

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA-IMIP

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

RAÍSSA LINS MONTENEGRO

Trabalho de pesquisa do Programa de Iniciação Científica do PIBIC/CNPq IMIP com vigência 2014-2015.

Recife, Agosto de 2015

Prevalência de atividade física e comorbidades em pacientes submetidos ao rastreamento de Câncer de Mama

Prevalence of physical activity and comorbidities in patients subjected for breast cancer screening

Autores:

Raíssa Lins Montenegro¹

Rua Guilherme Salazar, 151 Apto. 501, Poço da Panela, Recife - PE CEP 52061-275.

Matheus Brandt de Mello Costa Oliveira¹

Natália Barbosa Lins Cavalcanti¹

Rebeca Falcão Barbosa¹

Renata Maria Santos da Silveira¹

Orientador:

Maria Júlia Gonçalves de Mello²

IMIP- Rua dos Coelhoos, 300. Boa Vista, Recife - PE - Brasil. CEP 50070-550.

Telefone: (81) 8739-3427

E-mail: mjuliagmello@gmail.com

Coorientador:

Jurema Telles de Oliveira Lima³

IMIP- Rua dos Coelhoos, 300. Boa Vista, Recife - PE - Brasil. CEP 50070-550.

Telefone: (81)99763591

E-mail: jurema@imip.org.br

¹ Graduandos em Medicina pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)/ Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Recife, Brasil.

² Pesquisadora e docente da pós graduação do IMIP, tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde, Coordenadora do Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos associado à Residência em Saúde do IMIP.

³ Supervisora de residência médica em cancerologia do IMIP, oncologista clínica e coordenadora do serviço de oncologia clinica do IMIP.

Endereço da Instituição: IMIP- Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista, Recife - PE - Brasil. CEP 50070-550.Tel.(81)2122-4100. E-mail: imip@imip.org.br / FPS- Rua Jean Emile Favre, 420 - Imbiribeira, Recife - PE, 51200-060.Tel. (81)3035-7777. E-mail: contato@fps.edu.br

OBS: Endereço e e-mail para correspondência/contato : Rua Guilherme Salazar, 151, Apto. 501, Poço da Panela, Recife, PE. CEP:52061-275. E-mail: raissamontenegro89@gmail.com

Conflito de interesses: os autores declaram não haver.

Fontes de Auxílio: Bolsa financiada pelo CNPq

Resumo:

Objetivo: Avaliar a prevalência de atividade física e de comorbidades em pacientes submetidas ao rastreamento do Câncer de Mama no Centro de Diagnóstico e Tratamento do Câncer da Mama.

Métodos: Foi realizado um estudo descritivo, de corte transversal descritivo, aplicando-se o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), e questionários apresentando dados sociodemográficos, clínico epidemiológicos e resultado da mamografia em pacientes submetida ao rastreamento de câncer de mama. **Resultados:** Evidenciou-se que 70% (70) da amostra era sedentária quanto ao domínio lazer de atividade física, que a maior percentagem de mulheres ativas 81% encontra-se no quesito Lar e que 61% (61) apresentavam pelo menos uma comorbidade, sendo as mais prevalentes, Hipertensão Arterial Sistêmica, Doenças Psiquiátricas e Diabetes Mellitus. Também foi constatado que as mulheres que receberam recomendação quanto à prática de atividade física sabiam dos benefícios que a mesma pode trazer para a saúde ($p= 0,0045$) e que cerca de 75% das mulheres que conheciam os benefícios da atividade física para saúde, frequentaram a ESF no último ano ($p=0,0310$). **Conclusões:** Os resultados desse estudo permitiram identificar a quantidade de entrevistadas que foram consideradas sedentárias quanto à atividade física de lazer, além da superestimação de ser fisicamente ativa na forma global ao considerar os domínios (trabalho, transporte, casa e lazer) da versão longa do questionário IPAQ. Conclui-se com o estudo que ações para a prevenção do câncer de mama e das comorbidades requerem um trabalho de toda a equipe profissional, com a inclusão de atividades físicas no cotidiano das pacientes, mostrando sempre a importância para a saúde do exercício físico de forma continuada.

