

## **Assistência Fisioterapêutica a Pacientes Pós-Cirurgia do Câncer de Mama**

Área Temática de Saúde

### Resumo

A OMS estima que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo, o que o torna o câncer mais comum entre as mulheres. As ações interdisciplinares na atenção ao câncer de mama, devem ser iniciadas a partir do diagnóstico. Objetivos: O projeto tem por objetivo reintegrar a paciente à sociedade: informar, educar, orientar e conscientizar a paciente e familiares a partir do pré-operatório, prevenir/reduzir complicações pós-operatórias; promover qualidade de vida através de uma abordagem interdisciplinar. Metodologia: Pré-operatório: visa conhecer o paciente em relação a sua condição física e emocional e orientá-lo/educá-lo com relação à situação. Pós-operatório imediato: visa a execução das orientações fornecidas no pré-operatório; informações quanto aos procedimentos fisioterapêuticos e se necessário encaminhá-los para os serviços de terapia ocupacional e psicologia. Principais resultados: a) atendimento fisioterapêutico semanal a 78 pacientes do SUS, b) congregar voluntariamente quatro fisioterapeutas, duas mastologistas, um oncologista, uma terapeuta ocupacional, um psicólogo e 15 alunos de graduação, c) elaborar um protocolo de avaliação fisioterapêutica. Conclusões: A intervenção precoce na reabilitação das pacientes pós-cirúrgico no câncer de mama, exige uma ampla visão interdisciplinar, ampliando-se a reabilitação no pós cirúrgico imediato e tardio, e durante tratamento oncológico.

### Autores

Geovanni Dantas Cassali  
Nazir Felipe Gomes  
Carolina Paim  
Cândida Maria Amaral  
Marconi Barbosa

### Instituição

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Palavras-chave: câncer de mama; fisioterapia; interdisciplinaridade

### Introdução e objetivo

A Organização Mundial da Saúde estima que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo, o que o torna o câncer mais comum entre as mulheres.

No Brasil, não tem sido diferente. Informações processadas pelos Registros de câncer de Base Populacional, disponíveis para 16 cidades brasileiras, mostram que na década de 90, este foi o câncer mais freqüente no país. As maiores taxas de incidência foram observadas em São Paulo, no Distrito Federal e em Porto Alegre.

Além disso, o câncer de mama constitui-se na primeira causa de morte, por câncer, entre as mulheres, registrando-se uma variação percentual relativa de mais de 80 % em pouco mais de duas décadas: a taxa de mortalidade padronizada por idade, por 100.000 mulheres, aumentou de 5,77 em 1979, para 9,74 em 2000.

Internacionalmente, tem-se observado, em alguns países desenvolvidos, como é o caso dos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Noruega, um aumento da incidência do câncer de mama acompanhado de uma redução da mortalidade por esse câncer, o que está associado à detecção precoce por meio da introdução da mamografia para rastreamento e à oferta de tratamento adequado.

Em outros países, como no caso do Brasil, o aumento da incidência tem sido acompanhado do aumento da mortalidade, o que pode ser atribuído, principalmente, a um retardamento no diagnóstico e na instituição de terapêutica adequada. Frente às limitações práticas para a implementação, junto à população, de estratégias efetivas para a prevenção do câncer de mama, as intervenções, do ponto de vista da Saúde Pública, passam a ser direcionadas a sua detecção precoce, com a garantia de recursos diagnósticos adequados e tratamento oportuno.

O tratamento clássico para o câncer de mama é a retirada da mama comprometida juntamente com os linfonodos regionais (gânglios linfáticos da axila próxima à mama afetada). Em casos selecionados, os cirurgiões vêm fazendo apenas a retirada do quadrante da mama onde se localiza o tumor, juntamente com o esvaziamento cirúrgico da axila do mesmo lado. Com isto, obtêm-se bons resultados em termos de sobrevida, além de melhor efeito estético, já que o órgão é conservado.

O esvaziamento axilar é importante no controle local da doença e no planejamento dos tratamentos complementares, uma vez que se os gânglios axilares já contiverem células tumorais será necessário um tratamento sistêmico com quimioterapia e/ou hormonoterapia. Infelizmente, este esvaziamento tem possíveis complicações como o edema do braço ou linfedema (inchaço), parestesia (diminuição da sensibilidade) da região axilar e do terço mediais do antebraço e pequenas alterações nos movimentos do ombro.

