

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

ANNA CAROLINA RODRIGUES

**ALTERAÇÕES DE DESEMPENHO OCUPACIONAL E PAPÉIS OCUPACIONAIS
DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: UMA REVISAO INTEGRADA DA
LITERATURA.**

Brasília – DF

2014

ANNA CAROLINA RODRIGUES

**ALTERAÇÕES DE DESEMPENHO OCUPACIONAL E PAPÉIS OCUPACIONAIS
DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO INTEGRADA DA
LITERATURA.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade de Brasília – Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial à obtenção do
título de bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Profa Ms Leticia Meda
Vendrusculo Fangel

Brasília – DF

2014

ANNA CAROLINA RODRIGUES

**ALTERAÇÕES DE DESEMPENHO OCUPACIONAL E PAPÉIS OCUPACIONAIS
DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: UMA REVISAO INTEGRADA DA
LITERATURA.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade de Brasília – Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial à obtenção do
título de bacharel em Terapia Ocupacional

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Leticia Meda Vendrusculo Fangel

Prof. Ms. Pedro Henrique Tavares Queiroz de Almeida

Aprovado em:

Brasília, de de

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que possibilitou que tudo isso acontecesse, por ter me dado a oportunidade de estudar na Universidade de Brasília e saúde para que o sonho de uma faculdade fosse alcançado.

Agradeço a todos aqueles amigos, familiares que de certa forma apoiaram e incentivaram a realização do curso que para muitos era desconhecido.

A melhor mãe do mundo, Marina Rodrigues que acreditou na capacidade de sua filha realizar duas graduações ao mesmo tempo, que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

Ao meu namorado, Paulo César que me deu forças em todos os momentos em que pensei em desistir, e motivação para continuar.

Agradeço a todos os docentes que dedicaram momentos de suas vidas para nos fornecerem todos os seus conhecimentos e vivências na profissão, e por me fazer ser a uma pessoa apaixonada pela Terapia Ocupacional desde os primeiros semestres.

À essa paixão pela profissão dedico boa parte aquela a quem escolhi ser minha orientadora Prof^a Leticia Fangel, que veio tornar realizada a minha expectativa pela área hospitalar, que me fez ver que a Terapia Ocupacional é muito mais do que vemos em livros, é ter dedicação e amor pela profissão.

E o meu muito obrigada aqueles que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação.

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é o segundo tipo de câncer que mais acomete as mulheres, e por possuir diagnóstico tardio o prognóstico em muitas das vezes é agressivo. O tratamento do câncer se baseia em técnicas cirúrgicas e técnicas complementares como a radioterapia e a quimioterapia, ambos os processos pode provocar complicações físicas nessa paciente proporcionando alterações emocionais e sociais consequências das sequelas deixada pelos tratamentos. **Objetivo:** o objetivo principal do estudo foi saber quais as complicações provenientes dos tratamentos para o câncer de mama que podem afetar o desempenho ocupacional das mulheres que passaram pelo tratamento de câncer. **Métodos:** foi realizada uma análise qualitativa do tipo análise de conteúdo, por meio de uma revisão sistemática da literatura. A coleta de dado se deu por artigos publicados nas bibliotecas virtuais Bireme e Scielo, e por fim foi realizada uma análise bibliométrica. **Resultados:** O processo cirúrgico, a mastectomia ou quadrantectomia associado a dissecação axilar ou a linfonodectomia, são as principais causas de sequelas nas pacientes de câncer de mama, e essas podem aumentar quando associada a alguma terapia complementar; essas sequelas proporcionam diversas complicações físicas, emocionais e sociais para as pacientes, sendo as mais citadas a dor, limitação da amplitude de movimento e perda da funcionalidade. Essas complicações afetam diretamente a qualidade de vida dessas pacientes pois seu desempenho ocupacional fica prejudicado em varias áreas, como o trabalho, lazer, atividades de vida diária e outros. **Conclusão:** Assim, área de desempenho ocupacional mais afetada pelas consequências das sequelas dos tratamentos para o câncer se deu na área produtiva, área do trabalho, pois a maioria delas teve que se afastar do emprego, seguida de vestir- se, comer, cuidados com a casa e o lazer.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the second type of cancer that affects more women, and have late diagnosis the prognosis is often aggressive. The treatment of cancer is based on surgical techniques and complementary techniques such as radiotherapy and chemotherapy, both methods can cause physical complications in this patient providing emotional and social consequences of changes sequelae left by the treatments. **Objective:** The objective of the study was to know what the complications from the treatments for breast cancer that can affect the work performance of women who have gone through cancer treatment. **Methods:** A qualitative analysis of the type of content analysis, through a systematic literature review was performed. The collection of data was made by articles published in the virtual libraries Bireme and Scielo, and finally a bibliometric analysis was performed. **Results:** The surgical procedure mastectomy or axillary dissection Quadrantectomy associated with or lymphadenectomy, are the main causes of sequelae in breast cancer patients, and these may be increased when associated with some complementary therapy; these sequelae provide various physical, emotional and social complications for patients, the most cited pain, limitation of motion and loss of functionality. These complications directly affect the quality of life of these patients because their occupational performance degrades in various areas, such as work, leisure, activities of daily living and others. **Conclusion:** Thus, occupational performance area most affected by the consequences of the sequelae of cancer treatments occurred in the productive area, area of work, as most of them had to leave employment, followed by Dress-Up is eating care home and leisure.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Estudos selecionados para análise

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Análise dos artigos pelo ano de publicação

Figura 02 - Categoria profissional dos autores dos artigos

Figura 03 - Caráter dos artigos

Figura 04 - Instituições dos autores

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD – Atividade de Vida Diária

AOTA – American Occupational Therapy Association's

COPM – Medida Canadense de Desempenho Ocupacional

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

FBHC – Fundação Beneficiencia Hospital Cirúrgica

INCA – Instituto Nacional do Câncer

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Desempenho Ocupacional	18
1.2 Consequências do processo cirúrgico e demais tratamentos associados ao desempenho ocupacional.....	19
2. OBJETIVOS	23
2.1 Objetivos geral:	23
2.2 Objetivos específicos:.....	23
3. METODOLOGIA.....	24
3.1 Tipo de estudo	24
3.2.1 Procedimentos	24
3.2.2 Coleta de dados.....	Erro! Indicador não definido.
3.2.3 Análises dos dados	25
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5. CONCLUSÃO.....	36
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38

1. INTRODUÇÃO

O câncer inicialmente apresentava maior incidência em países desenvolvidos, mas com o aumento da urbanização e mudanças de estilo de vida, vem se tornando um problema de saúde pública, com alta prevalência em países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que em 2030 cerca de 27 milhões de novos casos de câncer iram surgir no Brasil. Para que isso não aconteça, é necessária a criação de ações de prevenção e diagnóstico precoce pelo governo. (BRASIL, 2014).

O câncer é considerado uma doença que assume diversas formas e em diferentes locais do corpo, é determinado pelo crescimento desordenado do número de células que se dividem rapidamente e ocupam espaços e tecidos podendo se espalhar (metástase) e tomar grandes dimensões (OTHERO, 2010). O câncer se origina a partir de células normais que sofrem danos genéticos no DNA provocando alterações e mutações na mesma, com isso ocorre o desequilíbrio no processo de divisão celular, onde várias células se acumulam formando massas que nesse caso são chamadas de tumores ou neoplasia maligna, quando assume as características mencionadas anteriormente. Quando essa massa tumoral não se desenvolve e nem atinge outras regiões do corpo essa pode ser chamada de tumor benigno, diferente do câncer ela se apresenta bem delimitada e de crescimento lento (SCANDIUZZI; SILVA, 2008).

Independentemente do local de manifestação o câncer apresenta várias etiologias, segundo o INCA a maioria dessas causas são decorrentes de fatores externos como urbanização, estilo de vida, questões hormonais, imunológica e genética sendo essa a causa mais comum (BRASIL, 2014).