Palavras-chave: Atividade física; Prevenção; Comorbidade

Abstract

Objective: This study aims to assess the prevalence of physical activity and comorbidities in patients that are being screened for breast cancer in Centro de Diagnóstico e Tratamento do Câncer in Recife-PE. **Method:** It was done a cross sectional descriptive study, applying the international physical activity questionnaire (IPAQ), and other questionnaires with social demographic, clinical epidemiological data and the results of the mammography, in patients that did the the screening for breast cancer. **Results:** It was evidenced that 70% (70) of the study population was sedentary in the leisure time domain, that the biggest percentage of the active woman 81% are part of the domestics activities domain and that at least 61% (61) of them had at least one comorbidity, the most prevalent ones were Systemic Arterial Hypertension, Psychiatric Diseases and Diabetes Mellitus. Besides that it was noted that the women who received orientation for physical activities knew the benefits of that to the general health ($p=0,0045$) and that approximately 75% of the woman who know the benefits of physical activities had regular doctor appointments in the ESF (Estratégia da Saúde e da Família) in the last year. ($p=0,0310$). **Conclusions:** The results of the present study allowed the identification of the amount of the study population who is considered sedentary when physical activities at the leisure time is concerned, besides of the super estimation of being physical active when it is considered the fallowed domains- leisure time, domestic activities, work related and transport related activity-of the long version of the IPAQ questionnaire. It is concluded with this study that the actions to prevent the breast cancer and comorbidities require work from the whole professional team, with the inclusion of physical activities in the patient daily basis, enforcing always the importance of the regular physical activity for the personal health.

Key Words: Physical Activity; Prevention; Comorbidity

INTRODUÇÃO

A etiologia das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) apresenta múltiplos determinantes como o tabagismo, a obesidade, a inatividade física. Segundo estimativas globais, a inatividade física, tem sido cada vez mais determinante no risco de desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, no agravamento das condições de saúde e na mortalidade decorrente delas, devido a mudanças nos padrões de vida e ao sedentarismo crescente no cenário mundial¹. A atividade física compreende qualquer movimento corporal intencional produzido pelos músculos esqueléticos que resultem em gastos calóricos acima do nível de repouso. Já o exercício é uma categoria da atividade física definido como o conjunto de movimentos físicos repetitivos planejados e estruturados para melhorar o desempenho físico².

Houve no Brasil, a partir da década de 1960, a transição epidemiológica, atribuída a mudança do perfil demográfico pela diminuição da mortalidade e natalidade o que proporcionou a redução das bases das pirâmides etárias e o alargamento do ápice, que podem ser entendidos como o aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional³. Dessa forma, o Brasil vivenciou uma transição no perfil das enfermidades: as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte e passaram a evidenciar a ascensão das doenças crônico-degenerativas, como as neoplasias, doença circulatória, hipertensão e diabetes⁴.

As DCNT (doenças crônicas não transmissíveis) são as principais causas de morte no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras. Tem seu crescimento tanto pelo envelhecimento populacional, quanto nas alterações nos padrões de vida da população, como por exemplo, a inatividade física⁴. As estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que as DCNT já representam 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e 45,9% da carga mundial de doença.

O câncer, corresponde a 16,3% das DCNT, e é a segunda causa de morte no Brasil e no mundo, sendo considerado, hoje, problema de saúde pública a nível global^{5,6}. Segundo a projeção da OMS para 2030, o Câncer será a primeira causa de óbito e cerca de 2/3 dos casos mundiais ocorrerão nos países em desenvolvimento. Dessa forma, a carga representada pelo câncer na saúde pública continuará aumentando se medidas de promoção, prevenção primária e prevenção secundária efetiva não forem amplamente aplicadas⁷. Visando a promoção e prevenção das DCNT, o Ministério da Saúde idealizou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil (2011-2022)⁵. Este plano nacional ressalta a importância da prática regular de atividade física na prevenção da doença circulatória, hipertensão e diabetes, assim como na redução do risco de câncer de mama e de cólon. Tal fato ganhou destaque nos últimos anos, pois a falta de atividade física vem sendo considerada um fator de risco primário e independente para muitos agravos à saúde, particularmente às doenças cardiovasculares e metabólicas^{1,7,8,9,10,11}.

