

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO
HOSPITALAR
MESTRADO PROFISSIONAL - PPGSTEH



NATALIA CARION HADDAD

Tratamento fisioterapêutico na Síndrome da Rede Axilar:

Proposição de um plano de cuidados

Rio de Janeiro

2015

NATALIA CARION HADDAD

Tratamento fisioterapêutico na Síndrome da Rede Axilar:

Proposição de um plano de cuidados

Natureza do trabalho apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar-Mestrado Profissional da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar

Orientação: Prof^ª. Dr^ª Cristiane de Oliveira Novaes

Co-orientação: Prof^ª Dr^ª Ana Carolina de A Carvalho

Rio de Janeiro

2015

H126 Haddad, Natalia Carion.
Tratamento fisioterapêutico na Síndrome da Rede Axilar:
proposição de um plano de cuidados / Natalia Carion Haddad, 2015.
88 f. ; 30 cm

Orientadora: Cristiane de Oliveira Novaes.

Coorientadora: Ana Carolina de A. Carvalho.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no
Espaço Hospitalar) – Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

1. Mamas - Câncer. 2. Neoplasias da Mama. 3. Fisioterapia.
4. Síndrome da Rede Axilar. I. Novaes, Cristiane de Oliveira.
II. Carvalho, Ana Carolina de A. III. Universidade Federal do Estado
do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso
de Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço
Hospitalar. IV. Título.

CDD – 616.99449

AGRADECIMENTOS

Obrigada !

À minha família preciosa: Bruno, Luiza e Clara. Pelos grandes parceiros que foram durante esse período de estudos, aceitando (quase sempre) minha ausência, e me dando forças para continuar. Vocês são minha luz.

Aos meus amados pais, Leonardo e Neuza, por me ensinarem o caminho da honra, do trabalho, do merecimento. Minha gratidão eterna.

Aos meus queridos sogros, Luiz e Vilma, pela presença e apoio incondicionais. Meu carinho.

À querida amiga, Ana Carolina Carvalho, pelo estímulo inicial - e constante- nessa trajetória. Minha admiração e respeito.

À minha orientadora Cristiane, pelos ensinamentos que hoje percebo já “enraizados”. Pela calma, e pela coragem de aceitar comigo esse desafio. Minha reverência.

A minha querida Elian Leal, parceira no trabalho, amiga sempre presente.

A Silvania Ramos e à Flávia Lino, que cuidaram das minhas “pérolas” enquanto eu estava ausente.

Aos amigos da turma, especialmente Kyvia Gomes, Danielle Copello, Marco Chocron, Juarez Pereira, Cristina Mellone e Augusta. Pelos cafés, pelo ombro amigo, por tornarem mais leve a caminhada.

Enfim, agradeço imensamente às pacientes do HUPE, mulheres guerreiras, que me mostraram a verdadeira força da vida, mesmo quando tudo parecia estar desmoronando.

RESUMO

Complicações no membro superior encontram-se entre as principais repercussões após a cirurgia do câncer de mama e remoção dos linfonodos axilares, sendo a Síndrome da Rede Axilar (SRA) uma condição comumente observada no pós-operatório imediato, e que consiste no surgimento de um cordoamento tenso e doloroso, oriundo da região axilar, que gera restrição de movimento no braço homolateral à cirurgia, e é decorrente do processo de cicatrização, que por sua vez é fundamental para o sucesso da cirurgia. A SRA pode causar incapacidade funcional no membro superior, especialmente por estar associada à restrição da amplitude de movimento do ombro e à dor, sendo o comprometimento da função do ombro mais um fator limitante nas atividades da vida diária (AVDs), de higiene pessoal, e na sua autonomia, o que repercute também no estado emocional da mulher.

Apesar de ser descrita como uma síndrome autolimitada, com remissão espontânea em até 3 meses de seu surgimento, estudos mostram que, em alguns casos, ela pode estender-se além desse prazo, ou mesmo sofrer recidiva e piorar a incapacidade. Um agravante é o fato de ser uma questão subvalorizada na prática clínica, e por não haver orientação formal às pacientes sobre o risco de surgimento da síndrome, o tratamento costuma ser realizado tardiamente, o que pode prolongar o comprometimento funcional.

A intervenção fisioterapêutica tem sido utilizada no pré e pós-operatório das cirurgias de mama para evitar as limitações físico-funcionais decorrentes da cirurgia, porém, o seu uso na SRA não está bem consolidada na literatura, bem como as estratégias educacionais sobre a síndrome ainda não fazem parte da rotina das orientações fisioterapêuticas pós-operatórias, de forma que as pacientes desconhecem os sinais, sintomas e características da SRA.

Desta forma, os objetivos do presente trabalho foram: caracterizar o perfil sócio-demográfico e de saúde das mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama em um Hospital Universitário; relatar o efeito da intervenção fisioterapêutica precoce pós-cirúrgica para câncer de mama devido à SRA a partir do estudo de caso; elaborar um Plano de cuidados fisioterapêuticos de rotina no referido hospital e elaborar material educacional em forma de cartilha informativa para as pacientes em pós-cirúrgico de câncer de mama.

Palavras-chave: Cancer de mama. Síndrome da Rede Axilar. Disfunções do membro superior. Fisioterapia.

ABSTRACT

Among the main repercussions after surgery for breast cancer and removal of axillary lymph nodes are complications in the arm. The healing process is critical to the success of the surgery, but may result in Axillary Web Syndrome (AWS) a commonly observed condition in the immediate post-operative, and that is the emergence of a tense and painful stranding, arising from the axillary region, generating restriction of movement in the ipsilateral arm surgery. AWS can cause functional impairment in the upper limb, especially to be associated with the restriction of shoulder range of motion and pain, and impairment of shoulder function more a limiting factor in activities of daily living (ADLs), personal hygiene, and their autonomy, which also affects the emotional state of women.

Despite being described as a self-limited syndrome with spontaneous remission within 3 months of its inception, studies show that in some cases it may extend beyond that period, or even suffer relapse and worsen disability. An aggravating factor is the fact that it is a matter undervalued in clinical practice, and there is no formal guidance to patients about the risk of developing the syndrome, treatment is usually performed later, which can prolong the functional impairment.

The physical therapy intervention has been used before and after surgery of breast surgery to avoid the physical and functional limitations resulting from surgery, however, its use in AWS is not well established in the literature, as well as educational strategies on the syndrome yet not part of the routine of postoperative physical therapy guidelines, so that the patients are unaware of the signs, symptoms and characteristics of AWS.

Thus, the objectives of this study were to characterize the socio-demographic and health profiles of women undergoing surgery for breast cancer in a university hospital; report the effect of postoperative early physical therapy intervention for breast cancer due to AWS; develop a routine physical therapy care plan in that hospital and prepare an information booklet to patients in post-surgical breast cancer.

Keywords: Breast Cancer. Axillary Web Syndrome. Disorders of the upper limb. Physiotherapy.

SUMÁRIO

1	Introdução	11
1.1	Tratamento do Câncer de Mama	12
1.2	Cicatrização da ferida operatória	15
1.3	Morbidade do Membro Superior	16
1.4	Síndrome da Rede Axilar	17
1.5	Fisioterapia no Câncer de Mama	20
1.6	Fisioterapia na Síndrome da Rede Axilar	22
2	Justificativa	24
3	Objetivos	25
3.1	Objetivo geral...	25
3.2	Objetivos específicos	25
4	Metodologia	25
5	PRODUTO 1 – Artigo: Perfil Sociodemográfico e de Saúde de Mulheres submetidas à Cirurgia para Câncer de Mama	28
6	PRODUTO 2 - Plano de cuidados fisioterapêuticos	36
7	PRODUTO 3 - Artigo: Efeito da Fisioterapia precoce na Síndrome da rede axilar após cirurgia de câncer de mama: relato de caso	40
8	PRODUTO 4 - Cartilha de orientação para pacientes submetidas à mastectomia	55
9	Considerações finais	67
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
	ANEXO A – Autorização da Co-participante para o estudo no hospital	75
	ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido	76
	ANEXO C - Fichas de coleta de dados	79

ANEXO D – Escala ASES	86
ANEXO E – Escala Visual e Analógica da dor	87
ANEXO F – Comprovante de submissão do Artigo 2	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	-	Taxas de Incidência e mortalidade por câncer em mulheres no Brasil.....	10
Figura 2	-	Cirurgia conservadora da mama	11
Figura 3	-	Mastectomia Radical Modificada e aparência pós-operatória	12
Figura 4	-	Biópsia do Linfonodo Sentinela.....	12
Figura 5	-	Ressecção dos linfonodos axilares (Linfadenectomia) e aparência pós-operatória	13
Figura 6	-	Síndrome da Rede axilar	17
Figura 7	-	Restrição de amplitude articular provocada pela Síndrome da Rede Axilar	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASES *American Shoulder and Elbow Surgeons Standardized Assessment Form*

AVD's Atividades de Vida Diária

BLS Biópsia do Linfonodo Sentinela

CAAE Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP Comitê de Ética e Pesquisa

DASH The Disabilities of the Arm Hand and Shoulder Score

DLM Drenagem Linfática Manual

DPO Dia de Pós-Operatório

EVA Escala Visual e Analógica para Dor

FACT-BC *Functional Assessment of Cancer Therapy scale – Breast Cancer*

GC Grupo Controle

GT Grupo Tratamento

HUPE Hospital Universitário Pedro Ernesto

IEO Instituto Europeu de Oncologia

IMC Índice de Massa Corpórea

INCA Instituto Nacional do Câncer

LA Linfadenectomia Axilar

LEFT-BC *Lymphedema Evaluation Following Treatment of Breast Cancer*

MMSS Membros Superiores

PDI *Pain Disability Index*

RXT Radioterapia

SDQ *Shoulder Disability Questionnaire*

SRA Síndrome da Rede Axilar

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UERJ Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UNIRIO Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

1. INTRODUÇÃO

O Câncer de mama é o mais frequente entre mulheres no mundo¹, tendo sido responsável por 25% (1.67 milhões) de todos os casos de câncer e por cerca de 520.000 mortes no ano de 2012². No Brasil, estimou-se para o biênio 2014/2015, 57.120 novos casos, com um risco de 56,09 casos para cada 100 mil mulheres, tendo na Região Sudeste sua maior incidência estimada 71,18/100 mil casos³. A figura 1 mostra que de todas as neoplasias o Câncer de mama é o que apresenta maior incidência e mortalidade na população feminina brasileira, seguido do câncer cérvico-uterino, colorretal e de pulmão. Apesar da tendência de declínio ao longo dos anos, a taxa de mortalidade por câncer de mama continua alta nos países em desenvolvimento, principalmente devido ao atraso na detecção da doença. A sobrevida média após 5 anos é de 50 - 60% nos países em desenvolvimento, como o Brasil³. O envelhecimento populacional, o *status* hormonal e a manutenção de hábitos de vida inadequados contribuem para o crescente aumento de sua incidência³.

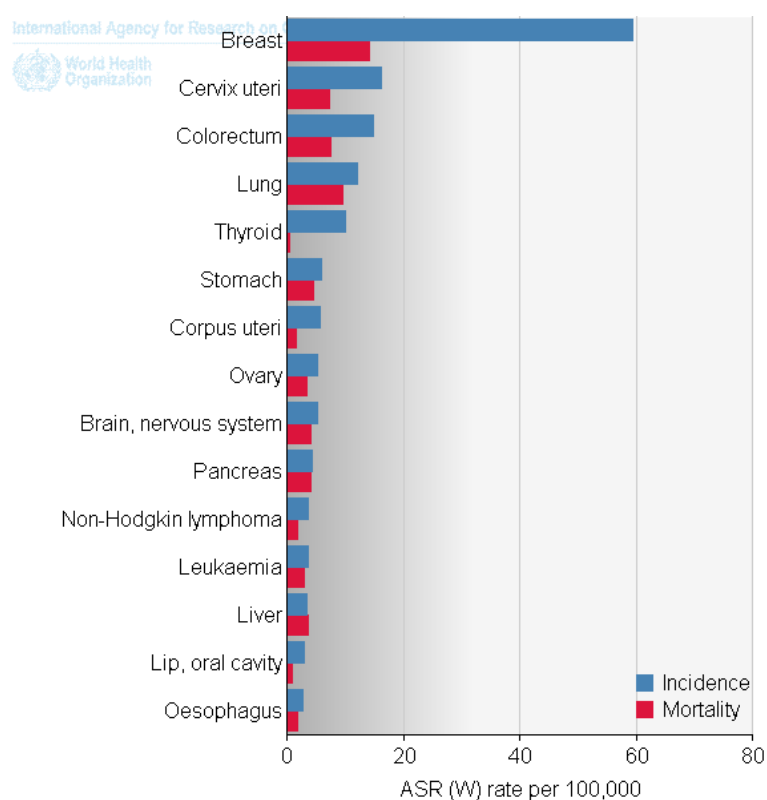


Fig 1. Taxas de Incidência e mortalidade em mulheres no Brasil. Fonte: GLOBOCAN/IARC, 2012.

1.1. Tratamento do Câncer de Mama

O tratamento clínico do câncer de mama inclui a cirurgia e a radioterapia como tratamentos regionais, quimioterapia e hormonoterapia como tratamentos sistêmicos. A cirurgia ainda é considerada o principal tratamento, através da qual objetiva-se a retirada das células neoplásicas da mama, tecidos adjacentes e linfonodos axilares a fim de evitar a permanência de doença residual macro ou microscópica⁴.

As cirurgias são classificadas em Conservadoras e Radicais. A cirurgia conservadora (Figura 2), quadrantectomia, tumorectomia, setorectomia, segmentectomia, é mais utilizada em tumores até 3 cm de diâmetro e nos casos que permitam preservar a proporção tumor/mama, sendo o tratamento de escolha para doenças em estágio inicial. A cirurgia radical ou mastectomia (Figura 3) é utilizada, em geral, em tumores maiores que 3cm de diâmetro, sendo o tratamento padrão para o câncer de mama localmente avançado. Pode ser classificada em Mastectomia Radical a Halsted, que retira a glândula mamária e os músculos Peitorais Maior e Menor; Mastectomia Radical Modificada a Pattey, que retira a glândula mamária e o músculo Peitoral Menor, e Mastectomia Radical Modificada a Madden, que preserva os músculos Peitorais Maior e Menor. De acordo com o estadiamento, as cirurgias de câncer de mama também retiram os linfonodos da cadeia axilar homolateral, a fim de evitar disseminação da doença por via linfática e hematogênica⁵.

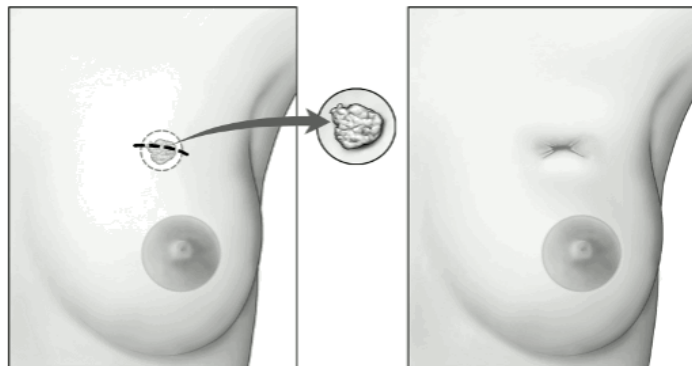


Fig. 2 Cirurgia conservadora da mama. O tumor é removido com uma borda de tecido mamário normal. A aparência pós-operatória depende da quantidade de tecido removido, mas permanecerá uma pequena cicatriz e possivelmente uma reentrância na mama. Fonte: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-treating-surgery>.

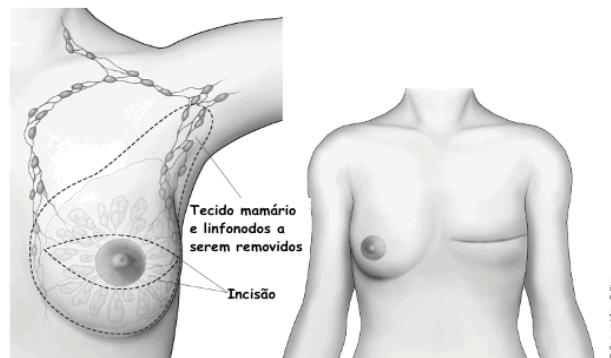


Fig.3 – Mastectomia Radical Modificada e aparência pós-operatória.

Fonte: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-treating-surgery>

A ressecção dos Linfonodos axilares (Figura 4) é um procedimento fundamental para o controle local da doença e para um melhor direcionamento terapêutico adjuvante, e pode ser realizada através da linfadenectomia axilar (LA), com a retirada de um ou mais níveis de linfonodos da cadeia axilar, ou de maneira menos invasiva, através de Biópsia do linfonodo sentinela (BLS), quando somente o primeiro linfonodo que recebe a drenagem do tumor é retirado (Figura 5) ⁹.

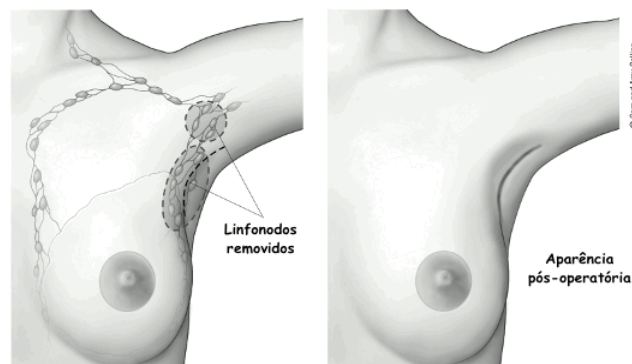


Fig.4– Ressecção dos linfonodos axilares (Linfadenectomia) e aparência pós-operatória.

Fonte: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-treating-surgery>

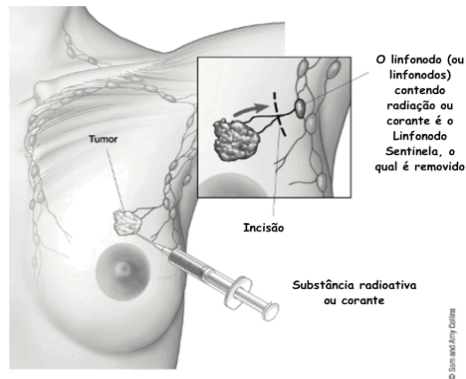


Fig.5 Biópsia do Linfonodo Sentinela.

Fonte: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancertreating-surgery>

As cirurgias radicais são mais mutilantes e provocam grande impacto estético, além de promoverem intensa redução da qualidade de vida no período pós-operatório. Por estarem associadas à linfadenectomia axilar, na maioria dos casos, são responsáveis pela alta incidência de morbidade no membro superior, principalmente a restrição do movimento do ombro, fraqueza muscular, linfedema e redução nos níveis das atividades cotidianas⁶.

Estudo transversal realizado em Hospital de referência em Oncologia na cidade de São Luís (MA), avaliou a qualidade de vida de 197 mulheres tratadas de câncer de mama, evidenciando uma prevalência das cirurgias não-conservadoras (63% da amostra), as quais apresentaram piores índices nos domínios físico e funcional quando avaliadas através de uma escala de qualidade de vida⁷. Ao comparar pacientes submetidas à BLS e à linfadenectomia axilar, um estudo prospectivo evidenciou que o grupo submetido à BLS apresentava menos limitações nos movimentos do braço, mais força muscular, e menos aumento de volume no membro superior aos 24 meses de pós-operatório⁹.

A fim de reduzir a morbidade associada ao tratamento, mudanças vêm ocorrendo na abordagem cirúrgica do câncer de mama ao longo dos últimos 30 anos. No cenário mundial, observa-se uma tendência atual em se diagnosticar o mais precocemente possível, de forma que as cirurgias radicais vêm gradativamente perdendo espaço para as cirurgias conservadoras da

mama, e a linfadenectomia já não é a única alternativa para a abordagem axilar. A biópsia do linfonodo sentinela tornou-se um procedimento padrão na abordagem da axila clinicamente negativa⁸, pois é menos invasivo, apresenta as mesmas taxas de recorrência locorregional da doença em 8 anos, além de representar menos custos no longo prazo⁹.

Entretanto, no Brasil, as mastectomias ainda são as cirurgias mais realizadas, acompanhadas das linfadenectomias axilares, principalmente devido ao diagnóstico em estádios avançados³

Um estudo de coorte, realizado na cidade de Juiz de Fora (MG), avaliou a sobrevida em 745 mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico de câncer de mama, sendo que em relação ao tipo de cirurgia foi evidenciado que 67,4% das pacientes foram submetidas à mastectomia radical, versus 37% submetidas à cirurgia conservadora¹⁰. Outro estudo de coorte, prospectivo, realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2012²⁴, avaliou 193 mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama e mostrou prevalência de 73,6% de mastectomias e 67,6% de ressecções axilares na população estudada. Recente estudo transversal, realizado em um Hospital universitário do Rio de Janeiro, avaliou o perfil sociodemográfico de 62 mulheres submetidas à cirurgia para o câncer de mama, e também mostrou prevalência das cirurgias radicais, com 61,3% da amostra submetidas à mastectomia radical modificada e 72,6% submetidas à linfadenectomia axilar¹¹. Esses estudos sugerem que existe um número expressivo de mulheres que ao serem diagnosticadas com neoplasia na mama, são submetidas a procedimentos cirúrgicos, estes por sua vez, implicam em um processo de cicatrização que por um lado é fundamental para o sucesso da cirurgia, por outro pode ocasionar alterações funcionais que podem culminar em sequelas físicas e emocionais decorrentes do tratamento.

1.2 Cicatrização da Ferida Operatória

A cicatrização fisiológica compõe-se de 3 fases que se superpõem: fase inflamatória, fase proliferativa e fase de remodelamento. Cada uma delas tem características fundamentais para a resolução da ferida operatória.

A **fase inflamatória**, dura em média 6 dias a partir da injúria tecidual, e caracteriza-se pela formação do coágulo de fibrina e migração de leucócitos fagocitários, a fim de garantir a

hemostasia (controle do sangramento) e a remoção de substâncias estranhas. A **fase proliferativa** tem duração aproximada de 4 a 14 dias e objetiva alcançar a fibroplasia, angiogênese e reepitelização. Esses processos são alcançados através da intensa migração de fibroblastos, endotélio e queratinócitos para a área da ferida. Nesta fase, além da síntese de elementos matriciais diversos, acontece a secreção de colágeno do tipo III, proteína mais abundante da derme superficial, responsável pelo fenômeno de contração da ferida, papel desempenhado em conjunto com os miofibroblastos. A última, **fase de maturação ou remodelamento**, dura de 7 a 16 dias até 1 ano após a injúria e é marcada por uma mudança no padrão de organização e composição do colágeno. Ocorre a substituição de colágeno do tipo III pelo tipo I, e as fibras de colágeno que anteriormente se dispunham de forma paralela e aleatória, passam para uma disposição entrelaçada e organizada ao longo das linhas de estresse da pele. Observa-se um aumento das ligações cruzadas entre os monômeros de colágeno e o consequente aumento de resistência da ferida⁹.

