

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
REABILITAÇÃO**

Alessandra Tessaro

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E A
PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DA REDE
AXILAR EM MULHERES COM CÂNCER DE
MAMA TRATADAS EM UM HOSPITAL
REGIONAL DO RS: COORTE
RETROSPECTIVA**

**Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre**

Porto Alegre

2019

Alessandra Tessaro

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E A
PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DA REDE
AXILAR EM MULHERES COM CÂNCER DE
MAMA TRATADAS EM UM HOSPITAL
REGIONAL DO RS: COORTE
RETROSPECTIVA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestra.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Della
Méia Plentz

Porto Alegre

2019

Catálogo na

Tessaro, Alessandra

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E A PREVALÊNCIA DA SÍNDROME
DA REDE AXILAR EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA
TRATADAS EM UM HOSPITAL REGIONAL DO RS: COORTE
RETROSPECTIVA /

Alessandra Tessaro. -- 2019.

56 p. : graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade
Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre,
Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, 2019.

Orientador(a): Rodrigo Della Múa Plentz.

1. Perfil Epidemiológico. 2. Câncer de Mama. 3.

Publicação

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E A PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DA REDE AXILAR
EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA TRATADAS EM UM HOSPITAL
REGIONAL DO RS: COORTE RETROSPECTIVA

BANCA AVALIADORA

Dr. Fabricio Macagnan
Departamento de Reabilitação
UFCSPA

Dr. Felipe Zerwes
Departamento de Mastologia
PUCRS

Dra. Larissa Campanholi
Departamento de Fisioterapia
ISPON-PR

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família e aos amigos, colegas e a todas as pacientes que fizeram parte do desenvolvimento deste trabalho. Obrigada pelo apoio e auxílio de todos vocês em minha caminhada acadêmica, mas, principalmente, na vida!

*L'esperienza mi há insegnato che
l'uomo quando desidera raggiungere
un traguardo, trova dentro di sé
risorse impensabili.*

Prof. Umberto Veronesi

RESUMO

O câncer de mama é a neoplasia maligna que mais acomete o sexo feminino em todo mundo, após o câncer de pele não melanoma. O Rio Grande do Sul é um dos primeiros no ranking de número de casos. Sabe-se que o câncer de mama se caracteriza por uma doença heterogênea e os seus fatores de risco são conhecidos. Após o diagnóstico e o início do tratamento, as pacientes precisam adaptar-se diante da nova condição, principalmente com as possíveis complicações no pós-operatório, como a síndrome da rede axilar (SRA). Portanto, pode-se afirmar que a funcionalidade do membro superior de mulheres com câncer de mama sofre alterações. A literatura ainda é pouco desenvolvida sobre a SRA em pacientes com câncer de mama. Assim, foi realizado um estudo de coorte retrospectiva com pacientes de câncer mama que foram submetidas ao tratamento no Núcleo Mama do Hospital Moinhos de Vento, localizado em Porto Alegre – RS, no período de 2013 a 2018. Foram analisadas 128 mulheres, em dois grupos independentes definidos pela presença ou não da SRA, com idades variando entre 29 e 80 anos, com o objetivo de avaliar a prevalência dos cordões linfáticos e o perfil epidemiológico desta amostra em cinco anos, entre o diagnóstico, tratamento e o seguimento do câncer de mama. Estes dados podem oferecer elementos úteis ao planejamento de medidas visando à melhora e à promoção do bem-estar físico e emocional das mulheres acometidas pelo câncer de mama.

Palavras-chave: Câncer de mama; Perfil epidemiológico; Síndrome da rede axilar; Fisioterapia.

ABSTRACT

Breast cancer is the most common malignant neoplasm worldwide after non melanoma skin cancer. Rio Grande do Sul is one of the first in the number of cases. It is known that breast cancer is characterized by a heterogeneous disease and its risk factors are known. After diagnosis and initiation of treatment, patients need to adapt to the new condition, especially with postoperative complications such as axillary web syndrome (AWS). Therefore, it can be said that the functionality of the upper limb of women with breast cancer undergoes changes. The literature is still poorly developed on AWS in breast cancer patients. Thus, a retrospective cohort study was carried out with breast cancer patients who underwent treatment at the Breast Center of Moinhos de Vento Hospital, located in Porto Alegre, RS, from 2013 to 2018. A total of 128 women were analyzed in two groups independent of the presence or absence of AWS, aged between 29 and 80 years, with the objective of evaluating the prevalence of lymphatic cords and the epidemiological profile of this sample in five years, between diagnosis, treatment and follow-up of breast cancer. These data can provide useful elements for the planning of measures aimed at improving and promoting the physical and emotional well-being of women affected by breast cancer.

