

# MASTECTOMIA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E IMPACTO NA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE PACIENTES PORTADORAS DE CARCINOMA DA MAMA

## MASTECTOMY: ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE AND IMPACT ON THE RANGE OF MOVEMENT OF PATIENTS WITH BREAST CARCINOMA

Juliana Aparecida Corrêa Tenório<sup>1</sup>, João Luis Quirino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Integração do Sertão – FIS, Serra Talhada-PE, Brasil.

### Resumo

O câncer de mama é um problema de saúde pública. No Brasil é o tipo câncer mais comum entre as mulheres. Os tratamentos cirúrgicos mais prevalentes consistem na remoção total ou parcial da mama. Neste contexto, podem surgir diversas complicações no ombro homolateral à cirurgia. O objetivo deste estudo foi avaliar as repercussões da mastectomia sobre a qualidade de vida e o impacto desta na amplitude de movimento de pacientes portadoras de carcinoma da mama. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de caráter quantitativo que foi realizado com mulheres atendidas no setor de oncologia do Hospital Memorial Arcoverde. Para a realização deste estudo foram coletadas as características sociodemográficas e clínicas dos prontuários das pacientes. A qualidade de vida foi mensurada pelo questionário SF-36. A avaliação da amplitude de movimento (ADM) foi obtida por meio de avaliação goniométrica. A média de idade das pacientes foi de 54,4 anos. Dentre as técnicas cirúrgicas utilizadas, prevaleceu a quadrantectomia (55,5%) e mastectomia radical (33,3%). Foi observado que a qualidade de vida de pacientes mastectomizadas foi afetada. Observou-se associação estatisticamente significativa entre a cirurgia e redução da ADM para flexão ( $p= 0.03$ ) e rotação externa ( $p= 0.01$ ). A maioria das pacientes apresentam idade acima dos 50 anos, são sobrepesas e obesas. A mastectomia radical e quadrantectomia são os tipos cirurgias mais frequentes. A qualidade de vida de pacientes mastectomizadas é afetada. A mastectomia impacta na redução da amplitude dos movimentos de flexão e a rotação externa.

**Palavras-chave:** Amplitude de Movimento. Câncer de mama. Qualidade de vida.

### Abstract

Breast cancer is a public health problem. In Brazil it is the most common type of cancer among women. The most prevalent surgical treatments consist of total or partial removal of the breast. In this context, several complications can arise in the shoulder ipsilateral to the surgery. The aim of this study was to evaluate the impact of mastectomy on quality of life and its impact on the range of motion of patients with breast cancer. This is a cross-sectional, descriptive, quantitative study carried out with women assisted in the oncology sector of the Hospital Memorial Arcoverde, located in the city of Arcoverde-PE. To carry out this study, sociodemographic and clinical characteristics were collected. The range of motion (ROM) assessment was obtained by consulting the participants' medical records and physical examination, the quality of life was measured using the SF-36 questionnaire. The mean age of patients was 54.4 years. Among the surgical techniques used, quadrantectomy (55.5%) and radical mastectomy (33.3%) prevailed. It was observed that the quality of life of mastectomized patients was affected. There was a statistically significant association between surgery and ROM reduction for flexion ( $p= 0.03$ ) and external rotation ( $p= 0.01$ ). Radical mastectomy and quadrantectomy are the most common types of surgeries. The quality of life of mastectomized patients is affected. Mastectomy has an impact on reducing the range of flexion movement and external rotation.

**Keywords:** Range of Motion. Breast cancer. Quality of life.

## Introdução

O câncer de mama é um problema de saúde pública em decorrência de sua alta incidência e mortalidade. É uma afecção muito temida na população entre as mulheres, pois essa neoplasia tem um estigma negativo relacionado ao seu diagnóstico, trazendo problemas que repercutem na auto imagem da mulher e na qualidade de vida (ALBUQUERQUE et al, 2013; INCA, 2021).

Vários fatores estão associados ao câncer de mama e dentre eles podemos citar a idade elevada, mutações nos genes BRCA1 e BRCA2, histórico familiar, menarca precoce e menopausa tardia. Outros fatores incluem: obesidade, alcoolismo, tabagismo, e exposição a raios ionizantes (INCA, 2021; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Dependendo do estágio clínico no momento do diagnóstico diversos recursos terapêuticos são utilizados. Assim, a cirurgia, radioterapia, quimioterapia e terapia hormonal são as modalidades mais utilizadas. E a avaliação individual e cuidadosa de cada paciente é fundamental para aumentar as chances cura. Nesse contexto, o tratamento mais usado para o carcinoma da mama é o cirúrgico. Sendo esse considerado um dos mais seguros atualmente. Porém, essa modalidade terapêutica pode acarretar alterações no ombro homolateral a cirurgia como: redução da amplitude de movimento (ADM), linfedema, entre outras (ALBUQUERQUE et al, 2013).

A fisioterapia pode ser uma ferramenta valiosa no tratamento do câncer de mama. Diversas técnicas podem ser utilizadas para recuperar a atividade cinético-funcional do membro acometido. Atualmente as principais técnicas utilizadas têm sido a drenagem linfática e cinesioterapia (BARBOSA et al, 2013).

Devido ao elevado número de casos de carcinoma da mama e os inevitáveis transtornos físicos e psicológicos causados pela mastectomia na vida das pacientes submetidas essa modalidade de tratamento, esse estudo tem o objetivo de avaliar as repercussões da mastectomia sobre a qualidade de vida e o impacto desta na amplitude de movimento de pacientes portadoras de carcinoma da mama.

## Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de caráter quantitativo. Realizado no setor de oncologia do Hospital Memorial Arcoverde. A amostra foi concluída por 9 participantes que no momento da coleta encontravam-se em atendimento no hospital.

Foram excluídas mulheres que apresentavam infecção no membro superior, com incapacidade de responder as perguntas, as que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido –TCLE e mulheres que se opuseram a realizar a avaliação física ou se negarem a participar do estudo.

A avaliação da qualidade de vida foi realizada através da aplicação do questionário S-F36, *Short-Form Health Survey*. O qual é composto 11 questões com escores de 1 a 5 cada. Para tanto, as pacientes responderam ao questionário no consultório médico após a consulta de monitoramento clínico. Cada participante foi dado um tempo 30 minutos para responder. Os valores dos escores foram distribuídos em uma escala de 0 a 100. Onde zero corresponde a uma pior qualidade de vida e 100 a uma melhor qualidade de vida. A avaliação de cada dimensão foi analisada separadamente (CICONELLI et al 1999).

A análise da amplitude de movimento de ombro (ADM) homolateral e contralateral a cirurgia foi realizada através da avaliação goniométrica. Foram avaliados os movimentos de flexão, extensão, abdução e adução horizontal bilateralmente em posição ortostática.

Durante a avaliação, os movimentos de rotação interna e externa dos ombros foram tomadas bilateralmente em posição de decúbito dorsal observando-se as posturas compensatórias. Para determinar a presença de alterações de ADM foi considerada uma diferença mínima de 20° de amplitude entre o membro homolateral e contralateral à cirurgia (ALBUQUERQUE et al, 2013). Todos os procedimentos de coleta de dados supracitados foram

realizados no consultório médico na presença do mastologista após a consulta de monitoramento clínico.

Na análise dos resultados foi aplicado o teste *Kolmogorov-Smirnov-Z* para verificar se a amostra estudada era advinda de uma população com distribuição normal ou não normal. Foi aplicado também o *Teste U*, de *Mann-Whitney*, na análise das variáveis das amplitudes, considerando significantes diferenças com  $p < 0,05$  (LOPES et al, 2009).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Integração do Sertão e aprovado sob o parecer nº 3.016.964.

## Resultados e Discussão

Os dados referentes a caracterização sociodemográfica e clínica da mostra encontram-se apresentados na tabela 1.

**Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas, clínicas e relacionadas aos tratamentos.**

Variáveis	Categoria	n (09)	%
<b>Idade</b>	≤50	2	22,2
	>50	7	77,8
<b>Profissão</b>	Do lar	2	22,2
	Fora do Lar	7	77,8
<b>IMC</b>	Eutrofia (≤ 24,9 Kg/m <sup>2</sup> )	1	11,2
	Sobrepeso (≥ 25 e ≤ 29,9Kg/m <sup>2</sup> )	4	44,4
	Obesidade (≥30 Kg/m <sup>2</sup> )	4	44,4
<b>HAS</b>	Sim	4	44,4
	Não	5	55,6
<b>Diabetes Mellitus</b>	Sim	0	0
	Não	9	100
<b>Lado da cirurgia</b>	Direito	8	88,8
	Esquerdo	1	11,2
<b>Linfadenectomia axilar</b>	Sim	3	33,3
	Não	6	66,6
	Mastectomia radical	3	33,3
<b>Tipos de Cirurgia</b>	Quadrantectomia	5	55,5
	Serectomia/Tumorectomia	1	11,2
<b>Radioterapia</b>	Sim	5	55,5
	Não	4	44,5
<b>Quimioterapia</b>	Sim	8	88,8
	Não	1	11,2
<b>Hormonioterapia</b>	Sim	8	88,8
	Não	1	11,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A idade média das participantes do estudo foi de 54,4 anos, variando de 42 a 65 anos. O aumento da idade é um dos fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento do câncer de mama, sendo mais comum em mulheres na perimenopausa (BELEZA et al., 2016). No presente estudo a maioria das pacientes 77,8% (7/9) tinham idade maior do que 50 anos ao diagnóstico. Estes dados corroboram com as estatísticas sobre a doença, os quais relatam diagnóstico inicial compreendido na faixa etária aproximada apresentada neste estudo (INCA, 2021).

Em relação ao IMC foi observado que a maioria das pacientes, 88,8% (7/9), apresentavam-se sobrepesas ou obesas ( $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$ ). Tal fato torna-se preocupante. Pois estudos têm demonstrado que o sobrepeso e a obesidade configuram como fatores prognósticos desfavoráveis em pacientes com câncer de mama, influenciando no surgimento de recidiva, sobrevida livre de doença reduzida, aumento da taxa de mortalidade e risco aumentado de câncer contralateral (JERÔNIMO, 2013; PAPA et al., 2013; BELEZA et al., 2016; YAZICI et al., 2015).

As modalidades cirúrgicas mais utilizadas nas pacientes para este estudo foram quadrantectomia, realizada em 55,5% (5/9) das pacientes, seguida pela mastectomia radical 33,3% (3/9). Com relação ao tratamento coadjuvante, 55,5% (5/9) realizaram radioterapia, 88,8% (8/9) foram submetidas a quimioterapia e apenas 11,2% (1/9) fez uso de hormonioterapia (tabela 1).

O esquema terapêutico para o câncer de mama envolve uma abordagem multivariada que inclui cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Na maioria dos casos, dois ou mais métodos estão associados. Neste âmbito, os procedimentos cirúrgicos variam desde a tumorectomia até a mastectomia radical, associada ou não a linfadenectomia axilar. Ainda que as técnicas cirúrgicas tenham sofrido grandes evoluções, continuam acarretando complicações a curto ou longo prazo como: deiscências e aderências cicatriciais, restrição da amplitude de movimento do ombro, redução da força muscular, linfedema, alterações da sensibilidade local, dor no ombro e/ou braço e alterações na postura do corpo (SILVA et al., 2013; BARBOSA et al., 2013; ALBUQUERQUE et al, 2013; FERREIRA; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2014).

A radioterapia pós-tratamento cirúrgico também está relacionada a repercussões que ocasionarão redução na qualidade de vida das pacientes, pois esse recurso terapêutico além de destruir as células cancerosas, ocasiona deteriorações vasculares que podem progredir para aderência e fibrose entre a pele e os tecidos musculares da parede do tórax, ombro e cavidade supraclavicular e axilar. Dessa forma, assim como o procedimento cirúrgico, este pode provocar o surgimento do linfedema, repercussões na mobilidade do ombro, algia, fadiga e rigidez (LEAL; OLIVEIRA; CARRARA, 2016).

A análise da qualidade de vida através do SF-36 mostrou que de modo geral as pacientes apresentavam uma qualidade de vida razoável. Com a maior parte dos domínios apresentando valores acima de 50 pontos. Os domínios que apontam melhor percepção de qualidade de vida foram "Aspectos Sociais" e "Saúde Mental". No entanto foi demonstrado nos domínios "Limitação por Aspectos Físicos" e "Limitação por Aspectos Emocionais os valores foram consideravelmente reduzidos (tabela 2).

Complicações funcionais e físicas podem ocorrer em consequência do tratamento para o câncer de mama tanto na abordagem cirúrgica radical quanto na conservadora, ressaltando-se alterações da sensibilidade local, linfedema, dor na cicatriz e no membro homolateral ao procedimento, redução de força e alterações na postura corporal na ADM no ombro homolateral. Tais complicações afetam a curto e longo prazo as atividades de vida diária (AVD's), o desempenho profissional, a habilidade para realizar tarefas. Impactando os aspectos sociais e psicológicos das pacientes, influenciando a auto-estima e qualidade de vida (GOUVEIA et al, 2008; BARBOSA et al, 2013; DIAS et al. 2017).

**Tabela 2 - Domínios avaliados quanto à qualidade de vida.**

Domínios	n	Média	Desvio padrão
Capacidade funcional	9	51,11	23,15
Limitação por aspectos físicos	9	25,00	37,50
Dor	9	69,33	18,71
Estado geral de saúde	9	62,11	12,46
Vitalidade	9	67,78	23,73
Aspectos sociais	9	80,55	15,45
Limitação por aspectos emocionais	9	33,33	50,00
Saúde mental	9	80,89	15,85

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A avaliação funcional referente à amplitude de movimento do ombro homolateral e contralateral à cirurgia mostrou que as pacientes apresentaram redução estatisticamente significativa para os movimentos de flexão ( $p=0,03$ ) e rotação externa ( $p=0,01$ ). Contudo, para os movimentos extensão, adução horizontal, abdução e rotação interna não houve diferenças estatisticamente significantes (tabela 3).

**Tabela 3 - Comparação das amplitudes de movimentos, expressas em graus, dos ombros homolateral e contralateral à cirurgia (n=9).**

Variáveis	Ombro Homolateral Md (IC95%)	Ombro Contralateral Md (IC95%)	Valor de Z	p
Flexão	150 (130,02-156,65)	160 (139,05-174,28)	2,14	<b>0,03*</b>
Extensão	40 (31,58-41,75)	40 (34,96-43,93)	1,51	0,13
Adução Horizontal	10 (8,78-22,33)	20 (14,74-31,93)	1,64	0,10
Abdução	140 (112,33-156,56)	140 (131,78-161,55)	0,76	0,44
Rotação Interna	60 (41,15-82,18)	70 (42,28-84,38)	0,09	0,92
Rotação Externa	60 (53,34-66,66)	80 (68,07-85,26)	2,71	<b>0,01*</b>

\* $p<0,05$ ; Md: mediana; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Diversas causas podem determinar disfunção articular e influenciar a realização de movimentos no ombro ipsilateral à cirurgia em pacientes submetidos à mastectomia. E isso pode acarretar disfunções da articulação glenoumeral, principalmente quando associado à radioterapia, ocasionando repercussões ainda mais consideráveis quando a fossa axilar também recebe radiação, podendo levar a fibrose com decorrente tensão muscular e limitação da ADM. O tipo de cirurgia e sua combinação com a dissecação axilar por sua vez, frequentemente causam redução da ADM e força muscular, e possível desenvolvimento do linfedema (LOPES, et al., 2009; JERÔNIMO, 2013).

Os movimentos de flexão e rotação externa foram os mais afetados, inicialmente por medo das pacientes de deiscência cicatricial e posteriormente pelos fatores supracitados. No entanto, o principal fator concomitante a limitação é a alteração da cavidade axilar após a

linfadenectomia, quando são removidas estruturas do local alterando a serosidade da região e consequentemente a biomecânica da função articular (BREGAGNOL; DIAS, 2010).

Corroborando com os achados desse estudo, Albuquerque et al (2013) relataram ter encontrado diferenças significativas quando compararam os membros homolateral e contralateral ao procedimento para os movimentos de flexão, extensão e abdução, sendo os mais prejudicados a abdução e a flexão.

Haddad et al (2013), observaram redução dos movimentos de flexão, abdução e rotação externa. Ratificando tais achados, Gouveia et al (2008), afirmaram que todos a flexão e abdução do ombro obtiveram resultados significativos.

Bregagnol e Dias (2010), observaram reduções dos movimentos de flexão e abdução do ombro homolateral e contralateral à cirurgia do momento pré ao pós-operatório imediato. No entanto, essas medidas permaneceram reduzidas apenas no lado homolateral após 30 dias do procedimento. Esse fato pode ser explicado devido a dor, cicatriz cirúrgica e/ou receio quanto a movimentar o lado ipsilateral ao procedimento, acarretando também redução dos movimentos no lado contralateral.

## Conclusão

A maioria das pacientes diagnósticas com câncer de mama apresentam idade acima dos cinquenta anos. São sobrepesas e obesas. A mastectomia radical e quadrantectomia são as modalidades de tratamento cirúrgico mais frequentes.

A qualidade de vida de pacientes mastectomizadas foi afetada em especial para as dimensões limitações por aspectos físicos e limitações por aspectos emocionais

A mastectomia impacta na redução na amplitude do movimento articular do ombro homolateral a cirurgia. Assim, a amplitude dos movimentos de flexão e a rotação externa estão reduzidas nas pacientes.

Sugere-se a realização de estudos mais amplos, com maior amostra e em diferentes períodos do tratamento, com a finalidade de descrever melhor as limitações decorrentes da mastectomia.

## Referências

ALBUQUERQUE, V. T. et al. Funcionalidade de membros superiores em mulheres após cirurgia para câncer de mama [monografia]. **Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás**, 2013.

BARBOSA, Juliana de Assis Novais et al. Avaliação da postura corporal em mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, p. 215-220, 2013.

DE SOUZA LOPES, Lílian et al. Avaliação do complexo do ombro em mulheres submetidas à intervenção cirúrgica para tratamento de câncer de mama. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 13, n. 2, 2009.

DIAS, Mirella et al. Implicações das cirurgias de câncer de mama nas atividades profissionais/Breast cancer surgery effect over professional activities. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 2, p. 325-332, 2017.

GOUVEIA, Priscila Fernandes et al. Avaliação da amplitude de movimento e força da cintura escapular em pacientes de pós-operatório tardio de mastectomia radical modificada. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, p. 172-176, 2008.

GRAPIUNA, Raquel Sena Pontes et al. A INTERFERÊNCIA DA OBESIDADE NO SURGIMENTO DO CÂNCER DE MAMA. **Anais do Seminário Científico do UNIFACIG**, n. 3, 2018.

INCA-INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 20 de setembro de 2021.

LEAL, Nara Fernanda Braz da Silva; OLIVEIRA, Harley Francisco de; CARRARA, Hélio Humberto Angotti. Fisioterapia supervisionada nas mulheres em radioterapia para o câncer de mama. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. IMC em adultos. Brasília: 2021. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/804-imc/40509-imc-em-adultos>>. Acesso em: 18 de Outubro de 2021..

Recebido: 04/11/2022

Aprovado: 14/12/2022