



A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA

The importance of physiotherapy in patients with breast cancer.

Adriano Siqueira de Sá¹, Amanda Oliveira Figueiredo², Wendy Harris Leal³, Wagner José Fagundes Lima⁴

RESUMO

Este projeto tem o objetivo de apresentar sobre a importância do tratamento fisioterapêutico em pacientes com câncer de mama, e como o tratamento precoce vem desempenhando um papel fundamental principalmente dos efeitos adversos no tratamento de uma patologia que a cada ano acomete mais mulheres ao redor do mundo, se tornando uma questão de saúde pública internacional. A prática da fisioterapia e suas aplicações podem reduzir os riscos de complicações e restaurar a integridade cinético-funcional de órgãos e sistemas.

A fisioterapia oncológica vem ampliando seu campo de atuação enfatizando na prevenção e tratamento, dessa forma consolida seu espaço legítimo no campo da medicina. Sabemos que as principais atribuições do fisioterapeuta são a prevenção de problemas e a promoção de saúde e devem estar presentes em todas as etapas do câncer de mama, do diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos.

Palavras-chave: Fisioterapia oncológica, Câncer de mama, Atuação profissional.

ABSTRACT

This project aims to present the importance of physiotherapeutic treatment in patients with breast cancer, and how early treatment has been playing a fundamental role, especially in terms of adverse effects in the treatment of a pathology the each year affects more women around the world, becoming an international public health issue. The practice of physiotherapy has been expanding its field of action, emphasizing prevention and treatment, thus consolidating its legitimate space in the field of medicine. We know that the main attributions of the physiotherapist are the prevention of problems, and the promotion of health and they must be present in all stages of breast cancer, from diagnosis, treatment and palliative care.

Keywords: Oncological physiotherapy, Breast cancer, Professional performance.

1 INTRODUÇÃO

O estudo da fisioterapia tem o objetivo de trabalhar na ação preventiva e tratamento ligados à movimentação e funcionamento de todos os sistemas do corpo. Tais distúrbios podem ter origem em doenças, condições genéticas, traumas e outros fatores prejudiciais que trazem consequência para o desempenho ou estética humana. As técnicas se adaptam a necessidade do tratamento, as mais conhecidas são o uso do corpo com movimentos e exercícios, bem como, ferramentas e métodos físicos, químicos e mecânicos.

Desde o início da carreira, o fisioterapeuta se concentra no processo de recuperação do indivíduo por meio de técnicas que utiliza o corpo e que agem sobre o organismo humano, dando-lhe mobilidade ativa ou passiva e restaurando as funções das diferentes partes do corpo e organismo. Sua principal tarefa é prevenir, manter e restaurar a integridade dos movimentos, órgãos, sistemas e funções. É a manutenção do movimento, controlando a peripécia de sintomas, durante atividades funcionais básicas ou complexas.

¹ Graduando do Curso de Fisioterapia Faculdade Cathedral, Boa Vista-RR. E e-mail: adriano_siqueira_sa@hotmail.com

² Graduando do Curso de Fisioterapia Faculdade Cathedral, Boa Vista-RR. E e-mail: amandaoliveiraf09@gmail.com

³ Graduando do Curso de Fisioterapia Faculdade Cathedral, Boa Vista-RR. E e-mail: whleal21@hotmail.com

⁴ Professor orientador e docente no curso de Fisioterapia da Faculdade Cathedral de Ensino Superior, Especialista em Saúde Pública: Política, Planejamento e Gestão e Mestrando em Ciências da Reabilitação UNISUAM-RJ 2023. Boa Vista-RR. E e-mail: fagundeswagner@gmail.com

⁴ Graduando do Curso de Fisioterapia Faculdade Cathedral, Boa Vista-RR. E e-mail: whleal21@hotmail.com

⁴ Professor orientador e docente no curso de Fisioterapia da Faculdade Cathedral de Ensino Superior, Especialista em Saúde Pública: Política, Planejamento e Gestão e Mestrando em Ciências da Reabilitação UNISUAM-RJ 2023. Boa Vista-RR. E e-mail: fagundeswagner@gmail.com

A fisioterapia na oncologia é parte da equipe multidisciplinar e que atua de forma bastante abrangente na sintomatologia dos pacientes oncológicos, e tem como intento manter e restituir a lisura cinético-funcional de órgãos e sistemas, tal qual precatar, tratar e minimizar os distúrbios e sequelas ocasionado pela terapia oncológica, onde temos como principal objetivo a manutenção das atividades da vida diária.

O profissional irá atuar nos sintomas decorrentes da patologia e do tratamento, minimizando as complicações como: dor, fraqueza muscular, tensão muscular, fadiga, supressão de tônus muscular, linfedemas, fibroses, retrações e aderências cicatriciais, mingramento de vastidão do movimento, encurtamentos musculares, alterações posturais e alterações respiratórias.

