



EFEITOS DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO PRECOCE NO PÓS OPERATÓRIO DO CÂNCER DE MAMA – RELATO DE CASO

Camila Porto Carvalho Gonçalves¹

Emily Souto Martins²

Marília Lasmar Gomes Pereira¹

Priscila Bernardina Miranda Soares²

Claudiana Donato Bauman¹

Resumo: Objetivo: Relatar o tratamento fisioterapêutico em paciente com histórico de câncer de mama, ressaltando a evolução terapêutica após mastectomia e linfonodectomia. **Método:** Relato de caso clínico de uma paciente, submetida às terapêuticas para tratamento do câncer de mama, referindo dor e sensação de dormência. Após a realização da avaliação cinesiofuncional, constatou-se a diminuição de força muscular para flexão e restrição na abdução e extensão de ombro. Para a avaliação, utilizou-se os métodos Goniometria, Perimetria e Oxford, além da Escala visual analógica para mensuração da dor. Iniciou-se a terapia fisioterapêutica 02 vezes por semana, por um período de 60 dias, pautada em mobilizações articulares passivas e ativo-assistidas de ombro esquerdo em flexão e abdução; mobilizações ativas de cotovelo e punho esquerdo; drenagem linfática manual no membro superior esquerdo e mama; e treino diafragmático com exercícios respiratórios. **Resultados:** Após o tratamento e acompanhamento fisioterapêutico, a paciente apresentou aumento da força muscular para flexão, melhora na abdução e extensão de ombro, melhora na dor e remissão da dormência. **Conclusão:** O tratamento fisioterapêutico apresentou-se de forma relevante na reabilitação da paciente após a realização de cirurgia oncológica invasiva. O estudo evidenciou a minimização das limitações dos movimentos e melhora da força muscular.

Descritores: Câncer de mama; Fisioterapia; Reabilitação; Prevenção; Exercício terapêutico.

Autor para correspondência: Camila Porto Carvalho Gonçalves

E-mail: cami.porto@hotmail.com

1- Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil

2- São Leopoldo Mandic, Campinas, SP, Brasil

3- Hospital Dia Oncovida, Montes Claros, MG, Brasil

INTRODUÇÃO

O câncer de mama (CA) apresenta alta incidência na população feminina brasileira, com índices elevados de mortalidade. Cerca de 29,5% casos de câncer de mama em mulheres são registrados a cada ano, estimativa de 59.700 casos novos, com um risco aproximado de 56,33% a cada 100 mil mulheres¹. Os dados estatísticos sugerem aumento da incidência do CA de mama em países desenvolvidos como também aqueles em desenvolvimento, sendo necessária a adoção de medidas para controle, por se tratar de um problema grave de saúde pública. Embora os números de morbidade e mortalidade ainda sejam elevados, o câncer de mama, quando detectado e tratado precocemente, possui alta taxa de sobrevida².

As condutas terapêuticas para o tratamento do câncer de mama são diversas, e sua eleição baseia-se no estadiamento clínico (gravidade e extensão) e evidências histológicas. O histórico médico do paciente também deve ser levado em consideração, diante à presença de cardiopatias, insuficiência renal e hepática, doenças reumáticas e distúrbios psiquiátricos³. Terapêuticas conservadoras compreendem pela ressecção de um segmento da mama (setorectomia, tumorectomia e quadrantectomia), com retirada dos gânglios axilares ou dos linfonodos. Os designados como não-conservadores envolve a realização da mastectomia, considerando as respectivas modalidades: (1) Mastectomia simples ou total; (2) Mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar (radical modificada); (3) Mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitoral(is) acompanhada de linfadenectomia axilar (radical); (4) Mastectomia com reconstrução imediata; (5) Mastectomia poupadora de pele^{3,4}. Como terapia adjuvante e/ou neoadjuvante a quimioterapia, a radioterapia e a hormonioterapia podem ser eletivas⁵.