Dentre os cânceres que mais acometem a população brasileira, o câncer de mama é o segundo tipo de câncer com maior incidência entre mulheres, chegando a 57.120 mil casos novos no ano de 2014 isso corresponde a 25% do total, antecedido apenas pelo câncer de pele não melanoma que totaliza cerca de 98 mil casos novos nesse ano (BRASIL, 2014). Sabe-se que o câncer de mama tem relação direta com os diagnósticos precoce. Quanto antes for descoberto, melhor é o prognóstico e menor seu impacto na vida do sujeito. Para sua prevenção e detecção precoce existem exames que devem ser realizados por mulheres a partir dos 35 anos e garantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A mamografia é o mais eficaz

para a detecção precoce (FARIA; LEME; OLIVEIRA FILHO, 1994; CAMARGO; MARK, 2000). Outro importante facilitador da detecção precoce é o auto exame da mama, que apesar de ser menos sensível que a mamografia, tem bastante eficiência pelo seu baixo custo e fácil aplicação (CAMARGO; MARK, 2000).

O câncer de mama especificamente resulta de células que revestem os ductos mamários ou se encontram nos lóbulos das glândulas mamárias, e nesses casos os tumores formados são chamados de canceromas ductais ou lobulares. Apesar de ocorrer em qualquer parte da mama a maior incidência é no quadrante superior externo, onde há maior parte de tecido mamário; em geral as lesões são insensíveis, fixas e rígidas porem podem ser palpáveis. Podem ocorrer alterações na pele, retrações e nódulos na axila. (BRASIL, 2011)

A tipologia mais encontrada entre os canceres de mama, são o carcinoma ductal que se originam nos ductos mamários, e o carcinoma lobular que se desenvolve a partir dos lóbulos mamários. Existem os tumores que se originam fora das glândulas mamárias, e esse se chama sarcomas porem sua incidência é quase nula (LEITE; OLIVEIRA; RIBEIRO, 2002).

Na sua maioria os cânceres de mama apresentam um lento desenvolvimento, a estimativa média se dá de um a cinco anos para que seu tamanho duplique (LEITE; OLIVEIRA; RIBEIRO, 2002).

Além do seu tamanho deve ser avaliado o contorno do tumor, se ele é liso, regular ou circunscrito; espiculado, irregular ou infiltrativo; invasão do mamilo, pele e músculos, tipo histológico, invasão vascular da pele, infiltrado linfoplasmocitário, entre outros (FARIA; LEME; OLIVEIRA FILHO, 1994).

O câncer de mama apresenta muitas variações e tipos histológicos, diferenciando uns dos outros, e diferenciando também seus prognósticos; Faria, Leme, Filho (1994) nos traz as tipologias histológicas existentes, sendo elas divididas em tumores malignos epiteliais, conhecido também como carcinomas que podem ser não invasivos (*in situ*), invasivos ou carcinoma de Paget; tumores mistos epiteliais e mesenquimais; tumores malignos diversos e também podem ser tumores malignos não classificados.

De acordo com o tecido mamário e as características do tumor é possível descobrir sua natureza, pois os tumores malignos se fixam mais profundamente ou superficialmente, quando falamos de tumores benignos podemos encontra-los livremente. Os tumores malignos são mais fáceis de se disseminarem, e provocar metástase, essa pode ocorrer por via direta

(quando o tumor cresce e invade tecidos vizinhos), via linfática (quando as células tumorais caem nos vasos linfáticos até os linfonodos próximos), via hematogênica (quando as células tumorais caem no sangue e percorrem outras áreas do corpo) ou por implantes (ocorre quando a célula tumoral é levada para algum lugar próximo ao primeiro tumor) (FARIA; LEME; OLIVEIRA FILHO, 1994).

A localização do tumor é dividida em quadrantes, sendo eles o quadrante superior externo, superior interno, inferior externo, inferior interno e central. Na figura abaixo é possível ver a distribuição das incidências em cada quadrante, que variam entre 48%, 15%, 11%, 6% e 6% respectivamente.

Leite, Oliveira, Ribeiro (2002) afirmam que o câncer de mama tem total relação com fatores extrínsecos, podendo ser incontroláveis ou controláveis.

Faria, Leme, Oliveira Filho (1994) e Leite, Oliveira, Ribeiro (2002) descrevem alguns fatores de risco para o câncer, sendo eles estilo de vida, fatores ambientais, saúde mental, radiação, hormonais, histórico familiar/ genética (genes relacionados ao câncer de mama: BRCA1 e BRCA2), idade, sexo, raça, obesidade, tabagismo, alcoolismo, má alimentação, exposição a produtos químicos e/ou tóxicos.

Após a descoberta do câncer por meio dos exames diagnósticos, agora deve-se descobrir qual o estadiamento do mesmo onde deve ser mensurado seu tamanho, características, tipos e locais acometidos. Por meio do sistema TNM é possível caracterizar as massas tumorais por meio da sua extensão, da existência de metástase em linfonodos ou a distância. Para classificar números são colocados em cada aspecto mencionado acima; essa classificação vai determinar o tratamento adequado para cada caso (CAMARGO; MARK, 2000).

Camargo e Mark (2000) e Faria, Leme, Filho (1994) descrevem como deve ser avaliado o estadiamento clínico de acordo com a União Internacional Contra o Câncer em 1988 e que é utilizado até os dias atuais:

T= Tumor primário

TX= Tumor primário não pode ser avaliado

T0= Não há evidência de tumor primário

Tis= Carcinoma *in situ* ou doença de Paget sem tumor

T1= Tumor com até 2 cm na sua maior dimensão

T1a= Tumor com 0,5 cm ou menos na sua maior dimensão

T1b= Tumor com 0,5 a 1 cm na sua maior dimensão

T1c= Tumor com 1 a 2 cm na sua maior dimensão

T2= Tumor com 2 a 5 cm na sua maior dimensão

T3= Tumor com mais de 5 cm na sua maior dimensão

T4= Tumor de qualquer tamanho, com extensão a parede torácica ou a pele.

T4a= Extensão a parede torácica

T4b= Edema ou ulceração da pele da mama ou tumores satélites confirmados a mesma mama

T4c= Ambas (T4a e T4b)

N= Linfonodos regionais

NX= Linfonodos regionais que não podem ser avaliados

N0= Ausência de metástases em linfonodos regionais

N1= Metástase em linfonodos axilares homolaterais moveis

N2= Metástase em linfonodos axilares fixos uns aos outros ou a outras estruturas

N3= Metástase em linfonodos da cadeia mamária interna homolateral

M= Metástases a distância

MX= Presença de metástase a distância não pode ser avaliada

M0= Ausência de metástase a distância

M1= Metástase a distância

Grupamento por estádios

Estádio 0	Tis	N0	M0
Estádio I	T1	N0	M0
Estádio II a	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estádio II b	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estádio III a	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Estádio III b	T4	Qualquer N	M0
	Qualquer T	N3	M0

Estádio IV Qualquer T Qualquer N M1

O tratamento do câncer vai depender do seu tipo e estadiamento (análise do tamanho e das localidades acometidas, com isso podemos definir o estágio e tipo da doença), podendo ele ser cirúrgico, quimioterapêutico, radioterápico ou hormonal, técnicas utilizadas isoladas ou combinadas. Esse tratamento é decidido por meio de exames e biópsias e quanto mais cedo o diagnóstico, menos agressivo é o tratamento (CAMARGO; MARK, 2000; MAGNO, 2009; OTHERO, 2010; TEODORO et al, 2010; SANTOS; CHUBACY, 2011).

A quimioterapia é um dos tratamentos primordiais para o câncer de mama, é o que apresenta melhor eficácia para a patologia pós mastectomia, pois no processo cirúrgico pode permanecer micrometastases que aumenta as chances de recidiva ou metástase. É um tratamento que utiliza múltiplas drogas associadas para a redução considerável do tamanho e volume das células tumorais. Pode ser utilizada sozinha ou junto com o processo cirúrgico, essa técnica se baseia na utilização de drogas e/ou agentes químicos para a destruição das células cancerígenas e para evitar seu crescimento, porém ela pode atingir células saudáveis e provocar efeitos colaterais como feridas na boca, queda de cabelos, náuseas, fadiga, dores e vômitos (FARIA; LEME; OLIVEIRA FILHO 1994; CAMARGO; MARK, 2000; MAGNO, 2009; OTHERO, 2010; HELENA, 2012).

