Bem orientadas” e 11,77% “Pouco orientadas” em relação às práticas de atenção fisioterapêuticas de educação em saúde. Das conveniadas, as quais 50% realizaram fisioterapia, 60% se sentiram “Bem orientadas” e 40% “Pouco orientadas”. Das 80% atendidas pelo SUS, todas relataram sentir-se “Bem orientadas”;  $\chi$  tempo de afastamento foi de 760 dias, 1000 dias para o SUS e 425 para as conveniadas. Não se pôde afirmar estatisticamente que as práticas de atenção fisioterapêuticas enquanto educação em saúde interferem no tempo de afastamento, nem se pôde estabelecer uma relação estatística entre o tempo de afastamento com as práticas de atenção em fisioterapia através deste estudo, porém, refletiu-se que a maioria das mulheres se sentiram “Bem orientadas” ao realizarem o tratamento reabilitativo, ressaltando a importância destas orientações ao inferirem que a fisioterapia oportunizou melhoras clinicamente significativas ao seu quadro. Fato este que reafirma a importância das orientações enquanto práticas educativas para a manutenção e controle da saúde individual e social, bem como, a necessidade de reforçar a assistência realmente norteada através da educação ao paciente, e necessidade de políticas públicas que incentivem/estimulem a educação em saúde para todos.

Palavras-Chave: Educação em Saúde. Atenção fisioterapêutica. Políticas Públicas

## ABSTRACT

In Brazil, breast cancer is considered a major public health problem, being the most common cancer among women and it is the main cause of cancer death in this population group. Several health professionals work to improve the living and survival conditions of this population. The physiotherapist is one of those involved, as he helps to prevent and treat the functional kinetic disorders occurring in organs and systems of the human body, monitors the evolution of the functional clinical picture and the conditions to return to work and daily life activities, through procedures and attention to the needs and guidance for the transformation of conditions and outcomes. Thus, education and health interconnect and permeate each other. Health education contributes to increase the autonomy of people in their care and has the transformation its main purpose. This study aimed to identify whether physiotherapeutic care practices as health education in the postoperative period of breast cancer interfere with the time away from work of this pathology, through the specific analysis of the relationship between physiotherapeutic care practices as health education and work distancing of these women; the analysis of work distancing in the postoperative period of breast cancer and its relationship with the socioeconomic impact generated by the distancing; and, the contextualization about the insertion of the educational practices of physiotherapeutic attention of health education, as public policies in health and education. This research with mixed focus, bibliographic and field design and descriptive approach used interview with questions developed especially for this study as data collection. Data analysis considered content analysis by Bardin (2011), theoretical reference support and descriptive statistics. Twenty-five women aged between 40 and 60 years were evaluated, 15 underwent treatment by SUS and 10 by insurance plans; 68% of the sample underwent physiotherapy after surgery; 88.23% reported feeling "well oriented" and 11.77% reported "poorly oriented" regarding physiotherapeutic care practices in health education. Of the members, which 50% had physical therapy, 60% felt "well oriented" and 40% "poorly oriented". Of the 80% attended by SUS, all reported feeling "well oriented"; The time of distancing was 760 days, 1000 days for SUS and 425 for the insured plans. It could not neither be statistically stated that physiotherapeutic care practices while health education interfere on distancing time, nor a statistical relationship between distancing with physiotherapy care practices through this study was established. However, it was reflected that most women felt "well oriented" when undergoing rehabilitation treatment, emphasizing the importance of these guidelines in inferring that physical therapy provided clinically significant improvements to their condition. This fact reaffirms the importance of guidelines as educational practices for the maintenance and control of individual and social health, as well as the need to reinforce the really guided care through patient education, and the need for public policies that encourage/stimulate education in health for all.

Keywords: Health Education. Physiotherapeutic attention. Public policy.

## LISTA DE SIGLAS

BI-RADS	–	<i>Brest Imaging Reporting and Data System</i>
BLS	–	Biópsia do Linfonodo Sentinela
CAPES	–	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	–	Comitê de Ética e Pesquisa
COC	–	Centro de Oncologia Clínica
COFFITO	–	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DCNT	–	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	–	Dissertação de Mestrado
EPS	–	Educação Permanente em Saúde
FIOCRUZ	–	Fundação Oswaldo Cruz
INCA	–	Instituto Nacional do Câncer
MS	–	Ministério da Saúde
PO	–	Pós-Operatório
PSF	–	Programa de Saúde da Família
SDM	–	Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama
SISCAN	–	Sistema de Informação do Câncer
SISMAMA	–	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SNA	–	Sistema Nervoso Autônomo
SRC	–	Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero
SRU	–	Serviço de Referência para diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do câncer de colo de útero
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD	–	Tese de Doutorado
TM	–	Terapia Morfoanalítica
UNACON	–	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNICAMP	–	Universidade de Campinas
URI	–	Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Demonstrativo de descritores e respectiva quantidade .....	26
Quadro 2 – Estudos relacionados à área de concentração com respectivas universidades e Estados de origem.....	27
Quadro 3 – Estudos relacionados ao descritor fisioterapia no pós-operatório de câncer de mama no critério “todas as palavras” .....	29
Quadro 4 – Estudos relacionados ao descritor câncer de mama e fisioterapia no critério “todas as palavras” .....	32
Quadro 5 – Estudos e suas respectivas universidades com o descritor impacto socioeconômico do câncer de mama .....	35
Quadro 6 – Estudos relacionados ao descritor políticas de prevenção.....	38
Quadro 7 – Linha de tempo das políticas públicas de saúde e educação no Brasil 1930-2015 .....	53
Quadro 8 – Média de idade e hemicorpo acometido.....	65
Quadro 9 – Profissões exercidas .....	66
Quadro 10 – Motivos da não realização da fisioterapia.....	71
Quadro 11 – Tempo e motivos dos afastamentos laborais relacionado ao tempo de PO que iniciou a fisioterapia das seguradas por convênios .....	83
Quadro 12 – Tempo e motivos dos afastamentos laborais relacionado ao tempo de PO que iniciou a fisioterapia das seguradas pelo SUS.....	84

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de publicações por ano com o descritor fisioterapia no pós-operatório do câncer de mama.....	28
Gráfico 2 – Número de publicações por ano com o descritor câncer de mama e fisioterapia .....	33
Gráfico 3 – Número de publicações por ano com o descritor políticas públicas em saúde e educação .....	36
Gráfico 4 – Número de publicações por ano com o descritor políticas de prevenção.....	37
Gráfico 5 – Realizaram ou não a fisioterapia no pós-operatório.....	68
Gráfico 6 – Tempo após a cirurgia que iniciou a fisioterapia.....	74
Gráfico 7 – Proporções de orientação segundo redes de atenção.....	78
Gráfico 8 – Tempo de afastamento laboral por locais de tratamento .....	81
Gráfico 9 – Média de tempo de afastamento laboral.....	82

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1 O início do percurso e a construção da problemática .....	14
1.2 Desenho metodológico.....	19
<b>2 CONTEXTO DA PESQUISA</b> .....	<b>25</b>
2.1 Fisioterapia no pós-operatório do câncer de mama .....	26
2.2 Câncer mama e fisioterapia.....	32
2.3 Impacto socioeconômico do câncer de mama .....	34
2.4 Políticas públicas em saúde e educação .....	35
2.5 Políticas de prevenção .....	36
2.6 Educação em fisioterapia .....	40
<b>3 DIÁLOGO ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS EM EDUCAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE</b> .....	<b>42</b>
3.1 Políticas públicas .....	42
3.2 Educação em saúde: diálogos necessários .....	45
3.3 Políticas públicas em educação e em saúde PREVENTIVAS do câncer de mama .....	48
<b>4 O PAPEL DA FISIOTERAPIA NA EDUCAÇÃO À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM EDUCAÇÃO E SAÚDE</b> .....	<b>55</b>
<b>5 A REALIDADE PESQUISADA</b> .....	<b>65</b>
5.1 Práticas de atenção fisioterapêutica em educação e saúde .....	67
5.2 Afastamento laboral e impacto socioeconômico .....	80
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>97</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>107</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Autorização da Instituição Centro de Referência Unidade de Alta Complexidade em Oncologia - Unacon</b> .....	<b>108</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de Autorização da Instituição Centro de Oncologia Clínica - COC</b> .....	<b>109</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de Autorização da Instituição Clínica Oncológica Onkós</b> .....	<b>110</b>
<b>APÊNDICE D – Instrumento da Pesquisa – Questionário</b> .....	<b>111</b>

<b>APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE F – Termo de Compromisso de Utilização dos Dados do Centro de Referência Unidade de Alta Complexidade em Oncologia - Unacon.....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE G – Termo de Compromisso de Utilização dos Dados do Centro de Oncologia Clínica - COC .....</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICE H – Termo de Compromisso de Utilização dos Dados da Clínica de Oncologia Onkós.....</b>	<b>119</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O aumento da incidência nas últimas décadas, fez com que o câncer de mama se tornasse foco de atenção mundial, fato também relacionado às elevadas taxas de mortalidade. No Brasil, o câncer de mama é considerado um grande problema de saúde pública, sendo a neoplasia mais frequente entre as mulheres e corresponde à principal causa de óbitos por câncer neste grupo populacional.

Devido a este fato, vários profissionais da área da saúde atuam para melhorar as condições de vida e sobrevida desta população. O profissional fisioterapeuta é um dos envolvidos neste processo, pois, segundo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 2016), a Fisioterapia é uma ciência que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano gerado por alterações genéticas, traumas e doenças adquiridas, acompanha a evolução do quadro clínico funcional e as condições para retorno às atividades laborais e de vida diária. Dessa forma, é imprescindível que o profissional acompanhe os resultados de sua conduta para com o seu paciente e certifique-se através da observação e atenção às suas necessidades, da atenção à aplicação prática do que lhe foi orientado, que o processo de recuperação, manutenção e preservação das funções receba o devido cuidado para que assim, possa ocorrer o processo evolutivo de transformação das condições e dos resultados. Fato este, que permite aproximar a temática fisioterapia à educação e desenvolver um estudo direcionado no Mestrado de Educação.

Frente a este panorama, o propósito desta investigação objetivou de forma geral identificar se as práticas de atenção fisioterapêuticas, enquanto educação em saúde no pós-operatório do câncer de mama, interferem no tempo de afastamento laboral desta patologia, através da análise específica da relação entre as práticas de atenção fisioterapêutica enquanto educação em saúde e o afastamento laboral destas mulheres; da análise do afastamento laboral no pós-operatório de câncer de mama e sua relação com o impacto socioeconômico gerado pelo afastamento; e, da contextualização acerca da inserção das práticas educativas de atenção fisioterapêutica de educação em saúde, enquanto políticas públicas em saúde e educação.

## 1.1 O início do percurso e a construção da problemática

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, câmpus de Erechim, com pós-graduação em Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia e Fisioterapia em Oncologia, trabalhando Preceptoria de Estágio em Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia e Oncologia na URI, câmpus de Erechim, desde 2011, e também na assistência aos pacientes que necessitam de fisioterapia em consultório próprio, desde 2009, a pesquisadora pode observar diariamente algumas sequelas oriundas de tratamentos que são imprescindíveis aos pacientes oncológicos, principalmente em pacientes que realizaram mastectomias e outras intervenções que envolvem a retirada de tumores nas mamas.

Na Preceptoria do Estágio a grande maioria dos atendidos originam-se do Sistema Único de Saúde (SUS) e no consultório a prática se forma a partir de atendimentos particulares. A partir desta constatação e tendo em vista que as pacientes que são acolhidas pelos SUS são em maior número, observa-se uma quantidade reduzida das que alcançam o atendimento fisioterapêutico para minimizar os efeitos das sequelas.

As cirurgias têm sido a forma de tratamento tradicional para o câncer de mama, objetivando a remoção do máximo de células malignas presentes junto ao câncer primário, procurando oferecer maior sobrevida, guiar a terapia sistêmica, demarcar o estadiamento cirúrgico da patologia e determinar o grupo de maior risco de metástase à distância. (CAMARGO; MARX, 2000). Para Ferro et al. (2003), mesmo com o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas mais conservadoras para a retirada do câncer de mama, estas ainda podem acarretar consequências físicas e emocionais desfavoráveis, caracterizando-se por sua agressividade, o que pode gerar lesões musculares, de plexo braquial (lesão nervosa), hemorragias, complicações cicatriciais, alterações na sensibilidade, fibrose axilo-peitoral, alterações posturais, algias, diminuição ou perda total da amplitude e movimento articular, diminuição da força muscular, comprometimento da capacidade respiratória, perda ou redução da capacidade funcional e linfedema do braço homolateral à cirurgia.

Assim, quanto maior o tamanho e extensão do tumor, maior é a necessidade de remoção tecidual, muscular, ou de estruturas como os linfonodos axilares, com o

propósito de retirar todas as células tumorais visíveis e evitar disseminação tumoral à distância. Para Mutrie et al. (2007), sete entre oito mulheres apresentam morbidade nas funções do membro superior homolateral ao câncer após a mastectomia e retirada dos linfonodos axilares. Complicações estas que causam grandes alterações físicas, sociais e emocionais e podem gerar um grande impacto sobre a qualidade de vida destas. (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

O que se observa imediatamente no pós-operatório, segundo Camargo e Marx (2000), é a dificuldade de movimentação das articulações do ombro. As autoras citam como exemplo prático, a dificuldade de tocar a cabeça e de colocar as mãos na nuca, indicando limitação da flexão e abdução de ombro.

Por conta desta realidade e com o intuito de unir as duas áreas, Educação e Saúde, foi que, primeiramente, teve-se a intenção de fazer um estudo mais aprofundado acerca das políticas públicas que abarcam a sequela do linfedema nesta população. O linfedema pode ser definido como “todo e qualquer acúmulo de líquido nos espaços intersticiais [...] ocorre como resultado de uma deficiência mecânica na dinâmica do sistema linfático, reduzindo assim a sua capacidade no transporte da linfa”. (CAMARGO; MARX, 2000, p. 45).

Ao iniciar a pesquisa tanto do Estado da Arte, quanto das Políticas Públicas, observou-se que a resposta já estava pronta. Não existem políticas públicas que abranjam de forma individualizada apenas esta sequela. Por este motivo, foi se perdendo o interesse pela ideia inicial de pesquisa e uma grande dúvida acometeu-se sobre a pesquisadora: O que poderia pesquisar para suprir a necessidade de atendimento dessas pacientes e que, ao mesmo tempo, dialogasse com a Educação?

Não obstante ao objetivo e à proposta do curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Educação da URI de Frederico Westphalen, ao dialogar-se com profissionais da área da saúde, chegou-se ao ponto crucial da questão: Por que pesquisar apenas uma sequela, se o trabalho da fisioterapia engloba todo o processo de recuperação funcional? Como tão bem define o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional,

A fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano, em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgãos, sistema ou função. (COFFITO, 1987, p. 7609).

Mantendo o diálogo com colegas ocorreram as seguintes interrogações: Como ciência da reabilitação, o que a fisioterapia faz no sentido de educar seus pacientes enquanto agentes da sua própria recuperação? O que esta educação para reabilitação e manutenção destas funções abarca, se muitas destas pacientes permanecem afastadas de suas atividades laborais? Que impacto socioeconômico pode ser gerado a partir desta condição? A grande Organização Mundial da Saúde, na Carta de Ottawa, Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde já mencionava esta inquietude, há mais de 30 anos, sendo uma das preocupações com mulheres em tratamento de câncer de mama, o impacto sobre a sua vida social, o que coaduna com o conceito de saúde que ultrapassa a ausência de doença e compreende o sujeito como um ser inserido em um contexto amplo. (OMS, 1986).

Assim, nasceu uma nova perspectiva de trabalho. Ao redefinir objetivos, organizar e reajustar a proposta da pesquisa através de conversas com a orientadora surgiu a proposta amadurecida de trabalho, a qual abarcou a fisioterapia, as pacientes de câncer de mama, os afastamentos laborais e a necessidade de contemplação das políticas públicas. Por isso, o tema foi redefinido e a pesquisa se ocupou em atender a proposta: *A Educação em Saúde e a Atenção Fisioterapêutica: Propostas/Desafios para as Políticas Públicas*.

Dessa forma, introduz-se aqui um pequeno panorama acerca das questões norteadoras do estudo.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Oncológica, incorporada pela Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009 (BRASIL/MS, 2009), o controle do câncer, considera vários componentes desde ações voltadas à prevenção até assistência de alta complexidade, com o objetivo de reduzir sua incidência e mortalidade.

No Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) do Ministério da Saúde/MS, estimam-se para o biênio 2018-2019 (INCA, 2018), 600mil novos casos com localização primária em homens e mulheres, para cada ano. Para o câncer de mama, de acordo como mesmo instituto, 60 mil novos casos poderão incidir sobre a população, o que representa um total de 29% de novos casos, excluindo o câncer de pele não melanoma. Nas regiões Sul e Sudeste encontram-se o predomínio do câncer de próstata e mama feminino, assim como pulmão e intestino. O câncer de mama, segundo esta estimativa, corresponderá neste biênio, na região Sul, a 5.110 novos casos, excluindo-se o câncer de pele não melanoma, o câncer de mama

perde somente para o de próstata. Para a população feminina no Brasil, este câncer segue sendo o tipo mais incidente, acompanhando a estimativa mundial que apresenta uma frequência de 25,2% de incidência na referida população.

Apesar dos avanços tecnológicos pautados no diagnóstico e controle do câncer há um crescente aumento da prevalência desta patologia. Enquanto que mundialmente relacionam-se o câncer de pulmão, próstata, mama feminino, cólon e reto com a urbanização e o desenvolvimento, nos países de baixo e médio desenvolvimento ainda associa-se às maiores incidências aos tipos relacionados com infecções, como o de útero, estômago, esôfago e fígado. Assim, o Brasil, concentra diferentes tipos desta doença, com suas diferentes estimativas, o que pode ser atribuído ao potencial geográfico e desenvolvimento regionalizado. De qualquer forma, o impacto da morbidade, apresenta-se principalmente como sofrimento e incapacidades geradas ao próprio indivíduo, para a sua família e para a sociedade como um todo.

Segundo a literatura, mesmo com a evolução dos tratamentos, as intervenções cirúrgicas e demais tratamentos contra o câncer de mama ainda são procedimentos agressivos e podem acarretar consequências físicas e emocionais a vida da mulher. Algumas sequelas consideradas de grande incapacidade funcional ocorrem quando em cirurgias para extrair a doença, há a necessidade de retirar os linfonodos axilares. Com essas abordagens, ocorre a limitação nos movimentos do ombro, a qual é citada como um sintoma de significativa morbidade entre as pessoas que passam por este tipo de cirurgia e está relacionado tanto às restrições nas atividades de vida diária, quanto às atividades laborais, apontando sofrimento e piora na qualidade de vida deste grupo populacional. Assim como, a limitação por instalação do linfedema. Esta sequela pode causar a diminuição da capacidade de distensibilidade do tecido subcutâneo dos ombros, cotovelos, pulsos e mãos com prejuízo da mobilidade, o que leva de um simples desconforto até a uma forte dor no membro homolateral. A mulher pode ter a saúde cutânea e a subcutânea comprometidas e mais susceptibilidade a infecções no membro devido a ferimentos, picadas, ranhuras, entre outros, em decorrência da diminuição da capacidade de regeneração do tecido, o que pode prejudicar também a realização das atividades de vida diária e laborais. (MEIRELLES et al., 2006).

Apesar do conhecimento destas sequelas e seus respectivos prejuízos, a prevalência dos infortúnios causados impacta no meio socioeconômico através de perdas causadas pelos afastamentos laborais prolongados.

Por conta destas constatações, inúmeras organizações, nacionais e internacionais, preocupam-se com o impacto gerado pelos tratamentos requeridos para suprimir o câncer. Segundo estas organizações, o adequado conhecimento e minimização das sequelas, é atualmente considerado indicador de qualidade de vida e de assistência.

Devido à elevada incidência e o alto impacto gerado pelo câncer de mama esta morbidade é tratada como um problema de saúde pública. No Brasil, inúmeros programas, sistemas e ações foram criados neste âmbito com relação à Educação e à Saúde no que se refere à prevenção e ao combate do câncer de mama. Porém, tratando-se das sequelas geradas pela doença e tratamento, não ficam claras as abordagens enquanto políticas públicas de atenção fisioterapêuticas de educação em saúde, desenvolvidas para o pós-operatório de mama, e que incidam diretamente e especificamente sobre esta população, visto que o profissional que se habilita para orientar o tratamento para reabilitar e promover o restabelecimento funcional e, conseqüentemente, laboral, é o fisioterapeuta, que o faz por meio de condutas adequadas e práticas educativas de promoção à saúde.

Dessa forma, a partir do que se observa no campo da assistência fisioterapêutica com as pacientes em pós-operatório de câncer de mama que, apesar da alta incidência, apresentou nos últimos anos, segundo Dias et al. (2017), diminuição das taxas de mortalidade, com conseqüente aumento da sobrevida, refletindo diretamente nos afastamentos laborais devido ao fato de que a maioria das mulheres acometidas encontram-se em idade produtiva e, ao levar em consideração a necessidade destas permanecerem recebendo o benefício do auxílio-doença – por este infortúnio devido às complicações físicas decorrentes do tratamento –, surgiu a indagação norteadora deste estudo. Assim, o mesmo tem o intuito de responder a seguinte problemática: *A atenção fisioterapêutica enquanto educação em saúde no pós-operatório do câncer de mama pode interferir no afastamento laboral de pacientes acometidas por esta patologia? E como é contemplada nas políticas públicas de saúde?*

Desse modo, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de captação e difusão das informações acerca das orientações, planejamentos e ações realizadas

pela fisioterapia que abarquem o tema: *A Educação em Saúde e a Atenção Fisioterapêutica: Propostas/Desafios para as Políticas Públicas*, com a finalidade de oferecer uma contribuição relevante para o planejamento na área da assistência e, contribuir com a diminuição dos prejuízos causados por conta da sua instalação, no âmbito pessoal, familiar e socioeconômico com o propósito de atenuar ou evitar os infortúnios causados aos cofres públicos pelos afastamentos laborais prolongados, perda de capacidades funcionais e laborais, além de prejuízos pessoais, físicos, psicossociais e afetivos, os quais esta população tende a sofrer.

## 1.2 Desenho metodológico

Em relação ao desenho metodológico da pesquisa, esta tem enfoque misto. Quanto aos meios, a concepção é bibliográfica e de campo. Quanto aos fins, apresenta abordagem descritiva.

Esta é, portanto, uma pesquisa de natureza descritiva, que conjuga aspectos qualitativos e quantitativos, ou seja, de método misto. O instrumento de coleta de dados utilizado foi entrevista com questionamentos desenvolvidos especialmente para este estudo. A análise de dados levou em conta a análise de conteúdo de Bardin (2011) e o suporte do referencial teórico, além da estatística descritiva.

De acordo com Matias-Pereira (2012), o método quantitativo sugere a utilização da quantificação, seja na modalidade de coleta de informação ou no tratamento das mesmas, através de técnicas como cálculo de médias, desvio padrão, percentual, ou coeficientes de correlação, análises multivariadas entre outras.

Já a abordagem qualitativa, segundo Minayo (2000), busca entender o significado que os sujeitos atribuem às situações vividas e a relação desses significados com a realidade na qual estão inseridos. A necessidade de utilizar métodos não-qualitativos, segundo Granger (apud MINAYO, 2000, p. 133) “é consequência da necessidade de captar algo dos aspectos subjetivos da realidade social, e de reconhecer ‘a dualidade do qualitativo’”.

Pela necessidade de a pesquisa de campo ir até o local aonde ocorreu ou ocorre o fenômeno, este estudo necessitou que o(s) funcionário(s) dos Centros de Referência para tratamento de pacientes com câncer com a devida autorização destes (Apêndices A, B e C), realizassem uma seleção de prontuários de pacientes

obedecendo aos critérios de inclusão e, através do contato telefônico informassem acerca da intenção da pesquisa. Da mesma forma, a funcionária da instituição solicitou a autorização para fornecer o contato telefônico da paciente à pesquisadora para que esta pudesse dar continuidade aos trâmites do estudo. Após a autorização por parte da paciente, o contato telefônico foi repassado à pesquisadora que, posteriormente, entrou em contato a fim de informar o propósito do estudo e a intenção de aplicar um questionário (Apêndice D). Na mesma oportunidade, a pesquisadora e a voluntária, se assim consentisse em sê-la, definiram a data e o local de aplicação do instrumento da pesquisa, o qual podia ser escolhido entre o consultório particular da pesquisadora ou a casa da própria paciente, sendo assim, definido o cenário desta pesquisa.

Na cidade de Erechim-RS, os Centros de Referência para tratamento do câncer, tanto de natureza pública, como de privada são: Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON – Erechim); Centro de Oncologia Clínica (COC); e Clínica de Oncologia Onkós.

A UNACON Erechim é centro de referência da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde, a qual abrange 33 municípios da microrregião, realizando atenção oncológica pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Já o Centro de Oncologia Clínica (COC) e a Clínica de Oncologia Onkós realizam atendimentos direcionados aos convênios de saúde e particulares.

Os sujeitos da pesquisa foram assim escolhidos por ser o câncer de mama uma patologia de alta incidência na região Sul do país e a cirurgia para a retirada do tumor, o tratamento inicial mais realizado nestes casos. Assim, mesmo com a evolução, segundo a literatura, dos tratamentos e procedimentos cirúrgicos, estes ainda podem acarretar inúmeros prejuízos físicos, emocionais à vida da mulher, principalmente se for necessária a retirada dos linfonodos axilares, abordagem cirúrgica mais limitante aos movimentos do ombro e relacionada tanto às restrições nas atividades de vida diária quanto às atividades laborais. Mesmo assim, apesar do conhecimento das sequelas e seus respectivos prejuízos, a prevalência dos infortúnios causados impacta no meio socioeconômico através de perdas causadas pelos afastamentos laborais prolongados. Dessa forma, a partir do que se observa no campo da assistência fisioterapêutica com pacientes em pós-operatório de câncer de mama, refletindo-se diretamente em afastamentos laborais, muitas vezes prolongados, foi que surgiu a indagação norteadora deste estudo e a definição dos

sujeitos desta pesquisa, Portanto, os sujeitos da pesquisa, são definidos como as mulheres acometidas por câncer de mama e que realizaram procedimento cirúrgico para retirada deste tumor no período compreendido entre os anos de 2013 e 2017 que finalizaram o tratamento quimioterápico e/ou radioterápico há pelo menos 60 dias e/ou encontram-se apenas em acompanhamento ou tratamento hormonal nos três Centros de Referência para tratamento desta patologia na cidade de Erechim-RS. As mulheres eram provenientes de quaisquer cidades da microrregião de abrangência da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde, bastando que aceitassem voluntariamente através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice E), participar da pesquisa.

Quanto ao tamanho da amostra, esta caracteriza-se por ser não probabilística por tipicidade, constituída pela seleção de elementos que atendem aos critérios de inclusão/exclusão do estudo. É constituída por mulheres atendidas pelo setor público, privado e convênios, assim definidos devido a constatações realizadas a partir do que demonstra o artigo de Verissimo (2016) em seu estudo, uma Tese de Doutorado de caráter misto, na qual entrevistou 13 mulheres com câncer de mama atendidas na rede de atenção oncológica da Região Noroeste do Paraná, e do estudo qualitativo de Frazão e Skaba (2013), intitulado *Mulheres com Câncer de Mama: as expressões da questão social durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante*, no qual entrevistaram 10 mulheres. Assim, a amostra foi definida pela análise dos artigos acima citados e da estimativa do número de mulheres atendidas pelos referidos Centros de Referência, os quais fazem parte do universo desta pesquisa, calculando-se como 2,5% do valor estimado para os últimos 10 anos, e utilizando-se o recorte dos últimos cinco anos apenas. Sendo assim, foram entrevistas neste estudo, 25 mulheres.

Para este estudo foram considerados critérios de inclusão: mulheres que realizaram cirurgia por câncer de mama do tipo mastectomia com linfadenectomia axilar no período compreendido entre os anos de 2013 a 2017, tanto através do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto por convênios ou atendimentos particulares que finalizaram o tratamento quimioterápico e/ou radioterápico há pelo menos 60 dias e/ou realizavam apenas acompanhamento ou tratamento hormonal, com idade economicamente ativa entre 40 a 60 anos de idade e que no momento da cirurgia encontravam-se em atividade laboral remunerada, que possuíssem compreensão necessária para responder aos questionamentos da pesquisa e consentissem em

participar voluntariamente através da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Esta pesquisa segue às diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde e foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e da Missões – câmpus de Erechim, recebendo aprovação no Parecer nº 3.109.949, sob CAAE: 02030818.1.0000.5351, e Comitê de Ética da Fundação Hospitalar Santa Terezinha, onde também foi liberada para realização.

Dessa forma, a pesquisa iniciou com a submissão à apreciação pela banca de qualificação do Programa de Pós Graduação em Educação da URI de Frederico Westphalen-RS o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da URI – Erechim para sua apreciação e logo após, para o Comitê de Ética da Fundação Hospitalar Santa Terezinha.