As sequelas do tratamento do câncer precisam ser mensuradas em relação às limitações físicas e psicológicas das pacientes⁶. À submissão aos diversos procedimentos elegíveis do tratamento do CA de mama podem apresentar complicações pós-operatórias, como a ocorrência de infecções locais, necrose cutânea, dores, disfunções respiratórias, edema, linfedema, alterações funcionais, distúrbios da sensibilidade, alteração e/ou disfunção da ADM (amplitude de movimento) do ombro⁶⁻¹⁰. O tratamento adjuvante/neoadjuvante (radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia), em adição as sequelas cirúrgicas, aumentam os riscos de tais complicações¹⁰.

Para um ajustamento à nova condição de saúde, é de suma necessidade uma assistência multiprofissional. Nesse aspecto, a abordagem fisioterapêutica no pós-operatório, atua no âmbito da prevenção e reabilitação, reduzindo a ocorrência de complicações e sequelas, elencando os seus principais benefícios como diminuição da dor, linfedema e melhoria funcional¹¹. Considera-se indispensável à atuação da terapêutica fisioterápica no tratamento das complicações após a cirurgia, interferindo diretamente na qualidade de vida dessas pacientes, como também na recuperação da autoestima e de uma imagem corporal ativa^{11, 12}.

A inatividade no pós-operatório pode ocasionar ao comprometimento gradativo da força muscular e da flexibilidade, predispondo ao aparecimento da dor⁵. O treinamento da força muscular deve está inserido na reabilitação de toda paciente acometida com CA de mama, seja após as terapias ou como acompanhamento pós-operatório para prevenção ou recuperação da capacidade muscular¹³.

O objetivo deste relato de caso clínico foi relatar o tratamento fisioterapêutico em paciente com histórico de câncer de mama, ressaltando a evolução terapêutica após mastectomia e linfodectomia com queixa de dor, dormência, limitação de movimento e diminuição da força muscular.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 47 anos, divorciada, compareceu ao Hospital Dia Oncovida Hospital, encaminhada pela Associação Presente de Apoio ao Paciente com Câncer - na cidade de Montes Claros-MG, para avaliação fisioterapêutica, com queixa funcional [dor no ombro esquerdo, sensação de dormência na região posterior do braço (tríceps), fraqueza e limitação de movimento para realizar suas AVDs (atividades de vida diária)]. Durante a anamnese, a paciente relatou que em 2009 foi diagnosticada com câncer de mama na região direita, cujo tratamento consistiu na realização da mastectomia total com esvaziamento axilar à direita, sem reconstrução. A paciente foi também submetida ao tratamento quimioterápico e radioterápico, seguido pela hormonioterapia durante 05 anos. No ano de 2015, foi diagnosticado câncer do endométrio, sendo submetida à cirurgia de histerectomia total seguida de um novo protocolo quimioterápico e radioterápico (braquiterapia). Em novembro de 2018 ao realizar o autoexame, notou-se um nódulo, procurando prontamente uma avaliação médica. Exames de imagem e biopsia incisional foram realizadas, obtendo-se o diagnóstico de Carcinoma Ductal Invasor da Mama Grau 2. Inicialmente, foi submetida ao procedimento cirúrgico, e posteriormente, os resultados anatomopatológicos da peça cirúrgica evidenciaram margens comprometidas necessitando de nova abordagem cirúrgica, realizada em fevereiro de 2019. O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética da UNIMONTES (Universidade Estadual de Montes Claros), com parecer número 86613718.9.000.5146.

Após 15 dias da realização da cirurgia, foi realizado um exame físico, observando-se: ausência de alteração na coloração da pele; ausência de

edema nos braços - confirmada pela perimetria; presença de cicatriz atrófica e com aderências na região mastectomizada à direita (cirurgia antiga); incisão cirúrgica à esquerda ainda em processo cicatricial; e teste de sensibilidade sem alteração.

