
INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA MORBIDADE DO OMBRO E DO MEMBRO SUPERIOR EM PACIENTE SUBMETIDA À QUADRANTECTOMIA: RELATO DE UM CASO

PHYSICAL THERAPY INTERVENTION MORBIDITY IN THE SHOULDER AND THE STATE SUPERIOR COURT IN PATIENTS SUBMITTED TO NTECTOMIA: REPORT OF A CASE

MICHELLE APARECIDA ALCANTARA DA SILVA¹
LUCIANA CRISTINA RAFAEL OGNIBENI²

RESUMO

O câncer de mama é o resultado de multiplicações desordenadas de determinadas células, desencadeando o aparecimento de tumores ou neoplasias malignas que podem vir a afetar os tecidos vizinhos e provocar metástases. O objetivo deste estudo foi demonstrar a importância da intervenção fisioterapêutica em relação à morbidade do ombro e membro superior homolateral a cirurgia, em uma paciente submetida à quadrantectomia com linfadenectomia axilar. Realizou este estudo na clínica escola de fisioterapia da UNINGÁ, para avaliação além dos materiais convencionais utilizou-se uma ficha de avaliação específica para pacientes mastectomizadas, a paciente foi submetida a 18 sessões de tratamento que enfatizou em suas principais alterações, e foi reavaliada seguindo os mesmos parâmetros da avaliação. Os resultados obtidos demonstram que a paciente não adquiriu evoluções em nenhum dos parâmetros avaliados. Porém conclui-se que o fato desta paciente não ter involuído, já considera um resultado positivo, diante da magnitude da morbidade do ombro e membro superior analisado, acredita-se também que os resultados obtidos estão muito relacionados a causas externas, particulares da paciente.

Palavras-chave: Câncer de mama. Fisioterapia. Morbidade do ombro.

ABSTRACT

Breast cancer is the result of disordered multiplication of certain cells, triggering the onset of tumors or malignancy that may affect the surrounding tissues and cause metastases. The aim of this study was to demonstrate the importance of physical therapy intervention regarding morbidity of the shoulder and upper left limb surgery in a patient who underwent quadrantectomy with axillary dissection. Conducted this study in the school clinic physiotherapy UNINGÁ for evaluation in addition to conventional materials, we used an evaluation form specifically for mastectomy patients, the patient underwent 18 treatment sessions which emphasized in its key changes, and was reviewed following the same parameters of evaluation. The results show that the patient has not acquired changes in the parameters evaluated. But it appears that the fact that this patient had not involuted, already considered a positive result, given the magnitude of morbidity of shoulder and upper limb examination, it is also believed that the results obtained are closely related to external causes, the particular patient.

Key-words: Breast cancer. Physical Therapy. Morbidity of the shoulder.

¹Discente do Curso de Graduação em Fisioterapia da UNINGÁ.

²Docente do Curso de Fisioterapia da UNINGÁ.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama ou carcinoma mamário é o resultado de multiplicações desordenadas de determinadas células que se reproduzem em grande velocidade, desencadeando o aparecimento de tumores ou neoplasias malignas que podem vir a afetar os tecidos vizinhos e provocar metástases. É um tipo de carcinoma que se origina nas estruturas globulares e de ductos mamários. O componente epitelial dos ductos mamários extralobulares, intralobulares e ductos terminais podem desenvolver alterações cancerosas (DUARTE; ANDRADE, 2003).

De acordo com a evolução do câncer, pode ocorrer a disseminação pela via linfática e pela corrente sanguínea, podendo as células neoplásicas implantarem-se em diferentes locais do organismo, sendo que as estruturas que mais frequentemente são sede de metástase são os ossos, os pulmões, a pleura, o fígado e o cérebro. Outros locais que podem ser comprometidos são os ovários, globos oculares e estômago. Este tipo de câncer aparece sob forma de nódulos e, na maioria das vezes, podem ser identificados pelas próprias mulheres, por meio da prática do auto-exame (CORREIA; OLIVEIRA; FERRARI, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, ocorram mais de um milhão de casos novos de câncer de mama em todo o mundo. No Brasil não tem sido diferente; na década de 1990 este foi o câncer mais frequente no país. As maiores taxas de incidência foram observadas em São Paulo, no Distrito Federal e em Porto Alegre (CORREIA; OLIVEIRA; FERRARI, 2007).

