



4º Congresso de Responsabilidade Socioambiental da FSG

<http://ojs.fsg.br/index.php/rpsic/index>



ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NOS CUIDADOS PALIATIVOS E TRATAMENTO DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Gabriele Schwingel^a, Marcela Dalla Porta^a, Helyda Chesani^a, Renata D'Agostini Nicolini-Panisson^{a*}, Lidiane Barazzetti^{a*}

a) Curso de Fisioterapia, Centro Universitário da Serra Gaúcha, Caxias do Sul, RS.

Informações de Submissão

*Lidiane Barazzetti, endereço: Rua Os Dezoito do Forte, 2366. Caxias do Sul – RS.
CEP: 95020-472.
E-mail: lidiane.barazzetti@fsg.edu.br

Palavras-chave:

Câncer de mama. Cuidados paliativos.
Fisioterapia.

Resumo

O câncer de mama é o mais prevalente entre as mulheres. Em pacientes oncológicos, a qualidade de vida (QV) física e emocional fica afetada, sendo de extrema importância o tratamento adequado e os cuidados paliativos em pacientes em fase terminal. É nesse contexto que os fisioterapeutas se encaixam, atuando de forma complementar no tratamento e cuidados paliativos, a fim de auxiliar na minimização da sintomatologia, aumentando a QV e a funcionalidade do paciente oncológico. Este estudo teve como objetivo identificar a importância e atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos e tratamento do câncer de mama. Foi realizada uma revisão bibliográfica, nas bases de dados do PubMed, LILACS e SciELO. A seleção abrangeu critérios de inclusão como: artigos publicados no período de tempo de 2009 a 2019, pesquisas realizadas apenas com mulheres, tendo como idioma o português e realizadas no Brasil. Este estudo conclui que a dor, a perda de funcionalidade e linfedema são os três quesitos onde encontramos as principais queixas das mulheres acometidas pelo CA de mama. Sendo de extrema importância a atuação do fisioterapeuta nesta área e na área de cuidados paliativos, pois há técnicas que minimizam os sintomas. Porém se faz necessário mais estudos neste campo.

1 INTRODUÇÃO

Por definição, câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (RODRIGUES, 2015). Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano, exceto o câncer de pele não melanoma, e a distribuição da incidência por região geográfica mostra que as Regiões Sul e Sudeste concentram 70% da ocorrência de casos

novos (INCA, 2018).

O câncer que permanece como o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres, é o câncer de mama (TAVARES; TRAD, 2010). Múltiplos fatores estão envolvidos na etiologia do câncer de mama: idade da primeira menstruação menor do que 12 anos; menopausa após os 55 anos; mulheres que nunca engravidaram ou nunca tiveram filhos (nuliparidade); primeira gravidez após os 30 anos; uso de alguns anticoncepcionais e terapia de reposição hormonal (TRH) na menopausa, especialmente se por tempo prolongado; exposição à radiação ionizante; consumo de bebidas alcoólicas; dietas hipercalóricas; sedentarismo; e predisposição genética, pelas mutações em determinados genes transmitidos na herança genética familiar – principalmente por dois genes de alto risco, BRCA1 e BRCA2 (INCA, 2018). Para o Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (Inca), que é o responsável pela política nacional integrada para o controle e a prevenção do câncer, estimou 59.700 casos novos de câncer de mama, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres.

O câncer de mama deve ser abordado por uma equipe multidisciplinar visando o tratamento integral da paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). O tratamento varia de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas, bem como das condições da paciente (idade, status menopausal, comorbidades e preferências) (INCA, 2019). As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são a cirúrgica e a radioterápica para o tratamento loco-regional e a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Segundo Faria (2010): “Para o fisioterapeuta oncológico, é fundamental ter conhecimento do estágio em que se encontra o paciente, pois a má utilização dos recursos fisioterapêuticos poderá contribuir com a proliferação celular nas redes linfática e sanguínea”. Assim, o fisioterapeuta irá escolher a forma de intervenção com base no tratamento e/ou no nível de estágio que se encontra o câncer de mama.

Em pacientes oncológicos, a qualidade de vida, tanto emocional quanto física fica afetada pelo estresse psicossocial e físico, principalmente em pacientes terminais, sendo de extrema importância os cuidados paliativos nessas situações terminais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2207, p. 48) , “Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”.

Dessa forma, os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes tanto relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença (Ministério da Saúde, 2019). É nesse contexto que o fisioterapeuta se encaixa, na equipe multidisciplinar, atuando de forma complementar nos cuidados paliativos, a fim de auxiliar na minimização da sintomatologia, aumentando a qualidade de vida e a funcionalidade do paciente oncológico. Em vista disso, este artigo tem como objetivo identificar a importância e atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos e tratamento do câncer de mama por ser uma área pouco conhecida de atuação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação desordenada de células da mama (INCA, 2019). O processo de formação do câncer se denomina carcinogênese em que há uma alteração no DNA da célula, que faz com que a mesma passe a receber informações erradas, o processo de formação do câncer ocorre em três estágios (INCA, 2019):

-Estágio de iniciação: ocorre o contato da célula normal com um agente carcinógeno que irá alterar o gene dessa célula.

-Estágio de promoção: célula sofrerá efeito de oncopromotores continuamente, que a tornará maligna de forma lenta e gradual. Caso seja interrompido esse contato com agente é possível interromper esse processo.

-Estágio de progressão: câncer já está instalado gerando a multiplicação excessiva e descontrolada das células.

A incidência do câncer de mama constitui-se uma pandemia global, atingindo tanto países desenvolvidos como nações em desenvolvimento (RODRIGUES et al., 2015). Segundo a Estimativa 2018 - Incidência de câncer no Brasil (INCA, 2017), o número de casos incidentes estimados de câncer de mama feminina no Brasil, para 2019, foi de 59.700. Nas capitais, esse número corresponde a 19.920 casos novos a cada ano. A taxa bruta de incidência estimada foi de 56,33 por 100 mil mulheres para todo o Brasil e 80,33 por 100 mil mulheres nas capitais.

A etiologia do câncer de mama envolve uma interação de diversos fatores denominados de fatores de risco e através da epidemiologia e da observação clínica pode-se associar a probabilidade de se desenvolver câncer da glândula mamária com a presença

dessas variáveis (BONFIM et al., 2009). O câncer de mama é multifatorial, ou seja, muitas causas contribuem para o seu desenvolvimento. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do CA de mama são divididos em três grande grupos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014):

-Ambientais: Obesidade e sobrepeso principalmente após a menopausa; sedentarismo; consumo de bebida alcoólica e exposição frequente a radiações ionizantes (Raios-X).

-Hormonais: primeira menstruação (menarca) antes de 12 anos; não ter tido filhos; primeira gravidez após os 30 anos; não ter amamentado; parar de menstruar (menopausa) após os 55 anos; ter feito reposição hormonal pós-menopausa, principalmente por mais de cinco anos.

-Genéticos: História familiar de câncer de mama e ovário, principalmente em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos e alteração genética.

Os fatores de risco determinam os grupos de pessoas expostas a maior probabilidade de desenvolverem o câncer de mama, e que deverão ser examinadas com maior cuidado e frequência (BONFIM et al., 2009). Entretanto, alguns desses fatores são inevitáveis (como idade e história familiar); outros, porém, podem ser evitados. Por isso, é importante que as mulheres (principalmente as que estão na menopausa) adotem hábitos saudáveis: manter peso adequado, fazer exercícios físicos regularmente, limitar a ingestão de álcool e não fumar.

