

A ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS NA ASSOCIAÇÃO DE AMPARO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA – MATERNIDADE CÂNDIDO MARIANO

Telma Regina Chiarapa¹

1. INTRODUÇÃO

Este artigo foi escrito a partir de revisão bibliográfica e de experiências práticas realizadas na Maternidade Cândido Mariano em Campo Grande-MS, na qual objetivou-se em dezoito meses de atendimento, levantar dados precisos quanto à real atuação e importância da assistência fisioterapêutica em mulheres mastectomizadas.

O carcinoma da mama é uma doença que merece atenção redobrada nos dias atuais, pelo fato de que sua incidência vem aumentando significativamente, em especial, na população de menor faixa etária, quando a mastectomia causa comprometimento do membro superior homolateral à cirurgia, de tal forma que limita a paciente a realizar suas atividades de vida diária (AVDs) e, ainda, causa seqüelas emocionais que acabam por interferir na sua vida social, conjugal, além dos problemas de auto-aceitação.

¹ Fisioterapeuta da Maternidade Cândido Mariano. Mestranda do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco - UCDB. Professora e Supervisora da UCDB.

Embora o tratamento cirúrgico do câncer de mama durante as três últimas décadas tenha sofrido alterações de conceitos e propostas, graças à evolução tecnológica dos meios de diagnósticos, melhor estudo da biologia tumoral e maior eficácia da terapia complementar, a comunidade científica cirúrgica internacional passou a desenvolver alternativas técnicas menos mutilantes, como as cirurgias de Patey e Madden e ainda, a quadrantectomia utilizada em tumores iniciais.

Este artigo visa mostrar o trabalho da fisioterapia realizado na Associação de Amparo à Maternidade e à Infância-Maternidade Cândido Mariano em Campo Grande-MS, no que se refere à prevenção das complicações e incômodos para mulheres mastectomizadas, tais como edema, dor, limitação dos movimentos e até mesmo apoio psicológico, utilizando métodos e técnicas especializadas. Estará dividido nos seguintes itens: o trauma cirúrgico, tratamento fisioterapêutico nas fases hospitalar e ambulatorial, aspectos psicológicos da mulher mastectomizada, análise de alguns casos, conclusão e bibliografia utilizada.

Espera-se, então, através deste, facilitar e tornar acessível o estudo do tratamento desta patologia, possibilitando maior interesse por parte dos profissionais e melhores resultados, por parte dos pacientes.

2. O TRAUMA CIRÚRGICO

O trauma cirúrgico da mastectomia determina alterações significativas no organismo como perda sangüínea, lesão de tecidos e/ou órgãos, sistema endócrino e hemodinâmico, edema, riscos infecciosos, alteração no ritmo alimentar e outras. De acordo com a extensão do trauma, a situação da mulher operada e a qualidade de assistência é

que ocorrerão as manifestações, em diferentes graus. Vale lembrar, que a exérese total de um órgão determina modificação da integridade física em caráter definitivo como na auto-imagem e nos hábitos de vida, no caso, desta mulher. Tal procedimento causa diversas complicações físicas, sendo as mais comuns a limitação da amplitude de movimento do membro homolateral à cirurgia, diminuição da força muscular e tardiamente, o linfedema.

A intervenção interdisciplinar, visando ao restabelecimento da mulher, frente à agressão sofrida, caracteriza-se como sendo um processo e ocorre desde o pós-operatório imediato, ou seja, inicia-se na fase de hospitalização, mas abrange a rotina de vida após a alta.

As mamas são estruturas complexas, consideradas anexos cutâneos, sendo verdadeiras glândulas sudoríparas especializadas. Sua formação já se inicia durante as fases precoces da vida embrionária. Na vida pós-natal, a mama se desenvolve muito pouco no homem, e na mulher sofre grandes modificações.

Através das mamas, caracteriza-se a espécie dos mamíferos, sendo destinadas fundamentalmente, à nutrição, além do que, nas mulheres desempenham papel de relevância na sexualidade, no erotismo e na beleza estética.

