

Funcionalidade de Membro Superior em Mulheres Submetidas ao Tratamento do Câncer de Mama

Upper Limb Functionality in Women after Breast Cancer Treatment

Funcionalidad del Miembro Superior en Mujeres Sometidas a Tratamiento del Cáncer de Mama

Elaine Sousa¹; Flávia Nascimento de Carvalho²; Anke Bergmann³; Erica Alves Nogueira Fabro⁴; Ricardo de Almeida Dias⁵; Rosalina Jorge Koifman⁶

Resumo

Introdução: Em decorrência do tratamento do câncer de mama, as mulheres podem evoluir com alterações funcionais, sociais e psicológicas que podem levar à perda de papéis relacionados ao trabalho, família e sexualidade. **Objetivo:** Avaliar a funcionalidade do membro superior das mulheres submetidas à cirurgia para tratamento do câncer de mama, acompanhadas pelo serviço de fisioterapia em uma instituição pública de referência do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. **Método:** Estudo transversal em mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama. Variáveis relacionadas às características da mulher, do tratamento, do tumor e da funcionalidade do membro superior, mensurada por meio do questionário *Disability Arm Shoulder and Hand* foram coletadas. Foi realizada uma análise descritiva das variáveis do estudo por meio de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas e frequências relativa e absoluta para as variáveis categóricas. **Resultados:** Foram incluídas 105 mulheres que apresentavam idade média de 55,82 anos e índice de massa corporal de 27,80. À inclusão no estudo, a média de tempo transcorrido da cirurgia foi de 1,85 ano. A média do escore total da funcionalidade foi de 27,07 (DP=16,54). **Conclusão:** Observou-se um escore satisfatório de capacidade funcional e execução das atividades da vida diária normalmente, contrapondo os estudos realizados por outros autores. Esse resultado positivo deve-se, possivelmente, à atuação da fisioterapia precocemente no tratamento dessas pacientes, comprovando a real necessidade da intervenção fisioterapêutica.

Palavras-chave: Feminino; Neoplasias da Mama-cirurgia; Extremidade Superior-cirurgia; Fisioterapia; Reabilitação; Estudos Transversais

Trabalho desenvolvido no Hospital do Câncer III (HC III), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

¹ Fisioterapeuta graduada pelo Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* elainesline@yahoo.com.br.

² Fisioterapeuta. Mestre em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Tecnologista na Coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* fcarvalho@inca.gov.br.

³ Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde pela ENSP/Fiocruz. Gerente da Divisão de Ensino da Coordenação de Ensino e Divulgação Científica do INCA. Professora-Adjunta e Docente do Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação da UNISUAM. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* abergmann@inca.gov.br.

⁴ Fisioterapeuta. Mestre em Neurociências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Chefe do Serviço de Fisioterapia do Hospital do Câncer III/INCA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *E-mail:* efabro@inca.gov.br.

⁵ Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia em Oncologia pela UNISUAM. Fisioterapeuta do Hospital do Câncer III/INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* ryckdiasfisio@yahoo.com.br.

⁶ Médica. Mestre em Medicina Social (Área de Planejamento de Saúde) pela Universidad Nacional Autonoma de Mexico-Xochimico. Doutora em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. Docente Permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente (ENSP/Fiocruz) e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre (UFAC). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* rosajkoifman@gmail.com.

Endereço para correspondência: Rua Marques de Pombal, 125 - Centro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 20230-240.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama vem se apresentando como um grande problema de saúde pública, sendo o segundo tipo de câncer mais comum no mundo e o primeiro entre as mulheres¹. É a principal causa de morte por câncer em mulheres, representando 13,7% do número de óbitos por câncer no mundo. A sobrevida mundial em cinco anos é de 61%^{2,3}.

No Brasil, são estimados 52.680 novos casos de câncer de mama para 2012 e a mortalidade é bastante elevada, se comparada aos países desenvolvidos, em decorrência do diagnóstico em estadiamento avançado, sendo 80% dos casos realizados nos estádios III ou IV². Esse fato pode ser devido, entre outros fatores, à ineficácia das estratégias de controle e rastreamento do câncer. A detecção precoce possibilita a utilização de recursos terapêuticos menos agressivos e uma maior probabilidade de cura^{1,4,5}.