Faz-se necessário compreender a instância de realizar a investigação mais ampla sobre o tema. Ressalta-se ainda que o interesse e estudo nesta área é de suma importância, pois permitirá uma percepção ampla tanto para os fisioterapeutas quanto para a sociedade concomitante em que admite, de alguma forma, demonstrar o posicionamento de autores reconhecidos no que se refere ao tema. O conteúdo evidenciado contém informações importantes que favorecem a reflexão a compreensão e a discussão sobre o tema despertando uma consciência mais analítica, crítica e contemporânea. No que se refere ao entendimento acadêmico, o interesse por este tema veio de pensar nos efeitos, tanto emocionais quanto físicos, que os enfermos com carcinoma ductal enfrentam, e mostrou a magnitude do tratamento fisioterapêutico adequado para edulcorar os danos causados por esta patologia, seja no estágio de diagnóstico quanto no pós-operatório e até o paliativo. Na perspectiva da justificativa no âmbito social, este trabalho contribuirá com inculca acerca da dimensão de uma análise mais profunda do assunto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA EM ÁREAS DISTINTAS

A área de apresentação da Fisioterapia é amplo e comparece em áreas como Ortopedia, Neurologia, Cardiologia, Angiologia, Reumatologia, Pediatria, Ginecologia, Geriatria, Pneumologia e Oncologia. São muitos os mecanismos da fisioterapia, dos quais englobam a Eletricidade médica, Mecanoterapia, Tratamento através da luz e a Terapia por movimento e age em desconformes distúrbios dos sistemas Neuro-locomotor, Musculoesquelética, Cardiorrespiratórios. O fisioterapeuta atua em diferentes áreas, como em clínicas efetuando diagnósticos cinético-funcional, prognóstico, ordenação, inferência ao tratamento, consulta reavaliativa e alta. O Fisioterapeuta pode exercer sua profissão em ambulatórios, consultórios, centros para reabilitação traumato-ortopédico ou respiratório, saúde coletiva e no ensino (BRASIL, 1987).

Em concordância com Kisner e Colby (2005), a intervenção do profissional fisioterapêutico é vital para qualquer sujeito que as atividades da vida diária se encontram em déficit. Nas questões da doença já instalada, colabora na redução do quadro algico e evita dificuldades no período pós-cirúrgico e a períodos extensos de paralização e imobilização.

Conforme Rebelatto e Botomé (1999), à medida que a profissão foi ganhando espaço, as condutas secundárias e terciárias como a reabilitação foram dando campo à atenção primária, o que ampliou significativamente o conjunto de intervenções fisioterapêutica. Pode-se afirmar que a fisioterapia oncológica surge e evolui com a eclosão de novas especialidades que envolvem a prevenção e promoção, visto que a prevenir problemas e promover saúde não faziam parte no processo das condutas fisioterapêutica, pois, havia, uma total atenção ao tratamento do paciente já acometido pela doença.

2.2 ENTENENDO A MASTOLOGIA E O CÂNCER DE MAMA

De forma progressiva, as pessoas viram o câncer de muitos aspectos, tais como, doenças incuráveis, algo contagioso, problemas sociais e de saúde pública. Um levantamento da quantidade de óbitos revelou uma crítica situação que de certo modo, forçou as autoridades de saúde e o governo

a tomarem uma posição, deste modo a criação de novas tecnologias e cirurgias, expandiram as perspectivas de intervenção. A terapia de radiação é um recurso importante na medicina contra as displasias. A inovação no tratamento do câncer é propícia aos interesses médicos ao redor do mundo, inclusive no Brasil, passando a ser tratado também como objeto de pesquisa. Assuntos relacionados à causa, as discursões sobre a incidência e a possível infecção, obtiveram espaço nas conferências médicas internacionais (TEXEIRA; FONSECA, 2007).

Em conformidade com Mirra (2005), a partir desses avanços, surgiram instituições pioneiras voltadas para pesquisa nos centros de tratamento especializado e de radioterapia nos Estados Unidos da América, Japão e Europa. Desde 1920 no Brasil, o Ministério da Justiça e Negócios Interiores através do Departamento Nacional de Saúde Pública, compelia uma superintendência de prevenção da Hanseníase, Infecções Sexualmente Transmissíveis e do câncer, este foi a primeira instituição federal incumbido à campanha contra a doença no país, pois a incidência do câncer no Brasil era alta e muito antiga.

Em um artigo publicado por Azevedo Sodré em 1904, o autor expressa sobre a grande incidência da doença no país, porém sobre as taxas de mortalidade só são documentadas oficialmente a partir de 1944 através do Ministério da Saúde e Educação, compilando dados referentes de 1929 a 1932 (SODRÉ, 1904). Através das investigações epidemiológicas feitas no início do século XX, descobriu-se que a dimensão da doença era maior do que se esperava.

Em conformidade com Guimarães (2002), novas áreas de especializações e serviços só foram criadas a partir do aumento da incidência das disfunções uterinas, cervicais, mamárias e cutâneas. Desde o final dos anos de 1930, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) vinha preparando setores de especializações específicas e sob a coordenação do médico Alberto Lima de Moraes Coutinho, foi criado a sessão de mastologia em 1957, sendo ele próprio o diretor entre os anos de 1957 e 1967, dando início ao pioneirismo sobre a Mastologia no Brasil, que em 1959, fundou a Sociedade Brasileira de Patologia Mamária (SBPM), que atualmente se chama Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), onde por três vezes foi o presidente. A laboração de Lima de Moraes tinha com objetivo divulgar as pesquisas a nível nacional, colaborando assim com a ascensão da mastologia no país.

2.3 O CARCINOMA E A FISIOTERAPIA

O câncer de mama causa importantes alterações nas mulheres, tanto físicas como emocionais, implicando assim no aspecto motor e défices nas atividades corriqueiras. A Organização Mundial da Saúde (OMS) realça que com a detecção precoce dos sinais e sintomas e o diagnóstico na fase inicial, o tratamento se torna mais efetivo, garantindo assim um melhor retorno as atividades da vida diária, (BRASIL, 2004; BRASIL 2005). Corroborando com essa afirmativa, Bergman (2000) afirma que se o diagnóstico for feito de forma precoce, permite uma melhor condição de tratamento e conseqüentemente a sobrevida das mulheres acometidas aumenta de forma exponencial.