Cumprida esta etapa, os responsáveis pelos Centros de Referência em tratamento oncológico da cidade de Erechim foram contatados formalmente com o propósito de solicitar autorização para realização deste estudo no local, conforme Apêndices A, B e C. Sendo acolhido por estas instituições, foi necessário selecionar a amostra através da pesquisa dos prontuários para a estratificação dos grupos, segundo os critérios de inclusão e exclusão, conforme demonstra o Termo de Compromisso de Utilização dos Dados (Apêndice F, G, H). Foram selecionados os telefones de cinco pacientes do Centro de Oncologia Clínica, cinco pacientes da Clínica de Oncologia Onkós e 15 pacientes da UNACON Erechim. Foi solicitado aos funcionários de cada instituição que contatassem por telefone as candidatas selecionadas pelo setor, conforme critérios de inclusão, e comunicassem a intenção de realizar uma pesquisa com as mesmas. Da mesma forma, foi solicitado permissão para fornecer o seu contato telefônico à pesquisadora para que a mesma pudesse contatar a referida candidata, convidando-a a participar e, assim, dar continuidade aos trâmites da pesquisa.

Com o consentimento para fornecer o contato telefônico de cada possível voluntária, a instituição repassou os mesmos à pesquisadora. A partir das informações dos Centros e Clínica cada possível candidata foi contatada a fim de explicar a intenção da pesquisa e convidá-la para fazer parte do estudo. Assim, se a paciente consentisse com o voluntariado da pesquisa, uma data de comum acordo era definida, bem como o local da aplicação do questionário. A seguir visitava-se a

residência da voluntária ou recebia-a no consultório da pesquisadora na data e horário previamente agendado. No local da aplicação do questionário, a voluntária era informada acerca de todos os detalhes (que lhe concernisse) sobre a pesquisa e recebia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E) em mãos. Após a leitura em voz alta por parte da pesquisadora e assinatura por parte da voluntária, esta era oficialmente convidada a responder os questionamentos próprios da pesquisa, conforme consta no instrumento de coleta de dados (Apêndice D).

A aplicação dos questionamentos foi realizada individualmente, em ambiente propício, silencioso, sem interferência de outras pessoas, sendo que os locais de realização do mesmo eram de escolha da voluntária, podendo a entrevista ser realizada no consultório particular da pesquisadora ou na sala do domicílio da própria voluntária. No momento da entrevista, o questionário era entregue para a voluntária, a qual lia as interrogações com as devidas alternativas de respostas, o que oportuniza resolver possíveis dúvidas acerca dos questionamentos. Depois de esclarecidas todas as presumíveis dúvidas a pesquisadora permanecia em uma sala ao lado, permitindo liberdade para responder, porém segurança, caso necessitasse resolver alguma outra dúvida. Após responder os questionamentos, a voluntária entregava o mesmo à pesquisadora.

A voluntária respondia a alguns questionamentos (Apêndice D) que abordaram indagações acerca da sua idade, cidade de procedência, profissão, data da cirurgia, se no momento da cirurgia exercia ou não atividade laboral remunerada, se esteve ou ainda estava (na data da entrevista) em afastamento laboral, por quanto tempo e o motivo deste, se recebeu antes ou após a cirurgia algum auxílio doença, qual o tipo de auxílio recebeu, se o mesmo teve alguma alteração de valor em relação ao anterior, se o mesmo supriu as necessidades daquele momento, se realizou e quando iniciou o tratamento reabilitativo após a cirurgia, e as suas percepções quanto às práticas fisioterapêuticas de educação em saúde. Para este último questionamento, explicou-se à voluntária da pesquisa o significado do termo “Práticas Fisioterapêuticas de Educação em Saúde”, da seguinte forma: As práticas fisioterapêuticas de educação em saúde compreendem as orientações para manutenção dos cuidados a partir do pós-operatório até a plena reabilitação e as orientações sobre os cuidados referentes ao que fazer para diminuir os prejuízos das sequelas. Quando a voluntária não compreendia completamente a definição, se lhe explicava novamente da seguinte forma: As práticas fisioterapêuticas de

educação em saúde são as orientações para realizar os cuidados após a cirurgia até que a senhora possa começar a realizar as suas atividades tanto laborais, quanto de vida diária da melhor forma possível, ou seja, sem o auxílio de outra pessoa. Também são as orientações sobre o que a cirurgia pode causar no seu corpo e o que pode ser feito em relação a cuidados e exercícios para melhorar este prejuízo.

Após a fase de coleta, já de posse de todos os dados, os mesmos foram organizados em planilhas e armazenados, para análise. Todos os dados coletados foram tabulados e armazenados em tabelas criadas com a utilização do *software* Microsoft® Office Excel 2010. Para a análise dos dados foram utilizadas as técnicas de análise do conteúdo, análise descritiva (medidas de tendência central e dispersão além de proporção e apresentação das informações na forma tabular e gráfica), análise inferencial com o cálculo do qui-quadrado ao nível de significância de 5%. Esta análise teve como fim contextualizar acerca da atenção fisioterapêutica, enquanto educação em saúde no pós-operatório do câncer de mama, e sua interferência no tempo de afastamento laboral por esta patologia. Para a análise da contextualização acerca da inserção das práticas educativas de atenção fisioterapêutica de educação em saúde, enquanto políticas públicas em saúde e educação, foi utilizada análise de conteúdo do material bibliográfico selecionado para este estudo.

Na sequência, traz-se para a análise, a produção de conteúdos já existentes para balizar a pesquisa.

## 2 CONTEXTO DA PESQUISA

Com o propósito de responder aos questionamentos elencados por esta pesquisa, realizou-se um estudo denominado Estado do Conhecimento, o qual objetivou servir de base investigativa sobre a atenção fisioterapêutica no pós-operatório do câncer de mama com o propósito de identificar as práticas de atenção fisioterapêuticas, enquanto educação em saúde, realizadas no pós-operatório do câncer de mama, a fim de relacionar com o tempo de afastamento laboral desta patologia. Assim, através da busca de literatura primou-se por ampliar o conhecimento referente ao tema e tomar ciência do que vem sendo pesquisado nessa área em nível nacional.

O mesmo constitui-se de uma pesquisa realizada no banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por meio do seguinte endereço eletrônico: <http://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/>, denominado Catálogo de Teses e Dissertações, o qual abarca as Dissertações de Mestrado (DM) e Teses de Doutorado (TD) em nível nacional.

A pesquisa compreendeu o período correspondente aos anos de 2007 a 2017, com procedimentos de mapeamento, identificação e análise dos artigos coletados. Para tanto, foram selecionados os seguintes descritores por sustentarem o interesse deste estudo, os quais foram analisados no termos “palavras exatas” e “todas as palavras”: *Fisioterapia no pós-operatório do câncer de mama; Câncer de mama e fisioterapia; Impacto socioeconômico do câncer de mama; Políticas públicas em saúde e educação; Políticas de Prevenção; Educação em fisioterapia.*

Ao partir do princípio da busca do objetivo, constatou-se grande limitação de produção literária em relação à temática proposta. Dessa forma, para compreender melhor este estudo, os descritores foram divididos com o propósito de analisá-los separadamente, conforme pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1 – Demonstrativo de descritores e respectiva quantidade

Descritor	Número de Publicações segundo os Critérios da Pesquisa	Número de Publicações Relacionadas ao Interesse da Pesquisa
Fisioterapia no pós-operatório do câncer de mama	406	6
“Fisioterapia no pós-operatório do câncer de mama”	1	1
Câncer de mama e fisioterapia	320	6
“Câncer de mama e fisioterapia”	1	1
Impacto socioeconômico do câncer de mama	536	6
“Impacto socioeconômico do câncer de mama”	0	0
Políticas públicas em saúde e educação	50	0
“Políticas públicas em saúde e educação”	0	0
Políticas de Prevenção	127	0
“Políticas de Prevenção”	19	1
Educação em fisioterapia	0	0
“Educação em fisioterapia”	3	2

Fonte: A autora, a partir da pesquisa na CAPES.

## 2.1 Fisioterapia no pós-operatório do câncer de mama

A pesquisa com o descritor *Fisioterapia no pós-operatório do câncer de mama* no critério “expressão exata”, ao pesquisar as DM e TD no período compreendido para o estudo, 2007 a 2017, revelou apenas um estudo relacionado ao tema e de interesse desta pesquisa. Este estudo, uma DM profissionalizante, na área de Educação nas Profissões da Saúde foi publicada no ano de 2013, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-SP, a qual encontra-se locada na grande área de conhecimento Multidisciplinar, na área de conhecimento Ciências Biológicas, área de avaliação Interdisciplinar e área de concentração Desenvolvimento Profissional e Integração.

Trata-se de um estudo de Giacom (2013), sobre o tema: *O papel da fisioterapia no pós-operatório de câncer de mama: avaliação da percepção das pacientes e da equipe de saúde*. Tem o objetivo de avaliar a percepção da paciente e equipe de saúde sobre o papel da fisioterapia, além de avaliar a capacidade funcional e a recuperação das pacientes em tratamento por câncer de mama antes e após a intervenção da fisioterapia e analisar a capacidade funcional das mulheres que foram tratadas de câncer de mama sem a intervenção da fisioterapia. O estudo

faz uma análise a partir da divisão da amostra em três grupos, o grupo 1, formado por 15 profissionais que assistem mulheres com câncer de mama. O grupo 2, formado por nove mulheres portadoras de câncer de mama que realizaram tratamento cirúrgico e encontram-se em acompanhamento fisioterapêutico e o grupo controle, com nove pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico que não realizaram fisioterapia. O grupo 1 reconheceu de forma positiva o papel da fisioterapia na reabilitação, assim como o grupo 2, da mesma forma, através de análise objetiva e relatos. Assim, o artigo concluiu o reconhecimento do trabalho de reabilitação física realizado pelo fisioterapeuta nas mulheres que necessitam realizar tratamento por câncer de mama, tanto através da entrevista, quanto pela análise da capacidade funcional por estas apresentadas.

Utilizando-se o critério “todas as palavras”, para o referido descritor, observou-se para o período pesquisado, nos critérios DM e TD, 551.345 estudos relacionados. Ao realizar o refinamento, para grande área do conhecimento Ciências da Saúde, ocorreram, 86.826 estudos relacionados sendo destes, 60.458 DM e 26.368 TD.

Refinando para área do conhecimento Fisioterapia e Terapia Ocupacional, ocorreram 1.739 estudos, sendo, 1.490 DM e 249 TD. Seguindo-se com o refinamento, ao limitar na área de concentração: Avaliação e Intervenção em Fisioterapia, observou-se 229 estudos; Avaliação e Intervenção em Reabilitação, 85 estudos; Fisioterapia na Atenção à Saúde com 64 e Intervenção Fisioterapêutica com 28 estudos relacionados, totalizando 406 estudos. Estes estudos, provenientes de sete Universidades e cinco Estados brasileiros, podem ser visualizados no Quadro 2.

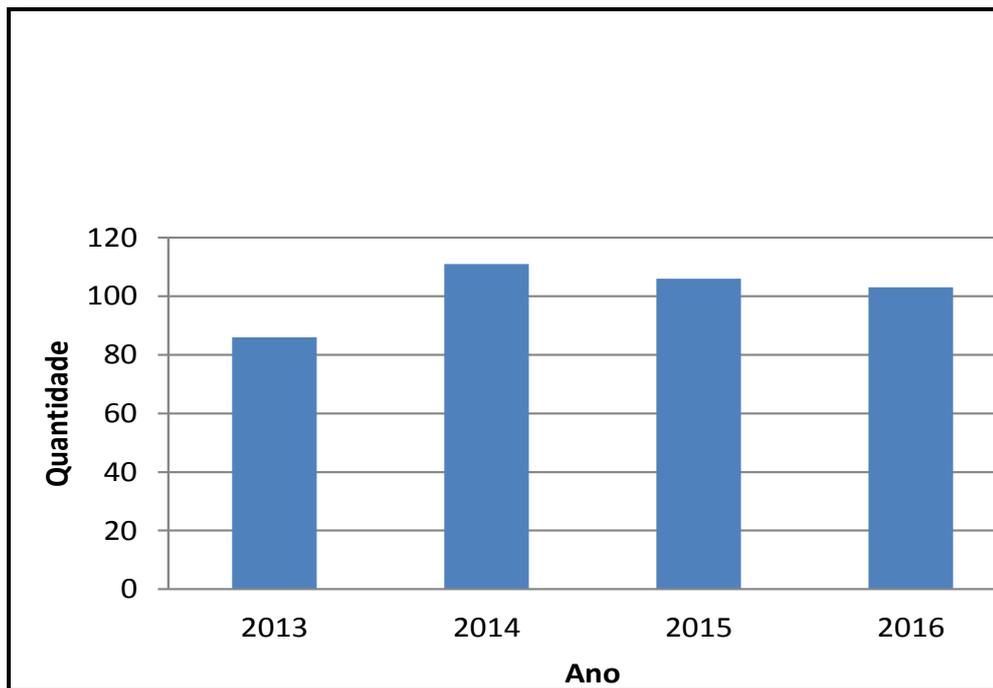
Quadro 2 – Estudos relacionados à área de concentração com respectivas universidades e Estados de origem

<b>Estudos (quantidade)</b>	<b>Universidade proveniente</b>	<b>Estado brasileiro</b>
86	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	RN
76	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/Presidente Prudente	SP
67	Universidade do Estado de Santa Catarina	SC
64	Universidade Federal de Pernambuco	PE
53	Universidade Estadual de Londrina	PR
32	Universidade Norte do Paraná	RR
28	Universidade Metodista de Piracicaba	SP
<b>TOTAL</b>		<b>406</b>

Fonte: A autora, a partir da pesquisa na CAPES.

Dos 406 estudos, 390 são Dissertações de Mestrado e, 16 são Teses de Doutorado. Estas publicações concentraram-se em apenas quatro anos, sendo que em 2014 ocorreram 111 estudos publicados, no ano de 2015, 106 estudos, em 2016 foram publicados 103 estudos e no ano de 2013, 86, conforme demonstrado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Número de publicações por ano com o descritor fisioterapia no pós-operatório do câncer de mama



Fonte: A autora, a partir da pesquisa na CAPES.

Destes, seis estudos foram selecionados para esta pesquisa os quais condizem com o interesse da mesma. Todos correspondem a DM publicadas entre os anos 2014 e 2016 e podem ser observadas no Quadro 3. Os demais, mesmo que abordem o tema câncer de mama e fisioterapia, não condizem com a proposta aqui definida.

Quadro 3 – Estudos relacionados ao descritor fisioterapia no pós-operatório de câncer de mama no critério “todas as palavras”

Estudo	Ano
PACHIONI, Fernanda Stellutti Magrini. <b>A TERAPIA MORFOANALÍTICA COMO RECURSO TERAPÊUTICO EM MULHERES PÓS-CIRURGIA DE CÂNCER DE MAMA'</b> 14/02/2014 68 f. Mestrado em FISIOTERAPIA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE EST. PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO/PR.PRUDENTE, Presidente Prudente Biblioteca Depositária: UNESP/PP	2014
SANTOS, Maiara Carvalho dos. <b>ANÁLISE DA FORÇA DE PREENSÃO E DO CONTROLE POSTURAL NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA'</b> 31/07/2015 undefined f. Mestrado em FISIOTERAPIA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Florianópolis Biblioteca Depositária: undefined	2015
PALU, Marina. <b>FUNÇÃO PULMONAR E FORÇA DA MUSCULATURA RESPIRATÓRIA PÓS-TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE MAMA'</b> 01/07/2015, 81 f. Mestrado em FISIOTERAPIA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Florianópolis Biblioteca Depositária: Biblioteca Setorial – CEFID	2015
PALMA, Mariana Romanholi. <b>MODULAÇÃO AUTÔNOMICA CARDÍACA DE MULHERES PÓS CIRURGIA DE CÂNCER DE MAMA'</b> 03/12/2015 74 f. Mestrado em FISIOTERAPIA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE EST. PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO/PR.PRUDENTE, Presidente Prudente Biblioteca Depositária: undefined	2015
RIBEIRO, Paula Drielly de Melo. <b>FADIGA, QUALIDADE DE VIDA E IMAGEM CORPORAL EM MULHERES COM E SEM LINFEDEMA PÓS-MASTECTOMIA UNILATERAL E SEM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA: ESTUDO DE CORTE TRANSVERSAL'</b> 20/07/2015 76 f. Mestrado em FISIOTERAPIA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, Recife Biblioteca Depositária: Biblioteca Central UFPE; Acervo do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia.	2015
FEIBER, Ailime Perito. <b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLINICOPATOLÓGICAS E O ACESSO À FISIOTERAPIA DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE SANTA CATARINA DE 2009 A 2013'</b> 27/07/2016 148 f. Mestrado em FISIOTERAPIA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Florianópolis Biblioteca Depositária: Biblioteca setorial - CEFID/UDESC	2016

Fonte: A autora, a partir da pesquisa na CAPES.

Seguindo a análise dos estudos, a pesquisa, de Pachioni (2014), intitulada *A terapia morfoanalítica como recurso terapêutico em mulheres pós-cirurgia de câncer de mama*, objetivou verificar o efeito da Terapia Morfoanalítica sobre a qualidade de vida, estresse, flexibilidade, ansiedade, depressão e autoestima, de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama. O estudo relata que a partir do diagnóstico de câncer de mama, a mulher vivencia graves repercussões físicas e emocionais. Constata que a partir do aumento do número de casos de câncer de mama, torna-se

necessária a implantação de mais recursos terapêuticos no processo de recuperação dessas mulheres e aponta a Terapia Morfoanalítica (TM), por ter atuação psicocorporal, integrar a harmonização das tensões musculares, ajustar as cadeias musculares de compensação e desenvolver a consciência corporal e sensorial, exteroceptiva e proprioceptiva, através do trabalho verbal analítico. Este estudo concluiu que a intervenção com a referida terapêutica, apresentou efeitos positivos em alguns domínios da qualidade de vida, estresse, flexibilidade, depressão e autoestima de mulheres pós-cirurgia de câncer de mama, revelando-se positiva para esta população.

Já o estudo, *Análise da força de preensão e do controle postural no pré e pós-operatório em mulheres com câncer de mama*, de Santos (2015), revelou que após 30 dias do procedimento cirúrgico ocorre uma diminuição no equilíbrio em situações que exijam superfície instável e com 60 dias uma diminuição das estratégias de manutenção do equilíbrio e alterações na força de preensão palmar que se tornam evidentes ao olhar clínico. Dessa forma, o estudo constatou que as alterações funcionais no pós-operatório do câncer de mama limitam algumas atividades do cotidiano, mesmo que ainda não totalmente esclarecido em relação ao tempo de aparecimento destas restrições, assim evidenciando a necessidade de tratamento fisioterapêutico para diminuir tais sequelas.

No estudo de Palu (2015), com título *Função pulmonar e força da musculatura respiratória pós-tratamento cirúrgico do câncer de mama*, o qual objetivou avaliar as repercussões da cirurgia para o tratamento do câncer de mama sobre a função pulmonar e a força da musculatura respiratória de mulheres atendidas em um centro de referência de mastologia em Florianópolis-SC, foi realizado procurando levantar evidências que sugerem que mulheres com câncer de mama podem apresentar, no período pós-cirúrgico, complicações relacionadas à ferida operatória e cicatrização, formação do cordão linfático, restrições de amplitude de movimento, linfedema, neuropatias e comprometimento da qualidade de vida em geral, além de alterações na função pulmonar e na força da musculatura respiratória dessas pacientes. Assim, esse trabalho concluiu que após a cirurgia, houve diminuição da força muscular respiratória e da função pulmonar no pós-operatório imediato. Houve o retorno aos parâmetros iniciais no pós-operatório de 30 dias e manutenção destes na avaliação de 60 dias. O referido estudo também ressaltou a necessidade de acompanhamento

fisioterapêutico com mulheres que necessitaram de assistência cirúrgica por câncer de mama.

O estudo de Palma (2015), *Modulação autonômica cardíaca de mulheres pós cirurgia de câncer mama*, relata que a cirurgia e os tratamentos complementares que combatem o câncer de mama se tornaram mais eficazes com o passar dos tempos, porém, tornam-se agressivos e podem levar a diversos comprometimentos, inclusive cardiovasculares. Dentre essas complicações, encontram-se também alterações no funcionamento do sistema nervoso autônomo (SNA), que entre outras funções, é responsável pela modulação cardíaca. Assim, este estudo objetivou verificar a relação do tempo de pós-operatório de câncer de mama sobre a modulação autonômica cardíaca e comparar esses valores aos de mulheres sem câncer. O estudo concluiu que se torna importante o direcionamento de tratamentos que visem melhora da Variabilidade da Frequência Cardíaca desta população e minimize as possíveis consequências das disfunções autonômicas à saúde dessas mulheres o que sugere acompanhamento fisioterapêutico no pós-operatório de câncer de mama.

O estudo de Ribeiro (2015), *Fadiga, qualidade de vida e imagem corporal em mulheres com e sem linfedema pós-mastectomia unilateral e sem reconstrução mamária: estudo de corte transversal*, relatou que o tratamento pós-cirúrgico do câncer de mama pode levar à fadiga, comprometer o desempenho nas atividades diárias e interferir na qualidade de vida, se persistir de forma crônica. Relatou também que a mastectomia pode causar alteração na imagem corporal que pode ser agravada com a presença do linfedema. Assim, o estudo objetivou comparar a diferença no nível de fadiga, qualidade de vida e imagem corporal em mulheres pós-mastectomizadas unilateralmente e sem reconstrução mamária, bem como verificar se há associação de algumas variáveis sociodemográficas, biológicas e clínicas com a fadiga, a qualidade de vida e a imagem corporal. O estudo concluiu que fatores como idade, tempo de pós-cirúrgico, índice de massa corpórea e tempo de fisioterapia interferem nos parâmetros acima citados nas pacientes pós-mastectomia. Salientou ainda que, os parâmetros baixos da fadiga, imagem corporal e pouca alteração na qualidade de vida podem estar relacionados à prática regular da fisioterapia.

O estudo de Feiber (2016), *Características sociodemográficas e clinicopatológicas e o acesso à fisioterapia de mulheres diagnosticadas com câncer*

*de mama atendidas em um centro de referência de Santa Catarina de 2009 a 2013*, apontou que mesmo sendo comprovada a importância da Fisioterapia como tratamento conservador de escolha para as complicações imediatas e tardias do pós-operatório, o acesso das pacientes ao tratamento parece ser insuficiente. Por este motivo, o estudo objetivou analisar o perfil sociodemográfico e clinicopatológico e o acesso à Fisioterapia das mulheres com câncer de mama atendidas na Maternidade Carmela Dutra durante o período de 2009 a 2013. Dentre os dados apontados, para conclusão do estudo, revelou que a Fisioterapia Pós-Operatória foi a modalidade fisioterapêutica mais frequente citada no estudo, porém com média de atendimentos muito próximos de zero, revelando falta de assistência, apesar da necessidade relatada por estas mulheres.

## 2.2 Câncer mama e fisioterapia

Com o referido descritor no critério “todas as palavras”, observou-se para o período de 2007 a 2017, 489.542 Dissertações de Mestrado (DM) e Teses de Doutorado (TD). Ao realizar o refinamento para a grande área de conhecimento Ciências da Saúde, ocorreram 77.024 estudos relacionados. Mantendo-se o refinamento, para área de conhecimento Fisioterapia e Terapia Ocupacional, houve 1.530 apontamentos de estudos. Ao concentrar-se nas áreas de Avaliação e Intervenção em Fisioterapia, 183 estudos relatados, 68 para Avaliação e Intervenção em Reabilitação, 51 estudos para Fisioterapia na Atenção à Saúde e para a área de concentração Intervenção Fisioterapêutica houve 18 estudos apontados, o que totalizou 320 estudos provenientes de sete Universidades e cinco Estados brasileiros os quais podem ser visualizado no Quadro 4.

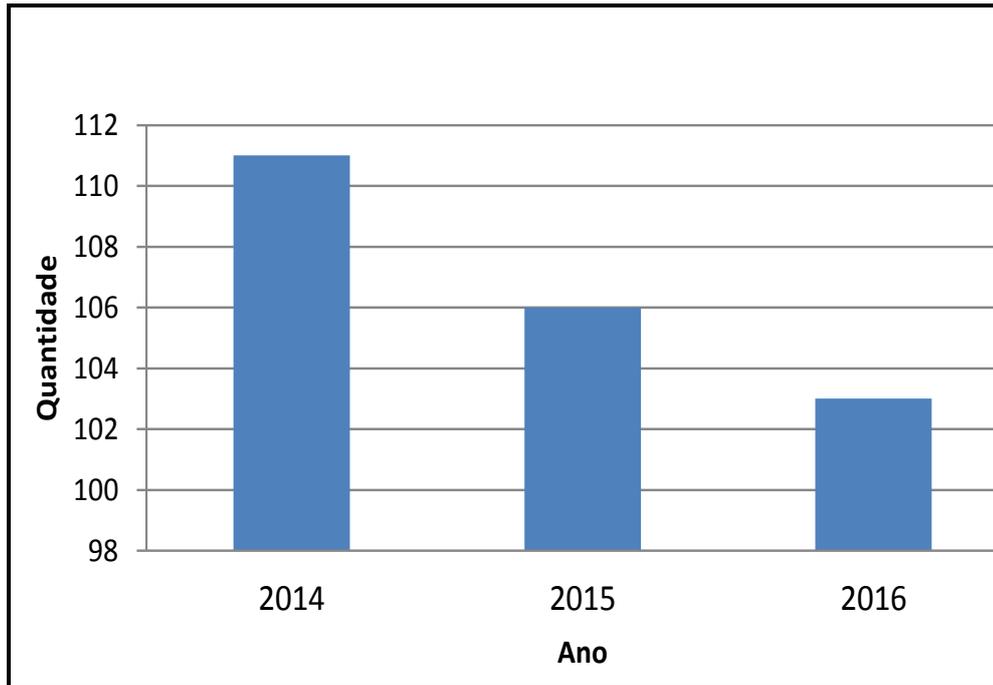
Quadro 4 – Estudos relacionados ao descritor câncer de mama e fisioterapia no critério “todas as palavras”

<b>Estudos (número)</b>	<b>Universidade proveniente</b>	<b>Estado brasileiro</b>
70	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	RN
57	Universidade do Estado de Santa Catarina	SC
56	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/Presidente Prudente	SP
51	Universidade Federal de Pernambuco	PE
40	Universidade Estadual de Londrina	PR
28	Universidade Norte do Paraná	PR
18	Universidade Metodista de Piracicaba	SP
<b>TOTAL</b>		<b>320</b>

Fonte: A autora, a partir da pesquisa na CAPES.

Destes 320 estudos, 304 são DM e 16 TD. As publicações referentes ao descritor aqui estudado tornaram-se expressivas nos anos 2014, com 111 estudos; 2015, com 106 estudos publicados e em 2016 com 103, como pode ser constatado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Número de publicações por ano com o descritor câncer de mama e fisioterapia



Fonte: A autora, a partir da pesquisa na CAPES.

Porém, ao pesquisar este descritor, todos os estudos que se relacionam ao interesse desta pesquisa são os mesmos que os anunciados para o descritor *Fisioterapia no Pós-operatório do Câncer de Mama* os quais estão especificados no Quadro 2. Ao utilizar o critério “palavra exata” para este descritor, observou-se um estudo realizado no ano de 2007. Este estudo, uma dissertação de mestrado publicada anteriormente à Plataforma Sucupira está relacionada à grande área do conhecimento Ciências da Saúde com refinamento na área do conhecimento Avaliação e Medicina. Este estudo foi realizado na Universidade Estadual de Campinas, no Estado de São Paulo e avaliou a *Eficácia da fisioterapia realizada durante a radioterapia na prevenção de complicações locorregionais em mulheres em tratamento por câncer de mama: ensaio clínico controlado*.

Segundo Oliveira (2007), autora do referido estudo, a fisioterapia realizada no pós-operatório de câncer de mama tem a intenção de prevenir as complicações e

promover a independência funcional. Porém, conforme o estudo, não existem dados na literatura sobre a influência da fisioterapia realizada durante o tratamento por radioterapia, bem como qual é a melhor abordagem fisioterapêutica para ser realizada com esta população. Assim, o estudo objetivou avaliar a eficácia da realização da fisioterapia durante a radioterapia na prevenção das seguintes complicações físicas locais: limitação da amplitude de movimento do ombro, aumento da circunferência e incapacidade funcional do membro superior e aderência cicatricial em mulheres em tratamento por câncer de mama. O estudo concluiu que a fisioterapia realizada durante a radioterapia para tratamento de câncer de mama previne a limitação na amplitude de movimento do ombro e minimiza a incidência de aderência cicatricial. Os resultados sugerem também favorecer a melhora da capacidade funcional e o controle das alterações na circunferência do braço.