As estatísticas indicam o aumento de sua frequência tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. No Brasil, o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres; dos 467.440 novos casos de câncer diagnosticados em 2005, o câncer de mama foi o segundo mais incidente entre a população feminina, sendo responsável por 49.470 novos casos (BURKLE; SHIRAIISHI; YABIKU, 2008).

O diagnóstico do câncer de mama certamente causa um efeito devastador na vida de uma mulher. O medo de morrer é o sentimento mais forte, e a busca pelo tratamento adequado e pela cura é uma constante. Aos poucos e, sobretudo, após a fase aguda do tratamento, há uma tendência a se retornar à qualidade de vida de antes do diagnóstico, ou mesmo a ocorrerem mudanças positivas na qualidade de vida, como oportunidade de crescimento pessoal. A forma de conviver com a doença leva, na maioria dos casos, a um maior sentido na vida e à reestruturação de prioridades. Sendo assim, a qualidade de vida passou a ser considerada a terceira dimensão a ser estudada em pesquisas, além da eficácia e da segurança. A oncologia é uma das áreas que mais tem avaliado a qualidade de vida, pois os tratamentos, por vezes agressivos, apesar de acrescentarem “anos à vida”, não acrescentam “vida aos anos” (HUGUET et al., 2009).

Em contrapartida, Conde et al. (2006) afirmam que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama associam-se a consideráveis repercussões psicológicas, e que foram descritos quadros de depressão, ansiedade, ideação suicida, insônia e medo, que inclui desde o abandono pela família e amigos até o de recidiva e morte. Esses quadros podem contribuir para uma percepção negativa da qualidade de vida.

Dentre os tratamentos utilizados para o câncer de mama, está o procedimento cirúrgico que pode ser realizado de várias formas, dependendo do quadro da paciente, podendo ser do tipo tumorectomia, quadrantectomia, mastectomia simples ou total, mastectomia radical modificada ou mastectomia radical. A magnitude da cirurgia é diretamente proporcional ao número de complicações. Dentre as complicações que podem ser apresentadas em pacientes que se submetem ao procedimento cirúrgico, as mais comuns são: dor, linfedema no membro superior envolvido e aderências na parede torácica, que podem resultar em risco aumentado de complicações pulmonares pós operatórias, deformidade postural do tronco e redução da

força muscular, da função e da amplitude de movimento (ADM) do ombro, no hemitorço envolvido (BURKLE; SHIRAISHI; YABIKU, 2008).

Em mulheres mastectomizadas, a fisioterapia atua na prevenção e reabilitação das complicações referentes à cirurgia. O início precoce do tratamento fisioterapêutico é importante para diminuir a incidência de complicações. A fisioterapia precoce, ainda promove adequada recuperação funcional e, conseqüentemente, proporciona uma melhor qualidade de vida às mulheres submetidas à cirurgia para tratamento de câncer de mama. Entretanto, ainda é muito discutível qual a melhor forma de realizar exercícios e qual a sua influência nas complicações pós-operatórias, e, além disso, há grande dúvida em relação à evolução do tratamento fisioterapêutico em pacientes mastectomizadas (BURKLE; SHIRAISHI; YABIKU, 2008; REZENDE et al, 2006).

Diante destas informações o presente estudo tem como objetivo demonstrar a importância da intervenção fisioterapêutica, em relação a morbidade do ombro e do membro superior homolateral ao da cirurgia, em uma paciente submetida a quadrantectomia com linfadenectomia axilar.

