

FUNCIONALIDADE DE MEMBROS SUPERIORES E QUALIDADE DE VIDA EM MASTECTOMIAS TARDIAS

WEHNER, Juciane Sandra¹

JULIAN, Bruna Rafaela²

SARETTO, Chrystianne Maria Firmiano Barros³

KROTH, Adarly⁴

ZAMPROGNA, Geovana Téo⁵

BAPTISTELLA, Antuani Rafael⁶

HELLER, Patricia⁷

Resumo

O câncer de mama é a neoplasia que mais acomete as mulheres, e seu tratamento pode desencadear alterações físicas, emocionais, sociais e psicológicas. O objetivo foi avaliar a capacidade funcional e a qualidade de vida (QV) de mulheres que foram submetidas à mastectomia no pós-operatório tardio. A avaliação constituiu-se da mensuração da amplitude de movimento (ADM) em flexão e abdução de ombro, aplicação da Escala de Karnofsky e do questionário de Qualidade de Vida FACT – B + 4 (Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast plus Arm Morbidity). Foram avaliadas 99 mulheres mastectomizadas, com idade média de 52 (\pm 11,01) anos, por um período de 20 meses. Observou-se redução de ADM nos movimentos de flexão e abdução de ombro no membro homolateral à cirurgia, sendo considerada estatisticamente significativa. Na Escala de Karnofsky nenhuma das participantes apresentou índice menor que 50, e a maioria classificou-se como 90. Na QV os domínios físico e emocional apresentaram-se mais comprometidos. Evidenciou-se que as mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama demonstraram comprometimentos na capacidade funcional, entretanto, não tiveram piora extrema na QV no pós-operatório tardio. As disfunções relacionadas à patologia e aos procedimentos terapêuticos são consideradas pertinentes para a indicação de tratamento multidisciplinar, o que pode interferir positivamente nesses casos específicos.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Mastectomia. Qualidade de vida. Fisioterapia.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e a neoplasia mais comum na população feminina, correspondendo a 22% de incidência anualmente. No Brasil, a estimativa para o ano 2014 é de 57.120 novos casos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014).

¹ Graduada em Fisioterapia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; juci_sandra@yahoo.com.br

² Graduada em Fisioterapia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; bruna_fisio20@hotmail.com

³ Mestre em Saúde Coletiva; Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; Doutorado em Biociências; Professora no Curso de Fisioterapia da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; Fisioterapeuta; chrystianne.saretto@unoesc.edu.br

⁴ Mestre em Ciências Biológicas; Doutoranda em Ciências Biológicas; Professora no Curso de Fisioterapia da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; Fisioterapeuta.

⁵ Especialista em Terapia Intensiva; Mestranda em Biociências; Professora no Curso de Fisioterapia da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; Fisioterapeuta.

⁶ Doutor em Oncologia; Mestre em Biociências; Professor no Curso de Fisioterapia da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba.

⁷ Especialista em Saúde da Mulher; Mestranda em Biociências; Professora no Curso de Fisioterapia da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; Fisioterapeuta.

O câncer de mama e seu tratamento, muitas vezes mutilador, pode conduzir a várias alterações físicas e psíquicas na vida das mulheres, podendo estas serem temporárias ou permanentes. Os tratamentos para esse tipo de patologia envolvem radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia, cirurgia conservadora e radical (SILVA et al., 2012). A mastectomia, de forma conservadora ou radical, acompanhada ou não da reconstrução mamária, geralmente é uma experiência traumática (NOGUEIRA et al., 2005).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), por volta de um terço dos cânceres tem a possibilidade de cura se detectado precocemente e se for devidamente tratado (BOYLE et al., 2008). Um conjunto de ações integradas para a prevenção e o controle do câncer que abrange diminuição da exposição a fatores de risco, por intermédio da educação, detecção precoce, tratamento adequado, reabilitação e cuidados paliativos pode ser decisivo para a redução da morbidade e mortalidade, além de melhorar a QV desses pacientes (THULER et al., 2003).