Em concordância com Pezner (1986), é imprescindível que o profissional de fisioterapia conheça o grau de estágio que o paciente se encontra, partindo desse princípio, entende-se que se a utilização dos recursos da fisioterapia for empregada de forma errônea, poderá contribuir com a piora do quadro clínico do paciente. Cada tratamento como a abordagem cirúrgica ou não, depende do tipo de tumor e em que estágio a doença está. Existem dois tipos de cirurgia, a conservadora que consiste em retirar apenas uma parte da mama e a radical (mastectomia), onde a mama é removida completamente, conseqüentemente uma parte do músculo do peitoral também é extraído, nas duas modalidades são removidos os nódulos linfáticos das axilas (linfonodos).

Segundo Leitch (1998) citado em Bergmann (2000), a mastectomia é uma abordagem cirúrgica que visa a proteção contra a disseminação do câncer no organismo, porém essas intervenções causam danos físicos importantes impactando no sistema locomotor do paciente. A maior incidência de pacientes se submetem a cirúrgica feita pela axila, isso pode acarretar em complicações no pós-operatório, como acúmulo de líquido seroso no tecido subcutâneo, formação de

ferida cirúrgica com piora, aderência tecidual e cicatricial, fibrose, retrações dor na incisão cirúrgica, dor cervical, alterações na sensibilidade em áreas distintas, alteração de postura, restrição da capacidade pulmonar, diminuição de amplitude de movimento, fraqueza, encurtamentos e perda de tônus muscular e linfedemas precoce. Entre as complicações resultante do tratamento para o câncer de mama, o mais frequente é o linfedemas secundário do membro superior.

2.4 A FISIOTERAPIA PRÉVIA E O TRATAMENTO PÓS-OPERATÓRIO

Segundo Abreu e Koifman (2002), o tratamento fisioterapêutico precoce tem como intuito a prevenção de distúrbios que poderão acometer o paciente caso o profissional não tenha clara ciência dos fatores prognósticos do indivíduo. Os fatores mais consideráveis analisando de forma clínica, são o tamanho do tumor e o comprometimento axilar. Para que haja uma boa determinação no que se refere ao programa de tratamento terapêutico, é necessário que se tenha conhecimento profundo sobre o prognóstico de cada indivíduo.

De acordo com Batiston e Santiago (2005), prevenir possíveis complicações referente ao tratamento deve estar de forma efetiva em todas as etapas do processo, que vai desde o diagnóstico, passando pelo tratamento, seja ele, quimioterapia, radioterapia, hormônio terapia ou até mesmo cirúrgico, na recorrência da doença, e abrangendo os cuidados paliativos. Os programas fisioterapêuticos devem ser incisivos e o seu início deve ser o mais breve possível, em estágios em que o paciente ainda não apresenta complicações que possam limitar o seu movimento e ações relacionados a função motora e respiratória, porém a maioria dos pacientes são encaminhados de forma tardia, dificultando assim a eficácia do tratamento e diminuindo consideravelmente a probabilidade de recuperação plena.

No Pós-operatório imediato (POI), a conduta do fisioterapeuta busca averiguar se houve, e quais são as alterações neurológicas e motoras que possam ter acometido o paciente durante a intervenção cirúrgica, que podem ser, presença de quadro algico, edema e até complicações pulmonares (BRASIL, 2004).

Conforme Makluf, Dias e Barra (2006), ao longo do desdobramento do tratamento, o principal objetivo deve ser a adequada reabilitação funcional e motora, oferecendo assim por consequência uma melhor qualidade de vida ao paciente. Alguns artigos e publicações tem chamado bastante atenção para a importância de avaliar a qualidade de vida em indivíduos que foram submetidos a intervenção cirúrgica, seja ela parcial ou radical.

Segundo Rezende (2006), levando em consideração a evolução das tecnologias que auxiliam no tratamento e principalmente nos procedimentos cirúrgicos, faz-se necessário planejar o aprimoramento das técnicas utilizadas no processo de reabilitação para que a recuperação física e emocional seja plena, proporcionando um melhor aproveitamento em relação a expectativa de sobre vida. Muitas propostas de novos tratamentos vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos, sempre com a intenção de minimizar os danos causados no pós-operatório. São muitas as terapias prescritas e indicadas, algumas se baseiam em fortalecimento e alongamento muscular, outras em exercícios passivos, passivos assistidos que evoluem para ativos, ativos assistidos, ativos com resistência, exercícios de expansão pulmonar e respiratórios, terapias manuais, drenagem linfática e exercícios de facilitação neuromuscular visando a propriocepção e funcionalidade.

De acordo com Bergman (2006), a utilização das técnicas de Reeducação Postural Global (RPG) e a terapia do movimento (cinesioterapia) associados aos recursos analgésicos como TENS, terapia do gelo, mobilização articular passiva, mobilização manual e relaxamento, são condutas fisioterapêuticas que proporcionam melhora na condição física e mental do paciente. Ainda de acordo com o autor, a atuação da conduta do fisioterapeuta pode ser medida através da avaliação do grau de independência alcançada pelo paciente ao longo do tratamento, proporcionando alívio do quadro algico e diminuindo a necessidade de medicamentos analgésicos bem como melhorando o ganho de mobilidade em membros superiores e inferiores MMSS/II. No período de internação hospitalar o foco do tratamento deve ser céfalo-caudal, voltado incisivamente para prevenir e tratar quaisquer tipo de

complicações, sejam elas circulatórias, respiratórias ou motoras.