MATERIAIS E MÉTODOS

Caracterização do estudo

O presente estudo foi delineado como longitudinal, de caráter qualitativo.

Local do estudo e considerações éticas

O estudo foi realizado na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade Ingá, localizada em Maringá-PR, após a aprovação do Comitê de Ética da instituição pelo parecer 0004/09 de 28/02/2009. Portanto, preocupou-se em seguir a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que prega diretrizes para pesquisas envolvendo seres humanos. Para participar do estudo inicialmente a paciente assinou um termo de consentimento livre e esclarecido o qual explicava a importância, as características e o delineamento do estudo.

Relato de Caso

Participou do estudo uma única paciente, do sexo feminino, 67 anos, caucasiana, aposentada, a paciente compareceu a clínica para avaliação fisioterapêutica no dia 11 de fevereiro de 2010.

Inicialmente foi realizada uma anamnese, no qual a paciente relatou ser sua queixa principal, a sensação de peso no membro superior esquerdo (membro comprometido), limitação da amplitude de movimento (ADM), parestesia, fatores esses que levaram à restrições nas atividades de vida diária, como por exemplo, a execução de serviços domésticos.

Em relação a história de descoberta do câncer, a paciente relatou que a aproximadamente quatro anos, (considerado a partir do dia anterior ao da avaliação), percebeu através da palpação, um nódulo na região mama esquerda, antes disso, relata nunca ter realizado o auto exame da mama, logo após o incidente, a paciente procurou o médico, que solicitou a mamografia, sendo então, comprovado através desta, a positividade para o câncer de mama, após 60 dias da descoberta do câncer, a paciente submeteu-se à quadrantectomia com linfadenectomia axilar, foi devidamente orientada pelo médico quanto aos cuidados que devem ser direcionados ao membro superior homolateral ao da cirurgia, como por exemplo, a impossibilidade de levantar pesos, desenvolvimentos de lesões abertas, cuidados de higiene, dentre outros. Aproximadamente um mês após a cirurgia, iniciou o tratamento com a quimioterapia, sendo que foram realizadas oito sessões, e 30 sessões de radioterapia. Assim que recebeu alta da cirurgia a paciente percebeu um nódulo na região de trapézio superior esquerdo, o qual permaneceu estável por um ano e seis meses, somente após esse período foi

lhe, concedida a devida atenção médica, sendo que após a realização de alguns exames obteve o diagnóstico de linfonodomegalia em região de trapézio superior esquerdo, novamente iniciou tratamento de quimioterapia, sendo que foram realizados seis sessões, e radioterapia que totalizou 17 sessões. Após seis meses deste ocorrido a paciente foi internada devido um linfedema no membro superior esquerdo, foi realizado novos exames, e diagnosticado linfonodomegalia submandibular esquerda, novamente submeteu-se à quimioterapia, sendo realizado seis sessões, os sintomas da quimioterapia variaram em, dor de cabeça, vômito, queda de cabelo e sobrecelha e falta de apetite. A paciente também realizou tratamento fisioterapêutico por seis meses no qual, realizavam exercícios miolinfocinéticos e drenagem linfática manual. Quando a paciente, compareceu para tratamento na clínica, já estava finalizando o tratamento com a quimioterapia sendo que, restava apenas uma sessão para o término, apresentava restrições para realização das atividades de vida diária, não apresenta dificuldade em expor o assunto à outras pessoas, porém se preocupa muito com a estética, pois devido vários processos de tratamento quimioterápico, o envelhecimento precoce foi evidente, não tem vida social ativa, pois o seu dia-a-dia, resume-se em permanecer na sua casa, e ainda limitada quanto à realização de muitas tarefas, foi evidente o linfedema no membro superior esquerdo, tanto que a paciente faz uso da braçadeira constantemente, ainda faz uso constante de medicamentos como: metformina, propranolol, glicaron e anastrol, sendo que este último retornou o uso após o término da quimioterapia. Após a coleta dos dados já descritos, realizou o exame físico, que será melhor abordado nos procedimentos.