Entretanto, mesmo com as campanhas educativas e a disseminação de informações quanto à importância do diagnóstico precoce, ainda prevalecem as intervenções cirúrgicas para o tratamento do câncer de mama no Brasil (DE MENEZES COUCEIRO et al., 2009). O tratamento cirúrgico vai desde a tumorectomia até a mastectomia radical ou conservadora, associada ou não à retirada dos linfonodos axilares, e o método indicado depende da gravidade de cada caso (RETT et al., 2012). Além da intervenção cirúrgica, os pacientes precisam ainda ser submetidos à radioterapia, à quimioterapia e à hormonioterapia como procedimentos que podem auxiliar de forma adjuvante e/ou neoadjuvante (FERRO et al., 2003).

O tratamento cirúrgico da patologia pode contribuir para a incidência de sequelas relativamente comuns, em decorrência da necessidade de manipulação muscular e linfática para a retirada do tumor. A literatura contextualiza com frequência a apresentação de linfedema, diminuição da força muscular, redução da amplitude de movimento (ADM), dor incisional, alteração do esquema corporal e parestesias. A apresentação de tais sequelas pode acarretar comprometimento ao membro superior homolateral à cirurgia (BATISTON; SANTIAGO, 2005; FREITAS JÚNIOR et al., 2001; MASTECTOMIZED, 2004; OLIVEIRA et al., 2009).

Além dos aspectos físicos e do comprometimento orgânico e funcional, as cirurgias ainda amedrontam as mulheres, gerando alterações psicológicas e alterando a percepção da imagem pessoal e da sexualidade (NOGUEIRA et al., 2005).

No processo de reabilitação de uma mulher mastectomizada, a assistência multiprofissional é um dos aspectos mais relevantes. O tratamento pós-operatório precisa ser oferecido de forma integral, visando à melhor adaptação possível para a nova realidade imposta (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2002).

A intervenção da fisioterapia precocemente favorece a recuperação funcional do membro superior acometido e, também, a profilaxia de sequelas, como aderência cicatricial, linfedema e fibrose (CAMARGO; MARX, 2000; SCORSOLINI-COMIN; VILELA E SOUZA; SANTOS, 2008). Mediante a prevenção de complicações e a melhoria da funcionalidade do membro superior, a fisioterapia interfere positivamente na QV de pacientes mastectomizadas (BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2007). São utilizadas diferentes técnicas para o tratamento desse tipo de paciente, entre elas podem

ser citadas a cinesioterapia, a eletroterapia e a terapia complexa descongestiva (SILVA LEAL et al., 2009).

Neste trabalho teve-se como objetivo avaliar a capacidade funcional dos membros superiores de mulheres mastectomizadas e a qualidade de vida (QV) no pós-operatório tardio.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo consiste em uma pesquisa quantitativa, transversal e investigativa realizada em um hospital universitário de Santa Catarina. O estudo foi conduzido de acordo com a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina, sob número 137.013 e também obteve anuência da diretoria da instituição hospitalar, assim como da equipe responsável pelo tratamento das pacientes envolvidas.

Foram atribuídos critérios de inclusão e exclusão para a participação no estudo sendo considerados incluídos pacientes portadores de câncer de mama tratados cirurgicamente por mastectomia e que estivessem no pós-operatório tardio entre 1 e 24 meses. Para a exclusão, os critérios foram: pacientes com déficit cognitivo, alterações ortopédicas nos membros superiores antes da intervenção cirúrgica e realização da cirurgia antes de outubro de 2012. O cálculo amostral estimulou a necessidade de entrevista em 93 pacientes com confiabilidade de 91%.

A coleta de dados foi realizada nas dependências do setor de Oncologia, entre outubro de 2012 e julho de 2014, no momento prévio às consultas de retorno das pacientes. A abordagem inicial ocorreu por meio da explicação da pesquisa e, após a concordância voluntária na participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi iniciada a coleta dos dados.