Na avaliação cinesiofuncional, foi constatado limitação de movimento para rotação externa e interna, diminuição de força muscular para flexão e restrição de abdução e extensão de ombro, apresentando grau 3 de força segundo o teste de Oxford¹⁴.

Os instrumentos utilizados para a efetuação do tratamento e da avaliação fisioterapêutica foram: *physio Ball*: bola de borracha para exercitar a mão e promover uma contração isométrica do membro homolateral; bola suíça: bola de borracha pequena para auxiliar o alongamento mantido da cintura escapular e do membro homolateral; rolo de borracha para a dessensibilização do membro homolateral; haltere: peso de meio quilo para auxiliar os exercícios concêntrico e excêntrico do membro homolateral; faixa de borracha (*thera band*): compressão média para exercícios ativo-resistidos da cintura escapular e do membro homolateral.

TÉCNICAS

Diante ao quadro clínico exposto, o tratamento fisioterapêutico foi realizado 02 vezes por semana, por um período de 60 dias, totalizando 18 sessões. Os procedimentos fisioterapêuticos consistiram por: mobilizações articulares passivas e ativo-assistidas de ombro esquerdo em flexão e abdução (ambos no limite de 90°) com rotações interna e externa; mobilizações ativas de cotovelo e punho esquerdo; Drenagem linfática manual no membro superior esquerdo e mama; e treino diafragmático, com exercícios respiratórios (expansão torácica e abdominal, ciclo ativo). Orientações foram passa-

das à paciente sobre as medidas necessárias a serem adotadas durante o processo cicatricial, como também o correto posicionamento dos membros e efetivos exercícios respiratórios expansivos. A partir da 6ª sessão, a paciente foi instruída a realizar exercícios ativos em sua residência com intuito de maior mobilidade e força muscular, influenciando positivamente no retorno das atividades cotidianas.

As variáveis, amplitude do ombro, a função muscular do ombro e da escápula, a perimetria dos membros superiores e a dor, foram mensuradas na avaliação fisioterapêutica, segundo os seguintes protocolos: (1) Método Goniometria - para as medidas da amplitude de movimento articular: mensurado em graus através do goniômetro universal, seguindo o manual de Marques (2003)¹⁵, evidenciando os seguintes dados: rotação externa e interna apresentando 40 graus, flexão 90º graus e abdução 90º graus; (2) Teste de Oxford para avaliação de força muscular, evidenciando grau 3¹⁴; (3) Perimetria - foi utilizada uma fita métrica padronizada, com marcação em centímetros¹⁶. As medições foram realizadas na linha articular do cotovelo - olécrano (ponto 0) e 7 em 7 cm supra e infra olecranianas, evidenciando normalidade quando comparado o membro homolateral com o contralateral; (4) EVA (Escala Visual Analógica - Visual Analogue Scale - VAS): instrumento unidimensional para a avaliação da intensidade da dor¹⁷.

Para análise do grau da força muscular, a classificação de Oxford descreve, como: Grau 0 - não se observam sinais de contração muscular; Grau 1 - sinais de discreta contratilidade, sem movimentos da articulação; Grau 2 - mobilidade em todos os sentidos normais, com eliminação da gravidade; Grau 3 - movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade; Grau 4 - mobilidade integral contra a ação da gravidade e de certo grau de resistência; e, Grau 5 - mobilidade completa contra resistência acentuada e contra a ação da gravidade¹⁵. Compreendendo pelo auxílio no exame

físico durante a anamnese, a perimetria consiste na determinação de medidas corporais, com resultados precisos e validados. A sua realização permite o direcionamento do tratamento individualizado para cada paciente¹⁶.

EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA

Ao início das sessões a paciente apresentava-se um pouco aflita e ansiosa com a expectativa de como seria o protocolo das quimioterapias. Referia dor no seio e na região posterior/medial do braço, nessa mesma região do braço relatava uma sensação de dormência, queixava de sensação de repuxamento na cicatriz e limitação para realizar algumas atividades como: lavar pequenas peças de roupas, arrumar a cama, pegar algum objeto que estivesse numa determinada altura acima da sua cabeça. Nas 02 primeiras sessões foram priorizadas as terapias manuais para alívio da dor e melhora da ADM como a liberação miofascial, liberação cicatricial, dessensibilização da região posterior/medial do braço e mobilização articular do ombro grau 1 (para alívio da dor) e grau 2 e 3 para ganho de ADM. A partir da 3ª sessão com a melhora significativa de amplitude de movimento, a paciente evoluiu de 90º para 180º de abdução e flexão de ombro mensurada através da goniometria, o que segundo a mesma proporcionou grande alívio para realização de suas atividades diárias, como por exemplo, tomar banho sozinha e lavar o cabelo (AVDs). Ressalta-se que respostas desta magnitude possui efeito extremamente positivo e importante para o emocional de pacientes. As sessões seguintes foram realizadas com o objetivo de ganho de ADM com exercícios de alongamentos ativos assistidos e também ganho de força muscular gradual utilizando os recursos já citados. Na avaliação da força muscular através do teste de Oxford, foi evidenciado inicialmente grau 3, definido como regular, onde, através do tratamento fisioterapêuti-

co, obteve-se uma evolução gradativa para grau 5, dada pela força muscular normal, sem limitações de mobilidade. Houve um imprevisto durante a 6ª sessão, quando a paciente relatou muito desânimo, sensação de cansaço, dor de cabeça intensa – entretanto ao contatar-se o médico oncologista responsável – o mesmo ressaltou que poderia ser questões emocionais, gerando um alto grau de ansiedade, uma vez que a quimioterapia estava programada para começar no dia seguinte. Nesse dia a mesma também relatou dores na cervical e região torácica, devido à posição desconfortável adotada para dormir em razão da cirurgia. Nesta perspectiva, foi realizado apenas terapias de relaxamento muscular, inibição de pontos gatilhos, relaxamento cervical e relaxamento sistêmico utilizando alguns pontos do Shiatsu. A avaliação do nível de dor foi realizada anteriormente à submissão ao tratamento fisioterapêutico, através da EVA, constatando grau 8 de intensidade. Ao final das sessões, a avaliação foi efetuada novamente, constatando intensidade grau 1.

Seguindo-se as demais sessões a paciente evoluiu muito bem realizando os exercícios progressivamente, e ao final do tratamento foi orientada a realização dos exercícios ativos domiciliares, o que poderia contribuir para sua independência e autonomia para desenvolver suas habilidades.

DISCUSSÃO COM REVISÃO DA LITERATURA

A remoção cirúrgica do câncer apresenta alguns efeitos adversos relacionados às intercorrências físicas e/ou psicológicas, com impacto significativo na vida do paciente^{18, 19}. O tratamento fisioterapêutico é imprescindível no âmbito preventivo e na redução de eventos colaterais posteriormente

à submissão às terapêuticas antineoplásticas do CA de mama, atuando na restauração da integridade cinético-funcional dos órgãos e dos sistemas²⁰. Alterações/complicações posteriores ao procedimento cirúrgico podem influenciar na qualidade de vida, exaltando a necessidade do acompanhamento fisioterapêutico para prevenção e reabilitação²¹. No presente estudo, a atuação da fisioterapia foi imprescindível na recuperação da paciente frente aos tratamentos antineoplásticos realizado. Limitações de movimento, dores musculares e redução do grau de força muscular foram evidenciadas posteriormente ao tratamento específico do CA de mama. Nascimento *et al.*, (2012)⁹ constataram que após a realização da cirurgia ao tratamento do CA de mama, algumas pacientes podem apresentar limitações físicas. Os sinais e sintomas mais frequentemente observados foram: dores, aderência pericicatricial, restrição da amplitude de movimento, deiscência cicatricial, sensação de peso e linfedema. Bregagnol, Dias (2009)⁷ verificaram que pacientes submetidas à linfadenectomia axilar total, evidenciaram alterações funcionais articulares, da função pulmonar e dos músculos respiratórios, principalmente no período pós-operatório imediato⁷. Diante ao quadro de limitações e incômodos ao paciente, a atuação multidisciplinar esteve presente durante todas as etapas de tratamento da qual a paciente do presente estudo vivenciou.

