

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CÂNCER DE MAMA

*HEALTH EDUCATION AND PHYSIOTHERAPY CARE: PROPOSALS/
CHALLENGES FOR PUBLIC POLICIES*

Zequiela C. Russi^I 

Edite Maria Sudbrack^{II} 

^I Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI, Erechim, RS, Brasil. Mestre em Educação. E-mail: zequi@uricer.edu.br

^{II} Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI, Erechim, RS, Brasil. Doutora em Educação. Docente do PPG em Educação. E-mail: sudbrack@uri.edu.br

Resumo: 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, porém tratando-se das sequelas geradas pela doença e tratamento, não ficam claras as abordagens das políticas públicas de atenção fisioterapêuticas de educação em saúde. Assim, o objetivo deste estudo é identificar se as práticas de atenção fisioterapêuticas, de educação em saúde no pós-operatório do câncer de mama, interferem no tempo de afastamento laboral. Valeu-se de pesquisa descritiva, de caráter qualitativo e quantitativo, portanto, mista. Como resultados observou-se que existem muitos trabalhos sobre o tema Educação em Saúde, entretanto, escassos, sobre a questão da fisioterapia na educação destes pacientes e sobre o impacto socioeconômico causado por esta patologia. Conclui-se, assim, que é necessário ampliar o diálogo provocado pelo impacto socioeconômico dos afastamentos laborais nos casos de câncer de mama, reforçando a importância da educação para promover a saúde, a qual deve ser um fator de integração entre diversos setores do governo, nas diferentes esferas, articulando políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população.

Palavras-chave: Fisioterapia. Educação. Políticas públicas. Saúde.

Abstract: Due to the high incidence and the high impact generated by breast cancer, this morbidity is treated as a public health problem. In Brazil, numerous programs, systems and actions have been created in this context, but in the case of the sequelae generated by the disease and treatment, the approaches as public policies of physiotherapeutic health education care are unclear. Thus, this study aimed to identify whether physical therapy care practices, while health education in the postoperative period of breast cancer, interfere with the time of work leave. Descriptive research was used, qualitative and quantitative, therefore, mixed. As results, it was observed that there are many studies on the theme Health Education, however, scarce, on the issue of physiotherapy in the education of these patients and on the socioeconomic impact caused by this pathology. Thus, it is necessary to expand the dialogue provoked by the socioeconomic impact of work absences in cases of breast cancer, reinforcing the importance of education to promote

DOI: <https://doi.org/10.31512/vivencias.v18i35.490>

Submissão: 14-04-2021

Aceite: 10-08-2021



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons
Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

health, which should be a factor of integration between several sectors of government, in different spheres, articulating policies and actions that culminate in the improvement of the living conditions of the population.

Keywords: Physiotherapy. Education. Public policy. Health.

Introdução

O tema deste estudo partiu da experiência em consultório e junto ao SUS, nos atendimentos fisioterapêuticos de pacientes acometidas por câncer de mama, nos quais, a pesquisadora pode observar algumas sequelas oriundas de tratamentos que são imprescindíveis aos pacientes oncológicos, principalmente em pacientes que realizaram mastectomias que envolvem a retirada de tumores nas mamas, o que fez surgir a necessidade de aprofundar as pesquisas acerca do assunto.

Sequelas consideradas de grande incapacidade funcional ocorrem quando em cirurgias para extrair a doença, há a necessidade de retirar os linfonodos axilares, o que pode gerar limitações nos movimentos do ombro. Este sintoma de significativa morbidade por quem passa por este tipo de cirurgia, está relacionado tanto às restrições nas atividades de vida diária, quanto às atividades laborais e é apontado como piora na qualidade de vida e promotor de sofrimento. A limitação por instalação do linfedema 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 pelo aumento o volume do braço até a uma forte dor no membro homolateral. (MEIRELLES *et al.*, 2006).