Na sequência foram apresentados os instrumentos que seriam utilizados para a coleta dos dados, sendo uma ficha padronizada contendo dados clínicos, avaliação da ADM, escala de Karnofsky e avaliação da QV. Na coleta dos dados clínicos constou: idade, dados sobre procedimento cirúrgico, tratamentos coadjuvantes, alterações ortopédicas, reconstrução mamária e conhecimento sobre a fisioterapia e sua possibilidade de intervenção. Para a avaliação física e funcional, partiu-se da mensuração bilateral da ADM ativo da articulação do ombro em flexão e abdução. Todas as medidas angulares foram realizadas de acordo com o posicionamento anatômico dos membros superiores (MMSS) e obedecendo as formas preconizadas de manejo do goniômetro. A seguir, foi utilizada a Escala de Karnofsky (*Karnofsky Performance Status Scale/Lansky Scale*), que se trata de um sistema de escore o qual classifica as pacientes conforme o grau de inaptidões ou deficiências funcionais, em que é utilizada uma escala de 10 a 100, na qual quanto menor a classificação pior é a expectativa de vida e de retorno às atividades normais.

O instrumento utilizado para a avaliação da QV foi a aplicação do questionário de Qualidade de Vida FACT – B + 4 (*Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast plus Arm Morbidity*) desenvolvido por Brady et al. em 1997 (18), constituído de 36 perguntas, sendo 27 relacionadas a QV geral (FACT-G) e 9 perguntas específicas para pacientes com câncer de mama, incluindo uma subescala contendo quatro questões que avaliam a morbidade do membro superior acometido, que

foi desenvolvida por Coster (19). Esse instrumento foi validado para o Brasil em 2012, por Michels (20). É composto por 40 perguntas divididas em cinco domínios: bem-estar físico (sete questões); bem-estar social/familiar (sete questões); bem-estar emocional (seis questões); bem-estar funcional (sete questões) e preocupações adicionais (13 questões). Para responder ao questionário, as pacientes optaram por uma resposta de cinco níveis para cada questão: 0 (nem um pouco), 1 (um pouco), 2 (mais ou menos), 3 (muito) e 4 (muitíssimo).

Os instrumentos utilizados nesta avaliação foram eleitos com o objetivo de quantificar de uma maneira específica as possíveis sequelas diferenciadas que as pacientes poderiam apresentar de acordo com a literatura observada anteriormente. Enfocando o princípio da beneficência, houve o comprometimento por parte das pesquisadoras em disponibilizar os resultados da presente pesquisa aos profissionais responsáveis pelo setor de oncologia, com o objetivo de conhecimento dos resultados levantados.

3 RESULTADOS

Participaram deste estudo 99 mulheres mastectomizadas no pós-operatório tardio, entre 1 e 24 ($6,23 \pm 5,48$) meses após o procedimento cirúrgico. A idade das pesquisadas variou entre 31 e 77 anos, com média de idade de 52 ($\pm 11,01$) anos, e todas estavam em acompanhamento médico, realizando algum tipo de tratamento adjuvante; 17,17% realizaram tratamento associado, ou seja, quimioterapia com radioterapia ou hormonioterapia, e 82,82% das entrevistadas estavam apenas em tratamento quimioterápico.

Das pacientes observadas, 61,61% passaram pela cirurgia radical e 38,38% por cirurgia conservadora. O membro mais afetado foi do lado esquerdo, com 51,51%; o lado direito com 46,46% e 2,02% foram submetidas à cirurgia bilateral.

Em relação à fisioterapia, 15,15% das participantes realizaram algum tratamento fisioterapêutico; 7,07% das pacientes realizaram fisioterapia no ambiente hospitalar, 4,04% realizaram fisioterapia fora do ambiente hospitalar e 4,04% realizaram ambos os tratamentos, ou seja, intra e extra-hospitalar. A duração média do tratamento fisioterapêutico foi de $2,46 \pm 4,94$ meses.

A reconstrução mamária foi identificada em 8,08% das participantes. Destas, 2,02% das pacientes realizaram a reconstrução logo após a mastectomia; 4,04% das pacientes entre 1 e 2 meses após o procedimento cirúrgico, e 2,02% somente após 12 meses da realização da mastectomia.