2.2 DIAGNÓSTICO

Os exames para detecção do câncer de mama têm como objetivo identificar risco genético, diagnosticar o câncer em seus estágios iniciais, analisar sua extensão e avaliar suas características para orientação, acompanhamento e monitorização da eficácia do tratamento (SANTANA; BORGES, 2015). O diagnóstico pode ser feito através de exames de rastreamento e diagnóstico precoce, o primeiro é aquele realizado em mulheres sem sinais ou sintomas de câncer de mama (assintomáticas), com a finalidade de detectar uma lesão pequena e o segundo é identificar pessoas com sinais e sintomas iniciais da doença, primando pela qualidade e pela garantia da assistência em todas as etapas da linha de cuidado da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). As formas mais eficazes para detecção precoce do câncer de mama são o auto-exame das mamas (AEM), o exame clínico, a mamografia (MONTEIRO et al., 2003), ultrassonografia ou ressonância magnética (INCA, 2019). A confirmação diagnóstica só é feita, porém, por meio da biópsia, técnica que consiste na retirada de um fragmento do nódulo ou da lesão suspeita, onde após o material retirado é analisado pelo patologista para a definição do diagnóstico (INCA, 2019).

2.2.1 Auto-exame

O auto-exame caracteriza-se como um processo simples e indolor que auxilia na detecção do câncer em seu estágio inicial, podendo esse aparecer na forma de pequenos nódulos nas mamas (MULLER et al., 2005). O autoexame das mamas deve ser realizado uma vez por mês, para as mulheres que menstruam, o melhor momento é o sétimo dia após o início da menstruação, quando as mamas já não estão tão inchadas ou doloridas e para as mulheres que estão na menopausa ou que retiraram o útero, pode ser escolhido qualquer dia do mês (COPYRIGHT, 2013). Estudos demonstram que a sobrevivência em cinco anos tem sido de 75% entre as praticantes do AEM contra 57% entre as não-praticantes (MONTEIRO et al., 2003).

Segundo o Grupo Brasileiro de Estudos do Câncer de Mama, o autoexame das mamas é composto de duas etapas. A primeira etapa é ficar em pé, com os braços soltos ao lado do corpo, com a coluna ereta, olhando de frente para o espelho, deve-se observar as mamas com atenção à forma, à cor e à textura da pele e verificar se há marca do sutiã em somente uma das mamas, pois isso pode significar que essa mama está inchada. As mesmas observações devem ser feitas com as mãos na cintura e com os braços elevados atrás da cabeça. A segunda etapa é tocar as mamas, de preferência no banho e ensaboadas, para que os dedos deslizem mais facilmente. Ficar com a coluna ereta e colocar o braço atrás da nuca, com a ponta dos dedos, e, de forma delicada, mas firme, deve-se percorrer todas as áreas da mama em movimentos circulares de fora para dentro, procurando por alterações na pele ou caroços. Usar a mão direita para examinar a mama esquerda e vice-versa. As axilas também fazem parte do autoexame das mamas, devendo ser examinadas da mesma forma. O mesmo autoexame das mamas e axilas deve ser feito na posição deitada de costas, colocando um travesseiro embaixo do ombro direito e, com a mão esquerda, examinando toda a mama e axila direita. Depois, o processo deve ser invertido, fazendo o mesmo com a mama e axila opostas. Por último, apertam-se delicadamente os mamilos, observando se sai algum líquido.

2.2.2 Exame Clínico

O exame clínico das mamas (ECM) deve ser efetuado por profissional qualificado e com frequência anual a partir dos 35 anos de idade (VIEIRA, 2017). Nas “Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil” (INCA, 2015), o ECM é usado como método tanto diagnóstico quanto de rastreamento.

É um complemento essencial na investigação diagnóstica de doenças mamárias e o primeiro método de avaliação diagnóstica na atenção primária. Como rastreamento, é entendido como um exame de rotina feito por profissional de saúde treinado – geralmente enfermeiro ou

médico – realizado em mulheres saudáveis, sem sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama (INCA, 2015).

2.2.3 Exames de Imagens

A mamografia é a principal estratégia preventiva do câncer de mama em mulheres assintomáticas e há evidências de que a realização de mamografia está associada à diminuição da mortalidade por esse câncer em até 35% (CERQUEIRA, 2017). A mamografia é o único exame cuja aplicação em programas de rastreamento apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade do câncer de mama (INCA, 2019). A recomendação da Sociedade Brasileira de Mastologia, Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica, bem como da Sociedade Brasileira de Radiologia é de que se inicie o rastreamento através da realização de mamografia a partir dos 40 anos de idade e com frequência anual na tentativa de se fazer o diagnóstico precoce do câncer de mama e com isso possibilitar tratamento mais efetivo e menos mórbido e com impacto na redução de mortalidade (VIEIRA, 2017).

No entanto, quando a mamografia não for considerada legível, a recomendação é que se faça a ultrassonografia (US) (MISHRA et al., 2014). Recomendações da *American College of Radiology Practice Guidelines* (2016) indicam a US nas mamas para: avaliação e caracterização de massas palpáveis e outros sinais e/ou sintomas relacionados com as mamas, avaliação de anomalias detectadas na mamografia (MMG) ou ressonância magnética das mamas, determinar o método de orientação para biópsia percutânea e rastreio suplementar a mamografia em certas populações (VIEIRA et al., 2018). A ultrassonografia da mama não é utilizada com a intenção de rastreamento (diagnóstico precoce), mas pode ser necessária para avaliação de mamas densas ou na definição da natureza cística ou sólida de nódulos palpáveis (VIEIRA, 2017).

A ressonância magnética (RM) vem sendo frequentemente empregada como método conexo da mamografia, auxiliando na detecção, diferenciação e na escolha do tratamento do câncer de mama (CHALA; BARROS, 2007). A imagem por RM é atualmente um método de diagnóstico por imagem em crescente desenvolvimento, tendo como pontos fortes a capacidade de caracterização específica de tecidos moles e a detecção de quantidades mínimas de gordura (NOBESCHI, 2017).

2.2.4 Marcadores Tumorais

São macromoléculas que aparecem no tumor, no sangue ou em outros líquidos biológicos, cuja presença ou alterações em suas concentrações tem ligação com a gênese e o desenvolvimento de células neoplásicas (EISENBERG; KOIFMAN, 2001). A assimilação de marcadores que possam prognosticar a conduta dos tumores é notadamente importante em

câncer de mama em razão, especialmente, à variabilidade na progressão clínica da doença (SANTANA; BORGES, 2015). Estes marcadores podem ser favoráveis no manejo clínico dos pacientes com câncer, auxiliando nos processos de diagnóstico, estadiamento, estimativa de resposta terapêutica, detecção de reincidência e prognóstico (RIBEIRO et al., 2014).

2.3 TRATAMENTO MÉDICO

Os tratamentos cirúrgicos podem ser divididos em conservadores em que há a retirada apenas do tumor sem margens (tumorectomia), retirada do tumor com margens (ressecção segmentar ou setorectomia) e não conservadores retirada apenas da glândula mamária (mastectomia subcutânea), retirada da mama com pele e complexo aréolo-papilar (mastectomia simples ou total), retirada com preservação de um ou dois músculos peitorais (mastectomia radical modificada) ou retirada dos músculos peitorais (mastectomia radical). (BARROS et al., 2011). Ambos os tipos de mastectomia radical e radical modificada são, atualmente, associados à linfadenectomia axilar total ou parcial. (BERGMAN et al., 2000).

A quimioterapia adjuvante está sendo a melhor opção no tratamento, pois está minimizando a chance de recidiva e melhorando a sobrevida dos pacientes. O tratamento tem como finalidade eliminar as micro metástases, minimizando a possibilidade de reaparecimento e expandindo a sobrevida. (MACHADO et.al., 2008). Essa terapêutica está associada a efeitos colaterais, muitas vezes, agressivos que podem conduzir a mulher a alterações na sua auto-estima, perda funcional, além de alterações emocionais e sociais. Por isso é realizada em ciclos com intervalos determinados para que as células normais não sejam bastante prejudicadas durante o tratamento. (GONÇALVES et al., 2008).

