



PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NA REABILITAÇÃO DE MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA

Sabrina Barbosa da Silva¹; Alanna Silva dos Santos²; Geilza Carla de Lima Silva³

¹Faculdade de Ciências Médicas(FCM). E-mail: sabrinabar82@gmail.com

²Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: alannalanna@hotmail.com

³Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami (LIKA), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: geilza_55@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

O câncer é originado a partir de alterações no genoma celular, produzidas por meio de fatores exógenos e/ou endógenos; as mutações gerada por esse processo podem iniciar ou promover a transformação e o crescimento maligno. Conseqüentemente, sua persistência populacional é constante, visto que lesões no DNA com variações contínuas na expressão de genes envolvidos no ciclo celular são base da própria evolução e diversidade biológica da vida na terra (LIPINSKI et al., 2016).

Dentre um variado espectro de cânceres existentes, o câncer de mama é um tipo de câncer comum em mulheres, apresentando fatores condicionantes como a menarca precoce, menopausa tardia, ausência de amamentação, bem como exposição a estrógenos exógenos. Além dos fatores mencionados, o estilo de vida traduzido nos hábitos alimentares e a prática de atividades físicas podem interferir na incidência do câncer de mama em todo o mundo (TIEZI, 2009).

Os avanços no diagnóstico e tratamento do câncer de mama resultam em uma maior sobrevida. Entretanto, aumentam a incidência de comorbidades advindas do tratamento, sendo estas sistêmicas, provenientes da quimioterapia e hormonoterapia, ou locais, advindas da intervenção cirúrgica e radioterapia na região mamária ou linfonodal. Dentre as sequelas observadas, encontram-se inúmeros danos cinético-funcionais que dificultam uma variedade de movimentos diários realizados pelas mulheres (LEITE, 2010).

Em decorrência dessas alterações, a reabilitação física exerce um importante papel para a manutenção do funcionamento do corpo, através de um acompanhamento fisioterápico. Nesse contexto, a abordagem fisioterapêutica tem fundamental importância em minimizar, prevenir e/ou tratar tais complicações, participando ativamente da recuperação funcional. Nessa perspectiva, o objetivo do estudo foi realizar uma revisão sistemática de literatura, através de um levantamento bibliográfico, sobre a influência da intervenção fisioterapêutica na qualidade de vida e na evolução clínico-funcional de mulheres submetidas ao tratamento



do câncer de mama.

2. METODOLOGIA

As revisões sistemáticas são consideradas estudos secundários, que têm nos estudos primários sua fonte de dados (GOMES; CAMINHA, 2014). A revisão da literatura foi realizada utilizando artigos científicos das bases de dados eletrônicas SCIELO e LILACS, sendo esta escolha justificada pelo grande número de revistas indexadas da área de cancerologia e fisioterapia.

A busca bibliográfica foi realizada no período 10 à 15 de abril de 2017. A combinação de palavras-chaves utilizadas no levantamento bibliográfico foram “*Neoplasia da Mama*”, “*Reabilitação*”, “*Fisioterapia no câncer de Mama*” e “*Mastectomia*”. Além disso, optou-se por selecionar artigos no idioma português e inglês, com delineamento descritivo e/ou experimental, com ano de publicação a partir de 2003.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Modalidades cirúrgicas

O tratamento cirúrgico sofreu expressivas mudanças ao longo do tempo, partindo de uma modalidade apenas radical para um leque de possibilidades, dependendo das necessidades patológicas das pacientes. A maioria das pacientes com câncer de mama em estágio I e II são candidatas à cirurgia conservadora. Além dos fatores pré-determinantes para a escolha do procedimento cirúrgico são o tamanho tumoral, o comprometimento linfonodal, bem como a presença de metástases distantes. Assim, caso a relação volume da mama/tamanho do tumor permita uma ressecção cirúrgica com resultado cosmético satisfatório seguindo conceitos da cirurgia oncológica, a cirurgia conservadora é bastante indicada (RIVENBARK et al., 2013).

