

# AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES MASTECTOMIZADAS SUBMETIDAS À FISIOTERAPIA

*Albino. A<sup>1</sup>, Bim. M<sup>1</sup>, Albertini. R<sup>1,2</sup>.*

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências da Saúde (FCS)-Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), Av. Shishima Hifumi, 2911 - Bairro Urbanova. CEP 12244-000 São José dos Campos, Brasil; adauanealbino@gmail.com, monibim@yahoo.com.

<sup>2</sup> Lab. de recursos eletrofísicos para o controle da inflamação – Instituto de Pesquisa e desenvolvimento Universidade do Vale do Paraíba- UNIVAP Av. Shishima Hifumi, 2911 - Bairro Urbanova. CEP 12244-000 São José dos Campos, Brasil ; regiane@univap.br

**Resumo:** O carcinoma mamário é uma doença complexa e heterogênea, que consiste na formação de um tumor maligno. Isto se dá a partir da multiplicação exagerada e desordenada de células anormais. A mastectomia é a forma de tratamento mais comum a essa doença. Este trabalho teve como objetivo analisar a qualidade de vida física e emocional de pacientes que foram submetidas à mastectomia, e que realizavam atendimento fisioterapêutico. Foram selecionadas 4 pacientes mastectomizadas que realizaram tratamento fisioterápico e então antes de iniciar e após, 2 meses, de tratamento foi aplicado um questionário que visava avaliar os aspectos físicos e psicológicos das pacientes. Através dos resultados observou-se uma melhora significativa de 60% ( $p < 0,001$ ) no aspecto físico e 25% ( $p = 0,0209$ ) no aspecto psicológico destas mulheres. Conclui-se que a fisioterapia é um importante recurso para reabilitação de pacientes mastectomizadas.

**Palavra chave:** mastectomia, reabilitação fisioterápica, qualidade de vida.

**Área de Conhecimento:** Ciências da Saúde - Fisioterapia

## 1. Introdução

O carcinoma mamário é uma doença complexa e heterogênea, que consiste na formação de um tumor maligno a partir da multiplicação exagerada e desordenada de células anormais. Pode apresentar-se através de inúmeras formas clínicas e morfológicas, com diferentes graus de agressividade tumoral e um importante potencial metastático (INCA, 2006; FREITAS et al., 1998). A causa da maioria dos tipos de câncer de mama é desconhecida, porém acredita-se que na maioria dos casos possa ser por fatores genéticos, maus hábitos alimentares, maior uso de hormônios, consumo excessivo de álcool ou de cigarro ou ao estresse da vida cotidiana (INCA, 2006).

No decorrer da vida, uma entre cada dez mulheres irá apresentar câncer de mama, com curva ascendente a partir dos 25 anos de idade, com a maioria dos casos concentrados entre 45 e 50 anos (FREITAS et al., 1998). A incidência desse tipo de neoplasia aumentou significativamente nos últimos vinte anos, sendo esta a maior causa de morte entre as mulheres no Brasil (INCA, 2006). O diagnóstico pode ser feito através de mamografia, cintilografia óssea (um exame feito com a aplicação de um contraste radioativo), exames de sangue, bem como radiografias, tomografia ou ressonância nuclear

magnética. Em alguns casos, é preciso, ainda, fazer uma biópsia.

Na paciente submetida ao tratamento cirúrgico do câncer de mama, o estigma da doença, a mutilação, a estética, a limitação nas atividades da vida diária após a cirurgia, a rotina de exames, o tratamento e as seqüelas de curto e médio prazo não são os únicos problemas apresentados. A ausência ou alteração da mama traz efeitos físicos, psicossociais, sexuais e emocionais que irão afetar diretamente a qualidade de vida dessas pacientes (RODRIGUES et al, 1998; CALIRI et al., 1998; HECKERT, 1995). Por esta razão, tem-se observado, nos últimos anos, um crescente interesse em investigar a qualidade de vida de pacientes submetidas ao tratamento oncológico, o qual tem sido feito através do uso de questionários elaborados para avaliar a relação entre saúde e qualidade de vida (SALES et al., 2001).

