

Mulheres com câncer e sua relação com a atividade física

Women with cancer and their relationship with physical activity

SAÇO LF, FERREIRA EL. Mulheres com câncer e sua relação com a atividade física. **R. bras. Ci. e Mov** 2010;18(4):11-17.

Lívia F. Saço¹
Eliana L. Ferreira²

¹Faculdade de Educação Física e
Desportos/UFJF

RESUMO: Sabendo que a atividade física se mostra como uma ferramenta para a preservação das capacidades motoras e atividades da vida diária de mulheres com câncer, que veem sua identidade, seu eu, sua vida, seus sentidos e movimentos alterados, buscamos neste estudo verificar a aderência a prática da atividade física por mulheres acometidas pelo câncer. Foram entrevistadas 39 mulheres portadoras da doença com idade entre 21 e 79 anos. Verificou-se que 43,59% da amostra encontravam-se na faixa etária entre 61-79 anos; o câncer de mama foi o tipo de câncer que mais se destacou entre as mulheres; 59% exerciam a profissão de domésticas do lar; o nível de estresse relacionado ao trabalho foi classificado por elas como médio ou pouco estressante; a maior aderência à prática da atividade física está na faixa etária entre 20 – 30 anos e 41 – 50 anos; e o fator mais relevante para a não adesão à atividade física foi a “falta de tempo”. Observamos que, com a nova realidade pós-câncer, papéis antes desempenhados pela mulher, muitas vezes, ficam comprometidos, repercutindo em desestímulo nas suas atividades de vida diária (AVD’S) e, conseqüentemente na sua vida social. É importante ressaltar que, para que ocorra o sucesso de um programa de atividade física, é necessário que a prática seja incorporada ao repertório cultural da vida dessas pessoas.

Palavras-chave: Câncer; Atividade Física; Mulher; Vida.

ABSTRACT: Understanding that physical activity is seen as a tool for the preservation of the motor capacities and daily activities for women with cancer who their self, identity, life, movements altered, here we seek to verify the observance of the physical activity among women attacked by the cancer. 39 women who had cancer were interviewed, their cancer attacked them when they were between 21 and 79 years old. It was possible to check that 43,59% of women were found in the age group among 61-79 years; the breast cancer was the cancer type more common; 59% did not have an official job, were responsible for their homes; the stress level related to their work was classified by them as intermediate or little stressful; the largest adherence the practice of the physical activity this in the age group among 20 to 30 years old and 41 to 50 years and the most relevant factors for the non-adhesion the physical activity was the "lack of time." It was possible to observe that the new reality after cancer, activities before carried out by women often are in risk echoing in discouragement in their daily activities, and also in the social ones. It is important to emphasize that to have a successful program of physical activity, it is necessary it to be incorporated by people's cultural repertoire.

Key Words: Cancer; Physical activity; Women; Life.

Enviado em: 26/10/2010
Aceito em: 03/02/2011

Contato: Lívia Fabiana Saco - liviafms@yahoo.com.br

Introdução

Segundo recente relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC)/OMS (*World Cancer Report 2008*), o impacto global do câncer mais que dobrou em 30 anos⁶. Nessas circunstâncias, é fundamental que os recursos e esforços sejam direcionados para orientar as estratégias de prevenção e controle do câncer⁶. Maruyama¹⁸ destaca em seu estudo essa alta incidência da doença e alto índice de mortalidade em todo o País, considerando-a como problema de saúde pública.

Segundo a estimativa do Instituto Nacional de Câncer, para 2010 são esperados 253.030 novos casos de câncer para o gênero feminino. Estima-se que o câncer de pele do tipo não melanoma (114 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (52 mil) e mama feminina (49 mil). Na população feminina, Porto Alegre (RS) mostra as mais altas taxas brasileiras, sendo seguido pelas capitais Fortaleza (CE), Belém (PA), Goiânia (GO) e pela cidade de Campinas (SP). E as taxas de morbidade e mortalidade mais elevadas dizem respeito, predominantemente, a mulheres acima dos 40 anos de idade¹⁰.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, "Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças cujo ponto em comum é o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo"⁶.

Quando o organismo é invadido pelo câncer, ocorre uma desordem generalizada em relação às células do organismo. Dividindo-se rapidamente, essas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis. A divisão celular, multiplicação, replicação, bem como a regressão de todo o processo tornam-se desestruturadas; geram-se processos inflamatórios, requisição de vasos sanguíneos para suprir o oxigênio no local; e o tumor se desenvolve²⁵.

