

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO TRATAMENTO DE MULHERES NA PÓS MASTECTOMIA TOTAL

(Robson Ramos Machado)¹

(Roseli Maria Pinheiro)¹

(Valdemar Meira de Oliveira)²

RESUMO

O câncer de mama apresenta-se como um grave problema de saúde pública em todo o mundo e no Brasil é a neoplasia maligna mais incidente na população feminina, Muitas mulheres com diagnóstico de câncer de mama são submetidas à mastectomia, técnica cirúrgica, que retira parte ou a totalidade da mama, independente da abordagem cirúrgica, radical ou conservadora, complicações físicas e motoras podem advir imediata ou tardiamente à cirurgia. Requerendo um cuidado multiprofissional, destacando-se a fisioterapia, que quando iniciada precocemente, desempenha um importante papel na busca da prevenção das complicações advindas do tratamento do câncer da mama. Com o objetivo geral de considerar os efeitos das técnicas aplicadas pelo profissional de fisioterapia no tratamento das mulheres pós mastectomizadas o presente trabalho mostra que técnicas e exercícios utilizados nos tratamentos, atuam na prevenção das complicações do pós-operatório, visando que as pacientes devem ser estimuladas a tornarem-se interessadas pela própria recuperação.

Palavras-chave: Câncer de mama, fisioterapia, mastectomia total.

PRACTICE PHYSICAL THERAPIST IN THE TREATMENT OF WOMEN IN POST TOTAL MASTECTOMY

ABSTRACT

Breast cancer presents as a serious public health problem worldwide and in Brazil is the most frequent malignancy in the female population, many women diagnosed with breast cancer are undergoing mastectomy , surgical technique that removes part or all of the breast, the surgical Independent, radical or conservative approach , physical and motor complications can arise immediately or later surgery. Requiring multidisciplinary care. Emphasizing physical therapy, when initiated early, plays an important role in the search for prevention of complications resulting from treatment of breast cancer. With the overall goal of considering the effects of the techniques used by professional physiotherapy in the treatment of post mastectomy women this work shows that techniques and exercises used in treatments, work in the prevention of postoperative complications, aiming that patients should be encouraged to become interested in the recovery itself.

Keywords : Breast cancer , physiotherapy , full mastectomy.

¹ Acadêmicos do curso de Fisioterapia da Faculdade União de Goyazes

² Orientador: Prof. Me. qualidade de vida , Faculdade União de Goyazes

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama nada mais é que a multiplicação descontrolada de células defeituosas ou atípicas que escapam ao controle do sistema imunológico por algum motivo hoje desconhecido (BARBOSA, 2003).

Segundo Makluf (2005), o Câncer da mama causa alterações físicas, sociais e emocionais gerando um grande impacto na vida das mulheres. Muitas mulheres com diagnóstico de câncer de mama são submetidas à mastectomia, técnica cirúrgica, que retira parte ou a totalidade da mama, denominada respectivamente de mastectomia parcial e radical.

Pelos estudos realizados por Sasaki (2000), a técnica cirúrgica da mastectomia total radical modificada que consiste na extirpação da mama e esvaziamento axilar radical, preservando o músculo peitoral maior, com ou sem preservação do peitoral menor, indicada para tumores com mais de três centímetros não fixados na musculatura e em recidivas pós-tratamento conservador, ou ainda em condições que não permitam o tratamento conservador como primeira escolha.

Esse tipo de mastectomia consiste em duas variantes: tipo Patey onde são retirados o músculo peitoral maior e menor, a glândula mamária, III, IV e V espaços intercostais e esvaziamento radical axilar e o tipo Madden, onde o músculo peitoral maior e menor é preservado, além dos espaços intercostais, mastectomia radical modificada acompanhada de radioterapia pode determinar complicações físicas.

A fisioterapia quando iniciada precocemente, desempenha um importante papel na busca da prevenção das complicações advindas do tratamento do câncer da mama (MARTINO, 2002). Favorecendo o retorno às atividades de vida diária, e melhor qualidade de vida (MONDRY, 2000). O objetivo geral é considerar os efeitos das técnicas aplicadas pelo profissional de fisioterapia no tratamento das mulheres pós mastectomizadas.

O tema foi escolhido devido ao desconforto e certas complicações que a cirurgia traz às mulheres mastectomizada, analisando assim a importância da fisioterapia e dos recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica de artigos encontrado em bancos de dados do CAPS, SCIELO e da LILACS e utilização do livro câncer direito e cidadania de Antonieta Barbosa 10ª edição publicada no ano 2003.