A radioterapia é um tratamento que usa a radiação ionizante em áreas com o intuito de eliminar as células malignas e/ou inibição do seu crescimento, dependendo do tipo de cirurgia a ser realizada conseguindo um melhor prognóstico sem mutilação do membro. Cerca de 60 a 70% dos pacientes que se submetem ao tratamento contra o câncer são curados com essa estratégia terapêutica. (AZEVEDO et al., 2018). A lesão induzida por radioterapia também pode levar agudamente a comprometimento sistêmico, frequentemente definido como diminuição da capacidade de exercício e piora da qualidade de vida. (SUESADA et al., 2018)

De acordo com Leal (2010), a hormonioterapia torna-se um dos pilares no tratamento paliativo de pacientes com CA de mama, cujo tumor é considerado sensível à terapia antiestrogênica (receptores de estrógeno e progesterona positivos). Os principais fármacos utilizados nesta terapia são:

-
- O Tamoxifeno que age ligando-se ao receptor tumoral para estradiol, competindo com este hormônio. Prevenindo a desmineralização óssea em mulheres após a menopausa, porém aumentando o risco de câncer de endométrio e causando fenômenos tromboembólicos. Outros efeitos colaterais são: fogachos, corrimento vaginal, irritação, osteopenia e osteoporose, fraturas patológicas, catarata, entre outros.
 - o Fulvestranto que age ligando-se e bloqueando o receptor celular de estrógeno, causando degradação da proteína deste receptor, como consequência provoca a inibição da sinalização intracelular. Seus principais efeitos colaterais são: fogachos, náusea, astenia, dor e cefaléia.
 - Os inibidores da aromatase que irão agir catalisando a conversão de androstenediona em estrona e de testosterona em estradiol. Porém não deve ser usada em período pré-menopausal, pois resulta em aumento da secreção de gonadotropinas. Seus efeitos colaterais são: dores musculoesqueléticas, artralgias, fraturas, irritação, dentre outras.

Assim, determinar a expressão dos receptores de estrogênio na mama é essencial para definir a sensibilidade do tumor à hormonioterapia, sendo responsivo quando há expressividade dos receptores hormonais esteroidais (HARRIS et al. 2014; ALMEIDA et al., 2010).

2.4 TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

A fisioterapia em oncologia é uma especialidade que tem como objetivo preservar, manter, desenvolver e restaurar a integridade cinético-funcional de órgãos e sistemas, assim como prevenir os distúrbios causados pelo tratamento oncológico (INCA, 2001). O tratamento fisioterapêutico irá depender diretamente do estágio em que o paciente se encontra, deste modo, quanto mais tardio se diagnostica, mais restritos e mutilantes são os recursos utilizados pela fisioterapia (FARIA, 2010).

O benefício buscado é preservar a vida e aliviar os sintomas, dando oportunidade, sempre que possível, para a independência do paciente. (Revista Brasileira de Cancerologia, 2005). A fisioterapia contribui através de métodos de terapia manual, alongamentos, exercícios passivos e ativos para fortalecimento muscular, mobilizações articulares, alongamentos, posicionamentos, exercícios respiratórios e técnicas de higiene brônquica, suporte de O₂ e ventilação mecânica quando necessário (MULLER et al., 2011). Porém, deve-se ter sempre um extremo cuidado, pois a má-utilização dos recursos fisioterapêuticos

poderá contribuir para a proliferação das células cancerígenas nas redes sanguíneas e linfáticas. (FARIA, 2010).

2.5 CUIDADOS PALIATIVOS

O conceito de cuidados paliativos teve sua origem no movimento hospice, idealizado por Dame Cecily Saunders, que descreveu a filosofia do cuidado da pessoa que está morrendo, com o objetivo de aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (MCCOUGHLAN, 2003), com a finalidade exclusiva de cuidar (DA SILVA; SUDIGURSKY, 2008). O termo “paliativo” vem do latim pallium, que significa “manta” ou “coberta” (REIRIZ et al., 2006), já em inglês, palliare quer dizer aliviar, mitigar ou suavizar e care significa cuidado (PAIÃO; DE NADAI DIAS, 2012). Em português, paliar é uma terapia para acalmar, atenuar ou aliviar por um momento um mal (GOMES, 2007). Etimologicamente, significa fornecer um manto para esquentar “os que sentem frio”, pois não podem mais ser amparados pela medicina curativa (PAIÃO; DE NADAI DIAS, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2007, p.48), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, "Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos espirituais." Nestes cuidados paliativos é importante uma abordagem multidisciplinar porque implica em demonstrar que nenhuma profissão consegue abranger todos os aspectos de um tratamento de um paciente terminal, o que destaca importância do trabalho coletivo, permitindo uma sinergia de habilidades para uma assistência completa.(MARCUCCI, 2005). Objetiva também oferecer um sistema de apoio à família para lidar com a doença do paciente, ajudar o paciente a ter uma vida ativa (TAVARES, 2015).

2.6 FISIOTERAPIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS

De acordo com o CREFITO e a resolução do COFFITO nº10 de 03/07/78, que aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no capítulo II art.7º está explícito como dever do fisioterapeuta no exercício profissional: exercer sua atividade com zelo, respeitar a vida humana desde a concepção até a morte e utilizar todos os conhecimentos técnicos e científicos a seu alcance para prevenir ou minorar o sofrimento do ser humano e evitar o seu extermínio.

A Fisioterapia em Cuidados Paliativos visa a qualidade de vida em pacientes com doença avançada ou em progressão desta, por meio de condutas que reabilitem funcionalmente o paciente, bem como auxilia o cuidador a lidar com o avanço rápido da enfermidade (FLORENTINO et al., 2014). Cuidar do doente constitui uma das atividades mais exigentes e desgastantes, tanto em nível físico como psíquico, a que estão sujeitos os profissionais, exigindo maturidade profissional e estabilidade emocional quando se defrontam com o paciente sem possibilidade de cura (MULLER et al., 2011). A fisioterapia possui um conjunto de recursos terapêuticos que complementam os cuidados paliativos, tanto na melhora da sintomatologia quanto da qualidade de vida (CARVALHO; SILVÉRIO, 2006 ; MULLET et al., 2011). Segundo relatos do estudo feito por Muller et al. (2011), o trabalho dos fisioterapeutas com pacientes oncológicos foi considerado pesado, complicado, estressante; mas, com o passar do tempo, tornou-se gratificante e enriquecedor.

O benefício a ser buscado é preservar a vida e aliviar os sintomas, dando oportunidade, sempre que possível, para a independência funcional do paciente (PESSINI, 2003; MARCUCCI, 2004). Os profissionais da fisioterapia dispõem de recursos que podem intervir no tratamento paliativo de pacientes com câncer, alguns deles são: terapia para dor, alívio dos sintomas psicofísicos, atuação nas complicações osteomioarticulares, reabilitação das complicações linfáticas, cardiopulmonar, atuação na fadiga, alterações neurofuncionais, úlceras de pressão (FLORENTINO et al., 2014), melhora na função pulmonar, atendimento diferenciado a pacientes neurológicos, e além de outros cuidados com a pediatria (MARCUCCI, 2004). Através da terapia manual, alongamentos, exercícios motores, posicionamentos, saída do leito, estímulo à marcha, o fisioterapeuta visa a reduzir a dor, auxiliar no condicionamento corporal, proporcionar relaxamento e prevenir algumas complicações, assim como os exercícios respiratórios e higiene brônquica (MULLER, et al. 2011).