Tem-se dado muita importância aos resultados estéticos no tratamento do câncer de mama, porque eles possibilitam melhor recuperação física e principalmente psíquica da mulher após o tratamento cirúrgico. Por esta razão, cada vez mais se desenvolvem técnicas de cirurgia plástica que permitem a reconstrução do órgão meses ou anos após a mastectomia, além das técnicas de reconstrução mamária imediata.

A indicação de diferentes tipos de cirurgia depende do estadiamento clínico e do tipo histológico, podendo ser conservadora (ressecção de um segmento da mama (engloba a setorectomia, a tumorectomia alargada e a quadrantectomia), com retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela, ou não-conservadora (mastectomia). São modalidades de mastectomia: mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo aréolo papilar); mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar (radical modificada); mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitoral(is) acompanhada de linfadenectomia axilar (radical); mastectomia com reconstrução imediata; mastectomia poupadora de pele.

A Reconstrução de Mama (RM) é uma possibilidade atual de reabilitação para as mulheres que necessitam da retirada da mama (mastectomia) como parte do tratamento do câncer, ou por outras causas diversas durante a vida. Com o grande avanço técnico dos últimos 20 anos, a RM tomou-se mais segura e com resultados altamente satisfatórios para a expectativa estética e psicológica.

Em um passado não tão longo, as mulheres que sofriam de câncer de mama, e alcançavam a cura com a retirada da mama, davam-se por satisfeitas e conformadas. Nos dias de hoje, as mulheres já anseiam a cura do câncer e a reintegração do aspecto físico com a RM.

Esta mudança no decorrer do tempo se explica por fatores tais como: detecção mais precoce do câncer de mama, com exames mais precisos; evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas; um número maior de mulheres jovens mastectomizadas; a importância da

sexualidade que a mama representa para a mulher e, a ajuda do reequilíbrio emocional que a RM oferece.

É muito importante que o cirurgião plástico faça uma avaliação detalhada do caso. A RM dependerá de aspectos como: peso/altura, idade, estado de saúde, tratamento prévio ou complementar com radioterapia, outras cirurgias que a paciente já tenha realizado, etc. As técnicas cirúrgicas mais usadas empregam a musculatura da própria paciente (que é transferida para a região da retirada da mama) podendo ser da "barriga" ou "das costas". Empregam-se também próteses de silicone. Muitas vezes é necessária uma associação tanto com músculo transferido, como com a prótese de silicone.

A atuação do fisioterapeuta deve ser iniciada no pré-operatório, objetivando conhecer as alterações pré-existentes e identificar os possíveis fatores de risco para as complicações pós-operatórias, e quando necessário, deve ser instituído tratamento fisioterapêutico nesta etapa, visando minimizar e prevenir as possíveis seqüelas.

No pós-operatório imediato, objetiva-se identificar alterações neurológicas ocorridas durante o ato operatório, presença de sintomatologias algicas, edema linfático precoce, e alterações na dinâmica respiratória. Durante a terapia adjuvante e no seguimento, deve-se priorizar a prevenção e minimização das complicações, sejam elas linfáticas, posturais, funcionais e/ou respiratórias. Para o controle dos sintomas algicos, as pacientes devem realizar exercícios domiciliares, manobras ativas de relaxamento muscular e automassagem no local cirúrgico. A atividade física deve ser recomendada, sendo contra-indicado o uso do braço em movimentos rápidos e de repetição, assim como atividades com carga.

A atuação do fisioterapeuta junto às pacientes no pós-operatório do câncer de mama torna-se cada vez mais freqüente, porém, Belo Horizonte não contava com um serviço que oferecesse atendimento às pacientes de baixa renda submetidas à mastectomia.

Criou-se então em 1991, através do Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, o projeto de extensão: Assistência Fisioterápica às pacientes mastectomizadas, coordenado pela Profa. Hilda Angélica Iturriaga Jimenez.

Com a aposentadoria da referida professora, o serviço esteve por extinguir-se. Em 2003, em um esforço conjunto entre ICB (Prof. Dr. Geovanni Dantas Cassali – Depto. Patologia Geral – Linha de Pesquisa CNPq – Patologia mamária humana, animal e experimental e alunos do Curso de Fisioterapia) e Hospital das Clínicas (Dr. Nazir Felipe Gomes, Dra. Soraya Zhouri Costa e Silva) deu-se continuidade e ampliou-se o trabalho iniciado pela Profa. Hilda. Tal ampliação está sendo viabilizada através de uma visão interdisciplinar, com a participação de outros profissionais, tais como: mastologista, oncologista, angiologista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Deste modo, a intervenção não ficará restrita à abordagem fisioterapêutica e estaremos dando suporte ao paciente no pré-operatório, pós-operatório imediato e tardio.