2.5 TRABALHANDO A FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO ONCOLÓGICA

A principal preocupação dos médicos com pacientes acometidos com neoplasias, durante muito tempo, era a sua sobrevivência, então a preocupação transpassou a ser a redução do quadro álgico e a qualidade nas atividades da vida diária. A fisioterapia oncológica tornou-se um pilar entre as especializações dos exercícios fisioterapêuticos, em virtude de que a incidência de câncer está aumentando em diferentes faixas etárias, e os pacientes sofrem com dores e limitações em sua vida diária.

O câncer requer intervenção terapêutica. E os especialistas em fisioterapia desempenham um papel importante na recuperação das pessoas afetadas pelo câncer, incluindo o tratamento para minimizar os efeitos da dor e limitações, que são alguns dos principais percalços das pessoas acometidas pelo câncer.

A fisioterapia inicia-se no pré-operatório e continua no pós-operatório. Reduz a dor do paciente, aumenta a probabilidade de recuperação e reduz as consequências que podem ocorrer após a cirurgia e a retirada de tumores.

Quanto mais cedo forem aplicados os recursos fisioterapêuticos nos casos oncológicos, mais velozes serão os resultados, desde a redução da dor até o retorno do paciente à sua vida normal, com o progresso das atividades que realizava antes do diagnóstico, tratamento oncológico e cirurgia.

Se a terapia for iniciada no pré-operatório, os resultados alcançados são mais positivos, com redução do tempo de recuperação pós-cirúrgica, indicando que os recursos fisioterapêuticos podem ser abordados numa perspectiva preventiva e curativa.

Considerando que existem vários recursos fisioterapêuticos oncológicos disponíveis para o tratamento de pacientes com neoplasias, entende-se que a utilização da fisioterapia mais adequada requer uma avaliação das necessidades do paciente e das indicações médicas. Nesse sentido, deve-se entender que não existe o melhor meio fisioterapêutico em oncologia, mas sim o melhor para cada caso, analisado e levando em consideração os aspectos físicos e psicológicos de cada paciente.

A fisioterapia oncológica deve ser iniciada imediatamente após o diagnóstico, considerando sua possibilidade de atuar na prevenção de distúrbios que possam surgir em conexão com a doença ou tratamento.

A fisioterapia é importante em casos oncológicos, mesmo que a doença seja acompanhada de possíveis danos, por exemplo: inchaço dos membros, alterações musculares, obstipação, alterações neurológicas, problemas respiratórios, dores musculares devido a alterações de posição, dores teciduais e cicatriciais e dores tendinosas e articulares, alterações ósseas, distúrbios circulatórios (flebite, linfangite, alterações dos gânglios linfáticos), alterações vasculares do membro superior após quimioterapia".

Determinar as indicações para o uso de ferramentas de fisioterapia deve basear-se na disfunção causada pelo tumor do paciente, no tipo de tratamento e nos problemas relacionados à saúde e qualidade de vida do paciente causados por cada tratamento.

É importante mencionar que, na década de 1960, o DECRETO-Lei N° 938/1969 regulamentou as profissões de fisioterapeuta e fisioterapeuta ocupacional. Segundo os registros do resgate histórico da fisioterapia oncológica no Brasil, essa profissão só teve início na década de 1970, porém a sua valorização é ainda mais recente, com menos de uma década. A fisioterapia oncológica é uma nova área que visa possibilitar a melhoria de pacientes acometidos pelo câncer, principalmente no período pós-operatório, quando a dor é mais comum. A atividade do fisioterapeuta oncológico teve início no Brasil em 1980 no INCA, Rio de Janeiro e, desde o princípio tinha objetivos preventivos na redução de complicações como é o caso da dor.

A fisioterapia tornou-se um foco importante no tratamento oncológico, pois permite que os pacientes com câncer se sintam melhor e minimizem as consequências do uso de medicamentos, que nem sempre vem unicamente como forma de cura do câncer, mas de desgastes físicos.

Algumas quimioterapias causam neuropatia periférica, fibrose pulmonar e cardiomiopatia, e o uso contínuo e prolongado de corticóides pode causar problemas como miopatia e osteoporose, e a fisioterapia pode ajudar a minimizar esses problemas.

Na fisioterapia, não só o local do câncer é tratado, mas também todo o corpo do paciente, com o objetivo de aumentar sua autoestima e qualidade de vida. Como a fisioterapia oncológica ainda é nova no Brasil, não há especialistas suficientes para atender a demanda, principalmente na área de saúde pública, onde esta área é pouco estudada. Outro ponto é que um especialista em fisioterapia oncológica deve ter conhecimento sobre os diferentes tipos de cânceres e tumores e as formas como eles atacam o corpo e qual é o melhor tratamento, considerando os vários meios de fisioterapia.

2.6 RECURSOS FISIOTERÁPICOS NO CÂNCER

A fisioterapia ganha visibilidade na medida que os médicos percebem os benefícios que ela pode oferecer aos pacientes - em termos de reabilitação e redução da dor, que é uma das principais causas de sofrimento físico e psicológico em pacientes com câncer. É importante salientar que os procedimentos fisioterapêuticos podem utilizar bandagens elásticas, drenagem linfática manual e dispositivos de compressão pneumática, que podem ser usados separadamente ou em conjunto, tendo em vista a recuperação do paciente, alívio da dor e possíveis sequelas.