A prevenção de saúde consiste como as principais forças de atuação da fisioterapia, devendo estar presente, desempenhando um trabalho multidisciplinar, em todo o período da paciente acometida pelo câncer de mama, diante ao diagnóstico, tratamento e aos cuidados paliativos²². Frente aos inúmeros benefícios obtidos pela fisioterapia, o estudo de Santos *et al.*, (2017) ressaltou o aumento de temperatura corporal e melhoria do limiar da sensibilidade cutânea em pacientes diagnosticada

das com CA de mama, com idade mais avançada²². A atuação da fisioterapia na equipe multidisciplinar de saúde é de fundamental importância para o acompanhamento, tratamento e evolução na reinserção da paciente ao convívio social, profissional e pessoal¹⁸.

Nascimento *et al.*, (2012) enfatizaram que as realizações de exercícios domiciliares demonstraram auxiliar na melhoria do desempenho físico dessas pacientes⁹. Após, a realizações de sessões presenciais de fisioterapia, foi repassado à paciente do presente estudo, instruções de exercícios benéficos a serem realizadas no domicílio, para atenuação da resolução da sua queixa funcional. No estudo de Silva *et al.*, (2004)²², os autores consideraram que a realização de exercícios propriamente ditos com amplitude livre desde o primeiro dia de pós-operatório, permite uma recuperação satisfatória da limitações funcionais, sem o aumento de seroma ou deiscência¹⁰.

Alterações e complicações após a cirurgia do CA de mama pode influenciar na qualidade de vida de pacientes, com impacto negativo, enfatizando a necessidade da abordagem fisioterapêutica. A fisioterapia desempenha um importante papel na recuperação (após procedimentos cirúrgicos), minimizando os efeitos adversos, assim como na reabilitação geral do paciente, no que diz respeito ao âmbito físico e melhoria da sua condição de vida - AVDs. Conjuntos de possibilidades terapêuticas podem ser utilizados no intuito da recuperação funcional, diminuindo o período de recuperação, permitindo o retorno às atividades diárias e reintegração à sociedade sem limitações funcionais¹². A implantação da rotina de atendimento fisioterapêutico para pacientes submetidas a tratamento do CA da mama tem como finalidade prevenir efeitos colaterais por meio de condutas terapêuticas, orientações domiciliares e intervenções precoces, visando o bem estar da paciente como também a redução dos custos pessoais e hospitalares²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso clínico em questão evidenciou melhora significativa da paciente com histórico de câncer de mama, submetida ao tratamento fisioterapêutico, após mastectomia e linfonodectomia. Os métodos da análise da eficácia do tratamento consistiram por respostas satisfatórias, diretamente associando com a qualidade de vida da paciente.

O tratamento fisioterapêutico é muito importante no processo da reabilitação física das pacientes submetidas aos procedimentos cirúrgicos relacionados ao câncer de mama, juntamente ou não às terapias adjuvantes. Algumas limitações físicas podem compreender os efeitos adversos posteriormente à mastectomia e a linfonodectomia. Além da atuação preventiva e reabilitadora, a fisioterapia desempenha um papel importante no âmbito da qualidade de vida dessas pacientes e na participação na equipe multidisciplinar, com foco no controle, na redução e prevenção de sequelas, reinserção da paciente às suas atividades cotidianas normais, autoestima e desempenho físico.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer; Silva JAG. Estimativa 2018 Incidência de Câncer no Brasil. INCA; Rio de Janeiro, 2018.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Programa nacional de controle do câncer de mama: histórico das ações. Rio de Janeiro: INCA; 2014
3. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de Mama. Revista Brasileira de Cancerologia. 2001; 47(1): 9-19.
4. Ministério da Saúde. Controle do Câncer de Mama Documento de Consenso. 2004.
5. Rett MT, Mesquita PJ, Mendonça ARC, Moura DP, DeSantana JM. A cinesioterapia reduz a dor