A quadrantectomia é conceituada como a retirada de um segmento ou setor mamário correspondente ao tumor, incluindo fascía, pele e músculo peitoral maior. A tumorectomia consiste na remoção de todo o tumor com uma parte de tecido mamário livre de neoplasia ao seu redor. Além disso, é frequente mulheres portadoras de neoplasia mamária realizar a linfadenectomia, ou seja, a retirada dos gânglios linfáticos associados à região mamária, tendo em vista que essas estruturas podem facilitar a disseminação de células metastáticas (TIEZZI, 2007). A mastectomia, por sua vez, consiste na retirada total do tecido mamário, músculo peitoral maior e menor, linfadenectomia axilar completa, podendo ocorrer também a retirada



dos linfonodos paraesternais (mamários internos) (GOVEIA, 2008).

3.2. Danos causados pelo tratamento do câncer de mama

Como já descrito, a terapêutica do câncer de mama implica em prejuízos anatomofisiológicos para as mulheres submetidas ao mesmo. No que diz respeito às lesões, observa-se a presença de lesões musculares e lesões de nervos do plexo braquial que propiciam dor, seroma, a deiscência, a aderência, a retração e fibrose cicatricial, a síndrome da mama fantasma, as alterações sensoriais na área operada, além de hemorragias, alterações na sensibilidade, fibrose axilo-peitoral, alterações posturais, algias, diminuição ou perda total da amplitude articular e de movimento, diminuição da força muscular, comprometimento da capacidade respiratória, perda ou redução da capacidade funcional e linfedema do braço homolateral (LORAZ, 2010)

Em certos casos em que o tumor está localizado nos quadrantes mediais da mama, próximo aos linfonodos supra-claviculares, são perceptíveis alguns danos na amplitude articular, força muscular do ombro, dor, linfedemas (aumento de linfa nos espaços intersticiais causado pela destruição dos canais de drenagem axilar) e aderências na parede torácica, que interferem negativamente na vida da mulher mastectomizada. Além disso, destacam-se as alterações posturais, as complicações respiratórias, a trombose linfática superficial, a hipertrofia e a fibrose do músculo peitoral maior, o estiramento do plexo braquial e o edema de mama residual (GOVEIA, 2008; LEITE, 2010).

O pós-operatório é marcado por dificuldades para levantar o braço e ombro, bem como por dores características. Nessa fase, objetiva-se identificar alterações neurológicas ocorridas durante o ato operatório, presença de sintomatologias algicas, edema linfático precoce e alterações na dinâmica respiratória. Pacientes submetidas à cirurgias menos invasivas quanto à sensibilidade e à amplitude articular, tem maior sensibilidade na parede torácicas, edema e linfedema (LORAZ, 2010).

No tratamento radioterápico, observa-se o surgimento de complicações como fibrose mamária e axilar, restrição articular da cintura escapular e gleno-umeral, a neuropatia, a dor crônica na região mamária, a aderência cicatricial, a plexopatia e a fadiga. Já entre as relacionadas ao tratamento quimioterápico estão: a fadiga, a ataxia e a neurotoxicidade, fora os demais efeitos fisiológicos decorrentes da sua ação citotóxica (LEITE, 2010).

Todos os danos supracitados resultam na diminuição da amplitude de movimento (ADM), onde ocorre a diminuição funcional do ombro. Assim, a mulher tem dificuldade de realizar atividades corriqueiras, tais como lavar e



pentear os cabelos, lavar roupa, segurar objetos pesados, execução de atividades repetitivas, dentre outras. Nesse contexto, o acompanhamento fisioterapêutico é indispensável na reabilitação dessas pacientes, conduzindo a uma melhor qualidade de vida (TEODORO, 2010).