O câncer de mama sempre representou um grande desafio para especialistas, estudiosos e pesquisadores de todo o mundo que se dedicam ao estudo desta patologia, que acomete mulheres, geralmente na faixa etária de pleno vigor físico, profissional, reprodutivo e social. Apesar disso, não se encontrou uma causa que possa ser considerada como fator primário para seu início. Atualmente, o que chama a atenção são as questões ambientais, fisiológicos e história familiar que podem refletir não somente os fatores genéticos, mas também outros, como o nível sócio-econômico, idade, nuliparidade, idade da menarca, do primeiro parto, da menopausa, história antecedente de câncer de mama, alta ingestão de gordura, obesidade e consumo de álcool. Estes e outros fatores podem ser considerados, como sendo

de risco, para o aparecimento do câncer de mama.

Vale ressaltar que o diagnóstico de câncer de mama provoca na paciente um sentimento de negação, desamparo e medo, não apenas pelo estigma da doença, mas também pela mutilação cirúrgica, uma vez que a mama (feminina) tem, de forma intensa, simbolismo estético, sexual e existencial.

A discussão aqui levada a efeito, se direciona à cirurgia de mastectomia radical modificada tipo Madden, que consiste na remoção de toda a mama e nódulos linfáticos axilares, preservando o músculo peitoral maior e menor, reduzindo assim, a deformidade estética e fraqueza muscular, procedimento no qual sessenta por cento das pacientes assistidas pelo setor de fisioterapia da Maternidade Cândido Mariano, em Campo Grande-MS, foram submetidas.

3. TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

Frente às possíveis complicações pós-cirúrgicas, como limitação dos movimentos do membro superior homolateral à cirurgia, linfedema, aderência cicatricial e alterações posturais, é que se faz necessária a intervenção do fisioterapeuta o mais breve possível, com a participação da paciente, para que se inicie sua auto-percepção física e emocional, no sentido de que ela atue no próprio processo reabilitativo.

As condutas fisioterapêuticas variam de orientações preventivas até à aplicação de métodos e técnicas especializadas, também preventivas e reabilitativas, como se segue:

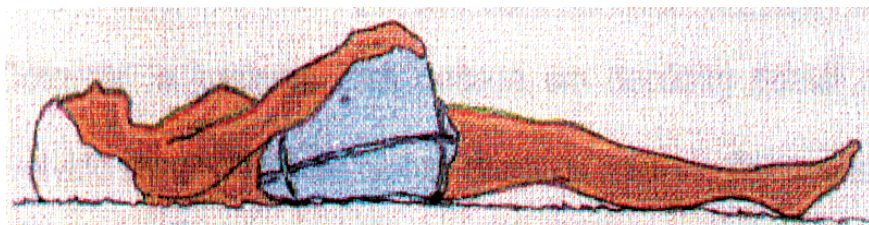
3.1. EM FASE HOSPITALAR NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

A assistência realizada, no pós-operatório imediato, é composta das seguintes condutas:

a) Avaliação: são utilizados para *amplitude de movimento*: goniometria²: ombro (flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna, rotação externa); *força muscular*³: grau 0- não há evidência de contratilidade; grau 1- evidência de pouca contratilidade (não havendo mobilidade articular); grau 2 - movimentação completa eliminada a gravidade; grau 3- movimentação completa contra a gravidade; grau 4- movimentação completa contra a gravidade e com alguma resistência e grau 5- movimentação completa contra a gravidade e com resistência total; para noção da presença ou não de linfedema: *perimetria*⁴ (braço: a partir do tubérculo maior do úmero, 10 e 18 centímetros e antebraço: a partir do epicôndilo lateral, 8 centímetros).

b) Posicionamento: o membro superior homolateral à cirurgia é afastado do corpo cerca de vinte centímetros e apoiado sobre um travesseiro de aproximadamente trinta graus, estando cotovelo, punho e mão mais elevados que o ombro.

Fig. 1: Posicionamento do membro superior homolateral à cirurgia.