Para a análise dos dados quantitativos, foi realizada a estatística inferencial por meio do programa *SPSS 13.0*, com a planilha eletrônica Microsoft Excel 2010. Todos os testes foram realizados assumindo níveis de significância $\alpha = 5\%$. As variáveis foram testadas quanto à normalidade por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov, atendendo a esse pressuposto; e, posteriormente, foram utilizados os demais testes estatísticos e correlações entre os dados obtidos, os quais são citados a seguir, no decorrer da apresentação deles.

No que se refere à ADM, a amostra apresentou diminuição nos movimentos do ombro de flexão e abdução no membro superior homolateral à cirurgia (Tabela 1). No movimento de flexão ativa de ombro de toda a amostra, constatou-se uma média de $103,23^\circ$, visto que o ângulo conside-

rado normal é de 180° (22). No movimento de abdução de ombro também se observou diminuição da ADM, em que o valor encontrado foi uma média de 91,82°, na qual o ângulo considerado normal é de 180° (22) para a articulação avaliada. A variável foi testada por meio do teste T pareado e apresentou diferença estatisticamente significativa entre os valores observados no membro homolateral e contralateral ao procedimento cirúrgico.

Tabela 1 – Comparação da ADM entre o lado homolateral e o contralateral à cirurgia

Mastectomia	Flexão		Abdução	
Homolateral	103,23±15,55		91,82±26,87	
		p=0,001		p=0,001
Contralateral	121,30±16,97		109,04±5,65	

Fonte: os autores.

Os valores encontrados na Escala de Karnofsky encontram-se descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição em valores e porcentagem da Escala de Karnofsky

Karnofsky	N	Porcentagem
50	6	6,1
60	20	20,2
70	27	27,3
80	1	1
90	37	37,3
100	8	8,1
Total	99	100

Fonte: os autores.

As variáveis envolvendo a ADM dos membros superiores e a escala de Karnofsky foram testadas por meio da correlação de Spearman, e não foi possível estabelecer correlação estatisticamente significativa entre as duas, mesmo avaliando os dois movimentos, homolateral e contralateral ao procedimento cirúrgico. A realização do tratamento fisioterápico e o escore de *performance* de Karnofsky também foram testados por meio da correlação de Spearman, apresentando resultados considerados estatisticamente significativos para tais variáveis ($r=0,002$).

As correlações entre as variáveis tempo decorrente do processo cirúrgico e QV ($r=0,28$) foram realizadas com o teste de correlação de Pearson e as variáveis e o tempo decorrente do processo cirúrgico e Karnofsky ($r=0,62$) foram testados por meio da correlação de Spearman, visto que não foi estabelecida correlação significativa entre as duas duplas de variáveis.

Na Tabela 3 são descritos os valores médios encontrados para cada domínio do questionário FACT – B + 4. O domínio social foi o que apresentou maior aproximação com a pontuação máxima, seguido do funcional, indicando uma boa QV nos dois. Entretanto, os domínios físico e, principalmente, o emocional, demonstraram estar mais comprometidos. Na associação dos domínios observou-se uma média mais satisfatória no FACT-B.

Na subescala ARM, que apresenta questionamento específico para o membro afetado pelo tratamento de câncer de mama, os resultados não demonstraram graves comprometimentos.

Tabela 3 – Distribuição média e desvio padrão dos domínios e escores do questionário FACT – B + 4

Variáveis	Md±Dp	Faixa pontuação
Domínios		
Físico	7,86±0,70	0-28
Social	20,27±0,70	0-28
Emocional	5,04±3,53	0-24
Funcional	17,21±11,31	0-28
Preocupações adicionais	19,15±4,24	0-36
Escores		
ARM	14,43±13,43	0-20
FACT-B	99,53±17,67	0-144

Fonte: os autores.

Foi realizada a correlação entre a QV e a realização da fisioterapia por meio da correlação de Spearman, não apresentando resultados considerados estatisticamente significativos para tais variáveis.

No presente estudo as mulheres que realizaram reconstrução mamária (8,08%) apresentaram média e desvio padrão do FACT-B de 105,75±2,12 e as mulheres que não realizaram a reconstrução (91,9%) apresentaram 98,98±17,67, entretanto, pela disparidade entre o número de sujeitos em cada uma das situações, essa variável não foi testada estatisticamente.