2.6.1 Terapia da Dor

Fatores como dor e a perda da independência são complicações temidas pelos pacientes (FLORENTINO et al., 2014). Segundo o Instituto Nacional de Câncer, a dor sentida pelo paciente pode ter como causa: próprio câncer (causa mais comum)- 46% a 92%, relacionada ao câncer-12% a 29%, associada ao tratamento antitumoral-5% a 20% e desordens concomitantes-8% a 22%. Faz-se necessária uma minuciosa avaliação da dor para que haja um tratamento adequado, podendo recorrer ao uso de instrumentos de avaliação (escalas de avaliação da dor) e seus domínios como forma de mensuração, e

complementarmente as escalas de funcionalidade (FLORENTINO et al., 2014). A dor é constituída por componentes físicos, mentais, sociais e espirituais, o que revela a importância da atuação multiprofissional (INCA, 2001).

Dentre as intervenções fisioterapêuticas para a dor a eletroterapia traz resultados rápidos, no entanto traz alívio variável entre os pacientes (MARCUCCI, 2004). A corrente TENS e a Corrente Interferencial são bem estabelecidas para diminuição da dor, porém a última ainda não há consenso sobre qual variação da amplitude modulada de frequência (AMF) é mais eficaz. No contexto terapêutico atual, não é possível tratar a dor oncológica somente com o uso de corrente elétrica analgésica, mas é possível diminuir de forma significativa o uso de analgésicos e conseqüentemente seus efeitos colaterais (IAHPC, 2003).

Os métodos de terapia manual podem ser utilizados para complementar o alívio da dor, diminuindo a tensão muscular, melhorando a circulação tecidual e diminuindo a ansiedade do paciente (MARCUCCI, 2004). Também para diminuição da tensão muscular gerada pela dor, o uso de alongamentos é eficaz (INCA, 2001). A crioterapia tem um histórico expressivo para o tratamento de dor, com eficácia comprovada (MARCUCCI, 2004), entretanto não há estudos conclusivos sobre a diminuição de dor oncológica através de crioterapia, mas sua aplicação pode ser útil para dores músculo-esqueléticas, sendo realizada por bolsas ou imersão em água gelada 2 a 3 vezes ao dia durante 15 a 20 minuto (INCA, 2001). Além disso, podemos utilizar outras técnicas como o uso de massagem, cinesioterapia e órteses (FLORENTINO et al., 2014).

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura sobre a fisioterapia em cuidados paliativos e tratamento em pacientes com câncer de mama, cujo o cruzamento das palavras utilizadas foram “Fisioterapia” AND “Câncer de Mama”, “Cuidados Paliativos” AND “Câncer de Mama”, e “Tratamento” AND “Câncer de Mama”, nas bases de dados do PubMed, LILACS e SciELO. A seleção abrangeu critérios de inclusão como: artigos publicados no período de tempo de 2009 a 2019, pesquisas realizadas apenas com mulheres, tendo como idioma o português e realizadas no Brasil. Foram aceitos estudos de caso, revisões bibliográficas, estudos de coorte, estudos pilotos e casos controle. Nossos critérios de exclusão foram artigos que não se enquadraram nos critérios de inclusão já citados.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADO

Após a identificação dos artigos nas três bases de dados (PubMed, LILACS e SciELO), foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão (No = 1.068). Desses, foi realizada a análise dos títulos e resumos (No = 118) e após foi feita a leitura dos artigos (No = 89). Dos 89 artigos selecionados, 80 foram excluídos pois eram repetidos ou não se encaixavam nos critérios de inclusão. Na figura 1 pode-se ver a síntese do processo de seleção dos artigos. Já na tabela 01, pode-se identificar os 9 artigos finais com o título, objetivo, amostra, procedimento e resultados.

Dos artigos selecionados, o maior campo de pesquisa encontrado foi em hospitais, onde de 9 artigos, 5 foram aplicados em hospitais. Com relação aos assunto tivemos dois artigos selecionados que falam sobre linfedema e o uso de técnicas como taping, estimulação elétrica, terapia física complexa e fisioterapia complexa descongestiva. Tivemos dois artigos sobre radioterapia e sua relação com ADM, perimetria, hipoestesia, dor e incapacidade do MS. Além disso, um artigo sobre o cinesioterapia e a diminuição de dor no MS, um sobre comorbidade de dor e fadiga, um sobre ocorrência e manejo de feridas neoplásicas e um sobre a qualidade de vida em mulheres com CA de mama.

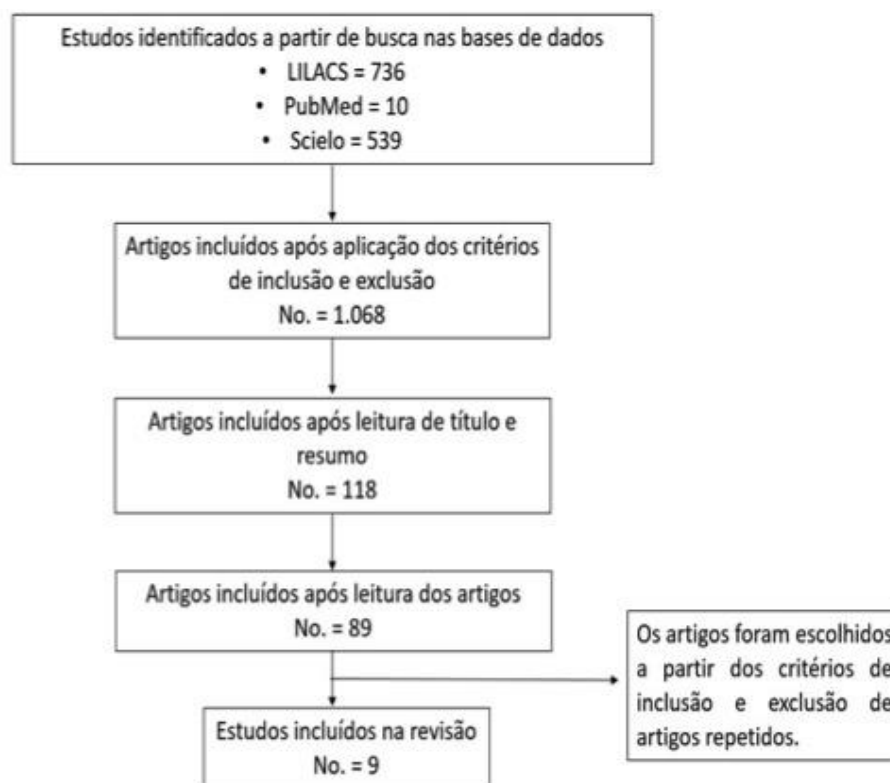


FIGURA 1. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão sistemática sobre Atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos e tratamento de pacientes com câncer de mama