A radioterapia é uma importante técnica para o combate ao câncer, devido sua grande capacidade de destruição das células cancerígenas remanescentes, na maioria das vezes é associada a cirurgias. É um tratamento que apresenta efeitos colaterais e é baseado na utilização da radiação para matar as células doentes, a radiação atinge o DNA das células mudando sua estrutura e cessando a divisão celular; sendo um tratamento mais focal e localizado, diferentemente da quimioterapia a qual é sistêmica e a hormonioterapia (CAMARGO; MARK, 2000; MAGNO, 2009; OTHERO, 2010; HELENA, 2012).

O método mais atual para o tratamento é a hormonioterapia que utiliza hormônios para impedir a atuação de outros hormônios que auxiliam no desenvolvimento das células cancerígenas (CAMARGO; MARK, 2000; OTHERO, 2010).

Para a utilização desse método de tratamento Camargo e Mark (2000) nos traz alguns aspectos que devem ser levados em consideração, tais como receptores hormonais positivos longo intervalo livre da doença, metástase restrita a tecidos moles e esqueleto e resposta anterior a hormonioterapia.

O tratamento cirúrgico, além de ser usado como forma de diagnósticos, é um dos principais tratamentos para o câncer de mama. A cirurgia é a técnica mais utilizada, pois proporciona a dissecação do tumor, porém ela apresenta diferentes técnicas tais como a tumorectomia, quadrantectomia, mastectomia simples ou radical, a última por sua vez é a técnica mais agressiva e que apresenta maiores queixas e limitações, sendo essa a questão abordada no presente estudo (CAMARGO; MARK, 2000; MAGNO, 2009; OTHERO, 2010; HELENA, 2012).

A tumorectomia se dá quando o tumor é dissecado sem a retirada de tecidos adjacentes, não se faz necessário incluir aponeurose subjacente do quadrante peitoral ou pele, no entanto os linfonodos axilares são removidos; é recomendada para tumores com menos de um centímetro de diâmetro. É indicada a incisão curvilínea, que acompanha as linhas de força da pele e proporciona uma cicatriz aparentemente melhor. Recomenda ser associada a radioterapia como tratamento complementar, essa combinação possibilita bons resultados, porém é possível que haja uma recidiva (CAMARGO; MARK, 2000).

A quadrantectomia resulta na retirada do quadrante mamário que foi acometido pelo tumor maligno com margens cirúrgicas de tecido normal circunjacente de 2 a 2,5 cm, juntamente com a aponeurose subjacente ao tumor. Também é realizada a dissecação e/ou esvaziamento dos linfonodos axilares radical; essa modalidade de cirurgia é indicada para tumores com até dois centímetros de diâmetro em média, vai depender do tamanho da mama da pacientes, e igualmente a tumorectomia deve ser associada a radioterapia (CAMARGO; MARK, 2000).

A mastectomia radical modificada resulta na retirada total do tecido mamário e o esvaziamento radical axilar, nesse caso é preservada a musculatura do grande peitoral e sem preservação do pequeno peitoral. É recomendada para tumores que ultrapassem os três centímetros, porém não fixo a musculatura. Mais utilizada em mulheres que se apresentem nos Estádios I, II e III (CAMARGO; MARK, 2000).

Ela pode ser realizada por meio de algumas técnicas diferentes:

Mastectomia Radical Modificada tipo Patey: ocorre a remoção da glândula mamaria e do peitoral menor de suas inserções, tem-se ainda o esvaziamento axilar radical, linfonodos interpeitorais, aponeurose anterior e posterior do musculo peitoral maior.

Mastectomia Radical Modificada tipo Madden: ocorre a remoção da glândula mamaria, somada a aponeurose anteroposterior do peitoral maior e ao esvaziamento axilar, linfonodos interpeitorais, porém com preservação do peitoral maior e menor. Essa musculatura é preservada com a finalidade de alojamento para a colocação posterior de uma prótese de silicone. Essa técnica é recomendada para tumores de até 3 cm, com axilas negativas.

Mastectomia total: representa a retirada da glândula mamaria, aponeurose anterior do peitoral maior e segmento cutâneo, sem esvaziamento axilar. Bastante utilizada em carcinomas ductal *in situ*.

Mastectomia subcutânea: consiste na retirada da glândula mamaria, com conservação do peitoral e suas aponeuroses, pele e complexo areolopapilar. É uma técnica bastante questionada pelos seus resultados.

E por fim tem-se a mastectomia radical que é a retirada de toda a glândula e/ou tecido mamário, o completo esvaziamento dos linfonodos axilares radical e a ressecção do músculo peitoral. Sua indicação se dá quando tem-se a presença de inflamação extensa do músculo peitoral, quando o câncer se apresentar avançado. Nesse processo as complicações são evitadas ao máximo pois, a terapia associada deve ser iniciada de imediato. A hemostasia deve ser seguida de drenagem fechada com a utilização de dreno, essa medida pode prevenir complicações. As morbidades nesse processo são maiores do que nas intervenções conservadoras, pois nesse ocorre maior sangramento devido ao seccionamento dos vasos no decorrer da cirurgia (FARIA; LEME; OLIVEIRA FILHO, 1994; CAMARGO; MARK, 2000).

Além dessa forma de tratamento a paciente deve ter um acompanhamento interdisciplinar, com enfermeiros, médicos, psicólogo, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais no pré e pós operatório pois, o tratamento se apresenta em uma forma muito agressiva e afeta o físico/motor e o emocional das pacientes que se submetem a ele, desequilibra a família e o paciente causando um sentimento de preocupação, incerteza, temor e vulnerabilidade (OBAMA, 2006).

Por ser uma técnica muito agressiva a mastectomia pode causar linfedema, limitação da amplitude de movimento, fibrose, redução da força muscular dos membros superiores, algias, lesões musculares, ruptura de plexo, complicação da cicatrização, baixa da auto estima

entre outras (FERREIRA, 2011; PICARO; PERLOIRO, 2005). Essas alterações fisiológicas podem provocar muita dor a paciente incluindo também as limitações funcionais e de atividades de vida diária (AVD's), dependência nos cuidados, afastamento laboral, déficit no convívio social e esquecimento do auto cuidado (FERREIRA, 2009)

A Terapia Ocupacional se torna parte integrante desse processo do tratamento para proporciona melhor qualidade de vida para as pacientes; oferecer suporte e orientar, analisar quais são as atuais limitações e queixas da paciente, proporcionando maior autonomia nas atividades, independência, aumento da autoestima, melhora do contexto social, fortalecimento das redes de apoio, melhora do desempenho das AVD's, convívio e apoio familiar, disposição para o lazer, entre outros (FERREIRA, 2009).

1.1 Desempenho Ocupacional

Como citado anteriormente as complicações dos tratamentos para o câncer de mama são inúmeras porem uma das mais importantes para o âmbito da Terapia Ocupacional é a perda da funcionalidade e os déficits nas atividades de vida diária, essas complicações afetam diretamente a qualidade de vida desses pacientes assim como seus objetivos de vida, a não realização dos seus deveres ou papéis sociais e o prejuízo no quesito de participação social (NEISTADT; CREPEAU, 2002).

As ocupações na Terapia Ocupacional não se resumem apenas ao trabalho ou a profissão do individuo, mas sim a tudo que se refere a atividades que ele desempenha no dia a dia, tudo que ocupa o seu tempo diariamente e que lhe traz significado a vida (NEISTADT; CREPEAU, 2002). Segundo a American Occupational Therapy Association's (AOTA) os desempenhos das ocupações do indivíduo podem se dividir em atividades de vida diária (AVD) que se baseia nas atividades básicas do dia a dia como pentear os cabelos, vestir roupa, escovar os dentes, se alimentar, banho, higiene pessoal, comunicação, socialização, entre outros; temos também as atividades laborativas e produtivas onde entra a organização das finanças, organização da casa e cuidados com a família, trabalho (procura/ execução/ planejamento) e estudos; por fim é avaliado também as atividades de lazer e diversão que como o próprio nome já diz se refere as atividades de lazer e diversão praticadas pelo

indivíduo como jogar, passear no shopping, praticar esportes e outras atividades relacionadas a esse âmbito.

Sendo assim as complicações do tratamento do câncer de mama interferem diretamente nas competências nas áreas de desempenho, como citado anteriormente.