### **2.3 Impacto socioeconômico do câncer de mama**

Para este descritor, no critério “todas as palavras”, no período elencado para o estudo, encontrou-se 507.346, DM e TD, disponíveis no referido banco de dados. A partir do refinamento para a grande área do conhecimento Ciências da Saúde, ocorreram 80.255 indicações de publicações. Seguindo-se ainda no refinamento, para a área do conhecimento Fisioterapia e Terapia Ocupacional observou-se 1.652 estudos vinculados ao tema. Concentrando em Avaliação e Intervenção em Fisioterapia, houve 229 estudos relacionados; Avaliação e Intervenção em Reabilitação, 85; Avaliação e Intervenção Terapêutica, 130, Fisioterapia na Atenção à Saúde, 64, Intervenção Fisioterapêutica, 28, o que totalizou 536 estudos para este descritor nos referidos refinamentos. Destes, 479 são DM, e 57 TD. Os anos de publicação foram respectivamente, 2015 com 148; 2014 com 142; 2016 com 139 e 2013 com 107 estudos publicados.

O Quadro 5 demonstra as Universidades e Estados brasileiros com as respectivas quantidades de publicações acerca do tema proposto. Como se observa, oito Universidades, provenientes de cinco Estados brasileiros, detêm os mesmos estudos de interesse para esta pesquisa, conforme os dados apresentados anteriormente no Quadro 4, os quais são os mesmos especificados como de interesse para esta pesquisa no Quadro 3.

Quadro 5 – Estudos e suas respectivas universidades com o descritor impacto socioeconômico do câncer de mama

<b>Estudos (número)</b>	<b>Universidade proveniente</b>	<b>Estado brasileiro</b>
86	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	RN
67	Universidade do Estado de Santa Catarina	SC
76	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/Presidente Prudente	SP
64	Universidade Federal de Pernambuco	PE
53	Universidade Estadual de Londrina	PR
32	Universidade Norte do Paraná	PR
28	Universidade Metodista de Piracicaba	SP
130	Universidade Nove de Julho	SP
<b>TOTAL</b>		<b>536</b>

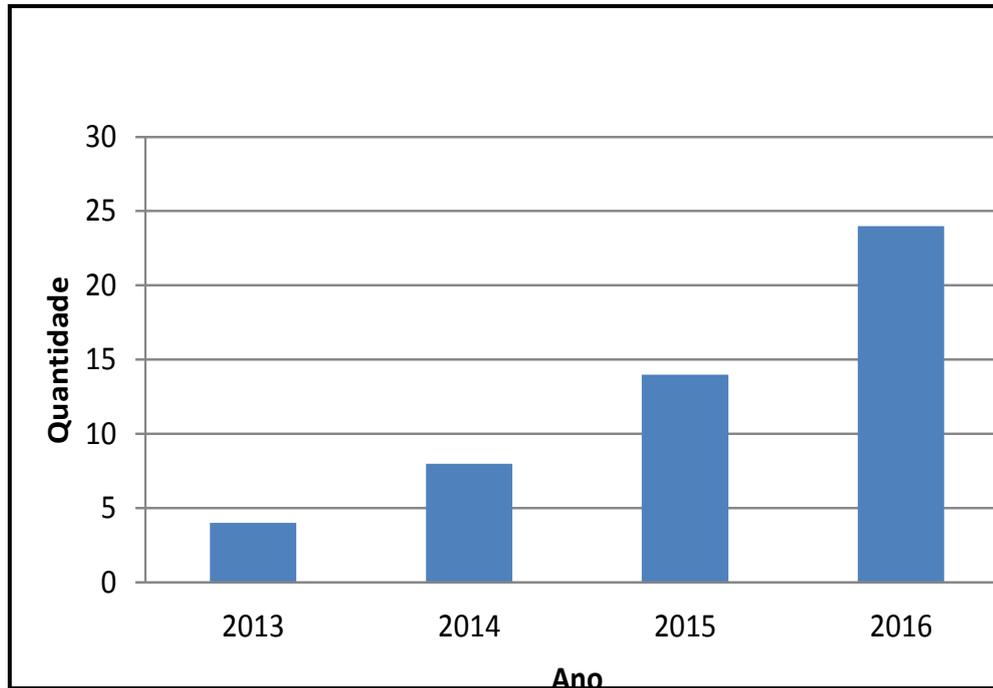
Fonte: A autora, a partir da pesquisa na CAPES.

No critério “palavras exatas”, a pesquisa não apontou nenhum estudo para o referido descritor.

## 2.4 Políticas públicas em saúde e educação

Ao realizar a pesquisa com o referido descritor, *Políticas Públicas em Saúde e Educação*, utilizando o critério “todas as palavras”, ocorreram 985.857 apontamentos de estudos. Refinando-se, para DM e TD nos últimos 10 anos, houve, 551.057 estudos relacionados ao tema proposto. Concentrando na grande área de conhecimento Ciências da Saúde e Ciências Humanas, 183.030 estudos foram relacionados. Seguindo com o refinamento, na área do conhecimento Medicina, vinculado à área de concentração: Educação e Saúde e Ciências Aplicadas à Saúde, ocorreram 50 artigos. Esta área de concentração foi selecionada para que pudesse abranger o descritor em seu interesse de pesquisa, ou seja, a saúde e a educação vinculados. Assim, destes 50 estudos, 28 são DM e 22 TD, concentrados nos anos de 2016 (24), 2015 (14), 2014 (8), 2013 (4), como pode ser visualizado no Gráfico 3. Destes 50 estudos, 39 são da Universidade de São Paulo e 11 da Fundação Universidade Federal de Sergipe.

Gráfico 3 – Número de publicações por ano com o descritor políticas públicas em saúde e educação



Fonte: A autora, a partir da pesquisa na CAPES.

Ao realizar a análise dos estudos, observou-se que apenas um destes trabalhos, uma TD, escrita no ano de 2015, da Universidade de São Paulo apontou um estudo referente ao câncer de mama, porém sem nenhuma relação com este estudo. Da mesma forma, quando se pesquisou o descritor com o critério “palavras exatas”, não houve nenhum apontamento acerca do tema em questão.

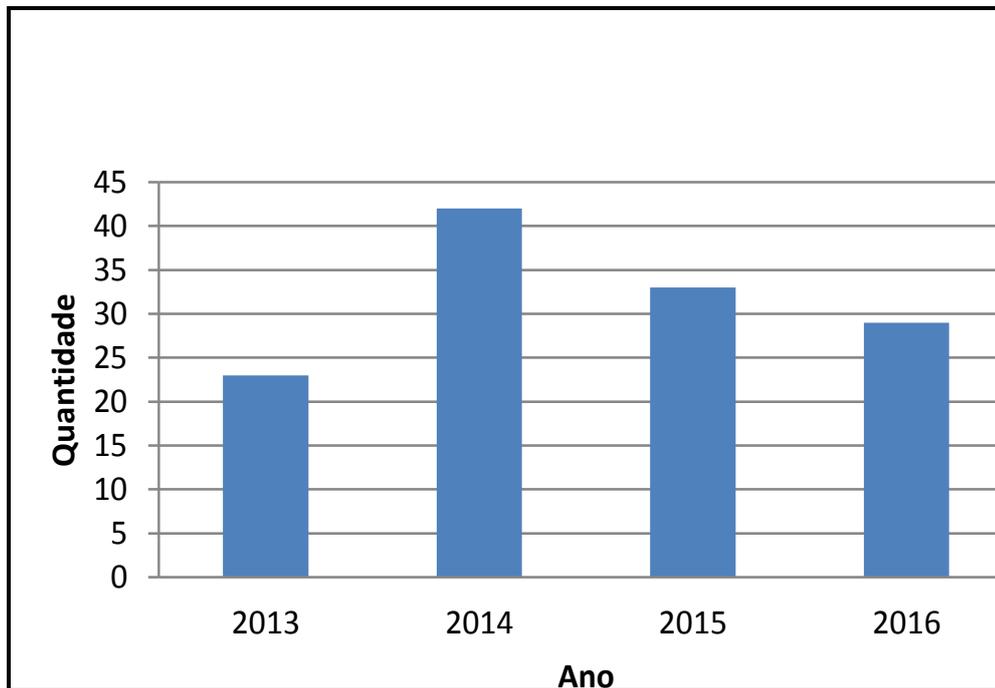
Associado à área do conhecimento Fisioterapia e Terapia Ocupacional, vinculado a área de concentração Fisioterapia na Atenção à Saúde, ocorreram 64 indicações de estudos, sendo todas Dissertações de Mestrado (DM) publicadas nos anos: 2016, 21 estudos, em 2015, 17 estudos, e nos anos 2013 e 2014, 13 estudos em cada ano. Porém nenhum estudo que atenda às aspirações desta investigação.

## 2.5 Políticas de prevenção

Utilizando-se deste descritor, no critério “todas as palavras”, quando pesquisado no período almejado para este estudo na grande área do conhecimento Ciências da Saúde, associado à área de conhecimento Medicina Preventiva, 529 estudos foram apontados. Realizando o refinamento para a área de avaliação Saúde Coletiva e área de concentração Medicina Preventiva ocorreram 82 estudos, e para

a área de concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde, mais 45 estudos apontados, o que totalizou 127. Destes, observou-se 82 estudos publicados na Universidade de São Paulo e 45 na Universidade Estadual de Campinas, sendo 64 DM e 63 TD. Conforme a pesquisa observou-se que dos estudos citados, 23 foram publicados em 2013, 42 no ano 2014, 33 estudos no ano 2015 e 29 estudos foram publicados no ano 2016, conforme ilustrado no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Número de publicações por ano com o descritor políticas de prevenção



Fonte: A autora, a partir da pesquisa na CAPES.

No Quadro 6 estão demonstrados os estudos pesquisados no critério “todas as palavras” os quais apontam algum interesse para esta investigação.

Quadro 6 – Estudos relacionados ao descritor políticas de prevenção

Estudo	Ano
ACHURY, Nancy Jeanet Molina. <b>EDUCAÇÃO EM FISIOTERAPIA: ANÁLISE CRÍTICA DESDE A PRÁTICA PROFISSIONAL'</b> 28/09/2015 271 f. Doutorado em MEDICINA (MEDICINA PREVENTIVA) Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, São Paulo Biblioteca Depositária: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.	2015
VERISSIMO, Larissa Cassia Gruchovski. <b>A CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DA REGIÃO NOROESTE DO PARANÁ - A TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA'</b> 26/02/2016 188 f. Doutorado em SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, Campinas Biblioteca Depositária: FCM/UNICAMP.	2016

Fonte: A autora, a partir da pesquisa na CAPES.

Ao analisar as pesquisas, observa-se, segundo Achury (2015), em seu estudo *Educação em fisioterapia: análise crítica desde a prática*, que a educação em fisioterapia busca reconhecer e problematizar os aspectos que estruturam a relação educação-prática profissional, para identificar elementos orientadores para uma educação que promova a construção de consciência crítica. O estudo buscou reconhecer os elementos ordenadores do processo educativo, na organização do trabalho assistencial, a partir de uma perspectiva histórica, que tem como referencial a análise do programa de Fisioterapia da Universidade Nacional da Colômbia, por reconhecer esta como de alta qualidade e legitimidade social no cenário nacional e internacional. A referência central do estudo baseou-se na análise do exercício profissional e seu impacto no processo de ensino, incluindo, entre outros aspectos, o currículo, a pedagogia e a didática, em uma lógica que os articula à estrutura de organização do trabalho, numa perspectiva de reconhecer em tal relação sua historicidade, as relações, as contradições e as possibilidades para sua transformação, como elementos orientadores do processo de formação e posterior exercício profissional.

Já o estudo de Verissimo (2016), *A configuração da rede de atenção oncológica da região nordeste do Paraná: a trajetória assistencial de pacientes com câncer de mama*, objetivou identificar como os serviços e profissionais de saúde se organizam para atender as necessidades de saúde dos pacientes com câncer na região, em especial as mulheres com câncer de mama, utilizando-se de técnicas como análise de documentos oficiais, prontuários, entrevistas em profundidade com

gestores, profissionais de saúde e mulheres com câncer de mama atendidas pela rede nos anos de 2008 a 2011. A pesquisa recolheu informações de extrema importância para ampliar os conhecimentos sobre as desigualdades em saúde desta região e compreender melhor as reais necessidades em saúde dos pacientes a fim de fornecer subsídios para adequação dos serviços de saúde.

Prosseguindo a pesquisa, ao analisar o descritor Políticas de Prevenção no critério “palavras exatas” na grande área do conhecimento, Ciências da Saúde associado à área do conhecimento, Saúde Coletiva, Saúde Pública e Medicina Preventiva, 19 estudos foram apontados. Na área de concentração Saúde na Comunidade e Saúde, Trabalho e Ambiente os mesmos 19 estudos foram identificados. Destes, 13 são DM, e 6 TD publicados nos anos de 2010 (6), 2008 (4), 2009 (4), 2012 (2), 2015 (2) e 2011 (1).

Dos 19 estudos, apenas um apresentou interesse para esta pesquisa. Desta forma, pode-se observar apenas um artigo com referência ao tema Linfedema, o qual é datado de 2008, proveniente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e relaciona-se ao autocuidado para a prevenção do linfedema.

Este estudo, de Pascoal (2008) com o tema: *Práticas de autocuidado com o braço para prevenção de linfedema: relato de mulheres submetidas à técnica da biópsia do linfonodo sentinela*, ressalta a importância da abordagem multidisciplinar sobre o câncer de mama, em uma perspectiva interdisciplinar, ampliando a visão biomédica hegemônica nas formulações de políticas de prevenção e tratamento. Ressalta também a figura do fisioterapeuta, como profissional que reabilita e orienta as mulheres no pós-operatório de câncer de mama e que este para assistir esta população de forma integral, precisa compreender as interpretações e os significados dados aos procedimentos e as práticas de autocuidado com o braço para prevenir o linfedema. O objetivo do estudo foi conhecer as mudanças nas atividades de vida diária das mulheres submetidas à biópsia por Linfonodo Sentinela, identificar conhecimentos e práticas dos cuidados com o braço do lado da mama operada para prevenção de linfedema, analisar o significado da técnica da biópsia do linfonodo sentinela na vida das entrevistadas. Concluiu-se a partir deste que no grupo estudado ocorreram mudanças nas atividades da vida conseqüentes à biópsia e houve a identificação acerca dos conhecimentos e práticas de autocuidado com o braço do lado da mama operada. Os relatos deixam claro que a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes não vem acontecendo de maneira eficaz e

sim normativa e generalizada. Ressaltou a importância de o fisioterapeuta cumprir seu papel de envolver a paciente nas práticas de autocuidado, tornando compreensível a necessidade de segui-las, para menores limitações nas atividades da vida diária das mulheres e possibilitando que o linfedema seja prevenido, contribuindo para melhorar a qualidade de vida das pacientes.

Mantendo-se o interesse desta pesquisa, procurou-se analisar dentro da área conhecimento Fisioterapia e Terapia Ocupacional, tanto no critério “todas as palavras”, quanto no “palavras exatas”, no qual não houve nenhuma indicação de publicações.

## **2.6 Educação em fisioterapia**

No critério “todas as palavras”, encontrou-se 148 estudos, sendo 112 DM e 36 TD publicados nos 2013 a 2016. No ano 2016 foram publicados 52 estudos, 38 no ano 2015, 32 em 2014 e 26 estudos em 2013. A grande área do conhecimento pesquisada foi Ciências Humanas e Ciências da Saúde; com área do conhecimento Educação e Fisioterapia e Terapia Ocupacional; área de avaliação, Educação e área de concentração, Educação nas Ciências. A partir deste refinamento, observou-se que os 148 estudos foram provenientes da Universidade do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, porém nenhum destes atendeu às exigências elencadas para esta pesquisa.

Para este descritor, no critério “palavras exatas”, foram apontados inicialmente cinco estudos. Realizando-se o refinamento para DM e TD dos últimos dez anos, ocorreram três apontamentos, dois DM dos anos 2009 e 2016 e uma TD do ano de 2015. Os estudos foram alocados automaticamente na grande área de conhecimento: Ciências da Saúde, Ciências Humanas e Multidisciplinar; área do conhecimento, Educação, Medicina Preventiva, Saúde e Biológicas; nas áreas de avaliação: Educação, Interdisciplinar e Saúde Coletiva e área de concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação e Medicina Preventiva.

Os três estudos encontrados, um deles uma TD foi anteriormente citada no descritor Políticas de Prevenção intitulado: *Educação em fisioterapia: análise crítica desde a prática*, de Achury (2015), não atendendo às expectativas deste estudo de forma integral. Já o outro estudo, uma DM, de Pereira (2016), intitulada: *Percepção de fisioterapeutas em relação às suas práticas durante um programa de*

*aprimoramento profissional*, objetivou conhecer a percepção de fisioterapeutas inseridos no programa de aprimoramento profissional na área da saúde no hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP em relação às suas atuações durante o processo terapêutico através de entrevistas com fisioterapeutas das áreas de terapia intensiva, neurologia infantil, cardiorrespiratória, ortopedia e pediatria. O estudo, uma pesquisa qualitativa, que utilizou a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo permitiu a identificação de quatro categorias: a constituição do perfil profissional, a abordagem do paciente no processo terapêutico, a participação da família no processo terapêutico e a atuação do fisioterapeuta na equipe de saúde. O estudo concluiu que a educação em fisioterapia está em processo lento de transformação em busca de mudanças no perfil e nos modelos de atuação dos futuros profissionais. Constatou também que estes profissionais têm uma visão mais ampliada sobre seu ofício, porém se deparam e são, muitas vezes, limitados por fatores como condições de trabalho e relacionamento com outros profissionais da saúde.

O terceiro estudo, não abordou tema condizente com esta proposta de pesquisa.

Observou-se, assim, com este levantamento, que em relação ao tema pesquisado, encontram-se muitos trabalhos demonstrando o perfil dos pacientes submetidos à mastectomia, as principais sequelas físicas advindas do tratamento e até mesmo a eficácia de tratamentos pós mastectomia, bem como a avaliação da qualidade de vida destas pacientes. Também muito se observa em relação à identificação dos fatores de risco para o surgimento do sequelas no pós-operatório desta patologia, anterior à Plataforma Sucupira. Não há registros diretos referindo-se ao tema Educação em Fisioterapia que atendam às expectativas desta pesquisa.

Com a confiança e certeza da importância do estudo deste tema para o futuro da profissão e para a população que pode ser ainda mais beneficiada, a presente pesquisa, elevou a aspiração pela ocupação deste tema enquanto Dissertação de Mestrado.

### **3 DIÁLOGO ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS EM EDUCAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE**

Este capítulo, intitulado “Diálogo entre Políticas Públicas em Educação e Políticas Públicas em Saúde” tem por objetivo apresentar ao leitor um ensaio acerca das Políticas Públicas, bem como as Políticas Públicas de Educação e Saúde voltadas à prevenção do câncer de mama, segundo um pequeno relato histórico das principais ações governamentais voltadas à prevenção desta patologia e do diálogo entre duas dimensões: educação e saúde.

#### **3.1 Políticas públicas**

No passado as decisões políticas relativas a questões públicas ou sociais eram tomadas nos bastidores do poder, os elementos que compunham tais decisões, muitas vezes, nem sequer chegavam ao conhecimento da população, somente se percebia os seus reflexos ou efeitos após terem sido implantados novos programas. Assim foi por muito tempo, porém a partir dos anos 1980, devido à necessidade de manter os gastos públicos sob certa responsabilidade, inclusive restringindo alguns projetos “faraônicos” com resultados duvidosos, surge uma nova era nas chamadas políticas públicas, especialmente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, onde tanto as políticas públicas econômicas, quanto as sociais passam a ter maior visibilidade. (SOUZA, 2006).

A mesma autora, relata que gastos equilibrados e adoção de ajustes fiscais fizeram com que a intervenção do Estado fosse restrita, porém havia a necessidade, em alguns países, especialmente os que se encontravam ou ainda se encontram em dificuldades financeiras, decorrentes de longas trajetórias inflacionárias e, por isso, além de outros fatores, de fazer algo que refletisse em bens para a população, que fosse percebido como algo positivo, ganhando a simpatia dos que ainda não estavam convencidos dos bons interesses do governo.

Nesse sentido, nasce uma nova fase das políticas públicas, que, segundo Souza (2006), caracteriza-se como os conjuntos de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado diretamente ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, que visam assegurar determinado direito de cidadania, de forma difusa ou para determinado segmento social, cultural, étnico ou econômico.

Na área do governo propriamente dito, a introdução da política pública como ferramenta das decisões do governo é produto da Guerra Fria e da valorização da tecnocracia como forma de enfrentar suas consequências. [...] A proposta de aplicação de métodos científicos às formulações e às decisões do governo sobre problemas públicos se expande depois para outras áreas da produção governamental, inclusive para a política social. (SOUZA, 2006, p. 22-23).

Buscando uma definição conceitual para o que vem a ser política pública, encontram-se inúmeros autores, entre os quais Mead (1995 apud EVANGELISTA, 2017) que esclarece que uma política pública é um campo dentro do estudo da política que visa analisar o governo sob o enfoque de grandes questões públicas. Já na visão de Lynn (1980 apud EVANGELISTA, 2017), trata-se de um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Seguindo o mesmo prisma, Peters (1986 apud EVANGELISTA, 2017), refere que política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos.

Na visão de Azevedo (2001, p. 5) “o conceito de políticas públicas implica considerar os recursos de poder que operam na sua definição e que têm nas instituições do Estado, sobretudo na máquina governamental, o seu principal referente”. A autora também salienta que as políticas públicas são definidas, implementadas, reformuladas ou desativadas com base na memória da sociedade ou do estado em que têm lugar e que por isso guardam estreita relação com as representações sociais que cada sociedade desenvolve sobre si própria. Isso significa dizer que as políticas públicas, sob este aspecto, são construções formadas pelos valores, símbolos, normas, ou seja, pelas representações sociais que integram o universo cultural e simbólico de uma determinada realidade.

As políticas públicas dependem de muitos aspectos, contudo, tanto as políticas em si quanto suas normas e regulamentações estão atreladas às decisões de caráter social e econômico, todavia outros segmentos que não os governos se envolvem na formulação de políticas públicas, tais como os grupos de interesse e os movimentos sociais, cada qual com maior ou menor influência a depender do tipo de política formulada e das coalizões que integram o governo. Na visão de Souza (2006) a atuação dos governos na criação de novas políticas públicas tem sido afetada por fenômenos como a globalização, tanto na maior capacidade de visualização dos fenômenos sociais por meio das redes sociais e outros dispositivos de informação, como também o enfraquecimento do governo perante a capacidade

de intervir, formular políticas públicas e de governar, haja vista a grande influência de fatores extrínsecos, como exemplo, as pressões de movimentos sociais dos organismos multilaterais e outros grupos organizados em torno de um fim específico, fazendo com que sejam criadas, alteradas e implementadas novas políticas públicas.

A criação de uma determinada política pública depende de muitos fatores, externos e internos. No entanto, o desenho das políticas públicas e as regras que regem suas decisões, elaboração e implementação, também influenciam os resultados dos conflitos inerentes às decisões sobre política pública. Assim, compreender a sua etiologia é importante para melhor compreender seus objetivos e perspectivas.

A formulação de políticas públicas se dá, principalmente, por meio do executivo ou do legislativo, podendo também ser ação conjunta entre estes dois poderes, as quais acontecem com base em demandas e propostas da sociedade, em seus diversos segmentos. (SOUZA, 2006).

A sociedade participa na formulação, no acompanhamento e na avaliação das políticas públicas, tendo assegurada esta atuação no próprio texto legal. Desta forma, no caso da Educação e da Saúde, a sociedade participa ativamente mediante os Conselhos em nível municipal, estadual e nacional, por meio de audiências públicas, encontros e conferências setoriais, que são uma forma de envolvimento da sociedade no processo de participação e controle social.

Com relação a esta participação social, encontra-se respaldada na Lei Complementar n.º 131 (Lei da Transparência), de 27 de maio de 2009, a participação da sociedade. De acordo com a referida lei, todos os poderes públicos em todas as esferas e níveis da administração pública, estão obrigados a assegurar a participação popular. Esta, portanto, não é mais uma preferência política do gestor, mas uma obrigação do Estado e um direito da população. (ANDRADE, 2016).

Planos, programas, ações e atividades integram o conjunto que caracteriza as políticas públicas, as quais são submetidas ao monitoramento e avaliação constantes. Os planos estabelecem diretrizes, prioridades e objetivos gerais a serem alcançados em períodos relativamente longos. Por exemplo, os planos decenais de educação têm o sentido de estabelecer objetivos e metas estratégicas a serem alcançados pelos governos e pela sociedade ao longo de dez anos. Os programas estabelecem, por sua vez, objetivos gerais e específicos focados em determinado

tema, público, conjunto institucional ou área geográfica. Ações visam o alcance de determinado objetivo estabelecido pelo Programa, e a atividade, por sua vez, visa dar concretude à ação.

Souza e Andrade (2008, p. 37) sintetizam os principais elementos que caracterizam e constituem as políticas públicas:

Permitem distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz. Envolvem vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes. São abrangentes e não se limitam a leis e regras. São ações intencionais, com objetivos a serem alcançados. A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo. Envolvem processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implicam também implementação, execução e avaliação.

Diante das reflexões tecidas até aqui, trata-se a seguir, sobre as políticas públicas voltadas à Educação e à Saúde que objetivam a prevenção do câncer de mama.

### **3.2 Educação em saúde: diálogos necessários**

Com relação à construção do conhecimento, ao saber empregado na resolução de questões e/ou problemas que assolam a sociedade, pode-se afirmar que tanto a educação quando a saúde constituem um campo de expressiva relevância quer seja na busca de alternativas, quer seja na construção de caminhos ou formas para alcançar um estado de maior bem-estar social e qualidade de vida. A saúde e a educação se interligam, se conectam e se perpassam, sendo a primeira, por vezes, resultado da aplicação da segunda. Assim não se pode separar prevenção, tratamento, e nenhuma questão relativa à saúde, do fator Educação, por meio do qual metas de saúde possam ser alcançadas.

A educação em saúde é definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006 apud FALKENBERG, 2014, p. 847) como sendo o:

[...] processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades.

Em termos genéricos pode-se entender a educação em saúde como o conjunto de atividades desenvolvidas no intuito de gerar ensino e aprendizagem especificamente nos espaços destinados a práticas da saúde. (PIMONT, 1977).

Na visão de Flores (2007, p. 7) a Educação em Saúde

se constitui como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde [...].

Para Pimont (1977) a educação em saúde deve ser considerada fundamental, sua importância é grande no processo de educação global, processo esse que envolve o próprio indivíduo, sendo este responsável pela construção do seu conhecimento a respeito de sua própria saúde, claro que de acordo com etapas que levem em conta a capacidade de compreensão relativas à cognição de cada indivíduo e o interesse do mesmo a respeito do assunto; a família, também com o compromisso de inteirar-se sobre a saúde de seus componentes, especialmente por parte dos responsáveis pelos menores e pelos idosos; e a sociedade, esta representada pelo governo ao qual compete a criação e manutenção de políticas públicas para educação em saúde.

A educação em saúde, então, é prática privilegiada no campo das ciências da saúde, em especial da saúde coletiva, uma vez que pode ser considerada no âmbito de práticas onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como setor da saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 301).

Com relação ao meio pedagógico, Rangel (2009) explica que neste âmbito a educação é responsável pela formação humana e social. Sua competência é de formar valores. Assim, a partir desta responsabilidade de formar valores, a autora refere que:

É nessa perspectiva de valores que se compreende a saúde como tema educativo, de formação humana e social, no interesse de que possa também ser entendida e reivindicada como direito fundamental da vida cidadã e parte essencial da dignidade humana. O que se enfatiza, portanto, é que o conceito de saúde supera, hoje, os limites do enfoque orgânico, para alcançar dimensões mais amplas e reais de suas implicações e fatores sociopolíticos, reconhecendo-se, nesses fatores, a importância das decisões e ações que possam garantir as condições sociais necessárias à saúde (RANGEL, 2009, p. 60-61).

Assim sendo, a educação em saúde caracteriza-se não apenas como um ramo, uma área, um viés da educação enquanto formação humana, mas é necessário que seja vista e articulada como um espaço onde ocorrem descobertas e efetivação prática de novos saberes relacionados à maneira de viver da sociedade humana, espaço este que colabora com o desenvolvimento de sujeitos e suas identidades sociais. (MEYER et al., 2006).

A educação em saúde necessita aproximar-se de seu público-alvo por meio de políticas, programas, atividades, enfim de estratégias de diálogo entre a teoria e a prática para que as ações educativas elaboradas com referenciais complexos não sejam apenas isto, mas que representem verdadeiramente alternativas de mudança na sociedade, provocadas justamente pelos anseios desta mesma sociedade. É preciso levar em conta a opinião do paciente e convertê-la sim em protocolo de atendimento humanizado levando em consideração a complexidade do fenômeno saúde como matéria a ser estudada pela educação. “Essa abordagem educativa em saúde busca o fortalecimento da consciência crítica das pessoas, transferindo o foco das ações educativas tradicionalmente centradas no indivíduo para um investimento no potencial dos grupos sociais”. (OLIVEIRA, 2005, p. 424).