4º Congresso de Responsabilidade Socioambiental da FSG

AUTOR	OBJETIVO	AMOSTRA	PROCEDIMENTO	RESULTADOS
LEAL et al., 2011.	Comparar os efeitos da FCD com um protocolo de estimulação elétrica, exercícios terapêuticos e uso da braçadeira elástica na redução do linfedema secundário com o esvaziamento linfático axilar.	12 voluntárias divididas em dois grupos, seis pacientes cada e todas já haviam realizado esvaziamento linfático axilar unilateral e apresentaram edema.	Grupo 1 – neste grupo foi aplicado FCD composta por cinesioterapia, DLM e uso de braçadeira; Grupo 2 – foi aplicada a EAV associada à cinesioterapia e ao uso de braçadeira.	Tanto a FCD quanto o protocolo com estimulação elétrica não foram efetivos na redução do linfedema residual secundário ao esvaziamento linfático axilar. Entretanto, proporcionaram a manutenção das medidas avaliadas.
LEAL et al., 2016.	Avaliar o efeito da fisioterapia na ADM do ombro e na perimetria do MS aplicada durante a radioterapia nas mulheres em tratamento para o câncer de mama.	35 voluntárias, 18 para o GC submetido somente às avaliações e 17 GE submetido à cinesioterapia supervisionada para os membros superiores.	Foram avaliadas em três tempos distintos: pré- radioterapia (avaliação 1), pós-radioterapia (avaliação 2) e 2 meses após o término da radioterapia. (avaliação 3). Parâmetros avaliados foram ADM da articulação do ombro e perimetria do membro superior.	O GC apresentou déficit entre os membros para o movimento de rotação externa nas avaliações 1, 2 e 3. O GE apresentou déficit de ADM entre os membros para os movimentos de flexão, abdução e rotação externa na avaliação 1, porém na avaliação 3 os déficits de todos os movimentos estavam recuperados.
LIMA, 2018.	Discutir a associação entre o nível de QV e o estadiamento do câncer em mulheres com câncer de mama localmente avançado ou metastático hospitalizadas.	199 mulheres, com diagnóstico de CA de mama localmente avançado ou metastático, na Unidade de Internação Clínica de um hospital do Rio de Janeiro	Aplicação do formulário para a caracterização dos aspectos clínicos-patológicos e sociodemográficos EORTC QLQ-C30 para avaliar a QV nas mulheres do estudo.	O estadiamento atual mais incidente foi o IV. O status de saúde global, bem como as escalas funcionais, com exceção da social, pois reduziram seus escores à medida que o estadiamento avançou. Indicando que estadiamento do câncer interfere na QV destas mulheres.

4º Congresso de Responsabilidade Socioambiental da FSG

RETT, 2012 .	Comparar a ADM, a intensidade de dor no MS homolateral à cirurgia e caracterizá-la antes, durante e após programa de cinesioterapia, além de correlacionar estas variáveis.	39 mulheres que foram submetidas ao tratamento cirúrgico e que apresentavam dor no membro superior.	39 mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico do CA de mama. A fisioterapia incluiu alongamento, exercícios ativo-livres e ativo-assistidos de MS. A ADM foi avaliada pela goniometria, a intensidade de dor pela escala EAV e caracterizada pelo questionário de dor de McGill no início, após 10 e após 20 sessões de cinesioterapia.	A cinesioterapia aumentou significativamente a amplitude de movimento do membro superior e reduziu significativamente a dor no MS homolateral à cirurgia para tratamento do CA de mama ao longo do tratamento, especialmente no início da intervenção.
SILVA et al., 2014.	Identificar a QV de mulheres pós-mastectomia, relacionando a força muscular e a preensão palmar do MSA, traçar um perfil sociofuncional e verificar, de acordo com questionário EORTC QLQ-C30, os domínios de maior impacto na QV.	10 mulheres entre os 30 e 60 anos que realizaram mastectomia radical unilateral.	Os dados de QV foram coletados por meio do questionário EORTC QLQ-C30, seguido do módulo BR-23, específico para pacientes com CA de mama. A avaliação da força muscular de preensão palmar foi feita bilateralmente por intermédio do dinamômetro.	Apontam o impacto do câncer de mama em relação à QV de mulheres mastectomizadas, em especial nos aspectos sociais de suas vidas. Mostram também a perda de força muscular decorrente do processo cirúrgico, impactando na funcionalidade do MS acometido.
THOMAZ, et al., 2018.	Verificar o uso do taping como forma alternativa/auxiliar de tratamento na redução do linfedema.	Artigos científicos indexados nas bases de dados PubMed, LILACS, MEDLINE, PEDro e Google Acadêmico.	Foram encontrados 9 artigos originais que abordavam a utilização do taping como meio ou associado ao tratamento padrão-ouro para a redução de linfedema secundário ao CA de mama.	Uso do taping parece ser superior ao uso da TFC em relação aos sintomas, mas os pacientes que realizaram TFC têm melhor QV. O taping parece ser mais eficaz para linfedemas em estágios iniciais e como complemento à TFC. Pode ser uma

4º Congresso de Responsabilidade Socioambiental da FSG

				técnica a ser somada ao método para o tratamento do linfedema.
BEZERRA et al., 2012.	Avaliar e comparar a sensibilidade superficial no dermatomo correspondente ao nervo sensitivo intercostobraquial, a dor e a incapacidade do MS homolateral à cirurgia antes e após RT adjuvante.	20 mulheres submetidas à cirurgia incluindo LA foram avaliadas antes e imediatamente após a RT adjuvante (25-30 sessões).	Para avaliar foram aplicados a estesiometria para avaliar a sensibilidade superficial, o Questionário de Dor McGill (MPQ) e o Índice de Dor e Incapacidade no ombro (SPADI).	Após a radioterapia, houve diminuição dos valores de SS em todos os pontos avaliados no membro homolateral. A dor no MS foi um sintoma presente logo após a cirurgia, com aumento significativo da intensidade de dor imediatamente após a RT quando mensurada por meio do MPQ. Houve aumento da incapacidade funcional, demonstrando piora da funcionalidade do MS após a RT.
GOZZO et al., 2014.	Caracterizar o perfil sociodemográfico de mulheres com câncer de mama que apresentam feridas neoplásicas e identificar as coberturas mais utilizadas para o tratamento das feridas.	62 prontuários que atendiam aos critérios de inclusão.	Utilizaram-se dados secundários extraídos dos prontuários de mulheres com câncer de mama, atendidas no Ambulatório de Mastologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2011.	55% apresentaram carcinoma ductal invasor e 27,4%, estágio clínico IIIb. Dos óbitos registrados, 27% ocorreram em menos de um ano após o aparecimento da ferida. Os sintomas registrados foram dor (32,2%), sangramentos (35%) e necrose (21%). Os produtos utilizados foram a sulfadiazina de prata (23%) e o ácido graxo essencial (16,1%).

LAMINO et al., 2011.	Analisar a prevalência e a comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama.	182 mulheres com câncer de mama em acompanhamento ambulatorial, em qualquer fase da doença e tratamento.	As mulheres responderam a 03 instrumentos: a Ficha de Identificação, Escala de Fadiga de Piper e Escala de Intensidade de Dor.	Mais da metade da amostra relatou algum grau de fadiga (51,6%) e, destacou-se a alta prevalência de fadiga moderada e intensa (44/94, 46,8%). Dor ocorreu em 47,2% (n=86) das mulheres e foi descrita como moderada e intensa por (50/86) 58,1% delas. Foi encontrada comorbidade entre fadiga e dor em 32,9% das mulheres.
----------------------	--	--	--	---

TABELA 1. Artigos encontrados e selecionados para revisão sistemática sobre Atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos e tratamento de pacientes com câncer de mama. FCD=fisioterapia complexa descongestiva; DLM=drenagem linfática manual; EAV=Escala Analógica Visual; ADM=amplitude de Movimento; MS=membro superior; grupo controle; GC=grupo controle; GE= grupo estudo; QV=qualidade de vida; CA=câncer de mama; TFC=terapia física complexa; RT=radioterapia.

Sabemos como o tratamento do câncer de mama pode ser lesivo no quesito funcionalidade da mulher envolvida, como prova disso o estudo de Leal et al. (2016), que contou com a participação de mulheres com CA de mama em que foi realizado o tratamento fisioterapêutico avaliando sua ADM em 3 momentos: pré, pós e meses após a radioterapia. O estudo obteve como resultado a melhora da ADM em mulheres com CA de mama após intervenções fisioterapêuticas. Fato que pode ser comprovado através do estudo de Rett et al. (2013) em que mulheres submetidas à cirurgia unilateral para tratamento do câncer de mama, associado à linfadenectomia axilar, foram submetidas a um protocolo fisioterapêutico em que houve melhora significativa da ADM e do desempenho funcional do membro superior homolateral à cirurgia.

No estudo de Lima (2018), foi observado que em mulheres com o estadiamento nível IV apresentaram uma menor QV, visto que nenhuma das mulheres obtiveram pontuação máxima no escore do questionário aplicado, independente do nível do estadiamento ou idade, resultado que mostra que a QV em mulheres com CA de mama é afetada. Fator que pode estar associado de acordo com o estudo de Lahoz et al. (2010), onde mulheres com CA de mama apresentam quadros de depressão, ansiedade, ideação suicida, insônia e medo, que incluem desde o abandono pela família e amigos até o de recidiva e morte, contribuindo para uma percepção negativa da QV. Outra relação que pode ser feita de acordo com o artigo de Makluf, Dias e Barra (2005) é de mulheres com idade avançada, mesmo quando submetidas à mastectomia, relatam melhor escore de QV após tratamento do câncer da mama, do que mulheres mais jovens. Isso se justificam por que mulheres mais jovens têm maior dificuldade de adaptação após câncer da mama. Afirma que as prioridades individuais variam com a idade e os diferentes momentos da vida e verificaram que mulheres mais velhas apresentam melhor escore de QV porque essas valorizam menos a mama e a feminilidade.

Da Silva et al. (2011), identificou a QV de mulheres pós-mastectomia, relacionando a força muscular e a preensão palmar do membro superior afetado (MSA), por meio do questionário EORTC QLQ-C30 e avaliando a força muscular de preensão palmar pelo dinamômetro. Onde teve impacto do câncer de mama em relação à QV de mulheres mastectomizadas, em especial nos aspectos sociais de suas vidas, mostrando também a perda de força muscular decorrente do processo cirúrgico, impactando na funcionalidade do MSA. de Lahoz et al. (2010) avaliou a funcionalidade de membro superior, a QV e as atividades de vida diária (AVDs) de mulheres submetidas à cirurgia de mastectomia com dissecação axilar. A avaliação consistiu de anamnese, avaliação funcional, que englobou a amplitude de movimento (goniometria), força muscular (avaliação manual) e aplicação dos questionários *Study's Short Form-36* e *Frenchay Activities Index* (FAI). No resultado, notou-se

que houve diminuição da ADM e da força muscular e presença de dor no ombro, fatores que possivelmente promoveram um impacto na QV.

No estudo de Bezerra et al. (2012) presente na Tabela 1 avaliou a sensibilidade no dermatomo irrigado pelo nervo intercostobraquial, a dor e a incapacidade funcional do MS à cirurgia antes e após a radioterapia, obtendo resultados como o aumento da dor e da incapacidade após a radioterapia assim como a redução da sensibilidade no dermatomo. Esse fato relacionado ao aumento da dor pode ser explicado pela síndrome pós mastectomia, uma das causas sugeridas da mesma é a lesão do nervo intercostobraquial que irá inervar a axila e a região média do braço e é frequentemente lesionado para ter acesso aos linfonodos axilares (FERREIRA, 2009; FOLEY, 1987; FOLEY 1989; DINI; GOZZA, FORNO, 1993; ELLIOT; WALLACE et al. 1996; BORO et al. 2007). Essa lesão pode ser acentuada quando associada ao tratamento adjuvante como a radioterapia resultando assim na síndrome. Já em relação a diminuição da sensibilidade, estudos como o de Santos et al. (2009), obtiveram como resultado um decréscimo da sensibilidade no dermatomo do nervo intercostobraquial homolateral à linfonodectomia axilar pós-cirurgia por câncer de mama. Afirmando os resultados do estudo descrito nesta revisão.

No artigo de Leal et al. (2011) teve como objetivo comparar os efeitos da fisioterapia complexa descongestiva (FCD) com um protocolo de estimulação elétrica, exercícios terapêuticos e uso da braçadeira elástica na redução do linfedema secundário com o esvaziamento linfático axilar para tratamento de câncer de mama. Obteve que a FCD e o protocolo de estimulação elétrica não eram efetivos para diminuição total do edema pós esvaziamento axilar mas proporcionaram breve manutenção. O que coincide com o estudo realizado por Luz e Lima também em 2011, onde o artigo citado fala das técnicas fisioterapêuticas mais utilizadas para a redução do linfedema pós-mastectomia, que são: FCD; compressão pneumática intermitente (CPI); drenagem linfática manual (DLM); vestuário de compressão (VC); bandagens; exercícios prescritos; e tratamento a laser. E destas, as mais efetivas de acordo com o seu estudo são o uso associado de fármacos e FCD.

Thomaz et al. (2018), através de uma revisão da literatura, verificou o uso do *taping* como forma alternativa/auxiliar de tratamento na redução do linfedema. Ele encontrou o uso do *taping* parece ser superior ao uso da terapia física complexa (TFC) em relação aos sintomas, mas os pacientes que realizaram TFC têm melhor qualidade de vida, além disso o *taping* parece ser mais eficaz para linfedemas em estágios iniciais e como complemento à TFC. Nagata e Marque (2015), avaliaram o efeito do *taping* para o controle e/ou redução do linfedema de membro superior em mulheres submetidas à cirurgia de mastectomia com linfadenectomia. As técnicas utilizadas foram

drenagem linfática manual (DLM); BEF (bandagem elástica funcional ou taping); exercícios cinesiológicos; orientações e cuidados com a pele. Tiveram como resultado a redução de linfedema e melhora da ADM, além da diminuição de dor e sensação de peso no membro afetado, melhora no aspecto da coloração da pele e diminuição da parestesia. Pinheiro et al. (2015) tiveram como objetivo em seu estudo, verificar o efeito da aplicação do *Kinesio taping* associado à DLM no tratamento do linfedema pós-mastectomia. Identificaram que a DLM associada ao *Kinesio taping* apresentaram resultados positivos no tratamento de linfedema. Ou seja, o uso do *taping* associado a outras técnicas para redução do linfedema em mulheres pós-mastectomia tem um efeito positivo.

Rett (2012), comparou a ADM, a intensidade de dor no MS homolateral à cirurgia (mastectomia ou quadrantectomia) e caracterizou-as antes, durante e após programa de cinesioterapia, além de correlacionar estas variáveis. Obteve como resultado que a cinesioterapia aumentou significativamente a ADM do membro superior e reduziu a dor no MS homolateral à cirurgia para tratamento do CA de mama ao longo do tratamento, especialmente no início da intervenção. Xavier (2018), avaliou os resultados que a cinesioterapia proporciona no tratamento de uma paciente após remoção do quadrante mamário, tendo um resultado positivo, pois promove a prevenção de complicações e restauram as funções que estavam comprometidas. Já, Moreira e Pivetta (2016), compararam os efeitos da cinesioterapia e massoterapia sobre a funcionalidade do ombro e da força muscular respiratória pós-mastectomia, concluindo que a cinesioterapia tornou-se mais efetiva para a funcionalidade do ombro e força muscular respiratória do que a massoterapia no pós-operatório de câncer de mama. Os três estudos citados sobre cinesioterapia demonstra que essa é eficaz quando se diz a respeito a funcionalidade do ombro, diminuindo dor, aumentando ADM e prevenindo complicações futuras.