Além da AOTA o desempenho ocupacional também é caracterizado pela Occupational Therapy Guidelines for Client-centred Practice da Associação Canadense de Terapia Ocupacional, ela é definida como a habilidade de desempenhar as atividades do cotidiano, papéis e tarefas que estejam relacionadas ao autocuidado a questão da produtividade, lazer entre outros associados ao não ao meio externo ou até mesmo o interno do indivíduo (LAW et al., 2009; CALDAS; FAGUNDES; SILVA, 2011).

Em 1990 pesquisadores canadenses desenvolveram a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), a qual visa auxiliar o profissional terapeuta ocupacional na sua prática clínica a qual é centrada no cliente. Essa avaliação é internacional e se apresenta em 24 idiomas, sendo um deles o português, já é amplamente aplicada pelo mundo, se tornando viável e aplicável. Seu intuito se dá na detecção da auto percepção do próprio indivíduo/ paciente sobre suas incapacidades em diferentes estágios. Seu foco se dá no desempenho nas áreas de autocuidado (cuidados pessoais, mobilidade funcional e independência fora de casa), produtividade (trabalho, tarefas domésticas, escola e brincadeiras) e lazer (recreação, jogos, lazer, socialização, entre outros) (LAW et al., 2009; CALDAS; FAGUNDES; SILVA, 2011; BRITO; MARCELINO, 2014).

1.2 Consequências do processo cirúrgico e demais tratamentos associados ao desempenho ocupacional

O índice de complicações pós-cirúrgicas nos casos de câncer de mama, tem diminuído gradativamente com o passar dos anos devido as tecnologias e novas técnicas utilizadas no processo operatório, a habilidade, experiência e conhecimento do médico, contam muito nesse fator e no prognóstico da paciente (FARIA; LEME; OLIVEIRA FILHO, 1994).

Uma das principais queixas dessas pacientes é a dor que pode se originar no pré e pós operatório ou pos tratamento de radioterapia e/ou quimioterapia (TEODORO et al, 2010).

Com a chegada da dor é comum que as pacientes reduzam suas movimentações e suas atividades podendo chegar até a uma síndrome do imobilismo, frequentemente encontrado, além da redução da força, rigidez e redução da amplitude de movimento (XAVIER, 2014).

As complicações que o tratamento conservador traz são provenientes do processo cirúrgico, sendo eles o seroma, infecção, hematomas, necrose parcial do retalho, mais tardiamente devido a radioterapia a presença de edema mamário, retração cutânea, hiperpigmentação cutânea, atrofia da pele, deformidade da mama, entre outros (FARIA; LEME; OLIVEIRA FILHO, 1994; CAMARGO; MARK, 2000).

A mastectomia radical por sua vez pode provocar limitação da amplitude de movimento do ombro e cotovelo, linfedema, seroma, fraqueza muscular, infecção, hematomas, necrose de retalhos, dor e parestesia, escápula alada, alterações de sensibilidade e funcionalidade do lado operado (FARIA; LEME; OLIVEIRA FILHO, 1994; CAMARGO; MARK, 2000; TEODORO et al., 2010; PACHECO; DETONI FILHO; MELO, 2011; RETT et al, 2013).

A radioterapia também traz algumas complicações como efeitos colaterais que ocorrem localmente a radiação aplicada, além de fadiga, enjôos, reações de pele como eritema, descamação, necrose, retração da pele, alteração da pigmentação da mama, pseudo-inflamação, áreas de fibrose, edema do braço, alterações cardíacas, entre outras. Essa penúltima por sua vez traz consequências cosméticas e principalmente funcionais, quando em surgimento tardio o edema se torna irreversível, os principais fatores predisponentes ao edema do braço é a radicalidade da dissecação axilar e a irradiação da axila dissecada (FARIA; LEME; OLIVEIRA FILHO, 1994).

As complicações mais ligadas a quimioterapia se baseiam no índice de morbidade, alopecia, náuseas, vômitos, ganho de peso, amenorreia irreversível e risco de neoplasias secundárias, não apresentando nenhuma alteração que justifique uma possível alteração funcional do membro acometido (FARIA; LEME; OLIVEIRA FILHO, 1994).

Já na hormonioterapia podemos encontrar os déficits endócrinos permanentes, variando de acordo com o tipo de hormônio utilizado no tratamento (FARIA; LEME; OLIVEIRA FILHO, 1994).

Ocorre frequentemente ainda comprometimento no desempenho das atividades de vida diária, alteração postural decorrente da falta da mama, fibrose muscular, aderência tecidual e cicatricial, dor, lesão muscular e nervosa, pericondrite, bursite acromioclavicular, síndrome da mama fantasma, complicação da cicatriz entre outras inúmeras alterações que variam de mulher para mulher (LEAL et al, 2009; TEODORO et al, 2010; PACHECO; DETONI FILHO; MELO, 2011; FERREIRA, 2011).

A dor pode ser advinda de uma relação com o espasmo muscular onde ele aumenta a sensibilidade e o sistema nervoso central identifica esse fenômeno e em resposta proporciona uma contração aumentando o espasmo e a dor. Essa dor pode ser advinda de um processo de invasão do tumor nos demais tecidos, assim como de síndromes paraneoplásicas. Também podem ser decorrentes de lesões de nociceptores pelos tumores que podem ser ativados por diversos fatores internos (CAMARGO; MARK, 2000; FLORENTINO, 2012).

Tendo em vista o exposto a cima, fica evidente que a maioria das pacientes vai apresentar alguma limitação que a impedirá de desempenhar algum de seus papéis ocupacionais, principalmente devido á:

- Alteração postural
- Limitação da amplitude de movimento
- Dor
- Síndrome do imobilismo
- Alteração funcional do movimento
- Lesões musculares
- Aderências
- Déficit nas atividades de vida diária
- Perda da funcionalidade do membro
- Alteração da sensibilidade
- Entre outros

Tudo isso leva a paciente a negligenciar o membro acometido, e de “deixar de usar” aquele membro devido a todos esses problemas que surgem depois do tratamento para o câncer. Harris (2002) nos mostra que diante dessas diversas alterações no corpo da paciente, a mesma necessita de cuidados múltiplos, nas diversas fases da doença. Se faz indicado um

programa de controle compreensivo, educação inicial, intervenção para controle e prevenção de edema, tratamento da dor e a disfunção, orientações para adaptações sobre seu novo corpo, prevenir ou retomar as atividades físicas praticadas antes, as atividades de vida diária e atividades ocupacionais.

Tendo em vista a atuação da Terapia Ocupacional no processo de reabilitação física, e psicossocial desse paciente, foi realizado um levantamento de dados sobre quais são os maiores acometimentos em mulheres que passaram por algum tipo de tratamento para o câncer, suas limitações e seus desempenhos ocupacional depois do tratamento.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos geral:

Quais as complicações provenientes dos tratamentos para o câncer de mama que podem afetar o desempenho ocupacional e os papéis ocupacionais das mulheres que passaram pelo tratamento de câncer.

2.2 Objetivos específicos:

- Por meio da revisão bibliográfica analisar quais alterações decorrentes do tratamento de câncer afetam o desempenho ocupacional e os papéis ocupacionais das pacientes.
- Analisar quais os papéis ocupacionais mais acometidos

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo é formado por uma revisão sistemática da literatura. Esse estudo se baseia em um tipo de pesquisa que utiliza dados da literatura como fonte sobre algum tema estabelecido (SAMPAIO; MANCINE, 2007).

Com a revisão sistemática é feita uma análise dos resumos das evidências relacionadas a um tema de intervenção específica, no qual inclui os critérios de inclusão e exclusão de dados, assim como métodos explícitos e sistematizados no momento da busca de dados, análise e seleção dos mesmos. Esse estudo possibilita agrupar um determinado número de informações colhidas por meio de diferentes estudos da mesma temática, os quais podem fornecer divergências ou informações conflitantes acerca do mesmo tema (SAMPAIO; MANCINE, 2007).

3.2.1 Procedimentos

A pergunta que esse estudo traz é: Quais são as alterações no desempenho ocupacional e papéis ocupacionais provenientes dos tratamentos de câncer de mama realizado em mulheres?