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 das 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, apresentaram diminuição das taxas de mortalidade nos últimos anos e conseqüente aumento da sobrevivência. Essa relação reflete 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 (DIAS *et al.*, 2017), surgiu a indagação norteadora deste estudo: *A atenção fisioterapêutica no pós-operatório do câncer de mama interfere no afastamento laboral de pacientes acometidas por esta patologia?* Assim, para responder

ao questionamento, este estudo objetivou identificar se as práticas de atenção fisioterapêuticas, de 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 de 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.

Métodos

Pesquisa de natureza descritiva, que conjuga aspectos qualitativos e quantitativos. Utilizou-se de entrevista com questionamentos desenvolvidos especialmente para este estudo. Para analisar os dados, levou-se em conta a análise de conteúdo (BARDIN, 2011) embasada no suporte do referencial teórico, além da estatística descritiva. Este estudo seguiu as diretrizes da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde e recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP-URI), segundo CAEE: 02030818.1.0000.535.

Os sujeitos são mulheres acometidas por câncer de mama que realizaram procedimento cirúrgico para retirada deste tumor. A amostra caracteriza-se por ser não probabilística por tipicidade, constituída pela seleção de elementos que atendem aos critérios de inclusão/exclusão do estudo. Constituída por mulheres atendidas pelo setor público, privado e convênios, a amostra foi definida pela análise de artigos (VERÍSSIMO, 2016; FRAZÃO; SKABA, 2013) e pela 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 entrevistadas neste estudo 25 mulheres.

Os critérios de inclusão foram: 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 em Centros de Referência para tratamento desta patologia na cidade de Erechim-RS, com idade economicamente ativa entre 40 e 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).

Os dados foram apreciados por 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 de 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 utilizou-se análise de conteúdo do material bibliográfico selecionado para este estudo.

Além disto, 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 fisioterapêutica de educação em saúde, realizadas no pós-operatório do câncer de mama, relacionando-as com o tempo de afastamento laboral. Realizou-se tal pesquisa 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/teses/>, o qual abarca as Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado em nível nacional. Esta pesquisa compreendeu o período correspondente aos anos de 2007 a 2017, com procedimentos de mapeamento, identificação e análise dos artigos coletados.

Resultados

A fase de pesquisa de campo, realizada por meio de um questionário aplicado às entrevistadas, foi feita por estatística descritiva, levando-se em conta a análise de conteúdo (BARDIN, 2011), além de alicerçar-se na literatura para discutir os resultados apresentados nesta investigação.

A amostra pesquisada, composta por 25 mulheres com idades entre 40 e 60 anos obteve média de idade de 47,68 anos. 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.

Todas as entrevistadas estavam trabalhando regularmente/formalmente no momento em que receberam o diagnóstico de câncer de mama.

Com relação às práticas de atenção fisioterapêutica em educação e saúde observou-se que a maioria das mulheres realizou o tratamento fisioterapêutico (68%) no período pós-operatório. Não houve, nenhuma voluntária que realizou o tratamento fisioterapêutico no período que antecedeu à cirurgia, ou seja, 100% não realizaram fisioterapia no período pré-operatório.

Trinta e dois por cento (32%) da amostra não optaram pela fisioterapia após o procedimento cirúrgico, pelos motivos apontados: “Não senti necessidade”; “Não fui encaminhada para fazer fisioterapia”; “Segui as 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”.

Com relação ao período em que iniciaram a fisioterapia, evidenciou-se alto índice (24%) de mulheres que iniciaram apenas após o pós-operatório, destas, 6% realizando um ano após e

12% seis meses após. As mulheres que iniciaram fisioterapia antes dos 30 dias, correspondem a 29%, outras 29% iniciaram após 30 dias da cirurgia.

A “falta de mobilidade” associada ao membro superior homolateral à cirurgia foi o motivo para fazer fisioterapia mais relatado (56%), seguido por: dor (16%); orientação médica (12%); linfedema (12%); dificuldade de erguer o braço (8%); edema e prevenção (4%) e necessidade de voltar a trabalhar (4%).

Vinte e quatro por cento (24%) da amostra receberam auxílio da reabilitação com fisioterapia somente após “surgir necessidade”; 12% após um semestre e 6% após um ano da realização do procedimento.