Fonte: Folder da Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação

^{2,3 e 4} Os métodos de avaliação da amplitude de movimento articular (goniometria), o teste de força muscular e a perimetria (medida da circunferência) são realizadas bilateralmente.

c) Cinesioterapia: mobilizações articulares passivas leves

Ombro: a paciente estará posicionada em decúbito lateral sobre a cama, com um travesseiro sob a cabeça e os membros inferiores flexionados para garantir maior estabilidade. O membro superior homolateral repousa sobre a borda lateral do tórax. O cotovelo está flexionado e o antebraço se situa transversalmente ao abdômen, a mão repousa momentaneamente sobre a cama. O fisioterapeuta, de frente para a paciente, posiciona seu antebraço entre o tórax e o braço da mesma. A mão correspondente segura o ângulo inferior da escápula. A eminência hipotenar estabiliza esta preensão, opondo um apoio sobre a borda axilar do ângulo inferior da escápula. Com a outra mão, o fisioterapeuta realiza um contra-apoio sobre a face súpero anterior do ombro, procurando evitar o deslizamento lateral da escápula, realizando movimentos de rotação da articulação do ombro.

Fig. 2: Posicionamento do ombro homolateral à cirurgia para sessão de fisioterapia



Fonte: SEGAL, Sandra M. *Mantendo sua qualidade de vida após o câncer de mama.*

Cotovelo: a paciente está deitada em decúbito dorsal com o membro superior envolvido em abdução de quinze graus, o cotovelo flexionado a dez ou vinte graus e o antebraço em supinação. Com uma das mãos o fisioterapeuta envolve o cotovelo sustentando assim o membro superior e com a outra segura a extremidade distal do antebraço da paciente realizando uma pressão circular. A mão proximal serve de

contra-apoio e a mão distal traciona para baixo, estando os antebraços do fisioterapeuta perpendiculares ao membro superior da paciente.

Fig. 3: Posicionameto do cotovelo homolateral à cirurgia, para sessão de fisioterapia.



Fonte: SEGAL, Sandra M. *Mantendo sua qualidade de vida após o câncer de mama.*

Punho: a paciente está deitada em decúbito dorsal com o membro superior envolvido em abdução de aproximadamente quinze graus, estando o mesmo em pronação, o fisioterapeuta realiza mobilizações passivas de flexo-extensão de punho.

Fig. 4: Posicionameto do cotovelo homolateral à cirurgia, para sessão de fisioterapia.



Fonte: SEGAL, Sandra M. *Mantendo sua qualidade de vida após o câncer de mama.*

Mão: a paciente está deitada em decúbito dorsal com o membro superior homolateral ao longo do corpo e realiza movimentos lentos de abrir e fechar a mão.

d) **Cinesioterapia ativo-assistida**: são realizados movimentos de *ombro*: abdução, adução, flexão, extensão, depressão, elevação e circundução; *cotovelo*: flexão, extensão, supinação e pronação; *punho*: flexão, extensão, desvio radial e desvio ulnar; *mão*: abrir e fechar a mão.

Além dos procedimentos acima descritos são dadas orientações, quanto à posição adequada; para manter o membro superior homolateral, com intervalo de descanso a cada duas horas, retornando ao apoio. A paciente não deve realizar esforços que sobrecarreguem as articulações.

3.1.1 Em fase hospitalar desde o segundo dia até sua alta

Nesta fase, a conduta consiste de posicionamento, mobilizações articulares passivas se necessário, cinesioterapia (ativo-assistida e ativo-livre) conforme descritas anteriormente. São dadas ainda orientações domiciliares à mulher mastectomizada, em relação ao membro superior homolateral à cirurgia, para que se evite:

- aferir pressão arterial;
- carregar peso;
- deixar o braço caído ao longo do corpo e, quando deitada, acomodá-lo em travesseiro;
- injeções, acupuntura e qualquer procedimento que exija uso de agulhas;
- tirar a cutícula das unhas dos dedos;