Este projeto, através da reabilitação especializada e prevenção das complicações pós-cirúrgicas visa contribuir para o retorno funcional, readaptação e reintegração da mulher à sociedade.

Além de atender uma importante demanda social, atendendo pacientes de baixa renda e com nível cultural que muitas vezes não permite o entendimento adequado da própria doença ou de suas complicações, este projeto permite: prevenir/reduzir as complicações causadas pelo pós-operatório, tais como infecções, linfedema, restrição de movimento, etc., informar/conscientizar a paciente, envolvendo familiares, sobre a sua situação clínica e a importância da sua colaboração no processo; a integração entre ciclo básico e profissional, integrando e envolvendo os alunos de diferentes cursos (área de saúde) mais precocemente na rotina profissional; uma visão interdisciplinar envolvendo professores/pesquisadores e profissionais de diferentes áreas (mastologia, enfermagem, patologia, fisioterapia, cirurgia,

assistência social, psicologia, terapia ocupacional, oncologia, cirurgia plástica); a médio ou longo prazo, importante fonte de dados para o desenvolvimento de projetos de pesquisa.

O projeto tem por objetivo reintegrar a paciente à sociedade: informar, educar, orientar e conscientizar a paciente e familiares a partir do pré-operatório; prevenir/reduzir complicações pós-operatórias, tais como: perda da mobilidade articular do ombro homolateral à cirurgia, alterações da imagem corporal devido à amputação da mama e o aparecimento tardio do linfedema; promover qualidade de vida através de uma abordagem interdisciplinar.

### Metodologia

O projeto atende cerca de 80 pacientes (baixa renda – SUS)/semana, com idade entre 28 e 81 anos (média 52 anos).

O desenvolvimento do projeto dá-se em várias etapas: o pré-operatório, realizado no Hospital das Clínicas – UFMG, em conjunto com os profissionais e alunos do projeto, visando conhecer o paciente em relação a sua condição física e emocional e orientá-lo/educá-lo com relação à situação; o pós-operatório imediato visa a execução das orientações fornecidas no pré-operatório.

São também fornecidas nessa fase, informações quanto aos procedimentos fisioterapêuticos e quando necessário encaminhá-los para os serviços de terapia ocupacional e psicologia.

O pós-operatório tardio inicia após a retirada do dreno, sendo realizado no Ambulatório Carlos Chagas. O atendimento pode ser individual ou em grupo. A abordagem nessa etapa não é apenas direcionada para o membro afetado, tem uma visão global do corpo, estimula a paciente a aceitar o corpo com sua nova aparência, através do movimento, da consciência corporal, recursos fisioterapêuticos e cinesioterapia, adaptação das atividades de vida diárias e práticas e orientação psicológica. As pacientes são estimuladas a responsabilizar-se pela seqüência do tratamento com um protocolo de acompanhamento diário de atividades a serem desenvolvidas em casa.

O projeto é desenvolvido na Unidade Multiprofissional do Hospital das Clínicas/ UFMG, onde utilizamos apenas a sala. Não contamos com nenhum financiamento e todos os profissionais realizam trabalho voluntário.

Até o momento nenhum dos 15 alunos que participam ativamente do projeto tem algum tipo de bolsa.

### Resultados e discussão

O projeto atende 78 pacientes, com idade entre 28 e 81 anos (média 52 anos). De 70 pacientes avaliadas, 55,7% realizaram cirurgia mioconservadora tipo Madden (30% mama dir., 25,7% mama esq.), 17,1% mastectomia radical simples (11,4% mama dir., 5,7% mama esq. ) e 27,2% das pacientes, cirurgia conservadora. Em 54 diagnósticos histopatológicos, houve predominância do carcinoma ductal invasivo em 68,4%, seguido do carcinoma intraductal in situ 11,1% (7,4% de baixo grau histológico e 3,7% de alto grau histológico), 7,4% de carcinoma tubular, 3,7% de carcinoma metaplásico, 3,7% carcinoma apócrino, 1,9% carcinoma papilífero invasivo, 1,9% de carcinoma lobular invasor, 1,9% carcinoma ductal com componente intraductal predominante. Quanto às principais complicações pós-cirúrgicas, em 92,3% das pacientes, observou-se restrição de amplitude de movimento, em 41% observou-se lesão nervosa, em 28% das pacientes, fibrose em cavo axilar e mama, em 25,6% aderência cicatricial, em 16% edema de caixa torácica e mama, em 10,2% linfedema.