Para responder essa pergunta foi realizada uma revisão sistemática em artigos científicos disponibilizadas nas bibliotecas virtuais da BVS-BIREME (Biblioteca Virtual de Saúde) e Scielo (Scientific Eletronic Library Online) utilizando os descritores “neoplasia mamaria”, “terapia ocupacional”, “atividades cotidianas” e “qualidade de vida”. Dentro desses descritores foi feito o cruzamento entre “neoplasia mamaria e qualidade de vida”, “neoplasia mamaria e terapia ocupacional” e “neoplasia mamaria” e “atividades cotidianas”.

Os critérios de inclusão utilizados no presente artigo, constituiu da presença de informações claras colhidas no resumo dos trabalhos, artigos disponíveis na íntegra, escrito na língua portuguesa e publicados nos últimos 10 anos. Já os critérios de exclusão se basearam

em artigos que não se enquadravam ao assunto principal, que não apresentaram os descritores selecionados e materiais em outros idiomas.

3.2.3 Análises dos dados

Foi realizada uma análise qualitativa do tipo análise de conteúdo Minayo, com agrupamento de ideias e subcategorias, dos resultados encontrados da revisão. Em sua análise foi avaliado os resumos de cada artigo para seleção, posteriormente foi verificado o ano de publicação e posteriormente o conteúdo do estudo. Os dados depois de selecionados foram armazenados em pastas específicas e posteriormente comparados e analisados, onde foi elaborado uma planilha no Excel, com uma análise bibliométrica.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da busca com os descritores neoplasia de mama e qualidade de vida, foram encontrados 58 artigos, destes, 10 foram selecionados para leitura e 01 utilizados para análise desse trabalho.

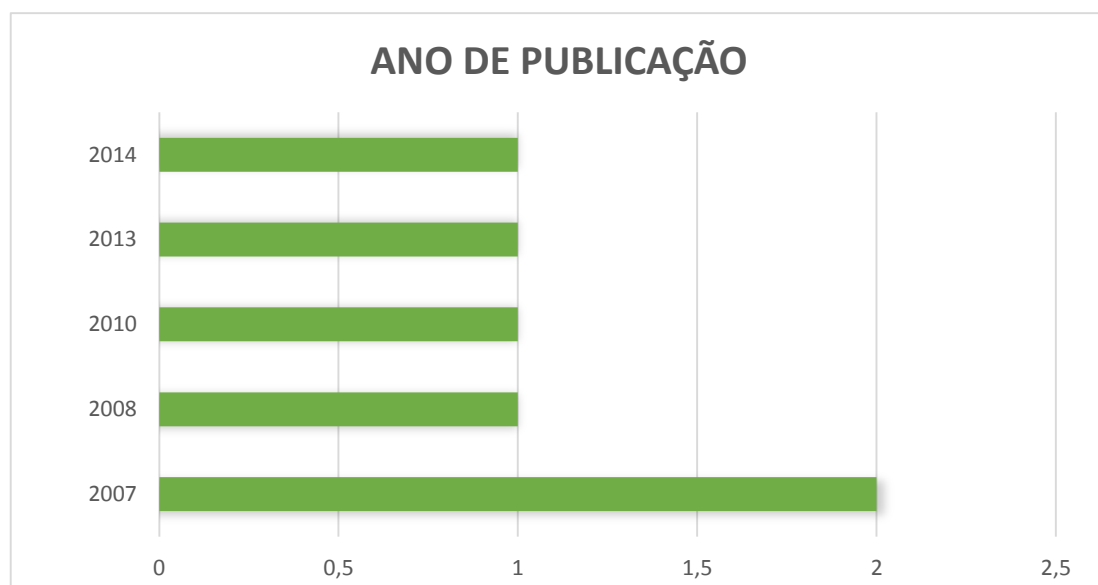
A pesquisa realizada com os descritores neoplasia de mama e terapia ocupacional proporcionou 4 artigos onde foram selecionados 3 dos artigos e utilizado para esse trabalho 03 artigos.

E por fim a pesquisa realizada com os descritores atividades cotidianas e neoplasia de mama, traz 3 artigos sendo selecionados 2 artigos para leitura e 02 artigos foram agregados ao trabalho. O critério de seleção se baseou nos critérios de inclusão e exclusão citados na metodologia.

No total foram encontrados 65 artigos relacionados a temática, desses foram escolhidos 15 artigos para leitura e análise de inclusão e exclusão, e ao fim foram totalizados 06 artigos para participarem da análise do estudo.

Os artigos selecionados apresentaram diferentes anos de publicações, sendo o mais antigo do ano de 2007, e o mais recente publicado nesse ano (Figura 01).

Figura 01– Análise dos artigos pelo ano de publicação

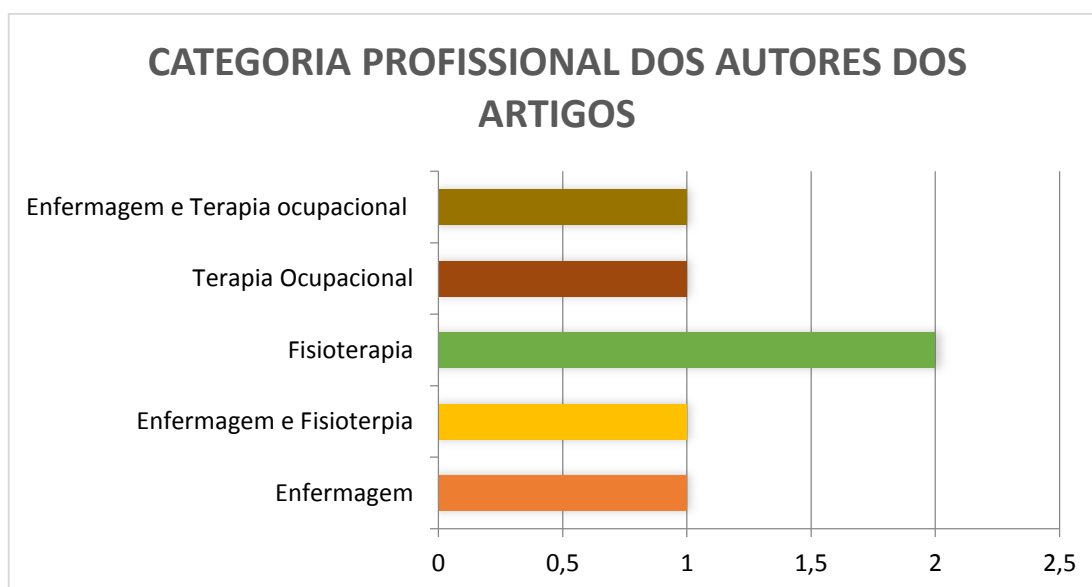


A maioria das publicações foram do campo da enfermagem, associadas ou não com a área de fisioterapia e da terapia ocupacional. Dois artigos tiveram atuação exclusiva de fisioterapeutas e apenas um artigo foi elaborado por terapeutas ocupacionais.

A expectativa na busca dos artigos se deu por encontrar mais artigos na área da fisioterapia, que possui mais publicação no âmbito da reabilitação das complicações e também por artigos da terapia ocupacional que visa a qualidade de vida e o desempenho ocupacional dessas pacientes pós tratamento, porém os resultados das buscas nas bases de dados não possuíram essa característica.

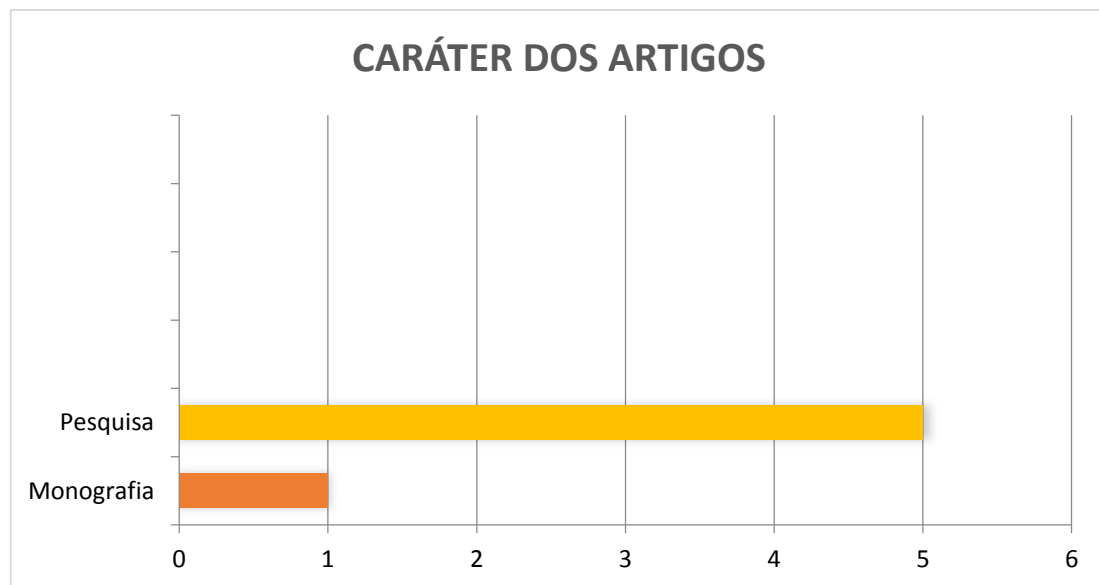
Desta forma, é possível observar a falta de publicação das áreas que mais atuam na reabilitação desses pacientes. Resultado esse afirmado na figura abaixo (Figura 2).