Considerando a fisiologia da cicatrização, torna-se mais fácil entender a necessidade de uma intervenção fisioterapêutica precoce, que tem o objetivo de promover a organização das fibras de colágeno¹³ através de exercícios, dispondo-as de maneira a permitir o arco completo de movimento antes que a cicatriz desenvolva aderências aos tecidos subjacentes. Se, no momento de transição da fase proliferativa para a de remodelamento não houver um estímulo à orientação das fibras de colágeno, elas se depositarão entrelaçadas, com enorme força tênsil, restringindo a movimentação, podendo contribuir para a morbidade do membro superior.

1.3 Morbidade do membro superior

A cirurgia, acompanhada da retirada de linfonodos axilares, é um procedimento fundamental para o controle local da doença e para o planejamento dos tratamentos complementares⁴, mas pode ocasionar complicações e gerar sequelas, tais como dor, parestesias, formação de aderências cicatriciais, edema, restrição do arco de movimento, fraqueza muscular e alterações posturais¹⁵. Essas complicações podem surgir no pós-operatório precocemente e tornarem-se crônicas¹⁶. A presença destes sintomas prejudica a função do braço e ombro e a

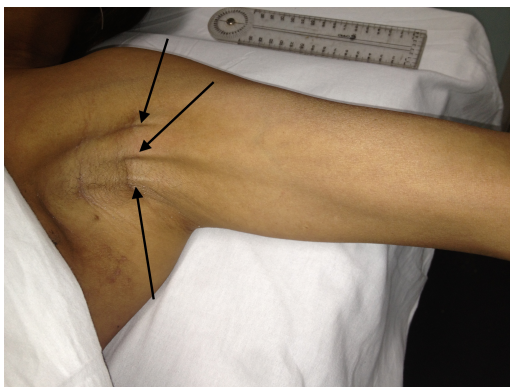
manutenção de atividades de vida diária (AVDs), interferindo na qualidade de vida das pacientes^{9,17}.

As queixas mais relatadas pelas pacientes no pós-operatório costumam ser a restrição da função do ombro e a dor¹⁸. A redução na amplitude de movimento do ombro atinge cerca de 35% das pacientes²⁹ e é a principal causa incapacidade funcional, pois, associada ao quadro álgico, prejudica a realização de atividades cotidianas, e reduz a qualidade de vida. Estudo transversal caso-controle realizado em 256 mulheres sobreviventes ao tratamento do câncer de mama mostrou que a disfunção no membro superior estava associada com a mastectomia, pior auto-avaliação da saúde e atividade física mínima, e estas pacientes apresentaram pior condição física, precisaram utilizar analgésicos regularmente e reportaram pior qualidade de vida¹⁷.

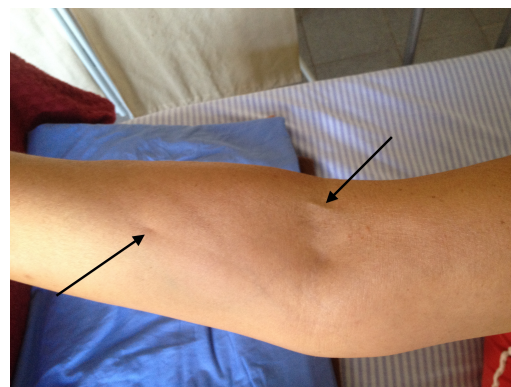
Uma das causas de diminuição do arco de movimento no pós-operatório de câncer de mama é a Síndrome da Rede Axilar (SRA), condição bastante dolorosa e queixa frequente das pacientes^{18,19}.

1.4 Síndrome da rede axilar

A Síndrome da Rede Axilar é uma complicação que pode surgir no pós-operatório imediato de câncer de mama, e associa-se à restrição de movimento do ombro e à dor^{20,21}. Ao exame físico, observa-se um cordoamento subcutâneo na axila, tenso, palpável, que pode se estender à face medial do braço até o nível do 3º ulnar no cotovelo, alcançando a base do polegar em alguns casos²¹. Devido à sua distribuição, pode limitar o arco de movimento do membro superior nos movimentos de flexão, abdução e rotação externa do ombro; extensão do cotovelo e do punho e desvio ulnar do carpo. Josenhans (2010) relata a ocorrência de restrição da abdução do ombro $\leq 90^\circ$ em 74% dos casos¹⁹, resultando em decréscimo funcional, sendo particularmente afetadas as atividades com movimentos acima da cabeça e de alcançar à frente com os braços²².



A



B

Fig.6 Síndrome da Rede axilar, em A= setas mostram cordoamento na região axilar do membro superior esquerdo, em B= cordoamento na fossa antecubital e antebraço do membro superior direito.

Sua incidência varia de 6 a 85%^{18,19,23,24,29}, ocorrendo com mais frequência em mulheres submetidas à ressecção axilar do que naquelas submetidas à biópsia do linfonodo sentinela (BLS)²⁴. Em 2001, Moskowitz et al. avaliaram 750 mulheres retrospectivamente, e relataram incidência da SRA em 6% da amostra. Em 2003, Leidenius et al. avaliaram prospectivamente 85 mulheres submetidas à BLS e à BLS+LA durante 3 meses, encontrando uma incidência de SRA em 20% no grupo da BLS, e de 72% nas mulheres submetidas à LA. Josenhans, em 2007, avaliou 123 mulheres submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia, das quais, 85% desenvolveram o cordoamento axilar. Das 78 pacientes que foram submetidas à cirurgia conservadora, 69 (88%) desenvolveram a SRA, enquanto que das 45 submetidas à mastectomia radical, 36 (80%) apresentou a síndrome¹⁹. O estudo longitudinal e prospectivo de Lacomba et al., realizado em 2009, avaliou 116 mulheres até 12 meses após a cirurgia, todas submetidas ao esvaziamento axilar, encontrando uma incidência de 48.3% de SRA. O estudo mais recente, de coorte prospectivo, realizado por Bergmann e cols em 2012, avaliou cerca de 193 mulheres submetidas à LA e à BLS até o 45º dia de pós-operatório (DPO), encontrando uma incidência de 36 % e 11.7% , respectivamente.

Os estudos mostram discrepância de resultados, o que se deve principalmente à

heterogeneidade nos desenhos dos estudos, tempos de seguimento distintos, critérios diagnósticos e métodos de aferição diferentes.

Com o intuito de padronizar o diagnóstico da SRA e favorecer futuros estudos cujos dados possam ser comparáveis, o Instituto Europeu de Oncologia (IEO) desenvolveu, recentemente, um questionário específico para o diagnóstico da síndrome, porém ainda sem tradução para a língua portuguesa²⁵.

Apesar de ainda não ter sua fisiopatologia totalmente compreendida, acredita-se que essa condição seja decorrente de múltiplos fatores relacionados à ruptura dos vasos linfáticos axilares. Além da retirada dos linfonodos, a retração tecidual e o posicionamento do paciente durante a cirurgia também contribuem para a injúria linfovenosa. Ocorre a liberação de fatores tissulares, hipercoagulabilidade tecidual adjacente e obstrução do fluxo linfático, causando estase nos canais linfovenosos²⁷. Com a separação dos vasos linfáticos que suprem a área do braço e da mama, esses vasos lesionados e não funcionais, sofrem fibrose, e podem aderir-se à axila ou ao tórax através de tecido cicatricial, tornando-se inflexíveis, e “saltando” sob a pele ao se elevar o braço, provocando dor e receio de movimentá-lo¹⁹. Estudos recentes com exames de imagem corroboram a possível origem linfática da síndrome²⁸.

Alguns fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome já foram descritos : alteração sensitiva no membro superior ²⁴, mulheres mais jovens , intervalo prolongado entre o primeiro tratamento e a coleta de dados, número de nódulos linfáticos retirados, e o tratamento cirúrgico das diferentes equipes médicas²³.

Inicialmente descrita como uma síndrome autolimitada^{18,27}, surgindo aproximadamente na 2ª semana de pós-operatório e desaparecendo espontaneamente em 2 a 3 meses, observou-se que nem todos os casos sofrem remissão espontânea, e há relatos de recidiva no pós-operatório tardio e/ou durante tratamento adjuvante²⁹. Apesar de ser uma condição benigna e geralmente autolimitada, a SRA requer atenção, principalmente por ser extremamente dolorosa, restritiva, e pela possibilidade de tornar-se crônica se não for tratada.



Fig. 7 – Restrição de amplitude articular provocada pela Síndrome da Rede Axilar no membro superior esquerdo.

1.5 Fisioterapia no Câncer de Mama

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os principais objetivos do diagnóstico e tratamento do câncer são curar ou prolongar a vida dos pacientes, e assegurar a melhor qualidade de vida possível aos sobreviventes³⁰.

Considerando o aumento das taxas de incidência do câncer da mama feminina, acompanhado da redução da taxa de mortalidade e consequente aumento da sobrevida, a atuação fisioterapêutica é de suma importância no tratamento dessas pacientes e, junto à equipe interdisciplinar, deve iniciar-se na Prevenção primária, e estender-se até os cuidados na terminalidade³¹. Nos últimos anos, diversos estudos consolidaram a importância da Fisioterapia no cuidado à paciente em pós-operatório de câncer de mama, para minimizar os efeitos adversos no membro superior, provocados pela cirurgia^{29,32-38}, e também para favorecer o tratamento adjuvante¹⁹. Um estudo cego, randomizado e controlado, foi realizado por Box et al (2002)³³, para avaliar o efeito da intervenção fisioterapêutica precoce e a vigilância prospectiva na evolução do linfedema secundário ao tratamento de câncer de mama. O estudo avaliou 65 mulheres, randomizadas para um grupo tratamento (GT) ou um grupo controle (GC), submetidas a avaliações no pré-operatório, no 5º DPO e nos meses 1, 3, 6, 12 e 24 pós-operatórios. Através da técnica de

mensuração de volume do braço, o linfedema clinicamente significativo foi considerado como um aumento de pelo menos 200 ml de diferença do pré-operatório entre os dois braços. O programa de intervenção fisioterapêutica para o GT consistiu de atendimento através de um Plano de cuidados fisioterapêuticos, que incluiu princípios de minimização de risco para o linfedema, e manejo precoce desta condição, assim que identificada, enquanto o GC recebeu instruções de exercícios através de um livreto, sem a supervisão de um fisioterapeuta. Aos 24 meses de pós-operatório, a incidência de linfedema foi de 21%, onde o GC apresentou uma incidência de linfedema secundário quase 3 vezes maior em comparação ao GT, e em dois terços do GC, o linfedema foi detectado a partir do 6º mês de pós-operatório. As estratégias de intervenção fisioterapêutica precoce e a vigilância prospectiva utilizadas pareceram reduzir o desenvolvimento do linfedema secundário e alterar sua progressão no GT, em comparação ao GC. Este mesmo autor investigou em outro estudo³⁴ as alterações nos movimentos do ombro e o efeito da intervenção fisioterapêutica neste mesmo grupo de mulheres, após a cirurgia para câncer de mama. Foram feitas mensurações no pré-operatório, no 5º DPO e nos meses 1, 3, 6, 12 e 24 pós-operatórios utilizando um goniômetro para avaliar os movimentos de flexão, abdução, extensão, rotação interna e rotação externa dos ombros, e um questionário para avaliar a função dos braços. Ao final de 24 meses, 26% das mulheres no GC relataram problemas residuais em contraste com 14% apresentado pelo GT, que também apresentou recuperação mais rápida aos níveis pré-operatórios de abdução do braço. Os resultados deste estudo indicaram que o plano de cuidados fisioterapêuticos utilizado resultou em melhor recuperação da amplitude de movimento do ombro durante os primeiros 2 anos após a cirurgia e que, sem um programa de exercícios supervisionado, as pacientes têm mais chances de desenvolver restrições na recuperação da amplitude de movimento do ombro.

Outro estudo randomizado e controlado realizado em 2007 por Beurskens et al., avaliou a eficácia da fisioterapia na função do ombro em 30 pacientes submetidas à ressecção axilar, prospectivamente, e dividiu-as em 2 grupos: o grupo controle recebeu um folheto com orientações e exercícios a serem realizados no domicílio, e o grupo tratamento recebeu atendimento fisioterapêutico, iniciado 2 semanas após a cirurgia. Ao final de 3 meses, o grupo tratamento apresentou significativa redução da dor e da incapacidade funcional no ombro e braço

além de melhora da amplitude de movimento de flexão e abdução, comparados ao grupo controle.

Em recente revisão sistemática realizada por Groeff et al (2015)³², para avaliar o efeito da Fisioterapia pós-operatória na incapacidade do membro superior após o tratamento do câncer de mama, observou-se que o tratamento fisioterapêutico com exercícios ativos e alongamentos foi efetivo para tratar a dor e restrição do arco de movimento. Entretanto, reforçam a necessidade de estudos de qualidade para determinar a eficácia de outras modalidades terapêuticas, bem como o tempo e conteúdo dos programas de exercício.

A abordagem fisioterapêutica deve iniciar-se no pré-operatório^{33,34,39,41} visando realizar anamnese e exame físico minuciosos e informar às pacientes sobre as possíveis sequelas do tratamento, permitindo que elas possam reconhecer alguns sinais e sintomas de complicações sensitivas e motoras, e sejam capazes de compreender as estratégias de prevenção de complicações pós-operatorias e o tratamento fisioterapêutico⁴⁰. O programa de exercícios fisioterapêuticos deve ser instituído precocemente, de forma a reduzir a dor, prevenir complicações e melhorar a função do membro superior^{34, 38,41}.

1.6 Fisioterapia na Síndrome da Rede Axilar

Apesar de não haver consenso a respeito do tratamento da SRA, a intervenção fisioterapêutica tem mostrado efeitos positivos na recuperação funcional, na atenuação dos sintomas dolorosos e restritivos ocasionados pelos cordões linfáticos, além de poder abreviar o tempo de duração da síndrome^{19,29,42,43,44,45}.

Wyrych et al (2006)⁴³, em estudo retrospectivo, analisou 193 prontuários de uma clínica de Fisioterapia, selecionando 31 registros com relato de SRA. O tratamento fisioterapêutico descrevia exercícios terapêuticos ativos e alongamento da região envolvida, além de exercícios domiciliares e técnicas de alongamento dos tecidos moles em alguns casos. Houve melhora da amplitude de abdução, e os autores concluíram que a Fisioterapia pode promover a resolução do cordoamento antes de 3 meses.

Josenhans (2007)¹⁹, em ensaio clínico, avaliou e tratou 123 mulheres submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia, que já haviam desenvolvido a SRA. O tratamento consistiu de técnicas manuais e exercícios, realizados de 2 a 3 vezes por semana. Ambos os grupos apresentaram melhora expressiva na mobilidade do ombro, redução do cordoamento e da dor, e melhora da retração cicatricial, sendo necessários 9 atendimentos para o grupo da cirurgia conservadora, e 12 para as mastectomizadas, até a remissão da sintomatologia.

No estudo longitudinal prospectivo de Lacombe et al.(2009)²⁹, as pacientes foram tratadas com drenagem linfática manual (DLM) na axila e braço homolaterais à cirurgia, além de DLM no cordão axilar e exercícios ativos para os ombros, e relataram que o tratamento fisioterapêutico foi capaz de encurtar o tempo de vigência da síndrome em 6 a 8 semanas. Tilley et al (2009)⁴², em um relato de caso, descreve o tratamento de uma paciente submetida à ressecção axilar que evoluiu com SRA no pós-operatório, utilizando calor superficial na axila, exercícios ativos e de alongamento em flexão e abdução dos ombros e exercícios domiciliares. Em 7 semanas, a paciente apresentou melhora do arco de movimento do ombro e redução do cordoamento. Fourie e Robb (2009)⁴⁴, relatam um caso com uso de técnicas de mobilização dos tecidos moles no tratamento da SRA, e o alcance do arco completo de movimento, redução da dor e do cordoamento 16 semanas após a cirurgia.

Em recente revisão sistemática realizada por Yeung et al. (2015)⁴⁵, observa-se que não há ainda uma abordagem de tratamento estabelecida, mas os autores relatam que a Fisioterapia pode ser útil e segura para o alívio dos sintomas e para acelerar o retorno às atividades, sem oferecer complicações. Entretanto, o momento ideal de início do tratamento, sua padronização e duração ainda não são claros. Segundo recente revisão sistemática, os estudos existentes sobre o assunto apresentam muitas possibilidades de viés e heterogeneidade nas metodologias, o que limita o poder das conclusões expostas⁴⁵.

A SRA é uma complicação importante e frequente no pós-operatório imediato, porém pouco valorizada na prática clínica. O diagnóstico precoce, a prevenção e o manejo da síndrome devem ser considerados nos cuidados de reabilitação da paciente com câncer de mama. Mais do que um protocolo de exercícios padronizados, é necessária uma abordagem de monitoramento pós-operatório prospectivo³⁸ na qual o fisioterapeuta possa acompanhar a evolução funcional ao

longo de um período determinado de tempo, para que seja possível realizar o diagnóstico e intervenção, evitando que a complicação se torne crônica³⁶.

2. JUSTIFICATIVA

A Síndrome da Rede Axilar é uma das principais complicações decorrentes do tratamento cirúrgico da neoplasia de mama, e consiste em uma formação tecidual tipo “cordas de guitarra” subcutânea, dolorosa e restritiva, que surge no oco axilar e ocasiona diminuição da função do membro superior e da qualidade de vida das pacientes. Ainda assim, são escassos os estudos científicos acerca dos critérios diagnósticos, avaliação e tratamento. Os poucos estudos existentes mostram variabilidade de métodos e definições, implicando em falta de padronização da pesquisa clínica, vieses e resultados por vezes inconclusivos.

Deste modo, as informações mostram-se insuficientes, para a definição de um protocolo de tratamento fisioterapêutico, culminando muitas vezes numa intervenção inadequada ou tardia, resultando em possíveis sequelas crônicas que vão afetar substancialmente sua vida pessoal, social e laboral. Além disso, o desconhecimento por parte das pacientes pode trazer grande angústia, muitas vezes levando-as a crer que o cordoamento seja uma possível recidiva da doença, por localizar-se na região da cirurgia.

Diante desse panorama, é progressiva a necessidade de se investigar o perfil de mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama, sua evolução pós-cirúrgica, as possibilidades de intervenção fisioterapêutica, bem como os possíveis efeitos dessa intervenção. Isso porque a perspectiva da elaboração de um protocolo de atendimento em Fisioterapia e sua aplicação pode trazer uma contribuição para o debate na área, e acima de tudo responder a uma demanda objetiva de melhorias no tratamento e sobrevida para esse grupo de pacientes.

Sendo assim, este trabalho teve como metas, a partir de um perfil de pacientes, elaborar e propor um Plano de atenção à clientela selecionada, com vistas a suprir as lacunas descritas anteriormente, incluindo a identificação do perfil atendido, a organização de um protocolo de Cuidados fisioterapêuticos voltado aos profissionais de Fisioterapia Oncológica, a sistematização de orientações educacionais fornecidas às pacientes, e o monitoramento pós-operatório prospectivo dos possíveis desfechos da cirurgia, incluindo a SRA.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Organizar um protocolo de atenção destinado à padronização de condutas na assistência fisioterapêutica à pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama

3.2. Objetivos específicos

- Descrever o perfil das pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico de câncer de mama no HUPE;
- Estruturar um protocolo de intervenção precoce em Fisioterapia;
- Realizar estudo de caso em uma paciente com Síndrome da Rede Axilar para avaliar possíveis efeitos da intervenção Fisioterapêutica precoce na resolução da síndrome;
- Elaborar uma cartilha voltada para a educação em saúde de pacientes em tratamento cirúrgico para o câncer de mama, incluindo o alerta sobre a Síndrome da Rede Axilar e cuidados preventivos para Linfedema.

4. METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido no Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE/UERJ), na cidade do Rio de Janeiro/RJ, voltado ao atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), que conta com uma equipe interdisciplinar em oncologia. O mesmo é parte integrante da dissertação de mestrado submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTE) Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como pré-requisito

para obtenção do grau de Mestre, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIRIO e do HUPE sob o CAAE 24753414.0.0000.5285.

Os produtos deste trabalho tiveram como foco, dados relacionados às pacientes submetidas à cirurgia para câncer de mama do HUPE, sendo estruturados sob a forma de 2 artigos, além da criação da proposta de um Plano de Cuidados Fisioterapêuticos padronizado, e de uma Cartilha Educacional destinada às pacientes:

- **1º produto: Artigo** - Perfil Sócio-demográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama
- **2º produto:** Plano de Cuidados Fisioterapêuticos para pacientes em tratamento cirúrgico de câncer de mama
- **3º produto: Artigo** - Efeito da Fisioterapia precoce na Síndrome da Rede Axilar após cirurgia de câncer de mama: relato de caso
- **4º produto:** Cartilha de orientações para pacientes submetidas à mastectomia

Os métodos específicos utilizados nas análises do primeiro e terceiro produtos encontram-se devidamente detalhados no corpo de cada artigo. A seguir, encontra-se descrita a metodologia do Plano de Cuidados Fisioterapêuticos e da Cartilha De Orientações Para Pacientes.

O Plano de Cuidados Fisioterapêuticos foi desenvolvido através de revisão de literatura utilizando as bases de dados eletrônicas Google Acadêmico, PubMed e Plataforma PEDro, e com consultas às publicações eletrônicas e impressas, desde o ano 2000, utilizando as seguintes termos: Fisioterapia, Câncer de Mama, Mastectomia, Síndrome da Rede Axilar, Linfedema e Reabilitação, com publicações nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa. A partir da necessidade de se padronizar a assistência fisioterapêutica oncológica em Mastologia no contexto de um hospital público universitário, foram coletadas as informações mais relevantes, considerando as possibilidades e restrições do serviço público de saúde brasileiro, e reunidas num protocolo de condutas, o qual foi implementado na rotina do serviço de Fisioterapia, conforme observado no relato de caso, apresentado como 3º produto deste trabalho.