O campo da saúde é entendido, portanto, como um espaço de ensino e de aprendizagem no qual a qualificação do cuidado em saúde é gestado no dia a dia com base em um referencial ético-político-pedagógico que se desenvolve a partir de diretrizes formativas inerentes ao fazer-saber-produzir formação em saúde que, por sua vez, é indissociável de trabalho-formação-intervenção-gestão. Trata-se, portanto, de um saber-fazer baseado na prática diária e na constante busca pelo aperfeiçoamento. (VASCONCELOS et al., 2016).

Importante destacar ainda o entendimento de Vasconcelos et al. (2016) quando afirmam que, no dia a dia dos serviços de saúde há uma espécie de saber engessado, construído pelas experiências e a forma de atuação tanto no atendimento direto ao paciente, quanto na gestão de instituições e centros de saúde padronizados, estanques e direcionados às situações modelo com atuações sempre iguais, sendo evidente a necessidade de buscar a quebra destes padrões por meio do enfrentamento de desafios para envolver e funcionar cotidianamente de forma não rotineira. No mesmo sentido, referem Meyer, Felix e Vasconcelos (2013, p. 975):

Os processos pedagógicos que tendem a fazer sentido para trabalhadores/as são aqueles que partem dos problemas que estes/as enfrentam no cotidiano do trabalho e que levam em consideração saberes e experiências que se construíram bem ali: no dia a dia do trabalho (e não somente nem primeiramente os saberes oriundos dos laboratórios, das bibliotecas, das cadeiras da academia).

Profissionais que atuam na área da saúde, que são os protagonistas dos processos de atendimento ao público precisam estar sempre revendo suas práticas. A tecnologia e as constantes mudanças vivenciadas em todas as áreas do saber humano assim o requerem. Avaliar a atuação (própria e alheia), procurando evolução de conhecimentos e qualificação dos serviços de saúde é obrigatoriedade para estes profissionais. Também é importante partir-se de cada cenário, cada órgão ou setor precisa encontrar um esquema próprio do qual resulte a eficácia dos serviços que oferece.

A educação permanente em saúde (EPS) é um movimento que permite desencadear processos de educação no próprio espaço de trabalho, promovendo reflexões sobre como tem se materializado as ações de saúde com vistas a problematizá-las e reconstruí-las por meio de práticas educativas significativas. (NICOLETTO et al., 2013). É preciso entender que: “Apreender a realidade pode levar o sujeito a apropriar-se dela e superar a compreensão fatalista das situações e, assim, descobrir o papel da consciência e da subjetividade na história”. (FREIRE, 2001 apud NICOLETTO et al., 2013, p. 1096).

Com isso, traz-se à tona a importância da busca constante pelo desenvolvimento da educação por meio de práticas pedagógicas que podem estar atreladas às políticas públicas de saúde que contemplem inúmeros programas de prevenção, atendimento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de patologias, a fim de aprender com a população (sociedade), e, ao mesmo tempo ensinar a quem atende esta população as melhores práticas.

### **3.3 Políticas públicas em educação e em saúde PREVENTIVAS do câncer de mama**

A Saúde Pública no Brasil apresenta um panorama que acompanha as mudanças sociais e econômicas de cada período. Historicamente, a população foi mantida à margem das discussões em torno das políticas públicas de educação e/ou de saúde, marcadas por interesses muitas vezes distantes das necessidades da população. (SOUZA; ANDRADE, 2008, p. 23).

Foi no início do século 20, por volta de 1930, que o governo brasileiro começou a dar atenção à saúde, especialmente, à saúde da mulher com relação à gravidez e ao parto. As primeiras políticas nacionais de saúde, da época, enalteciam as ações materno-infantis, pois crianças e gestantes eram o grupo da população mais vulnerável. Eram programas inovadores, mas nem de longe atingiam os resultados almejados, além disso, não eram vinculados entre si com ações nas três esferas do governo, sendo aplicados de forma generalizada em todos os estados, sem considerar as especificidades de cada região. (OHL et al., 2016).

Com relação ao câncer de mama, no Brasil, foi na década de 1980 que surgiram as primeiras políticas públicas educativas voltadas à prevenção. Em 2011, as preocupações a respeito do câncer de mama passaram a integrar o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), que abordam as áreas de: rastreamento, qualidade da mamografia, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e de qualidade, comunicação e mobilização social, capacitação profissional e informação.

Preocupados em prevenir e controlar o câncer de mama, encarando-o como um problema de saúde pública, na década de 1930 médicos especialistas idealizavam uma ampla política sanitária de combate ao câncer, de âmbito nacional, que pudesse orientar as ações preventivas e assistenciais em escala nacional, numa tentativa de voltar as ações para a prevenção e não como se verificava na época, apenas tratar dos casos já existentes. Era necessária uma ação conjunta entre diversos órgãos a fim de levar à população informações sobre prevenção. (KLIGERMAN, 2002).

Em meados de 1980, as ações de controle do câncer de mama tiveram um marco histórico, com o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1984), que demandava o cuidado mais amplo à mulher para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal como as primeiras ações voltadas à educação e saúde apontavam.

Em 1986 o governo federal cria o Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer (Pró-Onco) do Ministério da Saúde, sua estrutura técnico-administrativa foi implementada a partir da antiga Campanha Nacional de Combate ao Câncer, sendo que em 1990 o programa tornou-se Coordenação de Programas de Controle de Câncer e suas linhas básicas de trabalho eram a informação e a

educação sobre os cânceres mais incidentes, dentre os quais o câncer de mama. (ABREU, 1997).

O Programa Viva Mulher, implantado no final da década de 1990, traz novas diretrizes, estruturando uma rede de assistência voltada exclusivamente para a prevenção do câncer de mama. Em 2004 um Documento de Consenso delinea as novas diretrizes técnicas para o controle do câncer de mama no Brasil. (INCA, 2004). O Documento de Consenso classifica os resultados do exame mamográfico de acordo com o *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS®), publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e traduzido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) para o Brasil. Esse sistema utiliza categorias de 0 a 6 na descrição dos achados dos exames radiológicos e prevê recomendação de conduta para cada categoria. O tipo de procedimento de investigação diagnóstica complementar dependerá do tipo de lesão encontrada nos achados clínicos ou radiológicos.

A Política Nacional de Atenção Oncológica lança, em 2005, um programa que visa o controle dos cânceres do colo do útero e de mama, destacando-o como componente fundamental dos planos estaduais e municipais de saúde. (BRASIL, 2005). Também em 2005 inicia o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama 2005-2007, propondo seis diretrizes estratégicas, a saber: 1) aumento de cobertura da população-alvo; 2) garantia da qualidade; 3) fortalecimento do sistema de informação; 4) desenvolvimento de capacitações; 5) estratégia de mobilização social e; 6) desenvolvimento de pesquisas.

Em 2006, o Pacto pela Saúde concede a relevância necessária a esta patologia, incluindo indicadores na pactuação de metas com estados e municípios para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional.

Em abril de 2009, o INCA promoveu o Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama, no Rio de Janeiro, que reuniu representantes do Ministério e das Secretarias Estaduais de Saúde, do movimento organizado de mulheres e de instituições ligadas ao controle do câncer, com objetivo de conhecer a experiência de programas bem-sucedidos da Europa, Canadá e Chile. O Encontro resultou no resumo executivo com recomendações para implantação de programa organizado de rastreamento de câncer de mama. (INCA, 2009a).

Ainda em 2009 é criado o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), ampliando a oferta de mamografias pelo Ministério da Saúde, que naquele ano lança a campanha “Mais Saúde 2008-2011” com a publicação de

diversos documentos relativos à prevenção e ao combate, dentre os quais os Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama. (INCA, 2009b). As recomendações publicadas neste documento que objetivam a redução da mortalidade do câncer de mama no Brasil vêm dinamizando até os dias atuais a organização das ações de controle.

Com relação à detecção precoce, a intenção é impulsionar o diagnóstico o mais cedo possível, realizando o rastreamento de base populacional em áreas cuja elevada ocorrência da doença justifique esta iniciativa. Outras prioridades do governo federal em consonância com estados e municípios é a implementação do programa de qualidade da mamografia e a consolidação do SISMAMA como ferramenta gerencial. No Plano de Atenção Terciária, a meta é dar continuidade às ações de ampliação do acesso ao tratamento do câncer com qualidade, conforme objetivos da Política Nacional de Atenção Oncológica. (FURQUIM, 2018).

Em 2011 é criado o Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, com objetivo de intensificar as ações de controle nos estados e municípios, através de investimentos técnicos e financeiros. Em relação aos investimentos para controle do câncer de mama, as perspectivas apontadas são a garantia de confirmação diagnóstica das lesões palpáveis e das identificadas no rastreamento; a implantação da gestão da qualidade da mamografia; a ampliação da oferta de mamografia de rastreamento na população alvo; a comunicação e mobilização social; e o fortalecimento da gestão do programa. (GONÇALVES et al., 2016).

Como se percebe são inúmeras ações, programas e estratégias que foram traçados com vistas ao fortalecimento da gestão e o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde. O governo ainda possui muitas metas, mas os resultados observados até agora dão conta de que já se obteve o acesso de 100% das mulheres com lesão palpável ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento, garantia do acesso a mamografia com rastreamento de qualidade a 100% das mulheres com idade entre 50 a 69 anos e qualificação da rede de atenção para o controle do câncer de mama.

O Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, sugere ainda que todas as mulheres com suspeitas clínicas ou mamográficas de câncer de mama tenham acesso ao diagnóstico e início do tratamento no período de até 60 dias.

Em 2012, por meio da Portaria MS/SAS Nº 1.228, de 30 de outubro (BRASIL, 2012b), foi instituído o Programa de Mamografia Móvel, que visa facilitar o acesso à mamografia das residentes em municípios com baixa densidade demográfica e situação econômica desfavorecida, garantindo assim o aumento da cobertura de realização de exames de mamografia para rastreamento do câncer de mama.

Em 2013 a Portaria MS/GM Nº 874, de 16 de maio (BRASIL, 2013a), institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Segundo Gonçalves et al. (2016), esta política pública foi organizada para possibilitar o provimento de ações de atenção da população acometida por neoplasias mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, com vistas à qualificação do cuidado; a ampliação do acesso, por medicação, exames e tratamento; integração e compartilhamento do cuidado.

Ainda em 2013, o Ministério da Saúde cria o Sistema de Informação de Câncer (SICAN) no âmbito do SUS, através da Portaria MS/GM Nº 3.394, de 30 de dezembro. (BRASIL, 2013b). O SISCAN objetiva permitir o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao início do tratamento de neoplasias malignas, devendo ser implantado na rede de estabelecimentos públicos e privados como laboratórios de citopatologia e anatomia patológica; unidades fixas e móveis de radiologia com serviço de mamografia; nos serviços que realizam tratamento para câncer nas modalidades de cirurgia, quimioterapia e radioterapia; e nas coordenações Estaduais, do Distrito Federal e Municipais que acompanham as ações de controle do câncer. (GONÇALVES et al., 2016).

Em 2014, por meio da Portaria MS/GM Nº 189, de 31 de janeiro (BRASIL, 2014), é criado o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM), além do Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), estabelecendo incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação em estados e municípios.

Em 2015 são lançadas as Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama, aprovadas pelo Ministério da Saúde. A expectativa é que as diretrizes possam gerar maior eficiência na alocação de recursos e garantir maior benefício no impacto das ações de saúde e menores danos, auxiliando na ampliação e

qualificação a detecção precoce do câncer de mama, contribuindo para a diminuição da mortalidade por essa doença.

No Quadro 7 apresenta-se a linha de tempo das Políticas Públicas de Saúde e Educação no Brasil, a qual abarca de forma esquemática, a evolução das Políticas de Saúde do ente público, no sentido de demonstrar a evolução da atenção a esta patologia.

Quadro 7 – Linha de tempo das políticas públicas de saúde e educação no Brasil 1930-2015

<b>Ano</b>	<b>Estratégia/Ação</b>	<b>Conteúdo/Ementa</b>
1930	Primeiras ações	Política sanitária de combate ao câncer no âmbito nacional. Ações voltadas para a prevenção.
1980	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher	Ampliação do cuidado à saúde da mulher para além do ciclo gravídico-puerperal.
1986	Programa de Oncologia do Instituto Nacional do Câncer (Pro-Onco) do Ministério da Saúde	Informações e educação sobre os cânceres mais incidentes.
1990	Programa Viva Mulher	Rede de assistência voltada exclusivamente para a prevenção do câncer de mama.
2004	Documento de Consenso	Consenso que classifica os resultados do exame mamográfico de acordo com BI-RADS® e recomenda condutas para cada categoria.
2005-2007	Plano de Ação para Controle dos Cânceres de Colo de Útero e Mama	Diretrizes: aumento de cobertura da população alvo; garantia de qualidade; fortalecimento do sistema de informação; desenvolvimento de capacitações; estratégia de mobilização social; desenvolvimento de pesquisas.
2006	Pacto de Saúde	Aponta indicadores na pactuação de metas com estados e municípios para a melhoria do desempenho das ações prioritárias.
2009	Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama	Resumo executivo com recomendações para implantação de programa organizado de rastreamento de câncer de mama.
2008	Mais Saúde 2008-2011	Publicação de documentos relativos à prevenção e ao combate, além dos parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer.
2009	Sistema de Informação do Câncer de MAMA (SISMAMA)	Amplia a oferta de mamografias pelo Ministério da Saúde.

Continua...

...continuação

<b>Ano</b>	<b>Estratégia/Ação</b>	<b>Conteúdo/Ementa</b>
2011	Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer	Intensificou as ações de controle nos estados e municípios, através de investimentos técnicos e financeiros e sugeriu que todas as mulheres com suspeita da doença acessem o diagnóstico e início do tratamento em até 60 dias.
2012	Portaria MS/SAS n. 1.228 de 30 de outubro – Programa de Mamografia Móvel	Faciliar o acesso à mamografia das residentes em municípios desfavorecidos financeiramente ou de baixa intensidade demográfica.
2013	Portaria MS/GM n. 874, de 16 de maio – Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	Ações de atenção à população acometidas por neoplasias: qualificação do cuidado, ampliação do acesso, medicações, exames, tratamento, integração e compartilhamento do cuidado.
2013	Portaria MS/GM n. 3.394, de 30 de dezembro- criação do Sistema de Informação de Câncer (SICAN)	Monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, confirmação diagnóstica e ao início do tratamento.
2014	Portaria MS/GM n. 189, de 31 de janeiro - Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC)	Incentivos financeiros de custeio e investimento para a implantação em estados e municípios
2015	Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama	Gerar maior eficiência na alocação de recursos e garantir maior benefício no impacto das ações de saúde e menos danos.

Fonte: A autora (2019).

No item a seguir, busca-se ampliar o diálogo sobre a prevenção desta importante patologia, utilizando as grandes áreas *saúde e educação* como forma de conectarem-se entre si para melhor responder a esta proposta de investigação.

## 4 O PAPEL DA FISIOTERAPIA NA EDUCAÇÃO À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM EDUCAÇÃO E SAÚDE

Fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesiologia, da sinergia funcional e da cinesiopatologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais (CREFITO, 2019).

Desde a concepção da profissão de fisioterapia, a partir do Decreto-Lei 938 de 13 outubro de 1969, segundo Brasil (1969), na qual assegurou-se ao profissional fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física, que este profissional executa sua função para reabilitar pacientes acometidos por diversas patologias as quais tiram temporaria ou permanentemente sua independência funcional e o impede de conduzir de forma independente as rédeas da sua vida.

De acordo com a *American Physical Therapy Association*, o atendimento fisioterapêutico é:

[...] individualizado para atender as necessidades particulares de cada paciente. Paciente é o indivíduo que tem comprometimentos e limitações funcionais diagnosticadas por um fisioterapeuta e que está recebendo tratamento fisioterapêutico para melhorar a função e prevenir a incapacidade. (AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION, 2001 apud KISNER; COLBY, 2005, p. 4).

Já para Rothestein (1994 apud KISNER; COLBY, 2005, p. 5), a fisioterapia é:

[...] um corpo de conhecimento e aplicações clínicas direcionadas para a eliminação ou resolução da incapacidade. A compreensão das consequências incapacitantes da doença, da lesão e das anormalidades do desenvolvimento, e do modo de como se pode reduzir o risco de uma possível incapacidade deve ser, portanto, fundamental para que se ofereça um tratamento e serviços efetivos visando à restauração significativa da função para os pacientes e seus familiares, amigos e cuidadores.

Para Kisner e Colby (2005), a fisioterapia contribui para reduzir os quadros dolorosos e colabora com a redução de complicações pós-operatórias que, caso não tratadas, podem evoluir para períodos prolongados de imobilização ou inatividades, afirmando assim, sua imprescindível contribuição nos casos em que há comprometimento de atividades seja de vida diária ou seja laboral. Para Camargo e Marx (2000) ao fisioterapeuta também compete a pesquisa e desenvolvimento de novas técnicas de reabilitação.

A cada ano, mais e mais patologias incidem sobre a população, seja pelos diagnósticos mais precisos, seja pela consequência da modernização rápida, ou seja pela inevitável evolução da humanidade. De qualquer forma, o câncer se posiciona como patologia presente e cada vez mais incidente na população.

Ao partir do princípio, definido pelo INCA (2002), que o termo Câncer é utilizado para se referir a mais de 100 tipos de doenças nas quais qualquer célula que sofrer alterações genéticas se divide sem controle e invade tecidos do organismo por meio da circulação sanguínea e/ou sistema circulatório, pode-se ter a doença e suas conseqüentes sequelas em diversos sistemas do organismo.

Assim, de acordo com o Inca (2004), por muito tempo, pensava-se única e exclusivamente na sobrevivência dos pacientes diagnosticados com câncer, porém, com o passar dos tempos estabeleceu-se uma nova mentalidade baseada na preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar durante e após o tratamento. Desde 2003, já foi preconizado por consenso, segundo o Instituto Nacional do Câncer em parceria com o Ministério da Educação (INCA, 2004), a importância da abordagem multidisciplinar nos casos de câncer.

Segundo o documento,

[...] estas intervenções têm o objetivo de fazer uma junção entre o conhecimento e as disciplinas, intercedendo efetivamente na qualidade de vida desta população após o tratamento e favorecendo, de forma prioritária o seu retorno às atividades físicas, sociais e profissionais. A intervenção multidisciplinar engloba orientações domiciliares, tratamento ambulatorial e hospitalar e grupos educativos. Deve ser garantido o acesso às informações relacionada aos direitos previstos em lei a adequação dos recursos que garantem uma atenção integral. (INCA, 2004, p. 17).

Dessa forma, Brechner (1986) e Weinstein (2004) citados por Sampaio et al. (2005), já relatavam a importância do atendimento multidisciplinar e interdisciplinar para o paciente oncológico. Com efeito, o acompanhamento de um profissional

responsável pela reabilitação, como o fisioterapeuta, tornou-se fundamental para os pacientes oncológicos e tem crescido cada vez mais. (INCA, 2004). Por esse motivo, Faria (2010) afirmou que a fisioterapia também acompanhou o processo de mudanças e necessidades de intervenção nas diferentes patologias, e, evoluiu para novas áreas de atuação como a oncologia.

A fisioterapia em oncologia é uma especialidade recente no Brasil, que teve início nos anos 1980 no Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Rio de Janeiro. Seu objetivo é preservar e restaurar a integridade cinético-funcional de órgãos e sistemas, assim como prevenir os distúrbios causados pelo tratamento oncológico.

A fisioterapia oncofuncional, assim denominada pelo Conselho Profissional de Fisioterapia, ainda é considerada uma especialidade recente. Foi reconhecida apenas em 2009 pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

[...] o fisioterapeuta onco-funcional surge como uma peça indispensável na equipe multidisciplinar, tanto no processo de prevenção quanto de reabilitação, tendo em vista não somente a recuperação do câncer, mas também a reabilitação total nos campos físicos, psicológicos, profissional e social (COFFITO, 2009, p. 1).

Segundo Brechner (1986) e Weinstein (2004) citados por Sampaio et al. (2005), em relação às sequelas da patologia e do próprio tratamento - fontes de grandes preocupações tanto do paciente, quanto dos profissionais envolvidos - que as mesmas necessitam de múltiplos esforços terapêuticos para que sejam alcançados resultados positivos. Da mesma forma, os autores reforçam a importância na abordagem ao paciente oncológicos:

A abordagem do paciente oncológico deve ser ampla e de forma integral; ele deve ser visto como um ser biopsicosocial que carrega não apenas uma doença ou uma dor, mas todo o sofrimento causado por ela. Por isso, nos grandes centros de tratamento oncológico, encontramos, freqüentemente, uma equipe formada por diversos profissionais de saúde, como oncologistas, radioterapeutas, anestesistas, neurocirurgiões, psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Todos estão igualmente envolvidos, no processo de tratamento, seja na cura, reabilitação ou mesmo em cuidados paliativos do paciente em fase avançada da doença, quando o bem estar, o conforto e uma melhor qualidade de vida se tornam os principais objetivos terapêuticos. (BRECHNER, 1986; WEINSTEIN, 2004 apud SAMPAIO et al., 2005, p. 342).

Esta posição dos autores acima citados, atesta a importância do cuidado amplo e especializado aos pacientes com patologias oncológicas, visto que a

necessidade de múltiplos profissionais para atender de forma integral esta população sugere a necessidade do fortalecimento de políticas que atinjam desde a prevenção até a assistência.

Para Bergmann, Mattos e Koifman (2004) nos casos de câncer de mama, quando há necessidade de realizar a retirada cirúrgica do tumor, a fisioterapia oncológica pode atuar tanto no pré, quanto no pós-operatório. Esta terapêutica aborda vários aspectos, desde a preparação da paciente para a cirurgia até a reabilitação funcional no pós-cirúrgico. A paciente que se realiza um programa preventivo antes da cirurgia, diminui o tempo de internação e retorna mais rapidamente às atividades diárias e ocupacionais. Num contexto mais amplo, a atuação da fisioterapia de forma preventiva, auxilia muito a paciente que necessita de cirurgia e evita complicações comuns do pós-operatório.

Conforme as contribuições de Giacom (2013) em seu estudo, a atuação fisioterapêutica deve estar presente no tratamento das pacientes com câncer de mama, tanto no pré, quanto no pós-operatório, a qual pode desenvolver um papel fundamental na reabilitação física e conseqüentemente, na qualidade de vida dessas pacientes. A autora relata ainda que, “o fisioterapeuta oncológico deve saber lidar com as sequelas próprias do tratamento oncológico, atuando de forma preventiva para minimizá-las”. (GIACON, 2013, p. 318).

Para Camargo e Marx (2000), no pós-operatório de câncer de mama, a imagem corporal da mulher sofre alterações tanto quanto o seu estado psicológico. As autoras evidenciam que esta fase é vivenciada de várias formas pelas pacientes, de acordo com a importância que cada uma dá a sua imagem corporal, assim, torna-se evidente a importância de não aumentar o estresse do pós-cirúrgico com uma limitação articular das regiões circunvizinhas, iniciando a reabilitação o mais rápido que foi possível. Deve-se, segundo as mesmas autoras, levar em conta que a recuperação funcional também pode causar um grau de tensão.

O medo de sentir dor e a possibilidade de uma incapacidade fazem com que algumas mulheres apresentem maiores dificuldades na realização dos exercícios de recuperação. Cabe ao fisioterapeuta explicar pacientemente os movimentos necessários e, caso seja preciso, solicitar o acompanhamento psicológico destas pacientes. (CAMARGO; MARX, 2000, p. 36).

Em face de tantas evidências, mais e mais é preciso que a educação em saúde, contribua para a consciência de sua importância e seja questão de políticas públicas vigorosamente propostas.

O fisioterapeuta, juntamente com outros profissionais da saúde, de modo geral, até pouco tempo atrás restringiam sua atenção às doenças, seu tratamento e a reabilitação por meio das terapias cabíveis a cada profissional, definindo sua atuação através de um modelo plenamente reabilitador. Ao longo da história, a fisioterapia esteve focada em dois níveis de atenção à saúde: o diagnóstico funcional e a reabilitação. Porém, novas especialidades foram sendo criadas, privilegiando a área da prevenção e promoção e aos poucos, as atividades essencialmente curativas e reabilitadoras foram cedendo espaço à atenção primária em saúde, ampliando significativamente o leque de intervenção da fisioterapia. Para Baracho (2007), em relação a atuação do fisioterapeuta na prevenção:

[...] poderá atuar nas três fases: na prevenção primária, tem como objetivo a conscientização, orientação e prevenção do surgimento do câncer, através de ações que impeçam os fatores ambientais de agirem prejudicialmente sobre o indivíduo; na prevenção secundária, que se caracteriza pela instalação da doença, o fisioterapeuta atua com um caráter mais curativo e tenta evitar as complicações decorrentes da doença, e os efeitos colaterais do tratamento do câncer; e na prevenção terciária, tem o papel de evitar contraturas e deformidades, maximizar as habilidades funcionais remanescentes, controlar os sintomas e melhorar a qualidade de vida do paciente, visando a sua reinserção na vida domiciliar, social e laboral (BARACHO, 2002, p. 45).

Assim, com a evolução dos tempos e da própria forma de conceber a saúde/doença, que a fisioterapia enfim cedeu espaço à atenção primária em saúde ao ampliar significativamente sua intervenção e privilegiar as áreas de promoção e prevenção à saúde na busca pela melhora qualidade de vida.

Desta forma, o fisioterapeuta, precisa estar ciente acerca das políticas públicas que podem oferecer suporte para mulheres com câncer de mama, a fim de compreender, interpretar e orientar de forma integral acerca dos significados da cirurgia, das práticas de autocuidado no pós operatório e da prevenção das possíveis sequelas decorrentes do tratamento, o que configura educação em saúde, segundo o documento Diretrizes de Educação em Saúde Visando à Promoção da Saúde (BRASIL, 2007, p. 20), o qual:

Reafirma a educação como um sistema baseado na participação das pessoas visando à mudança (transformação) de determinada situação, rompendo com o paradigma da concepção estática de educação como transferência de conhecimentos, habilidades e destrezas.

Além disso, o mesmo documento traz que “a prática de saúde, enquanto prática educativa, tem por base o processo de capacitação de indivíduos e grupos para atuarem sobre a realidade e transformá-la”. (BRASIL, 2007, p. 21). Esta capacitação da qual trata o documento é justamente a especialização, a formação continuada e o empenho dos profissionais de saúde de todos os âmbitos, quer na prevenção ou tratamento, em buscar estar sempre o mais bem informados sobre assuntos relativos ao desempenho de suas funções.

Sabe-se que as mulheres possuem singularidades em relação à sua patologia, por isso, conhecer as diversas políticas de atenção à saúde que podem representar um alívio, um suporte, uma esperança à paciente são fundamentais para o profissional, no caso deste estudo, o Fisioterapeuta, a fim de que, com sua prática possa elevar a qualidade de vida de suas pacientes.

Outro fator importante é que a prática educativa, ou seja, a orientação por parte do profissional à paciente, deve partir do princípio de respeitar o universo cultural da paciente e das pessoas a sua volta (familiares, amigos), bem como as formas de organização da comunidade, levando em consideração que todas as pessoas acumulam experiências, valores, crenças, conhecimentos e são detentoras de um potencial para se organizar e agir. (BRASIL, 1989).

Com relação à forma de comunicação (educação para a saúde) entre equipe multidisciplinar de profissionais de saúde e mulheres acometidas por complicações, por exemplo, as pós-operatórias, é importante que esta seja clara e de fácil compreensão. Nesse sentido, um estudo realizado na Universidade da Francônia, na Alemanha, comprova a efetividade de um programa de atenção ao linfedema – uma possível sequela de pós-operatório de retirada de linfonodos axilares em conjunto com mastectomias – em que as orientações às pacientes submetidas a estas intervenções, são padronizadas, contendo informações claras e necessárias. (BANI et al., 2007 apud PANOBIANCO et al., 2009).

Possibilitar que as mulheres submetidas ao tratamento do câncer, seja ele cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico, e que apresentam ou não sequelas decorrentes destes, obtenham informações claras e precisas a respeito de seu

tratamento e prevenção do surgimento de outras complicações é papel crucial para o profissional de saúde. A educação para a saúde perpassa diversos aspectos, inclusive o de proporcionar o entendimento e a adoção de novas posturas e hábitos mais saudáveis de vida, incentivando estas mulheres a aderir às práticas de prevenção e/ou de controle das complicações. (PANOBIANCO et al., 2009).

Quando Panobianco et al. (2009) referem-se à adoção de hábitos mais saudáveis de vida que são adotados a partir de informações, orientações e conselhos por parte dos profissionais de saúde, pode-se ampliar o entendimento da grandiosidade desta intervenção com o que preconiza o documento Diretrizes de Educação em Saúde Visando à Promoção da Saúde (BRASIL, 2007, p. 22), quando assim estabelece:

A finalidade da ação de Educação em Saúde **é a transformação**. Esta ação, como área do conhecimento, contribui de forma decisiva para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social. (grifo nosso).

