

AValiação da Função do Membro Superior em Mulheres com Câncer de Mama Pós Intervenção Cirúrgica.

Patricia Lima Martins¹; Prof. Ms. Fátima Faní Fitz²;

Estudante do curso de Fisioterapia; e-mail: lica.paty@yahoo.com.br 1

Professora da Universidade de Mogi das Cruzes; e-mail: fatima.fitz@umc.br 2

Área de conhecimento: Fisioterapia na Saúde da Mulher

Palavras-chaves: neoplasias da mama, mastectomia, extremidade Superior, treinamento de resistência, exercícios de alongamento muscular.

INTRODUÇÃO

O câncer (CA) de mama é uma das principais causas de mortalidade por CA entre as mulheres. Para o ano de 2014 no Brasil, eram esperados 57.120 casos novos de CA de mama, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres (Instituto Nacional do Câncer, 2015).

Entre as modalidades terapêuticas do CA de mama, destaca-se a cirúrgica, que é dividida em conservadora e radical. Na conservadora realiza-se a tumorectomia e a quadrantectomia. Na tumorectomia, realiza-se a remoção do tumor com margens livres da doença, sendo indicada para tumores de até um centímetro de diâmetro. Já na quadrantectomia remove-se um quadrante ou segmento da glândula mamária em que está localizado o tumor com margens cirúrgicas livres da doença (Camargo e Marx, 2000; Ferreira et al, 2005). Na terapêutica radical, existem duas abordagens: a proposta por *Patey*, na qual se remove a glândula mamária e o músculo peitoral menor, com esvaziamento axilar radical; e a proposta por *Madden*, em que se remove a glândula mamária juntamente com a aponeurose anterior e posterior do músculo peitoral maior, e realiza-se o esvaziamento axilar (Camargo e Marx, 2000; Ferreira et al, 2005). Em casos de CA localmente avançado, a técnica cirúrgica utilizada é a mastectomia radical, que consiste na extirpação da mama e do músculo peitoral maior e menor, com esvaziamento linfonodal axilar radical. Ainda, associa-se à terapêutica cirúrgica a terapia complementar, composta por quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (Camargo e Marx, 2000).

Dentre as principais complicações surgidas após a terapêutica cirúrgica está a limitação da amplitude de movimento do ombro acompanhada de comprometimento e decréscimo da função do membro superior (Cinar et al, 2008; Larsson et al, 2008).

OBJETIVOS

Avaliar a função do membro superior ipsilateral à terapêutica cirúrgica, de mulheres com CA de mama, associado ou não à terapia complementar (quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia).

METODOLOGIA

Estudo clínico longitudinal prospectivo foi realizado no Instituto Arte de Viver Bem, São Paulo/SP–Brasil. Foram avaliadas no período de setembro/2015 a dezembro/2015 mulheres com diagnóstico de CA de mama que realizaram tratamento cirúrgico associado ou não à terapia complementar (radioterapia, quimioterapia ou hormonioterapia). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Mogi das Cruzes-UMC (parecer nº 1.235.954) e todas as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com as

recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde antes de serem incluídas na pesquisa.

A avaliação consistiu da avaliação funcional, que englobou a amplitude de movimento mensurado pelo goniômetro (CARCI-Brasil), o grau de força muscular foi realizado de acordo com a descrição de Kendall et al. (Kendall et al, 1995). e avaliação da limitação da função do membro superior foi realizada por meio de um questionário específico, o *Disabilities of Arm, Shoulder and Hand* (DASH).

Os dados coletados foram armazenados no programa Microsoft Office Excel 2007 e cada participante foi cadastrada com um número codificador. As análises da caracterização da amostra, com a distribuição de frequência, cálculos de medida de tendência central (média) e mínima e máxima foram elaboradas recorrendo ao Microsoft Office Excel 2007. Para avaliação comparativa entre o membro comprometido e o membro contralateral em relação a amplitude de movimento e a força muscular os dados foram descritos em médias e desvios-padrões. As comparações entre os membros para as medidas de desfecho avaliadas foram realizadas pelo Teste *t* de *Student*, com nível de significância de 0,05.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Um total de 23 mulheres foram avaliadas de setembro/2015 à fevereiro/2016. A idade média das mulheres foi de 50 (36–63) anos.

A ADM do ombro foi avaliada por meio da goniometria. A média (mínimo-máximo) de ADM do membro comprometido observada foi: 130° (60°-170°) de flexão; 36° (20°-40°) de extensão; 111° (30°-170°) de abdução; 28° (10°-40°) de adução; 59° (20°-90°) de rotação externa; e 45° (20°-70°) rotação interna.