A etiologia do câncer ainda é desconhecida, porém, segundo Jurberg *et al.*¹⁵ e Maruyama *et al.*¹⁸, a população, num contexto geral, está muito exposta aos fatores de risco que podem gerar o câncer, tais como: fumo, vida sedentária, dieta rica em gorduras e pobre em

frutas e vegetais, alguns vírus como o da Hepatite B, Papiloma Vírus (HPV) e fatores genéticos.

Cantinelli *et al.*⁸ diz que a doença, de um modo geral, é uma forma inconsciente de o indivíduo demonstrar e declarar o seu conflito interior. Assim, as doenças aparecem para que as necessidades interiores possam aflorar, gerando, então, o preenchimento do vazio - essa é uma das formas escolhidas pelo indivíduo para demonstrar ao mundo que está sofrendo. O autor complementa ainda que a doença pode surgir como uma necessidade de expressão que é realizada pela linguagem dos órgãos; como uma válvula de escape para conflitos emocionais e intrapsíquicos perante a incapacidade de expressar emoções de forma adequada (forma verbal); ser fruto do desejo de autopunição; pelo sentimento de culpa e de merecimento de castigo.

Battaglini *et al.*⁴ traz contribuições em relação aos hábitos da vida contemporânea e como eles podem expor com maior incidência o organismo à referida patologia, evidenciando que o estresse provoca um bloqueio das células imunológicas. O estilo de vida da maioria da população, a rotina intensa de trabalho, a inatividade física, dentre outros fatores, podem também contribuir para o aumento do risco de acometimento da doença.

Matsudo¹⁹ afirma que a atividade física é importante para a promoção da saúde e qualidade de vida e prevenção de doenças e, principalmente, para pessoas portadoras de doenças crônicas degenerativas, como as doenças cardiovasculares e o câncer. O exercício físico, além de manter e melhorar a força muscular, a saúde e a energia, influencia no humor, imagem corporal e autoestima¹.

Alguns estudos apontam ainda os efeitos específicos da atividade física no organismo já acometido pelo câncer, afirmando que causa uma melhora efetiva nas alterações físicas causadas pela cirurgia, quimioterapia e radioterapia^{3,14}.

A atividade física repercute em benefícios diretos, aumentando a capacidade funcional e adaptações cardiorrespiratória e musculares, através das respostas agudas e adaptações advindas da exigência do maior gasto energético e esforço sobre múltiplos órgãos e o sistema

enzimático. Dessa maneira, a ideia de repouso para pacientes pós-câncer só traz declínio da capacidade funcional, devendo ser evitada o mais possível¹¹.

Seixas, Kessler e Frison²⁴ demonstram através do seu estudo a importância de se encontrar alternativas capazes de controlar os sintomas relacionados à doença e ao tratamento do câncer, dentre as quais os programas regulares de exercícios físicos que, possivelmente, são uma excelente estratégia para otimizar a qualidade de vida dos pacientes, resultando em uma melhoria das suas capacidades cardioventilatória e funcional.

Por vários estudos realizados, sabemos que há grandes indícios de que a atividade física influencia a qualidade de vida dos pacientes com câncer, uma vez que os exercícios físicos atuam como uma ferramenta para a preservação da capacidade física e atividades da vida diária, além de se constituírem em elemento motivador para manter o corpo em movimento.

Nesse contexto, buscamos neste estudo verificar a aderência à prática da atividade física pelas mulheres acometidas de câncer, acreditando que poderá influenciá-las e incentivá-las através da compreensão das necessidades do seu próprio “corpo” e, conseqüentemente, do seu próprio “eu”, promovendo, assim, uma melhora na qualidade de sua vida física, social e emocionalmente prejudicada. Esperamos também que a divulgação desse benefício possa orientar a equipe multiprofissional engajada em todo o processo de atenção a essas mulheres.

Materiais e métodos

Sabe-se que a aderência à atividade física envolve fatores sócio-culturais e julgamentos morais, por isso foi realizado um estudo com abordagem qualitativa descritiva e exploratória, que facilitará a reflexão sobre costumes, crenças e atitudes das mulheres acometidas de câncer.

O estudo foi realizado no Hospital ASCOMCER da cidade de Juiz de Fora – MG. Trata-se da única instituição de cunho filantrópico, na região, especializada em tratamento de câncer. Fundada em 1963, objetiva o combate e a prevenção do câncer, disponibilizando atendimento aos pacientes de Juiz de Fora e região.