Outro entendimento a partir do mesmo trecho do referido Documento é sobre a relevância da prestação de auxílio de caráter informativo, que se dá quando o profissional assume a responsabilidade de informar e orientar a paciente sobre os elementos que envolvem sua patologia, no caso deste estudo, principalmente das dificuldades e complicações apresentadas pelo membro superior homolateral à cirurgia ou radioterapia, sugerindo a adoção de práticas saudáveis e de manutenção da qualidade de vida. A “transformação” produzida pela Educação em Saúde, proporcionada pela orientação segura do profissional, assegura à paciente o entendimento de sua condição e evolução do quadro com maior autonomia.

Encontra-se no Programa de Saúde da Família (PSF), algum viés que pode ser entendido/adaptado como uma atenção especial, quando o texto legal que regulamenta o referido programa refere que “o PSF faria a promoção do acesso, prioritariamente, para os grupos sociais mais vulneráveis [...]”. (SENNA, 2002, p. 208). Por este ângulo, o PSF pode representar o vínculo com o sistema de saúde por meio de uma equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população, em território definido, onde desenvolve suas ações, assumindo os compromissos de reconhecer a saúde como um direito de cidadania,

humanizando as práticas de saúde e buscando a satisfação do usuário pelo seu estreito relacionamento com os profissionais de saúde, além de outras atenções.

Na mesma linha, uma estratégia da promoção da educação em saúde recomenda reforçar a ação comunitária, objetivando a formulação local de políticas saudáveis e permitindo uma maior influência da sociedade na definição de prioridades. Neste sentido, o processo de descentralização e as experiências exitosas de diversos sistemas municipais de saúde e comunitários no país são fatores favoráveis à adoção do paradigma da promoção da saúde no Brasil. (BRASIL, 2007).

Não se pode elencar em primeiro lugar ou estabelecer como principal, mas se percebe que, no Brasil, o documento Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, publicado em 2015, encontra-se entre os de maior abrangência na atenção às mulheres, por meio da mamografia que é o método preconizado para rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher. A mamografia é o único exame cuja aplicação em programas de rastreamento apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade do câncer de mama.

De acordo com Pascoal (2008) levando em consideração que o Sistema Único de Saúde (SUS) é um programa que integra diversas áreas de atuação com multidisciplinaridade profissional, é natural que contemple a prevenção ao câncer de mama e suas complicações, atuando na dimensão sócio-antropológica, ou seja, reflexos, temores, consequências, enfim, aspectos psicobiológicos. Assim, percebe-se que existe a necessidade de ampliação dos estudos e das pesquisas que venham a levar em conta a opinião das mulheres, conhecendo suas limitações, anseios, angústias, e que as políticas públicas sejam voltadas para as reais necessidades deste grupo de mulheres, o que lhes propiciará um atendimento de maneira integral.

Meyer et al. (2006) chamam a atenção para a quase totalidade dos programas educativos voltados à saúde que apenas preocupam-se em transmitir conceitos, sem levar em grande conta os anseios reais dos principais envolvidos – os pacientes.

Os projetos educativos em saúde seguem sendo majoritariamente inscritos na perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado, que 'a gente detém e ensina' para uma 'população leiga', cujo saberviver é desvalorizado e/ou ignorado nesses processos de transmissão. Assume-se

que, para 'aprender o que nós sabemos', deve-se desaprender grande parte do aprendido no cotidiano da vida (MEYER et al., 2006, p. 1336).

Da mesma forma, Souza (2007, p. 106) comenta que:

Os programas de saúde do SUS ainda permanecem pautados numa perspectiva biológico/curativista. Não se observa uma preocupação ou espaços para a formação profissional voltada para os 'bons encontros', fundamentais no enfrentamento da doença e recuperação dessas mulheres, que deveriam existir desde a primeira consulta.

No Documento de Consenso do Ministério da Saúde (INCA, 2004), as indicações e limitações da realização da técnica da Biópsia do Linfonodo Sentinela (BLS) - que é uma técnica que preserva os linfonodos axilares quando estes não estiverem atingidos por células tumorais, e que, diminui consideravelmente as complicações com o membro superior homolateral à cirurgia - dão clara indicação de que há grande eficácia na preservação dos linfonodos axilares. Todavia, mesmo com tais afirmações, ainda há instituições de saúde como hospitais e clínicas que realizam tal procedimento como rotina, por variadas razões, dentre as quais: déficit de mão de obra especializada, falta de informação, ausência de material necessário e alta incidência de tumores em estágio avançado. (PASCOAL, 2008).

No tocante à legislação, encontra-se na Lei Federal 12.732 (BRASIL, 2012a) o estabelecimento de direitos aos pacientes com câncer de realizarem o tratamento completo pelo SUS e de iniciarem o tratamento em, no máximo, 60 dias após o diagnóstico. No caso de neoplasia maligna de mama, a legislação (9.797/99 e 9.656/98) assegura a reconstrução mamária da paciente. No Art. 2º, §2º se encontra que: "Os pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos". (BRASIL, 2012) Assim, pode-se supor que em "manifestações consequentes de neoplasia maligna" insiram-se as complicações ao membro homolateral a cirurgias. Também a Portaria nº 55/99 assegura que pessoas com câncer têm direito a realizar tratamentos pelo SUS em outras cidades referência, no mesmo estado do paciente ou em outros estados, e havendo necessidade da assistência de um acompanhante, as despesas relativas a este também deverão correr por conta do estado.

Pelo impacto que causa na sociedade, devido à interrupção da vida rotineira das mulheres, com reflexos psicológicos, sociais e até econômicos, haja vista que

impede a mulher de retornar com brevidade ao seu trabalho e, em alguns casos, dificulta a readaptação ao trabalho com comprometimento dos movimentos dos membros superiores, enfim, o câncer de mama é uma das doenças que representa grandes desafios às políticas públicas de educação e de saúde, já que acomete parte significativa da população brasileira, exigindo, portanto, o desenvolvimento de programas e ações de promoção e prevenção da saúde, controle da doença, combate e tratamento, abrangendo uma cadeia de serviços interligados e complementares com a presença de profissionais competentes que possam atuar nas diferentes regiões do país (OHL, et al., 2016).

No capítulo a seguir, apresentam-se os resultados das entrevistas com as pacientes selecionadas, que integraram a amostra deste estudo, bem como as referidas discussões acerca destes resultados.

## 5 A REALIDADE PESQUISADA

Esta abordagem empírica teve o propósito de: *Identificar se as práticas de atenção fisioterapêuticas, enquanto educação em saúde no pós-operatório do câncer de mama, interferem no tempo de afastamento laboral desta patologia*, através da análise específica da relação entre as práticas de atenção fisioterapêutica enquanto educação em saúde e o afastamento laboral destas mulheres; da análise do afastamento laboral no pós-operatório de câncer de mama e sua relação com o impacto socioeconômico gerado pelo afastamento; e, da contextualização da inserção das práticas educativas de atenção fisioterapêutica de educação em saúde, enquanto políticas públicas em saúde e educação.

Assim, este capítulo destina-se à reflexão acerca dos resultados obtidos a partir das entrevistas realizadas com a amostra selecionada para este estudo. A análise dos dados é feita por estatística descritiva e, leva em conta a análise de conteúdo de Bardin (2011), além de alicerçar-se na literatura para discutir os resultados apresentados nesta investigação.

A amostra da pesquisada, composta por 25 mulheres com idades entre 40 a 60 anos obteve média de idade de 47,68 anos, como pode ser observado no Quadro 8. Destas, dez realizaram tratamento por convênios e 15 realizaram no Sistema Único de Saúde (SUS). A incidência de acometimento no hemicorpo, foi de 50% no direito e 50% hemicorpo esquerdo, sendo que uma paciente apresentou a doença bilateralmente. O quadro a seguir demonstra os dados mencionados e percentuais relativos.

Quadro 8 – Média de idade e hemicorpo acometido

<b>Amostra (seguradas)</b>	<b>Média da Idade (anos)</b>	<b>Hemicorpo acometido (Esquerda, Direita e Bilateral )</b>
Convênios	49	60% E; 40% D; 10% B
SUS	46,8	40% E; 60% D
<b>Total</b>	<b>47,68</b>	<b>50%</b>

Fonte: A autora (2019).

De acordo com pesquisa realizada por Pinheiro et al. (2013), um estudo transversal que descreveu o perfil clínico e epidemiológico 12.689 mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama no Brasil, atendidas no Módulo Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer e no Registro Hospitalar de Câncer do Estado de

São Paulo, entre os anos 2000 a 2009, a mediana de idade foi de 36 anos, com predominância de mulheres na faixa etária de 36 a 39 anos (50,9%). A origem do SUS foi de 74,6% e 19,4% do não SUS. Quanto a lateralidade, 49,6% apresentaram tumor na mama direita, 49,3% na esquerda e 1,2% bilateralmente, sendo que o maior acometimento foi no quadrante superior externo.

No trabalho de Sebastião et al. (2014), verificou-se que 52,4% das pacientes estudadas desenvolveram câncer na mama esquerda e 38,1%, na mama direita. Da mesma forma, o estudo de Nunes et al. (2012), o qual traçou o perfil epidemiológico de 101 pacientes com câncer de mama em uma cidade do Rio de Janeiro, constatou que mama esquerda foi a mama de maior apresentação de câncer, e a localização exata mais frequente foi no quadrante superior externo esquerdo, com incidência de 27,6%.

No presente estudo, contatou-se que todas as mulheres entrevistadas estavam inseridas no mercado de trabalho no momento em que receberam o diagnóstico de câncer de mama. Oito delas, funcionárias públicas, sete estaduais e uma municipal. As demais entrevistadas (17), apresentaram vínculo empregatício no sistema privado, sendo que destas, uma como autônoma e três como agricultoras, como pode ser constatado no Quadro 9.

Quadro 9 – Profissões exercidas

<b>N</b>	<b>Setor público</b>	<b>N</b>	<b>Setor Privado</b>
1	Merendeira	2	Téc. Administrativa
3	Professora	1	Cabelereira
1	Enfermeira	1	Enfermeira
1	Carteira	1	Caixa de supermercado
1	Bióloga	2	Secretárias
1	Técnica de enfermagem	1	Serviços Gerais
		1	Técnico Raio x
		1	Telefonista
		3	Agricultoras
		2	Faxineiras
		1	Confeiteira
		1	Montadora de máquinas
<b>8</b>	<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>Total</b>

Fonte: A autora (2019).

Em um estudo qualitativo de método hermenêutico-dialético realizado por Frazão e Skaba (2013), o qual objetivou identificar as expressões da questão social,

referidas por pacientes mulheres com diagnóstico de neoplasia maligna de mama, durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante no Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva (INCA), utilizando uma amostra de dez mulheres, todas relataram a experiência de inserção no mercado de trabalho. Uma entrevistada relatou ser aposentada por tempo de serviço, uma era funcionária pública, duas autônomas e quatro atuavam sem vínculo empregatício, porém o estudo não especificou quais eram as atividades laborais das participantes.

Na presente pesquisa, observa-se uma diversidade de profissões, sendo elas, ocupações que não exigem frequência escolar, como é o caso da agricultura, até aquelas vinculadas ao ensino superior. Esta diversidade profissional, pode sugerir que a doença não tem preferência por classe social, incidindo sobre o ser humano nas diversas condições socioeconômicas e culturais.

Grande parte dos estudos sobre as consequências do câncer de mama analisa o perfil dos pacientes, as principais sequelas físicas advindas do tratamento e até mesmo a eficácia destes. Também muito se observa acerca da avaliação da qualidade de vida desta população. De outra forma, existem muitos trabalhos sobre o tema Educação em Saúde, entretanto, escassos, sobre a questão da fisioterapia na educação destes pacientes, da mesma forma ocorre com o tema impacto sócio-econômico por esta patologia.

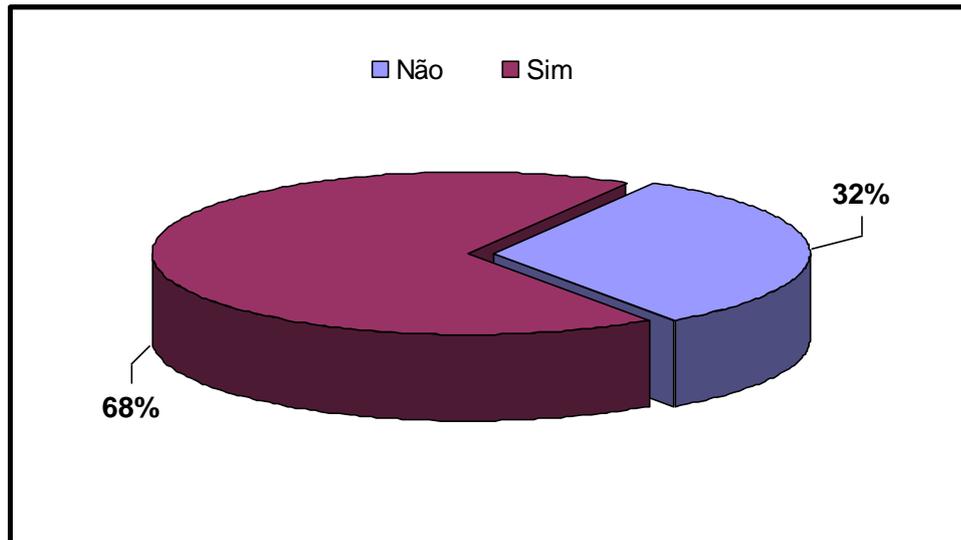
Nessa perspectiva, as principais categorias aqui estudadas relacionam-se às práticas de atenção fisioterapêutica em saúde e o impacto sócio-econômico pelo afastamento laboral no tratamento do câncer de mama e o papel da educação em saúde. Assim, com o propósito de melhor descrever os resultados alcançados, a seguir, é feita a análise dos objetivos/categorias, para melhor atender aos objetivos específicos desta pesquisa.

### **5.1 Práticas de atenção fisioterapêutica em educação e saúde**

Na amostra pesquisada, observou-se que a maioria das mulheres realizou o tratamento fisioterapêutico (68%) no período pós-operatório, conforme pode ser constatado no Gráfico 5. Da mesma forma, não houve, nenhuma voluntária que realizou o tratamento fisioterapêutico no período que antecedeu à cirurgia, ou seja, 100% não realizou fisioterapia no período pré-operatório.

O quadro apresentado na sequência é ilustrativo.

Gráfico 5 – Realizaram ou não a fisioterapia no pós-operatório



Fonte: A autora (2019).

Segundo Kisner e Colby (2005, p. 4):

O tratamento fisioterápico é imprescindível para qualquer indivíduo cuja atividade diária esteja comprometida. Nos processos de doença, contribui na redução de quadros dolorosos e evita possíveis complicações após cirurgias ou longos períodos de imobilizações.

Para Jammal, Machado e Rodrigues (2008), a fisioterapia além de ser de grande relevância nos casos de câncer de mama, pode iniciar sua abordagem ainda no pré-operatório através de orientações sobre as condutas que devem ser adquiridas no pós-operatório e também, a respeito da importância da adesão ao tratamento reabilitativo.

Assim, a reabilitação iniciada no período anterior à cirurgia, objetiva preparar fisicamente o corpo para o pós-operatório, orientar as mulheres em relação às condutas, atividades e exercícios que deverão ser adotados no período pós cirurgia, bem como, às possíveis dúvidas acerca do procedimento ao qual a mesma está sendo submetida. Para Baracho (2007), a fisioterapia pré-operatória é de fundamental importância, pois identifica fatores que podem contribuir para o aparecimento das complicações decorrentes da cirurgia.

Já no dizer de Magno (2009), a reabilitação através da fisioterapia, deve ser realizada em todas as fases do tratamento para o câncer de mama, incluindo o período de realização de quimioterapia, radioterapia, pré e pós-cirúrgico, acompanhamentos em caso de reincidência da doença ou até mesmo nos casos

onde o tratamento médico não pode mais ser considerado curativo, e sim, apenas paliativos. Segundo o autor, em cada fase o tratamento, as necessidades de cada paciente deve ser avaliadas e consideradas na reabilitação. (MAGNO, 2009).

Segundo Batiston (2005), a fisioterapia desempenha um papel fundamental tanto na recuperação física de mulheres operadas pelo câncer de mama, quanto na oportunização de informações para ajudar as mulheres a atingirem um sentimento de controle da situação.

De acordo com Faria (2010, p. 79), “a fisioterapia precoce tem como objetivo prevenir complicações que poderão ocorrer [...]”. Nesta perspectiva, Abreu e Koifman (2002, p.115), afirmam que “o conhecimento dos fatores prognósticos é fundamental na determinação dos programas terapêuticos e fisioterapêuticos”.

No presente estudo, verificou-se que 32% da amostra não realizou reabilitação com fisioterapia em nenhum momento do pós-operatório. Diversos autores citam a importância da reabilitação no período pós-cirúrgico desta patologia, e, inclusive definem o momento mais adequada para que esta seja iniciada, tais como Bergmann, Mattos e Koifamn (2004), que afirmam que a reabilitação com fisioterapia no pós-operatório imediato, ou seja, até 30 dias da realização do procedimento cirúrgico, previne complicações e ajuda aliviar os sintomas físicos desagradáveis da intervenção, tais como dor e dificuldades na realização de movimentos que interferem nas atividades de vida diária, principalmente atividades básicas ligadas à higiene e alimentação. Assim, são adotadas condutas e orientações quanto aos cuidados que devem ser tomados neste período. Os tratamentos preconizados neste período constituem-se de orientações quanto aos cuidados na execução das atividades de vida diária, exercícios e terapias de apoio (BARACHO, 2007).

Após o período de pós-operatório (PO) imediato, período este também denominado, PO tardio, a fisioterapia busca restaurar a amplitude dos movimentos da articulação acometida e melhorar a força muscular do membro em questão, o que permite maior independência funcional nas atividades de vida diária, menor sensação e intensidade da dor pela imobilização e/ou realização das atividades necessárias.

Para Marcucci (2005), a fisioterapia possui um arsenal de condutas que possibilitam a restauração dos movimentos necessários para a independência funcional da mulher acometida pelo câncer de mama, o que compreende exercícios

e atividades físicas direcionadas e orientadas para restauração de movimentos, exercícios e atividades orientadas para prevenir possíveis complicações que podem surgir pela necessidade do procedimento e orientações quanto a realização e restrição de atividades necessárias no pós-operatório.

Para Pimenta et al. (1997), os sintomas de dor e incapacidades funcionais gerados pelo câncer e seu tratamento podem causar grande prejuízo funcional, como confinamento ao leito, anorexia, perda do convívio social, redução das atividades profissionais e de lazer. Assim, Baracho (2007), sugere que o tratamento PO deve ser empregado em todas as mulheres submetidas à cirurgia de câncer de mama, objetivando auxiliar na manutenção do resultado obtido cirurgicamente, evitar complicações e restabelecer funções.

No estudo de Giacon (2013), foi constatado que mulheres que realizaram fisioterapia após a cirurgia para retirada do câncer de mama apresentaram evolução positiva constatada pela goniometria e força muscular. Também constatou correlação entre a fisioterapia e a melhora no aspecto físico, nas realizações das Atividades de Vida Diária, na diminuição da dor e no aspecto emocional. Já as mulheres que não realizaram a reabilitação com fisioterapia apresentaram melhoras tardias e algumas sequelas e limitações físicas.

Tais indicações dos autores citados, também são encontradas na prática profissional da pesquisadora e esta investigação parece corroborar.

No presente estudo, ao constatar o fato de 32% da amostra, o que corresponde a oito das 25 mulheres, não terem optado pela fisioterapia após o procedimento cirúrgico, deve-se considerar os motivos pelos quais as mesmas não realizaram tal reabilitação, através do relato das mesmas, como pode ser visualizado no Quadro 10, a seguir.

Quadro 10 – Motivos da não realização da fisioterapia

<b>Motivo da não realização</b>
“Não senti necessidade”
“Não fui encaminhada para fazer fisioterapia”
“Segui a orientações do médico”
“Não quis gastar, apesar da indicação para fazer fisioterapia”
“Não tive encaminhamento”
“Realizei as orientações do médico e ainda, não tinha dinheiro para fazer fisioterapia”
“A Dra. me ensinou, fiz em casa o que ela mandou e ainda por cima, tinha medo de fazer fisioterapia”
“Não fui encaminhada”

Fonte: A autora (2019).

No estudo de Pinheiro et al. (2013), observou-se que a não realização do tratamento proposto foi pouco frequente (3,0%), o estudo considerou como categorias de terapêuticas: a cirurgia, quimioterapia, radioterapia, demais tratamentos e nenhum tratamento. Na categoria demais tratamentos, 27,9% das mulheres realizaram e na categoria, nenhum tratamento, 1,7% das pacientes foram incluídas. O estudo também apontou as razões da não realização, sendo que 0,9% foi por óbito, 0,3% por abandono, 0,2% pela doença encontra-se avançada e 0,1% se recusou a realizar o tratamento. Foi considerado, ainda, 1,5% como “outra causa”, como motivo da não realização.

A partir do diagnóstico da doença, ou até mesmo no período que antecede este, a mulher passa a sofrer os efeitos do impacto e das mudanças que ocorrerão com todo o processo do restabelecimento de sua saúde. Seu estado psicológico e sua imagem corporal sofrem alterações advindas das mudanças físicas necessárias para extirpação da doença. Este é um período muito impactante para a mulher e todos de seu convívio. Haja vista as múltiplas necessidades, os profissionais envolvidos com o processo de tratamento/cura são unânimes em compreender o imperativo da necessidade de múltiplos profissionais serem solicitados para um cuidado global destas mulheres.

Contudo, as manifestações individuais das mulheres que passaram por esta situação, são diversas e inconstantes, o que pode ser constatado através dos

motivos pela não realização da fisioterapia, expostos no Quadro 3. O relato “*Não senti necessidade*”, pode expressar uma questão maior envolvida. A necessidade de eliminar a doença passa a ser primordial em relação às sequelas adquiridas através deste processo. Ou mesmo, inferir que “o quadro não estava tão ruim assim”, como havia pensado anteriormente ao procedimento cirúrgico.

O fato de realizar todas as sugestões do profissional responsável direto pelo seu cuidado, como na fala: “*A Dra. me ensinou, fiz em casa o que ela mandou [...]*”, ainda não foi o suficiente para permitir a mesma segurança nas demais etapas do tratamento, pois complementa com o relato: “*[...] e ainda por cima, tinha medo de fazer fisioterapia*”. Este último fragmento permite reforçar a importância da garantia ao acesso às informações claras e precisas em relação ao tratamento, conforme é sugerido por Panobianco et al. (2009), os quais ressaltam que a partir do acesso às informações, orientações e conselhos por parte dos profissionais de saúde, as pacientes podem adotar hábitos mais saudáveis de vida, o que é ratificado em alto grau pela finalidade das ações de Educação em Saúde, - a **transformação**. (BRASIL, 2007). A mesma aprovação vem de Machado et al. (2007, p. 335) que ressaltam que a educação em saúde

[...] requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras, enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidado de si, de sua família e da coletividade.

Outras falas com inferências de necessidades informativas vem de: “*Realizei as orientações do médico e ainda, não tinha dinheiro para fazer fisioterapia*” e “*Não quis gastar, apesar da indicação para fazer fisioterapia*”, nos fragmentos “[...] não tinha dinheiro para fazer fisioterapia.” e “*Não quis gastar [...]*” apontam a falta de conhecimento de que este tratamento é oferecido pelo Sistema Único de Saúde, ou seja gratuitamente, na modalidade Fisioterapia Geral, não na especialidade de Fisioterapia em Oncologia. Apesar de o Coffito, referir que o profissional especializado em fisioterapia oncofuncional é indispensável na reabilitação de mulheres que passaram por tratamento para o câncer de mama, por representar o mais alto padrão em reabilitação para esta patologia, a partir do Decreto-Lei 939 de 13 de outubro de 1969, é assegurado ao fisioterapeuta executar técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade

física destes pacientes com técnicas reabilitativas para as diversas patologias por ele apresentadas. Dessa forma, ratifica-se a competência do profissional nas diversas áreas de atuação, mesmo sem a especialização específica para atender pacientes oncológicos, como ocorre com os atendimentos gratuitos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde. E, esta constatação não invalida de forma alguma o fato da necessidade do atendimento multiprofissional e especializado para esta população. Apenas sugere-se que não se pode ficar sem atendimento por falta de recursos financeiros, já que existe reabilitação, mesmo que generalista, porém gratuita oferecida pelo Sistema Único de Saúde de nosso país.

Outros relatos verbalizando motivos tais como: *“Não fui encaminhada para fazer fisioterapia”*; *“ Não tive encaminhamento”*; *“Não fui encaminhada”* e até mesmo *“Segui a orientações do médico”*, sugerem lacunas na indicação do tratamento global, multiprofissional e/ou especializado. Lacunas estas que podem impedir o paciente de receber as orientações necessárias de forma especializada, clara e direta para seu restabelecimento. Aqui, chama-se atenção para o tempo de retorno das pacientes às suas atividades laborais ou mesmo as de vida diária. Quanto mais informações, orientações e atenção ao cuidado em relação à diminuição e restabelecimento físico, mais cedo pode ocorrer o retorno à rotina, nos casos possíveis. Isto pode inferir uma projeção a respeito do impacto que resulta da transformação pretendida pela educação em saúde, o qual pode abranger não somente o indivíduo, mas também, toda a sociedade. O próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a, p. 130), infere que a “[...] Educação em Saúde potencializa o exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde, no sentido de que respondem às necessidades da população. A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social em saúde.” Logicamente, que não se pode admitir como certa a transformação gerada pela educação em saúde somente pelo fato de a mulher ser atendida pelo profissional especializado no pós-operatório, mas é um meio ao qual esta transformação possa acontecer. É uma possibilidade maior de acessar de forma clara e objetiva a necessidade urgente da mudança do hábito requerida pela nova situação que a mulher se encontra, ou seja, é uma condição que pode levar à **transformação**, objetivo aspirado pela educação em saúde.

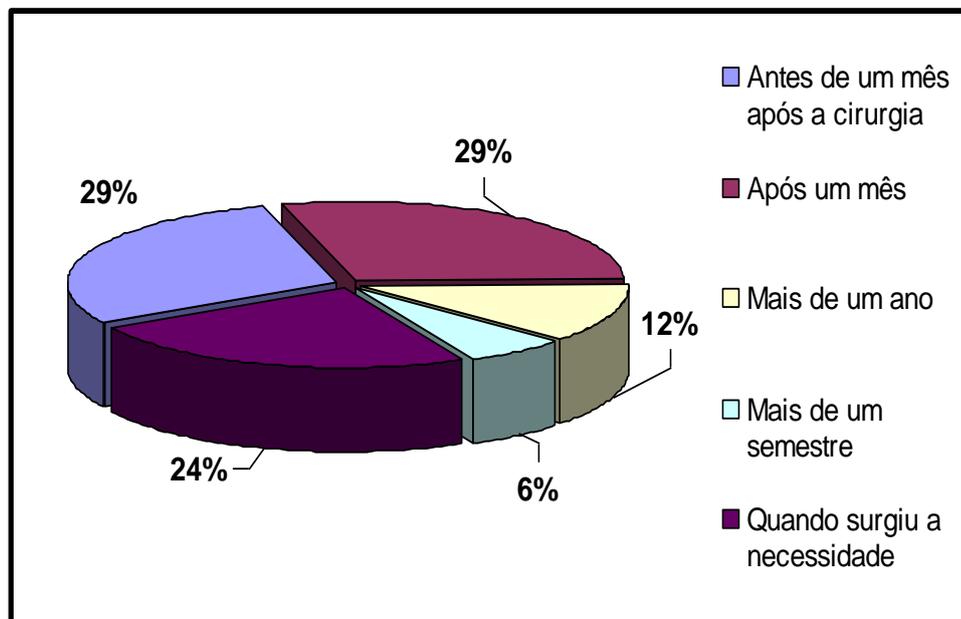
Ao analisar as mulheres que realizaram fisioterapia no PO, pode-se evidenciar através do Gráfico 6, um alto índice (24%) de mulheres que relataram ter

iniciado a reabilitação somente após “surgir necessidade”, motivo este, também pode ser atribuído as que iniciaram após um semestre (6%) ou mesmo um ano do pós-operatório (12%), por considerar que seis meses ou um ano se trata de extensos períodos após a cirurgia para que se possa orientar e prevenir problemas que melhor se resolveriam se a reabilitação iniciasse o mais cedo possível, principalmente com o propósito de orientar as pacientes acerca dos cuidados e prevenções como por exemplo, riscos da inatividade prolongada ou da instalação de linfedema pós-operatório.

As mulheres que iniciaram fisioterapia antes dos 30 dias, correspondem a 29%, representam um total de cinco mulheres, o mesmo número das que iniciaram após 30 dias da cirurgia, (cinco mulheres, representando 29% da amostra).