Instrumentos

Foi utilizada uma ficha de avaliação específica para pacientes mastectomizadas do Setor de Uroginecologia e Obstetrícia da UNINGÁ-Faculdade Ingá, no qual foram colhidos dados pessoais, anamnese e exame físico. Para esta última avaliação utilizaram-se um goniômetro de acrílico transparente (CARCI®) com marcações de zero a 360°, fita métrica, divã, martelo de reflexo (Professional stainless®), lápis dermatológico cor preto. Para sessões de tratamento, utilizou-se, bola suíça, bastão, spaldar, bolas de propriocepção, creme para drenagem linfática manual e cunha de posicionamento, .

Procedimentos

O exame físico iniciou-se pela avaliação da sensibilidade, na qual utilizou-se a agulha do martelo de reflexo, sendo pesquisado a sensibilidade de leve toque, comparando com o membro superior não comprometido, no momento da análise a paciente permaneceu com os olhos fechados, e após ser tocada deveria, colocar a mão, no local tocado, e comparar a sensibilidade do membro superior comprometido com o não comprometido, o mesmo procedimento foi realizado para avaliar a sensibilidade da cicatriz.

A segunda avaliação consistiu em avaliar a goniometria do ombro esquerdo (comprometido), foram avaliados o movimento de flexão e extensão, com o goniômetro, posicionado na região lateral ao acrômio, para avaliar os movimentos de abdução e adução pura, o goniômetro, foi posicionado anteriormente a linha axilar, e os movimentos de rotação interna e externa do foram avaliados com o membro abduzido a 90°, e o goniômetro, foi posicionado no olécrano, voltado ao longo do antebraço.

Após a avaliação da goniometria, realizou-se avaliação da força muscular, sendo investigados os movimentos de flexão, extensão, adução, abdução e rotação externa com a paciente em bipedestação, o movimento de rotação interna, foi investigado com a paciente em decúbito ventral, pois todas essas posições buscaram analisar a força contra a ação da gravidade, de acordo com a resposta obtida pela paciente.

Também se avaliou a perimetria, esta realizada no membro superior bilateralmente, como parâmetros de comparação, inicialmente foram demarcados os pontos da perimetria,

com o lápis dermatológico, sendo utilizado como ponto de referência a linha anticubital, e a partir desta demarcou-se a cada cinco centímetros, até uma medida total de 15 cm, tanto acima, como abaixo da linha anticubital, após as demarcações foram então mensurados os pontos com a fita métrica, ainda foram mensurados, medidas de punho, mão, e falange proximal de polegar. A última avaliação realizada, foi a postural, que restringiu-se apenas para alterações de tronco e membros superiores, para tanto a paciente permaneceu despida, foi orientada a se colocar em bipedestação, de frente à um parede branca e a manter-se na posição que costuma adotar diariamente, avaliou-se a postura nas vistas: anterior, posterior e lateral.

Após a avaliação a paciente submeteu-se a 18 sessões de tratamentos. As condutas iniciais do tratamento foram direcionadas para as principais alterações encontradas na paciente, eram realizados em dois dias semanais com duração de 50 minutos a sessão, deste total, 10 sessões (55,6%) foram realizados drenagem linfática manual, no membro superior esquerdo. Para realização da drenagem linfática, a paciente permaneceu em decúbito dorsal, com o membro superior em degravitação, posicionado com uma cunha de posicionamento, a seqüência da drenagem linfática, foi a seguinte:

- Bombeamento da fossa supraclavicular contralateral (15 vezes);
- Divisão do braço em terços proximal e distal, e em regiões anterior, lateral, e posterior, deslizamento (drenagem) destas regiões, sete repetições cada;
- Bombeamento da fossa supraclavicular contralateral (15 vezes);
- Bombeamento da fossa epitroclear (15 vezes);
- Divisão do antebraço em terços proximal e distal, e em regiões anterior, lateral, e posterior, drenagem destas regiões, sete repetições cada;
- Drenagem de mão, sete repetições;
- Drenagem de quirodáctilos, sete repetições cada;
- Drenagem do antebraço, sete repetições;
- Bombeamento da fossa epitroclear (15 vezes)
- Bombeamento da fossa supraclavicular homolateral (15 vezes);
- Drenagem do braço, sete repetições cada região;
- Bombeamento supraclavicular homolateral (15 vezes).