A Cartilha de Orientações também foi elaborada através de revisão de literatura, utilizando as bases de dados Google Acadêmico e Plataforma PEDro, utilizando os termos: Câncer de Mama, Mastectomia, Cuidados, Enfermagem, Fisioterapia, Síndrome da Rede Axilar, Linfedema e Direitos sociais, utilizando publicações nas línguas portuguesa e inglesa. Através da parceria entre as equipes de Fisioterapia, Enfermagem e Serviço Social da Enfermaria de Ginecologia do HUPE, e utilizando os resultados obtidos do perfil das pacientes atendidas nesta Instituição, mostrado como 1º produto deste trabalho, foram sintetizadas as principais orientações preventivas a serem fornecidas às pacientes, com base na fisiopatologia das principais complicações (linfedema e SRA). Reuniões interdisciplinares foram realizadas para fins de adequação do texto e do conteúdo, e um profissional de computação gráfica realizou as ilustrações do material.

5. PRODUTO 1



Artigo original

Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama

Natalia C. Haddad,^{1*} Ana C. de A. Carvalho,² Cristiane de O. Novaes³

Resumo

O objetivo desse trabalho foi caracterizar os perfis sociodemográficos e de saúde das mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Estudo descritivo transversal, realizado no HUPE, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil. A população do estudo foi composta por 62 mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama, no período de janeiro/2012 a março/2014. Foram coletadas variáveis sociodemográficas, de estado geral de saúde e de tratamento para o câncer, através de análise de prontuário médico. A população do estudo apresentou predominância da faixa etária de 50 a 69 anos (58,1%). A maioria vivendo maritalmente (43,4%), sem trabalho formal (59,6%) e baixa escolaridade (40,4%). Houve predomínio de renda máxima de até dois salários mínimos (46,8%). Cerca de 59,6% da amostra do estudo estava acima do peso corporal ideal, 62,7% declararam não consumir bebida alcoólica e 59,3% eram não fumantes. Encontramos história familiar de câncer em 53,3% da amostra, e 21,0% tinham história familiar de câncer de mama. O tipo histológico mais incidente foi o carcinoma ductal infiltrante (83,9%), com predominância dos estadiamentos II (54,9%) e III (24,2%), encontrados principalmente no quadrante superior externo da mama (38,7%). Sobre o tratamento sistêmico da doença, 24,2% recebeu tratamento neoadjuvante, 61,3% foram submetidas à mastectomia radical modificada e 72,6% ao esvaziamento axilar. O perfil encontrado mostra baixo nível socioeconômico e fatores de risco para neoplasia de mama. O diagnóstico é tardio, em estadiamento intermediário ou avançado, sendo indicado o tratamento cirúrgico, no qual a técnica mais realizada foi a mastectomia radical modificada associada ao esvaziamento axilar.

Descritores: Neoplasias da mama; Epidemiologia; Fatores de risco.

Abstract

Sociodemographic and health profile of women undergoing surgery for breast cancer

The aim of this study was to characterize the sociodemographic and health profiles of women undergoing surgery for breast cancer at the Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Cross-sectional descriptive study conducted at the Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade do Estado Rio de Janeiro, Brazil. The study population consisted of 62 women undergoing surgery for breast cancer from January / 2012 to March / 2014. Socio-demographic variables,

1. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia no Espaço Hospitalar. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
2. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
3. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

*Endereço para correspondência:

Praia do Flamengo, 308/201
Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 22210-065.
E-mail: nataliacarion@yahoo.com.br

Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2015;14(Supl. 1):28-35
doi: 10.12957/rhupe.2015.17923
Recebido em 03/06/2015. Aprovado em 15/07/2015.

general health status, and treatment for cancer were evaluated through medical record analysis. The study population presented predominance of the 50-69 years age group (58.1%). Most cohabiting (43.4%) without formal work (59.6%) and low education (40.4%). Maximum income of up to two minimum wages was predominant (46.8%). Approximately 59.6% of the study sample was above the ideal body weight, 62.7% did not consume alcoholic beverages, and 59.3% were non-smokers. We find family history of cancer in 53.3% of the sample, and 21.0% had a family history of breast cancer. The most common histological type was Infiltrating Ductal Carcinoma (83.9%), especially in stages II (54.9%) and III (24.2%), mainly found in the outer upper quadrant of the breast (38.7%). In the systemic treatment, 24.2% received neoadjuvant treatment, 61.3% underwent Modified Radical Mastectomy, and 72.6% submitted to axillary dissection. Conclusion: The profile found shows low socioeconomic status and risk factors for breast cancer. The diagnosis was late, in intermediate or advanced stage, and surgical treatment was indicated, in which the most common technique was modified radical mastectomy associated with axillary dissection.

Keywords: Breast neoplasms; Epidemiology; Risk factors.

Resumen

Perfil sociodemográfico y de salud de las mujeres sometidas a cirugía para el cáncer de mama

El objetivo de este estudio fue caracterizar los perfiles sociodemográficos y de salud de las mujeres sometidas a cirugía para

el cáncer de mama. Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital Universitario Pedro Ernesto (HUPE) de la Universidad del Estado de Río de Janeiro, Brasil. La población de estudio se apoyó en 62 mujeres sometidas a cirugía para el cáncer de mama, de enero/2012 a marzo/2014. Se recogieron las variables sociodemográficas, estado de salud general, y el tratamiento para el cáncer a través del análisis de registros médicos. La población de estudio presenta predominio de los grupos de edad de 50-69 años (58,1%). La mayoría está en cohabitación (43,4%) sin trabajo formal (59,6%) y baja educación (40,4%). En el ingreso predomina, un máximo de hasta dos salarios mínimos (46,8%). Aproximadamente, el 59,6% de la muestra del estudio estaba por encima del peso corporal ideal, el 62,7% no consumen bebidas alcohólicas y el 59,3% no son fumadoras. Encontramos antecedentes familiares de cáncer

en un 53,3% de la muestra, y el 21,0% tienen antecedentes familiares de cáncer de mama. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante (83,9%), especialmente en las etapas II (54,9%) y III (24,2%), que se encuentra principalmente en el cuadrante superior externo de la mama (38,7%). En el tratamiento sistémico de la enfermedad, el 24,2% recibió tratamiento neoadyuvante, el 61,3% fue sometida a mastectomía radical modificada, y el 72,6% presentó disección axilar. El perfil encontrado muestra bajos factores de estado y de riesgo socioeconómicos para el cáncer de mama. El diagnóstico es tardío en la etapa intermedia o avanzada y está indicado el tratamiento quirúrgico, de las cuales la técnica más realizada es la mastectomía radical asociada con la disección axilar.

Palabras clave: Neoplasias de la mama; Epidemiología; Factores de riesgo.

Introdução

Em todo o mundo o câncer de mama é a neoplasia mais frequente entre mulheres, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, tendo atingido 1,67 milhões de casos em 2012.¹ No Brasil, a estimativa para o biênio 2014/2015 foi de 56,09 casos por 100.000 mulheres, sendo 71,18 casos/100.000 mulheres somente na Região Sudeste.²

Os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento do câncer de mama são bem conhecidos, e podemos destacar entre os principais o envelhecimento,³ características relacionadas à vida reprodutiva da mulher,⁴⁻⁶ consumo de álcool,^{7,8} sedentarismo,⁹ excesso de peso¹⁰⁻¹⁴ exposição à radiação ionizante,¹⁵ alta densidade do tecido mamário¹⁶ e história familiar de câncer de mama.¹⁷

Apesar da tendência de declínio observada mundialmente, as taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil ainda são altas, principalmente devido ao diagnóstico tardio.¹⁸ O conhecimento do perfil das mulheres diagnosticadas com câncer de mama pode fornecer um melhor entendimento acerca dos padrões de ocorrência da doença, lacunas na prevenção secundária e, ainda, apoio à elaboração de estratégias para a assistência em saúde desde a atenção básica até a alta complexidade. Esta pesquisa teve o objetivo de avaliar o perfil sociodemográfico e condições de saúde das mulheres que realizaram o tratamento cirúrgico de câncer de mama no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), no período de janeiro de 2012 a março de 2014.

Materiais e métodos

Estudo descritivo, transversal, realizado no HUPE,

Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Este hospital constitui uma unidade de atendimento de alta complexidade em oncologia (UNACON), possui equipe multidisciplinar e atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado do Rio de Janeiro. O Serviço de Mastologia deste hospital realiza, em média, 30 cirurgias de câncer de mama anualmente.

O levantamento da população foi realizado através de consulta ao livro de cirurgias da equipe de anestesia do hospital, de onde foram extraídos os registros de todas as cirurgias de mama ocorridas no período de janeiro de 2012 a março de 2014. Todos os prontuários foram analisados nos setores de arquivo médico, oncologia e radioterapia. Dos 77 pacientes identificados, 76 eram do sexo feminino, um do sexo masculino, oito casos eram de patologias mamárias benignas e um não tinha dados suficientes para análise. Cinco pacientes (7,5%) foram a óbito; seus prontuários foram retirados do arquivo médico, inviabilizando a coleta desses dados. Assim, a população do estudo foi composta por 62 pacientes internadas para tratamento cirúrgico de câncer de mama no HUPE. A coleta de dados foi realizada em abril/2014.

As variáveis sociodemográficas avaliadas foram: idade, situação conjugal, ocupação, renda familiar e escolaridade (Tabela 1). O estado de saúde incluiu: número de filhos, idade no primeiro parto, idade na menarca, idade na sexarca, idade na menopausa, tabagismo, etilismo, diagnóstico histopatológico, histórico familiar de câncer de mama, localização do tumor, estadiamento patológico, comorbidades e índice de massa corporal - IMC (kg/m²) - (Tabela 2). Sobre o tratamento cirúrgico do câncer: tipo de cirurgia realizada, abordagem axilar, tratamento neoadjuvante (Tabela 3).

Os dados foram analisados por meio de análises

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama no Hospital Universitário Pedro Ernesto do Rio de Janeiro: características sociodemográficas.

	N	%
Idade		
Menos de 35 anos	2	3,2
40 a 49 anos	6	9,7
50 a 69 anos	36	58,1
70 ou mais anos	18	29,0
Estado conjugal		
Solteira	8	13,3
Casada	25	41,7
União estável	1	1,7
Viúva	19	31,7
Separada	7	11,7
Ocupação		
Não declarada	5	8,1
Aposentada	16	25,8
Do lar	18	29,0
Trabalha fora	20	32,3
Pensionista	3	4,8
Escolaridade (anos de estudo)		
Nenhuma	4	6,5
1 a 3	4	6,5
4 a 7	17	27,4
8 a 11	9	14,5
12 ou mais	20	32,3
Não declarado	8	12,9
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	19	30,6
Até 2 salários mínimos	10	16,1
Até 3 salários mínimos	12	19,4
Até 4 salários mínimos	4	6,5
4 ou mais salários mínimos	7	11,3
Não declarado	10	16,1

Tabela 2. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama no Hospital Universitário Pedro Ernesto do Rio de Janeiro: características de saúde. (continua)

	N	%
Idade da menarca		
Antes dos 12 anos	21	35,6
Após 12 anos	36	61,0
Não declarado	2	3,4
Paridade		
Nulíparas	11	17,7
1 filho	7	11,3
2 filhos	21	33,9
3 ou mais filhos	20	32,3
Não declarado	3	4,8
Idade do primeiro parto		
Antes dos 30 anos	35	56,5
Após 30 anos	10	16,1
Não declarado	6	9,7
Nunca engravidou	11	17,7
Idade da menopausa		
Antes dos 50 anos	39	62,9
Após 50 anos	14	22,6
Não declarada	9	14,5
Índice de massa corporal (IMC = kg/m²)		
Abaixo do peso	1	1,6
Peso normal	18	29,0
Sobrepeso	25	40,3
Obesidade grau I	8	12,9
Obesidade grau II	1	1,6
Obesidade grau III	3	4,8
Não declarado	6	9,7
Tabagismo		
Sim	24	40,7
Não	35	59,3
História familiar de câncer de mama		
Sim	13	21,0
Não	48	77,4
Não declarado	1	1,6
Diagnóstico histopatológico		
Carcinoma <i>in situ</i>	4	6,5
Carcinoma ductal infiltrante	52	83,9
Carcinoma lobular infiltrante	2	3,2
Outros tipos	4	6,5

Tabela 2. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama no Hospital Universitário Pedro Ernesto do Rio de Janeiro: características de saúde. (continuação)

Estadiamento patológico		
O ou I	11	17,7
IIA	22	35,5
IIB	12	19,4
IIIA	8	12,9
IIIB	2	3,2
IIIC	5	8,1
Não declarado	2	3,2
Localização		
Quadrante superior externo	24	38,7
Quadrante inferior externo	5	8,1
Junção de quadrantes	7	11,3
Quadrante superior interno	8	12,9
Quadrante inferior interno	7	11,3
Retroareolar	6	9,7
Não informada	5	8,1

Tabela 3. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama no Hospital Universitário Pedro Ernesto do Rio de Janeiro: características do tratamento.

	N	%
Tipo de cirurgia		
Cirurgia conservadora da mama	17	27,4
Mastectomia radical modificada	38	61,3
Mastectomia Patey	3	4,8
Mastectomia simples	2	3,2
Mastectomia higiênica	1	1,6
Inoperável	1	1,6
Abordagem axilar		
Nenhuma	4	6,5
Biópsia do linfonodo sentinela	13	21,0
Esvaziamento axilar	39	62,9
BLS + EA	6	9,7
Tratamento neoadjuvante		
Não	44	71,0
Sim	15	24,2
Não declarado	3	4,8

Legenda:
BLS – Biópsia do linfonodo sentinela
EA – Esvaziamento axilar

descritivas univariadas, utilizando o programa SPSS 17.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa através do parecer nº 636.477.

Resultados e discussão

Das 62 mulheres incluídas no estudo, a análise univariada mostrou idade entre 27 e 87 anos (M = 61,8 anos DP ± 13,11), sendo a faixa etária predominante entre 50 e 69 anos (58,1%), seguido do grupo com 70 ou mais anos (29,0%). Outros estudos corroboram com este achado, reafirmando a idade como fator de risco para o câncer de mama, com taxas crescentes a partir de 50 anos de idade.^{2,18-19} Por outro lado, mulheres com idade inferior a 30 anos têm pior sobrevida global²⁰ devido às dificuldades para o rastreamento nessa faixa etária, com o diagnóstico sendo realizado em estadiamento mais avançado²¹ ou devido à biologia mais agressiva do tumor.²²

Com relação ao estado conjugal, 43,4% eram casadas ou viviam com um companheiro, assim como observado no estudo de Leite e colaboradores.¹⁹ O estado conjugal não é considerado um fator de risco para o desenvolvimento da doença, mas o fato de ter um companheiro está associado a um melhor suporte social, otimismo e qualidade de vida entre mulheres sobreviventes.²³

No que diz respeito à ocupação, 32,3% trabalhavam fora de casa. A renda média familiar foi de R\$ 1.735,00 (DP ± 1.146,00), com 30,6% das mulheres recebendo até um salário mínimo. Com relação à escolaridade, a média de anos estudados foi de 4,11 anos (DP ± 1,62), e cerca de 40,4% da amostra não concluiu o ensino fundamental. A baixa renda familiar associada à baixa escolaridade são considerados fatores de risco para muitos processos saúde-doença, inclusive as neoplasias. De acordo com Shi e colaboradores,²⁴ melhores condições econômicas, representadas pela cobertura de um seguro de saúde, estão relacionadas diretamente com a sobrevida global e inversamente relacionadas ao diagnóstico tardio e à taxa de mortalidade por câncer de mama. Em estudo de coorte histórico realizado em Santa Catarina, mulheres com primeiro grau incompleto apresentaram risco 3,76 vezes maior de morrer do que aquelas com nível superior, enquanto as analfabetas tiveram um risco 7,40 vezes maior.²⁰ Ainda, a baixa escolaridade reduz as chances de acesso ao exame clínico das mamas e à realização de mamografias, aumentando as chances de um diagnóstico tardio e a taxa de mortalidade²⁵ (Tabela 1).

O perfil hormonal e reprodutivo da mulher

relaciona-se com o desenvolvimento do câncer de mama. Aproximadamente 2/3 das pacientes com câncer de mama na pós-menopausa apresentam tumores dependentes de hormônio (estrogênio-dependentes), cujo hormônio é responsável por estimular o crescimento e a proliferação das células de carcinoma da mama dependentes dele. O estradiol é o estrogênio endógeno mais potente, e é biossintetizado a partir de andrógenos por uma enzima chamada 'aromatase', a qual é encontrada em altos níveis nos ovários de mulheres na pré-menopausa, na placenta de mulheres grávidas e nos tecidos adiposos periféricos de mulheres na pós-menopausa. A expressão dessa enzima também é alta nos tumores mamários e em regiões próximas ao tumor.²⁶ Sendo assim, condições que expõem a mulher à ação prolongada dos hormônios sexuais, tais como: nuliparidade, menarca precoce, tempo entre a menarca e o primeiro parto, idade avançada ao primeiro parto, menopausa tardia e uso de terapia de reposição hormonal na menopausa são considerados fatores de risco para o câncer de mama.⁴ A tabela 2 mostra que, com relação à paridade, somente 17,7% da amostra era de nulíparas, a maioria das participantes teve o primeiro filho antes dos 30 anos de idade (56,5%), com idade média do primeiro parto de 17,6 anos (DP $\pm$ 12,19), e média de dois filhos por mulher. Dados similares foram encontrados em recente estudo descritivo realizado no município de São Mateus - ES, que avaliou 27 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, das quais 87% já haviam engravidado e 85% tiveram o primeiro parto com idade inferior a 30 anos.¹⁹

Com relação às idades de ocorrência da menarca e menopausa, observou-se que 61,0% tiveram a menarca após os 12 anos de idade e 62,9% entraram na menopausa antes dos 50 anos. Apesar das características hormonais e reprodutivas dessa amostra não terem mostrado correlação com o desenvolvimento do câncer de mama, essas são condições que expõem a mulher à ação prolongada dos hormônios sexuais, o que pode aumentar o risco de desenvolvimento da doença, devendo sempre ser consideradas na história clínica das pacientes.²⁸

Dentre os fatores de risco modificáveis para o câncer de mama, são citados o tabagismo, o etilismo e a obesidade. Na amostra estudada, o tabagismo ativo (atual ou prévio) esteve presente em 40,7% das participantes (vs. 59,3% não fumantes). Recente estudo multicêntrico de coorte realizado nos países europeus (EPIC Study) mostrou que o tabagismo (ativo ou passivo) aumenta o risco de desenvolver a doença, sendo particularmente

danoso entre a menarca e a primeira gravidez a termo.²⁹

Neste estudo, o consumo de bebida alcoólica (atual ou prévio), foi declarado por 37,3% das mulheres (vs. 62,7% abstêmias), o que difere do estudo prospectivo de base populacional no Japão, o qual demonstrou que, comparado aos abstêmios ("nunca bebedores"), as pessoas que consomem bebida alcoólica regularmente estão sob maior risco de desenvolver câncer de mama.⁷

Outro fator a ser observado é a obesidade, que tem sido associada ao câncer de mama tanto por promover a liberação de mediadores inflamatórios, estimulando o crescimento tumoral, quanto por aumentar os níveis de estrogênio circulantes no organismo através da ação da enzima aromatase, podendo resultar em recidiva, metástase, aumentando a mortalidade e a incidência de câncer de mama contralateral e outros tipos de câncer.³⁰ Segundo pesquisa realizada em 2014 pelo Ministério da Saúde,³¹ as taxas de obesidade no Brasil estão estabilizando, porém 49,2% das mulheres entrevistadas na Região Sudeste estavam acima do peso e 17,6% delas eram obesas, com risco aumentado de desenvolver doenças crônicas, incluindo o câncer. Em nosso estudo, 59,6% das mulheres estavam acima do peso corporal ideal, sendo 19,3% obesas. Essas informações estão em consonância com os resultados do estudo de inquérito populacional, compreendendo 439 mulheres entre 40 e 69 anos no município de Maringá, onde 38,7% das entrevistadas estavam na faixa de sobrepeso e 24% eram obesas.³²

A comorbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS), presente em 59,7% dos casos. Li e colaboradores,³³ em seu estudo caso-controle, ao avaliar a relação entre drogas anti-hipertensivas e risco de câncer de mama, encontraram risco de desenvolver a doença aumentado em 40% para pacientes que utilizavam bloqueadores dos canais de cálcio de ação curta, mas essa correlação não existiu para outros tipos de anti-hipertensivos.

Embora não constituam a maioria dos casos, os antecedentes de câncer de mama na família também contribuem para o desenvolvimento da neoplasia. O câncer é uma doença genômica, em que ocorrem mutações no material genético das células, culminando com a malignidade. Diversos processos genéticos estão envolvidos com a carcinogênese e o fato de possuir essas mutações como característica familiar amplia as chances de um indivíduo desenvolver a doença. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA),² o histórico familiar amplia em duas a três vezes o risco de desenvolver câncer de mama. Em nosso estudo,

53,3% das mulheres tinham história familiar de câncer e 21,0% tinham história familiar de câncer de mama. A associação entre o histórico familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau com o risco aumentado de desenvolver a doença também foi observada em recente revisão sistemática.³⁴

O presente estudo mostra 83,9% da população com diagnóstico histopatológico de carcinoma ductal infiltrante (CDI). O estudo de sobrevida realizado no Estado de Santa Catarina em 2009²⁰ mostrou predominância deste tipo histológico em 77,7% da amostra, achado também relatado no estudo de Moura e colaboradores³⁵ em 73,4% da população.

A localização mais prevalente do tumor mamário foi no quadrante superior externo da mama (38,7%); dados também encontrados em outro estudo,³⁵ que mostrou prevalência de neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama (CID C50.4).

Quanto ao diagnóstico, os estadiamentos mais encontrados foram II (54,9%) ou III (24,2%), com dois casos em estadiamento IV, que foram a óbito. O estadiamento ao diagnóstico constitui importante fator prognóstico na sobrevida, pois mulheres diagnosticadas em estádios mais precoces são submetidas a tratamentos menos agressivos, apresentam menos complicações inerentes ao tratamento e têm um risco reduzido de morte. Em estudo de sobrevida realizado por Schneider e colaboradores,²⁰ pode-se observar que as mulheres diagnosticadas em estágio clínico I tiveram melhor sobrevida global em cinco anos (93,6%), ao passo que as que foram diagnosticadas em estágio III tiveram um risco de óbito 7,18 vezes maior.