4 DISCUSSÃO

O grupo observado no presente estudo apresentou características semelhantes aos encontrados em outras pesquisas no que se refere à idade e à incidência. Foram observadas apenas mulheres neste estudo, o que denota a incidência extremamente elevada nesse gênero, visto que a média de idade foi compatível com a observada em diversos outros estudos (RETT et al., 2012; TEODORO et al., 2011).

No Brasil, entre o período de julho de 2005 e julho de 2006, foram realizadas 20.828 mastectomias, 831.759 procedimentos de quimioterapia e 43.939 de radioterapia em mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas pelo SUS (OLIVEIRA et al., 2011). Nesta pesquisa prevaleceu o tratamento cirúrgico associado ao quimioterápico, com 82,82%, e 17,17% realizaram associação de cirurgia com quimioterapia, além das terapias de radioterapia ou hormonioterapia. A totalidade das pacientes estudadas realizou o tratamento quimioterápico, enfocando o que a literatura mundial considera como o tratamento *gold standard* para esse tipo de patologia, em que os quimioterápicos estão sempre presentes, associados ou não a outras técnicas (AKYUREK; YAVAS, 2013).

No presente estudo houve o predomínio da mastectomia radical e do membro superior esquerdo afetado, o que corrobora vários estudos encontrados na literatura (RETT et al., 2012; RETT et al., 2013). Diversos autores contextualizam a importância dos tratamentos menos invasivos, quando possíveis, como forma de minimização de sequelas (BANI et al., 2007).

Neste estudo, em relação à intervenção do tratamento fisioterapêutico, somente 15% das pacientes o realizaram, apesar de 37% afirmarem conhecer os benefícios que a fisioterapia oferece. Prado et al. (2004) realizaram um estudo com mulheres mastectomizadas e aplicaram um questionário contendo questões relacionadas ao conhecimento e a percepções sobre a prática da atividade

física na reabilitação após a mastectomia, no qual a falta de força de vontade foi a barreira mais mencionada (96,7%). A cinesioterapia nesse contexto se mostra importante na recuperação física, bem como psicológica, melhorando a QV das pacientes (ALMEIDA, 2006).

Nas pacientes incluídas nesse estudo notou-se que grande parte da amostra apresentou limitação da ADM nos movimentos de flexão e abdução da articulação de ombro homolateral à cirurgia (Tabela 2). Frequentemente na literatura é descrita a diminuição da ADM em flexão e abdução de ombro em mulheres que foram submetidas à cirurgia de tratamento de câncer de mama (BATISTON et al., 2005; JAMAL et al., 2008). Características, como a dor, medo de realizar a cinesioterapia, e a inatividade, principalmente, no período pós-operatório imediato, pode favorecer a instalação de complicações, como prejuízo da ADM, e, se não tratada, pode evoluir para uma deformidade (BATISTON; SANTIAGO, 2005; BREGAGNOL; DIAS, 2010; ASSIS LAHOZ et al., 2010; JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008). Gutiérrez et al. (2007) realizaram um estudo com mulheres mastectomizadas, em que somente 64,2% aderiram ao tratamento proposto e os motivos que dificultaram ou impediram a adesão do programa foi a dor ao realizar exercícios ou tentar realizá-los, assim como o medo de afetar a cirurgia.

De acordo com Kwan et al. (2010), a partir de quatro meses após o processo cirúrgico, as pacientes se readaptam à nova condição, de ter câncer e ter sido submetida a uma mastectomia, o que melhora a qualidade de vida. Dessa forma, é presumível que o tempo de cirurgia influencia na QV (BARROS BEZERRA et al., 2013). A análise deste estudo não corrobora esse resultado, pois o tempo da cirurgia não teve correlação significativa com a QV e a Escala de Karnofsky, ou seja, não influenciando na avaliação funcional e QV da amostra estudada.

No presente estudo as pacientes que não realizaram o tratamento fisioterapêutico apresentaram piores resultados na Escala de Karnofsky. Na literatura frequentemente é descrito que a fisioterapia participa na redução da dor decorrente do tratamento de câncer de mama (BATISTON; SANTIAGO, 2005; RETT et al., 2012). Quando comparada a dor de pacientes com câncer de mama, as que apresentam maior índice de dor também são as que apresentam pior escore na Escala de Karnofsky (VAN ONSELEN et al., 2013).