Preocupou-se em realizar a drenagem linfática com uma pressão que variou de 20 a 40mmHg, na aplicação utilizou-se um creme para facilitar o deslizamento, a opção de carrear a linfa para os linfonodos da região supraclavicular homo e contralateralmente ao membro superior comprometido, deve-se ao fato da paciente ter se submetido à lifanodenectomia axilar, na mastectomia.

Nas três primeiras sessões de tratamento, foi realizado somente a drenagem linfática manual, após isso, começou a alternar os dias de tratamento com pompages musculares, e exercícios metabólicos, pois como eram realizadas em dois dias semanais, um era reservado apenas para drenagem linfática e outro para exercícios mais ativos, com intuito de favorecer além do retorno venoso, através da contração muscular, a manutenção da amplitude de movimento. As pompages sempre antecederam a prática dos exercícios metabólicos, pois a paciente apresentava muitas contraturas e encurtamentos musculares em cintura escapular bilateralmente (analisadas através da palpação e mobilização passiva), que favorecia à limitação dos movimentos dos ombros, principalmente do esquerdo. As pompages realizadas seguiram o mesmo padrão, descrito por Bienfait (1997), e foram realizados pompages dos músculos: peitoral maior, peitoral menor, serrátil anterior, escalenos, trapézio superior, elevador da escápula, pompage lombosacra e pompage global. Os exercícios miolinfocinéticos ou metabólicos foram realizados como forma de também favorecer o retorno venoso, porém através da contração muscular, com o membro em degravitação, também como forma de não permitir a regressão da reduzida amplitude de movimento do

ombro esquerdo. De 18 sessões, apenas três, foram realizados exercícios metabólicos associado às pompages, pois foram consideradas as faltas da paciente, pois a mesma encontrava-se ainda em tratamento de quimioterapia, e quando estava sob efeito da mesma, não era possível comparecer ao tratamento, além do acompanhamento médico, que deveria ser realizado mensalmente.

Os exercícios metabólicos foram realizados com uso do bastão, espaldar, espelho para dar um feedback visual e melhorar a consciência do movimento, e também a bola suíça. A paciente colocava-se sentada na bola suíça, na frente do espelho e spaldar, era orientada a fazer a flexão de aproximadamente 90° de ombros, segurando um bastão pelas extremidades, assim era orientada a realizar flexão e extensão de punhos, o mesmo foi realizado com a paciente segurando uma bola suíça menor, e era orientado que inclinasse os membros superiores para trás, a fim de alongar cadeia anterior, a para lateral direita e esquerda, destes exercícios, foram realizados três séries de 10 repetições cada.

A paciente não reagiu satisfatoriamente á realização destes exercícios, por isso foram realizado apenas três sessões. O componente emocional da paciente foi um fator que interferiu muito na realização do tratamento, a preocupação com estética e o medo da recidiva do câncer foi constante, o que limitou muito as condutas estabelecidas para o tratamento da mesma. Na 12° sessão de tratamento a paciente compareceu na clínica com hiperalgesia na região cervical, foi analisado o local, através da palpação, e além da presença de triggers points, em toda região de cintura escapular, havia um aumento de volume de um linfonodo na região supraclavicular contralateral ao lado da cirurgia, à primeiro momento houve suspeita de recidiva do câncer, foi então suspenso a drenagem linfática, pois como a paciente não encontrava-se em tratamento com quimioterapia, e não havia um diagnóstico certo se havia ou não recidiva do câncer, a drenagem linfática nesse momento poderia ser um causador de metástase.