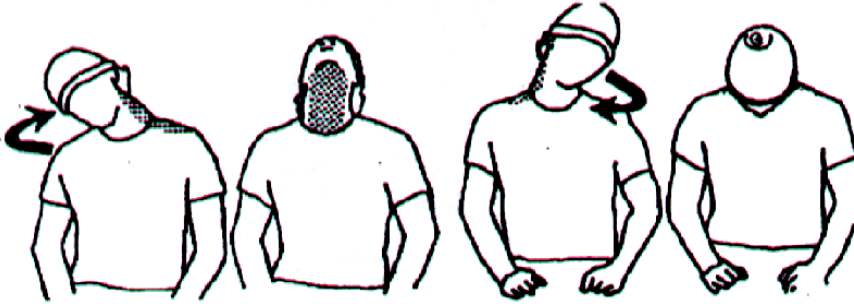
- ferimentos e machucados;
- depilar a axila;
- cozinhar ou manusear objetos quentes sem luvas;
- utilizar roupa, anel ou pulseira apertada;
- posições que comprimam os tecidos, lembrando que a melhor posição para dormir é o decúbito lateral sobre o membro superior contra-lateral à cirurgia, com travesseiro para apoiar o membro inferior entre as pernas e outro para apoio do braço homolateral.

3.2. FASE AMBULATORIAL

A partir desta fase, além da reavaliação, são realizados alongamentos musculares e intensificada a cinesioterapia, de acordo com o limite da paciente, sendo então, acrescentada ao atendimento, a drenagem linfática e massagem de fricção, conforme descrição abaixo:

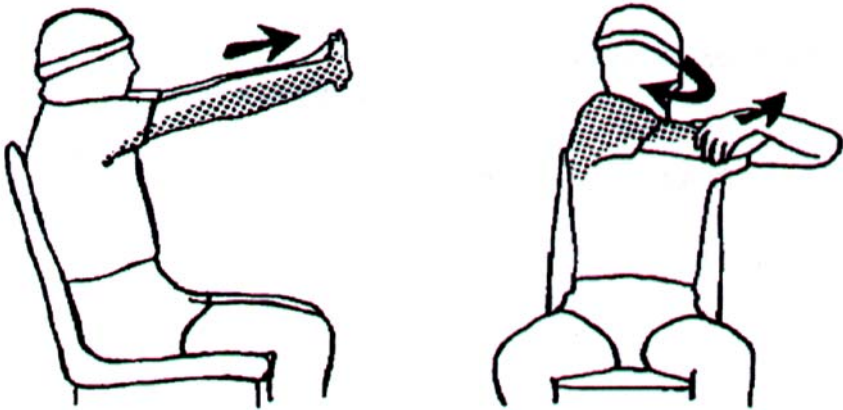
- A) *Avaliação*: além da descrita anteriormente, avalia-se a cicatriz e a presença ou não de seroma;
- B) *Alongamentos*: 1- paciente sentada, coluna ereta e apoiada, pés apoiados no chão e a cabeça na linha média, girar a cabeça lentamente formando um círculo completo; em seguida permaneça por vinte e cinco segundos nas seguintes posições: flexão, extensão e inclinação lateral; 2- entrelaçar os dedos e esticar os braços à sua frente com as palmas viradas para fora; elevar os membros superiores até que sinta o alongamento por vinte e cinco segundos; retornar à posição inicial; 3- puxar o cotovelo através do peito na direção do ombro oposto e a paciente olha por cima do ombro que está sendo alongado; mantenha esta posição por vinte e cinco segundos; retornar à posição inicial.

Fig.5a: Posicionamentos de alongamentos, da mulher mastectomizada, na fase ambulatorial.



Fonte: AMDERSON, Bob. *Alongue-se*.

Fig.5b: Posicionamentos de alongamentos, da mulher mastectomizada, na fase ambulatorial.

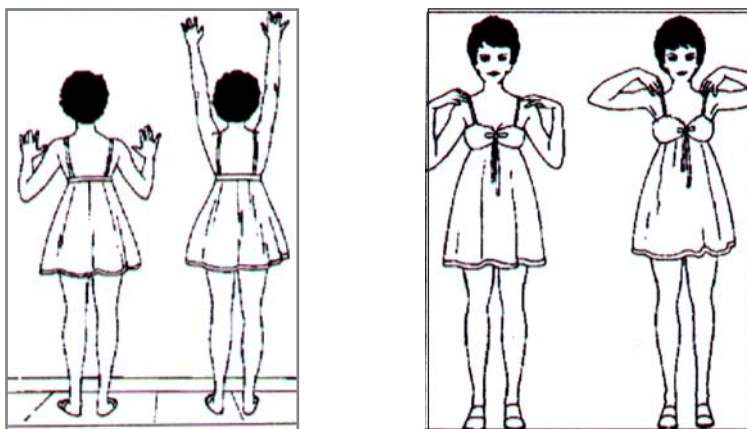


Fonte: ANDERSON, Bob. *Alongue-se*.