Segundo as constatações realizadas pelo estudo de 12.689 casos de pacientes jovens analisados por Pinheiro et al. (2013), devem-se discutir estratégias de prevenção secundária direcionadas para as faixas etárias, além da necessidade de um olhar diferenciado dos profissionais de saúde no cuidado das pacientes jovens com câncer de mama.

Gráfico 6 – Tempo após a cirurgia que iniciou a fisioterapia



Fonte: A autora (2019).

Ao serem questionadas em relação aos motivos pelos quais realizaram fisioterapia, observou-se que a “falta de mobilidade”, associada ao membro superior

homolateral à cirurgia foi o motivo mais relatado pela amostra pesquisada, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Análise dos motivos para realização da fisioterapia

<b>Motivo para realizar a fisioterapia</b>	<b>Número de mulheres</b>	<b>Percentual</b>
Surgiu necessidade para o trabalho	1	4%
Falta de mobilidade	14	56%
Linfedema	3	12%
Edema e prevenção	1	4%
Por orientação médica	3	12%
Medo de erguer o braço	2	8%
Dor	4	16%
Dificuldade de erguer o braço	2	8%

Fonte: A autora (2019).

Segundo algumas pesquisas, uma das maiores queixas das mulheres que realizam cirurgia para retirada do câncer de mama são as sequelas relacionadas aos aspectos físicos. (PAYNE, 2000 apud BARACHO, 2007).

Para Camargo e Marx (2000), o que se observa imediatamente no pós-operatório é a dificuldade de movimentação das articulações do ombro. Esta limitação, segundo as autoras ocorre pela provável dor gerada no procedimento cirúrgico. No presente estudo, 56% da amostra relatou a “Falta de Mobilidade” e 8% a “Dificuldade de erguer o braço” (Tabela 1), como o principal motivo para realizar a reabilitação com fisioterapia, o que corrobora com os estudos presentes na literatura.

Segundo a literatura, dentre as complicações físicas que aparecem com maior frequência no PO, encontram-se a linforrêia, que nada mais é que o escoamento de líquidos e sangue, na região da incisão cirúrgica. A literatura relata que a imobilização do membro superior homolateral à cirurgia, preconizada durante muito tempo como forma de cuidado pós-operatório, favorece o aparecimento de complicações as quais limitam ainda mais a amplitude de movimentos e aumento do risco de surgimento do linfedema. (CAMARGO; MARX, 2000). No presente estudo, o relato de “Linfedema” e “Edema e prevenção”, aparecem como motivos para a realização da fisioterapia em 12 e 8% respectivamente da amostra.

A dor é, segundo Lima et al. (2013), o sintoma de maior impacto na qualidade de vida dos pacientes com câncer, envolve aspectos físicos, psíquicos, afetivos, culturais, sociais, autonômicos e da própria doença, assim, evidencia-se o controle da dor principalmente no pós-operatório desta patologia como forma de melhora na

qualidade de vida destas pacientes. Na pesquisa aqui desenvolvida, apenas, 16% das entrevistadas relataram que a dor foi o motivo para a realização da fisioterapia.

Para Baracho (2007) as principais complicações pós-cirúrgicas são de origem nervosa, as quais refletem-se em diminuição da sensibilidade da pele da região no membro superior homolateral à cirurgia e deformidades na região da escápula, denominada “escápula alada” o que gera desde desconto aos diferentes posicionamentos corporais, dor, impossibilidade de manter posturas mesmo deitada, dificuldade e impossibilidades de realizar movimentos que exijam elevação do braço estendido acima do nível do seu ombro; disfunção do ombro, levando à espasmos musculares da região cervical e ombro, impedindo a realização de movimentos simples como vestir calça, abotoar sutiã ou mesmo pentear-se. Também é relatado o acúmulo de líquido concentrado na região axilar do membro homolateral à cirurgia e o acúmulo de líquidos no braço, sugerindo a instalação do sintoma mais estressante para muitas mulheres – o linfedema. O linfedema ocasiona a diminuição importante da qualidade de vida, levando ao decréscimo das atividades físicas, abandono das atividades de lazer, limitações laborais, frustração, depressão e ansiedade. (BARACHO, 2007).

No presente estudo, observou-se nas entrevistadas muitas das sequelas físicas sugeridas pela literatura as quais estão evidenciadas na Tabela 1. Apenas 12% das entrevistadas relataram que o motivo para a reabilitação foi a indicação médica e não propriamente as sequelas físicas geradas pelo procedimento e, 8% relataram ser o “Medo de erguer o braço”, como fator essencial para iniciar a reabilitação. Apenas 4% da amostra relataram que “Surgiu necessidade para o trabalho”. Porém, esta entrevistada já havia retornado à sua função laboral e foi, segundo os próprios relatos, a “falta de mobilidade para executar as tarefas” que fez “surgir necessidades para o trabalho”, iniciando assim a reabilitação após vários meses de procedimento cirúrgico.

Dessa forma, em relação às orientações recebidas no PO, observou-se que das 17 mulheres que realizaram a reabilitação com fisioterapia, 15 relataram sentirem-se “Bem orientadas”, o que representa 88,23% da amostra que realizou fisioterapia e, apenas duas, (11,77%) sentiram-se “Pouco Orientadas”. Ressalta-se que das 25 mulheres, oito não realizaram tratamento fisioterapêutico, segundo os motivos demonstrados no Quadro 11.

De acordo com Machado et al. (2007, p. 335),

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras, enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade.

Já na década de 1970, Pimont (1977) dialogava a respeito da importância da educação em saúde, referindo que a mesma é de fundamental relevância para o processo de educação global, a qual deve envolver o próprio indivíduo na construção do seu conhecimento a respeito da sua saúde.

Assim, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), relata a importância da educação em saúde para o empoderamento da população, referindo que a educação para a saúde é o “[...] conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2006, p. 12).

O Gráfico 7, demonstra as proporções de orientação analisadas a partir das redes de atenção à saúde. Segundo análise do Gráfico 7, das mulheres pertencentes ao Convênio A<sup>1</sup>, 60% da amostra não realizaram fisioterapia no pós-operatório. Das que realizaram, 20% relataram sentir-se “Bem orientadas” e as outras 20% “Pouco orientadas”. Para as que realizaram tratamento no Convênio B, 40% sentiram-se “Bem orientadas” e 20% “Pouco orientadas”. Já as atendidas pelo SUS, 20% sentiram-se “Pouco orientadas” e 80% “Bem orientadas”, apenas 20% delas não realizaram a reabilitação.

A partir desta análise, sublinha-se que nas duas redes de atendimento por convênio (A e B), estudadas nesta pesquisa, as pacientes sentiram-se muito mais “Pouco orientadas” quando realizaram o atendimento em reabilitação do que propriamente “Bem orientadas” ou mesmo, optaram pelas demais alternativas da entrevista em relação às orientações. Nesta rede, observa-se também que 50% das mulheres não realizaram a reabilitação com fisioterapia, ao contrário das mulheres que foram atendidas pela rede pública, na qual apenas 20% não realizaram.

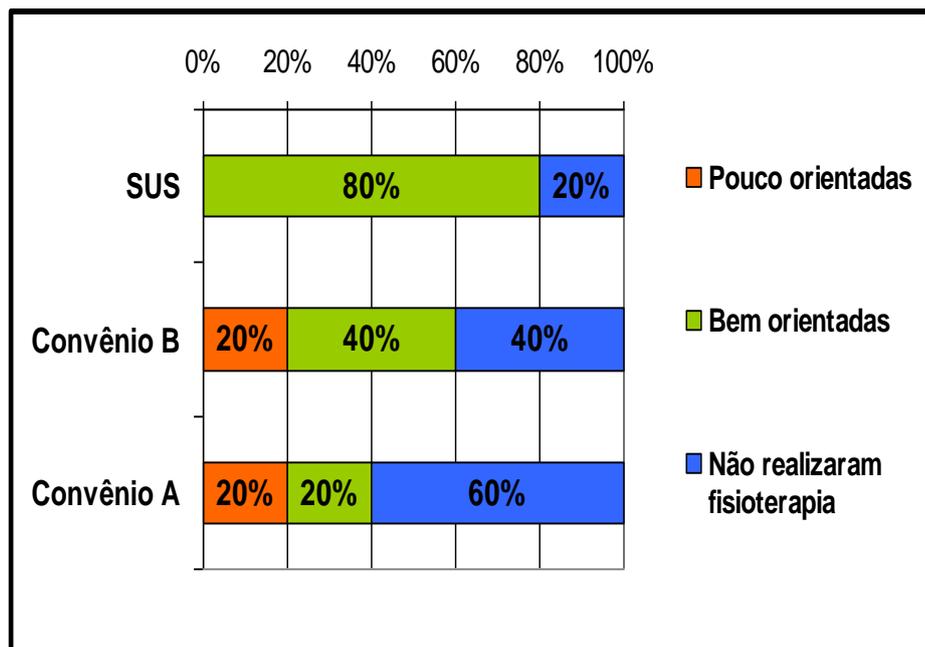
---

<sup>1</sup> Os termos Convênio A e Convênio B, doravante mencionados no texto são terminologias definidas pela pesquisadora para preservar a identidade das empresas de convênios analisadas neste estudo, visto que o número de mulheres analisadas e atendidas por estes é menor que o do Sistema Único de Saúde e facilmente identificados em nossa cidade. Da mesma forma, manteve-se o Sistema Único de Saúde com o seu identificador próprio por ser o único que atende integralmente à saúde pública.

Assim, pode-se observar neste gráfico (Gráfico 7) a proporção de pacientes que sentiram-se “Bem orientadas” pertencentes a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (80%), a qual, disparadamente, apresenta-se com a melhor das três proporções.

Esta forma de educação para a saúde associada à comunicação (orientações), entre o profissional e o paciente, de acordo com as inferências de Brasil (2007) e Panobianco et al. (2009), é importante que seja realizado de forma clara e de fácil compreensão, bem como, o respeito ao universo cultural da paciente e familiares, levando-se em consideração as experiências, valores, crenças, conhecimentos que devem ser consideradas e apreciadas, conforme relatam as Diretrizes de Educação em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1989).

Gráfico 7 – Proporções de orientação segundo redes de atenção



Fonte: A autora (2019).

Para Panobianco et al. (2009), é crucial que o profissional da saúde possibilite às mulheres submetidas ao tratamento do câncer informações claras e precisas a respeito do seu tratamento e prevenção do surgimento de outras complicações. Citam ainda a importância da educação para a saúde enquanto ferramenta que oportunize transformações nos hábitos de vida, oferecendo prevenção e controle das complicações.

Para Pettito et al. (2012) a orientação correta direcionada ao paciente, traz muitos benefícios para a manutenção das condições necessárias para a realização das atividades tanto dos afazeres domésticos, quanto laborais e auxilia muito na recuperação funcional do membro afetado, o que segundo o autor, proporciona uma vida melhor para estas pacientes.

Da mesma forma que Pimont (1977) já mencionava a necessidade da educação em saúde, Meyer et al. (2006), reafirmam que a educação em saúde deve ser vista e articulada como um espaço onde ocorrem descobertas e efetivações práticas de novos saberes.

A educação em saúde, assim como a educação, baseia-se no diálogo e trocas de saberes entre educador e educando. Freire (2010, p. 18) ao discutir a prática educativa, afirma que os seres humanos, são “seres programados, mas para aprender”. Assim, Busnello e Frantz (2016) afirmam que as práticas educativas são capazes de favorecer a autonomia através de sua constância. Quando se trata de orientar para produzir um saber, busca-se desenvolver neste ser uma compreensão dos fatos que dialogue não somente com os problemas existentes, mas com a necessidade de mudanças quando este é capaz de compreender o que lhe é orientado e toma para si esta compreensão, demonstrando uma produção de conhecimento ao valorizar o cuidado do seu próprio corpo. Ademais, a educação através do orientar, necessita certo nível de interação entre quem orienta e quem é orientado.

Não se trata aqui de discutir o quanto cada uma das entrevistadas compreendeu através das orientações, mesmo sendo este fato, algo de extrema importância para o desenvolvimento do cuidado, mas sim, evidenciar o quanto as orientações, como forma de educação em saúde podem levar o sujeito a se tornar mais autônomo em relação ao cuidado de si, produzindo mudanças individuais e coletivas. Se estas práticas permitirem que a atenção se direcione para a integralidade do ser, pressupõe-se que a redução das possíveis complicações geradas no pós-operatório de cirurgias de câncer de mama, amparadas na reabilitação tanto para as atividades de vida diária, quanto atividades laborais, permita melhoras na qualidade de vida, pela promoção a saúde.

Para Pettito et al. (2012) a orientação correta direcionada ao paciente, traz muitos benefícios para a manutenção das condições necessárias para a realização das atividades tanto dos afazeres domésticos, quanto laborais e auxilia muito na

recuperação funcional do membro afetado, o que segundo o autor, proporciona uma vida melhor para estas pacientes.

O câncer por ser considerado uma doença crônica e encaixa-se na filosofia do modelo de cuidados às patologias crônicas, a qual se baseia nas melhorias da qualidade do atendimento por meio de abordagens pró-ativas, que, segundo Marceca e Ciccarelli (2007), é capaz de prever e antecipar possíveis complicações da doença. Para Feste e Anderson (1995) um processo educativo proposto a ajudar os pacientes a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimentos necessários para assumir a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde é empoderamento. De acordo com Wagner (1998, p. 3): “Pacientes mais informados, envolvidos e responsabilizados (empoderados) interagem mais eficazmente com os profissionais de saúde tentando realizar ações que produzem resultados de saúde”. Assim, Taddeo et al. (2012), afirmam que o fator educação, na promoção do empoderamento é considerado o principal desencadeador dos outros aspectos que inibem ações de autocuidado ao observar em seu estudo, que os usuários ao relataram que o “não conhecimento acerca de sua doença”, assim como a “gravidade” e as possíveis “complicações” levam a não seguir as orientações sugerida pelo profissional.

Por este motivo, Leopardi (2006), relata fazer-se necessária a participação efetiva de todos os profissionais nas práticas educativas dispensadas aos usuários. O mesmo autor afirma que os profissionais da saúde, devem orientar, tirar dúvidas, tornar os usuários conscientes e corresponsáveis pelo seu tratamento, o que possibilita a mudança de hábitos necessária.

A seguir, o relato segue com o propósito de analisar o afastamento laboral no pós-operatório de câncer de mama e relacioná-lo com o impacto socioeconômico gerado pelo afastamento.

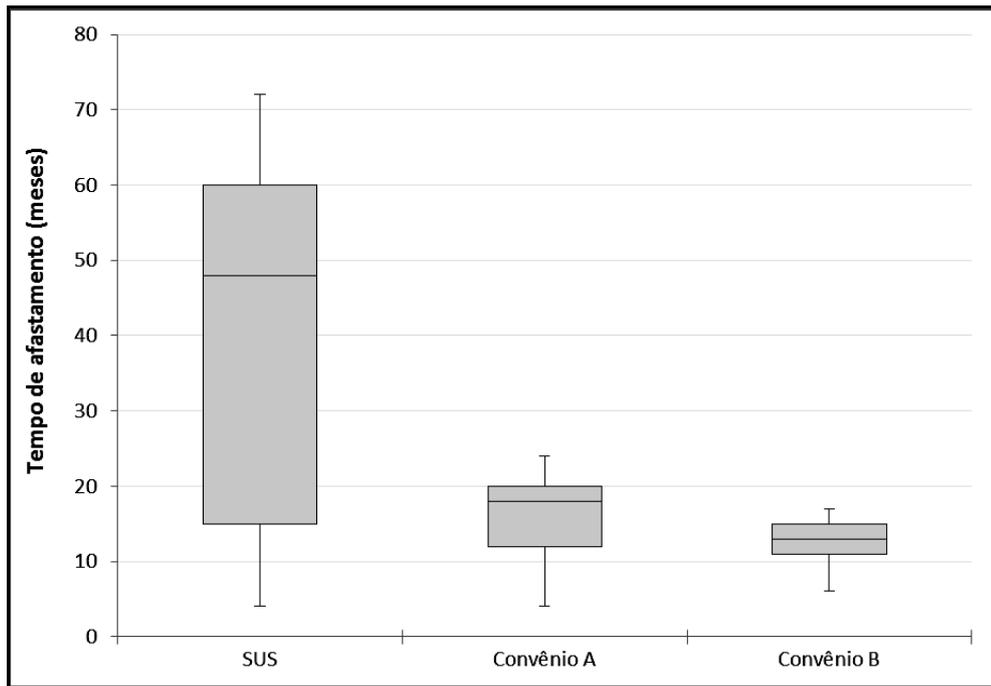
## **5.2 Afastamento laboral e impacto socioeconômico**

Outra categoria de análise deste estudo relaciona-se ao afastamento laboral, o qual será narrado a partir de agora.

Ao analisar o tempo de afastamento laboral, observou-se que o maior tempo de afastamento foi de 72 meses, na data da realização da entrevista e o menor tempo foi quatro meses, como pode ser observado no Gráfico 8. Neste gráfico estão

dispostos os tempos de afastamento analisados a partir dos locais de tratamento contando a partir da intervenção cirúrgica. Segundo observa-se, as seguradas pelo SUS tiveram um tempo de afastamento que variou de seis a 72 meses, as pertencentes ao Convênio A, de quatro a 24 meses e Convênio B, de seis a 17 meses de afastamento laboral.

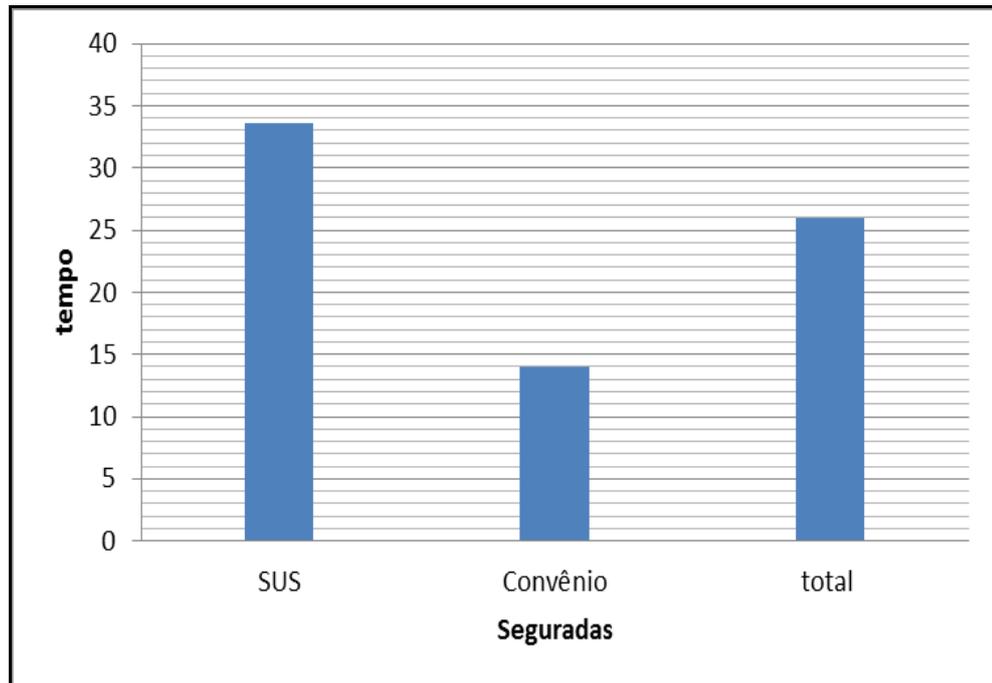
Gráfico 8 – Tempo de afastamento laboral por locais de tratamento



Fonte: A autora (2019).

De acordo com os resultados obtidos, apurou-se que o tempo médio de afastamento das entrevistadas foi de 25,92 meses, ou seja, aproximadamente 760 dias sendo que as voluntárias que realizaram o tratamento pelo SUS, apresentaram tempo médio de afastamento de 33,6 meses (aproximadamente 1000 dias) e as conveniadas, 14 meses, (425 dias) como pode ser observado no Gráfico 9, a seguir.

Gráfico 9 – Média de tempo de afastamento laboral



Fonte: A autora (2019).

Para as seguradas, que realizaram o tratamento pelo SUS, 13,3% destas não conseguiram o auxílio doença, porém relataram sequelas no membro superior homolateral a cirurgia, tais como limitação da amplitude do movimento e dor. Segundo estas pacientes, a ajuda financeira de parentes e amigos foi crucial para que elas pudessem realizar o cuidado pós-operatório. Mesmo que a base do tratamento seja oferecida pelo SUS, existem gastos extras associados a viagens, alimentação, consultas com demais especialistas devido aos problemas que surgem no decorrer da terapêutica, exames complementares solicitados por estes especialistas, medicamentos não fornecidos pelo Sistema Único de Saúde, entre outras despesas relatadas pelas pacientes.

Para as entrevistadas seguradas por convênio, o motivo do afastamento laboral se deu pela realização do tratamento e sequelas (8); tratamento e limitações (1), e realização do tratamento (1). A média de tempo de afastamento laboral destas pacientes foi de 14 meses. De acordo com o Quadro 11, observa-se que as mulheres que permaneceram afastadas até um ano após o procedimento cirúrgico (4), a maioria não realizou reabilitação com fisioterapia (3), e uma iniciou o tratamento após um ano de pós-operatório. As que permaneceram afastadas até dois anos após o procedimento cirúrgico (6), cinco permaneceram afastadas pela

realização do tratamento e sequelas e uma por limitações e tratamento. Observa-se também que as que permaneceram afastadas até dois anos, duas não realizaram tratamento fisioterapêutico, uma não quis especificar o tempo e três realizaram tratamento antes de um ano após o procedimento cirúrgico, como pode ser visualizado no Quadro 11, a seguir.

Quadro 11 – Tempo e motivos dos afastamentos laborais relacionado ao tempo de PO que iniciou a fisioterapia das seguradas por convênios

<b>Convênios</b>					
<b>Tempo de afastamento (ano)</b>	<b>Número de mulheres</b>	<b>Motivo do afastamento</b>	<b>Número de mulheres</b>	<b>Tempo PO a realizar fisioterapia</b>	<b>Número de mulheres</b>
Até um ano	4	Tratamento e sequelas	3	Antes de um ano	0
		Tratamento e limitações	0	Depois de um ano	1
		Tratamento	1	Não realizou	3
				Realizou, mas não especificou	0
Até dois anos	6	Tratamento e sequelas	5	Antes de um ano	3
		Tratamento e limitações	1	Depois de um ano	0
		Tratamento	0	Não realizou	2
				Realizou, mas não especificou	1
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>Total</b>	<b>10</b>

\* Todas conseguiram benefícios e ficaram no máximo dois anos afastadas de seu serviço

Fonte: A autora (2019).

Já as mulheres seguradas pelo SUS, as quais apresentaram 33,6 meses em média de afastamento laboral, 6% relataram que o afastamento foi pela realização do tratamento e 80% delas, admitiram ter se afastado devido o surgimento de sequelas que limitaram a realização dos movimentos, tais como linfedema, dor e limitação da amplitude articular, acompanhadas da necessidade de realizar a terapêutica necessária, como pode ser constatado no Quadro 11, a seguir.

Quadro 12 – Tempo e motivos dos afastamentos laborais relacionado ao tempo de PO que iniciou a fisioterapia das seguradas pelo SUS

SUS					
Tempo de afastamento (ano)	Número de mulheres	Motivo do afastamento	Número de mulheres	Tempo de PO que iniciou a fisioterapia	Número de mulheres
Até um ano	3	Tratamento e sequelas	2	Antes de um ano	1
		Tratamento e limitações	0	Depois de um ano	0
		Tratamento	0	Não realizou	1
				Realizou, mas não especificou	1*
Até dois anos	3	Tratamento e sequelas	2	Antes de um ano	0
		Tratamento e limitações	0	Depois de um ano	1
		Tratamento	1	Não realizou	2
				Realizou, mas não especificou	0
Até três anos	0	Tratamento e sequelas	0	Antes de um ano	0
		Tratamento e limitações	0	Depois de um ano	0
		Tratamento	0	Não realizou	0
				Realizou, mas não especificou	0
Até quatro anos	2	Tratamento e sequelas	2	Antes de um ano	2
		Tratamento e limitações	0	Depois de um ano	0
		Tratamento	0	Não realizou	0
				Realizou, mas não especificou	0
Até cinco anos	3	Tratamento e sequelas	2	Antes de um ano	1
		Tratamento e limitações	1	Depois de um ano	0
		Tratamento	0	Não realizou	0
				Realizou, mas não especificou	2*
Mais de cinco anos	2	Tratamento e sequelas	2	Antes de um ano	2
		Tratamento e limitações	0	Depois de um ano	0
		Tratamento	0	Não realizou	0
				Realizou, mas não especificou	0
Não conseguiu o benefício	2	Tratamento e sequelas	Não responderam	Antes de um ano	2
		Tratamento e limitações	Não responderam	Depois de um ano	0
		Tratamento	Não responderam	Não realizou	0
				Não especificou	0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>Total</b>	<b>15</b>

\* Não soube precisar o momento que iniciou o tratamento com fisioterapia

Fonte: A autora (2019).

O quadro demonstra que as pacientes que permaneceram mais tempo afastadas foram as que realizaram reabilitação com fisioterapia. E as que aparentemente não apresentavam problemas adicionais, não realizaram. Esta constatação pode remeter ao fato de que as mulheres que permaneceram mais tempo afastadas, procuraram auxílio da fisioterapia devido às sequelas que as impediam de retornar ao trabalho, ou mesmo as impedem de realizar atividades laborais. Isto pode ser explicado porque das que permaneceram menos tempo afastadas – até um ano do pós cirurgia (3), apenas uma iniciou antes de um ano, uma não soube precisar o momento no qual iniciou e a outra, não realizou a reabilitação. Das que permaneceram afastadas até dois anos (3), uma iniciou a fisioterapia após um ano de cirurgia e duas não realizaram a reabilitação. As que permaneceram afastadas até cinco anos (3), uma iniciou a reabilitação antes de um anos e duas não realizaram.

Este quadro aponta uma inconstância na realização da fisioterapia, apesar de oito das 15 mulheres terem iniciado antes de um ano do pós-operatório, três não souberam precisar o momento no qual iniciaram, três não realizaram e uma iniciou após um ano de cirurgia. Mesmo as que iniciaram até um ano do pós-operatório, apenas quatro iniciaram no pós-operatório imediato, ou seja, até 30 dias da data da cirurgia, como é preconizado pela literatura. (FARIA, 2010; BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2004).

Outro ponto importante a ser ressaltado é a questão do longo tempo de afastamento laboral. Em média as mulheres atendidas pelo SUS permaneceram 33,6 meses afastas, ou seja, aproximadamente 1000 dias afastadas, tempo maior que a média citada por Rollen et al. (2011 apud DIAS et al., 2017), que foi de 340 dias, o que corresponde a 11,33 meses, pouco menos de um ano, porém contados a partir do término do tratamento. Outro estudo demonstrou que 13% das mulheres permanecerem afastadas após dois anos do término do tratamento e 11% se aposentaram precocemente, em razão de sequelas como presença de dor e de fadiga. (LINDBOHM et al., 2014).

Dessa maneira, retoma-se a imagem do Gráfico 6, a qual aponta que 24% da amostra receberam auxílio da reabilitação com fisioterapia somente após “surgir necessidade” e 12% e 6%, respectivamente, após um semestre e após um ano da realização do procedimento. Esta situação reforça o fato de que o impedimento do

retorno ao trabalho, fez surgir a necessidade de tentativas de reabilitação, mesmo que após um longo tempo de pos-operatório.

No estudo de Dias et al. (2017), as complicações operatórias mais frequentes nas mulheres que realizaram cirurgia para câncer de mama foram dor, problemas cicatriciais, alteração da sensibilidade, limitação da amplitude de movimento, linfedema e seroma. O seu estudo, também constatou que 58% de sua amostra realizaram reabilitação com fisioterapia, 60% afastaram-se das atividades profissionais, 23% abandonaram o trabalho, 26% modificaram as funções do trabalho e 14% se aposentaram por motivo de doença.

Das seguradas que receberam benefício por auxílio doença, 88%, iniciaram o recebimento após 30 dias do procedimento cirúrgico e 12% não conseguiram receber o benefício. Das que não conseguiram receber o benefício, todas eram seguradas, que realizaram o tratamento pelo SUS, porém relataram sequelas no membro superior homolateral à cirurgia, tais como limitação da amplitude do movimento e dor. Estas sequelas, segundo relatos na literatura e através do que é constatado pela vivência da pesquisadora com esta população, são sequelas limitadoras e muitas vezes incapacitantes para a realização de muitas atividades laborais. As atividades de vida diária, muitas vezes são realizadas com o auxílio de terceiros e/ou quando não é possível este auxílio, são realizadas de formas adaptadas, ou seja, “da maneira que se consegue”. Assim, estas limitações físicas acabam criando um arquétipo identificador de mulheres que passaram por cirurgia de câncer de mama: a dor que limita a realização da atividade, obriga a realizá-la de forma adaptada ou não realizá-la, o que pode gerar mais dor pelo movimento inapropriado ou mesmo pela inatividade.

