



ConScientiae Saúde

ISSN: 1677-1028

conscientiaesaude@uninove.br

Universidade Nove de Julho

Brasil

Tirolli Rett, Mariana; Carvalho Rabelo Mendonça, Andreza; Valença Porto Santos, Rebeca Maria;  
Santos de Jesus, Grayce Kelly; Miranda Prado, Vanessa; Melo De Santana, Josimari  
Fisioterapia no pós-operatório de câncer de mama: um enfoque na qualidade de vida

ConScientiae Saúde, vol. 12, núm. 3, 2013, pp. 392-397

Universidade Nove de Julho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92928535007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Fisioterapia no pós-operatório de câncer de mama: um enfoque na qualidade de vida

## *Postoperative physical therapy of breast cancer surgery: focus on quality of life*

Mariana Tirolli Rett<sup>1</sup>; Andreza Carvalho Rabelo Mendonça<sup>2</sup>; Rebeca Maria Valença Porto Santos<sup>3</sup>; Grayce Kelly Santos de Jesus<sup>3</sup>; Vanessa Miranda Prado<sup>4</sup>; Josimari Melo DeSantana<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Doutora em Tocoginecologia – Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Professora Adjunta do curso de Fisioterapia – Universidade Federal de Sergipe – UFS. Aracaju, SE – Brasil.

<sup>2</sup>Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Universidade Federal de Sergipe – UFS. Aracaju, SE – Brasil.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta – Universidade Federal de Sergipe – UFS. Aracaju, SE – Brasil.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, Especialista em Oncofuncional e Dermatofuncional, Responsável pelo Serviço de Fisioterapia – Clínica OncoHematos. Aracaju, SE – Brasil.

<sup>5</sup>Pós-Doutora em Neurobiologia da dor – University of Iowa, Professora Adjunta do Curso de Fisioterapia, Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas e Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Universidade Federal de Sergipe – UFS. Aracaju, SE – Brasil.

### Endereço para correspondência

Mariana Tirolli Rett  
R. Claudio Batista s/n – Bairro Santo Antonio  
49060-100 – Aracaju – SE [Brasil]  
[mariatrb@gmail.com](mailto:mariatrb@gmail.com), [maritrett@yahoo.com.br](mailto:maritrett@yahoo.com.br)

### Resumo

**Introdução:** Complicações após a cirurgia de câncer de mama podem determinar impacto negativo na qualidade de vida (QV) e a fisioterapia é importante para prevenir ou tratar tais disfunções. **Objetivos:** Avaliar a QV de mulheres submetidas ao tratamento fisioterapêutico no pós-operatório de câncer de mama.

**Métodos:** Conduziu-se um estudo de coorte retrospectiva envolvendo prontuários de 48 pacientes que realizaram 20 sessões de fisioterapia. Foi aplicado o questionário Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) antes e após a fisioterapia. Para comparação dos escores, foi utilizado o Wilcoxon Signed Rank Test ( $p < 0.05$ ). **Resultados:** Observou-se melhora significativa dos domínios: capacidade funcional e limitação por aspectos físicos ( $p=0,009$ ), dor ( $p=0,032$ ), estado geral da saúde ( $p=0,003$ ), aspectos sociais ( $p=0,029$ ) e limitação por aspecto emocional ( $p=0,011$ ). A vitalidade e a saúde mental não apresentaram diferença. **Conclusão:** A fisioterapia contribuiu para melhorar a QV de mulheres no pós-operatório de câncer de mama.

**Descriptores:** Fisioterapia; Qualidade de vida; Neoplasias da mama; Mastectomia; Terapia por exercício.

### Abstract

**Introduction:** Complications after surgery for breast cancer may determine negative impact on quality of life (QOL) and physical therapy is an important approach to prevent or treat such disorders. **Objectives:** To assess the QOL of women undergoing physical therapy after surgery for breast cancer. **Methods:** A retrospective cohort study involving retrospective medical records of 48 women who underwent 20 sessions of physiotherapy was conducted. The questionnaire Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36) was applied before and after physical therapy. To compare the scores was used Wilcoxon Signed Rank Test ( $p < 0.05$ ). **Results:** There was a significant improvement in the scores of the domains: functional limitations and limitation by physical aspects ( $p=0.009$ ), pain ( $p=0.032$ ), general health ( $p=0.003$ ), social aspects ( $p=0.029$ ) and limitation by emotional aspect ( $p=0.011$ ). The vitality and mental health were not significantly different. **Conclusion:** Physical therapy improved the QOL of women after surgery for breast cancer.