Para realizar a pesquisa utilizamos de artigos encontrados nos bancos de dados que se relacionem a reabilitação oncológica de câncer de mama devido a mastectomia total no período entre os anos de 2000 a 2013 publicados em português, inglês e espanhol, com as palavras chaves: fisioterapia, câncer de mama, qualidade de vida, mastectomia total, tratamento e reabilitação oncológica, e informação do instituto nacional do câncer (INCA, 2004).

3. REVISÃO BIBLIOGRAFICA

3.1 Anatomia da mama

As mamas são órgãos pares, está localizada entre as camadas superficial e profunda da tela subcutânea, superiormente na parede torácica, na qual está ventralmente situada aos músculos peitoral maior, serrátil anterior e oblíquo externo do abdome. Elas se estendem verticalmente da segunda até a sexta costela, e transversalmente do esterno a linha axilar média, (MAGNO, 2009).

Externamente, cada mama, na sua região central, apresenta uma auréola e uma papila. Na papila mamária exteriorizam-se 15 a 20 orifícios ductais, que correspondem às vias de drenagem das unidades funcionantes, que são os lobos mamários. A mama é dividida em 15 a 20 lobos mamários independentes, separados por tecido fibroso, de forma que cada um tem a sua via de drenagem, que converge para a papila, através do sistema ductal. Têm como função principal a produção do leite para a amamentação, mas têm também grande importância psicológica para a mulher, representando papel fundamental na constituição de sua autoestima e autoimagem. Embelezam a silhueta do corpo feminino e desempenham também função erógena e de atração sexual (INCA, 2004).

3.2 Câncer de mama

O câncer de mama apresenta-se como um grave problema de saúde pública em todo o mundo e no Brasil é a neoplasia maligna mais incidente na população feminina (ABREU & KOIFMAM, 2002). O câncer de mama é caracterizado por desregulação da proliferação e apoptose celulares, desaparecimento de células mioepiteliais, transformação epitélio-mesênquima, instabilidade genômica (mutações, deleções, amplificações, rearranjos cromossômicos), perda da organização e compartimentalização (FERREIRA & ROCHA, 2004).

Como a patogenia do câncer de mama é desconhecida, há muito pouco a se fazer para evitá-lo. Um estilo de vida saudável, sem tabagismo e uma baixa ingestão de álcool podem reduzir a incidência podendo gerar frustração nas pacientes, que embora tenham adotado este estilo de vida na esperança de evitar o câncer, acabaram sendo acometidas, embora sem dúvidas a etiologia do câncer de mama encontra-se a predisposição genética, evidenciada pelo risco aumentado de estrógeno endógeno em excesso, e ainda segundo Mendes et al. (2004), o uso de contraceptivos orais, tabagismo e algumas alterações das características nas populações femininas também podem estar contribuindo para o aumento na incidência dessa doença como gravidez tardia, obesidade, menor tempo de amamentação e estresse. Apesar de ser um tumor maligno, é uma doença curável ou controlável se descoberta a tempo, o que nem sempre é possível, pois sua constatação é retardada pela paciente que receia conhecer o verdadeiro diagnóstico do nódulo levando-a a perder um tempo precioso (SOUZA, 2004).

3.3 Diagnostico

A forma mais simples utilizada no diagnóstico constitui o auto-exame da mama que deve ser feito de forma cuidadosa e sistemática, por meio da inspeção e palpação, observando tamanho, forma, limites, consistência e mobilidade, incluindo o exame das regiões aureolar, supra claviclar e axilar, observando e pesquisando particularmente ondulações cutâneas, sinal altamente suspeito de câncer (SPENCE & JOHNSTON, 2001). Além do auto-exame é incluída no diagnóstico, a história clínica da paciente, contendo relatos de antecedentes de doenças mamárias,

antecedentes reprodutivos, antecedentes familiares de doença mamária e sintomas (CAMARGO & MARX, 2000).

A mamografia permite a detecção de lesões expansivas com ou sem espículas que são típicas do câncer de mama, entretanto de 10 a 15% dos casos não aparecerão na mamografia, porque o carcinoma de mama lobular não absorve bem os raios-X (SPENCE & JOHNSTON, 2001). Sendo considerada por CAMPOS & VILELA (2003), a mamografia como melhor método de diagnóstico para mulheres acima de 50 anos, pois cerca de 50% das neoplasias de mama apresentam micro calcificações, que são radiopacas facilitando o diagnóstico por este método.

A ultra-sonografia é utilizada para complementar a mamografia, auxiliando na caracterização de tumores sólidos e císticos e para guiar punções citológicas ou histológicas, entretanto não é capaz de detectar microcalcificações agrupadas, e apresenta menor resolução em mamas adiposas (CAMARGO & MARX, 2000).