Gozzo et al. (2014) teve como objetivo de seu trabalho caracterizar o perfil sociodemográfico de mulheres com câncer de mama que apresentam feridas neoplásicas e identificar as coberturas mais utilizadas para o tratamento das feridas e obteve que 55% apresentaram carcinoma ductal invasor e 27,4%, estágio clínico IIIb. Dos óbitos registrados, 27% ocorreram em menos de um ano após o aparecimento da ferida. Os sintomas registrados foram dor (32,2%), sangramentos (35%) e necrose (21%). Os produtos utilizados foram a sulfadiazina de prata (23%) e o ácido graxo essencial (16,1%). Lisboa e Valença (2016), tiveram como resultado que as lesões encontravam-se, em sua maioria, no estadiamento 3, com mais de 10 cm de comprimento, exsudato predominantemente purulento e com odor grau 1. A cobertura mais utilizada foi a colagenase. A maioria dos pacientes relatava dor no local da lesão, outras coberturas foram

utilizadas em menor número, como metronidazol, sulfadiazina de prata e ácidos graxos essenciais (AGE).

Lamino et al. (2011), analisaram a prevalência e a comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama, no presente artigo encontrou que mais da metade da amostra relatou algum grau de fadiga (51,6%) e, destacou-se a alta prevalência de fadiga moderada e intensa (44/94, 46,8%). Dor ocorreu em 47,2% (n=86) das mulheres e foi descrita como moderada e intensa por (50/86) 58,1% delas. Foi encontrada comorbidade entre fadiga e dor em 32,9% das mulheres. Segundo Pegorare (2014), os sintomas de dor e desconforto foram experimentados pelas pacientes com câncer de mama nos tratamentos com quimioterapia e radioterapia de forma similar durante o percurso da doença. Entretanto, a fadiga foi o sintoma mais associado à pacientes em tratamento quimioterápico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor, a perda de funcionalidade e linfedema são os três quesitos onde encontramos as principais queixas das mulheres acometidas pelo CA de mama, sendo fatores que também resultam numa pior qualidade de vida. É de extrema importância a atuação do fisioterapeuta nesta área, pois há resultados efetivos que contribuem e minimizam esses sintomas através de técnicas e de um atendimento humanizado.

Em relação aos cuidados paliativos identifica-se que a fisioterapia tem recursos para amenizar os sintomas (físicos, sociais, psicológicos e espirituais) e melhorar a QV dos pacientes paliativos, porém é necessário mais estudos que evidenciam essa relação. Também é dever do fisioterapeuta tornar esse período o mais humanizado possível tanto na relação saúde e paciente quanto na relação paciente e família. Destaca-se a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar que tenha conhecimento sobre essa área, entretanto os profissionais precisam ser mais capacitados e estudos precisam ser mais realizados.

6 REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Ana Laura Carvalho et al. HORMÔNIO TERAPIA ADJUVANTE NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM ESTÁDIOS INICIAIS. **CIPEEX**, v. 2, p. 1075-1084, 2018.
2. AZEVEDO, G. M. R. et al. As diferentes formas que os tratamentos radioterápicos auxiliam as mulheres com câncer de mama que poderão ser submetidas à cirurgia conservadora. *Revista Saúde e Ciência online*, v. 7, n. 2, (maio a agosto de 2018). 502 p.
3. BARROS, A. C. S. D. et al. Diagnóstico e tratamento de câncer de mama. São Paulo: Associação Médica Brasileira/Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011.
4. BERGMANN, Anke. Morbidade após o tratamento para câncer de mama. **Fisioterapia Brasil**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 85 - 90, dez. 2016. ISSN 2526-9747. Disponível em: <<http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/619/1263>>. Acesso em: 05 nov. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.33233/fb.v1i2.619.linfedema> pó
5. BERGMANN, Anke et al. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III/INCA. **Rev Bras Cancerol**, v. 52, n. 1, p. 97-109, 2006.
6. Bezerra, T. S., Rett, M. T., Mendonça, A. C. R., Santos, D. E. D., Prado, V. M., & DeSantana, J. M. (2012). Hipoestesia, dor e incapacidade no membro superior após radioterapia adjuvante no tratamento para câncer de mama. *Rev. dor*, 13(4), 320-326.
7. BONFIM, Isabela Melo et al. Identificando fatores de risco e as práticas de autocuidado para detecção precoce do câncer de mama em familiares de mastectomizadas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 10, n. 1, p. 45-52, 2009.
8. CARLOS HENRIQUE ESCOSTEGUY BARRIOS, Carlos Alberto Pereira Sampaio, Cláudia Mara Marques Vasconcelos. Tudo o que você sempre quis saber sobre o câncer de mama. – Barueri, SP : Minha Editora, 2013.
9. CERQUEIRA JC, MOREIRA JPL, BRITO AS, LUIZ RR. Indicador preventivo de saúde da mulher: proposta combinada de mamografia e Papanicolaou. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e99.
10. DA LUZ, Naiane Durvalina; LIMA, Andréa Conceição Gomes. Recursos fisioterapêuticos em linfedema pós-mastectomia: uma revisão de literatura. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 1, 2017.
11. DA SILVA, Ednamare Pereira; SUDIGURSKY, Dora. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 504-508,

- 2008.
12. DA SILVA, Pamella Araújo; DA SILVA RIUL, Sueli. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 6, p. 1016-1021, 2011.
 13. da Silva, S. H., Koetz, L. C. E., Sehnem, E., & Grave, M. T. Q. (2014). Qualidade de vida pós-mastectomia e sua relação com a força muscular de membro superior. *Fisioterapia e Pesquisa*, 21(2), 180-185.
 14. da Silva Leal, N. F. B., de Oliveira, H. F., & Carrara, H. H. A. (2016). Fisioterapia supervisionada nas mulheres em radioterapia para o câncer de mama. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-8.
 15. da Silva Leal, N. F. B., Dias, L. A. R., Carrara, H. H. A., & Ferreira, C. H. J. (2017). Linfedema pós-câncer de mama: comparação de duas técnicas fisioterapêuticas—estudo piloto. *Fisioterapia em Movimento*, 24(4).
 16. de Araújo Lamino, D., de Faria Mota, D. D. C., & de Mattos Pimenta, C. A. (2011). Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 508-514.
 17. DE ASSIS LAHOZ, Manoela et al. Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomizadas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 4, p. 423-430, 2010.
 18. EPPING-JORDAN, J.E. et al. Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. **Health Psychol.**, v.18, n.18, p.315-26, 1999.
 19. FARIA, Lina. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. **História, ciências, saúde-manguinhos**, v. 17, n. 1, p. 69-87, 2010.
 20. FERREIRA, V. T. K. Caracterização da dor em mulheres com câncer de mama pós tratamento. Ribeirão Preto, 2009. 85p.; 30cm.
 21. GOMES, C. et al. Reabilitação em hemiplegia. In: LIANZA, S. Medicina de reabilitação. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
 22. GONÇALVES, L. L. C et al. Mulheres com câncer de mama: ações de autocuidado durante a quimioterapia. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 575-580, out./dez. 2009.
 23. Gozzo, T. O., Tahan, F. P., Andrade, M., Nascimento, T. G., & Prado, M. A. S. Ocorrência e manejo de feridas neoplásicas em mulheres com câncer de mama avançado. *Esc Anna Nery* 2014; 18 (2): 270-6.
 24. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Cuidados paliativos oncológicos:
-