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. Das mulheres pertencentes ao Convênio A (Convênio A e Convênio B são terminologias definidas pela pesquisadora para preservar a identidade das empresas de convênios analisadas neste estudo. Manteve-se o Sistema Único de Saúde com o seu identificador próprio por ser o único que atende integralmente à saúde pública), 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.

Ao analisar o tempo de afastamento laboral a fim de relacioná-lo com o impacto socioeconômico, 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. 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. 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).

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. Das mulheres que permaneceram afastadas até um ano após o procedimento cirúrgico (4), a maioria destas não realizou reabilitação com fisioterapia (3), e uma iniciou o tratamento após um ano de pós-operatório. Das 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 das 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. 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 ao 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.

Quanto ao auxílio doença, 13,3% das seguradas que realizaram o tratamento pelo SUS não conseguiram o auxílio doença, porém relataram sequelas no membro superior homolateral à 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.

Do total de entrevistadas 88% receberam benefício por auxílio doença após 30 dias do procedimento cirúrgico e 12% não conseguiram receber o benefício.

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, 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 elas, 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 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.

Discussão

No que se refere à lateralidade da ocorrência de câncer de mama, estudos demonstram que 52,4% das pacientes estudadas foram acometidas na mama esquerda e 38,1%, na mama direita e a localização exata mais frequente foi no quadrante superior externo esquerdo, com incidência de 27,6% (SEBASTIÃO *et al.*, 2014). No presente estudo, a incidência de acometimento foi igual para ambos hemicorpos, sendo que uma paciente apresentou a doença bilateralmente.

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. Existem muitos trabalhos sobre o tema Educação em Saúde, entretanto, escassos, sobre a questão

da fisioterapia na educação destes pacientes e sobre o impacto socioeconômico causado por esta patologia.

A fisioterapia pré-operatória é de fundamental importância, pois identifica fatores que podem contribuir para o aparecimento das complicações decorrentes da cirurgia. A reabilitação através da fisioterapia deve ser realizada em todas as fases do tratamento para o câncer de mama (MAGNO, 2019; BARACHO, 2007; BATISTON; SANTIAGO, 2005; FARIA, 2010; ABREU; KOIFMAN, 2002). No presente estudo, verificou-se que 32% da amostra não realizaram reabilitação com fisioterapia em nenhum momento do pós-operatório.

Com relação à adesão ao tratamento proposto pelo médico, a não realização do tratamento proposto é pouco frequente, sendo que um estudo (PINHEIRO *et al.*, 2013) apontou 0,9% por óbito, 0,3% por abandono, 0,2% pela doença encontrar-se avançada e 0,1% se recusou a realizar o tratamento.

A importância 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 (PANOBIANCO *et al.*, 2009), ratificando a finalidade das ações de Educação em Saúde, - a **transformação** (BRASIL, 2007).

Outras falas das entrevistadas apontam a falta de conhecimento de que este tratamento é oferecido pelo Sistema Único de Saúde, ou seja gratuitamente, na modalidade Fisioterapia Geral. Apesar de o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (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.

Outros relatos das entrevistadas 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. 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 (BRASIL, 2009).

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.

Sobre os motivos pelos quais realizaram fisioterapia, encontrou-se 56% da amostra que o fez por sentir falta de mobilidade no braço homolateral à cirurgia, seguidos por 16% que o fizeram por sentir dor. Nesse sentido, uma das maiores queixas das mulheres que realizam cirurgia para retirada do câncer de mama (BARACHO, 2007) são as sequelas relacionadas aos aspectos físicos. A dor é o sintoma de maior impacto na qualidade de vida dos pacientes com câncer (LIMA *et al.*, 2013). Na pesquisa aqui desenvolvida, apenas, 16% das entrevistadas relataram que a dor foi o motivo para a realização da fisioterapia.

Em relação às orientações recebidas no pós-operatório, 88,23% das mulheres referiram sentirem-se “Bem orientadas” e apenas 11,77% referiram sentirem-se “Pouco Orientadas”. 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 (MACHADO *et al.*, 2007).

Das mulheres pertencentes ao Convênio A, 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. Esta forma de educação para a saúde associada à comunicação (orientações), entre o profissional e o paciente (PANOBIANCO *et al.*, 2009; BRASIL, 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).