Em alguns casos onde há lesões palpáveis, ainda se utiliza a biópsia aspirativa como método diagnóstico, sendo que em mulheres nas quais após o exame clínico, mamografia, citologia por aspiração com agulha fina e biópsia aspirativa, ainda não foi feito o diagnóstico é realizada a biópsia cirúrgica (CAMARGO & MARX, 2000; SPENCE & JOHNSTON, 2001).

3.4 Tratamentos clínicos

A abordagem terapêutica do câncer de mama envolve a cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Normalmente os tratamentos preconizados associam duas ou mais abordagens, levando em consideração também, as características individuais, tanto psicológicas como clínicas, visando obter melhor qualidade de vida pós-tratamento (BERGMANN et. al., 2000).

A radioterapia representa um papel importante no combate ao câncer por possuir grande capacidade de destruir células malignas remanescentes no leito tumoral com alta eficácia. Constitui um caráter local e regional, e caracteriza-se por interferir nas moléculas de DNA através de raios ionizantes que bloqueiam a divisão (CAMARGO & MARX, 2000).

A radioterapia pode ser utilizada como tratamento pré-operatório, pós-operatório ou paliativo. Apresentando como efeitos mais freqüentes as irritações ou leves queimaduras na pele, inflamações das mucosas, queda de cabelo nas regiões

irradiadas e diminuição nas contagens das células do sangue. Esses efeitos variam sua intensidade de acordo com as doses utilizadas e com as regiões tratadas (CAMARGO & MARX, 2000).

A quimioterapia é caracterizada por ser um tratamento sistêmico através da utilização de drogas quimioterápicas orais ou injetáveis que determinam danos às células tumorais, pelo bloqueio de reações químicas comuns tanto ao tumor, quanto aos tecidos sadios. Geralmente interferem na síntese ou na transcrição do DNA, agredindo principalmente as células em divisão, sendo assim, a célula maligna torna-se um alvo fácil, visto que, está em constante multiplicação (SPENCE & JOHNSTON, 2001).

A hormonioterapia no câncer de mama é empregada, tanto nos casos de doença disseminada, como em pacientes sem evidência de doença após a cirurgia. Os melhores resultados são alcançados em pacientes no período pós-menopausa. O tamoxifeno é importante no tratamento do câncer de mama tanto por sua eficácia, como por seus poucos efeitos colaterais, visto que, poucos pacientes relatam dificuldades de tolerar os sintomas de menopausa que ele determina (MASTRELLA, 2006).

A cirurgia tem por objetivos principais: 1) promover o controle local da doença, com a remoção mecânica de todas as células malignas presentes junto ao câncer primário; 2) definir o estadiamento cirúrgico do tumor; também chamados de estágios do câncer; 3) orientar a terapia sistêmica e proporcionar maior tempo de sobrevida (SILVA, 2002).

A opção pela técnica cirúrgica a ser adotada é determinada pelo tipo histológico e tamanho do tumor, tamanho da mama, experiência e preferência do cirurgião, idade e escolha da mulher e pelo protocolo de tratamento padronizado instituído pelo serviço de atendimento. Como técnicas cirúrgicas pode-se citar, tumorectomia e quadrantectomia e as radicais denominadas mastectomias (CAMPOS & VILELA, 2003).

3.5 Mastectomia total

A mastectomia implica a remoção de todo o tecido mamário, algumas vezes junto com outros tecidos próximos. (KISNER & COLBY 2005)

Segundo Almeida (2008). As mastectomias radicais são classificadas nos seguintes tipos de cirurgias:

Mastectomia radical de Halsted

Envolve a remoção da mama, do músculo peitoral e os nódulos, linfáticos axilares ipsilaterais, assim como radioterapia na área envolvida, resultando em linfedema, fraqueza do membro superior e desfiguramento significativo.

Mastectomia radical modificada

Retira-se toda a mama, e nódulos linfáticos, axilares, o músculo peitoral permanece intacto. Isto reduz a deformidade cosmética e fraqueza muscular. A mastectomia radical modificada é de longe mais usada atualmente na maioria dos casos de câncer de mama, que a mastectomia radical.

Mastectomia radical modificada tipo Patey

São removidos a glândula mamária e o músculo, peitoral menor de suas inserções da apófise coracóide, terceiro, quarto e quinto espaços, intercostais, em monobloco com esvaziamento axilar radical (níveis 1, 2, 3), também linfonodos interpeitorais e aponeurose anterior e posterior do músculo peitoral maior.

Mastectomia radical modificada tipo Madden

Cirurgia na qual são removidas as glândulas mamárias juntamente com a aponeurose, anterior e posterior do músculo peitoral maior os linfonodos interpeitorais, sendo preservados, os músculos peitoral maior e menor. Sua indicação é preferencial em tumores de até três, centímetros, e quando não houver metástase em linfonodos axilares. (Almeida, 2008).