As queixas mais comuns foram dor ao movimento (44,4%), sensibilidade alterada em região pósterio - lateral do braço (19,4%), “formigamento” (15,4%), dor e alteração de sensibilidade em região da mama (13,9%), dor miofacial (6,9 %).

Considerando que o projeto foi oficialmente aprovado pelo CENEX do HC/UFMG em dezembro de 2003, até o momento as ações alcançadas foram: a) atendimento fisioterapêutico semanal a cerca de 80 pacientes do SUS, b) congregar voluntariamente quatro fisioterapeutas, duas mastologistas, um oncologista, uma terapeuta ocupacional, um psicólogo e 15 alunos, c) elaborar um protocolo de avaliação fisioterapêutica no pós-operatório do câncer de mama (Anexo 1).

O projeto pretende alcançar, a médio prazo: a) estabilidade de atendimento as pacientes, de maneira que não dependa apenas de trabalho voluntário, criando vínculo com os diferentes cursos de graduação; b) obter financiamento para compra de material permanente (ultra-som terapêutico, macas, TENS, etc) e de consumo (luvas, gel, luvas de contenção, ataduras, etc.); c) estabelecer convênios com empresas privadas visando desenvolver programas de âmbito sócio/cultural para atender ao projeto (ex.: Natura, Avon, etc.); d) promover reuniões entre profissionais, pacientes e familiares.

Acredita-se que o maior mérito do projeto seja a abordagem interdisciplinar, envolvendo os profissionais das diferentes áreas e alunos de diferentes cursos procurando oferecer ao paciente com câncer de mama uma melhor reintegração à sociedade e melhor qualidade de vida.

Quinzenalmente são realizadas reuniões para validação da intervenção, discussão de casos e auto-avaliação e mensalmente realizados seminários de atualização/revisão, com participação de convidados externos especialistas em de câncer de mama.

Segundo o Documento de Consenso (Controle do Câncer de Mama - INCA 2004), as ações interdisciplinares na atenção ao câncer de mama, devem ser iniciadas a partir do diagnóstico, e devem fazer parte da atuação conjunta entre todos os profissionais de saúde, junto aos pacientes e familiares.

As intervenções interdisciplinares têm como objetivo fazer uma junção entre conhecimentos e disciplinas, que intercedam efetivamente na qualidade de vida desta população após o tratamento, favorecendo de forma prioritária o seu retorno às atividades físicas, sociais e profissionais.

A equipe interdisciplinar deverá ser composta por: médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista. A atuação interdisciplinar para a prevenção de complicações decorrentes do tratamento deve ser realizada em todas as fases: diagnóstico; durante e após o tratamento; na recorrência da doença e nos cuidados paliativos. Em cada uma dessas fases, é necessário conhecer e identificar as necessidades da mulher, os sintomas e suas causas, e o impacto destes no seu cotidiano. A intervenção visa prestar orientações domiciliares, tratamento ambulatorial, tratamento hospitalar específicos e grupos educativos. Deve ser garantido o acesso às informações relacionadas aos direitos previstos em lei e adequação dos recursos que garantam uma atenção integral.

## Conclusões

A intervenção precoce na reabilitação das pacientes pós-cirúrgico no câncer de mama, exige uma ampla visão interdisciplinar, ampliando-se a reabilitação no pós cirúrgico imediato e tardio, e durante tratamento oncológico.

Este projeto, através da reabilitação especializada e prevenção das complicações pós-cirúrgicas, visa contribuir para o retorno funcional, readaptação e reintegração da mulher à sociedade.

Equipe do projeto - profissionais: Geovanni Cassali (patologista), Nazir Gomes (fisioterapeuta), Carolina Paim (fisioterapeuta), Soraia Costa e Silva (mastologista), Eneida Couto (angiologista), Anarai Vilasboas (mastologista), Wilma Guimarães (terapeuta ocupacional), Daniel Monteiro (oncologista), Cândida Maria Amaral (fisioterapeuta), Marconi

Barbosa (fisioterapeuta), Grace Santos (psicóloga). Estudantes de graduação (fisioterapia): Patrícia Ferreira, Nívea Neves, Luiz Ricardo Oliveira, Ricardo Corrêa, Daniella Porto, Marcelo Olímpio, Charles Reuel, Cristiane Magela, Marina Santos, Luciene Barreto, Marcela Machado, Tatiana Antunes, Fabiana Dias, Fabianna Moraes, Reinaldo Pereira Júnior.

#### Referências bibliográficas

Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Atlas de mortalidade por câncer no Brasil 1979-1999. 2002. Rio de Janeiro: INCA; 2002.

Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Diagnóstico histopatológico e citopatológico das lesões da mama. Brasil 2002. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Câncer no Brasil: dados dos registros de câncer de base populacional 2003. Rio de Janeiro: INCA; 2003.

Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2003. Rio de Janeiro: INCA; 2003.

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

HOSPITAL DO CÂNCER AC CAMARGO. Departamento de Cirurgia Reparadora.

Reconstrução da Mama. <http://www.hcanc.org.br> Acesso em: 24 de maio de 2004.

JOHANSSON;SVENSSON, H.;DENEKAMP J. Dose response and latency for Radiation-induced fibrosis, edema, and neuropathy in breast cancer patients. Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys., v. 52, n. 5, p. 1207-1219, 2002.

KROLL, S.;BALDWIN, B. A Comparison of outcomes using three different methods of breast reconstruction. Plastic and Reconstructive Surgery, v. 90, n. 3, p. 455-462, 1992.

SCHUSTER, R.; KUSKE, R.;FINERBERG, B. Breast reconstruction in women treated with radiation therapy for breast cancer: Cosmesis, complications and tumor control. Plastic and reconstructive Surgery, v. 90, n. 3, p. 445-452, 1992.

WÜNSH Filho V, MONCAU JE. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995. Padrões regionais e tendências temporais. Ver. Assoc. Méd. Brás., v.48, p.250-257, 2002.

#### Anexo 1

Protocolo de avaliação fisioterapêutica no pós- operatório do câncer de mama (sumário)

Identificação

Nome:

Idade

Atividade profissional:

Estado civil: ( ) solteira ( ) casada ( ) divorciada ( ) Viúva ( ) outros

Escolaridade: ( ) Analfabeta ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental completo ( )

Médio ( ) Superior

Naturalidade:

Endereço

Telefone (contato)

Gravidez/Partos/Abortos: G P A

Status menopausal: ( ) Pré-menopausa ( ) Pós-menopausa

Médico Responsável:

Avaliador:

Anamnese

Cirurgia

Mama Esquerda ( ) Mama Direita ( )

Data da cirurgia:

Tipos:

( ) Mastectomia radical

( ) Mastectomia à Maden

( ) Mastectomia à Patey

( ) Quadrantectomia

( ) Tumorectomia

Reconstrução mamária: ( ) não ( ) sim

Imediata ( ) Tardia ( )

Tipos:

( ) TRAM ( ) Grande dorsal ( ) Prótese de silicone

Diagnóstico anátomo patológico:

Imuno-histoquímica:

Linfonodo Sentinela: ( ) não ( ) sim

Linfadenectomia: ( ) não ( ) sim

Nº de linfonodos dissecados: \_\_\_\_\_

Níveis: I----- II----- III-----

Comprometidos:

Radioterapia: ( ) não ( ) sim nº de sessões

Quimioterapia: ( ) não ( ) sim – nº de sessões

Hormonioterapia: ( ) não ( ) sim

Complicações

Seroma: ( ) não ( ) sim

Edema: ( ) não ( ) sim

Infecção: ( ) não ( ) sim

Recidiva local: ( ) não ( ) sim

Localização do edema ( ) mama comprometida ( ) cavo axilar ( ) Braço ( ) antebraço ( ) mão ( ) outros

Dor: ( ) não ( ) sim

Localização da dor:

Impotência funcional pela dor:

Comprometimento músculo-esquelético

Linfedema

Comprometimento Nervoso:

Avaliação clínica da sensibilidade cutânea ( dermatomo do nervo lesado)

Parâmetro avaliado

Braço Direito

Braço Esquerdo

Perimetria (cm)

Tato

Dor

Monofilamentos

Verde

Azul

Violeta

Vermelho

Laranja

Vermelho Magenta

Ausência de resposta

Aspecto da cicatriz

Hidratação

Aderência  
Edema  
Hematoma  
Fibrose

#### Avaliação Funcional

Não consegue fazer sozinha: 1  
Realiza com muita dificuldade: 2  
Realiza com pouca dificuldade: 3  
Sem dificuldade para realizar: 4

1° aval.  
2° aval  
3° aval.  
4° aval.  
5° aval.

Escovar e pentear os cabelos

Vestir uma blusa pela cabeça

Fechar o sutiã

Tomar banho

Lavar as costas (lado operado)

Lavar as costas (lado oposto)

Arrumar a cama

Carregar sacola de feira

TOTAL

Goniometria

Força Muscular

Perimetria dos membros superiores( cm)

Avaliação postural:

Objetivos do tratamento:

Conduta Inicial: