Resumo

Enquadramento: O cancro da mama, constitui uma patologia altamente lesiva para a mulher com consequências emocionais e psicológicas que podem afetar a sua qualidade de vida. As intervenções precoces e estruturadas da enfermagem de reabilitação, podem ser fundamentais na recuperação funcional do membro superior e no próprio bem-estar das doentes.

Objetivo: Avaliar a eficácia dos programas de reabilitação funcional do membro superior, iniciados no pós-operatório imediato, na mulher submetida a mastectomia radical.

Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Após estabelecimento de critérios de inclusão, de exclusão e análise dos investigadores foram selecionados seis estudos primários pesquisados através dos motores de busca: *PubMed; The Cochrane Library*; Repositórios Institucionais; *PEDro*. Utilizaram-se diferentes combinações com os descritores *"reabilitação", "neoplasia da mama", "membro superior", "mastectomia radical modificada" e "complicações pós-operatórias"* nos idiomas portugueses e inglês. A pesquisa decorreu entre o mês de Janeiro e Abril de 2014, seguindo os princípios propostos pelo *Cochrane Handbook*[1].

Resultados: Os estudos sugerem benefícios clínicos estatisticamente significativos quando existe uma intervenção de reabilitação precoce, com efeitos na diminuição da dor, na prevenção do linfedema, na recuperação das amplitudes articulares e consequentemente maior independência nas atividades de vida diária.

Conclusão: Programas estruturados e sistematizados de enfermagem de Reabilitação geram benefícios na funcionalidade e qualidade de vida das mulheres com ganhos substantivos em saúde.

Keywords: Reabilitação funcional. Neoplasia mamária. Mulher. Mastectomia, Membro superior.

Introdução

O cancro da mama é uma doença que tem elevado impacto na sociedade portuguesa, não só pela sua incidência e gravidade, mas por estar associado a um órgão cheio de simbolismo, na maternidade e na feminilidade. Trata-se do tipo de cancro mais comum entre as mulheres, e corresponde à segunda causa de morte por cancro, na mulher[2]

De acordo com um relatório publicado pela Liga Portuguesa contra o Cancro[3], existe em Portugal uma incidência de 4.500 novos casos de cancro da mama por ano; uma em cada 10 mulheres irá desenvolver cancro da mama em algum momento da sua vida; diariamente 11 a 13 mulheres são informadas de que têm a doença; o cancro mata todos os anos aproximadamente 1500 mulheres (4 por dia), e aproximadamente 90% dos cancros da mama são curáveis, se forem detectados precocemente e tratados de forma correta.

Atualmente, os procedimentos cirúrgicos adotados (mastectomia radical modificada) são menos agressivos do que no passado, existem mais curas do cancro, as sobrevidas são mais prolongadas e a qualidade de vida dos seus portadores é mais elevada. Para isso contribuiu o recurso a novas técnicas cirúrgicas, o advento das primeiras terapêuticas biológicas e os programas de reabilitação precoce das pacientes[4]. Apesar da evolução descrita o cancro da mama continua a ser muito temido pela sociedade em geral. As complicações associadas à cirurgia podem ser locais e/ou sistémicas e como referem vários autores[5] quanto maior a extensão cirúrgica, maior a probabilidade de complicações pós-operatórias. A limitação da amplitude de movimento (ADM) do ombro é considerada uma das principais complicações pós-operatórias do cancro da mama, com consequente comprometimento e diminuição da função do membro superior (MS)[6].

Paralelamente a modificação da fisiologia das estruturas da cavidade axilar pode levar ao aparecimento de aderências e diminuição da movimentação articular do ombro, e consequentemente a rápida instalação de rigidez e atrofia muscular. Tanto a imobilização prolongada, ocasionada pelo medo e/ou dor, quanto o tipo de cirurgia - o tamanho da incisão, a existência de linfadenectomia axilar, traumatismos no longo nervo torácico ou espasmo muscular por toda a região cervical - são factores que

contribuem para que a mulher tenda a diminuir o movimento do MS homolateral à cirurgia[5].

Para diminuir a incidência de complicações, defende-se hoje a realização precoce de exercícios (logo após a cirurgia) com progressão gradual, contudo não existe consenso neste procedimento, uma vez que alguns autores recomendam o início do programa apenas após a retirada dos drenos[6, 7, 8]. Estas controvérsias subsistem também relativamente aos exercícios mais adequados a desenvolver, ao número de exercícios a instituir e ao período ideal de realização[5].

Intervenções adequadas nestas situações, exigem dos profissionais de saúde, conhecimentos amplos, profundos e atualizados tanto aos níveis científicos como tecnológicos. Os Enfermeiros de Reabilitação têm a qualidade de vida das pessoas como questão central às suas intervenções e desenvolvem com os seus pares e pessoas alvo dos seus cuidados, um conjunto de estratégias que visam potenciar as capacidades de autocuidado e de realização das atividades de vida diária[9]. Assim, tendo por base nos pressupostos descritos emergiu a seguinte questão de investigação: Qual a eficácia a longo termo (após um ano) dos programas de reabilitação funcional do membro superior, iniciados no pós-operatório imediato (a partir do PO0 de pós-operatório até sexto mês após alta hospitalar), na mulher submetida mastectomia radical unilateral, na prevenção de co-morbilidades (dor, parestesias, diminuição de força, diminuição amplitude articular e linfedema)? Na sequência da questão enunciada, o objetivo central desta investigação consiste em avaliar a eficácia dos programas de reabilitação funcional do membro superior, iniciados no pós-operatório imediato, na mulher submetida a mastectomia radical unilateral, na prevenção de co-morbilidades.

Material y métodos

Atendendo à questão de investigação e respectivos objetivos, a presente revisão sistemática da literatura sem metanálise, sobre "*reabilitação precoce do membro superior na mulher mastetomizada*", visa identificar a evidência científica sobre esta temática, esperando-se ser um contributo para a clarificação e boas práticas dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação. Para a sua concretização, foram seguidas as linhas de orientação internacional *Cochrane Handbook*[1]. A questão de revisão foi definida com base no método PI[C]O. As participantes são mulheres submetidas a mastectomia radical unilateral e a pesquisa decorreu entre o mês de

Janeiro a Abril 2014, nas bases de dados; *PubMed* (*Public Medline*), *The Cochrane Library,* base de dados *PEDRO* (Evidências em Fisioterapia) e Repositórios Institucionais. Definiu-se como filtro cronológico 2004-2014, os descritores utilizados foram *"reabilitação", "neoplasia da mama", "membro superior", "mastectomia radical modificada" e "complicações pós-operatórias"* nos idiomas portugueses e inglês, com os operadores boleanos *OR* e *AND* e os critérios de inclusão e exclusão são os expressos na Tabela 1.

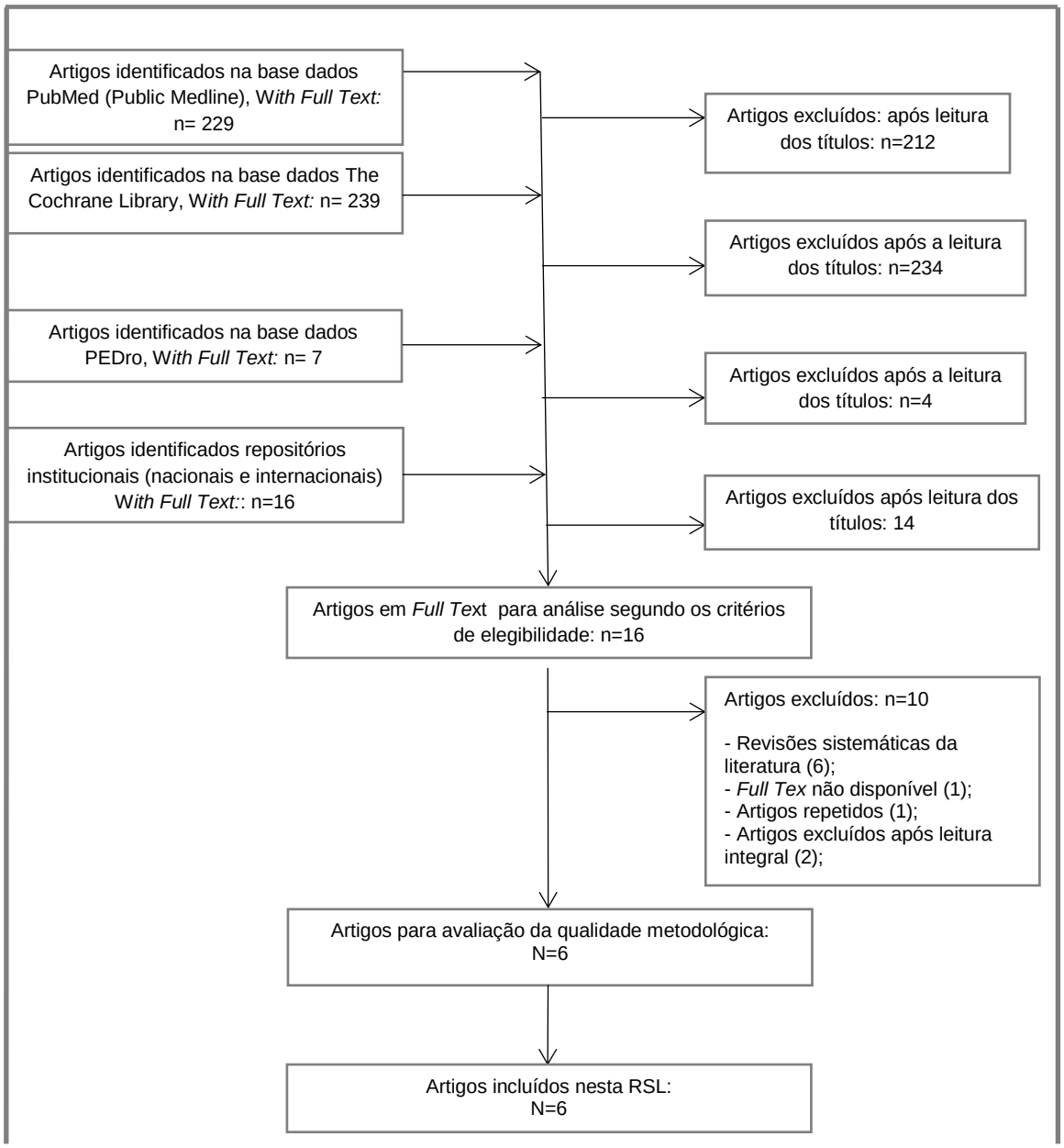
Tabela 1 – Critérios de seleção dos estudos primários

Critérios de selecção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
[P] Participantes	Mulheres com mastectomia radical modificada, entre 30 e os 65 anos.	Mulheres portadoras de cancro da mama, não sujeitas a cirurgia; Participantes de outras faixas etárias.
[I] Intervenção	Programas de reabilitação funcional do MS iniciados no pós-operatório imediato (a partir 1ºdia de pós-operatório até 6º mês após alta hospitalar); Mulheres que cumpriram programa de reabilitação após alta hospitalar.	Outros contextos que não a reabilitação da mulher mastetomizada.
[C] Comparações/contexto estudo	Programa de reabilitação MS com início pós-operatório imediato *vs* programas reabilitação MS com inicio apenas após alta hospitalar;	História anterior de disfunção do membro superior epsilateral à mastectomia; Ter iniciado processo de reconstrução mamária; História de disfunções neurológicas.
[O] Resultados	Prevalência de morbilidades no MS da mulher mastetomizada um ano após términos do programa de reabilitação.	Outros resultados relativos a intervenções reabilitação, noutras áreas que não no contexto da mulher mastetomizada.
Desenho	Estudos controlados randomizados; "Evaluation Studies"; "Follow-Up Studies"; "Validation Studies"; "Pre-post intervention study"	Revisões narrativas da literatura e RSL.

Num primeiro momento, uma lista contendo o título e o resumo dos 491 artigos filtrados foi submetida a uma avaliação crítica por dois revisores, de forma

independente, com base na relevância do tipo de estudo, dos participantes e das intervenções para a RSL em curso. Após seleção dos estudos por parte de cada revisor resultou por consenso, a exclusão de 475 artigos por não se relacionarem com a questão de investigação e a identificação de 16 artigos para análise integral do texto. Num segundo momento, os revisores procederam à leitura integral dos 16 artigos em texto completo e, à luz dos critérios definidos, foram excluídos 10 artigos: artigos não disponíveis em *full text* (1); revisões sistemáticas da literatura (6); artigos repetidos (1); artigos excluídos após leitura integral (2). Em resumo para o *corpus* deste estudo, resultaram 6 ensaios clínicos randomizados. De todos os estudos identificados através dos vários tipos de pesquisa utilizados e da utilização da metodologia referida anteriormente o processo de seleção dos estudos apresenta-se na figura seguinte.

Figura 1 – Processo de pesquisa e seleção dos estudos



Fonte: Adaptado de Joanna Briggs Institute[1]

A grelha utilizada para avaliação crítica dos 6 artigos foi a proposta por Carneiro[10] que apenas considera "estudos de qualidade" os que obtêm um score igual ou superior a 75%. Tendo em conta a pontuação obtida, 84% dos artigos apresenta elevada qualidade e apenas E16 apresenta uma pontuação de 65%.

Resultados

Da análise dos seis artigos do *corpus* deste relatório, os *outcomes* mais analisados e que se traduziram em resultados para avaliar a eficácia dos programas de reabilitação foram: Reabilitação precoce; Complicações no pós-operatório imediato; Capacidade funcional do MS; Dor e Linfedema.

Reabilitação Precoce

As evidências destes seis estudos sugerem benefícios estatisticamente (p=0,000) e clinicamente significativos para uma intervenção precoce, aplicada em ambiente hospitalar (desde o primeiro dia de pós-operatório) até aos 12 meses de *follow-up*. Existe evidência de que os programas de reabilitação precoce do MS são eficazes, no entanto nestes estudos destacou-se a variabilidade nas diferentes intervenções. É notória também uma diversidade de exercícios na literatura, o que não é surpreendente dada a falta de consenso sobre os exercícios "ideais" para esta população de doentes. Na reabilitação física destas mulheres não existem *trials* comparando e tentando padronizar os programas de exercícios, no entanto julgamos que a homogeneização de protocolos facilitaria a sua reprodutibilidade. Nos artigos encontrados, a grande maioria deu início aos exercícios a partir PO1/3 privilegiando exercícios: flexão e abdução do ombro a 90º, rotação interna e externa do ombro; elevação simultânea e relaxamento dos ombros, inclinações laterais do pescoço bem como rotações interna e externa da cabeça e alongamento dos músculos pescoço; elevação alternada dos ombros e rotação interna do ombro com abdução braço; abdução do braço a 90º com o cotovelo em flexão[7].

Complicações

As complicações mais frequentes no pós-operatório imediato relacionam-se com o aumento do volume de drenagem o que condiciona o tempo para a remoção dos drenos. Também situações de seroma e deiscência de suturas são identificadas, embora haja autores que defendem que estas condições clínicas estão não só relacionadas com mobilização precoce, mas também com (obesidade) com mais idade (superior a 55anos) e aumento de tempo na cicatrização eficaz (E12, E14); McNeely[11] diz-nos que se a opção for promover a funcionalidade do MS a curto prazo, em detrimento do aumento do volume drenado da ferida operatória (para evitar atraso na cicatrização e risco de infecção), há que iniciar reabilitação precoce logo após PO1. Se pelo contrário se pretende prevenir este aumento de volume drenado pode-se adiar a implementação dos exercícios pós-operatórios por aproximadamente uma semana.

Capacidade funcional do MS

Encontrámos também benefícios na capacidade funcional do MS com ganhos de amplitude no movimento de flexão, abdução, extensão e na rotação externa do MS (E1, E3, E5, E12); Os dados apontam para o estabelecimento de programas de exercícios efectivos que devem ser continuados após cirurgia, num período que se prolongue por 6 a 12 meses[11, 12]. A reabilitação do MS em mulheres submetidas a cirurgia por neoplasia, deve promover a recuperação total ou parcial da ADM. Alguns autores descrevem como aceitável um défice de 10% a 15% do valor considerado normal para cada movimento do MS, na recuperação da ADM, uma vez que esta diminuição não interfere na funcionalidade do MS para a realização das actividades de vida diária[5].

Dor

Apesar de na literatura a diminuição da dor estar largamente referenciada, no *corpus* deste estudo apenas Beurskens e colaboradores (E5) mostram que a reabilitação precoce diminui a dor, com uma redução de 3.4 pontos na escala visual analógica (EVA) no GI, em contraste com os 0.5 observados no GC ($p<0.001$).

Linfedema.

Sobre esta variável não foi encontrado consenso entre os autores. O estudo E16 refere que após os 12 meses de *follow-up*, o linfedema secundário desenvolveu-se quatro vezes mais rápido no GC (GI/GC, risco relativo 0.26, p=0.010), uma vez que o volume do braço afetado foi em média 5.1% superior ao do braço não afetado, enquanto no GI o aumento médio de volume foi de 1.6%. Contudo não foram encontradas evidências de que o exercício precoce após cirurgia resulte num aumento de linfedema do MS, pelo contrário previne o seu aparecimento ou quando já existe, reduz o seu volume (E3, E5, E14, E16). As opiniões convergem para uma reabilitação precoce, sempre conjugada com uma estratégia educacional, no sentido da prevenção e redução de linfedema secundário em pacientes após cirurgia do cancro da mama envolvendo esvaziamento ganglionar axilar, até um ano após a cirurgia.

Conclusão

As conclusões mais relevantes dos estudos analisados remetem-nos para a precocidade das intervenções e a sua inter-relação com outro *outcome* encontrado, a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas. De facto todos os estudos apresentam resultados benéficos face aos programas de exercícios estruturados e com acompanhamento. Estes concluem que um programa estruturado gera benefícios na capacidade funcional do MS e consequentemente na qualidade de vida, tanto a curto como a longo prazo.

Dos artigos analisados todos apresentam, (com relevâncias diversificadas) resultados benéficos aos níveis da reabilitação precoce, na prevenção de complicações sobretudo no pós-operatório imediato, ganhos na capacidade funcional do MS, no alívio da dor e na diminuição do linfedema e na prevenção/redução de co-morbilidades.

Não obstante constatamos, que não existem programas ideais ou singulares, mas a reabilitação precoce do MS, realizada por profissionais competentes, promove de facto uma melhor capacitação da pessoa para lidar com a doença e restabelece mais rapidamente a sua independências nas atividades de vida diária. Fundamental é também, a articulação entre os vários profissionais de saúde no meio hospitalar, para que este processo de transição se desenvolva de forma sistematizada, utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, em articulação com os cuidados de saúde primários, no sentido de dar acompanhamento e ir ao encontro das reais necessidades da mulher mastetomizada.

BIBLIOGRAFIA

1- Higgins, J., & Green, S. (2009). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions: Version 5.0.2. London. The Cochrane Collaboration [em linha]. Acedido em http:// www.cochrane-handbook.org.

2- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M. (2013) - Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; Available from: http://globocan.iarc.fr, accessed on day/month/year.

3-Liga Portuguesa contra o Cancro Liga Portuguesa contra o Cancro. Acedido em http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=182

4- Ferlay, I. Soerjomataram, R. Dikshit, S. Eser, C. Mathers, M. Rebelo, D.M. Parkin, D. Forman, F. Bray (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. International Journal of Cancer doi:10.1002/ijc.29210 PMID:25220842 Published online 9 October 2014.

5- Petito E.L., Nazário, A.C.P., Martinelli, S.E., Facina, G. & Gutiérrez, M.G. R. (2012). Aplicação de programa de exercícios domiciliares na reabilitação do ombro pós-cirurgia por câncer de mama. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 20 (1). Acedido em http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100006

6- Çinar, N., Seçkin, U., Keskin, D., Bodur, H., Bozkurt, B. & Cengiz, O. (2008). The Effectiveness of Early Rehabilitation in Patients With Modified Radical Mastectomy. Cancer Nursing, 31(2), 160-165. Acedido em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18490892

7- Rezende, L., Franco, R., Rezende, M., Beletti, P., Morais, S. & Gurgel, M. (2006). Two exercise schemes in postoperative breast cancer: comparison of effects on shoulder movement and lymphatic disturbance. Tumori, 92 (1), 55-61. doi: 10.1700/230.2687

8- Pinto e Silva, M., Derchain, S., Rezende, L., Cabello, C. & Martinez, E. (2004). Movimento do Ombro após Cirurgia por Carcinoma Invasor da Mama: Estudo Randomizado Prospetivo Controlado de Exercícios Livres versus Limitados a 90° no Pós-operatório. RBGO, 26 (2): 125-130.

9- Menoita, E.C., Sousa, L. M., Alvo, I. B. P.& Vieira, C.M. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos Para um Envelhecer Resiliente. Loures: Lusociência.

10- Carneiro, A.V. (2008) - Como avaliar a investigação clínica. O exemplo da avaliação crítica de um ensaio clínico. GE-J Port Gastrenterol, 15(1), 30-36. Acedido em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-81782008000100007&lng=pt&nrm=iso>.

11- McNeely, M. L., Binkley, J. M., Pusic, A. L., Campbell, K. L., Gabram, S. & Soballe, P. W. (2012). A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: Postoperative and postreconstructive issues. Cancer, 118, 2226 – 2236. Doi: 10.1002/cncr.27468.

12- Beurskens, C., van Uden, C., Strobbe, L., Ostendorp, R. & Wobbes, T. (2007). The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomized controlled study. BMC Cancer, 7:166 doi: 10.1186/1471-2407-7-166.