3.6 Complicações pós- operatórias.

Independente da abordagem cirúrgica, radical ou conservadora, complicações físicas e motoras podem advir imediata ou tardiamente à cirurgia, tais como: infecção, hemorragia, lesão de nervos, necrose cutânea, seroma, distúrbios de cicatrização, limitação dos movimentos de ombro e braço, dor e incapacidade funcional, parestesia, assimetrias posturais, fibrose da articulação escápulo-umeral,

celulite e linfedema (SILVA, 2002; LEAL et al., 2004; BARAÚNA et al., 2004; NOGUEIRA et al., 2005).

As complicações como a restrição na funcionalidade do ombro, linfedema e alteração de sensibilidade, estão intimamente relacionadas com a associação da técnica cirúrgica escolhida onde ocorre dissecação de linfonodos axilares após radioterapia (NOGUEIRA, et al. 2005).

O linfedema de membro superior é considerado uma patologia crônica complexa que se manifesta pelo aumento do volume do membro homolateral à cirurgia. É a principal complicação do tratamento do câncer de mama, sendo definido como acúmulo de linfa nos espaços intersticiais, causado pela destruição dos canais de drenagem axilar provocados pela cirurgia, radioterapia ou ainda pela progressão da doença (SILVA, 2002; BERGMANN et al., 2004).

3.7 Atuação da Fisioterapia

A atuação da fisioterapia é essencial em todo o tratamento. No pré operatório, as mulheres são orientadas quanto à postura que irão adquirir no pós-operatório, a fisioterapia ajudará a diminuir o tempo de recuperação e o retorno as suas atividades cotidianas, ocupacionais, desportivas.

O tratamento ajudará a controlar a dor no pós-operatório, prevenir complicações pulmonares pós-operatórias, prevenir ou tratar o linfedema e alterações posturais, promover o relaxamento muscular, manter a amplitude de movimento do membro superior envolvido, manter ou aumentar a força do ombro envolvido, melhorar a tolerância aos exercícios e o senso de bem estar, reduzir a fadiga, melhorar o aspecto e maleabilidade da cicatriz, prevenindo ou tratando as aderências (TIVERON & BARREIROS, 2004). As orientações sempre serão fundamentais, o cuidado com o braço, e com feridas prevenirá complicações futuras.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Magno (2008) as glândulas mamárias são formadas de ductos e seu agrupamento origina os lobos ou lóbulos. Cada glândula mamária é composta por cerca de 15 a 20 lobos, as unidades funcionais do parênquima mamário, ou seja, os produtores do leite. Dos lobos partem os ductos terminais, que irão para os ductos

segmentares. Os ductos terminais e segmentares fazem parte dos ductos lactíferos, que são os canais responsáveis pela condução do leite. Esses ductos são envolvidos por uma membrana basal contínua, e esta membrana é de alta importância para a diferenciação do câncer de mama.

Entre os artigos encontrados para esse estudo analisou-se o papel fisioterapêutico baseados nas técnicas e recursos necessários para o tratamento específico. A técnica cirúrgica de mastectomia total consiste na retirada da glândula e dos músculos peitoral maior e menor, associadas ou não, a linfadenectomia axilar. Após a cirurgia podem surgir sequelas como linfedema do membro superior homolateral, alterações na amplitude de movimento (ADM) articular do ombro e consequentemente redução de força muscular. Estas sequelas podem interferir na execução das atividades de vida diária e na qualidade de vida (ALVES, et al 2013).

De acordo com o que relata Nogueira (2005), a mastectomia radical modificada, principalmente acompanhada de radioterapia gera complicações físicas, imediatas ou tardias, tais como limitação da ADM do ombro e do cotovelo, linfedema, fraqueza muscular, infecção, dor e parestesia, alterações de sensibilidade e funcionalidade ipsilaterais à cirurgia, colocando em risco o desempenho das atividades de vida diária (AVD) e dos papéis da mulher mastectomizada.

Após o procedimento cirúrgico é possível encontrar complicações tardias, como: infecções locais, necrose cutânea, retrações cicatriciais, disfunções respiratórias, linfedema, alterações funcionais e lesões nervosas. Estas complicações podem levar ao comprometimento da funcionalidade do membro superior homolateral à cirurgia e prejuízos da qualidade de vida (BREGAGNOL & DIAS 2010), (BARAÚNA, et al, 2004).