**Key words:** Breast neoplasms; Exercise therapy; Quality of life; Mastectomy; Physical therapy.

# Introdução

O câncer de mama é o segundo tipo mais prevalente entre as mulheres e uma das principais causas de morbidade nesta população<sup>1</sup>. A mama representa um símbolo de feminilidade e faz parte da sexualidade da mulher e, portanto, o diagnóstico e tratamento da doença podem ser vivenciados como um momento de angústia, sofrimento e ansiedade.

A cirurgia, na maioria das vezes, é indispensável e pode ser complementada com a radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. Tais procedimentos podem acarretar complicações físico-funcionais, tais como lesões musculares e nervosas, hemorragias, complicações cicatriciais, alterações na sensibilidade, fibroses, alterações posturais, diminuição da amplitude de movimento do ombro, comprometimento da força muscular, dor e linfedema do membro homolateral<sup>2-7</sup>. Tais disfunções podem gerar prejuízos na realização das atividades laborais, domésticas, nas relações familiares e sociais, o que pode interferir negativamente na funcionalidade e qualidade de vida (QV)<sup>8-14</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Nesta definição, inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual<sup>15</sup>.

Nesse contexto, a fisioterapia desempenha um importante papel na reabilitação dessas mulheres, pois intervém positivamente na recuperação funcional e na prevenção dessas complicações. A melhora da amplitude movimento e a diminuição de dor no membro homolateral podem encorajar o retorno precoce das atividades cotidianas e reintegração à sociedade<sup>16-20</sup>.

Visto que o procedimento cirúrgico é indispensável para o tratamento do câncer de mama e que a fisioterapia representa uma possibilidade de recuperação físico-funcional, avaliar a QV repre-

senta uma oportunidade de reconhecer a percepção da mulher neste momento. Incluir medidas que avaliem a QV na prática clínica, facilita a comunicação entre clínicos e pesquisadores, além de ser um grande desafio interpretá-la diante do impacto físico, emocional e social causado pelo câncer de mama e seus tratamentos complementares. Assim, objetivou-se, neste estudo, avaliar a QV de mulheres submetidas ao tratamento fisioterapêutico no pós-operatório de câncer de mama.

## Material e métodos

Este estudo foi desenvolvido no Serviço de Fisioterapia da OncoHematos da Fundação de Beneficência Hospital Cirurgia que atende mulheres do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Aracaju (SE). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe (UFS), sob o nº 02201312.2.0000.0058, e todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme orientações para pesquisas com seres humanos constantes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi conduzido um estudo de coorte retrospectivo envolvendo 48 mulheres que realizaram 20 sessões de fisioterapia após a mastectomia ou quadrantectomia associada à linfadenectomia axilar, no período de novembro de 2011 a maio de 2012. Foram excluídos dados de pacientes com prótese mamária ou reconstrução, submetidas à mastectomia bilateral e com linfedema. Foram registrados dados pessoais e informações oncológicas: idade, índice de massa corporal (IMC), situação conjugal, ocupação, tipo de cirurgia realizada, terapias complementares, como radioterapia (RT), quimioterapia (QT) e hormonioterapia (HT), início do tratamento fisioterapêutico, lateralidade e número de linfonodos dissecados e comprometidos.

O protocolo fisioterapêutico foi composto por três sessões semanais, com duração média de 60 minutos cada sessão, totalizando 20 sessões. Foram realizados mobilização passiva da

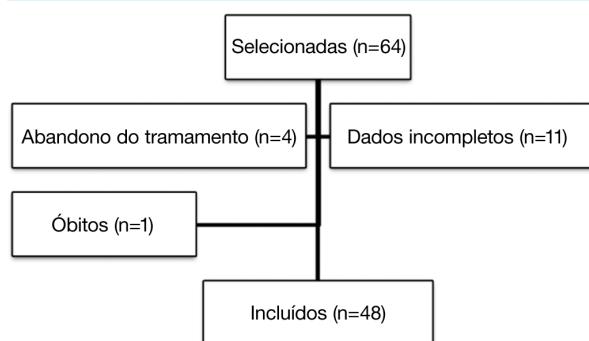
articulação glenoumeral e escapulotorácica; mobilização cicatricial; alongamento da musculatura cervical e membros superiores; exercícios pendulares e ativos-livres em flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna externa do ombro. Os exercícios ativos progrediram para os resistidos, com auxílio de faixas elásticas e halteres de 0,5 a 1,0 kg. Todas as pacientes foram orientadas quanto aos cuidados e hidratação do membro. Os atendimentos foram realizados por mais de um pesquisador devidamente treinado, mas cada um acompanhava a mesma paciente ao longo do tratamento.