Apesar dos avanços no tratamento para o câncer de mama, com a tendência atual em se realizar cirurgias menos mutilantes, 61,3% das pacientes neste estudo foram submetidas à mastectomia radical modificada Madden (MRM), técnica cirúrgica que retira toda a glândula mamária, preservando os músculos peitorais. Contudo, no estudo de Moura e colaboradores, a técnica cirúrgica prevalente foi a cirurgia conservadora em 63% dos casos.³⁵ A mastectomia radical promove um maior impacto negativo para as mulheres, em comparação com as cirurgias conservadoras, principalmente devido às alterações emocionais, na imagem corporal e a incapacidade funcional relacionadas.³⁶ É importante ressaltar que, desse universo, houve três casos de mulheres submetidas à mastectomia radical Patey (4,8%), com retirada do músculo peitoral menor, a qual piora a qualidade de vida dessas mulheres por ocasionar importantes alterações motoras no membro superior

do lado operado.

A mastectomia comumente é acompanhada da retirada dos linfonodos axilares, ou esvaziamento axilar (EA), procedimento importante no estadiamento e controle locorregional do câncer, pois é através do sistema linfático que o tumor pode emitir metástases locais ou a distância. Nos últimos anos, o EA vem dando lugar à biópsia do linfonodo sentinela (BLS), técnica minimamente invasiva, destinada aos casos em estadiamento mais precoce, que se baseia na retirada dos primeiros linfonodos que recebem a drenagem de linfa do tumor.³⁷ Além de reduzir o risco de linfedema no membro superior, o uso da BLS apresenta taxas de recorrência locorregional em oito anos semelhantes às do EA, e parece apresentar melhor custo-efetividade em 20 anos.³⁸ Em nosso estudo, 62,9% das pacientes foram submetidas ao esvaziamento axilar e 9,7% necessitaram realizar o EA após uma BLS.

Sobre o tratamento sistêmico, constatou-se que 24,2% das mulheres recebeu tratamento neoadjuvante. O tratamento neoadjuvante é aquele realizado antes da cirurgia, cujo objetivo é o de reduzir o tamanho do tumor, seja para melhorar as condições da cirurgia em tumores considerados irresssecáveis, seja para favorecer a realização da cirurgia conservadora em alguns casos candidatos à cirurgia radical.³⁹ Essa forma de tratamento beneficia as mulheres com indicação para mastectomia devido à extensão anatômica do tumor, permitindo a cirurgia conservadora em 50 a 75% das pacientes.⁴⁰ Porém, é importante ressaltar que, na maioria dos casos, a necessidade de realização de tratamento neoadjuvante fala a favor de um estado avançado da doença, que necessita ser reduzida para permitir uma cirurgia menos agressiva.

Conclusão

O perfil das pacientes atendidas no período mostra baixo nível socioeconômico e alta prevalência dos fatores de risco para neoplasia de mama, principalmente obesidade e história familiar de câncer. A falta de prevenção dos fatores de risco na atenção primária e ausência de diagnóstico precoce na atenção secundária, provavelmente facilitaram o diagnóstico tardio, em estadiamento intermediário ou avançado, sendo necessário um tratamento cirúrgico mais invasivo nestas fases, a fim de evitar recidiva ou metástase do câncer, cujo prognóstico é de redução da sobrevida e qualidade de vida, frente aos efeitos provocados por cirurgias. Logo, nossos dados apontam para a necessi-

dade de criação de estratégias de prevenção primária de fatores de risco para neoplasia de mama e secundárias de rastreamento e diagnóstico precoce, sendo parte do esforço de se propiciar itinerários terapêuticos mais eficientes e eficazes para o manejo da doença.

Agradecimentos

À equipe de anestesia do HUPE, por disponibilizar tão gentilmente o livro de registros de cirurgias. Aos funcionários do Arquivo Médico, especialmente Sr. Celso Araújo, Sr. Luiz do Carmo e Daniela Sucupira; ao chefe da Oncologia Clínica, Dr. Carlos Eduardo Sampaio e ao chefe da Radioterapia, Dr. Rafael Daher, pela receptividade e por toda a atenção dispensada para a realização deste trabalho.

Referências

- Bray F, Ren J-S, Masuyer E, et al. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *International Journal of Cancer*. 2013 Mar 1;132(5):1133-45.
- Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
- Cappellani A, Di Vita M, Zanghi A, et al. Prognostic factors in elderly patients with breast cancer. *BMC Surg*. 2013;13 Suppl 2:S2.
- Anderson KN, Schwab RB, Martinez ME. Reproductive risk factors and breast cancer subtypes: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*. 2014 Feb;144(1):1-10.
- Pan H, He Z, Ling L, et al. Reproductive factors and breast cancer risk among BRCA1 or BRCA2 mutation carriers: results from ten studies. *Cancer Epidemiol*. 2014 Feb;38(1):1-8.
- Lacey JV, Kreimer AR, Buys SS, et al. Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the prostate, lung, colorectal and ovarian (PLCO) cancer screening trial cohort. *BMC Cancer*. 2009;9:84.
- Iwasaki M, Tsugane S. Risk factors for breast cancer: epidemiological evidence from Japanese studies. *Cancer Science*. 2011 Sep 1;102(9):1607-14.
- Park S-Y, Kolonel LN, Lim U, et al. Alcohol consumption and breast cancer risk among women from five ethnic groups with light to moderate intakes: the multiethnic cohort study. *Int J Cancer*. 2014 Mar 15;134(6):1504-10.
- Key J, Hodgson S, Omar RZ, et al. Meta-analysis of studies of alcohol and breast cancer with consideration of the methodological issues. *Cancer Causes Control*. 2006 Aug;17(6):759-70.
- Goncalves AK, Dantas FG, Maissonnette de ASM, et al. Effects of physical activity on breast cancer prevention: a systematic review. *Journal of physical activity & health*. 2014;11(2):445-54.
- Ahn J, Schatzkin A, Lacey JV, et al. Adiposity, adult weight change, and postmenopausal breast cancer risk. *Arch Intern Med*. 2007 Oct 22;167(19):2091-102.
- Protani M, Coory M, Martin JH. Effect of obesity on survival of women with breast cancer: systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2010 Oct;123(3):627-35.
- Vrieling A, Buck K, Kaaks R, et al. Adult weight gain in relation to breast cancer risk by estrogen and progesterone receptor status: a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*. 2010 Oct 1;123(3):641-9.
- De Pergola G, Silvestris F. Obesity as a major risk factor for cancer. *J Obes [Internet]*. 2013 [cited 2014 Sep 1];2013. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3773450/>.
- Nguyen DH, Oketch-Rabah HA, Illa-Bochaca I, et al. Radiation acts on the microenvironment to affect breast carcinogenesis by distinct mechanisms that decrease breast cancer latency and affect tumor type. *Cancer Cell*. 2011 May 17;19(5):640-51.
- Checka CM, Chun JE, Schnabel FR, et al. The relationship of mammographic density and age: implications for breast cancer screening. *American Journal of Roentgenology*. 2012 Mar 1;198(3):W292-5.
- Meaney-Delman D, Bellcross CA. Hereditary breast/ovarian cancer syndrome: a primer for obstetricians/gynecologists. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2013 Sep;40(3):475-512.
- Gonçalves LLC, Travassos GL, de Almeida AM, et al. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014;48(3):394-400.
- Leite FMC, Gonçalves CRA, Amorim MHC, et al. Diagnóstico de câncer de mama: perfil socioeconômico, clínico, reprodutivo e comportamental de mulheres. *Cogitare Enfermagem [Internet]*. 2012 [cited 2015 Mar 19];17(2). Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/27896>.
- Schneider IJC, d' Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil Five-year survival and prognostic factors in women with breast cancer in Santa Catarina State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1285-96.
- Pinheiro AB, Lauter DS, Medeiros GC, et al. Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. *Rev bras cancerol*. 2013 Sep;59(3):351-9.
- Ka C, Mn F, Pg M. Biological subtypes of breast cancer: current concepts and implications for recurrence patterns. *Q J Nucl Med Mol Imaging*. 2013 Dec;57(4):312-21.
- Croft L, Sorkin J, Gallicchio L. Marital status and optimism score among breast cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2014 Jun 8;22(11):3027-34.
- Shi R, Taylor H, McLarty J, et al. Effects of payer status on breast cancer survival: a retrospective study. *BMC Cancer*. 2015 Apr 1;15(1):211.
- Molina L, Dalben I, De Luca LA. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2003;185-90.
- Brueggemeier RW, Hackett JC, Diaz-Cruz ES. Aromatase inhibitors in the treatment of breast cancer. *Endocrine Society*; 2013 [cited 2015 May 13]. Available from: <http://press.endocrine.org/doi/10.1210/er.2004-0015>.
- Leite FMC, Bubach S, Amorim MHC, et al. Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com tamoxifeno: perfil sociodemográfico e clínico. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2011;57(1):15-21.
- Kobayashi S, Sugiura H, Ando Y, et al. Reproductive history and breast cancer risk. *Breast Cancer*. 2012 Jun 19;19(4):302-8.
- Dossus L, Boutron-Ruault M-C, Kaaks R, et al. Active and passive cigarette smoking and breast cancer risk: Results from

- the EPIC cohort. *Int J Cancer*. 2014 Apr 15;134(8):1871-88.
30. Papa AM, Pirfo CBL, Murad AM, et al. Impacto da obesidade no prognóstico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica Vol* [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 9];9(31). Available from: <http://sboc.org.br/revista-sboc/pdfs/31/artigo3.pdf>
31. Vigitel 2014: Obesidade estabiliza no Brasil, mas excesso de peso aumenta [Internet]. Portal da Saúde – Ministério da Saúde – www.saude.gov.br. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/17455-obesidade-estabiliza-no-brasil-mas-excesso-de-peso-aumenta>.
32. Matos JC de, Pelloso SM, Carvalho MD de B. Prevalence of risk factors for breast neoplasm in the city of Maringá, Paraná state, Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010 Jun;18(3):352-9.
33. Li CI, Daling JR, Tang MC, et al. Use of antihypertensive medications and breast cancer risk among women aged 55 to 74 years. *JAMA Intern Med*. 2013 Sep 23;173(17):1629-37.
34. Nelson HD, Zakher B, Cantor A, et al. Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*. 2012;156(9):635-48.
35. Moura NAV de, Castro VB, Costa MA de O. Epidemiological profile of women with breast cancer treated in hospital philanthropic reference / Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de mama tratadas em hospital filantrópico de referência. *Revista de Enfermagem da UFPI*. 2014 Jan 6;2(4):35-41.
36. Correia GN, Oliveira J, Mesquita-Ferrari RA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia radical e segmentar. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2007;14(3):31-6.
37. Dengel LT, Zee KJV, King TA, et al. Axillary dissection can be avoided in the majority of clinically node-negative patients undergoing breast-conserving therapy. *Ann Surg Oncol*. 2013 Aug 22;21(1):22-7.
38. Verry H, Lord SJ, Martin A, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of sentinel lymph node biopsy compared with axillary node dissection in patients with early-stage breast cancer: a decision model analysis. *Br J Cancer*. 2012 Mar 13;106(6):1045-52.
39. Barros A, Barbosa EM, Gebrim LH, et al. Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. São Paulo: Associação Médica Brasileira/Brasília: Conselho Federal de Medicina [Internet]. 2001 [cited 2015 May 14]; Available from: <http://www.sauededireta.com.br/docsupload/1331328369024.pdf>.
40. Tiezzi DG. Cirurgia conservadora no câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(8):428-34.

6. PRODUTO 2

PLANO DE CUIDADOS FISIOTERAPÊUTICOS PARA PACIENTES EM TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CÂNCER DE MAMA

Pré-operatório

1. À admissão da paciente para internação hospitalar, deverá ser realizada avaliação fisioterapêutica em folha de anamnese própria **(anexo 1)**
2. Aplicação da escala de funcionalidade do ombro ASES **(anexo2)**
3. Fornecer orientações quanto à importância dos exercícios no pós-operatório, esclarecendo o plano fisioterapêutico.
4. Orientar exercícios antitrombóticos para os membros inferiores e exercícios respiratórios para manutenção dos volumes e capacidades pulmonares fisiológicos.
5. Não serão realizados exercícios com os membros superiores.

1º dia pós-operatório:

1. Avaliação fisioterapêutica em folha de anamnese própria
2. Goniometria não é realizada devido à restrição promovida pela cicatrização e presença do dreno.
3. Orientações sobre cuidados preventivos para linfedema e alerta sobre surgimento de sintomas de cordoamento linfático
4. Estimulo à posição sentada no leito
5. Estímulo à deambulação, se houver condições clínicas da paciente
6. Orientações quanto ao posicionamento do membro superior **(anexo3)**
7. Orientações quanto às transferências no leito (sentar e levantar, manejo do dreno)
8. Início do protocolo fisioterapêutico fase 1 – exercícios de MMSS até 90° de amplitude **(anexo 4)**

Quando a paciente receber alta hospitalar:

1. Agendar retorno ambulatorial semanal
2. Orientar exercícios domiciliares
3. Orientar cuidados preventivos domiciliares

Seguimento ambulatorial

1. Atendimento semanal para tratamento das complicações cirúrgicas e reabilitação funcional
2. Após retiradas de pontos e dreno , início de protocolo fisioterapêutico fase 2 (**anexo 5**), realizando exercícios de membros superiores com amplitude livre
3. Alerta constante sobre sintomas de cordoamento linfático e linfedema

Seguimento 30 dias

1. Avaliação fisioterapêutica em folha de anamnese própria , incluindo palpação da axila para avaliar cordoamento linfático
2. Atendimento semanal, consulta com duração média de 40 minutos - Manejo de sintomas sensitivos e motores
3. Prescrição de sutiã de algodão e prótese mamária externa quando da efetivação da ferida operatória.
4. Orientar sobre retorno gradual às atividades domésticas e/ou profissionais

Seguimento 60 dias

1. Avaliação fisioterapêutica em folha de anamnese própria
2. Atendimento semanal, consulta com duração média de 40 minutos
3. Manejar os eventos adversos decorrentes de tratamento adjuvante

- RADIOTERAPIA – Reforçar a importância dos cuidados com a pele e a prática de exercícios durante o tratamento. Reavaliação após 10 sessões de RXT, e ao término das sessões (após 15 dias). A paciente não poderá utilizar prótese mamária nesse período, retornando somente após 15 dias do término da RXT.
 - QUIMIOTERAPIA – orientar sobre manejo dos efeitos tóxicos, especialmente indicar exercícios aeróbicos nos casos de fadiga
 - HORMONIOTERAPIA- orientar sobre manejo dos efeitos tóxicos.
4. Orientar sobre retorno gradual às atividades domésticas e/ou profissionais

Seguimento 90 dias

1. Avaliação fisioterapêutica em folha de anamnese própria
2. Supervisão mensal até 180 dias
3. Manejar os eventos adversos decorrentes do tratamento adjuvante
5. Orientar sobre retorno gradual às atividades domésticas e/ou profissionais
6. Reforçar cuidados preventivos para linfedema

Seguimento 180 dias

1. Avaliação fisioterapêutica em folha de anamnese própria
2. Manejar os eventos adversos decorrentes do tratamento adjuvante
3. Orientar sobre retorno gradual às atividades domésticas e/ou profissionais
4. Reforçar cuidados preventivos para linfedema
5. Agendar retorno de 12 meses

Seguimento 12 meses

1. Avaliação fisioterapêutica em folha de anamnese própria
2. Orientar sobre os possíveis eventos adversos decorrentes do tratamento adjuvante

3. Alta fisioterapêutica em condições clínicas favoráveis , na ausência de condições progressivas
4. Prescrição de retorno gradual à atividade física , respeitando as limitações funcionais impostas pelo tratamento e os cuidados preventivos para linfedema
5. Estimulo a hábitos saudáveis de vida.

7. PRODUTO 3

EFEITO DA FISIOTERAPIA NA SÍNDROME DA REDE AXILAR APÓS CIRURGIA DE CÂNCER DE MAMA: ESTUDO DE CASO

HADDAD, Natalia C^{1,2}. MARTINS, Elian LS². NOVAES, Cristiane O¹.

¹Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia no Espaço Hospitalar. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Fisioterapeuta do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Universidade Estadual do Rio de Janeiro UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO ESTRUTURADO

OBJETIVO : O objetivo deste estudo é de relatar um caso de intervenção fisioterapêutica precoce na Síndrome da Rede Axilar após Cirurgia conservadora de Câncer de Mama.

MÉTODOS: Estudo de caso com intervenção fisioterapêutica a partir do 1º dia de pós-operatório e seguimento ambulatorial, que utilizou a Goniometria para avaliar amplitude de movimento do ombro, Escala Visual Analógica para avaliar o quadro algico e Escala ASES para avaliar o grau de incapacidade funcional. As avaliações foram realizadas no pré-operatório e no 30º, 60º e 90º dias de pós-operatório. O estudo foi conduzido na Enfermaria de Ginecologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, Brasil.

RESULTADOS: Ao final de 4 sessões de fisioterapia, a paciente mostrou melhora da amplitude de movimento do ombro, remissão do quadro algico e aumento do escore ASES, indicando menos sintomas no membro superior e mais funcionalidade.

CONCLUSÕES: A intervenção fisioterapêutica precoce possibilita melhores resultados do tratamento ao consentir que efeitos indesejáveis sejam previstos e manejados precocemente.

Palavras-chave: Câncer de mama; cirurgia; excisão de linfonodo; efeitos adversos; fisioterapia; reabilitação.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The aim of this study is to report early physical therapy intervention in an Axillary Web syndrome's case after conservative surgery for breast cancer.

METHODS: Case study with physiotherapy intervention from the 1st day after surgery and outpatient follow-up, which used Goniometry to evaluate shoulder range of motion, Visual analog scale (VAS) to assess pain and ASES scale to assess the degree of functional disability. The evaluations were performed preoperatively and on the 30th, 60th and 90th days after surgery. The study was conducted at the Gynecology Ward of the University Hospital Pedro Ernesto, UERJ, Brazil.

RESULTS: To the end of 4 Physical therapy sessions, patient showed improved shoulder range of motion, pain remission and increased ASES score indicating fewer symptoms in the arm and more functionality.

CONCLUSIONS: Early physiotherapy intervention enables better treatment outcomes to consent that undesirable effects are provided and managed early.

Keywords: Breast cancer; surgery; lymph node excision; adverse effects; physiotherapy; rehabilitation.

RESUMEN ESTRUCTURADO

OBJETIVO : El objetivo de este estudio es informar temprana intervención de terapia física en el síndrome “axillary-web” después de la cirugía conservadora del cáncer de mama.

METODOS: Estudio de caso con la intervención de fisioterapia desde el primero día después de la cirugía y el seguimiento ambulatorio, que solía Goniometría para evaluar rango de movimiento del hombro, la escala analógica visual para evaluar el cuadro doloroso y escala ASES para evaluar el grado de discapacidad funcional. Las evaluaciones se realizaron antes de la operación y el día 30, 60a y 90a días después de la cirugía. El estudio se realizó en la sala de Ginecología del Hospital Universitario Pedro Ernesto, UERJ, Brasil.

RESULTADOS: Al final de cuatro sesiones de fisioterapia , el paciente mostró una mejoría en el rango de movimiento del hombro , las manifestaciones de la remisión del dolor y el aumento de la puntuación ASES que indica un menor número de síntomas en el brazo y una mayor funcionalidad.

CONCLUSIONES: La intervención de fisioterapia precoz permite mejores resultados del tratamiento a dar su consentimiento a que los efectos indeseables se gestionan temprano.

Palabras clave: Cáncer de mama; cirugía; ganglios escisión nodo; efectos adversos; fisioterapia; rehabilitación.

Declaração de conflitos de interesse: Não há

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Rede Axilar (SRA) é uma complicação que pode surgir após o tratamento de câncer de mama¹. A excisão de linfonodos axilares, através de Biópsia do linfonodo sentinela (BLS) ou Linfadenectomia axilar (LA), é fundamental para o controle locorregional da doença, porém implica em efeitos precoces e tardios no membro superior homolateral à cirurgia, tais como dor, linfedema, alterações sensitivas e restrição articular no ombro².

Além da retirada de linfonodos axilares, a retração tecidual e o posicionamento do paciente durante a cirurgia contribuem para uma injúria linfovenosa³. Esses linfáticos lesionados sofrem fibrose e podem aderir à axila ou ao tórax através de tecido cicatricial, formando cordões inflexíveis que “saltam” sob a pele ao se elevar o braço, provocando dor e receio de movimentá-lo⁴.

Ao exame físico, observa-se um cordoamento subcutâneo na axila, tenso, palpável, que pode se estender à face medial do braço até o nível do 3º ulnar no cotovelo, alcançando a base do polegar em alguns casos⁵. Este quadro tem início no pós-operatório imediato e associa-se à restrição de movimento do ombro e à dor.

Inicialmente descrita como síndrome autolimitada (com remissão espontânea)^{3,6}, observou-se que nem todos os casos sofrem remissão espontânea, e há relatos de recidiva no pós-operatório tardio e/ou durante tratamento adjuvante⁷.

Diante desse quadro doloroso e restritivo, que pode gerar impacto funcional às atividades cotidianas, a intervenção fisioterapêutica precoce pode ser de grande valia na redução da dor, no ganho funcional e na qualidade de vida destas pacientes. Muitas dessas mulheres precisam de

cuidar ativamente de seus lares, e ainda podem retornar ao mercado de trabalho. O aumento da sobrevida das pacientes com câncer de mama aponta para a necessidade de atenção às possíveis sequelas físicas e emocionais pós-tratamento.

O objetivo do presente estudo é relatar um caso, cuja paciente recebeu intervenção fisioterapêutica precoce após cirurgia para câncer de mama, apresentando rápida resolução do quadro restritivo, doloroso e funcional após surgimento de cordões linfáticos axilares.

DESCRIÇÃO DO CASO

Mulher de 52 anos, solteira, doméstica, altura 1,62m, peso 54kg, IMC= 20,58 kg/m², sem comorbidades, portadora de Carcinoma Ductal Infiltrante em Quadrante Superior Externo da mama esquerda, internou para realização de cirurgia de câncer de mama. A avaliação fisioterapêutica pré-operatória consistiu de análise de prontuário clínico e exame físico. Através de análise de prontuário, obtiveram-se os dados pessoais (idade, peso, altura, estado conjugal, ocupação) e informações de saúde (diagnóstico, localização, tratamentos complementares, dor, estadiamento, comorbidades). O exame físico consistiu de goniometria dos ombros para avaliar o arco de movimento⁸ com goniômetro plástico graduado de 0 a 360° da marca CRITICALMED. Foram avaliadas as amplitudes de abdução e flexão ativas de ambos os ombros, onde a paciente alcançou 180° em ambos os movimentos.

A funcionalidade dos membros superiores foi avaliada pela Escala *American Shoulder and Elbow Surgeons Standardized Assessment Form (ASES)*, utilizada para mensurar limitações funcionais e dor no ombro, a qual é traduzida e adaptada à população brasileira⁹. Composta por duas subseções: uma avalia dor através de escala visual analógica (EVA) e a outra avalia quantitativamente a habilidade de realizar atividades cotidianas. O resultado dessa escala gera um escore, que pode variar de 0 (nenhuma funcionalidade) a 100 (funcionalidade normal). O escore

obtido no pré-operatório desta paciente foi 100. As avaliações subsequentes foram realizadas no 30º, 60º e 90º dias de pós-operatório (DPO).

Para acompanhar possível surgimento de linfedema, a variação de volume no membro superior foi avaliada através de perimetria, técnica que mensura o diâmetro do membro superior, em centímetros, utilizando uma fita métrica¹⁰. Uma diferença de 2 cm ou mais no diâmetro foi considerada para configurar linfedema. A partir da fossa antecubital, foram marcados pontos com distância de 7 cm e avaliada sua circunferência. Ao todo foram avaliados 6 pontos, perfazendo 42 cm (da porção proximal do úmero à porção distal do rádio).

A paciente foi submetida à Quadrantectomia de mama esquerda com Linfadenectomia níveis 1 e 2 em 18/08/2014, e colocado um dreno de sucção com sistema fechado. Não houve intercorrências durante a cirurgia ou internação hospitalar. O laudo histopatológico revelou ausência de doença residual, com 12 linfonodos negativos para metástase.

A retirada do dreno ocorreu no 4º dia de pós-operatório (DPO), quando a paciente recebeu alta hospitalar. Os pontos cirúrgicos foram retirados no 7º DPO.

O atendimento fisioterapêutico foi iniciado na enfermaria, no 1º DPO com o seguinte protocolo:

FASE I – durante internação hospitalar, na presença de dreno e pontos cirúrgicos. Foram realizados 3 atendimentos semanais, com duração média de 30 minutos. Cada sessão consistiu de cinesioterapia respiratória (padrões ventilatórios), exercícios antitrombóticos para os membros inferiores, cinesioterapia motora ativa para cintura escapular e coluna cervical, cinesioterapia ativa limitada a 90º para os membros superiores, orientação sobre posicionamento do membro homolateral à cirurgia e otimização das transferências no leito. Nenhuma manipulação foi feita na cicatriz antes de sua completa efetivação.

FASE II – Após a retirada de dreno e pontos cirúrgicos, 1 sessão semanal de Fisioterapia ambulatorial com duração média de 50 minutos foi realizada durante 3 meses. Cinesioterapia motora com amplitude articular livre (no limite da paciente) na cintura escapular, ombros e coluna cervical, além de alongamento dos músculos da região dos ombros e membro superior. Massoterapia pericicatricial foi aplicada após resolução cicatricial e crioterapia local (técnica da bolsa de gelo) foi realizada como recurso antiálgico, se necessário. Orientações domiciliares foram fornecidas quanto aos cuidados com a pele e prevenção de linfedema, além de exercícios domiciliares diários.

O seguimento ambulatorial iniciou-se no 7º DPO. A paciente apresentava boa evolução pós-operatória, sem dor, porém com limitação do arco de movimento (devido à presença de pontos cirúrgicos). Havia o relato de sensação subjetiva de edema no braço esquerdo (porém sem incremento de volume), e hipoestesia na face medial do braço e axila esquerdos (sintoma comum à lesão do Nervo Intercostobraquial). No 14º DPO a paciente relatou intenso quadro álgico na axila esquerda (EVA= 10) ao tentar flexionar ou abduzir o membro superior além de 90°. Um “cordoamento” subcutâneo axilar, palpável, foi notado pela Fisioterapeuta (Fig.1).

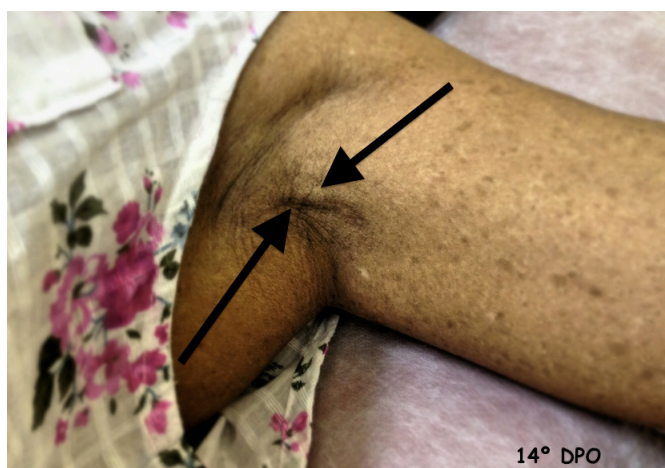


Figura 1 Cordões linfáticos visíveis à abdução do braço e amplitude articular limitada a 90º no 14º DPO.

O plano terapêutico para tratar o cordoamento consistiu de Crioterapia pré-cinética em região axilar, exercícios de Fase II, e manobras suaves de estiramento do cordão em toda sua extensão. Durante as manobras, percebiam-se “estalidos” característicos de rompimento dos cordões, seguidos pelo relato da paciente de alívio da dor e melhora da amplitude articular. No 30º DPO, foi realizado novo exame físico, que mostrava relativa melhora do quadro doloroso, restritivo e no escore ASES, mas a paciente ainda relatava dificuldade para pentear os cabelos, alcançar uma prateleira alta e fazer o trabalho do seu dia-a-dia, além da incapacidade em levantar 5 kg acima do ombro. Importante ressaltar que esta avaliação não foi realizada no momento de maior restrição de movimento (14º DPO), pois as avaliações de rotina foram realizadas mensalmente.

Do surgimento do cordão linfático até a remissão do quadro doloroso e alcance de amplitude articular funcional no MSE, foram realizadas cinco sessões de fisioterapia, coincidindo com o 41º DPO (Fig.2). Ainda era possível observar um espessamento tecidual infra-axilar e alguns poucos cordões subcutâneos palpáveis, porém, assintomáticos.

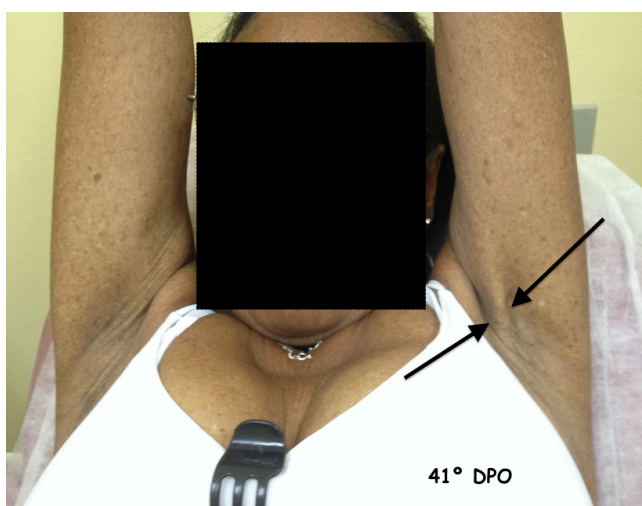


Figura 2 Alcance de amplitude articular funcional no 41º DPO, apesar da presença de espessamento tecidual na axila.

No 90° DPO, a paciente apresentava melhora importante da ADM no ombro (Fig. 3), ausência de quadro doloroso (Fig. 4), e alcance de funcionalidade do membro superior (Fig. 5).

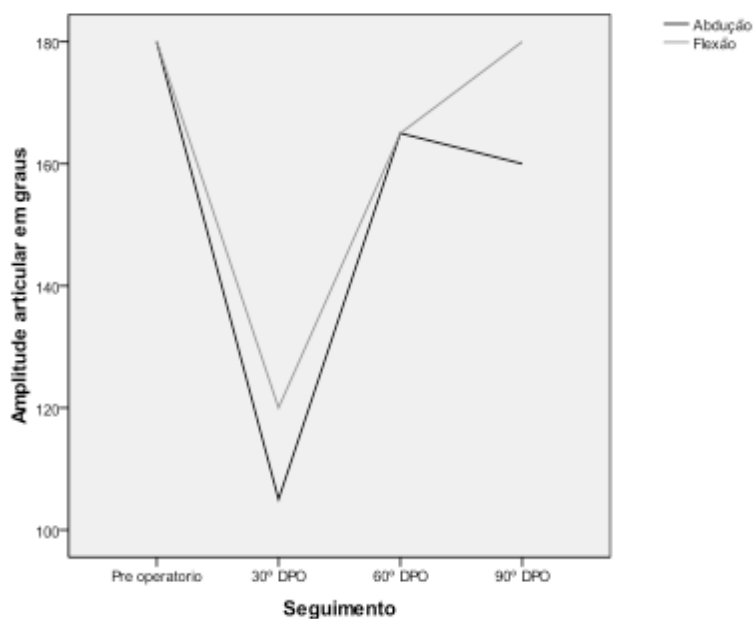


Figura 3 - Graus de abdução e flexão do ombro esquerdo durante seguimento de 90 dias mostram redução acentuada da amplitude articular até o 30° DPO devido à presença de cordões linfáticos e alcance de amplitude funcional até o 90° DPO.

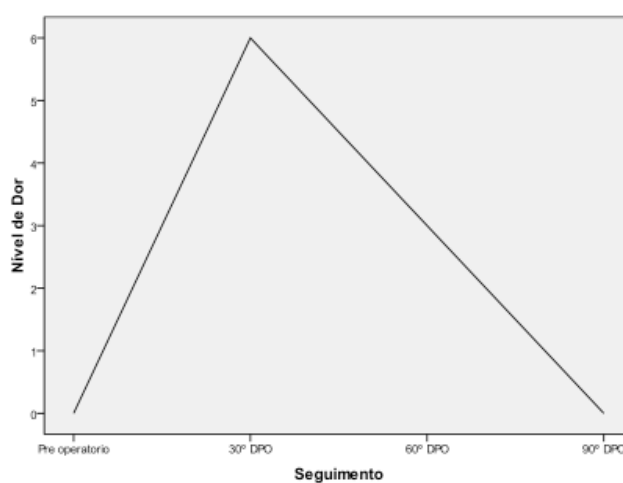


Figura 4 Gráfico de dor (EVA) à abdução do ombro esquerdo durante seguimento de 90 dias, evidenciando ápice do quadro algico no 30° DPO, com remissão gradativa até o 90° DPO.

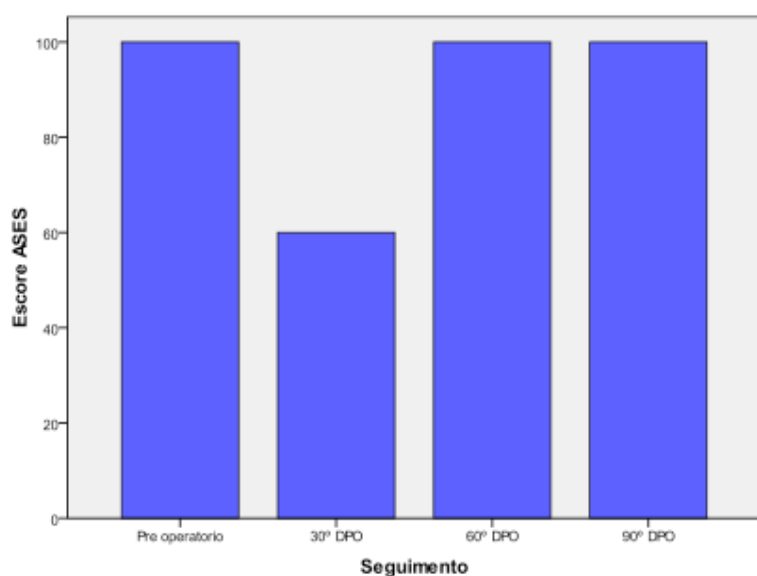


Figura 5 – Declínio funcional evidenciado pela Escala ASES, onde escore 0= incapacidade funcional, e escore 100=função normal. No 30° DPO houve redução de 40% da função dos membros superiores, coincidindo com a presença dos cordões linfáticos, com recuperação dos valores basais até o 90° DPO.

O estudo foi conduzido no Hospital Universitário Pedro Ernesto, na cidade do Rio de Janeiro/ RJ, que atende pacientes do Sistema Único de Saúde e tem disponível uma equipe multidisciplinar em Oncologia. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (Plataforma Brasil) sob o CAAE 24753414.0.0000.5285, e a participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

DISCUSSÃO

A SRA é uma consequência do trauma cirúrgico ocasionado pela retirada de linfonodos da axila^{3,4,5} surgindo por volta da segunda semana de pós-operatório. O curso típico e o quadro clínico apresentado pela paciente deste estudo coincidem com outros relatos de cordoamento linfático^{4,12}. Os fatores de risco para seu surgimento foram apresentados pela paciente: retirada de linfonodos axilares^{6,7} e alteração sensitiva no braço¹¹. Alguns estudos sugerem que mulheres obesas ou sobrepeso têm menos chance de desenvolver a SRA^{6,7,11}, provavelmente porque

apresentam uma camada mais espessa de tecido subcutâneo, o que pode tornar os cordões axilares menos visíveis e palpáveis, além de reduzir os sintomas da síndrome, impedindo o diagnóstico. Sendo assim, mulheres magras estariam mais susceptíveis ao desenvolvimento da SRA¹¹, fato que coincide com a composição corporal apresentada pela paciente.

Alguns autores apontam para um tempo de remissão espontânea entre 8 a 16 semanas após a cirurgia, não havendo indicação de tratamento medicamentoso ou fisioterapêutico^{3,6,13,14}. No entanto, em alguns casos não há remissão do quadro no tempo previsto^{7,12} e o tratamento fisioterapêutico pode oferecer excelentes resultados na recuperação funcional, na atenuação dos sintomas dolorosos e restritivos ocasionados pelos cordões linfáticos, além de poder abreviar o tempo de duração da síndrome^{4,7, 11,15,16}. Porém, não existe um consenso sobre o momento ideal de início do tratamento, que varia entre os estudos: Josenhans⁴ relata início nas primeiras 4 semanas de pós-cirúrgico, e no estudo de Fourie et al.¹⁶, o tratamento iniciou-se 3 dias após ter notado o surgimento do cordão.

Apesar da tendência em intervir o mais precocemente possível, observamos que a abordagem fisioterapêutica de outros estudos tem início quando a síndrome normalmente já está instalada, e o diagnóstico, muitas vezes, depende do auto-relato das pacientes, que podem não notar a presença do cordoamento precocemente, por desconhecerem sua evolução clínica. A principal vantagem de acompanhar as pacientes no pós-cirúrgico imediato é a de permitir o reconhecimento precoce de complicações, e tentar evitar que as mesmas se tornem crônicas ou irreversíveis. Além disso, pode-se otimizar o início do tratamento com radioterapia¹⁷ ao proporcionar a recuperação da amplitude de movimento do membro superior, possibilitando o posicionamento necessário à irradiação da região da mama e da axila.

Neste relato de caso, a intervenção fisioterapêutica foi precoce, com início no 1º DPO, e a intervenção foi imediata ao surgimento da SRA. O tempo decorrido desde a instalação do quadro

até a remissão dos sintomas foi de 4 semanas (na 6ª semana do PO), tempo inferior ao de remissão espontânea relatado em outros estudos^{3,6,13,14}, com a vantagem de não utilizar recursos invasivos ou medicamentosos.

Neste estudo foi adotada a crioterapia (técnica da “bolsa de gelo”) como recurso pré-cinético devido às suas propriedades analgésicas¹⁸, reduzindo a dor e aumentando a tolerância ao movimento. O calor superficial, utilizado em outro estudo¹⁵, também é preconizado no tratamento da dor oncológica, porém sua aplicação é contra-indicada diretamente sobre as áreas de tumor maligno, devido ao aumento da irrigação sanguínea local, com risco de disseminação de células tumorais por via sanguínea e/ou linfática¹⁹.

Considerando as sequelas funcionais provocadas pela SRA, foi incluído neste trabalho a avaliação da funcionalidade do membro superior, através da qual pudemos inferir que houve declínio funcional no período de vigência da síndrome, conforme evidenciado pelos escores da escala ASES. As principais atividades comprometidas foram: pentear os cabelos, alcançar uma prateleira alta, fazer o trabalho do seu dia-a-dia e sustentar peso acima da altura do ombro. O questionário ASES (versão paciente) foi utilizado por já ser traduzido para o português, ser de fácil compreensão, ser específico para patologias do ombro, requerer a memória atual e por possuir questões sobre atividades comuns à vida da maioria das pessoas, o que permitiu criar uma correlação entre a incapacidade funcional nas AVDs e a Síndrome da Rede axilar. Existem diversas ferramentas que avaliam funcionalidade, e que já foram utilizadas em estudos prévios de pacientes oncológicos, as quais não foram escolhidas pelos seguintes motivos: O questionário LEFT-BC¹ é específico para avaliar linfedema. Apesar de conter uma pergunta sobre cordoamento axilar, não quantifica incapacidade funcional, somente detectando sua presença e levando em consideração o auto-relato do paciente. O questionário DASH^{21,22} é específico para

avaliar a região do membro superior, mas não para a articulação do ombro. Além disso, requer a memória da semana anterior. O questionário SDQ²³ requer a memória das últimas 24 horas, mas não fornece informação quantitativa, visto que exige respostas binárias (SIM/NÃO) e também não tem tradução para a língua portuguesa. O Índice PDI²⁴ avalia o declínio funcional devido às dores crônicas, especialmente dores lombares, e não é específico para o membro superior. O questionário FACT-BC²⁵ avalia qualidade de vida em pacientes submetidos ao tratamento oncológico em geral, também não sendo específico para a articulação do ombro, tampouco para avaliar o cordoamento. Desta forma, o questionário ASES mostrou-se mais adequado ao nível de escolaridade da população estudada, e coerente com este estudo, auxiliando a demonstrar a melhora funcional decorrente do tratamento fisioterapêutico.

A principal limitação encontrada neste estudo, por ser um relato de caso, é que seus resultados não podem ser generalizados. Há um número limitado de estudos sobre o tratamento da SRA, com algumas similaridades entre eles. Porém, tanto o protocolo dos estudos, as ferramentas utilizadas para sua avaliação, quanto as técnicas empregadas para o tratamento não são uniformes. Sugerimos futuros estudos prospectivos, randomizados e controlados, com uma população maior, para compreender melhor a eficácia do tratamento fisioterapêutico nesta condição ainda pouco valorizada na prática clínica. Também sugerimos a utilização de ferramentas que avaliem a funcionalidade, para nortear uma melhor conduta de reabilitação.

CONCLUSÃO

A intervenção precoce com Fisioterapia foi capaz de reduzir a dor, melhorar o arco de movimento e a funcionalidade do membro superior após o surgimento de cordões axilares, além de encurtar o período de vigência da SRA no caso relatado. Atribuímos esse resultado ao fato de a paciente já estar em acompanhamento fisioterapêutico com orientações desde o pré-operatório,

o que permitiu a identificação imediata, tratamento precoce e rápida resolução do quadro. A Fisioterapia pode ter impacto positivo frente aos efeitos esperados do tratamento, mais especificamente nos sintomas restritivos, dolorosos e funcionais.

Este estudo permite o debate acerca da intervenção precoce e de novos protocolos que possibilitem melhores resultados no tratamento ao consentir que efeitos indesejáveis sejam previstos e manejados precocemente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O'Toole J, Miller CL, Specht MC, Skolny MN, Jammallo LS, Horick N, et al. Cording following treatment for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2013 Jul;140(1):105–11.
2. Soares EWS, Nagai HM, Bredt LC, da Cunha Jr AD, Andrade RJ, Soares GV. Morbidity after conventional dissection of axillary lymph nodes in breast cancer patients. *World journal of surgical oncology*. 2014;12(1):67.
3. Moskovitz AH, Anderson BO, Yeung RS, Byrd DR, Lawton TJ, Moe RE. Axillary web syndrome after axillary dissection. *The American Journal of Surgery*. 2001 May;181(5):434–9.
4. Josenhans E. Physiotherapeutic treatment for axillary cord formation following breast cancer surgery. ZVK science price [Internet]. 2007 [cited 2014 Nov 11]; Available from: <http://stepup-speakout.org/elisabethaws.pdf>
5. Leduc O, Sichere M, Moreau A, Rigolet J, Tinlot A, Darc S, et al. Axillary web syndrome: nature and localization. *Lymphology*. 2009 Dec;42(4):176–81.
6. Leidenius M, Leppänen E, Krogerus L, von Smitten K. Motion restriction and axillary web syndrome after sentinel node biopsy and axillary clearance in breast cancer. *The American Journal of Surgery*. 2003 Feb;185(2):127–30.
7. Lacomba MT, Moral OM del, Zazo JLC, Sánchez MJY, Ferrandez J-C, Goñi ÁZ. Axillary web syndrome after axillary dissection in breast cancer: a prospective study. *Breast Cancer Res Treat*. 2009 Oct 1;117(3):625–30.
8. Hanney WJ, Kolber MJ, Marshall JS. The reliability of clinical measurements designed to quantify shoulder mobility. *Physical Therapy Reviews*. 2011 Dec 1;16(6):413–22.
9. Knaut LA, Moser ADL, Melo SDA, Richards RR. Translation and cultural adaptation to the portuguese language of the American Shoulder and Elbow Surgeons Standardized Shoulder assessment form (ASES) for evaluation of shoulder function. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2010 Apr;50(2):176–83.
10. Bergmann A, Mattos IE, Koifman RJ. Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia*. 2004;50(4):311–20.
11. Bergmann A, Mendes VV, de Almeida Dias R, do Amaral e Silva B, da Costa Leite Ferreira MG, Fabro EAN. Incidence and risk factors for axillary web syndrome after breast cancer surgery. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2012 Feb;131(3):987–92.
12. Koehler LA. Axillary Web syndrome ongoing medical evaluation [Internet]. UNIVERSITY OF MINNESOTA; 2013 [cited 2014 Nov 4]. Available from: <http://conservancy.umn.edu/handle/11299/144876>
13. Reedijk M, Boerner S, Ghazarian D, McCready D. A case of axillary web syndrome with subcutaneous nodules following axillary surgery. *The Breast*. 2006 Jun;15(3):410–2.
14. Ferreira Rezende L, Laier Franco R, Costa Gurgel MS. Axillary Web Syndrome: Practical Implications. *The Breast Journal*. 2005 Nov 1;11(6):531–531.