Quando se trata de orientar para produzir um saber, busca-se desenvolver uma compreensão dos fatos que dialogue não somente com os problemas existentes, mas com a necessidade de mudanças. A educação necessita certo nível de interação entre quem orienta e quem é orientado. 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 (BUSNELLO; FRANTZ, 2016; PETITO *et al.*, 2012; TADDEO *et al.*, 2012).

Com relação ao tempo de afastamento laboral, as pacientes que permaneceram mais tempo afastadas foram as que realizaram reabilitação com fisioterapia. Isto 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). Em média as mulheres atendidas pelo SUS permaneceram 33,6 meses afastas, ou seja, aproximadamente 1000 dias afastadas, tempo maior que a média (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.

Com relação ao auxílio doença, 24% receberam este benefício e 12% não conseguiram receber, sendo que todas as que não receberam 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, acabam por criar 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.

Da referida amostra, 54,54% relataram que o benefício por auxílio doença não proveu seus gastos e o valor diminuiu, as dificuldades apontadas por estas foram o aumento dos gastos. Outros 45,45% da amostra referiram como dificuldades o aumento dos gastos, porém com auxílio financeiro de parentes. Estudo (FRAZÃO; SKABA, 2013) analisou dez mulheres acometidas por câncer de mama observou 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).

Conclusão

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.

Evidenciou-se que as práticas compreendem todas as orientações fisioterapêuticas para realizar os cuidados após a cirurgia até que a paciente possa começar a realizar sozinha tanto atividades de vida diária, quanto laborais.

Verificou-se que 68% da amostra realizaram reabilitação com fisioterapia após a intervenção cirúrgica por sentirem-se muito mais “Bem orientadas” do que “Pouco orientadas”.

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. Neste estudo o tempo de afastamento foi mensurado a partir da intervenção cirúrgica, sendo que as pacientes que iniciaram seu tratamento com fisioterapia, antes dos 30 dias, relataram sentir-se “Bem orientadas” e permaneceram em média 1000 dias afastadas. Este fato, associado à constatação de que nem todas foram encaminhadas ao atendimento, infere que estas pacientes foram encaminhadas de pronto ao atendimento por apresentar propensão à manutenção de sequelas em longo prazo. Esta situação remete à necessidade de políticas que incentivem/estimulem as orientações adequadas. Todavia, não se pode afirmar estatisticamente que as práticas de atenção fisioterapêuticas de 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.

As questões políticas, econômicas, sociais e culturais refletem diretamente na vida dos indivíduos inseridos no modo de produção capitalista, interferindo diretamente nas questões de saúde individual, familiar e de toda a sociedade. 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.

A necessidade do recebimento do auxílio-doença por períodos prolongados gera altos custos à seguridade social e, pensando sobre a estimativa (INCA, 2020) de que para o triênio 2020-2022, são esperados 625 mil novos casos de câncer de mama com localização primária em homens e mulheres, para cada ano. Isto exige reflexão acerca das evidências encontradas neste trabalho. Se a cada ano, 625 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 a grande questão mediadora deste trabalho: a educação – a educação em saúde, em prol da promoção à saúde.

Este estudo denotou que, mantendo o diálogo provocado pelo impacto socioeconômico dos afastamentos laborais nos casos de câncer de mama, percebe-se a necessidade de reforçar o grande ponto desta discussão, que é educação para promover a saúde.

A promoção à saúde não constitui responsabilidade restrita do setor da 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. Esta integração exige o fortalecimento e a ampliação ao acesso às informações já existentes ou mesmo a criação de práticas educativas em saúde que atendam às pacientes que realizaram cirurgia para o câncer de mama, possibilitando que orientações acerca de formas possíveis de restabelecimento físico e laboral possam ser acessadas por esta população de forma integral.