- C) *Cinesioterapia*: graduada de acordo com o limiar da paciente e intensificada de acordo com a evolução do quadro, até sua alta fisioterapêutica: 1- paciente em pé, com semi-flexão de joelhos e retroversão de quadril, retificando a coluna lombar; ombro: abdução, adução, flexão, extensão, depressão, elevação e circundução; cotovelo: flexão, extensão, supinação e pronação; punho: flexão,

extensão, desvio radial e desvio ulnar; mão: abrir e fechar a mão ativamente (iniciando com os membros superiores ao longo do corpo e elevando até o seu limite de flexão do ombro); 2- paciente à frente da parede, pés próximos a mesma, colocar as mãos na parede, iniciar o movimento de subida com a ponta dos dedos tão alto quanto possível, desça vagarosamente; 3- ombros alinhados, a paciente deve colocar os dedos sobre os ombros e realizar movimentos de antepulsão e retropulsão de ombro; 4- elevar os ombros como se fossem tocar as orelhas, soltar; e 5- braços esticados e firmes, realizar a flexão de ombro até seu limite e nessa posição abrir e fechar as mãos, retornar à posição inicial.

Fig. 6: Posicionamento de cinesioterapia, da mulher mastectomizada, na fase ambulatorial.



Fonte: SEGAL, Sandra. *Mastectomia*.

D) *Drenagem linfática*: ã partir da retirada do dreno na região da linha axilar anterior colocado logo após a cirurgia ou ao fato de terminar com as punções, inicia-se a drenagem linfática (ou linfodrenagem). A técnica é iniciada com bombeamentos e movimentos circulatórios e de fricção para descongestionamento dos linfonodos centrais, seguido de técnicas de deslizamentos superficiais drenantes, à

circulação linfática, em princípio pelo braço, depois antebraço, mão, terminando com a drenagem de todo o membro superior homolateral à cirurgia, sendo que ao término de cada segmento deve-se bombar os linfonódos (supraclaviculares, paraesternais, supratrocleares). A drenagem linfática é realizada preventivamente ao linfedema e para aumento de circulação até a vigésima semana e após, somente com quadro de linfedema instalado.

- E) *Massagem de fricção*: deve-se realizar movimentos circulares, com ritmo e velocidades uniformes, com suficiente pressão para mobilizar o tecido superficial em relação ao profundo, de forma a liberar os tecidos cicatriciais e aderências que se formam na cicatriz.

4. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA MULHER MASTECTOMIZADA

A confirmação diagnóstica do câncer de mama impõe reação negativa voltada para o medo, insegurança, ansiedade e incertezas quanto ao futuro. O trauma psicológico é acentuado para qualquer mulher, independente da idade, classe social ou econômica.

De forma geral, as mulheres reagem com tristeza e sofrimento unidos por uma sensação de luto pela extirpação de uma parte do seu corpo que apresenta significado de feminilidade, podendo levar à depressão.

“A principal meta para enfrentar uma mudança tão radical é permitir que a mulher reassuma suas funções de antes da cirurgia e as obrigações sociais que isto envolve, alcançando inclusive um sentido de

auto-aceitação e conforto com relação a essa experiência de perda”⁵.

O serviço de mastologia existente na Maternidade Cândido Mariano consta também de uma psicóloga que não só atende individualmente e sistematicamente as mulheres mastectomizadas, como orienta os demais profissionais da equipe, para saberem lidar com as perdas destas pacientes, pensando, cada profissional, em não “permitir” que a resposta terapêutica se prenda ao profundo negativismo presente.