Figura 02- Categoria profissional dos autores dos artigos



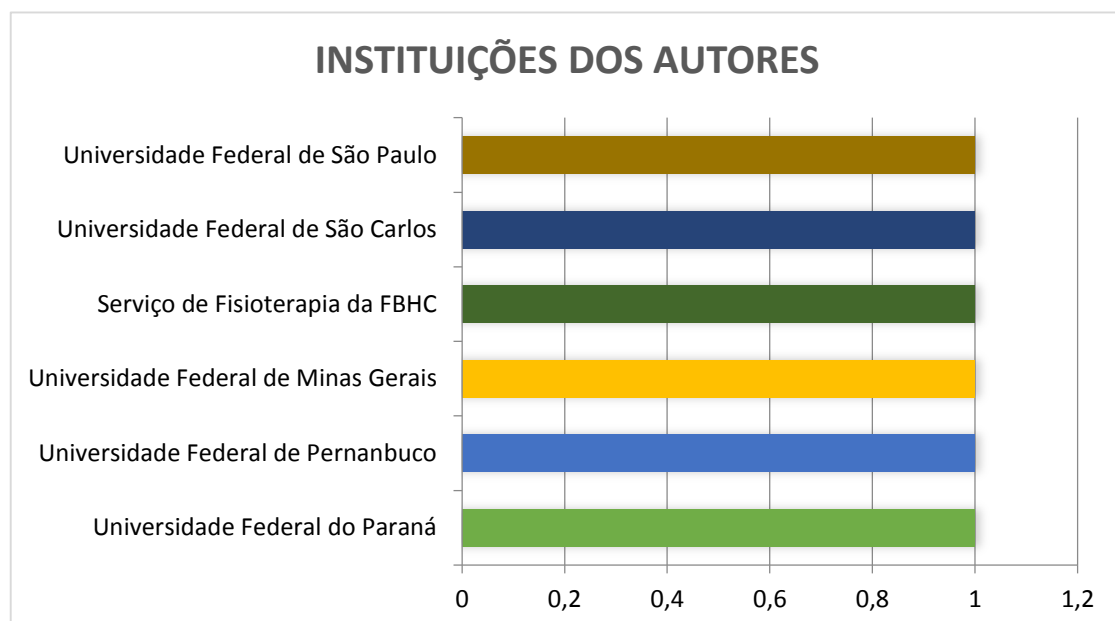
Dentro dos artigos selecionados apenas um era resultado de um trabalho de conclusão de curso, os demais artigos foram realizados com intuito de pesquisa por profissionais já formados (Figura 3).

Figura 03 – Caráter dos artigos



Todos os artigos foram realizados em universidades federais em núcleos ou departamentos específicos de cada autor ou área (núcleo da fisioterapia, escola de enfermagem, entre outros), apenas um artigo foi realizado em uma Fundação Beneficencia Hospital Cirúrgica (FBHC) porem, contou com a parceria da Universidade Federal de Sergipe (Figura 04).

Figura 04 – Instituições dos autores



Os estudos foram organizados de acordo com o autor, ano, título, objetivos do estudo, tipo de estudo, metodologia utilizada, população alvo, conclusão e nível de evidencias como mostra o quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 01: Estudos seleccionados para analise

Autor	Ano	Título	Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Metodologia utilizada	População alvo	Conclusão
LAHOZ, M. A. et all.	2010	Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em Mulheres Pós - Mastectomia	Avaliar a funcionalidade do membro superior, a qualidade de vida e as atividades de vida diária de mulheres submetidas à cirurgia de mastectomia com dissecação axilar.	Quantitativo	Estudo de caso	Foram avaliadas 20 mulheres submetidas à mastectomia	Houve redução na amplitude de movimento e na força muscular, principalmente em movimento de rotação lateral, flexão e abdução do ombro, somado a presença de dor. Provavelmente esses fatores provocaram impacto na qualidade de vida, porém não estão relacionados a diminuição da realização das atividades de vida diária
GUTIÉRREZ, M. G.R. et all.	2007	Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de	Verificar a adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação da amplitude de	Qualitativo e quantitativo	Estudo prospectivo e transversal	Amostra constituída de 28 mulheres submetidas a mastectomia ou quadrantectomia que aceitaram	A reabilitação teve boa aceitação, a taxa de adesão poderia ser maior se fosse fornecido melhor controle da dor pós – operatória e reforço das orientações. O apoio familiar e social

		reabilitação.	movimento do ombro homolateral à cirurgia e identificar as dificuldades na realização dos exercícios e das atividades de vida diária.			participar do programa de reabilitação.	também auxilia na adesão ao programa.
SCANDI UZZI, T. e SILVA, S. R.	2008	Uma intervenção da terapia ocupacional entre pacientes em tratamento quimioterápico de câncer de mama.	Descrever a experiência da atividade grupal, com ênfase na terapia ocupacional, apontando que essa pratica em contexto hospitalares leva o paciente, por meio das atividades realizadas, a atingir suas capacidades funcionais e ocupacionais visando à autonomia e à independência	Qualitativo	Estudo descritivo, transversal	Pacientes portadoras de câncer de mama submetidas à quimioterapia	Durante as atividades grupais, houve efetiva participação das pacientes, com interesse nas mesmas na iniciativa da equipe, evidenciado nos depoimentos. É visto a importância do grupo de apoio para essas mulheres, assim como a interação social e a convivência com outras pacientes.

			nas suas atividades diárias.				
MAIES KI, V. M. e SARQUIS, L. M. M.	2007	Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho.	Identificar as consequências do câncer de mama e da quimioterapia na vida da mulher, enfocando as principais mudanças ocorridas durante a realização de suas atividades diárias de trabalho	Quantitativo	Estudo descritivo	22 mulheres em tratamento oncológico em local de referência, situado em Curitiba	Fica constatado que a doença oncológica pode comprometer socialmente e psicologicamente a vida destas mulheres. Pois a maioria delas ajuda no sustento da casa e se veem improdutivas e com limitações para o trabalho.
SILVA, M. D. et al.	2013	Qualidade de vida e movimento do ombro no pós-operatório de câncer de mama: um enfoque da fisioterapia	Comparar a amplitude de movimento e a qualidade de vida antes e após dez sessões de fisioterapia pós-operatório de câncer de mama	Quantitativo	Estudo clínico autocontrolado	O estudo foi realizado com 36 mulheres após a cirurgia para o câncer de mama	A fisioterapia resultou melhoras na amplitude de movimento e a qualidade de vida da paciente após a cirurgia da mama, deve-se ainda continuar o tratamento para benefícios adicionais.
BRITO, J. S. e	2014	Desempenho	Descrever o desempenho	Qualitativo e	Estudo transversal	O estudo foi realizado com	As áreas mais acometidas do

MARCE LINO, J. F. Q.	ocupacional de mulheres submetidas à mastectomi a	ocupacional de mulheres submetidas a mastectomia.	quantita tivo	al e descritiv o	21 mulheres mastectomizad as em fase tardia.	desempenho ocupacional das pacientes se deu na área produtiva, seguida do lazer, porem algumas ocupações não sofreram interferência, tais como o cuidado com o corpo.
----------------------------	--	--	------------------	------------------------	---	--

Foi possível observar que a maioria dos artigos selecionados trazem as incidências do câncer de mama como sendo a segunda maior entre as mulheres, porem Brito e Marcelino (2014) discordam dessa teoria constatada como verdadeira pela INCA. Esses autores afirmam que o câncer de mama compreende ao tipo mais comum que afeta as mulheres, desconsiderando o câncer de pele não melanoma, talvez por esse não apresentar grandes impactos a vida do paciente.