- controle da dor. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2001
25. International Association for Hospice and Palliative Care. Manual of palliative care. IAHPC; 2003. Available from: <http://www.hospicecare.com> .
26. LEAL, J. H. S. et al. Hormonioterapia paliativa em câncer de mama: aspectos práticos e revisão de literatura. *Rev Bras Clin Med* 2010;8(4):338-43.
27. LEITES, Gabriela Tomedi et al. Fisioterapia em oncologia mamária: qualidade de vida e evolução clínico funcional. **Revista Ciência & Saúde**, v. 3, n. 1, p. 14-21, 2010.
28. LIMA, Eunice de Oliveira Lacerda. Qualidade de vida de mulheres acometidas por câncer de mama localmente avançado ou metastático. 2018
29. Lisboa, I. N. D., & Valença, M. P. (2016). Caracterização de pacientes com feridas neoplásicas. *Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, 14(1).
30. MACHADO, Sheila Mara; SAWADA, Namie Okino. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 750-757, 2008.
31. MAKLUF, Ana Silvia Diniz; DIAS, Rosângela Corrêa; BARRA, Alexandre de Almeida. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Rev Bras Cancerol**, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006.
32. MAMEDE, MARINA SCARULIS; PANOBIANCO, SANTOS¹ MARISLEI SANCHES; MAMEDE, Marli Villela. Sensibilidade tátil no membro superior de mulheres submetidas à linfonodectomia axilar por câncer de mama. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 31, n. 7, p. 361-6, 2009.
33. MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Rev Bras Cancerol**, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.
34. McCoughlan M. A necessidade de cuidados paliativos. *Mundo Sa' de* (1995). 2003; 27(1): 6-14.
35. Ministério da Saúde, **Câncer de mama: sintomas, tratamentos, causas e prevenção: <<http://saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-mama#diagnostico>>**, acessado em 2019
36. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Estimativa 2018, Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA (Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva), 2017.
37. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Sistema Único de Saúde, SERVIÇOS DE CUIDADO PALIATIVO GESTÃO DA QUALIDADE.

38. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer: Ações de Controle do Câncer de mama: <<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/acoes-de-controle/tratamento>>, acesso em outubro de 2019
39. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer: Tratamento para o câncer de mama: <<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/acoes-de-controle/tratamento>>, acessado em outubro de 2019
40. Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer, ATUALIZAÇÃO EM MAMOGRAFIA: para técnicos em radiologia. 2ed., 2019. p. 16-171
41. Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer; **CÂNCER DE MAMA: é preciso falar disso**. 1. ed., 2014. p. 3-16.
42. MINISTÉRIO DA SAÚDE Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), A situação do câncer de mama no Brasil: Síntese de dados dos sistemas de informação, 2019
43. Mishra N, Stanley MBBS, Franzcog NG, Cogu DDU.. Sonographic diagnosis of obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly syndrome: a report of two cases. *Australas J Ultrasound Med*. 2014.
44. MONTEIRO, Ana Paula de Sousa et al. Breast self-examination: frequency of knowledge, practice and associated factors. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 3, p. 201-205, 2003.
45. MOREIRA, Flávia; PIVETTA, Hedioneia Maria Foletto. Efeitos da cinesioterapia e massoterapia sobre a funcionalidade do ombro e força muscular respiratória de mulheres mastectomizadas. **Fisioterapia Brasil**, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 250 - 255, nov. 2016. ISSN 2526-9747. Disponível em: <<http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/546/1126>>. Acesso em: 26 nov. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.33233/fb.v13i4.546>
46. MÜLLER, Marisa Campio et al. A prática do auto-exame das mamas em mulheres de uma comunidade universitária. **PsicoUSF**, v. 10, n. 2, p. 185-190, 2005.
47. NAGATA, KAROLINY SILVA; MARQUES, SAMARA DE MATOS. O EFEITO DA BANDAGEM ELÁSTICA FUNCIONAL EM LINFEDEMA PÓS-MASTECTOMIA: RELATO DE DOIS CASOS. 2015.
-

-
48. NASCIMENTO, Simony Lira do et al. Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. **Fisioterapia e Pesquisa**, 2012.
49. NOBESCH, Leandro et al. Aplicação de métodos de saturação de gordura por ressonância magnética no diagnóstico de câncer de mama. **Rev. bras. mastologia**, v. 27, n. 1, 2017.
50. ROCHA, Lidiana Simões Marques; DA CUNHA, Alessandra. O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS. **JORNAL DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS E SAÚDE**, v. 2, n. 2, p. 8, 2016.
51. MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Rev Bras Cancerol**, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.
52. OPPERMANN, Christina Pimentel. **Entendendo o Câncer**. Artmed Editora, 2014.
53. PAIÃO, Renata Cristina Nascimento; DE NADAI DIAS, Luciara Irene. A atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos da criança com câncer. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 16, n. 4, p. 153-169, 2012.
54. Pegorare, A. B. G. D. S. (2014). Avaliação dos níveis de dor e fadiga em pacientes com câncer de mama. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, 3(2), 1-11.
55. PINHEIRO, Maitê dos Santos; GODOY, Ana Carolina; SUNEMI, Mariana Maia de Oliveira. Kinesio Taping associado à drenagem linfática manual no linfedema pós mastectomia: Relato de caso. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 4, n. 1, p. 30-36, 2015.
56. PRECOCE, DETECÇÃO. Controle do Câncer de Mama-Documento de Consenso. **Rev Bras Cancerol**, v. 50, n. 2, p. 77-90, 2004.
57. REIRIZ, A. B. et al. Cuidados paliativos, a terceira via entre eutanásia e distanásia: ortotanásia. *Prát. Hosp.*, São Paulo, v. 8, n. 48, p. 77-82, nov.-dez. 2006.
58. Rett, M. T., Mesquita, P. D. J., Mendonça, A. R. C., Moura, D. P., & DeSantana, J. M. (2012). A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. *Rev Dor. São Paulo*, 13(3), 201-7.
59. RETT, Mariana Tirolli et al. Efeito da fisioterapia no desempenho funcional do membro superior no pós-operatório de câncer de mama. **Revista Ciência e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 18-24, 2013.
60. RODRIGUES, Juliana Dantas; CRUZ, Mércia Santos; PAIXÃO, Adriano Nascimento. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, p. 3163-3176, 2015.
-

61. ROSSI, L.; SANTOS, M.A. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicol. Ciênc. Prof.**, v.23, n.4, p.32-41, 2003.
62. SAEGROV, S.; HALDING, A.G. What is it like living with the diagnosis of cancer? **Eur. J. Cancer Care**, v.13, n.2, p.145-53, 2004.
63. SANTANA, Nayara Priscilla Pessôa; BORGES, Alex Rodrigo. Exames de Imagem no Rastreamento e Diagnóstico do Câncer de Mama: Ressonância Magnética das Mamas em Face da Mamografia. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 1, n. 1, p. 19-38, 2015.
64. Sociedade Brasileira de Mastologia, CÂNCER DE MAMA: Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia - Regional Piauí, 2017.
65. SUESADA, Milena Mako et al. Impacto da radioterapia torácica na função respiratória e capacidade de exercício em pacientes com câncer de mama. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n. 6, p. 469-476, 2018.
66. TAVARES, A. G. S. et al. Cuidados Paliativos e Melhoria da Qualidade de Vida dos Pacientes Oncológicos. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2015 Jan./Jun.;4(1):39-47.
67. TAVARES, Jeane Saskya Campos; TRAD, Leny Alves Bomfim. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1349-1358, 2010.
68. THOMAZ, J. P., DIAS, T. D. S. M., & de REZENDE, L. F. (2018). Efeito do uso do taping na redução do volume do linfedema secundário ao câncer de mama: revisão da literatura. *J. vasc. bras*, 17(2), 136-140.
69. VIEIRA, WILMA LEÔNICIO et al. A IMPORTÂNCIA DA ULTRASSONOGRRAFIA NO CÂNCER DE MAMA. **MARÇO DE 2018 24ª EDIÇÃO**, p. 41, 2018.
70. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Early Detection. Geneva, 2007. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes). Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43743/9241547338_eng.pdf....> Acesso em: 12 nov. 2018.
71. XAVIER, Larissa Borges. APLICAÇÃO DA CINESIOTERAPIA NO MEMBRO SUPERIOR EM UMA PACIENTE SUBMETIDA A QUADRANTECTOMIA: estudo de. <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>.
-