O tratamento médico para câncer de mama é sempre individual, avaliando a doença da paciente e sua situação pessoal. Mas existem alguns passos comuns no tratamento da doença. Em primeiro lugar, na doença em estágios precoces o objetivo inicial é eliminar todo o tumor visível. Assim, os oncologistas recomendam cirurgia para a remoção do tumor (ZECCHI et al., 2000).

O próximo passo nos casos de estágios mais precoces seria a redução do risco da recorrência da doença, tentando eliminar

qualquer célula cancerosa que possa ter permanecido. Radioterapia, quimioterapia ou terapia hormonal podem ser usados nesta fase, dependendo de cada caso. Se ocorrer a recorrência o paciente poderá ter de submeter-se a novas cirurgias, dependendo do local do tumor, ou se submeter a uma variedade de tratamentos para lutar contra as metástases (ZECCHI et al., 2000).

O tratamento fisioterapêutico tem como principal objetivo promover a integração do lado operado ao resto do corpo, facilitando o retorno das atividades de vida diária e ocorrendo também a aceitação do seu corpo, e finalmente auxiliando na prevenção de outras complicações comuns na paciente operada do câncer de mama como: linfedema, alterações posturais, dor e aderências cicatríciais (LORENZZATO et al., 1995; CAMARGO & MARX, 2000; GUIRRO, 2002; MARCELINO et al., 2003). Dentre os principais recursos utilizados na fisioterapia em mastectomizadas está a drenagem linfática que irá auxiliar o transporte da linfa da mama e dos membros superiores diretamente relacionada com os linfonodos da cadeia axilar. Os linfonodos axilares atuam como uma seqüência de filtros entre a mama e a circulação venosa, a qual é comprometida pela mastectomia, e principalmente se houver um linfedema decorrente de um trauma (CORDEIRO et al., 1990).

Dentre os benefícios que a drenagem linfática apresenta estão: estimulação de defesa imunológica; aumento da diurese; eliminação de toxinas; drenagem do líquido do espaço intersticial; absorção de gordura pelo intestino transportada para o sangue; resposta auto-imune; nutrição celular; destruição de microorganismos e partículas estranhas da linfa, dentre outros (ROUCOURT et al., 1999; LEDUC, 2000).

A cinesioterapia também é um importante método para a reabilitação, uma vez que atua nas estruturas osteomioarticulares, melhorando a capacidade funcional muito prejudicada nestas pacientes (SASAKI et al., 1997; KISNER et al., 1998).

## **2. Objetivo**

Este trabalho teve como objetivo analisar a qualidade de vida física e emocional de pacientes que foram submetidas à mastectomia, e que realizavam atendimento fisioterapêutico.

## **3. Metodologia**

### **3.1-Indivíduos**

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, com o protocolo de número

H169/CEP/2006. Para este trabalho foram selecionadas quatro mulheres submetidas à mastectomia, com autorização médica para receber tratamento fisioterapêutico.

### **3.2-Tratamento realizado**

O tratamento foi constituído de sessões de drenagem linfática juntamente com cinesioterapia e teve a duração de dois meses, com atendimento uma vez por semana de 50 minutos. Foi aplicado um questionário nas pacientes antes da primeira sessão de fisioterapia e após dois meses de tratamento visando analisar a qualidade de vida destas pacientes nos seus aspectos físico e emocional.

### **3.3-Questionário**

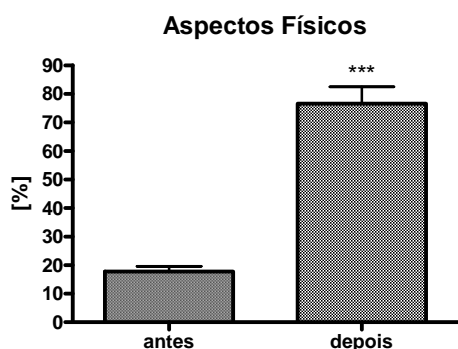
O questionário aplicado foi elaborado pelo departamento de fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina e é específico para mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico de câncer de mama (MOREIRA, E.C.H. et al.-REVISTA REABILITAR, 2002). Esse instrumento necessitou de um entrevistador para sua aplicação que durou no máximo 30 minutos. As entrevistas foram realizadas numa sala tranquila e fechada, com a presença somente do entrevistador e da paciente. As dimensões avaliadas através da aplicação do questionário foram: limitação física, aparência física, estado emocional, sexualidade e sintomatologia.