Dentre os tipos de câncer, o Câncer de mama é o mais incidente e com maior mortalidade entre as mulheres no mundo ocidental¹². Se diagnosticado e tratado oportunamente, tem bom prognóstico. Desse modo, quando o câncer de mama é identificado em estágios iniciais apresenta prognóstico mais favorável e elevado percentual de cura^{13,14}. O diagnóstico precoce é realizado através do exame clínico das mamas (ECM) e da mamografia que são os métodos preconizados para o rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher¹⁵. O rastreamento pode ser oportuno, ofertado às mulheres que chegam às unidades de saúde, ou organizado, dirigido às mulheres elegíveis de uma dada população que são formalmente convidadas para os exames periódicos¹⁶.

Uma revisão de literatura sobre a atividade e o risco de câncer de mama, observou que 76% dos estudos analisados indicaram uma associação protetora entre os níveis mais altos de atividade física

e a incidência do câncer de mama. A redução do risco médio entre os mais ativos em comparação com as mulheres menos ativas foi de 25 a 30%. Além disso, houve evidência consistente de que níveis intermediários de atividade física fornecem algum benefício, e níveis mais elevados fornecem mais proteção (Efeito Dose-resposta)¹⁷.

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama ainda continuam elevadas, o que muito provavelmente se relaciona ao diagnóstico tardio. Embasado nisso, em maio de 2013, o IMIP em uma parceria com o Instituto Avon inaugurou o Centro de Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama, disponibilizando de equipamentos de última geração para o diagnóstico oportuno. O serviço tem a capacidade para atender mais de 36 mil pacientes ao ano, além de realizar 2 mil mamografias, 800 consultas, 800 ultrassonografias e 400 biópsias por mês.

Neste cenário de inatividade física existente na população, contribuindo para o aumento do número de casos de DCNT, é importante conhecer o perfil clínico epidemiológico da população submetida ao rastreamento do câncer de mama, e a relação existente do número de comorbidades presentes nesta população com a atividade física. Os resultados das pesquisas apontam uma medida de custo/benefício positivo, como a implementação da atividade física na prevenção das doenças crônico-degenerativas. Dessa forma tornam-se fundamentais pesquisas continuadas para disponibilizar mais e novos dados à literatura existente atualmente sobre os benefícios proporcionados pela atividade física¹⁸.

Considerando a relação entre atividade física e DCNT, esse estudo objetivou avaliar a prevalência de atividade física e de comorbidades em pacientes submetidos ao rastreamento do câncer de mama no Centro de Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, envolvendo de forma prospectiva, pacientes submetidas ao rastreamento do câncer de mama. Os dados foram coletados no período de Maio a Julho de 2015, no Centro de Diagnóstico e Tratamento do Câncer da Mama que foi criado a partir de uma parceria do IMIP e do Instituto Avon. O IMIP é um hospital de ensino e pesquisa, privado e sem fins lucrativos que atende exclusivamente pacientes do sistema único de saúde (SUS) oriundos principalmente da região metropolitana do Recife.

O IMIP faz parte da rede de atenção oncológica de Pernambuco sendo o único, nesta rede, reconhecido como centro de assistência de alta complexidade em oncologia (CACON). Em 2011, o IMIP foi a sexta instituição do Brasil em números de realização de procedimentos cirúrgicos oncológicos de média e alta complexidade. Em 2011 foram realizadas pelo IMIP 8952 mamografias o que aumentou ainda mais esse número em 2013, devido a inauguração do Centro Diagnóstico e Tratamento para o Câncer de Mama.

Foram incluídas no estudo as pacientes indicadas para o rastreio do câncer de mama. A definição das faixas etárias tomou como base o Estatuto do Idoso de 2003¹⁹. Considerou-se adultos os pacientes com idade entre 18 e 59 anos e idosos aqueles com 60 anos e mais. Foram excluídas do estudo as pacientes que tiveram câncer de mama prévio. Além disso, também foram excluídas as pacientes com contra-indicações para atividades físicas. Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa na espera da realização da mamografia. Após concordarem e assinarem o TCLE, responderam ao questionário. A amostra final do estudo foi de 110 pacientes, porém pela falta de resultado de 10 mamografias, a amostra final foi de 100 pacientes.

Os questionários apresentavam dados sociodemográficos, clínico epidemiológicos, de avaliação da atividade física, identificação de comorbidades, assim como o resultado da mamografia.