Atualmente, o tratamento padrão para o câncer de mama em estágios iniciais é composto por cirurgia conservadora e abordagem axilar seguida de radioterapia⁶. Já nos estádios mais avançados, se utiliza o tratamento sistêmico com quimioterapia e a hormonioterapia no sentido de controlar a doença na extensão de todo o organismo⁵.

Durante e após o tratamento oncológico, as mulheres podem evoluir com alterações funcionais, sociais e psicológicas que podem levar à perda de papéis relacionados ao trabalho, família e sexualidade⁵. Todos esses processos podem ser vividos pela paciente e familiares, aumentando os sentimentos relacionados ao sofrimento e à ansiedade^{3,7}.

Com o objetivo de minimizar o impacto negativo causado pelo câncer e seu tratamento na qualidade de vida da mulher, a fisioterapia deve ser implementada visando a favorecer o retorno às atividades da vida diária (AVD) e melhor qualidade de vida, fazendo-se necessária em todas as etapas do tratamento do câncer de mama: pré-tratamento (diagnóstico e avaliação); durante o tratamento (quimioterapia, radioterapia, cirurgia, e hormonioterapia); após o tratamento (período de seguimento); e nos cuidados paliativos. É importante conhecer e identificar as demandas da paciente, os sintomas e suas causas, e o impacto destes nas AVD, em cada uma dessas etapas. A conduta fisioterapêutica deve, então, ser traçada através de orientações domiciliares e tratamentos específicos⁸.

A funcionalidade está relacionada com as atividades desempenhadas na vida diária de cada indivíduo. As complicações decorrentes do tratamento oncológico para o câncer de mama, como: linfedema, dor, parestesia, diminuição da força muscular e redução da amplitude de movimento (ADM) do membro envolvido, merecem atenção, pois podem prejudicar o retorno às atividades rotineiras, comprometendo a qualidade de vida das pacientes⁸.

Este trabalho tem como objetivo avaliar a funcionalidade do membro superior das mulheres submetidas à cirurgia para tratamento do câncer de mama, acompanhadas pelo serviço de fisioterapia em uma instituição pública de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal dentro de uma coorte hospitalar de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para o câncer de mama.

Foram incluídas 105 mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico há um ano ou mais, acompanhadas pelo serviço de fisioterapia, na rotina pós-operatória hospitalar.

O protocolo fisioterapêutico inicia-se imediatamente após a cirurgia, à beira do leito, e visa à manutenção dos movimentos de ombro e cuidados com o membro por meio de orientações de exercícios de flexão, abdução, rotação externa de duas a três vezes ao dia e atividades que não excedam a amplitude de 90° até a retirada de pontos e dreno. No pré-operatório, essas orientações são, da mesma forma, fornecidas, sendo reforçadas no pós-operatório imediato⁸.

Quando da cicatrização completa da incisão cirúrgica e retirada de dreno, é permitida a execução do arco completo de movimento, entretanto, as recomendações quanto aos movimentos bruscos, repetitivos e com carga, bem como os cuidados com objetos perfuro cortantes, acidentes e traumas, são mantidas nessa fase tardia do pós-operatório com o objetivo de prevenir a manifestação do linfedema de membro superior. As avaliações são feitas após 30 dias, 6 meses e 1 ano, caso a paciente não apresente sequelas do tratamento. Caso estas sejam diagnosticadas com quaisquer alterações decorrentes do tratamento oncológico, são encaminhadas ao atendimento fisioterapêutico semanal visando à recuperação da função afetada. Após a alta da fisioterapia, essas pacientes são orientadas a manterem os exercícios e cuidados em domicílio⁸.

Quanto aos critérios, as mulheres com menos de um ano de cirurgia, as que estavam em tratamento adjuvante em curso, aquelas com evolução de doença local ou a distância, as com déficit cognitivo e aquelas com relato de história de alteração funcional em membro superior prévia ao diagnóstico de câncer de mama foram excluídas.

A funcionalidade do membro superior homolateral ao tratamento do câncer de mama foi considerada como variável desfecho, sendo mensurada por meio da aplicação do questionário *Disability Arm Shoulder and Hand* (DASH), validado na população brasileira⁹. Esse instrumento contém 30 questões, com valor máximo de cinco, designadas a medir a função física, sintomas e função social, sendo necessário um mínimo de 27 itens

respondidos. Para fins de comparabilidade com outras escalas, o escore total foi transformado em uma escala de 100, subtraindo-se um e multiplicando-se por 25, onde um escore elevado indica grande incapacidade. O DASH apresenta, ainda, dois módulos opcionais (*performance* musical ou esportiva e trabalho) contendo quatro itens cada que, por não corresponderem às características da nossa população, não foram utilizados⁹.