O questionário foi realizado em duas etapas. A primeira avaliou a intensidade da limitação física. O entrevistador dispôs de uma ficha com várias atividades da vida diária e que foi mostrada à paciente para que ela identificasse quais atividades não pôde realizar no intervalo das duas últimas semanas ou que foram executadas com dificuldade, devido à cirurgia. Destas atividades, a paciente escolheu as cinco que considera mais importantes no seu dia-a-dia. Através de uma escala análogo-visual de sete pontos, ela classificou a intensidade da limitação que sentiu quando realizou cada atividade. Esta escala conteve as classificações: 1= não realizou a atividade sozinha, 2= extremamente difícil, porém sozinha, 3= muito difícil, 4= dificuldade moderada, 5= pouco difícil, 6= pouquíssima dificuldade e 7= sem nenhuma dificuldade. Os resultados foram anotados em uma ficha para posterior cálculo de nota. A segunda etapa do questionário constituiu de 25 questões onde foram avaliadas a aparência física, estado emocional, sexualidade e sintomatologia. Todas as questões também foram referentes às duas últimas semanas e nesta etapa do questionário, todas as perguntas estavam relacionadas ao tempo (por exemplo: quanto tempo, durante as

duas últimas semanas, você se sentiu feliz e satisfeita com sua vida pessoal?). Cada questão foi respondida através de uma outra escala, também de sete pontos, onde 1= sempre, o tempo todo, 2= quase o tempo todo, 3= a maior parte do tempo, 4= metade do tempo, 5= poucas vezes, 6= raramente e 7= nunca. Para cada uma destas cinco dimensões, obteve-se uma nota e a partir delas foi calculado o valor numérico para a qualidade de vida média da paciente. Para se obter as notas nesse questionário, foi necessário que se calculasse os valores considerando o número de questões correspondente a cada dimensão.

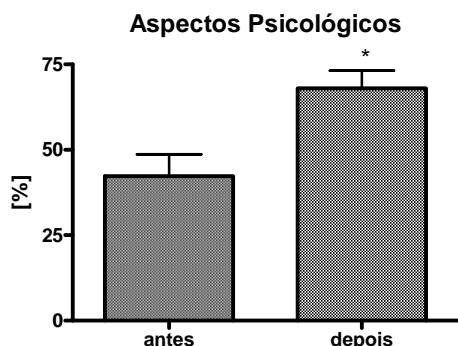
#### 4. Resultados

Dentro dos itens avaliados foi observado uma melhora de 60% no aspecto físico. Inicialmente a média em relação aos aspectos físicos era de 17,75% passando a ser de 76,5% ( $p < 0,001$ ) como mostrado na figura 1.



**Figura 1-** Aspecto físico antes e após tratamento fisioterápico.

Em relação ao aspecto psicológico também temos uma melhora significativa de 25% ( $p = 0,0209$ ) figura 2.



**Figura 2-** Aspecto psicológico antes e após tratamento fisioterápico.

#### 5. Discussão

No estudo com quatro mulheres, que realizaram a cirurgia mamária entre 2002 e 2007, observou-se média de idade de 48 anos o que confirma os dados coletados na literatura quanto à faixa etária da doença (MINISTÉRIO da SAÚDE; INCA.).

Houve uma preocupação muito grande das mulheres quanto ao prognóstico da doença, muitas vezes por um preconceito sobre o câncer de mama vindo de familiares e amigos, o que mostra como a informação visando conscientizar as pessoas sobre esta doença é importante e deve ser cada vez mais divulgada.

De acordo com relatos das entrevistadas, a imagem corporal e a auto-estima são extremamente afetadas pela cirurgia, o que muitas vezes, mesmo com tratamentos psicológicos não resultam em melhora significativa. Isto pode ser evitado quando a paciente tem um conhecimento prévio do que irá acontecer, preparando-se de alguma maneira para enfrentar a situação (CALIRI *et al.* 1998 ; HECKERT, 1995).

A melhora mais expressiva na questão física destas mulheres foi esperada uma vez que a fisioterapia enfatiza a reabilitação funcional: Sasaki; Lamari (1997) citam que desde 1976 são realizados trabalhos, mostrando a importância do tratamento de fisioterapia no pós-operatório imediato à mastectomia, os quais obtiveram resultados mais satisfatórios dos que foram realizados tardiamente, e que, em 1985, a fisioterapia foi citada como fator de grande importância na aquisição dos movimentos pós-cirúrgicos.