A escolha do melhor tratamento passa por uma completa avaliação de riscos e benefícios. Tudo vai depender do estágio da sua doença, da sua condição física, sendo classificados em terapia local como cirurgia e radioterapia que visam tratar o tumor no local, sem afetar o resto do organismo, e terapia sistêmica, sendo medicamentos administrados por via oral ou diretamente na corrente sanguínea, para atingir as células cancerosas em qualquer parte do corpo como quimioterapia, a terapia hormonal (BARROS, et al, 2001).

O programa de fisioterapia deve ser realizado em todas as fases do câncer da mama: pré-tratamento (diagnóstico e avaliação); durante o tratamento (quimioterapia, radioterapia, cirurgia, e hormônioterapia); após o tratamento (período

de seguimento) e na recorrência da doença e nos cuidados paliativos. Em cada uma dessas fases, é necessário conhecer e identificar as necessidades do paciente, os sintomas e suas causas, e o impacto desses nas atividades de vida diária (QUIRRO & QUIRRO, 2004).

O fisioterapeuta deve ter uma preocupação global com o paciente oncológico, deve atuar nas três fases de prevenção. Na prevenção primária, tem o papel de conscientizar, orientar e prevenir o surgimento do câncer, através de ações que impeçam os fatores ambientais de agirem prejudicialmente sobre o indivíduo. Na prevenção secundária, que se caracteriza pela instalação da doença, o fisioterapeuta atua com um caráter mais curativo e tenta evitar as complicações decorrentes da doença, e os efeitos colaterais do tratamento do câncer. Na prevenção terciária, a ação consta de evitar contraturas e deformidades, maximizar as habilidades funcionais remanescentes, controlar os sintomas e melhorar a qualidade de vida do paciente, visando a sua reinserção na vida domiciliar, social e laboral (FERRARI, 2003).

O sistema imunológico é constituído por uma intrincada rede de órgãos, células e moléculas, e tem por finalidade manter a homeostase do organismo, combatendo as agressões em geral. No câncer há um colapso da imunidade e resistência do organismo. O fato dos tumores crescerem ou não está relacionado com a eficiência dos processos de imunidade. Assim, se o sistema imunológico encontra-se "desequilibrado", a probabilidade do desenvolvimento da doença aumenta. Como o sistema imunológico é também controlado pelo sistema límbico, podemos acreditar que o paciente com câncer apresenta todo um conjunto de elementos psicossomáticos. (CRUVINEL et al, 2010).

O linfedema é o excesso de fluído linfático acumulado fora do vaso linfático, ocorre geralmente em mulheres mastectomizadas, gerando uma série de complicações, onde a fisioterapia poderá intervir. O tratamento consiste de medicação adequada, fisioterapia especializada, com técnicas como a drenagem linfática, e atividade física regular, e um programa personalizado de fisioterapia. A linfoterapia (drenagem linfática) é a técnica mais empregada e, atualmente, é a que obtém melhores resultados no tratamento e prevenção do linfedema. Baseada essencialmente na fisiopatologia do sistema e acrescentando as experiências e conhecimentos mundiais mais atualizados em Linfologia, utiliza vários recursos fisioterapêuticos como: linfodrenagem manual, enfaixamento compressivo funcional,

cinesioterapia específica, cuidados com a pele, automassagem linfática e uso de contenção elástica (CAMARGO & MARX 2000).

A limitação no movimento do ombro é uma das complicações físico-funcionais mais relatada pelas pacientes (DEL BIANCO, et al. 2008) (YANG, et al, 2010). O prejuízo da ADM e a dificuldade de realizar algumas atividades do cotidiano provocam impacto negativo na funcionalidade destas mulheres, pois gera dificuldade em alcançar objetos acima da altura do ombro, em realizar o movimento de abotoar o sutiã, pentear ou secar os cabelos, como também levantar peso (RETT, et al 2013). O principal objetivo da fisioterapia é restabelecer o mais rapidamente possível a função do membro superior homolateral a mama operada, bem como atuar no fator preventivo das incapacidades e limitações funcionais bem como na formação de cicatrizes hipertróficas e aderentes e das disfunções linfáticas que possam se estabelecer como o linfedema do segmento superior.

Dentre as técnicas pesquisadas é de grande importância destacar:

Cinesioterapia:

Realizada através de exercícios ativos feitos pela paciente, é decisiva na reabilitação da amplitude do ombro e também na diminuição de outras complicações pós- cirúrgicas. Os programas de atividade física objetivam desenvolver a força e o tônus muscular, o senso de propriocepção do movimento, resgatar a amplitude do movimento articular e prevenir a imobilidade no leito e o aparecimento do linfedema, os exemplos de exercícios são de flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna, rotação externa dos membros superiores, isolados ou combinados, diminuição de outras complicações pós-cirúrgicas (SHIRLEY; 2008).