Para avaliação da QV, foi utilizado o instrumento genérico, Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36), traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Ciconelli et al.<sup>21</sup>. É um questionário genérico, e a primeira parte avalia o estado de saúde (questões relacionadas à mobilidade física, dor, sono, energia, isolamento social e reações emocionais); e a segunda, o impacto da doença na vida diária do paciente. É formado por 36 itens, subdivididos em oito domínios: capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral, vitalidade, aspecto social e saúde mental. O SF-36 apresenta um escore final de 0 (corresponde ao pior estado de saúde) a 100 (corresponde ao melhor estado de saúde). A aplicação do questionário foi realizada por apenas um pesquisador.

Os dados foram analisados pelo programa BioEstat 5.0 e descritos em frequências absolutas, porcentagens, medianas, mínimas e máximas. Seguindo a distribuição não paramétrica, adotou-se o Wilcoxon Signed Rank Test para comparação dos escores do questionário inicial, e após a 20<sup>a</sup> sessão. Foi adotado o nível de significância  $p<0,05$  em todas as análises.

## Resultados

Foram selecionados 64 prontuários, 16 foram excluídos (pacientes que não finalizaram o tratamento, dados incompletos do SF36 ou que faleceram), permanecendo 48 (Figura 1).



**Figura 1:** Fluxograma de seleção dos prontuários das pacientes

As características pessoais da amostra estão descritas na Tabela 1; e, na Tabela 2, encontram-se as características clínico-cirúrgicas.

**Tabela 1:** Características pessoais (n=48)

### Características pessoais

Idade (anos)	49,0 (31-81)
IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )	27,0 (18-40)
<b>Ocupação</b>	
do lar, lavradora e doméstica	31 (64,58)
comerciante, professora	17 (35,42)
<b>Situação conjugal</b>	
com parceiro	26 (54,17)
sem parceiro	22 (45,83)

Valores em mediana (mínimo-máximo); n (%); IMC (índice de massa corporal); kg (kilo); m (metro).

Quanto aos escores dos domínios do SF-36, na Tabela 3, verifica-se diminuição significativa dos escores da capacidade funcional e limitação por aspectos físicos ( $p=0,009$ ), dor ( $p=0,032$ ), estado geral da saúde ( $p=0,003$ ), aspectos sociais ( $p=0,029$ ) e limitação por aspecto emocional ( $p=0,011$ ). Somente os escores de vitalidade e a saúde mental não apresentaram diferença significativa após o tratamento.

## Discussão

O impacto do diagnóstico e tratamento do câncer de mama afeta adversamente a QV, gerando repercussões negativas nas esferas físicas,

**Tabela 2:** Características clínico-cirúrgicas (n=48)

Tipo de cirurgia	
mastectomia radical	38 (79,17)
quadrantectomia	10 (20,83)
Lado da cirurgia	
direito	21 (43,75)
esquerdo	27 (56,25)
Início da fisioterapia	
até 6 meses	30 (62,50)
após 6 meses	18 (37,50)
Radioterapia*	
adjuvante	21(95,45)
neoadjuvante	1(4,55)
Quimioterapia**	
adjuvante	20 (83,33)
neoadjuvante	6 (25,00)
Hormonioterapia***	
	30 (32)
Linfonodos dissecados	
	14 (0-28)
Linfonodos comprometidos	
	1 (0-12)
Valores absolutos (%); mediana (mínimo-máximo); *n=22; **n=20; ***n=30.	

**Tabela 3:** Comparação dos escores dos domínios do questionário SF-36 inicial e após a 20ª sessão de fisioterapia (n=48)

Domínios do SF-36	Inicial	Após a 20ª sessão	p
Capacidade funcional	50 (10 - 95)	60 (15 - 100)	0,009
Limitação por aspectos físicos	0 (0 - 100)	12 (0 -100)	0,009
Dor	51 (0 - 100)	57 (22 - 100)	0,032
Estado geral da saúde	67 (12 - 100)	80 (20 - 100)	0,003
Vitalidade	65 (10 - 100)	62 (0 - 100)	0,456
Aspectos sociais	62 (0 - 100)	75 (25 - 100)	0,029
Limitação por aspectos emocionais	33 (0 -100)	66 (0 - 100)	0,011
Saúde mental	76 (20 - 100)	79 (28 - 100)	0,176

Valores em mediana (mínimo-máximo), p<0,05  
Wilcoxon Signed Rank Test

familiares, psicológicas e sociais<sup>2,4,5,7</sup>. Isto foi evidenciado pelos escores iniciais, assim como Lahoz et al.<sup>10</sup>, que utilizaram o mesmo instrumento e encontraram comprometimento nos domínios limitação por aspectos físicos, vitalidade, dor, aspectos emocionais, sociais e estado geral da saúde.