A ASCOMCER possui o propósito de propiciar um tratamento digno e humanizado ao paciente oncológico carente, com 94% de seu atendimento direcionado a pacientes do Sistema Único de Saúde, sendo os outros 6% direcionados aos diversos pacientes de planos de saúde e particulares. O hospital possui 66 leitos para internamentos, realiza assistência por serviços ambulatoriais, tratamento clínico e cirúrgico.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, sob o número 193/2008 de 16 de junho de 2008.

A população sujeito da pesquisa foi composta por 39 mulheres acometidas de câncer, que apresentavam idade entre 21 e 79 anos e aceitaram participar voluntariamente do estudo. Foram excluídas as menores de 21 anos, as que apresentaram dificuldades de comunicação verbal ou algum tipo de distúrbio mental, as que não aceitaram o procedimento de coleta de dados e aquelas que, em algum momento, expressaram o desejo de não mais participar do estudo. Aquelas que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado seguindo os princípios éticos de acordo com a resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, tanto para participar da pesquisa como para o registro de seus depoimentos, garantindo-lhes sigilo e anonimato, visando a proteger sua privacidade.

Para a escolha dos sujeitos, levamos em consideração mulheres que já se encontravam em estágio de recuperação pós-diagnóstico de câncer e que já tivessem sido liberadas por seu médico para desenvolverem atividade física.

Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada. O roteiro englobou dados pessoais das participantes: escolaridade, profissão, tipo de câncer, ano da descoberta da doença, tratamento realizado, prática ou não de atividade física, tipo de atividade praticada e o porquê da não prática. As entrevistas foram realizadas enquanto as mulheres aguardavam na sala de espera para a consulta, foram documentadas em gravação tipo mp3 e anotações gerais sobre atitudes ou comportamentos do entrevistado.

A análise dos dados se deu a partir de três etapas: a pré análise, que consistiu na organização do material, a descrição analítica/estatística com tabelas e porcentagens, utilizando-se o programa Microsoft Excel 2007, e a interpretação referencial que se apoiou nas matérias de informação.

Resultados

Participaram da casuística 39 mulheres com câncer entre 21 e 79 anos. Os dados referentes a amostra estudada está apresentada na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra

IDADE	N	Tipo de câncer
20-30	4	Esterno/mama/linfoma
31-40	6	Leucemia/mama/
41-50	6	Colo de útero/mama
51-60	6	Intestino/útero/mama
61-79	17	Mama/útero/intestino

Fonte: Dados coletados em agosto/2008

A representatividade maior da amostra (43,59%) foi na faixa etária entre 61-79 anos, sendo que os demais foram distribuídas segundo a tabela acima. A média das idades ficou em 53,85 anos com um desvio padrão de 16,09.

O Câncer de mama foi o tipo de maior incidência entre as mulheres do estudo, com 51,28% (20) da amostra, seguido por 23% (9) de colo de útero, 15,38% (6) de intestino e 10,25% (4) de outros.

Com relação à profissão das mulheres, 59% são domésticas (do lar/ lavradoras), 10% comerciantes, 6% professoras e 25% de outras profissões. Dentro desse contexto, quando indagamos a relação do estresse e a profissão, 13 mulheres correlacionaram como sendo excessivo, 10 mulheres consideraram moderado e 16 mulheres consideraram o trabalho pouco estressante.

O tempo de cirurgia, no momento da entrevista, a maioria delas, 25 (64,1%) estava no primeiro ano de pós-operatório, destes, 10 (40%) com 3 a 6 meses de pós-cirurgia e 15 (60%) 7 a 12 meses.

A tabela 2 mostra a porcentagem de mulheres que praticaram alguma atividade física após o acometimento

da doença, dividida por faixa etária, e demonstra as atividades mais praticadas por essa população.

Tabela 2. Porcentagem de mulheres que praticaram alguma atividade física após o acometimento da doença

IDADE	N	%	Tipo de Atividade
		ATIVIDADE FÍSICA	
20-30	4	50,00	Academia/caminhada
31-40	6	16,67	Caminhada/ Academia
41-50	6	50,00	Caminhada/academia
51-60	6	16,67	Caminhada/hidroginástica
61-79	17	23,53	Caminhada

Fonte: Dados coletados em agosto/2008

Nos dados apresentados, observou-se que a maior porcentagem da aderência à prática da atividade física encontra-se na faixa etária entre 20 e 30 e 41 e 50 anos. Verificamos baixa adesão nas mulheres entre 30 – 40 anos e acima de 50 anos.

A caminhada é o tipo de atividade mais praticado pela população em estudo, 80% das mulheres que se exercitam praticam essa modalidade . Segundo o relato das entrevistadas, essa modalidade é mais “acessível” e “fácil” ser realizada.

Com relação às mulheres que não praticaram atividade física, os fatores mais relevantes para a não adesão foram a falta de tempo seguida pela distância do local de moradia, falta de lugares próprios ou de instrução para a prática, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3. Fatores relacionados a não adesão da prática de atividade física

Não adesão a Atividade Física	%
Falta de tempo	39,28
Falta de tempo/dinheiro	10,71
Residir Zona Rural/oportunidade	25
Cansaço	10,71
Outros	14,28

Fonte: Dados coletados em agosto/2008.

Para todo o grupo estudado, ao identificarmos a importância da prática da atividade física, 92,3% relataram que é importante para a saúde (melhora a disposição, o humor, o apetite, a força.) e 7,7%

responderam que não sabiam (nunca praticaram/ ninguém informou para elas).

Discussão

Nossa amostra confirma os dados segundo a estimativa do Instituto Nacional de Câncer para 2010¹⁰. O câncer de mama, dentre os apresentados pelas mulheres do estudo, é o que apresenta maior número.

A idade é o fator de risco mais importante, dependendo do tipo de câncer, podendo representar o efeito acumulativo da exposição, ao longo da vida, aos agentes carcinogênicos¹⁵.

No presente estudo, a maior porcentagem das mulheres classificaram o nível de estresse no trabalho como médio ou pouco estressante. Esse fato pode estar relacionado com o grande número de mulheres que trabalham no lar e consideram satisfatório, confortável e prazeroso o estar/cuidar da família.

Esse ponto é importante destacar, pois o estresse entra como um fator de risco para a incidência primária da doença. Battaglini *et al.*⁴ traz contribuições em relação aos hábitos da vida contemporânea, demonstrando como podem expor com maior incidência o organismo à referida patologia, evidenciando que o estresse faz com que haja um bloqueio das células imunológicas. O estilo de vida que a maioria da população tem vivenciado, a rotina intensa de trabalho, a inatividade física, dentre outros fatores, podem também contribuir para o aumento do risco de acometimento dessa doença.

O período relacionado ao tratamento em que as mulheres se encontram é de grande importância para o enfrentamento das dificuldades decorrentes de todo o processo. No momento inicial do diagnóstico surge o sentimento de desespero, crença de condenação a morte, incertezas com o futuro, e que, com o passar do tempo e aceitação do problema as mulheres reagem e vêem a possibilidade de curar-se e enfrentar a morte⁷.

Mandú¹⁶ relata em seu estudo que a experiência individual do adoecer é vivida de modo particular e único e cada sujeito vivencia a sua condição corporal e a ela reage de modo peculiar, por meio de idéias, valores, projeções e comportamentos, associados a emoções e

sentimentos, que representam um modo sociocultural e psicoafetivo de traduzir a vida. Todo esse momento é constituído comumente em desordem física, subjetiva e contextual, acompanhada da procura de reorganização da vida, da retomada da independência perdida, do viver sem sofrimento e com qualidade.

Uma vez que a mulher se sente ameaçada e o sentimento de medo começa a ser parte integrante do seu cotidiano, existe a possibilidade de a dinâmica familiar ser alterada. A dificuldade de retornar sua vida pessoal, social e amorosa repercute em isolamento. Daí ser importante para ela sentir-se amparada, o que não lhe permite desistir e torna mais fácil o enfrentamento da doença¹². O desvelo familiar, a importância do cuidado com/para a família impulsiona as mulheres para uma tomada de decisão positiva em relação ao tratamento e a determinação de cura⁷.

O Programa de educação e saúde através do exercício físico e do esporte, do Ministério da Saúde, demonstra que, a prática da atividade física é um hábito de difícil incorporação e a consciência da relação atividade física e saúde leva à necessidade de prática regular, especialmente entre indivíduos com doenças crônico-degenerativas. O conhecimento e a percepção dos benefícios e barreiras à prática da atividade física podem ser um importante indicador para o desenvolvimento de programas de reabilitação²⁰.

A modalidade de atividade Física praticada também é um ponto de grande destaque a ser considerado. A caminhada foi o tipo de atividade de maior adesão pelas mulheres desse estudo. Sendo a caminhada um tipo de atividade aeróbica, os estudos realizados por Evangelista *et al.*¹³ ratificam e comprovam o benefício que um programa de exercícios aeróbicos realizado no mínimo três vezes por semana e com duração de 30 a 40 minutos, com intensidade de leve a moderada, é seguro e recomendado para mulheres tratadas com câncer de mama repercutindo em melhora da qualidade de vida.

A Avaliação da qualidade de vida enquanto importante indicador do bem-estar é ponto primordial a ser avaliado uma vez que, todos os aspectos de percepção de satisfação no seu estado físico, mental e social pode

influenciar diretamente na aderência a prática da atividade física. Destaque nos estudos realizados como o de Silva²⁶, Alegrance², Seixas¹⁹ onde pesquisam a Qualidade de vida em fases diferentes de tratamento do câncer e demonstram os impactos ocorridos no biopsicossocial dessa população.

Prado *et al.*²² destaca que, apesar dos conjuntos de benefícios que a atividade física ocasiona às mulheres mastectomizadas, a falta de força de vontade é a barreira mais mencionada entre as mulheres do seu estudo, tendo como incentivos maiores os exercícios físicos com a presença de um profissional e o suporte dos familiares. A questão “falta de tempo” apresentada pela maioria das mulheres deste estudo para a não adesão à atividade física deverá ser melhor explorada para depreendermos o real significado nesse processo.

Um ponto comum encontrado nas pesquisas realizadas por Marcondelli¹⁷ e Coelho⁹ diz respeito a compreensão dos fatores determinantes para a participação em atividades físicas, os quais são multifatoriais e não restritos somente à motivação ou outras variáveis psicológicas. Os estudos sobre fatores-chaves na motivação de prática de atividades físicas analisam a população em subgrupos com diferentes padrões motivacionais, os quais são úteis na definição de grupos e programas de intervenção direcionados com definição de estratégias efetivas para o aumento da atividade física regular e, constitui importante mecanismo a ser priorizado pelas políticas públicas de saúde.

Prado²³ enfatiza que a aderência à prática de atividade física é um dos grandes desafios dos profissionais da saúde que trabalham com o referido grupo, no entanto, é importante destacar que a equipe de saúde exerce um importante papel na prevenção, profilaxia e tratamento de complicações pós-cirúrgico.

Neste contexto, Paulo²¹ destaca a importância dos serviços de assistência social no sentido de abrir caminho e apoio para a difícil fase de readaptação à vida normal, criando uma possibilidade para que novamente o sujeito tenha a sensação de pertencimento àquele convívio social.

A importância da rede de apoio, dieta alimentar, controle das emoções, aceitação e serenidade, apoio

familiar, aceitação de si mesmo com seus valores e sua história, bem como a adição ao tratamento convencional da prática regular de atividade física regular são mecanismos que ajudam a encorajar nossas tão almejadas células de defesa, nosso sistema imunológico, a fim de mobilizar todo o potencial de resistência ao câncer^{5,25}.

Conclusões

A forma de a mulher com câncer se relacionar com o seu corpo e com o corpo do outro é diferenciada. O discurso familiar se instaura e todas as possibilidades de recuperação corporal são almejadas, no entanto, a atividade física, embora seja visivelmente associada à qualidade de vida e às possibilidades de amenizar os tratamentos, ainda assim, é vista de forma paradoxal. Mesmo se observando a prática da atividade física em uma porcentagem das mulheres entrevistadas, tal porcentagem é relativamente baixa, se comparada a das mulheres que não praticam.

Falamos, então, em reinserção social, familiar, cultural. Observamos que, com a nova realidade pós-câncer, papéis antes desempenhados pela mulher podem ficar impossibilitados ou ser desempenhados insatisfatoriamente. Dessa maneira, pode ocorrer, em um primeiro momento, uma reclusa, uma redução nas atividades sociais, um receio com relação ao entendimento social e aquilo que possa lhe dar prazer. Reafirmamos aqui a necessidade de divulgação e incentivo à atividade física como um meio de prevenção às doenças e de implantação de programas capazes de atender às especificidades das pessoas acometidas de câncer. Entendemos que, para o sucesso de um programa de atividade física, é necessário que essa prática seja incorporada ao repertório cultural da vida dessas pessoas. É preciso, ainda, que elas vislumbrem como efetiva as melhoras prognosticadas e, para tal, estudos com essa temática precisam ser ampliados.