Foram coletadas as seguintes variáveis descritivas: idade, escolaridade, estado civil, ocupação, índice de massa corporal (IMC), lado dominante, tipo de cirurgia mamária e axilar, tempo transcorrido entre a cirurgia e a avaliação da funcionalidade, estadiamento histopatológico e tratamentos realizados (quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia).

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis pertencentes ao estudo por meio das medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (valor mínimo e máximo, desvio-padrão) para as variáveis contínuas e frequência relativa e absoluta, para as variáveis dicotômicas. Para análise dos dados, foi utilizado o pacote estatístico SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) sob o número 84/11. Todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi realizada seguindo todos os pressupostos da resolução CNS 196/06.

RESULTADOS

Foram incluídas 105 mulheres que apresentavam idade média de 55,82 anos (DP=11,61) e índice de massa corporal de 27,80 (DP=4,30). Na inclusão do estudo, o tratamento cirúrgico do câncer de mama havia sido realizado em média há 1,85 anos (DP=1,63).

No momento da avaliação fisioterapêutica, a maior parte da população incluída no estudo apresentava 50 anos ou mais (61,0%). Eram casadas ou encontravam-se em união estável 48,6%, tinham o segundo grau completo 32,4%, desempenhavam como atividade principal as tarefas do lar 60,0%. Apresentavam sobrepeso 45,3% das pacientes e 94,3% eram destros. O lado dominante foi o mesmo da abordagem cirúrgica em 46,7% dessas mulheres (Tabela 1).

A avaliação das características tumorais e terapêuticas mostra uma maior prevalência de diagnósticos em estadiamento clínico IIA (25,7%). Quanto às características cirúrgicas, a maior parte foi submetida à mastectomia com dissecação axilar (66,7%). A reconstrução mamária imediata foi realizada em 6,2% das mulheres submetidas à mastectomia. Considerando as modalidades terapêuticas adjuvantes para o câncer de mama, a quimioterapia

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas

Variável	n	%
Idade (anos)		
<50 anos	41	39,0%
>ou=50 anos	64	61,0%
Estado civil		
Casada ou união	51	48,6%
Divorciada/separada	15	14,3%
Viúva	16	15,2%
Solteira	23	21,9%
Nível de escolaridade		
Analfabeto	2	1,9%
Primeiro grau incompleto	31	29,5%
Primeiro grau completo	22	21,0%
Segundo grau incompleto	3	2,9%
Segundo grau completo	34	32,4%
Superior incompleto	4	3,8%
Superior completo	9	8,6%
Ocupação		
Do lar	63	60,0%
Trabalha fora de casa	42	40,0%
Status nutricional		
Eutrófico	26	27,4%
Sobrepeso	43	45,3%
Obeso	26	27,4%
Lado dominante		
Direito	99	94,3%
Esquerdo	6	5,7%
O lado dominante é o lado da cirurgia?		
Sim	49	46,7%
Não	56	53,3%

foi realizada em 52,6% das mulheres, 70,7% foram submetidas à hormonioterapia e 76,5% à radioterapia (Tabela 2).

Ao aplicarmos o questionário para avaliação da funcionalidade (DASH), a média do escore total foi de 27,07 (DP = 16,54) (Figura 1).

As mulheres relataram não haver dificuldades para realizar as seguintes atividades: escrever (79,0%), virar uma chave (94,3%), preparar uma refeição (81,9%), abrir uma porta pesada (39,0%), colocar algo em uma prateleira acima de sua cabeça (52,4%), arrumar a cama (76,2%), carregar uma sacola (69,5%), trocar uma lâmpada acima de sua cabeça (47,6%), lavar ou secar seu cabelo (88,6%), lavar suas costas (61,9%), vestir uma blusa fechada (64,8%), usar uma faca para cortar alimentos