Após o programa de fisioterapia foi encontrada melhora da QV em quase todos os domínios. Atualmente, a abordagem fisioterapêutica é a primeira escolha para a reabilitação, sendo indispensável para prevenção e tratamento das complicações físico-funcionais<sup>6,12,16-20</sup>. Estudos aleatorizados e controlados têm demonstrado importante melhora da amplitude de movimento e do desempenho funcional do ombro, após a realização dos exercícios ativos e com amplitude livre<sup>16, 18,20</sup>. No atual estudo, encontrou-se melhora da capacidade funcional, limitação por aspectos emocionais e dor, reforçando o que a literatura aponta sobre os efeitos da fisioterapia<sup>12,18</sup>. Uma vez que a mulher tem menos restrição na movimentação do braço, e menos queixa de dor, ela consegue executar suas atividades do cotidiano com mais funcionalidade, experimentando, assim, melhora da QV. Isto pode ser evidenciado pelo fato da melhoria significativa do estado geral da saúde, do aspecto social e limitação por aspecto emocional. Além disso, ao longo do tempo, as mulheres vão retomando suas atividades sociais e laborais, reinserindo-se na sociedade, o que contribui consideravelmente para a QV.

Os domínios vitalidade e saúde mental não modificaram, talvez por envolverem questões de caráter mais psicológico. Como não se investigou, a rigor, se estas mulheres tinham algum apoio psicológico profissional ou familiar, não se podem fazer inferências. Além disso, o SF-36 é um questionário genérico de maneira que pode não contemplar todos os aspectos do paciente oncológico. Atualmente, existem questionários mais específicos para pacientes com câncer de mama que estão sendo implementados nos centros de reabilitação.

A falta de um grupo controle é uma limitação deste estudo, e, por isso, não é possível afirmar se este perfil de mulheres atendidas poderia

ou não melhorar a QV, independentemente da fisioterapia. Isto leva a refletir que, ao longo do tempo, as mulheres poderiam melhorar espontaneamente sua QV, mas a literatura é notória em afirmar que a fisioterapia acelera este processo e, quanto mais precoce o início do tratamento, menor a restrição da amplitude de movimento, menos queixas álgicas, maior funcionalidade e, consequentemente, melhor QV<sup>11,13</sup>. Outra fragilidade é que não foram consideradas as variáveis RT ou QT, por exemplo, como possíveis variáveis de controle, pois não foi registrado se no dia da avaliação da QV a paciente estava ou não em tratamento complementar. Apesar de Azevedo e Dal Bosco<sup>13</sup> demonstrarem que a QT pode interferir na QV, os autores excluíram pacientes que estavam no primeiro ciclo de QT, pois os maiores efeitos são observados mais ao longo do tratamento.

Não há consenso na literatura sobre o número de sessões a serem realizadas<sup>6,12,14,18,20</sup>, mas acredita-se que o acompanhamento em médio e longo prazo podem trazer benefícios adicionais. Beurskens et al.<sup>16</sup> demonstraram ganhos adicionais em até seis meses, e verificaram que a fisioterapia iniciada precocemente é capaz de melhorar não só a função do ombro, mas também a QV e dor destas pacientes. Estudos anteriores, considerando 20 sessões, mostraram importante melhora da amplitude de movimento do ombro e da dor<sup>6</sup>. Tanto as mulheres que dependem do SUS, quanto aquelas que têm planos particulares de saúde, muitas vezes conseguem realizar um número limitado de fisioterapia supervisionada. Por isso, é indispensável que os fisioterapeutas fiquem atentos e ofereçam um bom atendimento para que, mesmo com seguimento em curto ou médio prazo, possam ser alcançados resultados satisfatórios.

Contudo, o acompanhamento fisioterapêutico durante 20 sessões, após a cirurgia do câncer de mama, foi satisfatório em melhorar a QV dessas mulheres. Visto que para o ano de 2012 foram esperados 52.680 novos casos de câncer de mama<sup>1</sup> e muitas pacientes serão submetidas à cirurgia e tratamentos complementares, fica demonstrada a importância da reabilitação para

esta população. Ressalta-se a importância de avaliar a QV na prática clínica, pois é uma relevante ferramenta para o desenvolvimento de estratégias ou ações de caráter preventivo e terapêutico das complicações físico-funcionais das mulheres a serem acolhidas pelos serviços de oncologia e fisioterapia.