O papel do fisioterapeuta na redução da dor e das consequências causadas pelo câncer é essencial para diminuir o sofrimento, utilizando métodos e ferramentas não invasivas, aumentando o bem-estar dos pacientes e fortalecendo o corpo e a mente para lidar com a doença.

Conforme dito anteriormente, os métodos de alívio da dor incluem ferramentas físicas e terapia manual, além da eletroestimulação a TENS – Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, que vem a ser um método que se utiliza da corrente elétrica para a indução analgésica.

De acordo com a Associação Internacional de Cuidados Paliativos e hospitalares a TENS pode ser considerado uma das intervenções fisioterapêuticas com melhores resultados para alívio da dor. No entanto, deve-se entender que o alívio da dor varia de paciente para paciente e cada organismo responde de uma maneira particular, mas estudos mostram que é uma forma importante de reduzir a dor, como é o caso da oncologia.

Enquanto 70% dos pacientes respondem favoravelmente ao TENS no início do tratamento, somente 30% tem os mesmos benefícios de sua eficácia, em tratamentos longos, especificamente, após um ano de seu uso. Portanto, fica claro que embora os resultados do uso do TENS sejam positivos, não se pode dizer que seja um tratamento viável a longo prazo, portanto é importante o uso de outras formas de fisioterapia como no caso do próprio da termoterapia.

O uso da estimulação elétrica como tratamento para reduzir a dor oncológica permite a melhora da qualidade de vida devido ao acréscimo da função e atividade do paciente e dinâmica no desenvolvimento de procedimentos simples e atividades diárias. que são consideradas vidas mais felizes. O uso da eletroestimulação é não invasivo e de fácil aplicação, podendo ser utilizado em pacientes de todas as idades e com potencial de reduzir a analgesia por um período de tempo mais longo.

Outra forma útil de tratamento é a crioterapia (CR), também conhecida como "terapia fria" e indicada em diferentes situações, para o tratamento da fisioterapia na redução de edemas e dor; redução do espasmo muscular; alongamento do tecido conjuntivo e outros benefícios aos pacientes oncológicos.

A massagem relaxante também é considerada um coadjuvante no alívio da dor, que tem efeito calmante e traz cura meditativa e psicológica, conforme destacado em estudos realizados por vários pesquisadores ao redor do mundo. Visto que a técnica tem um efeito calmante e acolhedor, que faz o paciente sentir à redução da dor.

A drenagem linfática manual é recomendada para reduzir a dor pós-operatória como um dos primeiros tratamentos após a cirurgia, melhora a circulação sanguínea, alivia a pressão do inchaço, remove resíduos metabólicos e, assim, possibilita a melhor qualidade de vida dos pacientes.

Ainda relacionado a medidas fisioterapêuticas para o tratamento, existem métodos mecânicos que são técnicas de terapia manual que podem e devem ser utilizadas com excelentes resultados para alívio da dor.

Os métodos mecânicos permitem aliviar a dor a partir da estimulação mecânica dos tecidos reduzindo a tensão muscular. Nesse sentido, a massagem também é uma forma de fisioterapia que pode reduzir a dor, mas deve ser feita com delicadeza, pois não pode causar alterações nas articulações ou aumentar a dor. A massagem é uma forma terapêutica de alívio da dor amplamente utilizada em pacientes acamados que sofrem de dores intensas. O exercício e a atividade física podem ser considerados medidas fisioterapêuticas que melhoram o humor do paciente e reduzem a dor.

A hidroterapia também é um meio que pode reduzir a dor em pacientes que sofrem de doenças como o câncer. Entre as várias terapias físicas realizadas para reduzir a dor oncológica está a acupuntura, que é utilizada para estimular mecanicamente a pele, o tecido subcutâneo e as estruturas musculares.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo trata de uma revisão de literatura de forma narrativa, para descrever e discutir o tema dado, do ponto de vista teórico ou contextual. Outorgar, principalmente para análise da literatura publicada em artigos periódicos impressos e/ou eletrônicos, para interpretação e crítica pessoal do autor. Este artigo tem uma categoria e um papel indispensável para a formação contínua, pois permite ao leitor adquirir ou atualizar seus conhecimentos.

O estudo baseado na pesquisa bibliográfica permite ao pesquisador obter informações sobre os temas analisados e tirar conclusões a partir de dados secundários, com foco na análise qualitativa, o que permitiu as reflexões finais do estudo, considerando a relação entre fisioterapia e oncologia.

Durante este estudo foi possível observar a importância do fisioterapeuta atuando na oncologia, que seja capaz de desenvolver sua atividade profissional de forma humana e humanizada, com respeito e carinho aos pacientes buscando qualidade de vida e redução da dor dos pacientes, tendo um olhar teórico com críticas no contexto prático.

Os materiais examinados foram extraídos de plataformas e bancos de dados eletrônicos e menções em publicações específicas como Google Academic, SCIELO e revistas eletrônicas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fisioterapia demonstrou significativa eficácia na melhora da qualidade de vida das pacientes mastectomizadas considerando melhora na assimetria postural, redução nas limitações da flexão de ombro e redução do quadro algico. Desta forma, mostrou contribuir na recuperação e/ou adaptação das funcionalidades. O cuidado integral é olhar para o indivíduo como um todo, onde as necessidades de saúde vão além do tratamento por apenas um profissional de saúde e o atendimento eficiente em toda a rede de assistência.