A Escala de Karnofsky na literatura é frequentemente utilizada para a avaliação de inaptidões e deficiências funcionais como fator de inclusão ou exclusão ou como fator em pesquisas relacionadas com o câncer de mama (CLAGNAN et al., 2008; DODD et al., 2010; PEINTINGER et al., 2003).

A reconstrução mamária para as mulheres que foram submetidas ao tratamento de câncer de mama apresenta uma influência positiva do procedimento cirúrgico e da QV e bem-estar (SOUZA, 2011). No presente estudo as mulheres que realizaram a reconstrução mamária obtiveram média de QV melhor do que as que não realizaram esse procedimento, apesar de representar um número baixo da amostra. Isso corrobora com os resultados encontrados na literatura, que relatam que a mastectomia sem reconstrução mamária proporciona a essas mulheres um impacto negativo na QV (ALMEIDA, 2006; MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

A mastectomia gera repercussões físico-funcionais imediatas ou tardias, psicológicas e sociais (ALMEIDA, 2006; FERREIRA et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2009; RETT et al., 2012). Nesse contexto, a intervenção da fisioterapia na prevenção de complicações pós-cirúrgicas e na recuperação funcional do membro superior acometido é crucial, além de melhorar a disposição, ânimo,

energia e bem-estar (BANI et al., 2007; CAMARGO; MARX, 2000; SCORSOLINI-COMIN; VILELA E SOUZA; SANTOS, 2008).

A fisioterapia na recuperação funcional do membro superior homolateral à cirurgia é estritamente necessária para possibilitar às mulheres mastectomizadas a realização de tarefas do cotidiano. Dessa forma, é importante na prática clínica a avaliação do desempenho funcional, com a ADM, como uma ferramenta para o desenvolvimento de estratégias para prevenir as complicações físico-funcionais geradas pelo tratamento cirúrgico do câncer de mama (RETT et al., 2012).

Algumas limitações puderam ser observadas neste estudo, a mais relevante, entretanto, faz menção ao espaço físico inadequado para a coleta de informações sigilosas pertinentes ao estudo, uma vez que havia alguns questionamentos em que as pacientes se sentiam constrangidas para responder.

As pacientes avaliadas neste estudo apresentaram diversas condições limitantes da situação funcional e orgânica decorrentes da patologia e do tratamento do câncer de mama; algumas dessas condições não apresentaram diferenças significativamente estatísticas, porém as disfunções estiveram presentes em boa parte da amostra, sendo elas pertinentes de encaminhamento para tratamento multidisciplinar, o que pode interferir positivamente nesses casos específicos, em especial na ADM. A fisioterapia é uma possibilidade de intervenção desde o pré, o pós-operatório imediato até o tardio, cujo objetivo primordial seria a redução das disfunções apresentadas pelas pacientes e a reinserção no âmbito profissional e social. Todavia, nas mulheres envolvidas na pesquisa, apesar de muitas relatarem conhecer os benefícios da fisioterapia, são poucas que procuram esse tratamento, o que gera incapacidades físicas de maior gravidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a evolução das técnicas cirúrgicas e a crescente incidência de neoplasia maligna nas mulheres brasileiras, faz-se necessário verificar as alterações pós-operatórias decorrentes desses procedimentos, na perspectiva de minimizá-las. Os métodos subjetivos podem limitar a avaliação efetiva, porém não se exclui sua importância, e a associação de variados instrumentos pode sugerir maior fidedignidade na consolidação do diagnóstico fisioterápico. Os resultados deste estudo permitem concluir que na população estudada houve sequelas relacionadas à mobilidade do membro superior homolateral ao tratamento cirúrgico, o que torna evidente a importância da continuidade de pesquisas que analisem as sequelas funcionais e a importância de estratégias que minimizem esses riscos.