Assim, estes 12% da amostra que não conseguiram receber auxílio doença, foram atendidas, segundo elas, através da ajuda financeira de parentes e amigos o que foi crucial para que pudessem realizar o tratamento. Mesmo que a base do tratamento é oferecida pelo SUS, existem gastos extras associados a viagens, alimentação, consultas com demais especialistas devido aos problemas que surgem no decorrer do tratamento, exames complementares solicitados por estes especialistas, medicamentos não fornecidos pelo Sistema Único de Saúde, entre outros gastos relatados pelas pacientes.

Ao serem questionadas acerca do valor recebido pelo auxílio doença, e se o mesmo proveu necessidades do período, o que inclui os desembolsos fixos já

previstos, como as contas da casa, mais os gastos adicionais que passam a existir com a nova condição de saúde as mulheres relataram as seguintes condições: para 76% da amostra pesquisada, o benefício por auxílio doença não proveu as necessidades financeiras, para 12% foi suficiente e 12% não receberam o benefício. Das que não proveu as necessidades, o valor, segundo as mesmas, diminuiu para 50% da amostra e permaneceu igual para as outras 50%.

Para as pacientes que o benefício não proveu seus gastos e o valor diminuiu, as dificuldades apontadas por estas foram o aumento dos gastos para 54,54% e aumento dos gastos, mas com auxílio financeiro de parentes para 45,45% da amostra.

Porém, para as que não proveu e o valor permaneceu igual, houve relatos de dificuldades por aumento dos gastos em 45,45% da amostra, dificuldades por aumento dos gastos, porém com ajuda de terceiros para 27,27% e as demais 27,27% não relataram dificuldades, sugerindo que o benefício proveu as novas necessidades do período.

No estudo de Frazão e Skaba (2013), que analisaram dez mulheres acometidas pelo câncer de mama, observou-se que 50% delas apresentavam, no momento da entrevista, vínculo empregatício. Destas, todas recebiam o auxílio doença. Em relação à renda, três entrevistadas relataram não ter renda própria e, nesse caso, recebiam ajuda financeira de familiares. Cinco informaram que os proventos eram de um salário mínimo e duas tinham renda maior que um salário (dois salários mínimos e quatro salários mínimos).

Como síntese dos resultados desta pesquisa, pode-se observar que, 68% da amostra pesquisada realizaram tratamento com fisioterapia no pós-operatório e 100% não realizaram no pré-operatório. Das mulheres que realizaram a reabilitação, 29% iniciaram antes de um mês da intervenção cirúrgica e outras 29% após um mês; 24% realizaram somente após “surgir necessidade”; 12% após um ano e 6% após um semestre.

Os principais motivos para a realização da reabilitação foram: a falta de mobilidade, para 56%; dor, para 16% linfedema, para 12%; indicação médica para 12%; medo e dificuldade para erguer o braço para 8%; necessidade para o trabalho, edema e prevenção para 4% da amostra.

Ao serem questionadas quanto às orientações, 88,23% da amostra sentiu-se “bem orientada” e 11,7% “pouco orientada” acerca de seus cuidados pós-operatórios

por parte da fisioterapia. Em relação às proporções, as mulheres que realizaram o tratamento através do Convênio A, 20% sentiram-se “bem orientadas”, 20% “pouco orientadas” e 60% não realizaram reabilitação. No Convênio B, 40% sentiram-se “bem orientadas”, 20% “pouco orientadas” e 40% não realizaram reabilitação. Das que realizaram o tratamento pelo SUS, 80% sentiram-se “bem orientadas”, 20% “pouco orientadas” e 20% não realizaram tratamento.

O maior tempo de afastamento laboral foi de 72 meses e o menor, quatro meses. A média de tempo afastadas foi de 25,92 meses. As mulheres atendidas pelo SUS, permaneceram afastadas em média 33,6 meses devido a realização do tratamento e o surgimento de sequelas. Já as atendidas pelos convênios, o tempo de afastamento foi de 14 meses para a realização do tratamento e sequelas, e realização do tratamento e limitações.

Apesar de ser um tema que não se esgota com tanta facilidade pela sua complexidade e necessidade de análise de diversos fatores, no capítulo a seguir serão realizados os arremates finais desta discussão.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Face aos dados relatados e análises consideradas, retoma-se o propósito norteador deste estudo o qual ocupou-se em responder à problemática: A atenção fisioterapêutica enquanto educação em saúde no pós-operatório do câncer de mama pode interferir no afastamento laboral de pacientes acometidas por esta patologia? E como é contemplada nas Políticas Públicas de Saúde? Bem como, responder ao objetivo geral definido para estudo cujo propósito foi: *Identificar se as práticas de atenção fisioterapêuticas enquanto educação em saúde no pós-operatório do câncer de mama, interferem no tempo de afastamento laboral e*, os objetivos específicos, os quais se propuseram a analisar a relação das práticas de atenção fisioterapêuticas enquanto educação em saúde e o afastamento laboral; analisar o afastamento laboral no pós-operatório de câncer de mama e relacioná-lo com o impacto socioeconômico gerado pelo afastamento, além de, contextualizar acerca da inserção de práticas educativas de atenção fisioterapêutica de educação em saúde, enquanto políticas públicas em saúde educação. Frente a estes elementos norteadores, a seguir apontam-se os arremates finais desta análise, considerando as categorias/objetivos refletidos. Em relação ao objetivo geral de:

*Identificar se as práticas de atenção fisioterapêuticas enquanto educação em saúde no pós-operatório do câncer de mama, interferem no tempo de afastamento laboral e* analisar a relação das práticas de atenção fisioterapêuticas enquanto educação em saúde e o afastamento laboral, reflete-se que ao atender o objetivo geral deste estudo e analisar de forma específica a relação das práticas de atenção fisioterapêuticas enquanto educação em saúde e o afastamento laboral através da utilização do cálculo do qui-quadrado ao nível de significância de 5%, pode-se afirmar a impossibilidade estatística de aplicar este teste devido aos resultados encontrados. Segundo as respostas das entrevistadas, apenas as opções “Pouco orientada” e “Bem orientada” foram escolhidas. Por este motivo não foi possível aplicar o teste qui-quadrado, o qual necessita de pelo menos quatro opções de respostas. Dessa forma, a análise baseou-se também na utilização das técnicas de análise do conteúdo e análise descritiva, conforme os demais parâmetros definidos para análise neste estudo.

Dessa maneira, as práticas de atenção fisioterapêutica enquanto educação em saúde definidas para este estudo abarcam as orientações para manutenção dos

cuidados no pós-operatório, até a plena reabilitação e as orientações sobre as sequelas e o que fazer para diminuir seus prejuízos. Pode-se evidenciar que as práticas compreendem todas as orientações fisioterapêuticas para realizar os cuidados após a cirurgia até que a paciente possa começar a realizar sozinha as atividades tanto de vida diária, quanto laborais, da melhor forma possível.

Neste estudo, 68% da amostra realizaram reabilitação com fisioterapia após a intervenção cirúrgica. Destas 88,23% relataram sentir-se “Bem orientadas” em contradição a 11,77% as quais se sentiram “Pouco orientadas” em relação às práticas de atenção fisioterapêuticas de educação em saúde no pós-operatório de câncer de mama.

Quando analisadas segundo os sistemas, observou-se que das conveniadas, as quais 50% realizaram fisioterapia, 60% destas se sentiram “Bem orientadas” e 40% “Pouco orientadas”. Para as atendidas pelo SUS, 80% relataram sentir-se “Bem orientadas”, as demais, 20% não realizaram reabilitação com fisioterapia.

Este achado da pesquisa infere que ao realizar o tratamento com fisioterapia, as mulheres sentiram-se muito mais “Bem orientadas” do que “Pouco orientadas” ou mesmo optaram por outras respostas como “Orientada” ou “Não orientada”.

Em relação ao tempo médio de afastamento as mulheres permaneceram afastadas em média 760 dias. As atendidas pelo SUS, em média, 1000 dias e as conveniadas, 425 dias.

Aqui deve-se considerar o período após a cirurgia pelo qual as mulheres iniciaram a reabilitação, para relacionar com o tempo de afastamento das atividades laborais. Do total da amostra, das que permaneceram 760 dias afastadas, apenas cinco das 17 mulheres que realizaram fisioterapia no PO iniciaram no PO imediato, ou seja, até 30 dias após a cirurgia. As que realizaram o tratamento pelo SUS e permaneceram 1000 dias afastadas, cinco das 12 que realizaram fisioterapia iniciaram o tratamento até 30 dias do PO e as conveniadas, que permaneceram 425 dias afastadas, nenhuma iniciou fisioterapia até 30 dias do PO operatório.

Da amostra que realizou fisioterapia, ou seja, 17 mulheres, 24% iniciaram a reabilitação com fisioterapia somente após “surgir necessidade”, 6% após um semestre e 12% após um ano de cirurgia.

Portanto, pode-se afirmar que a maioria das mulheres realizou fisioterapia e permaneceu afastada, em média, mais tempo que o encontrado na literatura. Porém

a literatura refere-se ao tempo médio de afastamento após o término do tratamento. Aqui o tempo de afastamento foi mensurado a partir da intervenção cirúrgica.

Neste estudo, as pacientes que iniciaram seu tratamento com fisioterapia, antes dos 30 dias, ou seja, cinco das 17 que realizaram fisioterapia, por apresentarem falta de mobilidade e dor”, relataram sentir-se “Bem orientadas”, permaneceram em média 1000 dias afastadas. Este fato, associado à constatação de que nem todas foram encaminhadas ao atendimento, e sim, apenas uma parcela das pós-cirúrgicas, infere que estas pacientes foram encaminhadas de pronto ao atendimento por apresentar propensão à manutenção de sequelas à longo prazo. Esta situação remete à necessidade de políticas que incentivem/estimulem a orientações adequadas.

Dessa forma, não se pode afirmar estatisticamente que as práticas de atenção fisioterapêuticas enquanto educação em saúde interferem no tempo de afastamento, nem se pode estabelecer uma relação estatística entre o tempo de afastamento com as práticas de atenção em fisioterapia através deste estudo, porém, refletiu-se que a maioria das mulheres se sentiram “Bem orientadas” ao realizarem o tratamento reabilitativo, ressaltando a importância destas orientações ao inferirem que a fisioterapia oportunizou melhoras clinicamente significativas ao seu quadro. Fato este que reafirma a importância das orientações enquanto práticas educativas para a manutenção e controle da saúde individual, e social, bem como a necessidade de reforçar a assistência realmente norteada através da educação ao paciente, mesmo que complexa, mas aspirando aos seus reais, intensos, plenos e grandiosos benefícios.

No que se refere ao propósito desta investigação de: analisar o afastamento laboral no pós-operatório de câncer de mama e relacioná-lo com impacto socioeconômico gerado pelo afastamento, evidencia-se que, desde 1986, as preocupações com o impacto social gerado pelo câncer de mama e seu tratamento já foi mencionado na Conferência Internacional sobre Promoção a Saúde, pela Organização Mundial da Saúde na Carta de Otawa (OMS, 1986).

No contexto social, segundo Netto (2001) e Iamamoto (2005), não se pode deixar de observar as questões políticas, econômicas, sociais e culturais que se refletem diretamente na vida dos indivíduos inseridos no modo de produção capitalista. Seu rebatimento, denominado expressão social, se revela através de

questões como desemprego estrutural, trabalho escravo, precariedade do trabalho, fome, analfabetismo, miséria.

Sendo assim, se questões sociais impactam diretamente na vida do indivíduo, estas interferem diretamente nas questões de saúde individual, familiar e de toda a sociedade. Dessa forma, o contrário também deve ser considerado, se a saúde do indivíduo não está adequada e este necessita de tratamento continuado, o impacto na sociedade também é gerado pelo seu processo de adoecimento e necessidade continuada de atendimento, com uso de medicamentos, consultas frequentes, exames periódicos, além da necessidade de afastar-se do trabalho para sua recuperação e pela falta de condições de ser um colaborador econômico. Com efeitos:

O homem sempre se preocupou em garantir seu sustento e o de sua família em situações de carência econômica, enfermidades, diminuição da capacidade de trabalho, redução ou perda de renda. Dessas situações o homem não consegue sair apenas com o seu esforço individual, necessitando do amparo do Estado para prevenir e remediar suas necessidades. Todos esses fatores levaram à busca de instrumentos de proteção contra as necessidades sociais, com reflexos na ordem jurídica. (LENZA; SANTOS, 2016, p. 36).

Outro ponto a se destacar em relação ao impacto social gerado pelo processo saúde-doença são as questões limitadoras dos longos períodos de afastamento laboral. O fato de haver necessidade do recebimento do auxílio-doença, direito do trabalhador, por períodos prolongados gera altos custos ao INSS, visto que somente para o biênio, 2018-2019 são estimados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2018), 600 mil novos casos com localização primária em homens e mulheres, para cada ano. Vale dizer que:

Os benefícios que têm como origem a incapacidade laboral têm por objetivo manter a dignidade da pessoa humana e o poder sustentar sua família até o retorno de sua aptidão laboral. [...] A incapacidade laborativa é a redução da capacidade de laborar, intelectualmente ou fisicamente. Àqueles que detenham a condição de segurado do INSS, ocorrerá a suspensão da atividade até a recuperação da capacidade, seja parcial e temporária, total e definitiva, decorrente de acidente de trabalho ou não. O Auxílio-doença previdenciário ou acidentário tem por objetivo a contraprestação à manutenção da condição digna para manter o sustento seu e de sua família, enquanto durar sua incapacidade (até sua recuperação) ou após o término do processo de reabilitação em outra função diferente da exercida anteriormente ou conversão para aposentadoria por invalidez. (MAURO, 2012, p. 1).

Tais posições exigem uma reflexão acerca das evidências encontradas neste trabalho. Se por ano, 600 mil novos casos tendem a incidir na população, as necessidades geradas pela doença, tratamento, afastamentos e demais implicações de diversas naturezas, porém aqui ressaltadas as sociais, que poderão acometer esta população e considerando o amparo legal do Estado para prover este trabalhador e familiares, pode-se entender a grande necessidade de evitar estes gastos. Reduzindo, portanto, todo o impacto gerado por conta deste processo saúde-doença. Para diminuir ou até mesmo evitar despesa menciona-se aqui a grande questão mediadora deste trabalho: a educação – a educação em saúde, em prol da promoção à saúde.

No que tange ao propósito de: **contextualizar acerca da inserção das práticas educativas de atenção fisioterapêutica de educação em saúde, enquanto políticas públicas em saúde e educação**, a investigação denota que, mantendo o diálogo provocado pelo impacto socioeconômico dos afastamentos laborais nos casos de câncer de mama, evidencia-se a necessidade de reforçar o grande ponto desta discussão, que é educação para promover a saúde.

Cabe salientar aqui, a importância da promoção à saúde como forma de aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e contribuir para o incentivo à gestão social da saúde. A promoção à saúde necessita ser fortalecida por um novo olhar e alicerçada por redefinições de propostas públicas articuladas por políticas sociais que atendam às necessidades de toda a população. Ademais, a promoção à saúde nos remete ao fato que é “um processo de capacitação de toda a comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo participação no controle”. (OMS, 1986, p. 1). Dessa forma, segundo Buss (2000), incorpora na sua práxis valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria que se constitui numa combinação de estratégias, envolvendo o Estado, a comunidade, a família e indivíduo. Dessa maneira, a promoção à saúde não constitui responsabilidade restrita do setor saúde, mas de uma integração entre os diversos setores do governo, nas diferentes esferas, os quais articulam políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população. (ARAÚJO et al., 2004).

Dessa forma, Patrício (1999) destaca a educação em saúde, como estratégia de promover à saúde com o intuito de conscientizar individual e coletivamente a

respeito das responsabilidades e direitos à saúde e estimular ações que atendam a este princípio.

Patrício (1999, p. 70) já mencionou que:

Compreender a prática da educação em saúde como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social.

Shall e Stuchiner (1999) já afirmavam que a educação em saúde pensada de forma integral, deve incluir ambientes apropriados para além dos tratamentos clínicos e curativos, comprometidos com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, envolvidos na melhoria da qualidade de vida além de criação de políticas públicas que ofereçam estas possibilidades.

Por este motivo, esta contextualização infere a necessidade de fortalecimento, ampliação ao acesso às informações já existentes ou mesmo a criação de práticas educativas em educação e saúde que atendam às pacientes que realizaram cirurgia para o câncer de mama, possibilitando que as orientações acerca das formas possíveis de restabelecimento físico e conseqüentemente laboral possam ser pelo menos acessadas por esta população de forma integral. Também sobressai à atenção à integralidade citada por Campos (2003), o qual afirma que, os serviços devem ofertar ações de promoção à saúde prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação de forma articulada e integrada em todos os espaços do sistema de saúde. Isto requer profissionais capacitados e com treinamento adequado, educação permanente, tecnologias apropriadas e à serviço da saúde.

A inserção de práticas educativas em saúde sempre é um processo lento e rodeado de obstáculos, porém o estudo ocupa-se aqui em considerar o fato da importância da transformação gerada pela educação, ou pelo menos, da possibilidade que esta pode gerar nos casos das pacientes acometidas por câncer de mama. Se esta população acessar as orientações necessárias para seu restabelecimento, nos casos onde a doença não atingiu proporções irreversíveis, existe maior possibilidade de reintegração à vida cotidiana e conseqüentemente, à vida social e laboral, o que proporciona promoção à saúde e melhoras no âmbito

social e econômico. Neste caso, a inserção de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado direta ou indiretamente, com a participação de entes públicos e privados, visando assegurar o direito de cidadania de forma difusa para este segmento, culminaria na criação de uma Política Pública que atendesse estes objetivos, assegurando o direito constitucional à saúde.

Assim sendo, ao satisfazer a justificativa definida para este estudo, a qual apontou a necessidade de captação e difusão de conhecimentos acerca das orientações, planejamento e ações realizadas pela fisioterapia que abrangeu o tema educação em saúde com a finalidade de oferecer uma contribuição relevante para o planejamento na área da assistência e, colaborar para a diminuição dos prejuízos causados por conta da sua instalação, no âmbito pessoal, familiar e socioeconômico, para evitar ou minimizar os infortúnios causados pela patologia, que, finaliza-se este estudo.

Propõe-se portanto:

- Mais incentivo às atividades efetivadas pela educação e saúde de modo a contribuir para a consciência da sua importância para que esta seja vigorosamente tratada como questão de Políticas Públicas e, assim, se possa vivenciar o forte e necessário enlaçamento dos preciosos fios da educação e da saúde;
- Melhorias, aperfeiçoamento/fortalecimento nos atendimentos em saúde pública-SUS para democratizar o cuidado;
- Fortalecimento do cuidado global às mulheres com câncer de mama, para proporcionar recuperação ampla, rápida, com menos sofrimento para o retorno às suas atividades de vida cotidiana e laboral com plenas condições;
- Aperfeiçoamento do atendimento em saúde às mulheres com câncer de mama, visando também a diminuição do tempo de afastamento laboral e os prejuízos financeiros por este proporcionando;
- Da mesma forma, considerando os resultados obtidos neste estudo, sugere-se futuras pesquisas as quais possam esclarecer melhor as questões mediadoras, principalmente a relação entre as práticas de atenção fisioterapêutica e o tempo de afastamento laboral. Para tanto, propõe-se que as mulheres sejam abordadas no pós-operatório

imediatamente e acompanhadas durante o seu tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, para assim, abranger o período mais crítico, diminuir a estratificação da amostra e concentrar o estudo em um determinado período de tempo. Nesses moldes, recomenda-se além da disponibilidade de trabalho de longo prazo, o incentivo por parte dos sistemas de atendimento para que possa ser aplicado, constatando-se os reais benefícios tanto individualmente quanto para a sociedade;

- Partilhar as conclusões desta pesquisa junto às instituições envolvidas.

Por fim, através de todas as reflexões apresentadas, justifica-se a realização deste estudo no Mestrado de Educação ao considerar o trabalho conjunto entre a educação e a saúde um meio promissor e favorável à tão almejada promoção à saúde e, conseqüentemente, a uma sociedade plena, democrática e embasada em atitudes realmente transformadoras.

## REFERÊNCIAS

ABREU, E. Pró-Onco 10 anos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, out./dez. 1997.

ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos do câncer da mama feminina. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n.1, p.113-31. 2002.

ACHURY, N.J.M. **Educação em fisioterapia: análise crítica desde a prática profissional**. São Paulo, 2015, 271 f. Tese de Doutorado em Medicina. Medicina Preventiva. Universidade de São Paulo-SP, 2015. Disponível em: <[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=2821320](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2821320)>. Acesso em: 05 maio 2018.

ANDRADE, D. **Políticas públicas: o que são e para que existem?** Fev. 2016. Disponível em: <<http://www.politize.com.br/politicas-publicas-o-que-sao/>>. Acesso em: 26 fev. 2018.

ARAÚJO, M.R.N et al. Assunção RS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 1, p. 19-25, 2004.

AZEVEDO, J.M.L. **A educação como política pública**. 2. ed. ampl. Campinas-SP: Autores Associados, 2001.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Curitiba: Editora 70, 2011.

BATISTON, A.P.; SANTIAGO, S.M. Fisioterapia e complicações físico-funcionais após o tratamento cirúrgico do câncer de mama. **Fisioter Pesqui**.v. 12, n. 3, p. 30-35, 2005.

BERGMANN, A. et al. Prevalência de patologias de ombro no pré-operatório de câncer de mama: importância para a prevenção de complicações. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 7, n 4, p. 311-320, 2007.

BERGMANN, A. **Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro**. 2016. Disponível em: <<http://www.bibiff.cict.fiocruz.br>>. Acesso em: 12 maio 2017.

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.

BRASIL. **Decreto-Lei 938** de 13 de outubro de 1969. Prevê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-938-13-outubro-1969-375357-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007.

BRASIL. **Lei N.º 12.732**, de 22 de novembro de 2012a. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm)>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria n° 2.048**, de 3 de setembro de 2009b. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)>. Acesso em: 30 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação em Saúde**: diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde/Divisão Nacional de Educação em Saúde, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2439/2006**, de 31/12/2005, Política Nacional de Atenção Oncológica. 2005.

BRASIL. **Portaria Nº 1.228**, de 30 de outubro de 2012. Regulamenta a habilitação para o Programa de Mamografia Móvel, instituído pela Portaria n° 2.304/GM/MS, de 4 de outubro de 2012b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1228\\_30\\_10\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1228_30_10_2012.html)>. Acesso em: 16 jan. 2019.

BRASIL. **Portaria Nº 189**, de 31 de janeiro de 2014. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0189\\_31\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0189_31_01_2014.html)>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL. **Portaria Nº 3.394**, de 30 de dezembro de 2013b. Institui o Sistema de Informação de Câncer (SICAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3394\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3394_30_12_2013.html)>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL. **Portaria Nº 874**, de 16 de maio de 2013a. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html)>. Acesso em: 16 jan. 2019.

BUSNELLO, M.B.; FRANTZ, W. Educação popular como prática de educação permanente no campo da saúde e na alimentação e nutrição. In: BOFF, E.T.O.; BUSNELLO, M.B. (Orgs.). **Educação para a saúde**: diálogos nos diferentes cenários de práticas educativas. Ijuí-RS: Unijui, 2016.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev C S Col**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

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

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2003, v. 8, n. 2, p.569-584. ISSN 1413-8123. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000200018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000200018&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 15 mar. 2019.

CATÁLOGO Teses e Dissertações da Capes. Disponível em: <<http://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#/>>. Acesso em: 05 maio 2018.

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução 80**, de 21 de maio de 1987. Disponível em: <<http://www.crefito2.gov.br/legislacao/resolucoes-coffito/resolucao-80--de-09-de-maio-de-1987--70.html>>. Acesso em: 20 maio 2018.

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução 364/2009**. Reconhece a Fisioterapia Onco-funcional como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. Alterada pela Resolução, 390/2001. Disponível em: <[https://www.coffito.gov.br/nsite/?option=com\\_content&view=article&id=469&catid=16&Itemid=130](https://www.coffito.gov.br/nsite/?option=com_content&view=article&id=469&catid=16&Itemid=130)>. Acesso em: 30 de maio de 2019.

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Fisioterapia**: definição. Publicado em: 06 abril 2016. Disponível em: <<https://www.coffito.gov.br/nsite/?s=defini%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 25 maio 2019.

CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Definição de Fisioterapia**. Disponível em: <<http://www.crefito2.gov.br/fisioterapia/definicao/impressao-2-10-32-0.html>>. Acesso em: 25 maio 2019.

DIAS, M.; ZOMKOWSKI, K.; MICHELS, F.A.S.; SPERANDIO, F.F. Implicações das cirurgias de câncer de mama nas atividades profissionais. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 25, n. 2, p. 325-332, 2017.

EVANGELISTA, J.C.S. **O direito à educação no campo: superando desigualdades**. Curitiba: Appris, 2017.

FALKENBERG, M.B.; MENDES, T.P.L.; MORAES, E.P.; SOUZA, E.M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 21 abr. 2018.

FARIA, L. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, supl.1, p. 69-87, jul. 2010.

FEIBER, A.P. **Características sociodemográficas de mulheres diagnosticadas com câncer de mama atendidas em um centro de referência de Santa Catarina de 2009 a 2013**. Florianópolis-SC, 2016, 148 f. Dissertação de Mestrado em fisioterapia. Universidade do Estado de Santa Catarina/SC, 2016. Disponível em: <[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=3780735](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3780735)>. Acesso em: 23 abr. 2018.

FERRO, A.D.M.; GONTIJO, A.D.M.; BOTTARO, M., VIANA, J. Os efeitos do tratamento fisioterapêutico na biomecânica morfofuncional no pós-operatório do câncer de mama. **Revista Digital Vida & Saúde**, v.2, n. 2, ano 2, 2003. Disponível em: <[http://www.saudeemmovimento.com.br/revista/artigos/vida\\_e\\_saude/v2n2a2.pdf](http://www.saudeemmovimento.com.br/revista/artigos/vida_e_saude/v2n2a2.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2018.

FESTE, C.; ANDERSON, E.M. Empowerment: from philosophy to practice. **Patient Education Counselling**, v. 26, n. 1-3, p. 139-144, 1995.

FLORES, O. A educação em saúde numa perspectiva transformadora. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007. p. 7-14.

FRAZÃO, A.; SKABA, M.M.F.V. Mulheres com câncer de mama: as expressões da questão social durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n.3, p. 427-435, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

FURQUIM, T.A.C. **Políticas públicas direcionadas ao controle do câncer de mama**. Disponível em: <[re.dainf.ct.utfpr.edu.br/.../Políticas\\_publicas\\_direcionadas\\_controle\\_cancer\\_mama.pdf](http://re.dainf.ct.utfpr.edu.br/.../Políticas_publicas_direcionadas_controle_cancer_mama.pdf)>. Acesso em: 21 fev. 2018.

GIACON, F.P. **O papel da fisioterapia no pós operatório do câncer de mama:** avaliação da percepção das pacientes e equipe de saúde. São Paulo, 2013, 88 f. Dissertação de Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013. Disponível em: <[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/vi ewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=92152](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/vi ewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=92152)>. Acesso em: 23 abr. 2018.

GONÇALVES, J.G.; SIQUEIRA, A.S.E.; ROCHA, I.G.A.; LIMA, E.F.F.; ALVES, L.S.; SILVA, B.O.; MENDONÇA, P.E.X.; MERHY, E.E.; LAND, M.G.P. Evolução histórica das políticas para o controle do câncer de mama no Brasil. **Diversitates International Journal**, v. 8, n. 1, jul. 2016.

IAMAMOTO, M.V. **O serviço social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez; 2005.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer:** uma proposta de integração ensino-serviço. 2. ed. Rio de Janeiro-RJ: INCA; 2002. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2019.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama:** documento do consenso. Rio de Janeiro, 2004.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **Encontro internacional sobre rastreamento do câncer de mama.** Caderno de Resumos. Rio de Janeiro: INCA, 2009a.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2018.** Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama:** recomendações para gestores estaduais e municipais. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009b.

JAMMAL, M.P; MACHADO, A.R M; RODRIGUES, L.R. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. **O mundo da saúde.** São Paulo; v.32, n.4, p.506-10, 2008. Disponível em: <[www.inicepg.univap.br/mais/arquivo](http://www.inicepg.univap.br/mais/arquivo)>. Acesso em: 30 mar. 2017.

KISNER, C.; COLBY, L.A. **Exercícios terapêuticos:** fundamentos e técnicas. 4 ed. Tradução de Lilia B. Ribeiro. São Paulo: Manole, 2005.

KLIGERMAN, J. Fundamentos para uma política nacional de prevenção e controle do câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n, 1, Jan/Fev/Mar 2002. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v01/editorial.html](http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/editorial.html)>. Acesso em: 22 fev. 2018.

LENZA, P.; SANTOS, M.F. **Direito previdenciário esquematizado.** 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

LEOPARDI, M.T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LIMA, A. D. et al. Avaliação da dor em pacientes oncológicos internados em um hospital escola do nordeste do Brasil. **Revista Dor**. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 267-271, out/dez. 2013.