Tabela 2. Análise descritiva das variáveis tumorais e terapêuticas

Variável	n	%
Estadiamento clínico		
0	5	4,8%
I	20	19,0%
IIA	27	25,7%
IIB	21	20,0%
IIIA	14	13,3%
IIIB	18	17,1%
Tipo de cirurgia + Abordagem axilar		
Mastectomia + BLS	12	11,4%
Mastectomia + LA	70	66,7%
Conservadora + BLS	17	16,2%
Conservadora + LA	6	5,7%
Reconstrução mamária		
Sim	5	6,2%
Não	76	93,8%
Tratamento adjuvante		
Quimioterapia adjuvante		
Sim	51	52,6%
Não	46	47,4%
Radioterapia adjuvante		
Sim	75	76,5%
Não	23	23,5%
Local da radioterapia		
Com axila	49	73,1%
Sem axila	18	26,9%
Hormonioterapia adjuvante		
Sim	70	70,7%
Não	29	29,3%

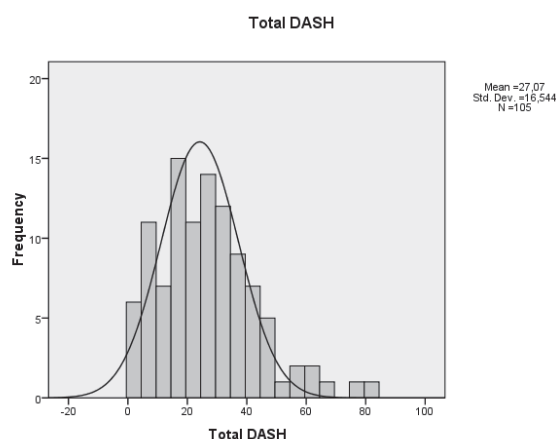


Figura 1. Escore do DASH no momento da avaliação fisioterapêutica

(72,4%), participar de atividades recreativas que exijam pouco esforço (77,1%), realizar atividades recreativas nas quais mova seu braço livremente (70,5%), transportar-se um lado para outro (87,6%) e praticar atividades sexuais (54,4%) (Tabela 3).

As mulheres relataram não conseguir realizar tarefas pesadas em 51,4% dos casos, exercer trabalho de jardinagem em 49,0%, carregar um objeto pesado em 42,9%, participar de atividades recreativas que exijam força ou impacto nos braços, ombro ou mãos (41,0%) e abrir um vidro novo com uma tampa muito apertada (29,5%) (Tabela 3).

Quanto ao quadro algico, 48,6% das pacientes negaram sensação dolorosa no membro superior homolateral ao tratamento cirúrgico do câncer de mama ao realizar alguma atividade específica e 54,3% das mulheres negaram a sensação de dor espontânea. Em 54,3% dos casos, não foi observado desconforto na pele, 59,0% negaram fraqueza no braço, ombro ou mão; e 64,8% das mulheres apresentaram dificuldade para mover o membro superior (Tabela 4).

Quando questionadas em que ponto o seu problema com braço, ombro ou mão afetou suas atividades normais com família, amigos, vizinhos ou colegas, ou se o seu trabalho ou atividades diárias normais foram limitados devido ao seu problema com braço, ombro ou mão, 72,4% relataram que não afetou, 52,4% não limitou (Tabela 5). Em nosso estudo, 72,4% das mulheres relataram que a gravidade dos sintomas no membro não afetou suas atividades com terceiros e 52,4% das pacientes não se sentiram limitadas para realizarem atividades laborais ou diárias.

DISCUSSÃO

Este estudo incluiu mulheres com câncer de mama, tratadas em uma instituição pública de referência, onde a abordagem fisioterapêutica se dá durante todas as fases do tratamento oncológico⁸.

Em relação à idade, estado civil e escolaridade, as mulheres estudadas apresentam perfil similar aos achados dos estudos publicados por outros autores. Quanto ao estadiamento clínico ao diagnóstico, foi identificado em nosso estudo que a maior parte das mulheres apresentava-se em estádios avançados da doença (50,4% maior ou igual a II B), o que também tem sido observado em outros estudos realizados na população brasileira^{4,10-13}.