## Conclusão

O tratamento fisioterapêutico contribuiu para melhorar a qualidade de vida de mulheres no pós-operatório de câncer de mama.

## Agradecimentos

Os autores agradecem ao Serviço de Fisioterapia da OncoHematos da Fundação Beneficência Hospital Cirurgia, ao Ministério da Educação (MEC), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Extensão (PIBIX) e ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

## Referências

1. INCA (Instituto Nacional de Câncer). Câncer de Mama. Rio de Janeiro, jan. 2012 [acesso em 2012 dez. 6]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa2012211.pdf>
2. Bregagnol RK, Dias AS. Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. Rev Bras Cancerol. 2010;56(1):25-33.
3. Venâncio L, Carminatti NC, Sousa L. Sensibilidade em membro superior após cirurgia de câncer de mama com linfadenectomia. ConScientiae Saúde. 2013;12(2):282-9.
4. Bezerra TS, Rett MT, Mendonça ACR, Santos DE, Prado VM, DeSantana JM. Hypoesthesia, pain and disability of upper limb after adjuvant radiotherapy for breast cancer. Rev Dor. 2012;13(4):320-6.

5. Harrington S, Padua D, Battaglini C, Michener LA, Giuliani C, Myers J, Groff D. Comparison of shoulder flexibility, strength, and function between breast cancer survivors and healthy participants. *J Cancer Surviv.* 2011;5(2):167-74.
6. Rett MT, Mesquita PJ, Mendonça ARC, Moura DP, De Santana JM. Kinesiotherapy decreases upper limb pain in females submitted to mastectomy or quadrantectomy. *Rev Dor.* 2012;13(3):201-7.
7. Velloso FSB, Barra AA, Dias RC. Morbidade de membros superiores e qualidade de vida após a biópsia do linfonodo sentinel para o tratamento do câncer de mama. *Rev Bras Cancerol.* 2009;55(1):75-85.
8. Conde DM, Pinto-Neto AM, Freitas RJ, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(3):195-204.
9. Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Rev Bras Cancerol.* 2006;52(1):49-58.
10. Lahoz MA, Nyssen SM, Correia GN, Garcia APU, Driusso P. Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomizadas. *Rev Bras Cancerol.* 2010;56(4):423-30.
11. Wani SQ, Khan T, Teeli AM, Khan NA, Wani SY, Asfaq-Ul-Hassnan. Quality of life assessment in survivors of breast cancer. *J Can Res Ther.* 2012;8(2):272-6.
12. Rett MT, Goes AK, Mendonça ACR, de Oliveira IA, De Santana JM. Efeito da fisioterapia no desempenho funcional do membro superior no pós-operatório de câncer de mama. *Revista Ciência & Saúde.* 2013;6(1):18-24.
13. Azevedo CD, Dal Bosco SM. Perfil nutricional, dietético e qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico. *ConScientiae Saúde.* 2011;10(1):23-30.
14. Nesvold IL, Reinertsen KV, Fossa SD, Dahl AA. The relation between arm/shoulder problems and quality of life in breast cancer survivors: a cross-sectional and longitudinal study. *J Cancer Surviv.* 2011;5:62-72.
15. Berzon RA. Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. In: Staquet MJ, Hays RD, Fayers PM. *Quality of life assessment in clinical trials: methods and practice.* Oxford: Oxford University Press. 1998; p. 3-1.
16. Beurskens CHG, Uden CJT, Strobbe LJA, Oostendorp RAB, Wobbes T. The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomized controlled study. *BMC Cancer.* 2007;7:166.
17. Mutrie N, Campbell A, Barry S, Hefferon K, McConnachie A, Ritchie D, Tovey S. J. Five-year follow-up of participants in a randomised controlled trial showing benefits from exercise for breast cancer survivors during adjuvant treatment. Are there lasting effects? *J Cancer Surviv.* 2012;6(4):420-30.
18. Oliveira MF, Gurgel MSC, Miranda MS, Okubo MA, Feijó LF, Souza GA. Efficacy of shoulder exercises on locoregional complications in women undergoing radiotherapy for breast cancer: clinical trial. *Rev Bras Fisioter.* 2009;13(2):136-43.
19. Scaffidi M, Vulpiani MC, Vetrano M, Conforti F, Marchetti MR, Bonifacino A, et al. Early rehabilitation reduces the onset of complications in the upper limb following breast cancer surgery. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2012;48(4):601-12.
20. Lauridsen MC, Christiansen P, Hessov I. The effect of physiotherapy on shoulder function in patients treated surgically for breast cancer: a randomized study. *Acta Oncol.* 2005;44:449-57.
21. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma AMR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.