15. Tilley A, Thomas-MacLean R, Kwan W. Lymphatic cording or axillary web syndrome after breast cancer surgery. *Can J Surg*. 2009 Aug;52(4):E105–6.
16. Fourie WJ, Robb KA. Physiotherapy management of axillary web syndrome following breast cancer treatment: Discussing the use of soft tissue techniques. *Physiotherapy*. 2009 Dec;95(4):314–20.
17. Pou Chaubron M, Almendáriz Juárez A, Peñalva Padial G, Casermeiro Cortés JM. El síndrome Axillary-web: «frecuente, pero infradiagnosticado». *Rehabilitación*. 2012 Apr;46(2):175–8.
18. Guirro R, Abib C, Maximo C. Os efeitos fisiológicos da crioterapia: uma revisão. *Rev fisioter Univ São Paulo*. 1999;164–70.
19. Sampaio LR, Moura CV de M, Resende MA de. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão de literatura. *Rev bras cancerol*. 2005;51(4):339–46.
20. O'Toole J, Miller CL, Specht MC, Skolny MN, Jammallo LS, Horick N, et al. Cording following treatment for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2013 Jul;140(1):105–11.
21. Beurskens CH, Uden CJ van, Strobbe LJ, Oostendorp RA, Wobbes T. The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomized controlled study. *BMC Cancer*. 2007 Aug 30;7(1):166.
22. Rett MT, dos Santos AKG, Mendonça ACR, de Oliveira IA, DeSantana JM. Efeito da fisioterapia no desempenho funcional do membro superior no pós-operatório de câncer de mama. *Ciência & Saúde*. 2013;6(1):18–24.
23. Rietman JS, Dijkstra PU, Debreczeni R, Geertzen JH, Robinson DP, de Vries J. Impairments, disabilities and health related quality of life after treatment for breast cancer: a follow-up study 2.7 years after surgery. *Disability & Rehabilitation*. 2004;26(2):78–84.
24. Hack TF, Cohen L, Katz J, Robson LS, Goss P. Physical and Psychological Morbidity After Axillary Lymph Node Dissection for Breast Cancer. *JCO*. 1999 Jan 1;17(1):143–143.
25. Anderson RT, Kimmick GG, McCoy TP, Hopkins J, Levine E, Miller G, et al. A randomized trial of exercise on well-being and function following breast cancer surgery: the RESTORE trial. *J Cancer Surviv*. 2012 Jun 1;6(2):172–81.

8. PRODUTO 4



Prezada paciente,

Logo após a cirurgia, você deverá estar atenta aos cuidados com a ferida, com o manuseio do dreno, com o início dos exercícios e o retorno gradual às suas atividades.

Com a sua colaboração e as orientações oferecidas nesta cartilha, é possível evitar ou minimizar complicações pós-operatórias.

Além disso, essa cartilha traz valiosas informações sobre os direitos sociais da pessoa com câncer, como auxílio-doença, saque de PIS/PASEP, FGTS, entre outros benefícios.

Sua recuperação também depende muito de você, então, leia com atenção e, se houver dúvidas, procure sempre a equipe de saúde, estaremos prontos para te ajudar!

1.CUIDADOS COM A FERIDA OPERÁTORIA

- Lave as mãos com água e sabão;
- Em casa lave a ferida com água e sabão neutro, seque com gaze e passe álcool 70%. NÃO PRECISA COBRIR COM CURATIVO.
- Lave as mãos novamente com água e sabão;
- Se estiver com o dreno, o curativo será realizado da mesma maneira, sendo que cobrindo com gaze e esparadrapo;
- Mantenha a ferida operatória seca e limpa;

2.CUIDADOS COM O DRENO

O dreno tem a função de retirar a secreção produzida após a cirurgias, por isso é importante tomar os seguintes cuidados:

Para esvaziar o dreno

1 Lave bem as mãos com água e sabão		4 Virar a secreção que está dentro da bolsa sanfonada dentro de um frasco graduado como copo ou jarro
2 Fechar o circuito: Apertar o pinçador que fica na mangueira do dreno até escutar 2 Clicks		5 Apertar a bolsa sanfonada até ficar pequena, fechar a bolsa
3 Abra a bolsa sanfonada puxando a peça que NÃO está conectada a mangueira		6 Abrir o circuito: Solta o pinçador que fica na mangueira do dreno

- Medir a quantidade de secreção colocada no copo ou jarro e anotar na tabela abaixo;
- Jogue a secreção no vaso sanitário;
- Lave as mãos novamente.

REGISTRO

DIA	HORA	QUANTIDADE

LEMBRE-SE!

- Manter o dreno sempre preso à roupa com um alfinete de fralda;
- Usar roupas largas para acomodar melhor o dreno;
- Esvaziar o coletor uma vez ao dia, pela manhã, antes do banho (ou se o mesmo estiver muito cheio).



3.RETORNANDO ÀS ATIVIDADES

O QUE POSSO FAZER DEPOIS DA CIRURGIA?

Lembre-se que, assim como toda cirurgia, há um tempo de recuperação necessário antes do retorno às atividades. Após a retirada do dreno e dos pontos, você já poderá começar DEVAGAR e com o serviço LEVE. Não abuse, pois poderá trazer complicações a sua saúde.

O importante é saber **DIVIDIR AS TAREFAS** durante a semana, para evitar sobrecarga.



Posso cozinhar?

Sim, tendo o cuidado de usar luvas acolchoadas para evitar queimaduras e não pegar painéis pesados com o braço do lado da cirurgia. Prefira usar a boca de trás do fogão e evite introduzir o braço no forno;

Posso lavar louça?

Sim, mas não deve arear painéis ou realizar esforço. Use produtos detergentes neutros e use luvas de borracha.

Posso lavar roupas?

Sim, no início somente as leves e pequenas, esfregando sem usar muita força. Evite torcer.

ROUPAS PESADAS DEVEM SER LAVADAS NA MÁQUINA DE LAVAR ROUPAS OU TANKINHO

Posso pendurar roupas?

Enquanto estiver com os pontos peça ajuda. Após sua retirada, será um bom exercício para ajudar no retorno do movimento do braço.

Posso passar roupas?

Sim, pouca quantidade de roupas leves. Cuidado para não se queimar.

Posso arrumar minha casa?

Sim, você pode arrumar armários, gavetas, cômodos, colocando objetos nos lugares, desde que não pegue peso. Evite varrer e realizar serviços que demandem muito esforço no primeiro mês. Pode-se começar varrendo um cômodo por dia, em superfícies lisas. Aos poucos, você mesma perceberá quando conseguir um pouco mais.

Posso cuidar das minhas plantas?

Sim, usando sempre luvas de jardinagem



3

Posso costurar?

Sim, utilizando dedal quando costurar;



Posso pegar uma criança no colo?

Sim, mas faça isso sentada. Você pode aconchegá-la no seu colo, mas sem erguer a criança do chão.

Quando posso voltar a trabalhar?

Isso dependerá da sua evolução e do tipo de atividade que você exercia antes da cirurgia.

FIQUE ATENTA!

O outro braço está saudável, você pode utilizá-lo para suas atividades NORMALMENTE !



4.VOCE SABE O QUE É LINFEDEMA ?

É um inchaço que pode surgir no seu braço após a cirurgia . A retirada de linfonodos da região da axila é a principal razão para que ele surja. Nem todas as pessoas desenvolvem linfedema após a cirurgia, pois isso depende de muitas características individuais, mas ele pode ser prevenido ao se seguirem alguns cuidados e através da prática de exercícios regulares. É o mais importante: tem tratamento com Fisioterapia.

Caso você perceba que um braço está mais inchado que o outro, ou note uma sensação de “peso” ou “aperto” no braço do lado operado, procure seu médico.

PARA PREVENIR INCHAÇOS NO BRAÇO, TOME OS SEGUINTES CUIDADOS COM O LADO OPERADO:

- Use loção depilatória ou corte os pelos com tesoura ao depilar a axila do lado da mastectomia. **Não use aparelhos cortantes.**
- Corte as unhas com cuidado e use creme redutor de cutícula. Não roer as unhas.

4



- Exponha-se ao sol somente antes das 10h e após as 16h, usando protetor solar. Quando for inevitável expor-se ao sol, proteja-se com roupas de mangas compridas ou sombrinhas.
- Use desodorante tipo bastão e sem álcool

EVITE:

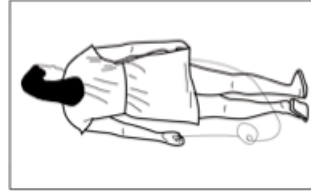
- Banhos de água muito quente, saunas,
- Contato com substâncias irritantes como cloro, água sanitária;
- Roupa apertada, relógios, anéis, pulseiras e tudo o que possa interferir na circulação do braço no lado da cirurgia;
- Coletar sangue, administração de medicações, vacinas e acupuntura, no braço do lado da mastectomia;
- Aferição da pressão arterial no braço do lado da mastectomia
- Traumatismos durante a prática de esportes; assim como:
- Cortes, queimaduras (de Sol também!), picadas de insetos, mordidas de animal;
- Dormir em cima do lado da cirurgia, para não comprometer a circulação do braço;
- Fazer esforços com o membro, tais como: carregar sacos, empurrar e puxar móveis, etc.

5. COMO DEVO ME POSICIONAR E ME MOVIMENTAR APÓS A CIRURGIA?

- Quando estiver deitada ou sentada, coloque um travesseiro embaixo do braço do lado operado, de maneira confortável, de forma que ele fique um pouco elevado e um pouco afastado do corpo.



- Quando você já estiver liberada para sair da cama, levante-se aos poucos e experimente a posição sentada. Assim você respira melhor e contribui para sua recuperação.
- Levante-se e deite-se sempre sobre o lado não-operado. Atenção com o dreno!
- Caminhe assim que puder, com os braços soltos e relaxados ao longo do corpo.



PROCURE A EQUIPE DE SAÚDE...

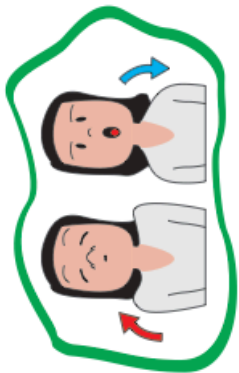
- Se você começar a sentir dor ou perceber acúmulo de líquido na mama operada
- Se notar pus na ferida operatória
- Se tiver febre

EXERCÍCIOS SÃO IMPORTANTES!

Logo após a cirurgia, é normal que você sinta um pouco de medo e dificuldade em movimentar os braços, especialmente por estar com um dreno e pontos cirúrgicos. Mesmo assim, você deve realizar exercícios leves, começar a movimentar-se, para se recuperar o mais rápido possível. Os exercícios também ajudam a prevenir algumas complicações que podem surgir após a cirurgia.

Enquanto estiver com dreno e pontos cirúrgicos, você pode realizar os seguintes exercícios:

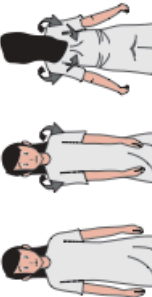
1) Respire lenta e profundamente



3) Rode a cabeça (olhar para um lado e para o outro)



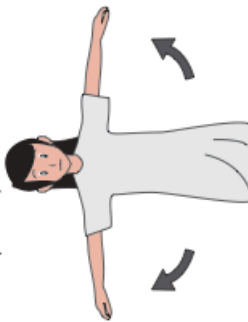
4) Rode os ombros para trás, depois para a frente



2) Movimente a cabeça para trás e para frente (olhar para cima e para baixo)



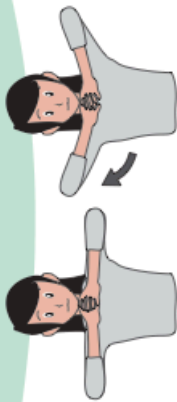
5) Eleve os braços até a altura dos ombros (não ultrapasse essa altura por enquanto)



6) Mãos da nuca, abra e feche os braços, afastando os cotovelos. Na última repetição, mantenha os cotovelos afastados, e inspire profundamente por 3 vezes



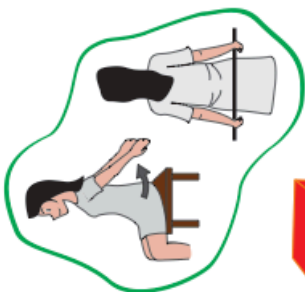
7) Mãos embaixo do queixo, abra e feche os cotovelos até a altura dos ombros. Na última repetição, mantenha os cotovelos afastados, e inspire profundamente por 3 vezes



8) Abra e feche as mãos, movimente seus punhos



9) Braços ao lado do corpo, estenda-os para trás o mais longe que conseguir. Você pode utilizar um bastão ou cabo de vassoura para guiar o movimento. Na última repetição, mantenha o braço na posição e inspire profundamente por 3 vezes



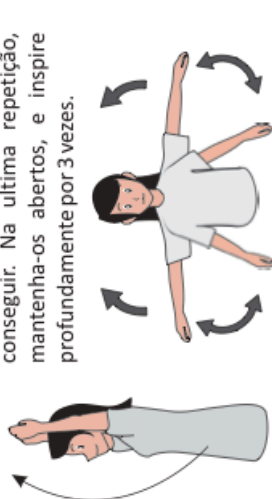
DICA: Se você sente dormência ou dor na parte interna do braço, axila ou tronco, utilize uma esponja seca para sensibilizar essas regiões, estimulando a pele desde o cotovelo até a axila.



Após a retirada dos pontos cirúrgicos

Quando você estiver sem dreno e sem os pontos cirúrgicos, e a cicatriz já estiver bem fechada, será possível movimentar os braços completamente. Lembre-se que, nesse momento, sua cicatriz está ficando cada vez mais forte e, se você não fizer exercícios, poderá ter mais dificuldade de se movimentar com o passar do tempo.

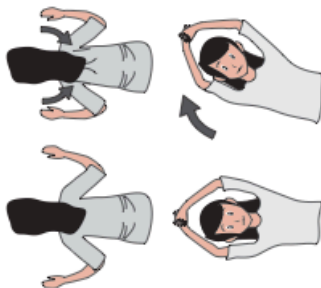
2) Abra os braços o máximo que conseguir. Na última repetição, mantenha-os abertos, e inspire profundamente por 3 vezes.



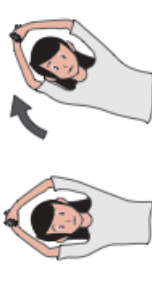
1) Levante os braços o máximo que conseguir. Na última repetição, mantenha-os levantados, e inspire profundamente por 3 vezes.



3) Braços abertos, cotovelos dobrados (formando um "w"), contraia os músculos das costas. Na última repetição, mantenha a contração e inspire profundamente por 3 vezes.



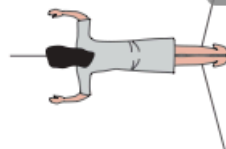
4) Abra os braços o máximo que conseguir, depois incline o tronco para os lados. Na última repetição, mantenha a inclinação, e inspire profundamente 3 vezes de cada lado.



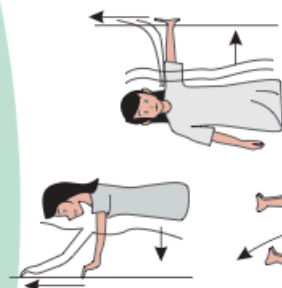
ALONGAMENTOS

Alongamentos são excelentes exercícios para melhorar e manter a abertura dos braços.

Você deve repetir 3 vezes cada alongamento, mantendo o braço parado na posição por 20 segundos, respirando tranquilamente. Descanse 10 segundos entre um alongamento e outro.



1) Apoie seus antebraços numa quina de parede, e incline seu tronco para a frente.



2) De frente para uma parede, deslize sua mão para cima, e à medida que for conseguindo levantar mais, aproxime seu corpo da parede. Você deve tentar encostar todo o seu braço na parede.

3) De lado para uma parede, deslize sua mão para cima, e à medida que for conseguindo levantar mais, aproxime seu corpo da parede. Você deve tentar encostar todo o seu braço na parede.



4) Entrecruze os dedos das mãos, vire as palmas para fora e levante os braços o mais alto que conseguir.



5) Alongamento do pescoço – Com os ombros relaxados, puxe sua cabeça para baixo, como se quisesse encostar o queixo no peito.

VOCÊ SABE O QUE É CORDÃO LINFÁTICO?

Durante o período de cicatrização, podem surgir cordões na sua axila, como se fossem "cordas de violão ou guitarra". Eles são **benignos** e podem surgir por volta da 2ª semana de pós-operatório, podem ser bem dolorosos e dificultar seus movimentos do braço durante alguns meses. Esta condição pode surgir após a retirada de linfonodos na axila, mas, é possível melhorar os sintomas com exercícios e Fisioterapia.

Caso perceba que seu braço não está abrindo ou levantando como deveria e você sente dor ao tentar abrir o braço, palpe sua axila. Se notar a presença de cordões bem finos e dolorosos, procure a equipe de Fisioterapia!



DIREITOS SOCIAIS



1) TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Auxílio-Doença

Destinado ao segurado incapaz para o seu trabalho por motivo de doença;

Para os empregados, os 15 primeiros dias de afastamento do trabalho são pagos pela empresa, mediante apresentação do Atestado Médico. No 16º dia, dar entrada no benefício;

Para contribuinte individual (autônomo), inclusive empregados domésticos, e que tenham qualidade de segurado, o requerimento do benefício deve ser a partir da data do início da incapacidade para o trabalho;

O agendamento da perícia médica deve ser realizado através do PREVIFONE ligando para o telefone 135 ou pelo site: www.previdenciasocial.gov.br

Aposentadoria por Invalidez

Esta só será concedida, se a incapacidade para o trabalho for considerada definitiva pela perícia do INSS, e não estando o segurado em processo de reabilitação para exercer atividade remunerada que lhe garanta subsistência.

Quem já é aposentado por invalidez pode requerer o acréscimo de 25% sobre o valor da aposentadoria, desde que necessite ser assistido por outra pessoa para as atividades diárias, conforme anexo I do Decreto 3048/99.

11

2) SAQUE DE PIS / PASEP e FGTS

Documentos necessários: Laudo Médico (em formulário próprio e com validade de até 30 dias); CTPS, CPF, PIS e RG.

O saque pode ser efetuado pelo próprio paciente ou pelo trabalhador que tenha dependente com câncer, segundo a Resolução nº 1, de 15/10/96 Conselho Diretor do Fundo de participação do PIS/Pasep.

3) PROGRAMA TRATAMENTO FORA de DOMICÍLIO - TFD

Destinado a pacientes de municípios distantes do RJ ou outros estados. O cadastro deve ser feito na Secretaria Municipal de saúde da cidade onde o paciente reside, de acordo com a Portaria SAS 55 de 24/02/1999.

4) PASSES LIVRES:

4.1) Para Idosos - **Riocard Senior** - Informações pelo tel. 4003-3737 ou RIO POUÇA TEMPO mais próximo do domicílio.

4.2) Para Doentes Crônicos ou Deficientes:

4.2.1) **Vale Social** – destinado a usuários residentes fora do município do RJ.

Documentos necessários: laudo médico (formulário próprio); Xerox - RG, CPF, comprovante de residência e 01 foto 3X4

Página 17 de 24

12

4.2.2) **RIOCARD ESPECIAL** - destinado a usuários residentes no município do RJ. É necessário ter :

- Renda familiar até 03 salários mínimos e domicílio na cidade do RJ (Decreto 32.842 de 01/10/2010);
- NIS (ir ao CRAS mais próximo de sua residência para inclusão no CADÚNICO. Levar documentação de todos os que moram na mesma casa);
- Laudo médico (diagnóstico com CID, frequência mensal para o tratamento e se necessita acompanhante).

5) PROGRAMAS ASSISTENCIAIS:

5.1) Amparo Assistencial ao Idoso e ao Deficiente – BPC / LOAS

Destinado a garantir renda de um salário mínimo mensal ao idoso (65 anos ou mais) e à pessoa com deficiência (de natureza física, mental, intelectual ou sensorial), de qualquer idade, desde que possua renda familiar per cápita inferior ¼ do salário mínimo;

É necessário:

- Requerimento através do PREVIFONE (135)
- Laudo Médico (diagnóstico com CID)
- RG, CPF, comprovante de residência e de renda, e documentos do representante legal, se houver.

6) FRALDAS GERIÁTRICAS

Para ter acesso é necessário requerer o CARTÃO CUIDADOS ESPECIAIS seguindo o passo a passo abaixo:

- Preencher a ficha virtual no site: www.vitalbrazil.rj.gov.br
 - Enviar cópias de seus documentos pelo correio para o endereço: Rua Dias da Cruz, 638 – Méier – RJ – Cep: 20.720-013
- Documentos Necessários:
- RG, CPF, Comprovante de Renda e de residência (do paciente);
 - Laudo Médico (válido por 90 dias)
 - Responsável Legal (se houver) – RG, CPF, procuração ou Curatela

O usuário terá direito a um Crédito Mensal, que permite adquirir até 120 fraldas

Tel.: 0800-888-9697



ATENÇÃO!!

Esta cartilha contém informações gerais para acesso aos direitos sociais.