Courneya (2001) revisou sistematicamente a influência do exercício nos sintomas relacionados ao câncer. Dos ensaios clínicos revisados, os resultados que tiveram melhoras significantes dentre os fatores físicos foram capacidade funcional, força muscular, composição corporal, índices hematológicos, padrões de sono e fadiga, diminuição de dores, náuseas e diarreia. Entre os sintomas psicológicos os benefícios demonstrados foram satisfação corporal, melhora do humor (diminuição de ansiedade, irritabilidade e depressão) e melhora na qualidade de vida.

Watterson e Hain referem o uso de TENS e massagens para o alívio da dor no Reino Unido. Métodos que distraiam os pacientes ou de caráter lúdico são úteis para desviar a atenção do sentimento de dor.

Cunha relata que o treinamento muscular respiratório, utilizando TMI com carga igual a 60%

da PImáx (pressão inspiratória máxima), três séries de 12 repetições, cinco vezes por semana, por no mínimo duas semanas (com carga reajustada semanalmente), antes da esofagectomia, resultou em significativo aumento na força e resistência da musculatura respiratória (inspiratória e expiratória) pré-operatória, por meio de medidas de PImáx e PEmáx (pressão expiratória máxima). Porém, esse aumento da força muscular não resultou em resultados satisfatórios da PImáx e da PEmáx no pós-operatório e não influenciou na recuperação dos pacientes. Encontrou-se através deste estudo um grande impacto clínico da FMR (força muscular respiratória) no pós-TMI, reduzindo o RR (risco relativo) de complicações em 67%.

Sobrinho demonstra a magnitude da fisioterapia no período pré-operatório de cirurgia cardíaca relativa à redução do tempo de internamento e às alterações dos volumes pulmonares e FMR.

O tratamento fisioterapêutico também tem se mostrado eficiente em pacientes acometidos por outros tipos de câncer, como é o caso de estudos feitos com a leucemia.

Na revisão de literatura apresentada por Liu, foi encontrada uma variedade de protocolos de exercícios que podem ser aplicados em pacientes com câncer hematológico. Esses protocolos diferenciavam-se no tipo, frequência, duração e intensidade dos exercícios, e os resultados obtidos no final das pesquisas foram encorajadores em relação à aptidão física, qualidade de vida e bem-estar psicológico. Da mesma forma, foram investigados os efeitos de um treinamento de endurance (caminhadas, ciclismo ou natação) e força (isocinéticos, pesos livres ou uso de equipamentos de musculação), além das intervenções da fisioterapia, como exercícios de alongamento e de amplitude de movimento. Os exercícios de endurance foram realizados em uma intensidade de 65-90% da frequência cardíaca máxima estimada conforme a idade, durante um tempo de 20-60 minutos e por três vezes na semana. Os exercícios de força foram realizados com o peso, seguindo entre oito e 20 repetições.

Para James e Anders, o paciente submetido ao TMO (transplante de medula óssea) carece de atendimento fisioterapêutico especializado e adequado às suas necessidades. No TMO, o indivíduo permanece durante um longo período em isolamento e fica exposto a uma diversidade de toxinas quimioterápicas, às quais restringem as atividades físicas e potencializam os efeitos deletérios sobre o sistema cardiopulmonar. A alta morbimortalidade relacionada à possível infiltração do sistema nervoso central, e à infecção ao tratamento, instiga à atuação fisioterapêutica na prevenção de complicações, como pneumonias intersticiais e infecções. Isto porque as complicações pulmonares são responsáveis por 40% a 60% dos óbitos em pacientes submetidos ao TMO.

O acolhimento do profissional de saúde, principalmente do fisioterapeuta, durante a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, é fundamental para o estabelecimento de vínculos, compreensão das reais necessidades e criação de possíveis estratégia de cuidado. Nesse cenário, o fisioterapeuta, integrado à equipe de saúde, torna-se de fundamental importância, visto que avalia, aconselha, pactua, oferece assistência e acompanhamento às mulheres com câncer de mama, dando condições de empoderamento, criando formas de manejo ativo e responsável sobre sua condição de saúde. Essa atuação direcionada apenas ao controle de lesões, centralizadas apenas em clínicas de reabilitação e hospitais, impõe restrições a prática do profissional fisioterapeuta, limitando-o a intervir, na maioria das vezes, apenas quando a doença já se encontra instalada e avançada. Isto resulta em complicações/agravantes do estado de saúde do indivíduo, criando barreiras limitadoras do movimento e da qualidade de vida, que, em muitos casos, poderiam ser evitadas.

Nesse sentido, pode-se observar a instância da mediação fisioterapêutica em todos os níveis de atenção, principalmente na prevenção de agravos/complicações decorrentes do tratamento oncológico, independente do estadiamento do diagnóstico. Devido ao câncer de mama e ao tratamento deste, as mulheres vivenciam problemas físicos e emocionais, adversidades em suas atividades diárias e dificuldades sociais com suas famílias. Muitas são as complicações decorrentes do tratamento oncológico para esse tipo de câncer, tais como: linfedema, uma das mais frequentes, dor, parestesia, diminuição da força muscular e amplitude de movimento do membro envolvido, entre outras.