Os dados sociodemográficos requeridos foram: idade, sexo, raça, naturalidade, procedência, profissão, remuneração, escolaridade.

Os dados clínico-epidemiológicos questionados foram: acompanhamento pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) no último ano e a quantidade de consultas realizadas, prescrição de atividade física no último ano, realização de mamografia prévia, benefícios da atividade física, presença de comorbidades.

Para a avaliação da atividade física, aplicou-se a versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). O IPAQ é um questionário que avalia a atividade física numa semana típica ou nos últimos sete dias. Considerou-se a estrutura fornecida em quatro domínios- trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer/esportes- relacionados às atividades físicas caminhada, atividade moderada e vigorosa. A classificação quanto ao nível de atividade física (ativo, irregularmente ativo e sedentário) foi obtida pela avaliação do escore, dado pela frequência (dias) e o tempo (minutos) despendido em determinada atividade (sendo ela considerada caminhada, moderada ou vigorosa) para cada domínio- trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer/esportes. De acordo com o escore, foi considerado ativo: a) os pacientes que tiveram atividade vigorosa maior ou igual a 3 dias e maior ou igual a 20 minutos por sessão; ou b) atividade moderada maior ou igual a 5 dias e maior ou igual a 30 minutos por sessão. Foi considerado irregularmente ativo aquele que realiza atividade física, porém, de forma insuficiente para ser classificado como ativo, pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Por último, foi considerado sedentário aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana²⁰.

O instrumento utilizado no presente estudo– IPAQ- foi previamente padronizado e pré- testado no Brasil. A validação do IPAQ no Brasil e no mundo possibilitou a uniformização da medida dos níveis de atividade física em nível populacional.

Os resultados do exame mamográfico foram classificados de acordo com o Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®). Esse sistema utiliza categorias de 0 a 6 para descrever os achados do exame e prevê as recomendações de conduta, desde o retorno à rotina do rastreamento até o encaminhamento para investigação diagnóstica e/ou tratamento em unidades de referência ²¹.

Os dados coletados foram agrupados em planilha Excel e a análise descritiva realizada no EpiInfo 3.5.2, envolvendo a distribuição de frequência para as variáveis categóricas e medidas de tendência central para as variáveis contínuas. O nível de significância aceito foi de “p” menor ou igual 0,05.

Esta pesquisa está de acordo com a Resolução 266/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos do IMIP.

RESULTADOS

A amostra do estudo é constituída apenas por mulheres, em número de 100. A mediana das idades foi de 50 anos com Intervalo Interquartil (IIQ) de 45-56,5. Quanto à raça das mulheres entrevistadas, 54% (54) se declararam pardas, 28% (28) brancas, 7% (7) negras e 3% (3) indígenas. Eram procedentes do interior do Estado de Pernambuco 29% (29) das mulheres e do Recife e Região Metropolitana 71% (71) do total da amostra. Quanto à ocupação, 57% (57) das mulheres entrevistadas trabalham fora do lar, entre as quais 54% (54) exercem trabalhos remunerados. A escolaridade da amostra mostrou maior prevalência no grupo de mais de doze anos de estudo 46%

(46), e 36% das entrevistadas não completaram o ensino fundamental, correspondendo ao grupo de 1 a 4 anos de estudo (Tabela 1).

Em relação ao nível de atividade física, no domínio Lar, 87% (87) das mulheres são ativas, exercendo trabalho doméstico em suas casas, como varrer a casa, lavar prato, lavar roupa, cozinhar, limpar quintal. Já no domínio Lazer, 70% (70) das mulheres entrevistadas foram classificadas como sedentárias, não realizando caminhadas, corridas, práticas de esportes (Tabela 2).

A análise das comorbidades da amostra estudada mostrou que 39% (39) das mulheres não apresentam nenhuma comorbidade e das que apresentam comorbidades, 32,1% tem HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), 5,78% tem Diabetes Mellitus, 4,5% tem outras Doenças Cardiovasculares (Tabela 3).