Procure a Assistente Social para orientação individual acerca destes e de outros benefícios, tais como:

- Quitação de financiamento de casa própria;
- Isenção de Imposto de Renda, IPTU e outros impostos para compra de veículo;
- Procedimentos para Interdição e Curatela, Procuração, União Estável



TELEFONES ÚTEIS:

INSS / Previsão: 135

Disque Mulher: 2332-8249 ou 180

Instituições Relacionadas ao Câncer:

ABRAPAC – Associação Brasileira de Apoio aos Pacientes de Câncer

Av. Presidente Vargas, 418 – Sala 1101/1102 – Centro - RJ
Tel.: 2223-1600

ABRAPEC – Associação Brasileira de Assistência às Pessoas com Câncer

Estrada Engenho da Pedra, 1411 – Olaria – RJ - Tel.: 3885-3908 / 2103-8400

AAMN – Associação de Apoio à Mulher com Neoplasia Estrada do Guanumbi, 105 – Jacarepaguá - Tel.: 3414-0169

ADAMA – Associação de Amigos da Mama de Niterói
Rua Visconde de Uruguai, 531 / 10º andar – Centro – Niterói -
Tel.: 2714-3135

APPO – Associação Petropolitana de Pacientes Oncológicos
Rua Teresa, 608 – sl 231/232 – Alto da Serra – Petrópolis Tel.:
(24) 2242-0956

Em Caso de Violência Doméstica

RIO DE JANEIRO

CIAM – Centro Integrado de Atendimento à Mulher – RJ
Rua Regente Feijó, 15 – Centro
Tel.: 2299-2125

CEAM Chiquinha Gonzaga
Rua Benedito Hipólito, 125 – Praça XI
Tel.: 2517-2726

DEAM - Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher Av.
Visconde do Rio Branco, 12 Centro RJ – Tel.: 2334-9859.

I Juizado da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher
Rua da Carioca, 72 – Centro / RJ
Tel.: 2224-7052

Fonte:
www.inca.gov.br
Dias, EN.Diretrizes para assistência interdisciplinar em câncer de mama/Ezio Novaes
Dias.Rio de Janeiro: Revinter, 2014.

Coordenação:

Natalia Carion Haddad

Elaboração:

Digitá Computação Gráfica

Enfermagem

Ana Maria dos Santos
Márcia F. P. Azeredo

Fisioterapia

Elian Leal S. Martins
Natalia Carion Haddad

Serviço Social

Cláudia Alves dos Santos
Cláudia Domingos Guimarães

Esta cartilha é o resultado do trabalho da equipe interdisciplinar que atua na Enfermaria de Ginecologia do HUPE, e é alusiva ao 53º Congresso Científico do HUPE.

Agradecimentos: À Enf. Márcia Azeredo, por ter dado o primeiro “sopro” a este projeto, à Ft. Marcia dos Guimarães Peixoto por acreditar na importância deste trabalho, e ao Prof. Rodolfo Acatauassú, por torná-lo realidade.



Página 24 de 24

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Câncer de mama desafia as políticas e a assistência em saúde na medida em que apresenta taxas crescentes de incidência e diagnóstico em fase avançada, apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento. O rastreamento, atribuição da prevenção primária, e o diagnóstico precoce, da prevenção secundária, são essenciais para intervenções mais resolutivas e menos agressivas no tratamento do câncer de mama. Porém, as inúmeras dificuldades encontradas no acesso aos serviços de saúde⁴⁶, a carência de melhores políticas públicas nessa área e a insuficiência de recursos materiais e humanos na atenção básica, faz com que essa população procure a assistência em estágios mais avançados da doença, quando a proposta terapêutica já oferece maiores riscos de morbimortalidade.

Nosso primeiro trabalho caracterizou o perfil sócio-demográfico e de saúde das mulheres que são encaminhadas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). E de acordo com os nossos achados, foi possível constatar que a população assistida possui baixo nível sócio-econômico, diagnóstico em fase avançada, e alta prevalência dos fatores de risco para neoplasia de mama, evidenciados pela baixa escolaridade (40,4%), não participação do mercado formal de trabalho (59,6%), renda de até 2 salários mínimos (46,8%), predomínio de histologia compatível para Carcinoma Ductal Infiltrante (83,9%), e estadiamentos II (54,9%) e III (24,2%). Sobre o tratamento 61,3% foram submetidas à Mastectomia Radical Modificada, e 72,6 % submetidas ao esvaziamento axilar. O estadiamento intermediário ou avançado tornou necessário um tratamento cirúrgico, de caráter mais invasivo e mutilante, podendo ocasionar diversas sequelas sensitivas e motoras no membro superior homolateral à cirurgia, especialmente devido à ressecção dos linfonodos axilares. Dentre tais complicações está a Síndrome da rede axilar (SRA), cuja sintomatologia promove intensa dor e acentuada restrição do arco de movimento, impactando sobremaneira nas atividades cotidianas e na qualidade de vida dessas pacientes que requerem cuidados fisioterapêuticos, a qual, atualmente, é a única abordagem descrita, capaz de reduzir sua sintomatologia e encurtar o tempo de vigência da síndrome.

A partir desses achados, foi estruturado um modelo de protocolo assistencial com vistas a orientar os profissionais fisioterapeutas no manejo da paciente em tratamento cirúrgico para o câncer de mama, com um olhar prospectivo, enfatizando a orientação educacional e considerando

a individualidade de cada paciente em todas de as etapas do tratamento, assim como o manejo das possíveis complicações pós-cirúrgicas. Sob essa ótica, um modelo assistencial que contemple tantas variações não deve focar em um protocolo de exercícios “engessado”, mas num monitoramento prospectivo, a fim de acompanhar durante um determinado período de tempo, os possíveis desfechos pós-operatórios, para permitir a intervenção mais imediata possível. Estabelecendo um seguimento padronizado, busca-se fomentar futuras pesquisas na área. Cabe destacar que a revisão bibliográfica mostrou que são diversos os métodos adotados na investigação, diagnóstico e intervenção na SRA, sendo que em muitos estudos não fica claro qual a metodologia empregada para intervenção e análise clínica dos resultados.

Seguida a elaboração do protocolo, o segundo estudo teve como meta observar a evolução clínica da SRA no pós-operatório, e os efeitos da intervenção fisioterapêutica nas variáveis: dor, arco de movimento e capacidade funcional. De acordo com os achados dessa análise, a intervenção fisioterapêutica precoce foi capaz de reduzir a dor, melhorar o arco de movimento e a funcionalidade do membro superior após o surgimento de cordões axilares, com redução no tempo de vigência da síndrome, e alcance de melhor qualidade de vida à paciente, que pode retornar às suas atividades em menor período de tempo. Do surgimento do cordão linfático até a remissão do quadro doloroso e alcance de amplitude articular funcional no MSE, foram realizadas cinco sessões de Fisioterapia, coincidindo com o 41º DPO, tempo inferior ao de remissão espontânea e aos relatados em outros estudos, sem utilizar recursos invasivos ou medicamentosos. Neste relato de caso, observamos que o monitoramento fisioterapêutico prospectivo foi fundamental para se alcançar melhores resultados, pois consentiu que efeitos indesejáveis fossem previstos e manejados precocemente, além da diminuição do tempo entre o surgimento dos sintomas e sua remissão.

Além do desenvolvimento e testagem do modelo assistencial, foi desenvolvido um material educacional, sob a forma de cartilha de orientações às pacientes, cujo objetivo foi o de fornecer informações sobre os cuidados pós-operatórios, as restrições impostas pelo tratamento cirúrgico, a importância da prática de exercícios, o retorno às atividades cotidianas, e orientações sobre direitos sociais das pessoas com câncer. Este material é de grande relevância para a saúde pública, pois apresenta uma proposta de estratégia de assistência ampliada. Considerando o perfil da clientela atendida, de baixo nível sócio-econômico, e considerando que muitas vezes o transporte aos centros de tratamento é custeado pela própria paciente, foi contemplado o maior

número de informações possíveis, de modo claro e objetivo, bem como os contatos dos serviços, a fim de evitar o deslocamento, muitas vezes desnecessário e cansativo. De forma complementar, a cartilha esclarece sobre as principais morbidades que podem ocorrer após a cirurgia (Linfedema e Síndrome da Rede axilar), a fim de desmistificar os temas e para que compreendam a importância dos cuidados e restrições exigidos no pós-operatório. De posse desse material informativo, acreditamos que esta população seja munida de informações a respeito do seu próprio cuidado, considerando as inúmeras barreiras no acesso aos serviços de saúde.

Em síntese, o presente trabalho buscou incrementar os estudos e debate na área selecionada, buscando contemplar quatro frentes: perfil epidemiológico, padronização e organização de um protocolo de intervenção, avaliação da aplicação do protocolo proposto e, finalmente, a elaboração de material informativo de apoio à paciente. Destacamos o caráter inovador de padronizar condutas para profissionais da área da Fisioterapia Oncológica na perspectiva de uma assistência ampliada, junto às pacientes diagnosticadas com neoplasia de mama.

Referências bibliográficas

1. JEMAL, A. *et al.* Global cancer statistics. **CA: a cancer journal for clinicians**, 2011. v. 61, n. 2, p. 69–90.
2. FERLAY, J. *et al.* Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. **International journal of cancer**, 2010. v. 127, n. 12, p. 2893–2917.
3. FACINA, T. **Estimativa 2014–Incidência de Câncer no Brasil**. [S.l.]: [s.n.], 2014.
4. CRITCHLEY, A. C. *et al.* Current controversies in breast cancer surgery. **Clinical Oncology**, 2013. v. 25, n. 2, p. 101–108.
5. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – (Conprev). Faltando sobre câncer de mama. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. ISBN 85.7318-050-1
6. SOARES, E. W. S. *et al.* Morbidity after conventional dissection of axillary lymph nodes in breast cancer patients. **World journal of surgical oncology**, 2014. v. 12, n. 1, p. 67.
7. BEZERRA, K. B. *et al.* Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. **Cien Saude Colet**, 2013. v. 18, n. 7, p. 1933–1941.
8. HEIL, J. *et al.* Extent of Primary Breast Cancer Surgery: Standards and Individualized Concepts. PMID: 24647774 PMCID: PMC3518938: **Breast Care**, out. 2012. v. 7, n. 5, p. 364–369.
9. VERRY, H. *et al.* Effectiveness and cost-effectiveness of sentinel lymph node biopsy compared with axillary node dissection in patients with early-stage breast cancer: a decision model analysis. **British Journal of Cancer**, 13 mar. 2012. v. 106, n. 6, p. 1045–1052.
10. GUERRA, M. R. *et al.* Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 2009. v. 25, n. 11, p. 2455–66.
11. HADDAD, N. C.; ANA, C. DE A.; NOVAES, C. DE O. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, 2015. v. 14. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/17923>>. Acesso em: 9 set. 2015.

12. ISAAC, C. *et al.* Processo de cura das feridas: cicatrização fisiológica. **Revista de Medicina**, 2010. v. 89, n. 3/4, p. 125–131.
13. ROCHA, M. S.; ROCHA, E. S.; SOUZA, J. P. C. DE. FISIOTERAPIA EM QUEIMADOS: UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA ACERCA DOS PRINCIPAIS RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS E SEUS BENEFÍCIOS. **TEMA - Revista Eletrônica de Ciências (ISSN 2175-9553)**, 7 out. 2010. v. 9, n. 13/14. Disponível em: <<http://revistatema.facisa.edu.br/index.php/revistatema/article/view/37>>. Acesso em: 12 ago. 2015.
14. KOOTSTRA, J. J. *et al.* A longitudinal comparison of arm morbidity in stage I–II breast cancer patients treated with sentinel lymph node biopsy, sentinel lymph node biopsy followed by completion lymph node dissection, or axillary lymph node dissection. **Annals of surgical oncology**, 2010. v. 17, n. 9, p. 2384–2394.
15. HIDDING, J. T. *et al.* Treatment Related Impairments in Arm and Shoulder in Patients with Breast Cancer: A Systematic Review. PMID: 24816774 PMCID: PMC4016041: **PLoS ONE**, 9 maio. 2014. v. 9, n. 5. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4016041/>>. Acesso em: 18 set. 2014.
16. GÄRTNER, R. *et al.* Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. **Jama**, 2009. v. 302, n. 18, p. 1985–1992.
17. NESVOLD, I.-L. *et al.* Arm/shoulder problems in breast cancer survivors are associated with reduced health and poorer physical quality of life. **Acta Oncologica**, 2010. v. 49, n. 3, p. 347–353.
18. LEIDENIUS, M. *et al.* Motion restriction and axillary web syndrome after sentinel node biopsy and axillary clearance in breast cancer. **The American journal of surgery**, 2003. v. 185, n. 2, p. 127–130.
19. JOSENHANS, E. Physiotherapeutic treatment for axillary cord formation following breast cancer surgery. **ZVK science price**, 2007. Disponível em: <<http://stepup-speakout.org/elisabethaws.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2014.
20. O'TOOLE, J. *et al.* Cording following treatment for breast cancer. **Breast Cancer Research and Treatment**, jul. 2013. v. 140, n. 1, p. 105–111.
21. LEDUC, O. *et al.* Axillary web syndrome: nature and localization. **Lymphology**, 2009. v. 42, n. 4, p. 176–181.

22. WINICOUR, J. "What is cording?" 2013. Disponível em http://www.lymphnet.org/membersOnly/dl/reprint/Vol_25/Vol_25-N2_What_is_cording.pdf. Acesso em 06/08/2015.
23. FUKUSHIMA, K. F. P. *et al.* Frequency and associated factors of axillary web syndrome in women who had undergone breast cancer surgery: a transversal and retrospective study. **SpringerPlus**, 2015. v. 4, n. 1, p. 112.
24. BERGMANN, A. *et al.* Incidence and risk factors for axillary web syndrome after breast cancer surgery. **Breast Cancer Research and Treatment**, fev. 2012. v. 131, n. 3, p. 987–992.
25. LAURIDSEN, M. C.; CHRISTIANSEN, P.; HESSOV, I. The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: a randomized study. PMID: 16118078: **Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)**, 2005. v. 44, n. 5, p. 449–457.
26. TEIXEIRA, L. *et al.* Axillary web syndrome self-assessment questionnaire: Initial development and validation. **Breast**, 2014. v. 23, n. 6, p. 836–843.
27. MOSKOVITZ, A. H. *et al.* Axillary web syndrome after axillary dissection. **The American journal of surgery**, 2001. v. 181, n. 5, p. 434–439.
28. LEDUC, O. *et al.* Identification and description of the Axillary Web Syndrome (AWS) by clinical signs, MRI and US imaging. **Lymphology**, 2014. v. 47, n. 4, p. 164–176.
29. LACOMBA, M. T. *et al.* Axillary web syndrome after axillary dissection in breast cancer: a prospective study. **Breast cancer research and treatment**, 2009. v. 117, n. 3, p. 625–630.
30. ORGANIZATION, W. H. **Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes**. [S.l.]: World Health Organization, 2007. v. 2.
31. DIAS, Ezio Novais. **Diretrizes para assistência interdisciplinar em câncer de mama**. Rio de Janeiro: Revinter, 2014. ISBN 978-85-372-0563-1
32. GROEF, A. DE *et al.* Effectiveness of Postoperative Physical Therapy for Upper-Limb Impairments After Breast Cancer Treatment: A Systematic Review. PMID: 25595999: **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, jun. 2015. v. 96, n. 6, p. 1140–1153.
33. BOX, R. C. *et al.* Physiotherapy after breast cancer surgery: results of a randomised controlled study to minimise lymphoedema. **Breast cancer research and treatment**, 2002. v. 75, n. 1, p. 51–64.

34. BOX, R. C. *et al.* Shoulder Movement After Breast Cancer Surgery: Results of a Randomised Controlled Study of Postoperative Physiotherapy. **Breast Cancer Research and Treatment**, set. 2002. v. 75, n. 1, p. 35–50.
35. BEURSKENS, C. H. *et al.* The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomized controlled study. **BMC cancer**, 2007. v. 7, n. 1, p. 166.
36. MCNEELY, M. L. *et al.* A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: Postoperative and postreconstructive issues. **Cancer**, 15 abr. 2012. v. 118, n. S8, p. 2226–2236.
37. RETT, M. T. *et al.* Efeito da fisioterapia no desempenho funcional do membro superior no pós-operatório de câncer de mama. **Ciência & Saúde**, 2013. v. 6, n. 1, p. 18–24.
38. SINGH, C.; VERA, M. DE; CAMPBELL, K. L. The Effect of Prospective Monitoring and Early Physiotherapy Intervention on Arm Morbidity Following Surgery for Breast Cancer: A Pilot Study. PMID: 24403683 PMCID: PMC3673800: **Physiotherapy Canada**, 2013. v. 65, n. 2, p. 183–191.
39. BERGMANN, A. *et al.* Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III/INCA. **Rev Bras Cancerol**, 2006. v. 52, n. 1, p. 97–109.
40. GOMIDE, L. B.; MATHEUS, J. P. C.; CANDIDO DOS REIS, F. J. Morbidity after breast cancer treatment and physiotherapeutic performance. **International journal of clinical practice**, 2007. v. 61, n. 6, p. 972–982.
41. BENDZ, I.; FAGEVIK OLSÉN, M. Evaluation of immediate versus delayed shoulder exercises after breast cancer surgery including lymph node dissection - A randomised controlled trial. **Breast**, 2002. v. 11, n. 3, p. 241–248.
42. TILLEY, A.; THOMAS-MACLEAN, R.; KWAN, W. Lymphatic cording or axillary web syndrome after breast cancer surgery. PMID: 19680494 PMCID: PMC2724805: **Canadian Journal of Surgery**, ago. 2009. v. 52, n. 4, p. E105–E106.
43. WYRICK, S. L.; WALTKE, L. J.; NG, A. V. Physical therapy may promote resolution of lymphatic cording in breast cancer survivors. **Rehab Oncol**, 2006. v. 24, p. 29–34.
44. FOURIE, W. J.; ROBB, K. A. Physiotherapy management of axillary web syndrome following breast cancer treatment: discussing the use of soft tissue techniques. **Physiotherapy**, 2009. v. 95, n. 4, p. 314–320.

45. YEUNG, W. M.; MCPHAIL, S. M.; KUYS, S. S. A systematic review of axillary web syndrome (AWS). **Journal of Cancer Survivorship**, 15 fev. 2015. p. 1–23.
46. NOVAES, C. DE O. **Não realização de mamografia e consumo de serviços de saúde em uma população de idosos de Juiz de Fora, Minas Gerais**. [S.l.]: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=554090&indexSearch=ID>>. Acesso em: 6 ago. 2015.

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA CO-PARTICIPANTE PARA O ESTUDO NO HOSPITAL

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP	
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS	
1. Projeto de Pesquisa: Intervenção Fisioterapêutica Precoce em pacientes submetidas À Biópsia do Linfonodo Sentinela e Ressecção Axilar nas cirurgias do Câncer de Mama - abordagem da Síndrome da Rede Axilar (proxisôrio)	
2. Número de Participantes da Pesquisa: 30	
3. Área Temática: Texto	
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL	
5. Nome: Natalia Carion Haddad	
6. CPF: 075.009.297-14	7. Endereço (Rua, n.º): PRAIA DO FLAMENGO 308 FLAMENGO apto 201 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO 22210065
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (21) 9084-6065
10. Outro Telefone:	11. Email: nataliacarion@yahoo.com.br
12. Cargo:	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.	
Data: 07 / 02 / 14	
 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE	
13. Nome: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO	14. CNPJ: 34.023.077/0001-07
15. Unidade/Órgão:	16. Telefone: (21) 1542-7771
17. Outro Telefone:	Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.
Responsável: Assa Caroline Azeredo Bertolles Chefe Fisioterapia HUPE-UERJ Matr: 34519-3 CRESSID 3-46303-E	CPF: 080339677-57
Cargo/Função:	Data: 03 / 02 / 14
 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL	
Não se aplica.	

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título: Intervenção Fisioterapêutica precoce em pacientes submetidas à Biópsia do Linfonodo Sentinela e Ressecção axilar nas cirurgias do Câncer de mama – abordagem da síndrome da rede axilar” (provisório)

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste projeto é verificar se o tratamento com Fisioterapia logo após a cirurgia ajuda a diminuir os desconfortos provocados por cordões na axila, a dor e a dificuldade de movimentar o braço que podem surgir com a retirada de linfonodos da axila.