Segundo Almeida (2008) é importante descrever a cinesioterapia nas fases de tratamento.

Objetivos do tratamento cinesioterápicos

Fase hospitalar:

Controle da dor; prevenção de complicações pulmonares em decorrência do repouso no leito; Prevenção ou tratamento de linfedemas; relaxamento muscular; manutenção da ADM do membro superior envolvido e prevenção de hipotrofias.

Pós-operatório Imediato:

Prevenir e/ou diminuir as complicações, respiratórias, circulatórias, osteomioarticulares, algias, aderências, quelóides, linfedema e orientações às pacientes. Onde as condutas serão: manutenção da ADM, trabalhar força muscular, reeducação postural, relaxamento, alongamento, movimentação global, dependendo do estado da paciente.

Pós-operatório Tardio:

A paciente deve prosseguir com o tratamento cinesioterapêutico, sendo que, nesta fase, os exercícios resistidos e de alongamento devem ser mais intensos. Alongamentos adequados são de grande importância, além do linfedema acarretar complicações na ADM, também prejudica em uma diminuição de força muscular podendo também causar tensão muscular, essas alterações associadas à cronicidade do processo do linfedema pós mastectomia, faz com que exista grande potencial para o desenvolvimento de assimetrias posturais. (BARAÚNA et al; 2004).

Drenagem linfática:

A drenagem linfática manual drena os líquidos excedentes que banham as células, mantendo, desta forma, o equilíbrio hídrico dos espaços intersticiais. Ela é também responsável pela evacuação dos dejetos provenientes do metabolismo celular. (LEDUC, 2000). Como recurso fisioterapêutico tem como objetivos melhorar a absorção e o transporte de líquidos intersticiais, Uma técnica de massagem com movimentos finos, suaves, superficiais. permitindo a livre evacuação de toxinas e dejetos metabólicos presentes em várias partes do corpo. A drenagem linfática manual está relacionada com a filtração e reabsorção da linfa pelos capilares linfáticos e sanguíneos e também está relacionada com vários sistemas como circulatório, linfático, renal, digestivo e respiratório. (GARCIA, 2010).

Exercícios Respiratórios e reeducação respiratória:

Os problemas respiratórios podem ocorrer por disfunções consequentes ao bloqueio torácico, à dor, ao medo, à fibrose e/ou aderência cicatricial ou ainda, as restrições musculares (FRANZ, 2012).

Segundo Marcucci (2004) é importante a atenção voltada para essas complicações, pode surgir atelectasias, que é o fechamento parcial ou total do alvéolo com resultado de diminuição da capacidade funcional residual, da respiração superficial e diminuição dos movimentos ativos e mudanças de decúbito. Alterações da expansibilidade torácica a qual apresenta-se diminuída, alterações do padrão respiratório, sensações de falta de ar que pode ser decorrente de alterações no parênquima pulmonar ou redução da trama vascular com aumento do espaço morto como resultado de quimioterapia, de excesso de secreção, descondicionamento físico que podem limitar as atividades de vida diária da paciente.

O trabalho respiratório é fundamental na melhora da mobilidade diafragmática e desenvolvimento da capacidade pulmonar. Desta forma, as técnicas de reexpansão pulmonar devem ser feitas, a respiração diafragmática deve ser ensinada, podendo estar associada aos exercícios de membros superiores, tosse assistida de acordo com as condições gerais e evolução da paciente (ALMEIDA, 2008).

Os recursos fisioterapêuticos são principalmente: exercícios de controle respiratório, que auxiliam o paciente na sintomatologia e evitam a ansiedade durante um ataque dispnéico; orientações sobre gasto energético, diminuindo a demanda metabólica; o relaxamento muscular respiratório, útil na diminuição da ansiedade e dos aspectos emocionais da dispneia, e o alívio da tensão muscular gerada pelo esforço respiratório (LIMA et al., 2011).

Recursos Fisioterápicos para Dor

O uso de TENS para alívio da dor, assim também como a crioterapia relaxante para membro superior tem como efeito principal à diminuição da dor, conseguindo até mesmo abolir a administração de analgésicos na fase pós-operatória imediata, a mobilização ativa e ativa resistida dos membros superiores, para manutenção das ADMs e ganho de Força muscular; a Deambulação precoce; Realização de todos os movimentos possíveis com o membro homolateral à cirurgia, dentro da capacidade

da paciente e esclarecimento de que a fisioterapia e a utilização dos MMSS não afetarão a recuperação cirúrgica. (CAMARGO & MARX, 2000)

A escolha do melhor tratamento passa por uma completa avaliação de riscos e benefícios. Tudo vai depender do estágio da sua doença, da sua condição física, (BARROS, et al, 2001).