3.3. Fisioterapia com instrumento de reabilitação dos pacientes

A atribuição de saúde e prevenção estão entre as qualidades de um fisioterapeuta, profissional essencial em todas as fases do tratamento do câncer de mama, desde o diagnóstico até os cuidados paliativos (FARIA, 2010). A presença do acompanhamento fisioterapêutico tem por consequência a diminuição da dependência funcional das pacientes geradas pelas incapacidades motoras, sensitivas, dolorosas, cognitivas e psicológicas.

Após uma avaliação física especificamente voltada para o membro superior, tronco e os segmentos, o fisioterapeuta tem por objetivo atender aos seguintes propósitos funcionais: (1) cingulo escapular que engloba a amplitude de movimento (ADM) (goniométrica de flexão, extensão, abdução, adução, rotação lateral de ombro), (2) força muscular (avaliação manual da força de abdução ombro a 90°, flexão do ombro 90°, rotação lateral do ombro, elevação dos ombros, adução e abdução das escapulas, inclinação e rotação da cabeça), (3) volume do membro superior (perimetria nos pontos acima e abaixo da linha do cotovelo), onde se concentra a presença de linfocele, linfedema e seroma. (LAROZ, 2010)

Assim, o objetivo da fisioterapia no tratamento do câncer de mama é restabelecer brevemente a função do membro acometido por meio de técnicas de aumento de amplitude e força, prevenindo complicações respiratórias secundárias e promovendo a diminuição da dor, de linfedema, cicatrizes, fibroses e aderências.

4. CONCLUSÃO

Tendo em vista os prejuízos secundários advindos das estratégias terapêuticas do câncer de mama, a fisioterapia atua no favorecimento da amplitude do movimento para que não haja perda de função muscular no membro acometido, permitindo a neovascularização linfática homolateral à cirurgia. Assim, a inserção desse profissional no cotidiano das pacientes após a cirurgia é fundamental para o reestabelecimento da normalidade das atividades funcionais diárias, melhorando assim a qualidade de vida e evitando complicações posteriores.



5. REFERÊNCIAS

FERRO, A. D. M. et al. **Os Efeitos do Tratamento Fisioterapêutico na biomecânica Morfofuncional no Pós-Operatório do Câncer de Mama.** [Trabalho conclusão curso pós-graduação *latu sensu* em Fisiologia do Exercício e Avaliação-Morfofuncional]. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho, 2003.

GOUVEIA, P. F. et al. **Avaliação da Amplitude de Movimento e Força da Cintura Escapular em Pacientes de Pós-Operatório Tardio de Mastectomia Radical Modificada.** Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.15, n.2, p.172-6, abr./jun. 2008 .

LATTI, R. C. B. et al. Impacto do Tratamento de Câncer de Mama na Qualidade de Vida. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.54, n.4, p.367-371, 2008.

LEITES, G. T. et al. Fisioterapia em oncologia mamária: qualidade de vida e evolução clínico funcional. **Rev. Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 14-21, 2010.

LIPINSKI, K. A. et al. Cancer evolution and the limits of predictability in precision cancer medicine. **Trends in cancer**, v. 2, n. 1, p. 49-63, 2016.

LORAZ, M. A. et al. Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em Mulheres Pós-Mastectomizadas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.56, n.4, p.423-430, 2010.

RETT, M. T. et al. Efeito da fisioterapia no desempenho funcional do membro superior no pós-operatório de câncer de mama. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 18-24, jan./abr. 2013.

RIVENBARK et al. Molecular and Cellular Heterogeneity in Breast Cancer Challenges for Personalized Medicine. **The American Journal of Pathology**, USA, v. 183, n.4, p. 1113-1124, 2013.

TEODORO, A. et al. Avaliação Fisioterápica em Pacientes Pós Cirurgia de Câncer de Mama em Joinville/SC. **Cinergis**, v.11, n. 1, p. 60-68 Jan/Jun, 2010.

TIEZZI, D. G. Cirurgia conservadora no câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 8, p. 428-34, 2007.

TIEZZI, D. G. Epidemiologia do Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol. 31, n.5, p. 213-5, 2009.