Das mulheres que realizaram mamografia prévia, 85,9% (61/71) tiveram acompanhamento do ESF no último ano. Já 75% (57/76) das entrevistadas que frequentaram a ESF no último ano tiveram prescrição de atividade física. (Tabela 4). Das mulheres que frequentaram o ESF, 70,4% (50/71) são sedentárias quanto ao exercício físico. E em relação à prescrição de atividade física, 71,7% (54/76) se disseram sedentárias quanto à atividade física de lazer.

Em relação à idade e o número de comorbidades, dentre os adultos 45,1% não apresentam comorbidades, 30,5% possuem apenas 1 comorbidade e 24,4%, 2 ou mais comorbidades; Já dentre os idosos, apenas 11,1% não apresentam comorbidade, 55,6% possuem 1 comorbidade e 33,3%, 2 ou mais comorbidades. A relação da procura da ESF com o número de comorbidades do indivíduo não foi significativa ($p=0,9498$), mostrou que a busca por atendimento médico independe da quantidade de comorbidades. Por outro lado, mostra que as mulheres procuram o posto de saúde com ou sem comorbidade, o que tem importância na prevenção primária (Tabela 4). Foi também analisada a relação da variável prescrição de atividade física com o número de comorbidades, onde

foi observado que quanto maior o número de comorbidades maior a prescrição de atividade física (77,1% para 1 comorbidade e 88,5% para 2 ou mais comorbidades). No entanto, essa associação não foi significativa ($p=0,1312$), como mostra a Tabela 4.

Houve uma maior prevalência de comorbidades em mulheres que não são remuneradas (52,5%).

Foi observado que 85,5% (65/87) das mulheres que receberam prescrição de atividade física são ativas fisicamente em casa e 72,4% (55/76) são sedentárias quanto ao exercício físico de lazer. Já 88,2% (67/76) das mulheres que receberam recomendação quanto à prática de atividade física sabe dos benefícios que a mesma pode trazer para a saúde, tendo essa relação considerada estatisticamente significativa ($p= 0,0045$ pelo Teste de Kruskal-Wallis).

Cerca de 75% das entrevistadas que tiveram conhecimento dos benefícios da prática de atividade física para a saúde, frequentam a ESF. Houve associação significativa nesta relação ($p= 0,0310$ pelo Teste de Kruskal-Wallis).

Sobre o conhecimento dos benefícios que a atividade física possa trazer para a saúde, 87,8% (72/82) das mulheres que demonstraram conhecimento são ativas em casa, exercendo trabalho doméstico de forma moderada, embora esse dado não seja estatisticamente significativo ($p=0,5809$) e 64,6% delas são sedentárias quanto exercício físico de lazer ($p=0,0406$ pelo Teste de Kruskal-Wallis (Tabela 5).

Houve neste estudo associação significativa ($p= 0,0324$ pelo Teste de Kruskal-Wallis) entre a relação do nível de atividade física em casa e a procedência das entrevistadas. Entre as mulheres, 74,7% (65/87) das que residem na Região Metropolitana do Recife são fisicamente ativas em casa, 54,5% (6/11) irregularmente ativa e nenhuma sedentária (Tabela 5).

As comorbidades não tiveram relação de significância nem com o BIRADS nem com atividade física como forma de lazer.

Na amostra do presente estudo foi constatado que as 3 mulheres que apresentaram BIRADS 4

(achados provavelmente maligno) são sedentárias quanto a prática de atividade física como forma de lazer.

DISCUSSÃO

Entre os principais achados do presente estudo, 93% (93) das pacientes submetidas ao rastreamento de câncer de mama são fisicamente ativas, 7% (7) são irregularmente ativas e nenhuma paciente foi classificada como sedentária, considerando que se uma pessoa é ativa em qualquer do domínio-trabalho, transporte, casa ou lazer- ela é considerada ativa a nível global. Dentre as mulheres consideradas ativas, 81% são ativas quanto ao domínio Lar, exercendo trabalho doméstico em suas casas, como varrer a casa, lavar prato, lavar roupa, cozinhar, limpar quintal. 26% são ativas no domínio trabalho e 21% no domínio transporte. Já no quesito Lazer, 70% das mulheres entrevistadas foram classificadas como sedentárias, não realizando caminhadas, corridas, práticas de esportes. Como observado no presente estudo, grande percentual das entrevistadas concentram suas atividades físicas em outros domínios, como no doméstico, o que corrobora com outras literaturas existentes²². Cabe salientar aqui que para a determinação do nível de atividade física (ativa, irregularmente ativa ou sedentária) foi utilizada a versão longa do IPAQ composta por quatro domínios (caminhada, atividade moderada e atividade vigorosa no trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer/esportes) e, portanto, com clara e já evidenciada tendência a superestimação do nível de atividade física das entrevistadas^{23,24}.

A análise das comorbidades da amostra estudada mostrou que 39% (39) das mulheres não apresentam nenhuma comorbidade e das que apresentam comorbidades, 32,1% tem HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), 5,78% tem Diabetes Mellitus, 4,5% com outras Doenças Cardiovasculares, corroborando com a literatura na alta incidência de DCNTs (Doenças Crônicas Não Transmissíveis)⁵

Foi observado uma maior prevalência de comorbidades em mulheres que não são remuneradas (52,5%), concordando com dados atuais que trazem relação das comorbidades com camadas pobres e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa renda⁵, que se associa, por exemplo, no aumento do excesso de peso. Nesse sentido, tendo em vista que a obesidade é atribuída a cerca de 40000 diagnósticos de câncer ao ano e está implicada em cerca 15% a 20% de mortes por câncer no mundo, é válido salientar a importância de novas evidências a respeito da associação positiva entre fatores sociodemográficos como este e os padrões de atividade física na população^{6,25}.

Em relação à idade e o número de comorbidades, dentre os adultos 45,1% não apresentam comorbidades, 30,5% possuem apenas 1 comorbidade e 24,4%, 2 ou mais comorbidades; Já dentre os idosos, apenas 11,1% não apresentam comorbidade, 55,6% possuem 1 comorbidade e 33,3%, 2 ou mais comorbidades, como é de se esperar e afirmando a literatura, o idoso é mais vulnerável a doenças degenerativas de começo insidioso, como as cardiovasculares e cérebro-vasculares, o câncer, os transtornos mentais, os estados patológicos que afetam o sistema locomotor e os sentidos²⁶.

A relação da procura da ESF com o número de comorbidades mostrou que a busca por atendimento médico independe da quantidade de comorbidades, embora não haja significância estatística ($p=0,9498$) deste achado no presente estudo, destacando que o tamanho da amostra analisada (100 pacientes) é pequeno e, por isso, há uma limitação em termos estatísticos. Por outro lado, mostra que as mulheres procuram o posto de saúde com ou sem comorbidade, o que tem importância na prevenção primária, e relação com a literatura, que afirma a prevalência de mulheres dentre as Unidades Básicas de Saúde. Em relação ao gênero, as mulheres correspondem a cerca de 72,2% e os homens a 27,8% dos atendimentos²⁷.

No estudo, 82% das mulheres afirmaram conhecer os benefícios da atividade física para a saúde. Porém, mesmo com o conhecimento, 64,6% das mulheres desse grupo são sedentárias quanto ao exercício físico de lazer ($p=0,0406$). Os dados correspondem à literatura que afirmam que, mesmo diante da freqüente propaganda da atividade física para a solução de muitos dos males de saúde, muitas pessoas não conseguem se manter na prática de exercícios físicos por longos períodos, e a abandonam após pouco tempo, sem experimentar os reais benefícios de um programa continuado de exercício físico²⁸.

Também foi analisada a relação da prática de prescrição de atividade física médica para as entrevistadas com o número de comorbidades. Foi observado que quanto maior o número de comorbidades, maior a prescrição de atividade física (77,1% para 1 comorbidade e 88,5% para 2 ou mais comorbidades). Embora essa associação não seja significativa ($p=0,1312$), é devidamente conhecido, como também visto na literatura, que a prática de exercícios físicos promove a melhoria de comorbidades como, doenças cardiovasculares e intolerância a glicose².

Outra variável referente à atividade física foi o resultado da mamografia (BIRADS). Foi constatado que as três pacientes que tiveram BIRADS 4 (achados suspeitos de malignidade) foram consideradas sedentárias quanto à atividade física de lazer. Para saber se o achado mamográfico é maligno, precisa-se de um exame histopatológico, porém até o momento não tivemos acesso ao resultado do mesmo.

Algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas. Primeiramente, a amostra entrevistada é limitada (100 pacientes), sendo este ponto importante para a análise dos dados estatístico. Merece destaque também a questão do instrumento utilizado para a coleta das informações referentes à atividade física. A versão longa do IPAQ tem clara e já evidenciada tendência a superestimação dos dados coletados, principalmente, nos domínios de trabalho e

atividades domésticas. Houve dificuldade por parte dos entrevistados em determinar com precisão o tempo despendido em cada domínio, especialmente quando a questão se referia ao total de horas e/ou minutos de atividade realizada por dia ou ao total de dias da última semana (últimos sete dias excluindo o da entrevista). Por fim, foi necessário exemplificar a cada paciente, tipos de atividades moderadas e vigorosas e associá-los a sinais fisiológicos como batimentos cardíacos e respiração.

Fomenta a discussão sobre a necessidade continuada de haver políticas públicas que visem à promoção de saúde em prol de estilos de vida mais saudáveis. E, principalmente, pontua que os profissionais estejam preparados para orientar o paciente a compreender os benefícios e por em prática um estilo de vida mais saudável, incluindo a atividade física.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se com o estudo que ações para a prevenção do câncer de mama e das comorbidades requerem um trabalho de toda a equipe profissional, com a inclusão de atividades físicas no cotidiano das pacientes, mostrando sempre a importância para a saúde do exercício físico de forma continuada. Para esta modificação é imprescindível que a prática clínica incorpore a atividade física como medida promotora de benefício para as pacientes e mais pesquisas científicas sobre essa temática sejam realizadas.

REFERÊNCIAS

1. Sousa C, César C. Prevalence of leisure-time physical activity and associated factors: a population-based study in São Paulo, Brazil, 2008-2009. *Cad Saúde* 2013;29(2):270–82.
2. Matsudo SM, Matsudo VR, Barros Neto TL. Atividade física e envelhecimento : aspectos epidemiológicos. *Rev Bras Med do Esporte*. 2001;7(1):2–13.
3. Lessa I. Editorial. *Ciencia Saude Coletiva*. 2004;9(4).
4. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativas câncer no Brasil 2012/13 . Incidência do Câncer no Brasil.: Brasil, 2006. [Acesso em 25 de Julho 2015]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf>].
5. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil.Declaração Brasileira para a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde.2011-2022. [Acesso em 25 de Julho 2015] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
6. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
7. Who WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva World Heal Organ. 2010;60.

8. Gomes S, Cannon G. Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil. 2009;20.
9. Blair SN, Kohl III HW, Paffenbarger Jr. RS, Clark DG, Cooper KH, Gibbons LW. Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. *Jama*. 1989. p. 2395–401.
10. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007; 39:1423-34.
11. Spinola AV. As relações entre exercício físico e atividade física e o câncer. 2007;11.
12. Bicego D, Brown K, Ruddick M, Storey D, Wong C, Harris SR. Effects of exercise on quality of life in women living with breast cancer: a systematic review. *Breast J*. 2002;15:45–51
13. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Programa Viva Mulher. 2011;1–15.
14. Gomes A. Recomendações para Redução da Mortalidade por Câncer de Mama no Brasil. 2012;
15. Brasil. INCA. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama. Rio de Janeiro, 2009
16. Gotzsche PG, Hartling OJ, Nielsen M, Brodersen J. Screening for breast cancer with mammography. 2012;15p.

17. Irwin ML, George SM, Matthews CE. Physical Activity and Breast Cancer: Prevention, Survival, and Mechanisms. *Res Dig*. 2010;11(3):1–9.
18. Siqueira F V., Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):39–54.
19. Brasil. Estatuto do Idoso. 2003. 70 p. [Acesso em 25 de Julho 2015] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2002001500011
20. Helena E, Ribeiro C, Florindo AA. Validação de dois questionários para a avaliação da atividade física em adultos Validation of two questionnaires to assess. *Rev Bras Atividade Fis e Saúde*. 2013;p. 317–31.
21. Ministério da Saúde. Rastreamento 29 29. *Cad Atenção Primária*. 2010;97.
22. Bicalho PG, Hallal PC, Gazzinelli A, Knuth AG, Velásquez-Meléndez G. Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2010;44(5):884–93.
23. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35(8):1381–95.
24. Hallal PC, Gomez LF, Parra DC, Lobelo F, Mosquera J, Florindo AA, et al. Lições Aprendidas Depois de 10 Anos de Uso do IPAQ no Brasil e Colômbia. 2010;7(Suppl 2):259–64.