UTILIZAÇÃO DE IMAGENS: Durante o tratamento, precisaremos tirar fotos do seu braço e axila, e estas imagens serão utilizadas somente para coleta de dados. As imagens são confidenciais, e seu rosto e nome não serão divulgados. Se você não quiser ser fotografada, você não poderá participar deste estudo.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil, tampouco no seu tratamento.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de entrevistas individuais, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

RISCOS: Durante o tratamento fisioterapêutico, a paciente poderá apresentar medo de movimentar-se e uma sensação de “repuxamento” ou desconforto no local da cirurgia. Caso ocorra dor, a Fisioterapeuta que a estiver atendendo utilizará crioterapia (gelo) até que haja alívio, e a dor e os exercícios podem ser adiados para outro momento do dia caso a paciente tolere. Além disso, durante as entrevistas, você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você

pode escolher não responder quaisquer perguntas que a façam sentir-se incomodada.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a entender melhor o que pode acontecer no seu braço após a cirurgia, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para a própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome e rosto não aparecerão em nenhum formulário a ser preenchido por nós, ou imagem obtida. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Universitário Pedro Ernesto. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional (PPGSTEh) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), sendo a aluna Natalia Carion Haddad a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof^a Cristiane de Oliveira Novaes. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate a Fisioterapeuta Natalia Carion Haddad no telefone 99384-6065, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br. Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Nome: _____

Endereço:

Telefone:

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Discuti a proposta da pesquisa com este(a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisador):

Nome: _____

Data: ____/____/____

ANEXO C – FICHA DE COLETA DE DADOS

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PRÉ-OPERATÓRIO

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA – PRÉ OPERATÓRIO MAMA																																							
DADOS PESSOAIS																																							
Prontuário : _____ Nome: _____ Idade: _____																																							
Bairro/Município: _____ Tels. Contato: _____																																							
Est.conjugal: () solteira () casada () viúva () separada judicialmente Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Lateralidade: () D () E																																							
Situação laboral: _____ Renda: () 1SM () 2SM () 3SM () + 3SM OBS: _____																																							
Escolaridade: () analfabeto () ensino fundamental () ensino médio () superior () completo () incompleto OBS: _____																																							
Etilismo: () Sim () Não Tabagismo: () Sim () Não Nº de filhos : _____ Idade no 1º parto: _____ Menarca: _____ Sexarca: _____ Menopausa: _____																																							
PERFIL MORBIDO																																							
Hist. Fam. de câncer: () Sim () Não Qual: _____																																							
Ano do 1º diagnóstico: _____ MMG BIRads : () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6																																							
Histopatológico: _____ Mama acometida : () Direita () Esquerda () ambas																																							
Localização detalhada: () Quad Sup Externo () Q. Sup Interno () Q. Inf Interno () Q. Inf Externo () Retroareolar () Junção de quadrantes																																							
Imunohistoquímica: _____																																							
ESTADIAMENTO: _____ T: _____ N: _____ M: _____ Eletiva para cirurgia? () Sim () Não																																							
Performance Status ECOG: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 Dor: EVA 0-10 _____ Local (maior intensidade): _____																																							
Comorbidades: _____																																							
Trat neoadjuvante: () Sim () Não Resposta terapêutica : () Parcial () Completa () Doença estável () Progressão () Não se aplica																																							
() QT tipo /ciclos _____ Término da QT: _____ Membro onde realizou QT: () D () E																																							
Efeitos precoces (até 3 meses) : _____																																							
Efeitos tardios (após 3 meses): _____																																							
() RXT dose: _____ Localização: _____ Frações: _____ Término da RXT: _____																																							
Efeitos precoces (até 3 meses) : _____																																							
Efeitos tardios (após 3 meses): _____																																							
Comprometimento articular prévio no ombro : () S () N OBS: _____																																							
EXAME FÍSICO																																							
Escápula D : () normal () alada () aderida Escápula E : () normal () alada () aderida																																							
Ombros: () Simétricos () Assimétricos Ombro homolateral à cirurgia: () Protração () Retração () Depressão () Elevação																																							
	MSD	MSD	MSE	MSE																																			
	FLEXAO	ABDUCAO	FLEXAO	ABDUCAO																																			
GONIOMETRIA																																							
FORÇA MUSCULAR																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">PERIMETRIA</th> <th style="width: 10%;">14</th> <th style="width: 10%;">7</th> <th style="width: 10%;">IAC</th> <th style="width: 10%;">7</th> <th style="width: 10%;">14</th> <th style="width: 10%;">21</th> <th style="width: 10%;">mão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MSD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>MSE</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>#</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>								PERIMETRIA	14	7	IAC	7	14	21	mão	MSD								MSE								#							
PERIMETRIA	14	7	IAC	7	14	21	mão																																
MSD																																							
MSE																																							
#																																							
CHECKLIST:																																							
() ESCALA ASES																																							
() INVENTARIO BREVE DE DOR																																							
Data da avaliação : ____/____/____ Fisioterapeuta : _____ (Carimbo e assinatura)																																							

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA 1º DPO

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA – 1º DPO Data da avaliação : ____/____/____

Prontuário : _____ Nome: _____

DATA DA CIRURGIA ____/____/____ Cirurgia realizada: _____

Intercorrências no ato da cirurgia : (☐) Não (☐) Sim Quais: _____

Reconstrução imediata? (☐) Não (☐) Sim Técnica: _____

Abordagem axilar : (☐) B I S (☐) Linfadenectomia Axilar – Níveis : _____ (☐) B I S + L A – Níveis retirados : _____

DRENO: (☐) PENROSE (☐) HEMOVAC SECREÇÃO: _____ QUANT.: _____ ml

QUEIXA PRINCIPAL : _____

Dor (Local de maior intensidade) : _____ EVA : _____

Parestesia Nervo ICII : (☐) Não (☐) Lat. tórax (☐) Axila (☐) Medial braço Intercostobraquialgia : (☐) Não (☐) Lat. tórax (☐) Axila (☐) Medial braço

Escápula D : (☐) normal (☐) alada (☐) aderida Escápula E : (☐) normal (☐) alada (☐) aderida Sensação de peso no MS ? (☐) Sim (☐) Não

Sensação de edema no MS: (☐) Sim (☐) Não

PERIMETRIA	14	7	IAC	7	14	21	mão
MSD							
MSE							
#							

CHECKLIST

(☐) PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO – FASE 1

(☐) CUIDADOS PREVENTIVOS COM O MEMBRO SUPERIOR

(☐) POSICIONAMENTO DO MEMBRO

(☐) FOLDER DE EXERCÍCIOS

OBS: _____

Fisioterapeuta : _____ (Carimbo e assinatura)

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA 30º DPO

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA – 30ºDPO Data da avaliação : ____/____/____																																																								
Prontuário : _____ Nome: _____																																																								
CIRURGIA REALIZADA: _____ DATA DA CIRURGIA ____/____/____																																																								
Dias com pontos cirúrgicos: _____ Dias com dreno: _____ Dias de internação hospitalar: _____																																																								
Complicações decorrentes da cirurgia: () Não () Sim Quais: _____																																																								
QUEIXA PRINCIPAL : _____																																																								
PS (ECOG): _____ Dor (Local de maior intensidade) : _____ EVA : _____																																																								
Parestesia Nervo ICB : () Nao () Lat. tórax () Axila () Medial braço Intercostobraquialgia : () Não () Lat. tórax () Axila () Medial braço																																																								
Mama fantasma: () Não () sem dor () com dor () Não se aplica Edema mama : () Não () Sim () Não se aplica																																																								
Ferida Operatória: () Efetivada () Deiscência () Necrose () Ocluída Flutuação : () Não () Sim																																																								
Cicatriz/ plastrão: () Normal () Aderida () Fibrose () Retração () Hipertrofia () Outras _____																																																								
Escápula homolateral à cirurgia : () normal () alada () aderida																																																								
Ombros: () Simétricos () Assimétricos Ombro homolateral à cirurgia: () Protração () Retração () Depressão () Elevação																																																								
Cordão Axilar? () Não () Sim Quando surgiu? _____ () com dor () sem dor																																																								
Localização do cordão: () Axila () Face anterior do cotovelo () Antebraço () Punho () Polegar () Inframamário () Outro _____																																																								
Atividades de Vida Diária Cuidados pessoais : () Não () Sim Domésticas : () Não () Parcial () Total Profissionais: () Não () Sim																																																								
Exercícios terapêuticos domiciliares : () Não () Irregular () Sim _____ X/ dia																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>MSD FLEXAO</th> <th>MSD ABDUCAO</th> <th>MSE FLEXAO</th> <th>MSE ABDUCAO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GONIOMETRIA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FORÇA MUSCULAR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						MSD FLEXAO	MSD ABDUCAO	MSE FLEXAO	MSE ABDUCAO	GONIOMETRIA					FORÇA MUSCULAR					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>PERIMETRIA</th> <th>14</th> <th>7</th> <th>IAC</th> <th>7</th> <th>14</th> <th>21</th> <th>mão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MSD</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MSE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>#</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					PERIMETRIA	14	7	IAC	7	14	21	mão	MSD								MSE								#							
	MSD FLEXAO	MSD ABDUCAO	MSE FLEXAO	MSE ABDUCAO																																																				
GONIOMETRIA																																																								
FORÇA MUSCULAR																																																								
PERIMETRIA	14	7	IAC	7	14	21	mão																																																	
MSD																																																								
MSE																																																								
#																																																								
CHECKLIST																																																								
() PROTOCOLO FISIOTERAPEUTICO Fase : _____																																																								
() CUIDADOS PREVENTIVOS																																																								
() FOLDER DE EXERCICIOS – ADM LIVRE																																																								
() Escala ASES																																																								
() Inventário Breve de Dor																																																								
OBS: _____																																																								
Fisioterapeuta : _____ (Carimbo e assinatura)																																																								

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA 60º DPO

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA – 60º DPO																																																						
Prontuário : _____ Nome: _____																																																						
CIRURGIA REALIZADA: _____ DATA DA CIRURGIA ____/____/____																																																						
Dias com pontos cirúrgicos: _____ Dias com dreno: _____ Dias de internação hospitalar: _____																																																						
QUEIXA PRINCIPAL : _____																																																						
Sinais Vitais: PA: _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ irpm PS (ECOG): _____																																																						
Dor (Local de maior intensidade) : _____ EVA : _____																																																						
Parestesia Nervo ICB : () Não () Lat. tórax () Axila () Medial braço Intercostobraquialgia : () Não () Lat. tórax () Axila () Medial braço																																																						
Mama fantasma: () Não () sem dor () com dor () Não se aplica Edema mama : () Não () Sim () Não se aplica																																																						
Ferida Operatória: () Efetivada () Deiscência () Necrose () Ocluída Flutuação : () Não () Sim																																																						
Cicatriz/ plastrão: () Normal () Aderida () Fibrose () Retração () Hipertrofia () Outras _____																																																						
Escápula D : () normal () alada () aderida Escápula E : () normal () alada () aderida																																																						
Ombros: () Simétricos () Assimétricos Ombro homolateral à cirurgia: () Protração () Retração () Depressão () Elevação																																																						
Cordão Axilar? () Não () Sim Quando surgiu? _____ () com dor () sem dor																																																						
Localização do cordão: () Axila () Face anterior do cotovelo () Antebraço () Punho () Polegar () Inframamário () Outro _____																																																						
Resolução do cordoamento: () Não () Não se aplica () Sim Quando? _____																																																						
Atividades de Vida Diária																																																						
Cuidados pessoais : () Não () Sim Domésticas : () Não () Parcial () Total Profissionais: () Não () Sim																																																						
Exercícios terapêuticos domiciliares : () Não () Irregular () Sim _____ X/ dia																																																						
Tratamento Adjuvante: () Sim () Não () Em curso																																																						
() QT tipo /ciclos _____ Membro onde realizou QT: () D () E																																																						
Término da QT: ____/____/____ OBS: _____																																																						
Efeitos precoces (até 3 meses) : _____																																																						
() RXT dose: _____ Localização: _____ Frações: _____																																																						
Efeitos precoces (até 3 meses) : _____																																																						
Término da RXT: ____/____/____ OBS: _____																																																						
() Hormioterapia Medicamento: _____																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>MSD FLEXAO</td> <td>MSD ABDUÇÃO</td> <td>MSE FLEXAO</td> <td>MSE ABDUÇÃO</td> </tr> <tr> <td>GONIOMETRIA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FORÇA MUSCULAR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					MSD FLEXAO	MSD ABDUÇÃO	MSE FLEXAO	MSE ABDUÇÃO	GONIOMETRIA					FORÇA MUSCULAR					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>PERIMETRIA</td> <td>14</td> <td>7</td> <td>IAC</td> <td>7</td> <td>14</td> <td>21</td> <td>mão</td> </tr> <tr> <td>MSD</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MSE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>#</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				PERIMETRIA	14	7	IAC	7	14	21	mão	MSD								MSE								#							
	MSD FLEXAO	MSD ABDUÇÃO	MSE FLEXAO	MSE ABDUÇÃO																																																		
GONIOMETRIA																																																						
FORÇA MUSCULAR																																																						
PERIMETRIA	14	7	IAC	7	14	21	mão																																															
MSD																																																						
MSE																																																						
#																																																						
CHECKLIST () PROTOCOLO FISIOTERAPEUTICO Fase : _____ () CUIDADOS PREVENTIVOS () FOLDER DE EXERCICIOS – ADM LIVRE																																																						
() Escala ASES () Inventário Breve de Dor																																																						
Data da avaliação : ____/____/____ Fisioterapeuta : _____ (Carimbo e assinatura)																																																						

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA 90º DPO

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA – 90º DPO							
Prontuário : _____ Nome: _____							
CIRURGIA REALIZADA: _____ DATA DA CIRURGIA ____/____/____							
Dias com pontos cirúrgicos: _____ Dias com dreno: _____ Dias de internação hospitalar: _____							
QUEIXA PRINCIPAL : _____							
Sinais Vitais: PA: _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ irpm PS (ECOG): _____							
Dor (Local de maior intensidade) : _____ EVA : _____							
Parestesia Nervo ICB: () Nao () Lat. tórax () Axila () Medial braço Intercostobraquialgia: () Não () Lat. tórax () Axila () Medial braço							
Mama fantasma: () Não () sem dor () com dor () Não se aplica Edema mama: () Não () Sim () Não se aplica							
Ferida Operatória: () Efetivada () Deiscência () Necrose () Ocluída Flutuação: () Não () Sim							
Cicatriz/ plastrão: () Normal () Aderida () Fibrose () Retração () Hipertrofia () Outras _____							
Escápula D: () normal () alada () aderida Escápula E: () normal () alada () aderida							
Ombros: () Simétricos () Assimétricos Ombro homolateral à cirurgia: () Protração () Retração () Depressão () Elevação							
Cordão Axilar? () Não () Sim Quando surgiu? _____ () com dor () sem dor							
Localização do cordão: () Axila () Face anterior do cotovelo () Antebraço () Punho () Polegar () Inframamário () Outro _____							
Resolução do cordoamento: () Não () Não se aplica () Sim Quando? _____							
Atividades de Vida Diária							
Cuidados pessoais: () Não () Sim Domésticas: () Não () Parcial () Total Profissionais: () Não () Sim							
Exercícios terapêuticos domiciliares: () Não () Irregular () Sim _____ X/ dia							
Tratamento Adjuvante: () Sim () Não () Em curso							
() QT tipo /ciclos _____ Membro onde realizou QT: () D () E							
Término da QT: ____/____/____ OBS: _____							
Efeitos precoces (até 3 meses) : _____							
() RXT dose: _____ Localização: _____ Frações: _____							
Efeitos precoces (até 3 meses) : _____							
Término da RXT: ____/____/____ OBS: _____							
() Hormonioterapia Medicamento: _____							
		MSD FLEXAO	MSD ABDUCAO	MSE FLEXAO	MSE ABDUCAO		
GONIOMETRIA						PERIMETRIA	14
FORÇA						MSD	
MUSCULAR						MSE	
						#	
							7
							14
							21
							mão
CHECKLIST () PROTOCOLO FISIOTERAPEUTICO Fase: _____ () CUIDADOS PREVENTIVOS () FOLDER DE EXERCICIOS – ADM LIVRE							
() Escala ASES () Inventário Breve de Dor							
Data da avaliação : ____/____/____ Fisioterapeuta : _____ (Carimbo e assinatura)							

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA 180° DPO

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA – 180° DPO																																																						
Prontuário : _____ Nome: _____																																																						
CIRURGIA REALIZADA: _____ DATA DA CIRURGIA ____/____/____																																																						
QUEIXA PRINCIPAL : _____																																																						
PS (ECOG): _____ Dor (Local de maior intensidade) : _____ EVA : _____																																																						
Parestesia Nervo ICB : () Não () Lat. tórax () Axila () Medial braço Intercostobraquialgia : () Não () Lat. tórax () Axila () Medial braço																																																						
Mama fantasma: () Não () Sim, sem dor () Sim, com dor () Não se aplica Edema mama : () Não () Sim () Não se aplica																																																						
Ferida Operatória: () Efetivada () Deiscência () Necrose () Ocluída Flutuação : () Não () Sim																																																						
Cicatriz/ plastrão: () Normal () Aderida () Fibrose () Retração () Hipertrofia () Outras _____																																																						
Escápula D : () normal () alada () aderida Escápula E : () normal () alada () aderida																																																						
Ombros: () Simétricos () Assimétricos Ombro homolateral à cirurgia: () Protração () Retração () Depressão () Elevação																																																						
Cordão Axilar? () Não () Sim Quando surgiu? _____ () com dor () sem dor																																																						
Localização do cordão: () Axila () Face anterior do cotovelo () Antebraço () Punho () Polegar () Inframamário () Outro _____																																																						
Resolução do cordoamento: () Sim () Não Quando? _____																																																						
Atividades de Vida Diária																																																						
Cuidados pessoais : () Não () Sim Domésticas : () Não () Parcial () Total Profissionais: () Não () Sim																																																						
Exercícios terapêuticos domiciliares : () Não () Irregular () Sim _____ X/ dia																																																						
Tratamento Adjuvante: () Sim () Não () Em curso																																																						
() QT tipo /ciclos _____ Membro onde realizou QT: () D () E																																																						
Término da QT: ____/____/____ OBS: _____																																																						
Efeitos precoces (até 3 meses) : _____																																																						
() RXT dose: _____ Localização: _____ Frações: _____																																																						
Efeitos precoces (até 3 meses) : _____																																																						
Término da RXT: ____/____/____ OBS: _____																																																						
() Hormonioterapia Medicamento: _____																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th></th> <th>MSD FLEXAO</th> <th>MSD ABDUCAO</th> <th>MSE FLEXAO</th> <th>MSE ABDUCAO</th> </tr> <tr> <td>GONIOMETRIA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FORÇA MUSCULAR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					MSD FLEXAO	MSD ABDUCAO	MSE FLEXAO	MSE ABDUCAO	GONIOMETRIA					FORÇA MUSCULAR					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>PERIMETRIA</th> <th>14</th> <th>7</th> <th>IAC</th> <th>7</th> <th>14</th> <th>21</th> <th>mão</th> </tr> <tr> <td>MSD</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MSE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>#</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				PERIMETRIA	14	7	IAC	7	14	21	mão	MSD								MSE								#							
	MSD FLEXAO	MSD ABDUCAO	MSE FLEXAO	MSE ABDUCAO																																																		
GONIOMETRIA																																																						
FORÇA MUSCULAR																																																						
PERIMETRIA	14	7	IAC	7	14	21	mão																																															
MSD																																																						
MSE																																																						
#																																																						
CHECKLIST () PROTOCOLO FISIOTERAPEUTICO Fase : _____ () CUIDADOS PREVENTIVOS () FOLDER DE EXERCICIOS – ADM LIVRE																																																						
() Escala ASES () Inventário Breve de Dor																																																						
Data da avaliação : ____/____/____ Fisioterapeuta : _____ (Carimbo e assinatura)																																																						

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA 12 meses PO

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA – 1 ano P.O																																																
Prontuário : _____ Nome: _____																																																
CIRURGIA REALIZADA: _____ DATA DA CIRURGIA ____/____/____																																																
QUEIXA PRINCIPAL : _____																																																
PS (ECOG): _____ Dor (Local de maior intensidade) : _____ EVA : _____																																																
Parestesia Nervo ICB : () Não () Lat. tórax () Axila () Medial braço Intercostobraquialgia : () Não () Lat. tórax () Axila () Medial braço																																																
Mama fantasma: () Não () Sim, sem dor () Sim, com dor () Não se aplica Edema mama : () Não () Sim () Não se aplica																																																
Ferida Operatória: () Efetivada () Deiscência () Necrose () Ocluída Flutuação : () Não () Sim																																																
Cicatriz/ plastrão: () Normal () Aderida () Fibrose () Retração () Hipertrofia () Outras _____																																																
Escápula D : () normal () alada () aderida Escápula E : () normal () alada () aderida																																																
Ombros: () Simétricos () Assimétricos Ombro homolateral à cirurgia: () Protração () Retração () Depressão () Elevação																																																
Cordão Axilar? () Não () Sim Quando surgiu? _____ () com dor () sem dor																																																
Localização do cordão: () Axila () Face anterior do cotovelo () Antebraço () Punho () Polegar () Inframamário () Outro _____																																																
Resolução do cordoamento: () Sim () Não Quando? _____																																																
Atividades de Vida Diária																																																
Cuidados pessoais : () Não () Sim Domésticas : () Não () Parcial () Total Profissionais: () Não () Sim																																																
Exercícios terapêuticos domiciliares : () Não () Irregular () Sim _____ X/ dia																																																
Tratamento Adjuvante: () Sim () Não () Em curso																																																
() QT tipo /ciclos _____ Membro onde realizou QT: () D () E																																																
Término da QT: ____/____/____ OBS: _____																																																
Efeitos tardios (após 3 meses) : _____																																																
() RXT dose: _____ Localização: _____ Frações: _____																																																
Efeitos tardios (após 3 meses) : _____																																																
Término da RXT: ____/____/____ OBS: _____																																																
() Hormonioterapia Medicamento: _____																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th></th> <th>MSD FLEXAO</th> <th>MSD ABDUCAO</th> <th>MSE FLEXAO</th> <th>MSE ABDUCAO</th> </tr> <tr> <td>GONIOMETRIA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FORÇA MUSCULAR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		MSD FLEXAO	MSD ABDUCAO	MSE FLEXAO	MSE ABDUCAO	GONIOMETRIA					FORÇA MUSCULAR					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>PERIMETRIA</th> <th>14</th> <th>7</th> <th>IAC</th> <th>7</th> <th>14</th> <th>21</th> <th>mão</th> </tr> <tr> <td>MSD</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MSE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>#</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	PERIMETRIA	14	7	IAC	7	14	21	mão	MSD								MSE								#							
	MSD FLEXAO	MSD ABDUCAO	MSE FLEXAO	MSE ABDUCAO																																												
GONIOMETRIA																																																
FORÇA MUSCULAR																																																
PERIMETRIA	14	7	IAC	7	14	21	mão																																									
MSD																																																
MSE																																																
#																																																
CHECKLIST () PROTOCOLO FISIOTERAPEUTICO Fase : _____ () CUIDADOS PREVENTIVOS () FOLDER DE EXERCÍCIOS – ADM LIVRE () Escala ASES () Inventário Breve de Dor																																																
Data da avaliação : ____/____/____ Fisioterapeuta : _____ (Carimbo e assinatura)																																																

ANEXO D – ESCALA ASES

Escala ASES traduzida ao português e adaptada à cultura brasileira – *American Shoulder and Elbow Society (ASES) Shoulder Index*

I. Dor

Como está sua dor hoje? (marque na linha)



II. Função

Circule o número que demonstra sua capacidade de fazer
as seguintes atividades com o ombro dolorido.

0 = incapaz de fazer

1 = muito difícil de fazer

2 = um pouco difícil de fazer

3 = sem dificuldade de fazer

1. Vestir um casaco

0 1 2 3

2. Dormir sobre o lado dolorido

0 1 2 3

3. Alcançar a parte de cima das costas

0 1 2 3

4. Limpar-se ao usar o vaso sanitário

0 1 2 3

5. Pentear os cabelos

0 1 2 3

6. Alcançar uma prateleira alta

0 1 2 3

7. Levantar 5 kg acima do ombro

0 1 2 3

8. Atirar uma bola por cima da cabeça

0 1 2 3 **Nunca tentei**

9. Fazer o trabalho do seu dia a dia

0 1 2 3 **Nunca tentei**

10. Praticar o esporte de costume

0 1 2 3 **Nunca tentei**

ANEXO E – ESCALA VISUAL E ANALÓGICA PARA DOR



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor	Dor Leve			Dor Moderada			Dor forte ou incapacitante			Dor Insuportável
	Não atrapalha nas atividades			Atrapalha, mas não impede as atividades			Impede as atividades			Impede atividade descontrola

ANEXO F – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO 2º ARTIGO



Rio de Janeiro, 28 de abril de 2015

Prezados autores,

Recebemos o seu manuscrito. No entanto, observamos a necessidade de ajustes para o envio do mesmo para a avaliação e parecer do Conselho Editorial.

O estudo está definido como estudo de caso, assim as seções “Métodos” e “Resultados” são substituídas pela “Descrição do Caso” .

Solicitamos também o envio do documento de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.

Será um prazer receber o artigo para avaliação.

Atenciosamente,

Editora Científica da RBC