5. ANÁLISE DE ALGUNS CASOS

O setor de fisioterapia atende mulheres mastectomizadas nas fases hospitalar e ambulatorial na Associação de Amparo à Maternidade e à Infância-Maternidade Cândido Mariano em Campo Grande-MS há dezoito meses, sendo assistidas trinta e sete mulheres neste período, nas quais, dezesseis permanecem em tratamento ambulatorial.

A rotina do referido setor realiza reavaliações periódicas nas seguintes sessões fisioterapêuticas: sétima, décima, vigésima e após, de dez em dez. Atende pacientes individualmente (linfodrenagem e massagem de fricção) e em grupo (alongamento e cinesioterapia) de no máximo quatro pacientes, que estejam com a força, a amplitude e o volume muscular, pertinentes.

5.1 Perfil da clientela: mulheres com a média de idade de 48 anos, sem profissão (do lar), atendidas pelo Sistema Único de Saúde, tendo como queixas: parestesia, dor ao movimento e edema no membro superior homolateral à cirurgia.

⁵ DORNELES, Graziela R.; FERRAZ, Ruthineia K. *Proposta cinesioterápica no pós-operatório de mastectomia radical modificada como prevenção da perda funcional do membro superior envolvido*. Campo Grande-MS, 1998. p.52.

5.2 *Resultados alcançados*: levando em consideração a agressividade da mastectomia e suas complicações físicas e emocionais, resultados satisfatórios foram obtidos, quanto à diminuição dos edemas, parestesias, prevenção de algias e atrofia muscular, ganho de força muscular e amplitude de movimentos e ainda, o da auto-estima que vem acompanhada de ressocialização e qualidade de vida.

6. CONCLUSÃO

A atuação fisioterapêutica aqui registrada, trabalhou de forma sistematizada com métodos e técnicas efetivos de prevenção e reabilitação, utilizados em pós-operatório de extirpação da mama.

Frente à realidade de que a mastectomia é uma cirurgia mutiladora e que causa lesões importantes e significativas quanto à funcionalidade e biomecânica das estruturas envolvidas, concluiu-se que os métodos e técnicas preventivas e reabilitativas utilizadas pelo fisioterapeuta, reestabelecem as alterações estruturais/funcionais lesadas, com resultado satisfatório.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ANDERSON, Bob. *Alongue-se*. 19. ed. São Paulo : Summus, 1983.

DORNELES, Graziela R.; FERRAZ, Ruthineia K. *Proposta cinesioterápica no pós-operatório de mastectomia radical modificada como prevenção da perda funcional do membro superior envolvido*. Campo Grande-MS, 1998. p.52.

- FRANCO, Josélio Martins. *Mastologia-formação do especialista*. São Paulo/Rio de Janeiro/Belo Horizonte : Atheneu, 1997.
- GOFFI, Fábio Schimidt. *Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia*. 3. ed. Rio de Janeiro/São Paulo : Atheneu, 1990. v. 2.
- HOPPENFELD, Stanley. *Propedêutica ortopédica: coluna e extremidades*. São Paulo/Rio de Janeiro/Belo Horizonte : Atheneu, 1996.
- KENDALL, Florence; MCCREARY, Peterson; KENDALL, Elizabeth; PROVANCE, Patrícia Geise. *Músculos, provas e funções*. 4. ed. São Paulo : Manole, 1995.
- KISNER, Carolin; COLBY, Lynn Allen. *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas*. 2. ed. São Paulo : Manole, 1992.
- LEROY, Dufour Genot; PIERRON, Neiger Peninou. *Cinesioterapia: avaliações-técnicas ativas e passivas*. São Paulo : Editorial Médica Panamericana, 1989. v. 3.
- MARX, Ângela G.; CAMARGO, Márcia C. *Fisioterapia no edema linfático*. São Paulo : Panomed, 1986.
- MONTEIRO, Aurélio. *Mastologia*. Rio de Janeiro : Cultura Médica Ltda, 1980.
- PIATO, Sebastião. *Diagnóstico e terapêutica em mastologia*. Rio de Janeiro/São Paulo : Atheneu, 1979.
- SEGAL, Sandra Megrich. *Mastectomia: mantendo sua qualidade de vida após o câncer de mama*. Rio de Janeiro : Rosa dos Tempos, 1995.