A questão da incidência depende muito dos fatores predisponentes ao câncer de mama, uma delas é a relação com os países desenvolvidos, segundo Brito e Marcelino (2014) o Brasil está entre os países com maior incidência de câncer de mama, porém não é apenas a questão do desenvolvimento do país que vai interferir no surgimento do câncer.

Existem outros fatores que influenciam o surgimento do câncer como o sedentarismo, estilo de vida, alimentação, predisposição familiar, genética, entre outros.

Um dado muito importante que a literatura nos traz é de que o climatério e a amamentação são fatores que previnem o câncer de mama, porem em três dos estudos selecionados, o resultado foi diferente da literatura, mais da metade das mulheres do estudo tinham filhos, e esse não foi um fator preventivo para o câncer delas.

Assim como a correlação familiar (algum familiar que já teve câncer de mama) para Maieski e Sarquis (2007), não teve relação com os casos estudados, sendo que a maior parte da população estudada não tinha antecedentes familiares, porem no estudo Lahoz et al (2010) metade das participantes apresentaram antecedentes familiares. Sendo assim deve-se tomar cuidado com esse fator de predisposição ao câncer, pois ele não é um dado padrão e também varia de paciente para paciente.

Existem inúmeros outros fatores predisponentes ou preventivos ao câncer porém é visto através dos estudos que esses fatores são muito relativos e que não possui evidências científicas concretas de que esse eles são determinantes para o câncer ou para a prevenção dele.

Outro dado muito importante que foi divulgado nos artigos é a escolaridade das mulheres, todas apresentavam apenas nível fundamental. Dado esse que a literatura não nos traz mas que a prática clínica por meio das pesquisas pode nos fornecer.

Levando em consideração o câncer em si, ele é o mais temido entre as mulheres devido as informações preestabelecidas de conhecimento popular, que se baseiam no trauma psicológico, o medo, as consequências do tratamento, auto imagem, comprometimento físico, social, entre outros; mas muitas mulheres não sabem que quanto mais cedo o diagnóstico, melhor será o prognóstico.

Porém em mais da metade dos casos o diagnóstico é tardio, sendo necessários tratamentos mais agressivos como a cirurgia, em todos os estudos as pacientes foram submetidas a cirurgia de mastectomia ou quadrantectomia, associadas ou não a terapias complementares como a quimioterapia e a radioterapia.

As terapias complementares também podem causar complicações assim como as cirurgias, porém na maioria das cirurgias é realizada a linfonodectomia ou a dissecação axilar (Silva et al, 2013) que é um dos causadores de diversas complicações.

As principais complicações encontradas tanto na literatura como nos estudos utilizados se dão na necrose tecidual, aderência cicatricial, linfedema, alteração da amplitude de movimento, déficit na força muscular, dor, alteração da sensibilidade, lesões nervosas, fibrose, alteração postural, entre outras complicações.

A maioria dos artigos selecionados mostra a relação dessas complicações com as consequências que elas proporcionam tais como as alterações físicas, emocionais e sociais, impacto na qualidade de vida, déficit na mobilidade e funcionalidade, dependência parcial, interferência no cotidiano, restrição de atividades, prejuízo na imagem corporal e auto estima e mudança de hábitos.

Tendo em vista esses aspectos a paciente se vê com uma comorbidade física, emocional e social, o que coloca em risco o desempenho ocupacional dessas pacientes,

podendo ser temporário ou permanente, afetando as atividades de vida diária, atividades produtivas e de lazer na maioria das vezes.

Sendo assim é necessário um atendimento multiprofissional para atender as varias demandas da paciente que passo pelos tratamentos do câncer de mama.

Com isso a reabilitação é parte integrante desse processo, e é isso que Gutiérrez et al (2007) e Silva et al (2013) nos traz, a reabilitação quanto mais cedo for realiza, melhor será seu prognostico, o objetivo principal é prevenir as limitações que venham a restringir a funcionalidade do membro superior da paciente. De acordo com a literatura é comum encontrarmos pacientes com imobilização total do membro e essa é uma das grandes responsáveis pelo aparecimento de fibroses, limitações de amplitude de movimento, retração muscular e cutânea, aderências e aumenta o risco de linfedema.

Mas o processo de reabilitação é algo muito complicado para essas pacientes pois no estudo de Gutiérrez et al (2007) por exemplos as participantes justificaram a não realização dos exercícios por medo de afetar a cirurgia, dor, ardência, sensação de peso, fraqueza e perda da sensibilidade. Além disso um dado muito importante que esse artigo e o de Lahoz et al (2010) trouxeram foi que alguma das vezes as pacientes não realizavam os exercícios indicados por conta da supre proteção da família, a qual não permitia que a paciente realiza-se os exercícios e nem suas atividades de vida diária, se tornando dependente dos cuidados de terceiros, isso pode provocar um sentimento de invalidez e inutilidade da mesma.

Para o retorno as suas atividades ocupacionais a recuperação funcional do membro superior é extremamente necessária para a sua reinserção social.

As queixas principais dessas pacientes apresentadas em todos os artigos foi a presença de dor e a limitação da amplitude de movimento, essas duas por sua vez são as que mais afetam a funcionalidade do membro e as que mais acometem o desempenho ocupacional das pacientes.

As ocupações mais afetadas se deram na área produtiva e do trabalho segundo Maieski e Sarquis (2007), Brito e Marcelino (2014), Silva et al (2013), pois ao descobrirem a doença as pacientes foram afastadas do trabalho ou mudadas de cargo quando possuíam alguma sequela pos tratamento, muitas das participantes por sua vez tinham o sentimento de invalidez e de não estar contribuindo para o sustento da casa, pois no estudo de Maieski e Sarquis (2007) mais especificamente, essas pacientes afetadas pelo câncer eram mantenedoras da

casa, e esse processo financeiro foi rompido com a chegada da doença, com isso começa um momento de crise na família e de estresse social para a mulher.

As principais consequências do tratamento que levam ao afastamento dessa mulher do seu trabalho se da pela presença de dor, limitação no movimento, dificuldade de realizar as atividades, comprometimento físico que causa dificuldade no desempenho das atividades e a presença de edema. Porém Maieski e Sarquis (2007) é o único que nos traz provas concretas de que as complicações e efeitos colaterais do processo de quimioterapia são responsáveis por 68% das limitações em desempenhar atividades, como visto na literatura anteriormente.

Outras ocupações também sofreram alterações no processo pós tratamento, Lahoz et al (2010) nos traz em sua pesquisa uma diminuição significativa nas atividades de comer, lavar roupa, serviços domésticos, compras e dirigir. É visto que as atividades mais prejudicadas são as que requerem a utilização dos membros superiores com maior intensidade.

Já no estudo de Gutiérrez et al (2007), outras demandas são apresentadas como a dificuldade de vestir-se e despir-se, tomar banho e lavar as costas, devido a limitação do movimento do ombro, em seu estudo as participantes não relataram queixas para a realização de atividades de higiene pessoal; porém mais da metade não realizaram atividades domésticas.

Foi possível observar que a maioria das participantes dos estudos analisados que praticavam atividades domésticas, que são ditas como as atividades pesadas, e que na maioria das vezes são as mais realizadas por elas no seu dia a dia, como é mostrado por Brito e Marcelino (2014) em seu estudo.

Na prática clínica a terapia ocupacional utiliza-se de COPM para análise de desempenho ocupacional de diversos tipos de pacientes, é um método canadense e atualmente é utilizado mundialmente como referência para a análise do desempenho ocupacional, inclusive Brito e Marcelino (2014), fizeram uso do método para a análise de sua pesquisa.

Com isso foi possível analisar que as limitações decorrentes dos tratamentos para o câncer de mama, geram dificuldades que influenciam diretamente a rotina da paciente assim como sua permanência no trabalho e o convívio social.