Upper limb functionality and quality of life in late mastectomies

Abstract

The Breast cancer is the cancer that more affects women, and their treatment may trigger physical, emotional, social and psychological changes. Assess the functional capacity and quality of life (QOL) of women who underwent to mastectomy on late post-operative. The assessment consisted of measuring the range of motion (ROM) in flexion and shoulder abduction, application of Karnofsky Scale

and the Quality of Life questionnaire FACT – B + 4 (Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast plus Arm Morbidity). Ninety-nine women who had mastectomies, with an average age of 52 ($\pm 11,01$) years, for a period of twenty months were evaluated. The ROM reduction was observed in flexion and shoulder abduction in the ipsilateral limb surgery, and was considered statistically significant. In the Karnofsky Scale none of the participants presented index less than 50, and the majority were classified as 90. In QOL in the physical and emotional domains were more committed. It was evident that women undergoing surgical treatment of breast cancer have demonstrated impairments in functional capacity, however had no extreme impairment in QOL in post-operative period. The dysfunctions related to pathology and therapeutic procedures are considered relevant for the indication of multidisciplinary treatment, which can positively affect these specific cases.

Keywords: Breast cancer. Mastectomy. Quality of life. Physical therapy.

REFERÊNCIAS

AKYUREK, S.; YAVAS G. Role of postmastectomy radiation therapy after neoadjuvant chemotherapy in locally advanced breast cancer. **Exp Oncol.**, v. 35, i. 4, p. 267-271, 2013.

ALMEIDA, R. A. de. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Revista da SBPH**, v. 9, n. 2, p. 99-113, 2006.

ALMEIDA, S. dos P. **A cinesioterapia em paciente pós-mastectomizada**. 2008. 56 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)–Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2008.

ASSIS LAHOZ, M. de et al. Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomizadas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 4, p. 423-430, 2010.

BANI, H. A. et al. Lymphedema in breast cancer survivors: Assessment and information provision in a specialized breast unit. **Patient Education And Counseling**, v. 66, i. 3, p. 311-318, 2007.

BARROS, A. C. S. D.; BARBOSA, E. M.; GEBRIM, L. H. **Projeto diretrizes – Diagnóstico e tratamento do câncer de mama**. Brasília, DF: Associação Médica Brasileira: Conselho Federal de Medicina, 2002.

BARROS BEZERRA, K. et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, 2013.

BATISTON, A. P.; SANTIAGO, S. M. Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama. **Fisioterapia e pesquisa**, v. 12, n. 3, p. 30-35, 2005.

BERGMANN, A.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R. J. Incidência e prevalência de linfedema após tratamento cirúrgico do câncer de mama: revisão de literatura. **Rev. bras. cancerol**, p. 461-470, 2007.

BOYLE, P. et al. **World cancer report 2008**. [S.l.]: International Agency for Research on Cancer, 2008.

BRADY, M. J. et al. Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast quality-of-life instrument. **Journal of Clinical Oncology**, v. 15, i. 3, p. 974-986, 1997.