A reabilitação física em mulheres mastectomizadas desempenha um papel fundamental na readaptação da funcionalidade do membro afetado e na melhora do aspecto psicológico, os quais influenciarão na qualidade de vida. Isto se dá através de um programa de cinesioterapia, drenagem linfática e de mobilização com a finalidade de prevenir, minimizar as restrições do movimento e linfedema e obter o fortalecimento muscular (SASAKI; LAMARI, 1997; GUIRRO, 2002; CAMARGO; MARX, 2000).

#### 6. Conclusão

Através do questionário de qualidade de vida específico para mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico de câncer de mama concluímos a importância da intervenção fisioterapêutica nestas pacientes, uma vez que houve uma melhora significativa no aspecto físico, melhorando sua capacidade nas atividades

de vida diária e conseqüentemente sua qualidade de vida, devendo este tratamento ser realizado paralelo a trabalhos dentro do aspecto psicológico para uma resposta mais efetiva.

## 7. Referências Bibliográficas

Caliri, M.H. L; Almeida, A. M; Silva, C.A. Câncer de mama: a experiência de um grupo de mulheres. Rev. Bras. Cancerol.; 1998.

Camargo, M. C; Marx, A. G. Reabilitação física no câncer de mama. São Paulo: Roca; 2000. p. 35-38.

Cordeiro, A; K., Bacarat; F.F. Linfologia. São Paulo, Fundação Byk-Prociencx; 1990.

Freitas Jr R, Ribeiro LFJ, Kajita D. Linfedema pós mastectomia. In: Muñoz GH, Bernardello ETL,

Pinotti, JA. Câncer de Mama. 1ª ed. Caracas: McGraw-Hill Interamericana; 1998.

Guirro, E. R. Fisioterapia dermato- funcional. São Paulo: Manole; 2002. p. 465-475, 477-479.

Heckert, U. Reações psíquicas à mastectomia. Rev. Juiz de Fora; 1995.

Kisner, C; Colby, L. A. Exercícios Terapêuticos Fundamentos e técnicas. São Paulo; 1998. p. 311-315.

Leduc, Albert: Leduc, Oliver. Drenagem Linfática Terapia e Prática. 2.ed. São Paulo: Manole; 2000.

Sasaki, T; Lamari, N. M. Reabilitação funcional precoce pós mastectomia. Rev.HB Científica; 1997.

Zecchi de Souza, Aurélio. Fernando Aguiar, Luís. Hegg, Roberto. Câncer de mama: Tratamento radical e prognóstico. IN: WOLFGANG HALBE, Hans. Tratado de ginecologia. 3ªED. São Paulo: Roca; 2000.p. 2065-2067.

Lorenzatto MA, Rocha ACP, Oliveira AC, Fonseca ALA, Amim Júnior J, Silva LGP. Complicações imediatas no pós-operatório da mastectomia. J Bras Ginecol; 1995.

Marcelino, D. R; Costa, T; Braz, M. M. Atuação da fisioterapia em uma paciente submetida à tumorectomia. Rev. Fisioterapia Brasil; 2003.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2006. Incidência de câncer no Brasil; 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/versaofinal.pdf>

Moreira, Eliane C. H.,; Penasso, Poliana; Assad, Maria Ap. C.; Filho, José D. C.; Proposta de Elaboração e Validação de um Questionário de Qualidade de Vida, Específico para Pacientes Submetida ao Tratamento Cirúrgico do Câncer de Mama. Revista Reabilitar 14; 2002.

Rodrigues, D.P; Melo, E. M.; Silva, R. M.; Mamede, M. V. O suporte social para atender as necessidades de mulheres mastectomizadas. Rev. Bras. Cancerol.; 1998.

Roucourt, S; Oliveira, V. M. Etiologia, prevenção e tratamento do linfedema pós-mastectomia. Rev. Med. Reabil; 1999.

Sales, C. A. C. C; Paiva, L; Scandiuzzi, D; Anjos, A. C. Y. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. Rev. Brasileira de Cancerologia; 2001.