- no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. *Rev. dor.* 2012; 13(3):201-207.
6. Amaral MT, Teixeira LC, Derchain SF, Nogueira MD, Silva MP, Gonçalves AV. Orientação domiciliar: proposta de reabilitação física para mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama. *Rev Cienc Med.* 2005;14(3):405-13.
 7. Bregagnol RK, Dias AS. Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfonodectomia axilar total. *Rev Bras Cancerol.* 2010;56(1):25-33.
 8. Gutiérrez MGR, Petito EL. Elaboração e Validação de um Programa de Exercícios para Mulheres Submetidas à Cirurgia Oncológica de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2008; 54(3): 275-287.
 9. Nascimento SL, Oliveira RR, Oliveira MMF, Amaral MTP. Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. *Fisioter. Pesqui.* 2012; 19(3): 248-255.
 10. Silva MP, Derchain SF, Rezende L, Cabello C, Martinez EZ. Movimento do ombro após cirurgia por carcinoma invasor da mama: estudo randomizado prospectivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90 no pós-operatório. *Rev Bras Ginecol Obst.* 2004;26(2):125-30.
 11. Ferreira TCR, Oliveira ESP, Teixeira ES. Atuação da fisioterapia no pós-operatório de mastectomia revisão sistemática. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações,* v. 12, n. 2, p. 765-776, ago./dez. 2014
 12. Jammal MP, Machado ARM, Rodrigues LR. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. *O Mundo da Saúde São Paulo* 2008; 32(4):506-510.
 13. Haddad CAS. Como promover reabilitação e fortalecimento muscular em câncer de mama. *Index.OncoNews.* 2019. 1(2).
 14. Stokes, M. *Neurologia para Fisioterapeutas.* São Paulo: Editora Premier. 2000.
 15. Marques AP. Introdução. In: *Manual de Goniometria.* 2 ed. São Paulo: Editora Manole. 2003, p.1-10.
 16. Holway, F. *La Composicion Corporal: Mitos Y Presunciones Científicas.* 2002.
 17. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. *Rev Bras Reumatol.* 2011;51(4):299-308.
 18. Costa AMN, Pereira ER, Vasconcelos TB, Farias MSQ, Praça LR, Diógenes B. Mulheres e a Mastectomia: Revisão literária. *Rev. de Atenção à Saúde.* 2015; 13(44): 58-63.
 19. Souza NAM; Souza ESF. Atuação da fisioterapia nas complicações do pós-operatório de câncer de mama: uma revisão de literatura. *Revista UNINGÁ.* 2014; 40: 175-186.
 20. Faria L. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. *História, Ciências, Saúde.* 2010; 17(1):69-87.
 21. Rett MT, Mendonça ACR, Santos RMVP, Jesus GKSJ, Prado VM, Santana JM. Fisioterapia no pós-operatório de câncer de mama: um enfoque na qualidade de vida. *ConScientiae Saúde.* 2013;12(3):392-397
 22. Santos KM, Honório JGS, Luz CM, Santos S, Petry DM, Luz SCT. Fisioterapia em idosas após cirurgia para câncer de mama: um estudo piloto. *ConScientiae Saúde.* 2017;16(2):266-273.
 23. Bergmann A, Ribeiro MJP, Pedrosa E, Nogueira EA, Oliveira ACG. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III / INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2006; 52(1): 97-109.