Nicolussi et al.¹⁴ afirmaram que as mulheres vivenciam tanto problemas físicos e emocionais, como problemas sociais com suas famílias e em suas atividades diárias devido ao câncer de mama e seu tratamento. Alguns autores relataram um maior impacto das alterações emocionais, quando comparadas com as físicas^{7,15}. Esses dados não correspondem aos achados de nosso estudo, em

Tabela 3. Escore do DASH de acordo com a habilidade em fazer as atividades

Meça a sua habilidade em fazer as seguintes atividades na semana passada	Não houve dificuldade	Houve pouca dificuldade	Houve dificuldade média	Houve muita dificuldade	Não conseguiu fazer
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Abrir um vidro novo com uma tampa muito apertada	30 (28,6%)	13 (12,4%)	16 (15,2%)	15 (14,3%)	31 (29,5%)
Escrever	83 (79,0%)	6 (5,7%)	9 (8,6%)	6 (5,7%)	1 (1,0%)
Virar uma chave	99 (94,3%)	1 (1,0%)	4 (3,8%)	1 (1,0%)	---
Preparar uma refeição	86 (81,9%)	11 (10,5%)	4 (3,8%)	3 (2,9%)	1 (1,0%)
Abrir uma porta pesada	41 (39,0%)	11 (10,5%)	11 (10,5%)	15 (14,3%)	27 (25,7%)
Colocar algo em uma prateleira acima de sua cabeça	55 (52,4%)	16 (15,2%)	11 (10,5%)	13 (12,4%)	10 (9,5%)
Fazer tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão)	18 (17,1%)	8 (7,6%)	12 (11,4%)	13 (12,4%)	54 (51,4%)
Fazer trabalho de jardinagem	37 (37,0%)	1 (1,0%)	8 (8,0%)	4 (4,0%)	49 (49,0%)
Arrumar a cama	80 (76,2%)	13 (12,4%)	8 (7,6%)	4 (3,8%)	---
Carregar uma sacola ou uma maleta	73 (69,5%)	8 (7,6%)	12 (11,4%)	8 (7,6%)	4 (3,8%)
Carregar um objeto pesado (mais de 5 kg)	25 (23,8%)	8 (7,6%)	8 (7,6%)	19 (18,1%)	45 (42,9%)
Trocar uma lâmpada acima da cabeça	50 (47,6%)	10 (9,5%)	4 (3,8%)	7 (6,7%)	34 (32,4%)
Lavar ou secar o cabelo	93 (88,6%)	7 (6,7%)	3 (2,9%)	2 (1,9%)	---
Lavar suas costas	65 (61,9%)	19 (18,1%)	7 (6,7%)	8 (7,6%)	6 (5,7%)
Vestir uma blusa fechada	68 (64,8%)	17 (16,2%)	10 (9,5%)	10 (9,5%)	---
Usar uma faca pra cortar alimentos	76 (72,4%)	13 (12,4%)	6 (5,7%)	7 (6,7%)	3 (2,9%)
Atividades recreativas que exigem pouco esforço (jogar cartas, tricotar)	81 (77,1%)	4 (3,8%)	4 (3,8%)	3 (2,9%)	13 (12,4%)
Atividades recreativas que exigem força ou impacto nos braços, ombros ou mãos (jogar vôlei, martelar)	38 (36,2%)	3 (2,9%)	9 (8,6%)	12 (11,4%)	43 (41,0%)
Atividades recreativas nas quais você move seu braço livremente (como: pescar, jogar)	74 (70,5%)	7 (6,7%)	7 (6,7%)	9 (8,6%)	8 (7,6%)
Transportar-se de um lado para outro (ir de um lugar a outro)	92 (87,6%)	1 (1,0%)	6 (5,7%)	6 (5,7%)	---
Atividades sexuais	56 (54,4%)	3 (2,9%)	7 (6,8%)	2 (1,9%)	35 (34,0%)

Tabela 4. Escore do DASH de acordo com a gravidade dos sintomas

Meça a gravidade dos seguintes sintomas na semana passada	Nenhuma	Pouca	Mediana	Muita	Extrema
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Dor no braço, ombro ou mão	51 (48,6%)	19 (18,1%)	22 (21,0%)	11 (10,5%)	2 (1,9%)
Dor no braço, ombro ou mão quando você fazia alguma atividade específica	57 (54,3%)	14 (13,3%)	19 (18,1%)	10 (9,5%)	5 (4,8%)
Desconforto na pele (alfinetadas) no braço, ombro ou mão	57 (54,3%)	14 (13,3%)	21 (20,0%)	9 (8,6%)	4 (3,8%)
Fraqueza no braço, ombro ou mão	62 (59,0%)	18 (17,1%)	14 (13,3%)	8 (7,6%)	3 (2,9%)
Dificuldade em mover braço, ombro ou mão	68 (64,8%)	11 (10,5%)	14 (13,3%)	8 (7,6%)	4 (3,8%)