LINDBOHM, M.L. et al. Early retirement and non - employment after breast cancer. **Psycho Oncology, Oxford**, v. 23, n. 6, p. 634-641, 2014. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.3459>>. Acesso em: 16 maio 2019.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MAGNO, R.B.C. **Bases reabilitativas de fisioterapia no câncer de mama**. 2009. Disponível em: <<https://www.uva.br/sites/all/thermes/uva/files/pdf/bases-reabilitativa-fisioterapia-cancer-mama.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

MAKLUF, A.S.D.; DIAS, R.C.; BARRA, A.A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n.1, p. 49-58, 2006.

MARCECA, M.; CICCARELLI, S. Crônico. **Care**, n. 3, p. 32-36, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

MARCUCCI, F.C.I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, p. 67-77, 2005.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de metodologia científica da pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MAURO, C. **Auxílio-doença, aposentadoria por invalidez e outros benefícios por incapacidade laborativa**. Disponível em: <<https://draclaricemauro.jusbrasil.com.br/artigos/111680576/auxilio-doenca-aposentadoria-por-invalidez-e-outros-beneficios-por-incapacidade-laborativa>>. Acesso em: 07 jun. 2019.

MEIRELLES, M.C.C.C.; MAMEDE, M.V.; SOUZA, L.; PANOBIANCO, M.S. Avaliação de técnicas fisioterapêuticas no tratamento do linfedema pós-cirurgia de mama em mulheres. **Revista Brasileira Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 4, p. 393-399, out/dez, 2006.

MEYER, D.; FELIX, J.; VASCONCELOS, M. Por uma educação que se movimenta como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface** (Botucatu). v. 17, n. 47, p. 973-85, 2013.

MEYER, D.E.E.; MELLO, D.F.; VALADÃO, M.M.; AYRES, J.R.C.M. Você aprende. A gente ensina?: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun/2006. Disponível em:

<[https://www.ufrgs.br/napead/projetos/eps/assets/pdf/voce\\_aprende\\_agente\\_ensina.pdf](https://www.ufrgs.br/napead/projetos/eps/assets/pdf/voce_aprende_agente_ensina.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2019.

MINAYO, M.C.S.O. **Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2000.

MUTRIE, N. et al. **Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer**: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*. p. 334-517, Mar. 2007. Disponível em: <[http://medicallsciences.med.unsw.edu.au/sites/default/files/soms/LS% 20Strength% 20Exercise%20For % 20Cancer.pdf](http://medicallsciences.med.unsw.edu.au/sites/default/files/soms/LS%20Strength%20Exercise%20For%20Cancer.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2018.

NETTO, J.P. Cinco notas a proposito da “questao social”. **Revista Temporalis**, v. 2, n.3, p. 41-45, 2001.

NICOLETTO, S.C.S.; BUENO, V.L.R.C.; NUNES, E.F.P.A.; CORDONI JÚNIOR, L.; GONZÁLEZ, A.D.; MENDONÇA. F.F.; BREVILHERI, E.C.L.; CARVALHO, G.S. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n.4, p.1094-1105, São Paulo, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400012>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

OHL, I.C.B.; OHL, R.I.B.; CHACAGLIA, S.R.R.; GOLDMAN, R.E. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 4, p. 793-803, jul.2016.

OLIVEIRA, D.L.L.C. A "nova" saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-am Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 423-431, mai-jun/2005.

OLIVEIRA, M.M.F. **Eficácia da fisioterapia realizada durante a radioterapia na prevenção de complicações loco-regionais em mulheres em tratamento por câncer de mama**: ensaio clínico controlado. Campinas-SP, 2007. Mestrado em Tocoginecologia. Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2007. Disponível em: <<http://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#/>>. Acesso em: 05 maio 2018.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/Home/Artigos/Enfermagem>>. Acesso em: 20 maio 2018.

PACHIONI, F.S.M. **A terapia morfoanalítica como recurso terapêutico em mulheres pós-cirurgia de câncer de mama**. Presidente Prudente-SP, 2014, 68 f. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Presidente Prudente-SP, 2014. Disponível em: <[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/vi ewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=1347671](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/vi ewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1347671)>. Acesso em: 05 maio 2018.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PALMA, M.R. **Modulação autonômica cardíaca de mulheres pós cirurgia de mama**. Presidente Prudente-SP, 2015, 74 f. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia. Universidade Est.Paulista Júlio De Mesquita Filho/Pr.Prudente/Sp, 2015. Disponível em:

<[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=2635462](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2635462)>. Acesso em: 05 maio 2018.

PALU, M. **Função pulmonar e força da musculatura respiratória pós-tratamento cirúrgico do câncer de mama**. Florianópolis-SC, 2015, 81 f. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia. Universidade do Estado de Santa Catarina/SC, 2015. Disponível em:

<[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=4719581](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=4719581)>. Acesso em: 05 maio 2018.

PANOBIANCO, M.S. et al. Estudo da adesão às estratégias de prevenção e controle do linfedema em mastectomizadas. **Esc. Anna Nery** [online]. 2009, v.13, n.1, p.161-168. ISSN 1414-8145. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100022>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

PASCOAL, C.K.P. **Práticas de auto cuidado com o braço para prevenção de linfedema**. Dissertação de Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança. Fundação Oswaldo Cruz/RJ, 2008. Disponível em:

<<http://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#/>>. Acesso em: 15 fev.2018.

PATRÍCIO, Z.M. Métodos qualitativos de pesquisa e de educação participante como mediadores na construção da qualidade de vida: novos paradigmas outros desafios e compromissos sociais. **Texto Context Enferm**, v. 8, n. 3, p. 53-77, 1999.

PEREIRA, L.R.A. **Percepção de fisioterapeutas em relação às suas práticas durante um programa de aprimoramento profissional**. Campinas-SP, 2016. Dissertação de Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação.

Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2016. Disponível em:

<<https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?>>. Acesso em: 05 maio 2018.

PETITO, E.L.; NAZARIO, A.C.P; MARTINELL, S.E; FACINA, G; GUTIERRES, M.G.R. Aplicação de exercícios domiciliares na reabilitação do ombro pós cirurgia por câncer de mama. **Rev.latino-AM.Enfermagem**, 2012. Disponível em: <[www.usp.br](http://www.usp.br)> Acesso em: 07 abr. 2017.

PIMENTA, C.A.M. et al. Dor no doente com câncer: características e controle. **Rev Bras Cancerol.**; n. 43, p. 21-44, 1997.

PIMONT, R.P. A educação em saúde: conceitos, definições e objetivos. **Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana**. Jan. 1977 Disponível em:

<[iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17514/v82n1p14.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17514/v82n1p14.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2019.

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

RANGEL, M. Educação e saúde: uma relação humana, política e didática. **Educação**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 59-64, jan./abr. 2009.

RIBEIRO, P.D.M. **Fadiga, qualidade de vida e imagem corporal em mulheres com e sem linfedema pós-mastectomia unilateral e sem reconstrução mamária: estudo de corte transversal**. Recife-PE, 2015, 76 f. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia. Universidade Federal de Pernambuco-PE, 2015. Disponível em: <[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=3284127](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3284127)>. Acesso em: 15 fev. 2018.

SAMPAIO, L.R. et al. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literature. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 4, p. 339-346, 2005.

SANTOS, M.C. **Análise da força de preensão e do controle postural no pré e pós-operatório de melhores com câncer de mama**. Florianópolis-SC, 2015. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia. Universidade do Estado de Santa Catarina/SC, 2015. Disponível em: <[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=2462906](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2462906)>. Acesso em: 05 maio 2018.

SCHALL, V. T.; STUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, n. 2, p. 4-5, 1999.

SEBASTIÃO, C.K. et al. Mortalidade por câncer de mama em mulheres com idade inferior a 40 anos\*. **Cogitare Enferm.** v. 19, n. 3, p. 459-464, Jul/Set.2014. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/34119-140301-1-PB.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2019.

SENNA, M.C.M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, n. 18 Suppl, p. 203-211, 2002.

SOUZA, A.L.; ANDRADE, A.N. Corpos marcados e fé na vida: mastectomia e políticas públicas de saúde da mulher. **Rev. Psicol. Polít.**, [online]. 2008, vol.8, n.15, pp. 157-178. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1519-549X2008000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-549X2008000100011)>. Acesso em: 21 abr. 2018.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

SOUZA, R.R. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2007, v. 41, n. spe, p. 95-114. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000500004>>. Acesso em: 16 fev. 2019.

TADDEO, P.S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

VASCONCELOS, M.F.F.; NICOLOTTI, C.A.; SILVA, J.F.; PEREIRA, S.M.L.R. Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, v. 20, n. 59, p. 981-991, Botucatu-SP, out./dez. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0707>>. Acesso em: 01 mar. 2019.

VERISSIMO, L.C.G. **A configuração da rede de atenção oncológica da região noroeste do Paraná**: a trajetória assistencial de pacientes com câncer de mama. Campinas-SP, 2016. 188 f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas-SP, 2016. Disponível em: <[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=3773315](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3773315)>. Acesso em: 05 maio 2018.

WAGNER, E.H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – Termo de Autorização da Instituição Centro de Referência  
Unidade de Alta Complexidade em Oncologia - Unacon**

**Comitê de Ética em Pesquisa**  
**CEP | URI Erechim**



**Termo de Autorização da Instituição**

Eu, Simone Les Bernardi abaixo assinado(s), responsável(is) pela(o) **Centro de Referência Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON – Erechim**, autorizo (amos) a realização do estudo **Atenção fisioterapêutica como educação em saúde no pós-operatório de câncer de mama: impacto socioeconômico por afastamento laboral e propostas de políticas públicas em saúde**, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Serão as seguintes atividades: **Pesquisa de prontuários para seleção da amostra, com utilização inicialmente dos dados: cidade de procedência e telefone da paciente que será utilizado para contatá-las pela instituição e explicá-las sobre a intenção da realização de um estudo. Ao mesmo tempo, será indagado se as mesmas permitem repassar o seu contato telefônico à pesquisadora. Se esta assim consentir, será repassado o contato telefônico para a pesquisadora e a mesma contatará a voluntária, explicará a intenção da pesquisa e combinará um local para a aplicação do questionário, fora desta instituição, de comum acordo, que poderá ser a própria casa da paciente ou consultório particular da pesquisadora.** A aplicação do questionário será realizada individualmente e, a voluntária não terá ônus com o transporte para o deslocamento até o local combinado. Apenas após a voluntária aceitar participar da pesquisa, que os demais dados do prontuários tais como: idade, data da cirurgia, tipo de tumor e estadiamento, tipo de tratamento adjuvante e se realizou radioterapia com incidência axilar serão utilizados para os fins desta pesquisa.

Declaro ainda ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e a CNS 510/16. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, possibilitando condições mínimas necessárias para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Erechim, ..... de ..... de 20.... Simone Les Bernardi

Fund. Hosp. Santa Terezinha de Erechim  
Márcio Antunes Pires  
Diretor Administrativo  
Assinatura e carimbo do responsável institucional

## APÊNDICE B – Termo de Autorização da Instituição Centro de Oncologia Clínica - COC

### Comitê de Ética em Pesquisa CEP | URI Erechim



#### Termo de Autorização da Instituição

Eu, Juliano Salvini abaixo assinado(s), responsável(is) pelo **Centro de Oncologia Clínica (COC)** autorizo (amos) a realização do estudo **Atenção fisioterapêutica como educação em saúde no pós-operatório de câncer de mama: impacto socioeconômico por afastamento laboral e propostas de políticas públicas em saúde**, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Serão as seguintes atividades: **Pesquisa de prontuários para seleção da amostra, com utilização inicialmente dos dados: cidade de procedência e telefone da paciente que será utilizado para contatá-las pela instituição e explicá-las sobre a intenção da realização de um estudo. Ao mesmo tempo, será indagado se as mesmas permitem repassar o seu contato telefônico à pesquisadora. Se esta assim consentir, será repassado o contato telefônico para a pesquisadora e a mesma contatará a voluntária, explicará a intenção da pesquisa e combinará um local para a aplicação do questionário, fora desta instituição, de comum acordo, que poderá ser a própria casa da paciente ou consultório particular da pesquisadora.** A aplicação do questionário será realizada individualmente e, a voluntária não terá ônus com o transporte para o deslocamento até o local combinado. Apenas após a voluntária aceitar participar da pesquisa, que os demais dados do prontuários tais como: idade, data da cirurgia, tipo de tumor e estadiamento, tipo de tratamento adjuvante e se realizou radioterapia com incidência axilar serão utilizados para os fins desta pesquisa.

Declaro ainda ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e a CNS 510/16. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, possibilitando condições mínimas necessárias para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Erechim, ..... de ..... de 20.....

Dr. Juliano Sartori  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Resolução CNS 10.236

Assinatura e carimbo do responsável institucional

## APÊNDICE C – Termo de Autorização da Instituição Clínica Oncológica Onkós

### Comitê de Ética em Pesquisa CEP | URI Erechim



#### Termo de Autorização da Instituição

Eu, Adriana G. Wilk abaixo assinado(s), responsável(is) pela **Clínica Oncológica Onkós**, autorizo (amos) a realização do estudo Atenção fisioterapêutica como educação em saúde no pós-operatório de câncer de mama: impacto socioeconômico por afastamento laboral e propostas de políticas públicas em saúde, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Serão as seguintes atividades: **Pesquisa de prontuários para seleção da amostra, com utilização inicialmente dos dados: cidade de procedência e telefone da paciente que será utilizado para contatá-las pela instituição e explicá-las sobre a intenção da realização de um estudo. Ao mesmo tempo, será indagado se as mesmas permitem repassar o seu contato telefônico à pesquisadora. Se esta assim consentir, será repassado o contato telefônico para a pesquisadora e a mesma contatará a voluntária, explicará a intenção da pesquisa e combinará um local para a aplicação do questionário, fora desta instituição, de comum acordo, que poderá ser a própria casa da paciente ou consultório particular da pesquisadora.** A aplicação do questionário será realizada individualmente e, a voluntária não terá ônus com o transporte para o deslocamento até o local combinado. Apenas após a voluntária aceitar participar da pesquisa, que os demais dados do prontuários tais como: idade, data da cirurgia, tipo de tumor e estadiamento, tipo de tratamento adjuvante e se realizou radioterapia com incidência axilar serão utilizados para os fins desta pesquisa.

Declaro ainda ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e a CNS 510/16. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, possibilitando condições mínimas necessárias para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Erechim, 31 de 01 de 2015

Assinatura e carimbo do responsável institucional

*Adriana G. Wilk*  
 Dra. Adriana Elisa Wilk  
 Oncologista  
 CRM 24055/RJ  
 RPP: 159.835-7091

## APÊNDICE D – Instrumento da Pesquisa – Questionário

Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP | URI Erechim



### Termo de Ciência para Questionário Anônimo

Você está convidado(a) a preencher este questionário anônimo que faz parte da coleta de dados da pesquisa ***A Educação em Saúde e a Atenção Fisioterapêutica: Propostas/Desafios para as Políticas Públicas***, sob execução da aluna Zequiela Cristiane Russi, fone: 54 99176-5984 e sob responsabilidade da pesquisadora Professora Edite Maria Sudbrack, fone: 55 99622-4591.

Caso você concorde em participar da pesquisa, leia com atenção os seguintes pontos: a) você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza; b) você pode deixar de participar da pesquisa e não precisa apresentar justificativas para isso; c) sua identidade será mantida em sigilo; d) caso você queira, poderá ser informado(a) de todos os resultados obtidos com a pesquisa, independentemente do fato de mudar seu consentimento em participar da pesquisa. Esse Projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética da URI – Câmpus de Erechim (Fone: (54) 3520-9000. r. 9191).

1) Idade: \_\_\_\_\_ 2) Cidade de procedência: \_\_\_\_\_

3) Data da cirurgia: \_\_\_\_\_

4) Tipo de tumor e Estadiamento: \_\_\_\_\_

5) Tratamento adjuvante: Quimioterapia ( ) Radioterapia ( ) Hormonioterapia ( )  
Imunoterapia ( ) Terapia alvo ( )

6) Se realizou radioterapia: com incidência axilar? Sim ( ) Não ( )

7) Exercia atividade laboral remunerada na época da cirurgia? Sim ( ) Não ( )

Profissão: \_\_\_\_\_

8) Afastamento Laboral

( ) nunca se afastou

( ) no momento não, mas permaneceu por \_\_\_\_\_ (tempo).

( ) no momento sim, por ( ) auxílio doença ou ( ) aposentaria por invalidez

Tempo de afastamento: \_\_\_\_\_ (a partir da cirurgia)

9) Motivo do afastamento: ( ) realização do tratamento ( ) impossibilidade por sequelas física ( ) outras impossibilidades, quais? \_\_\_\_\_

10) PREVIAMENTE À CIRURGIA necessitou afastamento de sua atividade laboral?  
 sim  não, Motivo: \_\_\_\_\_

Se necessitou afastamento, teve direito a algum auxílio doença? Qual? \_\_\_\_\_

Se recebeu auxílio doença, o mesmo iniciou quanto tempo após a solicitação?  
 \_\_\_\_\_

Se recebeu o auxílio doença, o mesmo permaneceu com o valor anterior ao afastamento?  sim,  não. Se não, qual foi a alteração? \_\_\_\_\_

O auxílio doença foi suficiente para prover as necessidades de saúde do período?  
 sim  não. Se não, quais foram as dificuldades: \_\_\_\_\_

11) APÓS A CIRURGIA quais os encaminhamentos em relação a sua atividade laboral?

Já estava afastada das atividades laborais remuneradas.

Motivo? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Não necessitou se afastar das atividades laborais remuneradas

Iniciou o afastamento das atividades laborais remuneradas após a cirurgia

Se necessitou afastamento, teve direito a algum auxílio doença? Se sim, Qual? \_\_\_\_\_

Se teve o direito a receber auxílio doença na Previdência Social, recebeu o auxílio doença quanto tempo após a sua cirurgia? \_\_\_\_\_

O auxílio doença permaneceu em valores igual ao salário que recebia antes de necessitar pausar suas atividades laborais?  sim  não. Se não, qual foi a alteração? \_\_\_\_\_

O auxílio doença foi suficiente para prover as necessidades de saúde do período?  
 sim  não. Se não, quais foram as dificuldades?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

12) Realizou tratamento reabilitativo após a cirurgia?  sim  não

Se sim, Quando iniciou?

antes dos 30 dias de PO

após 30 dias de pós operatório

após surgir necessidade

Se Não  Por qual motivo? \_\_\_\_\_

**Se realizou tratamento fisioterapêutico:**

- ( ) sentiu-se bem orientada em relação às Práticas Fisioterapêuticas de Educação em Saúde\*.
- ( ) sentiu-se orientada em relação as práticas Fisioterapêuticas de Educação em Saúde
- ( ) sentiu-se pouco orientada em relação as práticas Fisioterapêuticas de Educação em Saúde
- ( ) não sentiu-se orientada em relação as práticas Fisioterapêuticas de Educação em Saúde

\*Entende-se por práticas fisioterapêuticas de educação em saúde: as orientações para manutenção dos cuidados no PO até a plena reabilitação; orientações sobre as sequelas e o que fazer para diminuir seus prejuízos. As práticas fisioterapêuticas de educação em saúde são as orientações para realizar os cuidados após a cirurgia até que a senhora possa começar a realizar as suas atividades tanto laborais, quanto de vida diária da melhor forma possível, ou seja, sem o auxílio de outra pessoa. Também são as orientações sobre o que a cirurgia pode causar no seu corpo e o que pode ser feito em relação aos cuidados e aos exercícios para melhorar este prejuízo.

## APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP | URI Erechim



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa ***A Educação em Saúde e a Atenção Fisioterapêutica: Propostas/Desafios para as Políticas Públicas***. A qual tem como objetivo Identificar se as práticas de atenção fisioterapêuticas, enquanto educação em saúde no pós-operatório do câncer de mama, interferem no tempo de afastamento laboral desta patologia.

O projeto consiste nos seguintes procedimentos:

Será realizado a aplicação de um questionário com cada participante na data e local definidos em comum acordo entre a pesquisadora e a voluntária; Haverá a leitura em voz alta do Termo de Consentimento Livre Esclarecido por parte da pesquisadora e assinatura por parte da voluntária. **A aplicação dos questionamentos será realizada individualmente, em ambiente propício, em uma sala silenciosa, sem interferência de outras pessoas, preferencialmente no consultório próprio da pesquisadora ou sala do domicílio da própria voluntária, se esta assim desejar. O questionário será entregue para a senhora, a qual lerá as interrogações com as devidas alternativas de respostas, o que oportunizará resolver possíveis dúvidas acerca dos questionamentos. Depois de esclarecidas todas as presumíveis dúvidas a pesquisadora permanecerá em uma sala ao lado permitindo-lhe liberdade para responder, porém segurança, caso necessite resolver alguma outra dúvida que possa surgir por sua parte. Após responder os questionamentos, a senhora entregará o questionário à pesquisadora.** A senhora responderá um pequeno questionário que abordará indagações acerca da sua idade, cidade de procedência, profissão, data da cirurgia, se no momento da cirurgia exercia ou não atividade laboral remunerada, se está ou esteve em afastamento laboral, por quanto tempo e o motivo deste, **se recebeu antes ou após a cirurgia auxílio doença, qual o tipo de auxílio recebeu, se o mesmo teve alguma alteração no valor ao anterior de seu recebimento, se o mesmo supriu as necessidades do momento**, se realizou e quando iniciou o tratamento reabilitativo após a cirurgia, e as suas percepções enquanto as práticas fisioterapêuticas de educação em saúde. Entende-se “Práticas Fisioterapêuticas de Educação em Saúde”, as orientações para manutenção dos cuidados a partir do pós-operatório até a plena reabilitação e as orientações sobre os cuidados referentes ao que fazer para diminuir os prejuízos das sequelas. Ou também, as práticas fisioterapêuticas de educação em saúde são as orientações para realizar os cuidados após a cirurgia até que a senhora possa começar a realizar as suas atividades tanto laborais, quanto de vida diária da melhor forma possível, ou seja,

sem o auxílio de outra pessoa. Também são as orientações sobre o que a cirurgia pode causar no seu corpo e o que pode ser feito em relação aos cuidados e exercícios para melhorar este prejuízo. O seu deslocamento até aqui não lhe gerará ônus (custo) e a senhora será ressarcida caso se desloque com transporte público, táxi, Uber ou mesmo carro próprio, através da comprovação do gasto do deslocamento ou através do acordo entre a senhora e a pesquisadora acerca do valor do deslocamento, conforme previamente combinado no momento do agendamento. A duração da aplicação do questionário não será superior à meia hora (30 minutos). Não haverá nenhum tipo de gravação da entrevista, seja por voz ou imagem e não será realizado nenhum tipo de publicação na qual possam ser identificadas as participantes, ou seja, o seu nome, dados e respostas não serão identificados.

**Os benefícios deste estudo são indiretos para as voluntárias, uma vez que as mesmas responderão a um questionário que objetiva verificar se as práticas de atenção fisioterapêutica enquanto educação em saúde interferem no afastamento laboral, no entanto, os resultados deste estudo poderão contribuir com a comunidade científica, sobretudo a fisioterapia, momento em que contextualiza estas práticas enquanto políticas públicas de educação e saúde.**

**É possível que a pesquisa possa oferecer algum desconforto pelo tempo destinado a responder o questionário para o qual a pesquisadora permanecerá no ambiente para esclarecer possíveis dúvidas que possam surgir frente às perguntas do questionário. Ainda, desconhece-se demais riscos que possam decorrer da aplicação do questionário.**

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, a senhora tem direito de:

- 1) Não ser identificada e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade (todos os documentos e dados físicos oriundos da pesquisa ficarão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma ecologicamente correta);
- 2) Assistência durante toda pesquisa, bem como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que quiser saber antes, durante e depois da sua participação;
- 3) Recusar-se a participar do estudo, ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e se desejar sair da pesquisa, não sofrer qualquer prejuízo à assistência a que tem direito (ressarcimento no deslocamento);
- 4) Ser ressarcida por qualquer custo originado pela pesquisa (tais como transporte, alimentação, entre outros, bem como ao acompanhante, se for o caso, conforme acerto preliminar com os pesquisadores). Não haverá compensação financeira pela participação;
- 5) Ser indenizada, conforme determina a lei, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo;
- 6) Procurar esclarecimentos com a Sra. Edite Maria Sudbrack, por meio do número de telefone: (55) 3744 9200 ou no endereço: R. Assis Brasil, 709 - Itapajé, Frederico Westphalen-RS, 98400-000, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos;

- 7) Entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da URI Erechim pelo telefone (54)3520-9000, ramal 9191, entre segunda e sexta-feira das 13h30min às 17h30min ou no endereço Avenida Sete de Setembro, 1621, Sala 1.37 na URI Erechim ou pelo e-mail [eticacomite@uricer.edu.br](mailto:eticacomite@uricer.edu.br), se achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como foi proposta ou que se sinta prejudicada de alguma forma, ou se desejar maiores informações sobre a pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_  
declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Erechim, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

Eu, Edite Maria Sudbrack declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Professor pesquisador: \_\_\_\_\_

Eu, Zequiela Cristiane Russi, declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do aluno-pesquisador: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE F – Termo de Compromisso de Utilização dos Dados do Centro de Referência Unidade de Alta Complexidade em Oncologia - Unacon**

**Comitê de Ética em Pesquisa**  
CEP | URI Erechim



**Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)**

Eu Zequiela Cristiane Russi, abaixo assinado, pesquisador envolvido no projeto de título : *Atenção fisioterapêutica como educação em saúde no pós-operatório de câncer de mama: impacto socioeconômico por afastamento laboral e propostas de políticas públicas em saúde*, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados pessoais coletados nos arquivos do **Centro de Referência Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) – Erechim**, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e as Resoluções CNS 466/12 e CNS 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

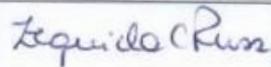
Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a idade, telefone, cidade de procedência, data da cirurgia, tipo de tumor e estadiamento, tipo de tratamento adjuvante e se realizou radioterapia com incidência axilar, ocorridos entre as **datas de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 e somente serão utilizados após a aceitação de participação da voluntária do estudo mediante contato telefônico da instituição cedente.**

Uma via deste documento fica com os pesquisadores e a outra com o representante da Instituição.

\*  Hosp. Santa Terezinha de Erechim  
Marcio Antunes Pires  
Diretor Administrativo

Erechim, 08 de 02 de 2019

Envolvidos na manipulação e coleta dos dados:

Nome completo	CPF	Assinatura
Zequiela Cristiane Russi	923936910-49	

## APÊNDICE G – Termo de Compromisso de Utilização dos Dados do Centro de Oncologia Clínica - COC

Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP | URI Erechim



### Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Eu Zequiela Cristiane Russi, abaixo assinado, pesquisador envolvido no projeto de título : *Atenção fisioterapêutica como educação em saúde no pós-operatório de câncer de mama: impacto socioeconômico por afastamento laboral e propostas de políticas públicas em saúde*, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados pessoais coletados nos arquivos do **Centro de Oncologia Clínica (COC)** bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e as Resoluções CNS 466/12 e CNS 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a idade, telefone, cidade de procedência, data da cirurgia, tipo de tumor e estadiamento, tipo de tratamento adjuvante e se realizou radioterapia com incidência axilar, ocorridos entre as **datas de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 e somente serão utilizados após a aceitação de participação da voluntária do estudo mediante contato telefônico da instituição cedente.**

Uma via deste documento fica com os pesquisadores e a outra com o representante da Instituição.

Erechim, 08 de 02 de 2018

Envolvidos na manipulação e coleta dos dados:

Nome completo	CPF	Assinatura
Zequiela Cristiane Russi	923936910-49	<i>Zequiela Russi</i>

## APÊNDICE H – Termo de Compromisso de Utilização dos Dados da Clínica de Oncologia Onkós

Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP | URI Erechim



### Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Eu Zequiela Cristiane Russi, abaixo assinado, pesquisador envolvido no projeto de título : *Atenção fisioterapêutica como educação em saúde no pós-operatório de câncer de mama: impacto socioeconômico por afastamento laboral e propostas de políticas públicas em saúde*, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados pessoais coletados nos arquivos do **Clínica de Oncologia Onkós**, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e as Resoluções CNS 466/12 e CNS 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a idade, telefone, cidade de procedência, data da cirurgia, tipo de tumor e estadiamento, tipo de tratamento adjuvante e se realizou radioterapia com incidência axilar, ocorridos entre as **datas de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 e somente serão utilizados após a aceitação de participação da voluntária do estudo mediante contato telefônico da instituição cedente.**

Uma via deste documento fica com os pesquisadores e a outra com o representante da Instituição.

Erechim, 08 de 02 de 2019.

Envolvidos na manipulação e coleta dos dados:

Nome completo	CPF	Assinatura
Zequiela Cristiane Russi	923936910-49	<i>Zequiela Russi</i>