5. CONCLUSÃO

Assim, conclui-se com esta revisão sistemática da literatura que os impactos na vida dessas pacientes existem e na maioria das vezes suas complicações são temporárias, mas podem se tornar duradouras quando não tratadas.

O impacto dos tratamentos para o câncer tem grande importância na vida da paciente que a mesma se vê abalada tanto fisicamente, como emocionalmente e também socialmente, pois as complicações que veem junto com os tratamentos abala toda a vida dessa paciente afetando principalmente sua qualidade de vida, auto estima e outros aspectos já citados anteriormente.

Em relação ao Desempenho Ocupacional, foi observado que o déficit na amplitude de movimento e força muscular justifica as alterações de funcionalidade do membro e a sua negligência para as AVD's. Apesar da literatura nos trazer diversas complicações, a que mais se relaciona com a terapia ocupacional e com os objetivos desse trabalho, foram essas citadas acima, porem os papeis ocupacionais que sofrem prejuízo no seu desempenho são inúmeros também.

A questão do afastamento do trabalho foi um dos desempenhos ocupacionais mais citados e questionados pelas pacientes dos estudos. Esse estudo apresentou algumas limitações que pode ter relação com os resultados encontrados, tais como a utilização de artigos apenas na língua portuguesa e não ampliando para os demais idiomas, sendo que muitos artigos na área são publicados na língua inglesa devido ao maior reconhecimento da profissão em outros países assim como sua prática clínica; a limitação dos descritores também dificultou a busca de artigos na temática que não apresentam os descritores selecionados; a falta de publicações na área da terapia ocupacional e principalmente a falta de estudo acerca da terapia ocupacional na oncologia.

Dentro das aplicações clínicas é possível reabilitar essas pacientes sem deixar grandes sequelas, mas como foi mostrado na literatura e nos artigos selecionados onde o tratamento deve ser precoce, para isso utilizar algumas formas de tratamento para as diversas complicações, principalmente para a perda da funcionalidade e os déficits nos desempenhos ocupacionais.

Devemos ressaltar que esse tipo de paciente necessita de cuidados multiprofissionais, pois o trabalho independente de cada profissional pode não trazer os benefícios e ganhos necessários para a paciente.

Com isso esse estudo visa estimular mais profissionais da área da Terapia Ocupacional, principalmente, a realizarem estudos nesse âmbito de atuação, pois não existem muitas publicações e as demandas são grandes assim como a quantidade de profissional atuando ou até mesmo pesquisando se faz insuficiente. Os estudos existem porem são publicados em outras áreas como a enfermagem e na maioria das vezes não são utilizados os descritores da área da terapia ocupacional, muito provavelmente pelo fato das publicações não serem em sua área específica.

Para essas pacientes a retomada de suas atividades apresenta um significado enorme, engrandecendo assim sua qualidade de vida.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Coordenação de prevenção a vigilância. **Estimativa 2014**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Mama**. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama> >. Acesso em: 19 nov. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Mamografia**: da pratica ao controle. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

BRITO, J. S.; MARCELINO, J. F. Q. **Desempenho ocupacional de mulheres submetidas à mastectomia**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, v.22, n. 3,p. 473 – 485, 2014.

CALDAS, A. S. C.; FACUNDES, V. L. D.; SILVA, H. J. **O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em estudos brasileiros: uma revisão sistemática**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.22, n.3, p.238 – 244, set./dez. 2011.

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

CORDEIRO, J. R. et al. **Cross-Cultural Reproducibility of the Brazilian Portuguese Version of the Role Checklist for Persons With Chronic Obstructive Pulmonary Disease**. American Journal of Occupational Therapy v. 61, n.1 p.33-40, 2007.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativos, quantitativos e misto. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. **Terapia Ocupacional**: reabilitação física e contexto hospitalar. São Paulo: Roca, 2004.

FARIA, S. L.; LEME, L. H. S.; FILHO, J. A. O. **Câncer de mama**: Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda, 1994.

FERREIRA, V. T. K. **Caracterização da dor em mulheres com câncer de mama pós operatório**. Ribeirão Preto, 2009, 85p.; 30cm. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde Pública) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

FERREIRA, C. H. J. **Fisioterapia na saúde da mulher: teoria e pratica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FLORENTINO, D. M. et al. **A fisioterapia no alívio da dor: uma revisão reabilitadora em cuidados paliativos**. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2012: 11(2).

GUTIÉRREZ, M. G. R. et al. **Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação**. Acta Paul Enferm 2007; 20 (3): 249 – 54.

HARRIS, J. R. et al. **Doença da mama**. Editora Médica e Científica: Rio de Janeiro, 2002.

HELENA, A. C. S. et al. **Influência do tipo de terapia antineoplásica sobre marcadores antropométricos e dietéticos em mulheres portadoras de câncer de mama**. Rev bras cancerol. 2012: 58(2): 223 – 230.

LAHOZ, M. A. et al. **Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós – mastectomizadas**. Revista Brasileira de Cancerologia. 2010; 56 (4): 423 – 430.

LAW, M. et al. (Org). **Manual de medida canadense de desempenho ocupacional (COPM)**. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

LEAL, N. F. B. S. et al. **Tratamentos fisioterapêuticos para o linfedema pós câncer de mama: uma revisão de literatura**. Rev latinoam enferm. 2009: 17(5).

LEITE, R. C.; OLIVEIRA, C.; RIBEIRO, L. **Câncer de mama: Prevenção e Tratamento**. São Paulo: Ediouro, 2002

MAGNO, R. B. C. **Bases reabilitativas de fisioterapia no câncer de mama**. Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro: 2009.

MAIESKI, V. M.; SARQUIS, L. M. M. **Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho.** Cogitare Enferm 2007. Jul/set; 12 (3): 346 – 52.

NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. **Willard e Spackman: Terapia Ocupacional.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2002.

OBAMA, A. Y. et al. **Terapia ocupacional na enfermagem de ginecologia: um enfoque na qualidade de vida durante a hospitalização.** O mundo da saúde São Paulo: 2006; jan/mar 30 (1): 185-188.

OTHERO, M. B. **Terapia Ocupacional Práticas em Oncologia.** São Paulo: Roca, 2010.

PACHECO, M. N.; FILHO, A. D.; MELO, D. A. S. **Fisioterapia para o tratamento do linfedema no pós operatório de mastectomia: revisão de literatura.** Rev fac ciênc méd. 2011; 13(4): 4 – 7.

PICARÓ, P.; PERLOIRO, F. **A evidência da intervenção precoce da fisioterapia em mulheres mastectomizadas.** EssFisioline, vol1, n°2, março/2005

QUILES- CESTARI, L. M. **Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa.** Ribeirão Preto, 2011, 103p. :11, ; 30cm. Dissertação (Mestrado em Processo Saúde- Doença e Epidemiologia.) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

RETT, M. T. et al. **Efeito da fisioterapia no desempenho funcional do membro superior no pós operatório de câncer de mama.** Rev ciência e saúde. 2013; 6(1): 18 – 24.

SANTOS, G. D.; CHUBACY, R. Y. S. **O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil).** Ciênc saúde coletiva. 2011; 16(5): 2533 – 2540.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. **Estudo de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidencia científica.** Ver. Bras. Fisioter. São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83 – 89, jan/fev. 2007.

SCANDIUZZI, T.; SILVA, S. R. **Uma intervenção da terapia ocupacional entre pacientes em tratamento quimioterápico de câncer de mama.** Rev. Min. Enferm.; 12(1): 131 – 136, jan./ mar., 2008.

SILVA, M. D. et al. **Qualidade de vida e movimento do ombro no pós – operatório de câncer de mama: enfoque da fisioterapia.** Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59 (3): 419 – 426.

TEODORO, A. et al. **Avaliação fisioterapêutica em pacientes pós cirurgia de câncer de mama em Joinville/ SC.** Cinerges. 2010: 11(1): 60 – 8. **Terapia Ocupacional em oncologia: câncer, terapia ocupacional e cuidados paliativos.** Disponível em: <<http://terapeutacarol.blogspot.com.br/2011/08/terapia-ocupacional-em-oncologia.html>>. Acesso em 25 ago. 2014.

XAVIER, D. S. **O papel da fisioterapia no combate á dor oncológica.** 2010. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/print/1712957>>. Acesso em 30 ago. 2014.