Tabela 5. Escore do DASH de acordo com a gravidade dos sintomas

Meça a gravidade dos seguintes sintomas na semana passada	Não afetou	Afetou pouco	Afetou medianamente	Afetou muito	Afetou extremamente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Na semana passada, em que ponto o seu problema com braço, ombro ou mão afetou suas atividades normais com família, amigos, vizinhos ou colegas?	76 (72,4%)	10 (9,5%)	9 (8,6%)	7 (6,7%)	3 (2,9%)
Meça a gravidade dos seguintes sintomas na semana passada	Não limitou	Limitou pouco	Limitou medianamente	Limitou muito	Limitou extremamente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durante a semana passada, o seu trabalho ou atividades diárias normais foram limitados devido ao seu problema com braço, ombro ou mão?	55 (52,4%)	17 (16,2%)	20 (19,0%)	10 (9,5%)	3 (2,9%)

que a maioria das pacientes não relacionou o problema no membro e comprometimento de suas relações com terceiros, nem de suas atividades laborais.

Quanto às alterações físicas, no que diz respeito ao relato de dor, 51,6% relataram presença de dor, sendo que a dor intensa foi menos prevalente. As pacientes retomaram suas AVD normalmente, sendo possível identificar, quando aplicado o questionário DASH, que estas relataram não ter dificuldades na maioria das atividades descritas. Lamino et al.¹¹ relataram ocorrência de dor em 47,2% das mulheres estudadas, sendo classificada como moderada e intensa, o que também é encontrado no estudo de Fabro et al.¹⁶, em que 52,9% das mulheres estudadas apresentaram síndrome dolorosa e 52,6% se queixaram de hiperestesia após a cirurgia. Magaldi et al.¹⁷ referem que, além da dor crônica, outras complicações podem ocorrer após o tratamento do câncer de mama, como os distúrbios sensoriais, edema e alteração na amplitude de movimento que podem persistir por 2 a 5 anos após a cirurgia.

A literatura relata diversas dificuldades físicas relacionadas à terapêutica do câncer de mama, entre elas, as alterações na funcionalidade do membro superior das mulheres que interferem diretamente na qualidade de vida após a cirurgia^{10,18-20}. Embora não tendo encontrado os mesmos achados para a alteração da mobilidade e da sensibilidade do membro em nosso estudo, a prevalência de incapacidade para executar as atividades que exigem grandes esforços com o braço pode refletir o fato de as pacientes terem acompanhamento fisioterapêutico desde o diagnóstico

do câncer de mama, conforme rotina institucional, com recomendações para evitar grandes esforços⁸.

Devido à alta incidência e prevalência de complicações decorrentes do tratamento do câncer de mama, diferentes autores concordam no que diz respeito à importância da atuação da fisioterapia o mais precoce possível, devendo esta ser realizada durante todas as fases do tratamento do câncer de mama^{8, 17,21}. Em estudo transversal realizado com o objetivo de demonstrar o reconhecimento dos recursos fisioterapêuticos em pacientes oncológicos, 23% dos fisioterapeutas entrevistados relataram acreditar que o tratamento melhora a qualidade de vida, 13,5% afirmaram sua ação na melhora na funcionalidade e independência nas AVD e 9,5% relataram ação preventiva e terapêutica eficaz nas complicações oncológicas²².

Button et al.²³, em estudo observacional prospectivo, encontram piores escores de funcionalidade em mulheres submetidas à reconstrução mamária com retalho miocutâneo do grande dorsal, principalmente nos três primeiros meses de pós-operatório. Em um ensaio clínico randomizado, piloto, Campbell et al.²⁴ avaliaram o benefício dos exercícios para mulheres com diagnóstico de câncer de mama em estadiamento precoce, submetidas à terapia adjuvante e observaram que, após 12 semanas, o grupo de exercícios apresentou níveis significativamente maiores de função física e elevados escores de qualidade de vida em relação aos controles. Tais achados ratificam a necessidade da intervenção fisioterapêutica em todos os níveis, principalmente, na prevenção das sequelas do tratamento oncológico.

CONCLUSÃO

Observou-se que as pacientes encontravam-se com um grau satisfatório no que diz respeito à capacidade funcional e exercem suas AVD sem dificuldade. Esse resultado pode ocorrer devido à atuação da fisioterapia precocemente no tratamento dessas pacientes, comprovando, assim, a real necessidade da intervenção da fisioterapia.