Portanto, a partir desta sessão houve uma regressão no tratamento da paciente, pois o edema ficou cada vez mais intenso, o peso do membro limitou muito o movimento do ombro, o que exacerbou os sintomas na coluna cervical e cintura escapular, os exercícios miolinfocinéticos que antes eram realizados e orientado para realizar em domicílio, a paciente já não realizava, e as condutas fisioterapêuticas que antes foram estabelecidas, obtiveram uma pauta, e de forma geral era realizado massagem clássica, através das seguintes técnicas: rolamento, deslizamento superficial e profundo, amassamento ou petrissage, e ainda as pompages que já estavam sendo realizadas anteriormente, também foi estimulado a propriocepção do membro superior, com bolinhas de propriocepção, já que a paciente relatava, parestesia constantemente.

Desta forma, foram desenvolvidas as últimas seis sessões do tratamento, considerando também as faltas que a paciente obteve, por condição de saúde, para realizar novos exames, e obter um diagnóstico mais fidedigno em relação a hipótese de recidiva do câncer. Ao término das 18 sessões de tratamento, a paciente foi reavaliada, seguindo os mesmos parâmetros da avaliação inicial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos resultados obtidos na avaliação da sensibilidade no membro, esta quando comparada ao membro superior não afetado, foi classificada como hipoestésica, ou seja, há uma redução da sensibilidade no membro superior afetado, e quanto a sensibilidade da cicatriz, essa foi classificada como anestésica, estes achado foram encontrados tanto na avaliação como na reavaliação. Em um estudo desenvolvido por Santos et al. (2009), no qual o objetivo foi identificar as alterações de sensibilidade no trajeto do nervo intercostobraquial em mulheres submetidas a lifonodectomia axilar, por câncer de mama, observou-se que as

alterações de sensibilidade tem alta prevalência, pois foram encontradas tais alterações no grupo de mulheres avaliadas de acordo com os métodos proposto pelo estudo.

Tabela 1 – Resultados da perimetria de membros superiores, avaliação e reavaliação, obtendo como referência a linha anticubital medida em cm.

<i>Referências</i>	<i>Avaliação</i>		<i>Reavaliação</i>	
	MSE	MSD	MSE	MSD
15 cm acima	32,2	28,5	33,5	29,5
10 cm acima	31	25,9	32,3	26
5 cm acima	29,5	23,5	29,7	23,7
5 cm abaixo	27	23,7	27,5	23,2
10 cm abaixo	23,5	20,2	23,7	19,8
15 cm abaixo	19,5	17	20	16,5
Punho	16,5	16	17	15,4
Mão	19,5	19	18,7	18,7
Polegar	9	8,5	8	7

Fonte: Ficha de avaliação do setor de uroginecologia da clínica escola de fisioterapia da Faculdade Ingá.

Ao analisar os dados presentes na tabela 1, nota-se que o membro superior esquerdo (comprometido), quando comparado ao direito, encontra-se com um volume significativamente alterado, segundo a ficha de avaliação da clínica escola de fisioterapia, utilizada para avaliação da paciente o linfedema pode ser classificado como leve, se o aumento de volume encontra-se entre 1 a 3 cm, moderado de 3 a 5 cm, e grave acima de 5 cm, sendo considerado a maior diferença encontrada entre todas os pontos de referência mensurado, sendo assim ao analisar os dados na tabela, nota-se que o edema desta paciente encontra-se em um estágio severo, e esse quadro permaneceu também na reavaliação, sendo que em alguns pontos de referência esse linfedema até aumentou.

Bergmann; Mattos; Koifman (2007) relatam que o linfedema representa uma das principais complicações no tratamento do câncer de mama, e sua instalação pode ser uma patologia crônica e progressiva, são necessários tratamentos fisioterapêuticos permanentes, visando controlar o volume do membro, ainda ressalta que o linfedema está associado a importantes alterações físicas, psicológicas e sociais que interferem de forma significativa na qualidade de vida dessa população.