A população feminina tem levado um estilo de vida mais ativo e procura por qualidade de vida (QV), indicando que a recuperação funcional do membro superior é indispensável para a sua reinserção social.

5. CONCLUSÃO

Com a finalização deste trabalho, verificou que a intervenção da fisioterapia apresenta um papel importante na recuperação funcional de mulheres que foram mastectomizadas, Esta pesquisa demonstra também a sua eficácia quando realizado imediatamente para prevenir as sequelas pós mastectomia como aderência cicatricial, retrações, fibrose, dor na incisão, alterações da sensibilidade, alterações posturais, linfedema e a diminuição da amplitude de movimento.

As técnicas e exercícios utilizados nos tratamentos atuam na prevenção das complicações do pós-operatório, visando que as pacientes devem ser estimuladas a tornarem-se interessadas pela própria recuperação. O fisioterapeuta deve estimular e esclarecer a paciente sobre seu papel na execução do tratamento no pós-operatório e quais benefícios este tratamento trará para ela. Ressaltando que a Fisioterapia no pós-operatório de mastectomia, torna-se indispensável para a reabilitação da paciente, paralelo ao tratamento médico.

Através da atuação fisioterapêutica a mulher mastectomizada consegue a amplitude total e funcional dos movimentos do membro superior do lado da cirurgia, melhora da sensibilidade, prevenção de postura defeituosa, diminuição da sintomatologia dolorosa, prevenção do linfedema, profilaxia das complicações pulmonares e apoio psicológico.

6. BIBLIOGRAFIA.

ABREU, E.; KOIFIMAM. S. Fatores prognósticos do câncer de mama feminino. **Revista brasileira de cancerologia**. 2002. Rio de Janeiro, p. 113 -131.

ALMEIDA, S. P. A cinesioterapia em pacientes pós mastectomizadas. 2008. 56.f. **Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia (Monografia)**. Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro. 2008.

ALVES, V. B. BERLEZ, E.M., MELLO, J.A., KOLANKIEWICZ, A.C.B. Avaliação das condições físicas e funcionais de membro superior de mulheres submetidas à mastectomia. **XXI Seminário de Iniciação Científica**. UNIJUI. 2013.

BARAÚNA, M. A.; CANTO, R. S. T.; SCHULZ, E. et al. Avaliação da Amplitude de Movimento do Ombro em Mulheres Mastectomizadas pela Biofotogrametria Computadorizada. **Revista Brasileira de Cancerologia** . 2004, p. 27-31.

BARBOSA, A. M. **Câncer direito e cidadania**. 10^a edição. Editora Arx. São Paulo. p, 18, 2003.

BARROS, A. C. S. D.; BARBOSA, E. M.; GEBRIM, L. H. Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**. 2001, p. 1-15

BREGAGNOL, R. K.; DIAS, A. S. Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2010, p. 25-33.

BERGMANN, A.; KOIFMAN, R. J.; KOIFMAN, S.; MATTOS, I. E. Morbidade após o tratamento para câncer de mama. **Fisioterapia Brasil, vol.1, n.2**, p.101-108. 2000.

BERGMANN, A.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R. J. **Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama.** Revista Brasileira de Cancerologia. 50(4), 311-320, 2004.

CAMARGO, M. C.; MARX, A. G. **Reabilitação física no câncer de mama.** Editora Roca. São Paulo. 2000.

CRUVINEL, W. M; JUNIOR, M. D; ARAUJO, A. P. CATELAN, T. T. T. Sistema Imunitário – Parte I fundamentos da imunidade inata com ênfase nos mecanismos moleculares e celulares da resposta inflamatórias. **Revista Brasileira Reumatol.** p, 434-61, 2010.

CAMPOS, R. B.; VILELA, W. G. Neoplasia de Mama e reabilitação fisioterapêutica no pós cirúrgico da mastectomia. **Trabalho de conclusão de curso de fisioterapia (Monografia)**, Universidade Católica de Goiás. Goiânia. 2003.

DEL, B. P.; ZAVAGNO, G.; BURELLI, P.; SCALCO, G.; BARUTTA, L.; CARRARO, P.; PIETRAROTA, P.; MENEHINI, G.; MORBIN, T.; TACCHETTI, G.; PECORARO, P.; BELARDINELLI, V.; DE SALVO, G. L. **Morbidity comparison of sentinel lymph node biopsy versus conventional axillary lymph node dissection for breast cancer patients: results of the sentinella-givom Italian randomized clinical trial.** Eur J SurgOncol. 2008, p. 508-13.