25. Deslypere JP. Obesity and cancer. *Metabolism*. 1995;44(9 Suppl 3):24–7.
26. Zaslavsky C, Gus I. Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidades. *Arq Bras Cardiol*. 2002;79(6):635–9.
27. Pimentel ÍRS, Coelho BDC, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FPDC, Pinheiro RP, et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2012;6(20):175–81.
28. Santos SC, Knijnik JD. Adhesion Reasons to Practice Activity in the Middle Age. *Rev Mackenzie Educ Física e Esporte*. 2006;5(1):23–34.

TABELAS

Tabela 1: Características sociodemográficas das pacientes submetidas ao rastreamento do câncer de mama, segundo frequência absoluta e relativa.

Variável	Frequência	Frequência
	Absoluta (N)	Relativa (%)
SEXO		
Feminino	100	100
IDADE (Mediana e IIQ)*	50 (45-56,5)	--
RAÇA		
Branca	28	28
Parda	54	54
Negra	7	7
Amarela	8	8
Indígena	3	3
PROCEDÊNCIA		
Recife e Região Metropolitana	71	71
Interior do Estado	29	29
TRABALHA		
Sim	57	57
Não	43	43
REMUNERAÇÃO		
Sim	54	54
Não	3	3

ESCOLARIDADE (Anos)		
0	5	5
1 a 4	36	36
5 a 8	11	11
9 a 11	2	2
12 ou mais	46	46

*IIQ = intervalo interquartil

Tabela 2: Avaliação do nível de atividade física segundo domínios do questionário longo do IPAQ

Variável	Frequência por domínios (%)
ATIVIDADE FÍSICA	
TRABALHO	
Ativo	28
Irregularmente ativo	20
Sedentário	10
Não se aplica	42
TRANSPORTE	
Ativo	23
Irregularmente ativo	61
Sedentário	16
CASA	
Ativo	87
Irregularmente ativo	11
Sedentário	2

LAZER	
Ativo	15
Irregularmente ativo	15
Sedentário	70
GLOBAL	
Ativo	93
Irregularmente ativo	7
Sedentário	0

Tabela 3: Avaliação das comorbidades da amostra analisada segundo frequência absoluta e relativa.

Variável	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
COMORBIDADES		
Sem comorbidades	39	39
Com uma comorbidade	35	35
Maior ou igual a dois	26	26
HAS*	50	32,1
DM*	9	5,78
Doença Psiquiátrica	10	6,42
Doença da Tireóide	5	3,21
Doença cardiovascular	7	4,5
Alcoolismo	7	4,5
Tabagismo	6	3,85

DPOC*	1	0,64
-------	---	------

DM= Diabetes Mellitus / HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica / DPOC= Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Tabela 4: Associação do número de comorbidades com a idade, acompanhamento em ESF, prescrição de atividade física

Variáveis	Número de comorbidades			p-valor *
	0 (%)	1 (%)	2 ou mais (%)	
ESF				0,9498
Sim	69,2% (27/39)	74,3% (26/35)	69,2% (18/26)	
Não	30,8% (12/39)	25,7% (9/35)	30,8% (8/26)	
PRESCRIÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA				0,1312
Sim	66,7% (26/39)	77,1% (27/35)	88,5% (23/26)	
Não	33,3% (13/39)	22,9% (8/35)	11,5% (3/26)	

Tabela 5: Relação da procedência e se conhece benefícios com atividade física em casa

ATIVIDADE				p-valor *
FÍSICA (CASA)				
RMR*	ATIVO	I.A *	SEDENTÁRIA	0,0324
Sim	74,7% (65/87)	54,5% (6/11)	0	
Não	25,3% (22/87)	45,5% (5/11)	100% (2)	
CONHECE				
BENEFÍCIOS				
DA	87,8% (72/82)	9,8% (8/82)	2,4% (2/82)	0,5809
ATIVIDADE				
FÍSICA				

RMR= Região Metropolitana do Recife / I.A= Irregularmente Ativo