CONTRIBUIÇÕES

Elaine Sousa, Erica Alves Nogueira Fabro e Ricardo de Almeida Dias contribuíram na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica. Flávia Nascimento de Carvalho, Anke Bergmann, Rosalina Jorge Koifman contribuíram na concepção e planejamento do projeto de pesquisa; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

- Batiston AP, Tamaki EM, Souza LA SM, Santos MLM. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. *Rev. bras. saúde matern. infant.* 2011; 11(2):163-71.
- Instituto Nacional de Câncer José Gomes Alencar da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.
- Cintra JRD, Teixeira MTB, Diniz RW, Gonçalves Júnior H, Florentino TM, Freitas GF, et al. Perfil histoquímico e variáveis clinicopatológicas no câncer de mama. *Rev Assoc Med Bras.* (1992). 2012; 58(2):178-87.
- Gonçalves LLC, Santos SB, Marinho EC, Almeida AM, Santos AHS, Barros AMMS, et al. Câncer de mama feminino: aspectos clínicos e patológicos dos casos cadastrados de 2005 a 2008 num serviço público de oncologia de Sergipe *Rev. bras saúde matern infant.* 2012; 12(1):47-54.
- Majewski JM, Lopes ADF, Davoglio T, Leite JCC. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora : uma revisão de literatura. *Ciêns saúde coletiva* 2012; 17 (3):707-16.
- Marta GN, Hanna SA, Martella E, Silva JLF, Carvalho HA. Câncer de mama estágio inicial e radioterapia: atualização. *Rev Assoc Med Bras.* (1992) 2011; 57 (4):468-74.
- Silva G, Santos MA. Estressores pós-tratamento do câncer de mama : um enfoque qualitativo. *Rev. latinoam enferm.* 2010; 18(4): [08 telas].
- Bergmann A, Ribeiro MJP, Pedrosa E, Nogueira EA, Oliveira ACG. Fisioterapia em mastologia oncológica : rotinas do Hospital do Câncer III/INCA. *Rev bras cancerol.* 2006; 52(1):97-109.
- Orfale AG, Araújo PMP, Ferraz MB, Natour J. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and evaluation of the reliability of the disabilities of the arm, shoulder and hand questionnaire. *Braz j med biol res* [Internet]. 2005 [acesso 2013 jan 03]; 38(2):293-302. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15785841>.
- Santos MSM, Panobianco MS, Mamede MV, Meirelles MCCC, Barros VMB. Sensibilidade tátil no membro superior de mulheres submetidas à linfonodectomia axilar por câncer de mama. *Revista brasil ginecol obstetr.* 2009; 31(17):361-6.
- Lamino DA, Mota DDCF, Pimenta CAM. Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. *Rev Esc Enf USP* 2011; 45(2):508-14.
- Macchetti AH. Estadiamento do câncer de mama diagnosticado. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2007; 40(3):394-402.
- Martins LC, Ferreira Filho C, Del Giglio A, Munhões DA, Trevizan LLB, Herbst LG, et al. Desempenho profissional ou doméstico das pacientes em quimioterapia para câncer de mama. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2009; 55(2):158-62.
- Nicolussi AC, Sawada NO. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. *Rev gaúch enferm.* 2011; 32(4):759-66.
- Rossi L, Santos MA. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicol ciên prof.* 2003; 23(4):32-41.
- Fabro EAN, Bergmann A, Silva BA, Ribeiro ACP, Abrahão KS, Ferreira MGCL, et al. Post-mastectomy pain syndrome: incidence and risks. *Breast* [Internet]. 2012 [acesso 2012 dez 1]; 21(3):321-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22377590>.
- Magaldi CM, Barros ACS, Magaldi FM, Mantese JC, Pinotti JA. Avaliação da morbidade e funcionalidade do membro superior em mulheres submetidas à linfadenectomia axilar total e biópsia de linfonodo sentinela por câncer de mama. *Rev bras mastologia.* 2005; 15(1):9-14.
- Sant'Anna DK, Almeida V, Petito EL, Gutiérrez MGR. Adesão à prática de exercícios para reabilitação funcional de mulheres com câncer de mama: revisão de literatura *Ciencia y Enfermeria* 2010; 16(1):97-104.
- Gärtner R, Jensen MB, Nielsen J, Ewertz M, Kroman N, Kehlet H. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA* 2009; 302(18):1985-92. Erratum in: *JAMA.* 2012; 308(19):1973
- Hack TF, Kwan WB, Thomas-Maclean RL, Towers A, Miedema B, Tilley A, et al. Predictors of arm morbidity following breast cancer surgery. *Psychooncology*, 2010; 19(11):1205-12.

21. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004. 33p.
22. Borges CAM, Silveira CF, Lacerda PCMT, Nascimento MTA. Análise dos métodos de avaliação, dos recursos e do reconhecimento da fisioterapia oncológica nos hospitais públicos do Distrito Federal. *Rev bras cancerol.* 2008; 54(4):333-44.
23. Button J, Scott J, Taghizadeh R, Weiler-Mithoff E, Hart AM. Shoulder function following autologous latissimus dorsi breast reconstruction. A prospective three year observational study comparing quilting and non-quilting donor site techniques. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010; 63(9):1505-12. Epub 2009 Oct 12
24. Campbell A, Mutrie N, White F, McGuire F, Kearney N. A pilot study of a supervised group exercise programme as a rehabilitation treatment for women with breast cancer receiving adjuvant treatment. *Eur J Oncol Nurs.* 2005; 9(1):56-63.

Abstract

Introduction: As a result of the breast cancer treatment, women can develop functional, social and psychological alterations that can lead to loss of roles related to work, family and sexuality. **Objective:** To evaluate the functionality of the upper limb of women undergoing surgery for breast cancer, followed by a physiotherapy service in a public unit which is a reference in the Unified Health System in the State of Rio de Janeiro. **Method:** Cross-sectional study in women who were subjected to surgical treatment for breast cancer. Variables related to the characteristics of women, treatment, tumor and functionality of the upper limb, measured by the questionnaire Disability Arm Shoulder and Hand were collected. We performed a descriptive analysis of the study variables using measures of central tendency and dispersion for continuous variables and absolute and relative frequencies for categorical variables. **Results:** We included 105 women with a mean age of 55.82 years and a body mass index of 27.80. At study entry, the average elapsed time of surgery was 1.85 years. The average of the total score of functionality was 27.07 (SD=16.54). **Conclusion:** There was a satisfactory score of functional capacity and performance of common activities of daily living, contrasting with studies written by other authors. This positive result is possibly due to the role of physiotherapy in the beginning of the treatment of these patients, proving the real need of physiotherapy intervention.

Key words: Female; Breast Neoplasms-surgery; Upper Extremity-surgery; Physical Therapy Specialty; Rehabilitation; Cross-Sectional Studies

Resumen

Introducción: En consecuencia del tratamiento del cáncer de mama, las mujeres pueden evolucionar con alteraciones funcionales, sociales y psicológicas que pueden llevar a la pérdida de las funciones relacionadas al trabajo, familia y sexualidad. **Objetivo:** Evaluar la funcionalidad del miembro superior en las mujeres sometidas a cirugía para tratamiento del cáncer de mama con seguimiento del servicio de fisioterapia en una institución pública de referencia del Sistema Nacional de Salud en el Estado de Río de Janeiro. **Método:** Estudio transversal en mujeres sometidas a cirugía para el cáncer de mama. Variables relacionadas a las características de la mujer, del tratamiento, del tumor y, de la funcionalidad del miembro superior mensurada a través de encuesta Discapacidad Hombro, Brazo y Mano han sido recogidas. Fue realizado un análisis descriptivo de las variables del estudio a través de medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas y frecuencias relativas y absolutas para las variables categóricas. **Resultados:** Han sido incluidas 105 mujeres que presentaban un promedio de edad de 55,82 años y un índice de masa corporal de 27,80. Al ingresar en el estudio, el promedio de tiempo transcurrido de la cirugía fue de 1,85 años. El promedio de la puntuación total de la funcionalidad total fue de 27,07 (DP=16,54). **Conclusión:** Se ha observado una puntuación satisfactoria de la capacidad funcional y ejecución de las actividades de la vida diaria en general, contraponiendo los estudios realizados por otros autores. Este resultado positivo se debe posiblemente a la actuación de la fisioterapia precoz en el tratamiento de esos pacientes, comprobando la real necesidad de intervención fisioterapéutica.

Palabras clave: Femenino; Neoplasias de la Mama-cirugía; Extremidad Superior-cirugía; Fisioterapia; Rehabilitación; Estudios Transversales