FERRARI, B. L.; MARINHO, R. M.; ROCHA, M. L. L.; SILVA, H. M. S. **Considerações sobre as doenças da mama.** Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia: Aspectos de Ginecologia e Neonatologia. 3º Edição. Editora Medsi Ltda, Rio de Janeiro. 2003.

FRANZ, A. P. Revisão bibliográfica das complicações cardiorrespiratórias em pacientes mastectomizadas. Dissertação de pós-graduação, Instituto Inspirar. Itajaí. 2012.

FERREIRA, C. G., ROCHA, J. C. **Oncologia Molecular**. Editora Atheneu. São Paulo. p, 468. 2004.

QUIRRO, E.; QUIRRO, R. **Fisioterapia dermatofuncional**. 3º edição. Editora Manole. São Paulo. 2004.

GARCIA, N. M., Drenagem linfática manual em cirurgia plástica. **Senac**. Brasília. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Controle do Câncer de mama - Documento de consenso**. Ministério da saúde. 2004.

KISNER, C.; COLBY, L. A. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas**. 4º edição. Editora Manole. São Paulo. 2005.

LEAL, T. O.; CARDOSO, K. Q.; KALIF, S. K. et al. A Fisioterapia no Linfedema Pós mastectomia a Madden. **Revista Paraense de Medicina**. v 18, n 1, p, 42-45 2004.

LIMA, C. M.; ARAUJO, A. G. S; BRAND, A. A. G.; SILVA, H. E. **Impacto do tratamento muscular inspiratório em pacientes pós mastecomizados**. p. 1-10. 201.

LEDUC, A. et al. **Drenagem linfática teoria e prática**. Editora Manole. São Paulo 2000.

MAGNO, R. B. C. Bases reabilitativas de fisioterapia no câncer de mama. 2009. 68. F. Monografia de conclusão de curso. Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro. 2009.

MAKLUF, A. S. D., DIAS, R. C., BARRA, A. A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, p. 49-58. 2006.

MASTRELLA, A. S. Manual de Mastologia Oncológica: orientações fisioterapêuticas. Goiânia: UCG, 2006.

MARTINO, G. **Prevenção e terapia das complicações.** In: Veronesi. **Mastologia Oncológica.** Rio de Janeiro, Editora Medsi, p. 536-37. 2002.

MENDES, A. V.; PINTO, J. B.; FABRICIO, R. A. O. S. et al. Perfil de mulheres com câncer de mama submetidas a cirurgia mamária no Hospital Geral de Taubaté SP. **Fisioterapia Brasil.** v 5, n 6, p. 420-424. 2004.

MONDRY, T. E. Integration of complementary disciplines in to the oncology clinic. Part II: **PhysicalTherapy.** **CurrProblCancer,** p. 194-212. 2000.

MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia.** 2005. Paraná, p. 67-77.

NOGUEIRA, P. V. G.; GUIRRO, E. C. O.; PALAURO, V. A. Efeitos da facilitação neuromuscular propioceptiva na performance funcional de mulheres mastectomizadas. **Fisioterapia Brasil.** V. 6, n.1, p. 28-35. 2005.

RETT, M. T.; SANTOS, A. K. G.; MENDONÇA, A. C. R.; OLIVEIRA, I. A. SANTANA, J. M. **Revista Ciência & Saúde,** v. 6, n. 1, p. 18-24, Porto Alegre .2013.

SASAKI. **Câncer de Mama.** 1ª edição. Editora Roca.São Paulo, p. 17- 34.2000. In: CAMARGO, M., C.; MARX, A. G.

SHIRLEY, A. P. Cinesioterapia em pacientes pós mastectomizadas. Monografia de conclusão de curso. Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro. 2008.

SILVA, M. P. P. Efeitos da fisioterapia na recuperação e complicação no pós-operatório por câncer de mama: exercícios limitados versus não limitados. 2002.

74.f. Apresentada a Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas para obtenção do grau de mestre, Campinas. 2002.

SOUZA, J. A. **Câncer de Mama: saiba se defender**. Goiânia, 2004. página total.

SPENCE, R. A. J.; JOHNSTON, P. G. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.página total.

TIVERON, M. B.; BARREIROS, C. O. Efeito da Drenagem Linfática Manual em Pacientes com Câncer de Mama em Pós-operatório. **Trabalho de conclusão de curso de Fisioterapia**. Faculdades Adamantinenses Integradas, 2004.

YANG, E. J.; PARK, W. B.; SEO, K.S.; KIM, S. W.; HEO C.Y.; LIM J. Y. **Longitudinal change of treatment-related upper limb dysfunction and its impact on late dysfunction in breast cancer survivors: a prospective cohort study**.J SurgOncol, p. 84-91. 2010.