O grau de força muscular foi avaliado pela escala de Kendal et al. (Kendall et al, 1995). Os valores médios (mínimo-máximo) da força muscular do membro comprometido foram: 3,8 (3-5) para extensores; 3,9 (3-5); para flexores; 3,6 (3-4) para adutores; 3,6 (3-4) para abdutores; 3,8 (3-4) para rotadores internos; e 3,7 (3-4) para rotadores externos. Na tabela 4 podemos observar a comparação da força muscular entre o membro comprometido e o contralateral .

avaliação da função do membro superior foi realizada por meio do questionário específico, o *Disabilities of Arm, Shoulder and Hand* (DASH). Observou-se um escore médio de 28,4 (-0,8 – 72,5) na primeira parte do questionário. Na segunda parte que avalia o impacto do membro superior na prática de esportes, de tocar instrumentos musicais, e na habilidade de trabalhar, incluindo trabalhos domésticos, 16 pacientes relataram realizar alguma destas atividades. Dentre estas pacientes, observou-se um escore médio de 27,8 (0 – 75).

No presente estudo objetivamos avaliar a função do membro superior por meio da mensuração da ADM e da força muscular. Encontrou-se uma diminuição significativa na ADM para os movimentos de flexão, extensão, abdução, adução e rotação externa de ombro, no membro ipsilateral á terapêutica cirúrgica quando comparado com o contralateral.

O grau de força muscular também se apresentou diminuído para os músculos extensores, flexores, adutores, abdutores, rotadores internos e rotadores externos de ombro. Segundo Kisner (2005) , ao remover-se o peitoral maior ocorre a perda de força e função do membro superior envolvido.

A avaliação da função do membro superior foi avaliada pelo questionário DASH. Observou-se um escore médio de 27,8 (0–75) no presente estudo. Rett *et al.*, (2013) aplicaram o questionário DASH antes e depois do tratamento fisioterapêutico e obtiveram score de 38,9 (36–46,4) antes do tratamento fisioterapêutico (Rett *et al.*, 2013).

A literatura relata varias dificuldades físicas relacionadas a terapêutica do câncer de mama, entre elas, as alterações da funcionalidade do membro superior que interferem diretamente na qualidade de vida após a cirurgia (Sousa *et al.*, 2013; Sant'Anna *et al.*, 2010).

Pacientes com CA de mama que se submetem ao tratamento fisioterapêutico apresentam diminuição do tempo de recuperação e retornam mais rapidamente às suas atividades cotidianas, ocupacionais e desportivas, readquirindo a ADM, a força, a coordenação, a autoestima e, principalmente, minimizam as possíveis complicações pós-operatórias (SILVA *et al.*, 2004). Desta forma, faz-se necessária a atuação da fisioterapia na prevenção e tratamento dos efeitos da cirurgia radical para o tratamento do CA de mama, pois este contribui efetivamente para a retomada das atividades de vida . (Faria *et al.*, 2010

CONCLUSÕES

Concluimos que a intervenção cirúrgica para o tratamento do CA de mama impacta diretamente na diminuição da ADM e da força muscular de ombro do membro superior ipsilateral a cirurgia. Tal resultado enfatiza a necessidade de uma abordagem fisioterapêutica no pré e pós-operatório do CA de mama para uma atuação preventiva e de tratamento das disfunções instaladas minimizando estas possíveis sequelas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Camargo MC, Marx AG. Reabilitação física no câncer de mama. 1ª edição. São Paulo: Ed Roca, 2000.

Cinar N, Seckin Ü, Keskin D, Bodur H, Bozkurt B, Cengiz O. The effectiveness of early rehabilitation in patients with modified radical mastectomy. *Cancer Nurs.* 2008;31(2):160-5.

Instituto Nacional de Câncer (INCA) <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>. Acessado em 18/05/2015.

Kendall FP, McCreary EK, Provance PG. Músculos provas e funções - com postura e dor. São Paulo: Manole; 1995.

Kisner C, Colby LA. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. 4a ed. São Paulo: Manole; 2005.

Rett MT, Santos AKG, Mendonça ACR, Oliveira IA, Santana JM, et al. Efeito da fisioterapia no desempenho funcional do membro superior no pós-operatório de câncer de mama. *Rev Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 18-24, jan./abr. 2013

Sant'Anna DK, Almeida V, Petito EL, Gutiérrez MGR, et al. Adesão a prática de exercícios para reabilitação funcional de mulheres com câncer de mama: revisão de literatura. *Rev Ciencia y Enfermaria XVI (1): 97-104*, 2010.

Santos MSM, Panobianco MS, Mamede MV, Meirelles MCCC, Mudim V, Barros, et al. Sensibilidade tátil no membro superior de mulheres submetidas a linfonodectomia axilar por câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(7):361-6.

Shamley DR, Srinanagathan R, Weatherall R, Oskrochi R, Watson M, Ostlere S, et al. Changes in shoulder muscle size and activity following treatment for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2007;106(1):19-27.

Silva MPP, Derchain SFM, Rezende L, Cabello C, Martinez EZ, et al. Movimento do Ombro após Cirurgia por Carcinoma Invasor da Mama:Estudo Randomizado Prospectivo Controlado de Exercícios Livres versus Limitados a 90° no Pós-operatório. *RBGO.* 2004;26(2).