Esses dados relatados acima, são importantes para o presente estudo, pois a não obtenção de um resultado satisfatório, pode ser explicada pelo número de sessões que não foram muitas, já que como os autores relatam, deve haver uma intervenção permanente quando se trata de linfedema, além disso, em um determinado tempo do tratamento a drenagem linfática e os exercícios miolinfocinéticos foram interrompidos, devido a possibilidade de recidiva do câncer, ou seja, vários fatores externos contribuíram para um resultado negativo em vários aspectos neste estudo, porém a importância do tratamento fisioterapêutico, nessa população já está comprovada diante de inúmeros estudos que realizam intervenções em amostra maiores.

Tabela 2 – Resultados da goniometria de membro superior esquerdo (comprometido)

<i>Movimentos</i>	<i>Avaliação</i>	<i>Reavaliação</i>
Flexão	63°	79°
Extensão	30°	45°
Adução	22°	30°
Abdução	70°	70°

Fonte: Ficha de avaliação do setor de uroginecologia da clínica escola de fisioterapia da Faculdade Ingá.

A tabela 2 apresenta os resultados referentes avaliação da amplitude de movimento (ADM) do membro superior esquerdo (comprometido) mensurada através da goniometria, tanto da avaliação como da reavaliação, nota-se que em alguns movimentos como por exemplo o de flexão e extensão do ombro, houve um aumento em graus um tanto significativo, porém não foi possível mensurar as rotações do ombro na reavaliação pois a paciente não conseguiu permanecer em 90° de abdução do ombro para verificar a ADM, sendo que na avaliação ela conseguiu permanecer em 90° de abdução membro, pois foi posicionado passivamente.

Em um estudo realizado por Rezende et al. (2006), no qual o objetivo foi avaliar a associação entre os tipos de exercícios fisioterapêuticos realizados, direcionados ou livres em mulheres submetidas a mastectomia radical ou quadrantectomia com linfadenectomia axilar, observou-se que é importante associar tais tipos de exercícios uma vez que pacientes que apresentam complicações de intensa magnitude, e principalmente o fisioterapeuta deve saber adaptar a reabilitação física a cada paciente de forma individual para que se obtenha resultado mais satisfatórios.

Tabela 3 – Resultados da força muscular de membro superior esquerdo (comprometido)

<i>Movimentos</i>	<i>Avaliação</i>	<i>Reavaliação</i>
Flexão	3	3
Extensão	3	3
Adução	4	4
Abdução	3	3
Rotação interna	2	2
Rotação externa	3	2

Fonte: Ficha de avaliação do setor de uroginecologia da clínica escola de fisioterapia da Faculdade Ingá.

A tabela 3 demonstra os resultados referentes a força muscular do membro superior esquerdo, nota-se que a grande maioria dos músculos avaliados o grau de força permaneceu inalterados em comparação entre a avaliação e reavaliação, quando se pensa na magnitude das complicações que esta paciente apresenta, e nas dificuldades que esta passou durante os tratamento, impedir que o grau de força regrida já é considerado um resultado satisfatório, porém ainda há uma possibilidade de o peso do membro, e as contraturas musculares de cintura escapular, interferir neste resultado.

Em relação às alterações posturais encontradas na paciente, as mais prevalentes foram a depressão de ombro direito, anteriorização da coluna cervical, hipercifose torácica, hiperlordose lombar, protusão de ombros, encurtamento de cadeia muscular anterior, escoliose torácica a direita e escápulas aladas. Na reavaliação foram encontradas as mesmas alterações, porém não foi trabalhado reeducação postural com esta paciente, este era um objetivo em longo prazo, no início o enfoque do tratamento foi direcionado à suas principais

alterações, até mesmo porque como se trata de uma paciente idosa acredita-se que a reeducação postural seria uma opção de tratamento para trabalhar de forma global, e prevenir as alterações cardiorrespiratórias, mas não como objetivo de corrigir a postura propriamente dita.