A orientação de como e quando será iniciada a fisioterapia também deve ser dada. Atualmente,

a abordagem fisioterapêutica é a primeira escolha para a reabilitação, sendo indispensável para prevenção e tratamento das complicações físicos-funcionais. Sendo assim, a fisioterapia tem desempenhado um papel importante na reabilitação física e social das mulheres que se submetem ao tratamento do câncer de mama, objetivando sempre prevenir as complicações, promover a independência funcional e proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Logo, cabe destacar que, independente da técnica cirúrgica realizada, o tratamento fisioterapêutico visa a reeducação do membro superior, o restabelecimento dos movimentos do membro homolateral a cirurgia e a diminuição das complicações e do impacto na funcionalidade, promovendo a independência funcional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo fica evidenciado a magnitude do fisioterapeuta oncológico, atuando inter disciplinarmente com outros profissionais no tratamento precoce do câncer de mama, sendo essas pacientes submetidas ou não à cirurgia. A fisioterapia tem a finalidade de intervir e reparar a funcionalidade (inclusive as profilaxias das sequelas), além de diminuir o tempo de recuperação, com retorno mais rápido as atividades cotidianas e ocupacionais. Se faz necessário ponderar o caráter preventivo e adiantar plausíveis intercorrências para que se evite sofrimentos supérfluo. No entanto, o tratamento pode ser realizado de várias formas, seja como cirúrgico ou por meio das terapias, assim como a: quimioterapia, radioterapia e hormônio terapia, assim se faz necessário uma equipe multidisciplinar, onde o acompanhamento da fisioterapia seja fundamental. A atuação do fisioterapeuta se faz imprescindível a cada dia, uma vez que visa a prevenção dos efeitos e sequelas causados pelos procedimentos cirúrgicos a que os pacientes podem ser submetidos, dessa forma, a fisioterapia se consolida atuando na oncologia e principalmente em pacientes acometidos pelo câncer de mama.

É crucial que haja uma quebra de paradigmas relacionada a profissão da fisioterapia na oncologia, já que culturalmente, conhece-se mais a área com o foco curativo/reabilitador. O proveito a ser almejado é a preservação da vida e a redução dos sinais e sintomas, dando oportunidade, para que o paciente recupere de forma eficaz a sua independência funcional. Necessita-se, também, mais estudos relacionados à temática, já que dispomos de muitas outras técnicas que podem ser empregadas no processo do tratamento de pacientes com câncer de mama, sendo possível comparar a efetividade e seguridade dos tratamentos.

Foi possível tomar nota que o fisioterapeuta possui competência em sua formação para participar de equipes multidisciplinar que trabalham com doentes de câncer, dado que o seu papel é de grande importância, ainda mais nos quadros em que os pacientes passam por dores muito fortes afetando sua qualidade de vida e pondo em risco sua vida.

Como citado anteriormente, a fisioterapia atua na promoção, prevenção e reabilitação. O estudo enfatiza a importância que o profissional de fisioterapia exerce em todas as etapas do tratamento de pacientes com câncer de mama, e sua atuação o quanto antes para a minimização de possíveis distúrbios, tal qual o diagnóstico precoce, sendo assim, investir em ações educacionais, como as propostas de Outubro Rosa, são intervenções essenciais, que contribuem com o rastreamento, diminuindo os índices de mortalidade, que ainda encontram-se elevados no Brasil e no mundo.

REFERÊNCIAS

ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos do câncer da mama feminina. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.48, n.1, p.113-31, 2002.

ANDERS, J. C.; SOLER, V. M.; BRANDÃO, E. M.; VENDRAMINI, E. C.; BERTAGNOLLI, C. L. S.; GIOVANI P, G. Aspectos de enfermagem, nutrição, fisioterapia e serviço social no transplante de medula óssea. *Medicina* 2000; 33: 463-85.

ANDRADE, T. Fisioterapia oncológica – nova arma no tratamento do câncer. Disponível em <http://www.pulmocardio.com.br/noticia.php?id=168>. Acesso em: 02/10/2011.

BATISTON; ADRIANE, P.; SANTIAGO; SILVIA, M. Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v.12, n.3, p.30-35, 2005.

BELMONTE, M.; AGOSTINHO, A. C. A importância da fisioterapia oncológica no tratamento do câncer. (2010). Disponível em <http://www.novoeste.com/pages/news/print.php?id=3771>. Acesso em: 25/09/2011.

BERGMANN, A.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R. J. Morbidade após o tratamento de câncer de mama. *Revista Fisioterapia Brasil*. Nov./Dez., 2000; 1(2): 101- 108.

BERGMANN; ANKE. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III/INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.52, n.1, p.97-109, 2006.

BERGMANN; ANKE. Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Relatório anual 2004. Rio de Janeiro: Inca. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1724>. Acesso em: 28 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto nacional do Câncer. Relatório anual 2005. Rio de Janeiro: Inca. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/RelatorioGestao/RELATGESTAO2005.pdf>>. Acesso em: 29 out 2022.

BRAUNSTEIN, M. V. G.; BRAZ, M. M.; PIVETTA, H. M. F. A fisiologia da massagem terapêutica. Trabalho vinculado ao Grupo de Pesquisa Promoção da Saúde e Tecnologias aplicadas a Fisioterapia – UNIFRA. Santa Maria-RS: UNIFRA, 2011.

COFFITO. Resolução Coffito n.80. Diário Oficial da União, Brasília, n.93, seção I, p.7609. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Baixa atos complementares à Resolução Coffito 8 – exercício profissional do fisioterapeuta, 21 maio 1987.

COURNEYA, K. S. Exercise interventions during cancer treatment: biopsychosocial outcomes. *Exerc Sports Sci Rev*. 2001;29(2):60-4.

CUNHA, F. M. R.; BORGES, M. C.; CARVALHO, F. A. Eficácia do treinamento muscular inspiratório pré-operatório utilizando o Threshold IMT em pacientes submetidos à cirurgia esofágica: um ensaio clínico randomizado. *Rev Pesqui Fisioter*. 2019;9(3):361-68. doi: <http://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v9i3.2462>.

DIMEO, F.; FETSCHER, S.; LANGE, W.; MERTELSMANN, R.; KEUL, J. Effects of aerobic exercise on the physical performance and incidence of treatment-related complications after high-dose chemotherapy. *Blood* 1997;90(9): 3390-4.

FARIA, L. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, July 2010; 17(1).

GUIMARÃES; DARCY, S. A história da mastologia no Inca. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v.48, n.1, p.135-138, 2002.

JAMES, M. C. Physical therapy for patients after bone marrow transplantation. Phys Ther 1987; 67 (6): 946-52.

JAMMAL, M. P.; MACHADO, A. R. M.; RODRIGUES, L. R. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. O Mundo da Saúde. São Paulo. 2008; 32(4):506-510.

KISNER; CAROLYN; COLBY; LYNN, A. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. 4.ed. São Paulo: Manole, 2005.

LAKATOS; MARCONI, M. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas, 2003.

LEITCH, A.; MARIL, Y. N. Workshop de linfedema da American Cancer Society. Grupo de trabalho I: Tratamento da axila com cirurgia e radiação – avaliação de risco pré e pós-operatório. Suplemento de Câncer, Bethesda, v.83, n.12, p.2877-2879, 1998.

LIU, R. D. K. S.; CHINAPAW, M. J. M.; HUIJGENS, P. C.; VAN, M. W. Physical exercise interventions in haematological cancer patients, feasible to conduct but effectiveness to be established: a systematic literature review. Cancer Treat Rev 2009; 35 (2): 185-92.

MAKLUF; ANA, S. V. D.; DIA; ROSÂNGELA, C.; BARRA; ALEXANDRE, A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v.52, n.1, p.49-58, 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa; amostragem e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados. 5. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2002.

MARX, A. G.; FIGUEIRA, P. V. G (Coord). Fisioterapia no câncer de mama. Cristiana Gonzaga S. Corrêa. 2017.

MIRRA; ANTONIO, P. Registros de câncer no Brasil e sua história. São Paulo: Ministério da Saúde; Inca, 2005.

PEREIRA, L. F. M. As diferentes modalidades da crioterapia e os seus efeitos na resistência passiva muscular. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2011.

PEZNER, R. Linfedema de braço em pacientes tratadas conservadoramente para câncer de mama: relação com a idade da paciente e a técnica de dissecação de linfonodos axilares. Revista Internacional de Radiação Oncologia, Biologia e Física, Elmsford, n.12, p.2079-2083, 1986.

PIMENTA, C. A. M. Dor oncológica: bases para avaliação e tratamento. O Mundo Saúde. 2003; 27(1):98-110.

REBELATTO; JOSÉ, R.; BOTOMÉ; SÍLVIO, P. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva. São Paulo: Manole, 1999.

REZENDE; LAURA, F. Exercícios livres versus direcionados nas complicações pós-operatórias de câncer de mama. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v.52, n.1, p.37-42, 2006.

RIBEIRO, R. L.; COSTA, R. L.; SANDOVAL, R. A. Conduta fisioterápica no linfedema pós mastectomia por câncer de mama. (2010). Disponível em http://www.fmb.edu.br/revista/edicoes/vol_3_num_1/CONDUTA_FISIOTERA_PICA_LINFEDEMA_POS_%20MASTERCTOMIA.pdf. Acesso em: 01/10/2011.

ROCHA, T. C. Fisioterapia ajuda na qualidade de vida durante e após tratamento oncológico. Disponível em <http://www.espacoequilibrio.com.br/fisioterapia-oncologia.htm>. Acesso em: 25/09/2011.

SOBRINHO, M. T.; GUIRADO, G. N.; SILVA, M. A. M. Preoperative therapy restores ventilatory parameters and reduces length of stay in patients undergoing myocardial revascularization. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2014;29(2):221-8. doi: <http://doi.org/10.5935/1678-9741.20140021>.

SODRÉ; ANTONIO, A. A. Frequência do câncer no Brasil. *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, v.18, n.23, p.229-232, 1904.

TAMBORELLI V.; COSTA, A. F.; PEREIRA, V. V.; TORTURELLA, M. O papel da enfermagem e da fisioterapia na dor em pacientes geriátricos terminais. *Geriatrics & Gerontology.* 2010; 4(3):146-153.

TEIXEIRA; LUIZ, A.; FONSECA.; CRISTINA, M. O. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

TIMM, J. M. Fisioterapia oncológica. (2010). Disponível em <http://www.oncofisio.com.br/docs.php?menu=6&id=39>. Acesso em: 01/10/2011.

VENTURA, P. L. Controle da dor oncológica. Disponível em http://www.oncomedica.com.br/noticia/control-da-doroncologica_6960.html. Acesso em: 01/10/2011.

WATTERSON, G; HAIN, R. D. W. Palliative care: moving forward. *Curr Paediatr.* 2003;13(3):221-5.

XAVIER, D. O papel da fisioterapia no controle da dor oncológica. (2010). Disponível em <http://www.webartigos.com/artigos/o-papel-da-fisioterapia-nocontrole-da-dor-oncologica/16518>. Acesso em: 01/09/2011.

ZANELLA, B. I.; RUCKL, S.; VOLOSZIN, M. A importância da drenagem linfática manual no pós-operatório da abdominoplastia. (2012). Disponível em <http://siaibib01.univali.br/pdf/Betina%20Zanella,%20Suelen%20Ruckl.pdf>. Acesso em: 20/05/2013.