- BREGAGNOL, R. K.; DIAS, A. S. Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. **Rev Bras Cancerol**, v. 56, n. 1, p. 25-33, 2010.
- CAMARGO, M. C.; MARX, A. G. **Reabilitação física no câncer de mama**. São Paulo: Roca, 2000.
- CLAGNAN, W. S. et al. Idade como fator independente de prognóstico no câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 2, p. 67-74, 2008.
- COSTER, S.; POOLE, K.; FALLOWFIELD, L. J. The validation of a quality of life scale to assess the impact of arm morbidity in breast cancer patients post-operatively. **Breast cancer research and treatment**, v. 68, i. 3, p. 273-282, 2001.
- COUCEIRO, T. C. de M.; MENEZES, T. C. de; VALENCA, M. M. Síndrome dolorosa pós-mastectomia: a magnitude do problema. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 59, n. 3, 2009.
- DE GUTIÉRREZ, M. G. R. et al. Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 3, p. 249-54, 2007.
- DODD, M. J. et al. The effect of symptom clusters on functional status and quality of life in women with breast cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 14, i. 2, p. 101-110, 2010.
- FERREIRA, P. C. A. et al. Educação e assistência fisioterapêutica às pacientes pós-cirurgia do câncer de mama. Encontro de Extensão da UFM, 8., 2005, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 2005.
- FERRO, A. D. M. et al. **O efeito do tratamento fisioterapêutico na biomecânica morfofuncional no pós-operatório do câncer de mama**. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho, 2003.
- FREITAS JÚNIOR, R. de et al. Linfedema em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada. **RBGO**, v. 23, n. 4, 2001.
- GOUVEIA, P. F. Avaliação da amplitude de movimento do ombro em mulheres mastectomizadas pela biofotogrametria computadorizada. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 50, n. 1, p. 27-31, 2004.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativas 2014 – Incidências de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2014.
- JAMMAL, M. P.; MACHADO, A. R. M.; RODRIGUES, L. R. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. **O mundo da saúde**, v. 32, n. 4, p. 506-10, 2008.
- KWAN, M. L. et al. Quality of life among women recently diagnosed with invasive breast cancer: the Pathways Study. **Breast cancer research and treatment**, v. 123, n. 2, p. 507-524, 2010.
- MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. de A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Rev Bras Cancerol**, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006.
- MARQUES, A. P. Ângulos articulares dos membros superiores. **Manual de Goniometria**, v. 2, p. 12-17, 1997.

- MICHELS, F. A. S. et al. Validação e reprodutibilidade do questionário FACT-B+4 de qualidade de vida específico para câncer de mama e comparação dos questionários IBCSG, EORTC-BR23 e FACT-B+4. **Cad Saúde Colet.**, v. 20, n. 3, p. 321-8, 2012.
- NOGUEIRA, P. V. G. et al. Efeitos da facilitação neuromuscular proprioceptiva na performance funcional de mulheres mastectomizadas. **Fisioter. Bras.**, v. 6, n. 1, p. 28-35, 2005.
- OLIVEIRA, E. X. G. de et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 317-26, 2011.
- OLIVEIRA, M. M. F. et al. Efficacy of shoulder exercises on locoregional complications in women undergoing radiotherapy for breast cancer: clinical trial. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 13, i. 2, p. 136-143, 2009.
- PEINTINGER, F. et al. Comparison of quality of life and arm complaints after axillary lymph node dissection vs sentinel lymph node biopsy in breast cancer patients. **British Journal of Cancer**, v. 89, i. 4, p. 648-652, 2003.
- PRADO, M. A. S. et al. Physical training practice in women submitted to breast cancer surgery: perception of barriers and benefits. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 12, i. 3, p. 494-502, 2004.
- RETT, M. T. et al. A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. **Rev. Dor.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 201-207, 2012.
- RETT, M. T. et al. Efeito da fisioterapia no desempenho funcional do membro superior no pós-operatório de câncer de mama. **Ciência & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 18-24, 2013.
- SCORSOLINI-COMIN, F.; VILELA E SOUZA, L.; SANTOS, M. A. dos. Tornar-se psicólogo: experiência de estágio de Psico-oncologia em equipe multiprofissional de saúde. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 9, n. 2, p. 113-125, 2008.
- SILVA LEAL, N. F. B. da et al. Tratamentos fisioterapêuticos para o linfedema pós-câncer de mama: uma revisão de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 5, p. 730-736, 2009.
- SILVA, S. E. D. da et al. Câncer de mama uma doença temida: representações sociais de mulheres mastectomizadas. **Gestão e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 451-463, 2012.
- SOUZA, R. S. **Pacientes oncológicos em quimioterapia paliativa: perfil e relações entre sintomas, capacidade funcional e qualidade de vida.** 2011. 98 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.
- TEODORO, A. et al. Avaliação fisioterápica em pacientes pós-cirurgia de câncer de mama em Joinville, SC. **Cinergis**, v. 11, n. 1, 2011.
- THULER, L. C. et al. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Rev bras cancerol.**, v. 49, n. 4, p. 227-38, 2003.

VAN ONSELEN, C. et al. Differences in sleep disturbance, fatigue and energy levels between women with and without breast pain prior to breast cancer surgery. **The Breast**, v. 22, i. 3, p. 273-276, 2013.