Verifica-se ser necessária a realização de maiores estudos buscando identificar estratégias que ajudem os pacientes com câncer a minimizar as barreiras relacionadas com a prática da atividade física durante e após o estado de câncer, como forma coadjuvante de

tratamento e prevenção, tanto da patologia em si, como das patologias secundárias, aumentando assim a aderência a essa prática, já concretizada na literatura como benéfica para a estabilização e recuperação do organismo.

Referências

1. Adeyemi AO, Michelle DH. Physical activity and breast cancer survival. **Breast Cancer Research**. [periodic on line]. 2009; 11(106) Disponível em<URL: <http://breast-cancer-research.com/content/11/5/106>.
2. Alegrance FC, Souza CB, Mazzei RL. Qualidade de Vida e estratégias de Enfrentamento em Mulheres com e sem linfedema pós- Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2010;56(3):341-351.
3. Baretta E *et al*. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** 2007; 23(7):1595-1602.
4. Battaglini CL *et al*. Atividade Física e níveis de fadiga em pacientes portadores de câncer. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte** 2004;10(2):98-104.
5. Begum P, Richardson CE, Carmichael AR. Obesity in post menopausal women with a family history of breast cancer: prevalence and risk awareness. **International Seminars in Surgical Oncology** 2009;6:1. Disponível em: <http://www.issoonline.com/content/6/1/1>. Acesso em: 20 jun.2010.
6. Brasil, Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer**. Estimativa INCA 2010: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: <HTTP://WWW.inca.org.br/epidemiologia/estimativa09/in dex.html>. Acesso em: 20 jun.2010.
7. Caetano EA, Gradim CVC, Santos LES. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Revista Enfermagem UERJ** 2009;17(2):257-261.
8. Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó Jr J. A oncopsiquiatria no câncer de mama - considerações a respeito de questões do feminino. **Revista Psiquiatria Clínica** 2006;33(3):124-133.
9. Coelho CF, Burini RC. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição** 2009; 22(6):937-946.
10. Datasus (Departamento de Informática do SUS), 2000. **Indicadores e dados básicos, Brasil, 2004**. <<http://www.datasus.gov.br/cgi/idx97/matriz.htm>>.
11. Dietrich SHC, Miranda CRR, Honer MR, Furtado ER, Corrêa Filho RAC. Efeitos de um programa de caminhada sobre níveis de fadiga em pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento** 2006;14(1):7-12.
12. Duarte TP, Andrade NA. Enfrentando a mastectomia: análise do relato de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudo Psicologia** 2003; 8(1):155-163.
13. Evangelista AL, Latorre MRDO, Ribeiro KCB, Netto MM, Pizão PE. Variação da qualidade de vida em pacientes tratadas com câncer de mama e submetidas a um programa de exercícios aeróbios. **Revista Brasileira de Medicina** 2009;66(7):200-205.
14. Harris S, Niese-vertommen SL. Challenging the myth of Induced lymphedema following breast cancer: a series of case reports. **Jornal Surg Oncology** 2000;74:95-99.
15. Juberg C, Gouveia ME, Belisário C. Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2006;52:139-146.
16. Mandú ENT. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** 2004;12(4):665-675.
17. Marcondelli PD, Da costa THM, Schmitz BAS. Influência da atividade física na saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento** 2008;16(1):107-114.
18. Maruyama SAT, Costa ALC, Espírito Santo EAR, Bellato R, Pereira W. O corpo e a cultura como o lócus do câncer. **Cogitare Enfermagem (UFPR)** 2006;11:171-175.
19. Matsudo SM. Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte** 2006;20(5): 135-137.
20. Ministério da Saúde (BR). Programa de educação e saúde através do exercício físico e do esporte [online]. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br/programas/fisica/fisica.htm>.
21. Paulo M C. **Câncer: o lado invisível da doença**. Florianópolis: Insular, 2004.
22. Prado MAS *et al*. A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. **Rev. latinoam. enferm** 2004;12(3):494-502.
23. Prado MAS. **Aderência a atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama**. 2001. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
24. Seixas RJ, Kessler A, Frison VB . Atividade Física e Qualidade de Vida em Pacientes Oncológicos durante o Período de Tratamento Quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2010;56(3):321-330.
25. Servan-schreiber D. **Anticâncer: prevenir e vencer usando nossas defesas naturais**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.
26. Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de Vida em Pacientes Portadoras de Neoplasia Mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2010;56(2):227-236.