Com a finalidade de oferecer uma contribuição relevante para o planejamento na área da assistência sugere-se que haja: a) maior incentivo às atividades efetivadas pela educação e saúde, conscientizando sobre a importância das Políticas Públicas e, assim, enlaçar definitivamente a educação e a saúde; b) melhorias, aperfeiçoamento nos atendimentos em saúde pública-SUS para democratizar o cuidado; c) fortalecimento do cuidado global às mulheres com câncer de mama, buscando recuperação rápida, sem sofrimento e retorno às atividades de vida cotidiana e laboral com plenas condições; d) aperfeiçoamento do atendimento em saúde às mulheres com câncer de mama, visando a diminuição do tempo de afastamento laboral e os prejuízos financeiros.

Referências

ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos do câncer da mama feminina. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 48, n. 1, p. 113-31, 2002.

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

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Curitiba: Edições 70; 2011.

BATISTON, A. P.; SANTIAGO, S. M. Fisioterapia e complicações fisiofuncionais após o tratamento cirúrgico do câncer de mama. **Fisioter. Pesq.**, v. 12, n. 3, p. 30-35, 2005. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/76623>. Acesso em: 24 maio 2019.

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. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 50, n. 4, p. 311-320, 2004.

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

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

BRASIL. **Política nacional de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação, 2009, 130 p.

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. (Org.). **Educação para a saúde:** diálogos nos diferentes cenários de práticas educativas. Ijuí-RS: Unijui; 2016.

DIAS, M.; ZOMKOWSKI, K.; MICHELS, F. A. Z.; SPERANDIO, F. F. Implicações das cirurgias de câncer de mama nas atividades profissionais. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 25, n. 2, p. 325-332, 2017.

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, n. 17, supl. 1, p. 69-87, 2010.

FRAZÃO, A.; SKABA, M. M. F. V. Mulheres com câncer de mama: as expressões da questão social durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 59, n. 3, p. 427-435, 2013. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/511>. Acesso em: 28 maio 2019.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2020.** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2020.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2020.

LIMA, A. D.; MAIA, I. O.; COSTA JÚNIOR, I.; LIMA, J. T. O.; LIMA, L. C. Avaliação da dor em pacientes oncológicos internados em um hospital escola do nordeste do Brasil. **Rev. Dor.**, v. 14, n. 4, p. 267-271, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2019.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 fev. 2019.

MAGNO, R. B. C. **Bases reabilitativas de fisioterapia no câncer de mama.** 2009. 68 f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.uva.br/sites/all/themes/uva/files/pdf/bases-reabilitativafisioterapia-cancer-mama.pdf>. Acesso em: 24 abr. 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. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 10, n. 4, p. 393-399, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 maio 2019.

PANOBIANCO, M. S.; PARRA, M. V.; PRADO, M. A. S.; ALMEIDA, A. M. ; MAGALHÃES, P. A. P. Estudo da adesão às estratégias de prevenção e controle do linfedema em mastectomizadas. **Esc. Anna Nery**, v. 13, n. 1, p. 161-168, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2019.

PETITO, E. L.; NAZARIO, A. C. P.; MARTINELLI, S. E.; FACINA, G.; GUTIERRES, M. G. R. Aplicação de exercícios domiciliares na reabilitação do ombro pós cirurgia por câncer de mama. **Rev. Lat-AM. Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 1- 9, 2012.

PINHEIRO, A. B.; LAUTER, D. S.; MEDEIROS, G. C.; CARDOZO, I. R.; MENEZES, L. M.; SOUZA, R. M. B.; ABRAHÃO, K.; CASADO, L.; BERGMANN, A.; THULER, L. C. S. Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 351-359, 2013. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/500>. Acesso em: 30 maio 2019.

SEBASTIÃO, C. K.; LAROCCA, L. M.; SOUZA, R. H. S.; CAVALCANTE, M. D.; M. A.; MELANDA, V. S. Mortalidade por câncer de mama em mulheres com idade inferior a 40 anos*. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 459-464, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34119>. Acesso em: 28 maio 2019.

TADDEO, P. S.; GOMES, K. W. L.; CAPRARA, A.; GOMES, A. M. A.; OLIVEIRA, G. C.; MOREIRA, T. M. M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2017.

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**. 2016. 188 f. Tese (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. Acesso em: 05 maio 2018.