Em um estudo realizado por Burkle; Shiraishi; Yabiku (2008), no qual o objetivo foi avaliar a função pulmonar, expansibilidade torácica, amplitude de movimento do ombro homolateral a cirurgia e qualidade de vida em mulheres mastectomizadas tratadas pelo método isostretching, observou-se que a prática do método promoveu melhora em todos esses parâmetros avaliados, porém abordam que é necessário estudo com números de amostra maiores e que realizem tal avaliação, para obter mais confiabilidade em seus efeitos.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, pode-se concluir que não obteve resultados satisfatórios, pois como já discutido a negatividade destes resultados pode ser influenciada por vários fatores externos, dentre eles o número da amostra reduzido, problemas psicológicos, principalmente relacionados à recidiva do câncer. Em uma abordagem mais específica, inclui também o fato da paciente pela ingenuidade e por ser leiga diante do próprio quadro clínico, apresentar dificuldade para compreender a importância e o objetivo de alguma conduta que lhe era imposta, sendo então, considerada uma paciente na qual era difícil realizar um tratamento mesmo lhe informando que determinada técnica lhe era indispensável, além disso, quanto a intervenção médica, não lhe era esclarecido as informações concretas sobre seu diagnóstico, e ainda assim a paciente permanecia acomodada diante da situação, já que seu tratamento era realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, diante dos estudos já desenvolvidos na área, nota-se que a fisioterapia apresenta um papel importantíssimo no tratamento de pacientes mastectomizadas. Isso demonstra que é importante sugerir para o tratamento de pacientes que se submetem a tal procedimento, o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, a fim de que se obtenha um resultado mais satisfatório diante das intervenções, de forma que a paciente seja tratada em todos os aspectos, a ponto de modificar a percepção da qualidade de vida, desta população.

REFERÊNCIAS

BERGMANN, A.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R. J.; Incidência e Prevalência de Linfedema após Tratamento Cirúrgico do Câncer de Mama: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**. nº4, v. 53, p. 461-470, 2007.

BIENFAIT, M. Bases Elementares Técnicas de Terapia Manual e Osteopatia trad. Angela Santos. 2ªed. São Paulo: Summus Editorial, 1997.

BURKLE, A. B.; SHIRAISHI, F. O.; YABIKU, F. N. Aplicação do Método Isostretching em Pacientes Mastectomizadas: Série de Casos. **Revista Saúde e Pesquisa** nº. 2, v. 1, maio/ago., p. 161-166, 2008, ISSN 1983-1870.

CONDE, D. M. et al. Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** nº. 28, v. 3, p. 195-204, 2006.

CORREIA, G.N.; OLIVEIRA, J.; FERRARI, R. A. M. Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres Submetidas à Mastectomia Radical e Segmentar. **Revista Fisioterapia e Pesquisa** nº. 14, v. 3, p. 31-36, 2007.

DUARTE, T.P.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a Mastectomia: Análise dos Relatos de Mulheres Mastectomizadas Sobre Questões Ligadas à Sexualidade. **Estudos de Psicologia** nº. 8, v.1, p. 155-163, 2003.

HUGUET, P. R. et al. Qualidade de Vida e Sexualidade de Mulheres Tratadas de Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** nº. 31, v.2, p. 61-67, 2009.

REZENDE, L. F. et al. Exercícios Livres Versus Direcionados nas Complicações Pós-Operatórias de Câncer de Mama. **Revista Associação Médica Brasileira** nº. 52, v.1, p.37-42, 2006.

SANTOS, M. S. M. et al. Sensibilidade Tátil no Membro Superior de Mulheres Submetidas à Linfonodectomia Axilar por Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** nº31, v.7, p. 361-366, 2009.

Enviado em: novembro de 2010.

Revisado e Aceito: dezembro de 2010.