Key words: Breast cancer; Axillary web syndrome; Epidemiology; Physiotherapy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADM	Amplitude de Movimento
ALND	Axillary Lymphadenectomy
AWS	Axillary Web Syndrome
BLS	Biópsia do Linfonodo Sentinela
CM	Câncer de Mama
EA	Esvaziamento Axilar
IARC	International Agency for Research on Cancer (Agência Internacional de Pesquisa em Câncer)
IMC	Índice de Massa Corpórea
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MMSS	Membros Superiores
MS	Ministério da Saúde
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NMM	Núcleo Mama Moinhos
OMS	Organização Mundial da Saúde
QT	Quimioterapia
QV	Qualidade de Vida
ROM	Range of Motion
RT	Radioterapia
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia
SLNB	Sentinel Lymph Node Biopsy
SRA	Síndrome da Rede Axilar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 CÂNCER DE MAMA.....	11
2.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	18
2.2.1 Síndrome da rede axilar.....	20
2.2.1.1 Repercussões físicas e funcionais.....	23
3 OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GERAL.....	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4 REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA	27
5 ARTIGO	34
6 CONCLUSÃO GERAL	46
APÊNDICES	47
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	47
APÊNDICE B - Avaliação fisioterapêutica	49
ANEXOS	52
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP	52

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama (CM) é a segunda causa mais comum de câncer no mundo, seguido pelo câncer de pulmão. É a doença que mais acomete as mulheres, sendo caracterizada pela multiplicação desordenada de células da mama. Em 2018, houve a ocorrência de cerca de dois milhões de novos casos no mundo, destes, 59.700 são no Brasil, com uma taxa de mortalidade associada a 14% (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018). Entretanto, existem diferenças geográficas na sua distribuição, as maiores taxas de incidência foram relatadas na América do Norte, Austrália, Nova Zelândia, bem como na Europa quando comparadas com países da África, Ásia Oriental e América Latina (MAKDISSI et al., 2019).

Essas diferenças, provavelmente, estão relacionadas às mudanças na sociedade como resultado da industrialização, como o aumento na ingestão de gordura, peso corporal, idade da menarca e padrões reprodutivos, com menos gestações e primeiro parto tardios (BONNIE, 2019).

As taxas de sobrevivência na população da América do Norte no período de cinco anos foi de aproximadamente 90%, enquanto no Brasil foi de 75% para o mesmo período de tempo. No entanto, os resultados brasileiros foram realizados em registros de câncer de base populacional e, portanto, os resultados reais de sobrevida podem ter sido subestimados (MAKDISSI et al, 2019).

O tratamento para o câncer de mama pode contemplar cirurgias radicais, como a mastectomia, ou conservadoras, como a setorectomia, ambas com abordagem axilar, indispensável para definir o prognóstico da doença. A radioterapia é importante para o controle local, e a quimioterapia, a hormonioterapia e os anticorpos monoclonais para o tratamento sistêmico. Embora as técnicas cirúrgicas estejam mais conservadoras, ainda existe risco de complicações, sendo estas proporcionais ao tamanho da intervenção cirúrgica (BRASIL, 2018).

Segundo Giuliano et al. (2011), a morbidade cirúrgica do linfonodo sentinela *versus* linfadenectomia apresenta-se na ordem de 25% contra 70%, e dentre elas estão o linfedema e a síndrome da rede axilar (SRA). Os tipos de morbidade pós-operatória mais comuns são: dor, parestesia, linfedema,

diminuição da ADM, SRA, infecção pós-operatória e seroma, afetando a funcionalidade dos membros superiores envolvidos e, conseqüentemente, a capacidade de realizar atividades de vida diária (HELMS et al., 2009). A SRA é uma complicação frequente no pós-operatório de câncer de mama, caracterizada por limitação de movimento do membro superior homolateral à cirurgia e por dor intensa, referida pelas próprias pacientes (REZENDE; CAMPANHOLI; TESSARO, 2018).

Mediante o aumento de novos casos diagnosticados, bem como o aumento da sobrevida após a doença, torna-se essencial que o câncer de mama seja abordado por uma equipe multidisciplinar, visando o tratamento integral da paciente, minimizando as morbidades físico-funcionais. Portanto, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil epidemiológico e a prevalência da SRA em mulheres tratadas no Núcleo Mama do Hospital Moinhos de Vento, localizado na cidade de Porto Alegre no Rio Grande do Sul.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo descreve-se a contextualização dos assuntos abordados na pesquisa.

2.1 CÂNCER DE MAMA

Segundo a IARC (2018), os casos de câncer têm crescido consideravelmente em todo o mundo, predominantemente a partir do século XX. Atualmente, configuram-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, o que representa em torno de 12% de todas as causas de morte no mundo. Foram estimados 11,6 milhões de novos casos de câncer de mama em 2018 no mundo.

No que tange às mulheres, o câncer de mama é o que mais acomete essa população mundialmente, seja em países em desenvolvimento ou em países desenvolvidos (INSTITUTO ONCOGUIA, 2018) e é o segundo tipo mais comum na população do Brasil (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005). As taxas anuais mais elevadas da incidência de câncer de mama no país, ajustadas por idade e por 100 mil mulheres, foram encontradas em São Paulo, Distrito Federal e Porto Alegre (FORMAN et al, 2014). Além disso, segundo o Instituto Nacional de Câncer (2018), estima-se que, neste último biênio, sejam diagnosticados em média 59.700 novos casos de câncer de mama a cada ano no Brasil, sendo um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) define nas suas Diretrizes alguns fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, dentre os estabelecidos, estão os relacionados à vida reprodutiva da mulher, como a menarca precoce, a nuliparidade, a primeira gestação acima dos 30 anos, o uso de estrógenos exógenos e a menopausa tardia. Entretanto, o fator idade continua sendo um dos mais importantes, pois a incidência do câncer de mama aumenta rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, o mesmo ocorre de forma mais lenta. Também podem ser citados como fatores desencadeantes para a doença o consumo de álcool, e fatores hereditários (TIEZZI, 2009).

A conduta quanto aos riscos de as mulheres desenvolverem câncer de mama está contemplada nas diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), para a detecção precoce (rastreamento e diagnóstico) com algumas estratégias adotadas: o rastreamento mamográfico entre mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos, e a conscientização sobre os sinais e sintomas suspeitos e encaminhamento para serviço de diagnóstico de câncer mamário.

Apesar de o câncer de mama ser considerado uma doença, em geral, de bom prognóstico quando diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade pela doença seguem elevadas no Brasil, pois, em muitos casos, a doença é diagnosticada em estágios avançados (INSTITUTO ONCOGUIA, 2018).

Segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia (2019), o câncer de mama hereditário corresponde a cerca de 5% a 10% dos casos, ou seja, quando existem parentes de primeiro grau com a doença. Portanto, 90% dos casos de câncer de mama não têm origem hereditária. As mutações genéticas podem ser determinadas por diversos fatores, entre eles: exposição a hormônios (estrogênios), irradiação na parede torácica para tratamento de linfomas, excesso de peso, ausência de atividade física, excesso de ingestão de gordura saturada e álcool.

Estudos observacionais demonstram que modificações na dieta e na atividade física podem contribuir para o aumento da incidência do câncer de mama em todo o mundo, devido a mudanças no estilo de vida da população nas últimas décadas, relacionados à urbanização da sociedade, às condições socioeconômicas, e à diminuição da prática de atividade física, principalmente na população urbana, que resulta em aumento na taxa de obesidade (TIEZZI, 2009).

Os métodos de diagnóstico da doença são a mamografia e o exame clínico, além da ultrassonografia, ressonância magnética, exames de sangue, raio-X, cintilografia óssea, biópsia, exames cito e histopatológicos. Porém, mesmo com todos esses métodos, acredita-se que somente com maior investimento em saúde pública, maior acessibilidade à população e ofertando mais programas educacionais em saúde, consiga-se diagnosticar o câncer de mama precocemente (BERNARDES et al, 2019). O diagnóstico do câncer de

mama deve estar ancorado no exame clínico, exame de imagem e na análise histopatológica (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018).

A American Cancer Society (2017) recomenda o rastreamento no contexto de maximizar as reduções na mortalidade por câncer de mama. Sabe-se que a detecção precoce está associada à redução da morbidade e mortalidade pela doença. Assim, o diagnóstico precoce é de suma importância para reduzir as taxas de mortalidade e intervir nos fatores que influenciam a detecção é fundamental, como: acessibilidade ao serviço de saúde, cobertura mamográfica e qualidade dos profissionais da saúde (SOUSA et al., 2018).

A mamografia diagnóstica é a radiografia das mamas feita por um equipamento de raio X chamado mamógrafo que tem por finalidade investigar lesões suspeitas da mama. O exame pode ser solicitado em qualquer idade, a critério médico (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018). Este exame é capaz de identificar alterações suspeitas de câncer, antes do surgimento dos sintomas físicos, ou seja, antes que seja palpada qualquer alteração nas mamas. As mulheres que fazem mamografias regulares, se diagnosticadas, são menos propensas a necessitar de tratamento agressivo e mais propensas à cura (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Segundo The American Society of Breast Surgeons (2018), mulheres com mais de 25 anos de idade devem ser submetidas a avaliação formal de risco para câncer de mama. Mulheres com um risco médio de câncer de mama devem iniciar exames anuais de mamografia aos 40 anos; as que possuem um risco maior que a média devem ser submetidas anualmente à mamografia. A mamografia de rastreamento deve cessar quando a expectativa de vida for menor que 10 anos.

A Comissão Nacional de Mamografia e Defesa Profissional (2018), do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, relata que o exame de ultrassonografia é útil para observar algumas alterações palpáveis da mama (geralmente nódulos e assimetrias), assim como, para o rastreamento complementar à mamografia no grupo de mulheres com as mamas densas. Também, pode ser usado em biópsia por agulhamento tanto na mama, como por punção aspirativa com agulha fina (PAAF) indicada na avaliação do linfonodo axilar. O ultrassom é amplamente disponível, fácil de ser usado e não

expõe a pessoa à radiação, além disso, custa menos do que muitas outras opções (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

O autoexame das mamas surgiu na década de 50 nos Estados Unidos como estratégia para diminuir o diagnóstico de tumores de mama em fase avançada. Ao final dos anos 90, ensaios clínicos mostraram que o autoexame não reduzia a mortalidade pelo câncer de mama. A orientação passou a ser que a mulher realize a autopalpação mamária, familiarizando-se com a aparência normal de seus seios e relatando imediatamente qualquer alteração a um profissional de saúde (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018). Há poucas evidências de que esse teste auxilie a encontrar o câncer de mama precocemente quando as mulheres também fazem mamografias de rastreamento. Na maioria das vezes, quando o câncer de mama é detectado devido a sintomas, como um nódulo, a mulher o descobre durante as atividades habituais, como tomar banho ou se vestir (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Outro exame diagnóstico é a ressonância magnética (RM) da mama, na qual se utilizam campos magnéticos para criar uma imagem. A RM faz parte do rastreamento de mulheres com risco acima da média, como aquelas com mutação do gene BRCA1 e 2. Não é recomendado para triagem de mulheres em risco médio. Outras ferramentas estão em estudo, porém, mais pesquisas são necessárias para saber se elas podem desempenhar um papel no rastreamento do câncer de mama para todas as mulheres ou certos grupos de risco (SUSAN KOMAN FOUNDATION, 2018). Recomenda-se a triagem anual com mamografia mais ressonância magnética de mama para mulheres com alto risco, ou seja, mulheres com mutação BRCA1 ou BRCA2, parentes de primeiro grau mutadas ou com diagnóstico Li-Fraumeni, síndrome de Cowden/PTEN, entre outros (URBAN et al., 2017).

Segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia (2019), o câncer de mama consiste em um tumor maligno que se desenvolve a partir de células da mama. Geralmente, inicia nas células epiteliais que revestem a camada mais interna do ducto mamário. Durante mais de 50 anos, o câncer de mama foi considerado uma doença heterogênea, entretanto, com o avanço da análise molecular e do sequenciamento genético, tornou-se possível descrever a diversidade dos tumores de mama (BERNARD; BOEKE; TAMIMI, 2015). Eles

são divididos entre invasivos e não invasivos, dependendo da sua localização (AKRAM et al., 2017).

As classificações atuais do câncer de mama dividem-se em subtipos, como, luminal A, luminal B, superexpressão de HER2 e triplo negativo, entretanto, os subtipos não se limitam a estes. A definição desses subtipos normalmente é realizada através do resultado da imunohistoquímica, que busca marcadores para receptores de estrogênio, progesterona e HER2. Métodos de classificação tumoral mais recentes consideram marcadores de proliferação e agressividade tumoral, como a classificação histológica ou status Ki-67 para diferenciar os subtipos luminal A e B (BERNARD; BOEKE; TAMIMI, 2015).

O estadiamento do câncer de mama tem papel fundamental, é o ponto de referência da padronização e da definição do prognóstico da mesma. Os fatores prognósticos avaliam o risco de recidivas, baseado na biologia tumoral e no estágio da doença ao diagnóstico (FRASSON et al., 2017). Quando diagnosticada inicialmente, o tratamento tem maior potencial curativo, e um bom prognóstico pode evitar a terapia adjuvante desnecessária, diferentemente de diagnósticos mais tardios e com evidências de metástases. As modalidades de tratamento do câncer de mama podem ser divididas em tratamento local e tratamento sistêmico, ambos têm por objetivo principal prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida do paciente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018).

Em uma revisão sistemática, Gu et al (2018) tentaram identificar os fatores que influenciam a escolha de uma paciente na decisão entre a mastectomia e a cirurgia conservadora da mama. Múltiplos fatores foram analisados, como o estágio da doença, tamanho do tumor, linfonodo, status do receptor de hormônio, grau, histologia e presença de invasão linfovascular. Esses também foram os fatores mais comumente significativos. Outros fatores clinicopatológicos examinados em vários estudos foram: grau, status dos receptores hormonais e histologia do tumor. Eles identificaram alguns fatores-chave na literatura, incluindo fatores sociodemográficos do paciente, fatores geográficos, papel do cirurgião e o papel da reconstrução mamária.

A mastectomia é a remoção cirúrgica da glândula mamária, foi o primeiro tratamento efetivo para o câncer de mama. A técnica é usada até os dias

atuais. Com o passar dos anos ela evoluiu e ficou menos “agressiva” anatomicamente. Por exemplo, a mastectomia radical de Halsted incluía a remoção dos músculos peitorais e de toda cadeia linfática adjacente (esvaziamento axilar). A mastectomia “a Patey” é caracterizada pela preservação do músculo peitoral maior, removendo o peitoral menor, e “a Madden” quando há preservação dos músculos peitorais (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017). As mastectomias preservadoras ou poupadoras são cirurgias que preservam a pele ou o complexo aréolo papilar (CAP), conhecidas como *skin-sparing mastectomy*, *nipple-sparing* ou adenomastectomia (FRASSON et al., 2017).

A reconstrução da mama é indicada para pacientes que foram submetidas à mastectomia. Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), ter a oportunidade de reconstruir a mama proporciona benefícios psicossociais e melhorias na qualidade de vida da paciente. Segundo Collins, Laronga e Wong (2017), a reconstrução mamária continua sendo uma opção subutilizada por motivos multifatoriais relacionados a fatores socioeconômicos, incluindo acesso à assistência, cobertura de seguro, educação, raça/etnia, localização geográfica, idade e escolha pessoal. Existem tipos diferentes de reconstrução mamária, ela pode ser imediata ou com mais de um tempo cirúrgico. Utiliza-se implantes mamários de silicone, expansores de tecidos ou ainda retalhos de tecido corporal da própria paciente (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Nos últimos anos, a oncoplastia mamária (cirurgias oncológicas associadas à cirurgia plástica) vem ganhando terreno (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018). Uma técnica nova e promissora visando resultados estéticos superiores na reconstrução mamária tem sido o *Lipofilling*, utilizado, também, na reconstrução tardia da mama. Recentemente também foi investigado como alternativa para reconstrução imediata em pacientes submetidos à cirurgia conservadora da mama (BIAZUS et al, 2018).

O tratamento conservador da mama busca obter o máximo de resultados em termos de radicalidade oncológica, oferecendo mais qualidade de vida (QV) e a melhora na sobrevida a longo prazo (CORSO et al, 2017). Conhecida como quadrantectomia, setorectomia ou tumorectomia, tem como objetivo a manutenção da estética corporal e do tratamento oncológico, através da

remoção do tumor, bem como áreas de tecidos normais circundantes (margens livres), normalmente tendo seguimento com a radioterapia (FRASSON et al., 2017).

A cirurgia para retirada dos linfonodos axilares tem um papel bem estabelecido no tratamento clássico do câncer de mama, sendo uma parte importante da terapia sistêmica e locorregional. A linfadenectomia axilar (LA) ou esvaziamento axilar (EA), consiste na remoção de dez ou mais linfonodos da axila, segundo a American Cancer Society (2017), podendo chegar à remoção de 20 a 40 linfonodos. O esvaziamento completo dos linfonodos axilares é indicado em pacientes que apresentam metástases axilares palpáveis ou confirmadas por biópsia de agulha, pacientes com linfonodos sentinela positivos submetidos à mastectomia, que não receberão radiação adjuvante como protocolo padrão (RAO et al., 2013).

Nos casos de câncer de mama inicial, o esvaziamento axilar (EA) tem sido substituído pela técnica da biópsia do linfonodo sentinela (BLS), procedimento no qual o cirurgião retira apenas um ou mais gânglios linfáticos, sendo removido o primeiro linfonodo da cadeia de drenagem linfática, denominado “linfonodo sentinela” (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017). O estadiamento axilar cirúrgico através da biópsia de linfonodo sentinela em pacientes com linfonodos axilares benignos ao exame radiológico e clínico, ajuda nas decisões sobre terapia adjuvante sistêmica e radioterapia (RAO et al., 2013). A biópsia do linfonodo sentinela resulta ainda em menor permanência hospitalar, retorno precoce às atividades cotidianas e melhora da qualidade de vida, beneficiando as pacientes submetidas a esse tratamento (GIULIANO et al., 2011).

O tratamento sistêmico pode ser neoadjuvante na tentativa de se fazer um *downstaging* da doença, permitindo uma cirurgia mais conservadora ou adjuvante (após a cirurgia). As modalidades terapêuticas combinadas podem ter intento curativo ou paliativo, sendo que todas elas podem ser usadas isoladamente com o intuito paliativo (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017). A escolha adequada da QT adjuvante depende das características clínicas do paciente e das características do tumor (comprometimento linfonodal, tamanho tumoral, grau de diferenciação), ela é a responsável, pelo menos em parte, pela redução da mortalidade por câncer de mama. As meta-análises mostram

que os benefícios relacionados ao tratamento adjuvante são maiores para sobrevida livre de doença (SLD) em comparação aos dados de mortalidade, sendo observado benefício tanto para sobrevida em cinco anos como em 15 anos (BRASIL, 2018).

A hormonioterapia adjuvante está indicada em todas as pacientes com receptores hormonais positivos, as características tumorais determinam qual será a terapia mais apropriada. Esta última baseia-se principalmente na mensuração dos receptores hormonais (receptor de estrogênio e progesterona) e também de HER-2 (fator de crescimento epidérmico 2) com possível indicação de terapia biológica anti-HER-2 (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

A radioterapia desempenha um papel vital na prevenção da recorrência locorregional tanto em pacientes com cirurgia conservadoras, como em pacientes com linfonodo positivo ou, ainda, câncer localmente avançado que se submetem à mastectomia. Estudos populacionais recentes e meta-análises sugerem que a terapia conservadora seguida por RT pode de fato ser associada com melhora na sobrevida em comparação com mastectomia (KOONTZ, 2018).

A radioterapia também é utilizada como método de tratamento paliativo (p. ex., em caso de metástase óssea, metástase cerebral, síndrome de compressão medular neoplásica) (BRASIL, 2018). As mudanças conceituais tiveram um grande impacto no papel da radioterapia no tratamento do câncer de mama, além de mudanças na abordagem cirúrgica (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

2.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O delineamento do perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama permite estimar a sobrevida, analisando as características sociais, demográficas e clínicas que influenciam na capacidade de aderir ao tratamento clínico e cirúrgico. Tem o intuito de atuar também na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer de mama, por meio das características epidemiológicas e possíveis fatores de risco, auxiliando na diminuição dos

números de casos de câncer na mulher brasileira, já que a sobrevida mundial após cinco anos de doença é de 61% (COLLINS; LARONGA; WONG, 2017).

Sendo assim, estudos vêm sendo conduzidos em diferentes regiões do país com o objetivo de definir o perfil das mulheres com câncer de mama, como, por exemplo, o estudo de Reis et al (2016), no qual se destaca uma predominância de câncer de mama em mulheres com faixa etária entre 50 e 59 anos, que realizaram o diagnóstico através da mamografia e com predomínio do carcinoma ductal invasor (CDI).

Outros estudos caracterizam a relação do câncer de mama e suas peculiaridades em cada região do país. Bittencourt, Scalrtzky e Boehl (2004) estudaram o perfil epidemiológico do câncer na rede pública da cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Segundo este estudo, em registros que datam o ano 2000 em diante, há uma média de 290 pacientes por mês em tratamento de câncer na capital gaúcha, sendo destes, a grande maioria do sexo feminino e na fase adulta. Nesta população, o câncer de mama é o mais frequente e atinge 24% de todos os tipos de câncer em tratamento oncológico no município.

Borges et al (2013) focaram seu estudo em pacientes com câncer de mama atendidos em um ambulatório de mastologia localizado na região do Vale do Itajaí, classificando-os por sexo, idade, história pessoal, história familiar e estadiamento clínico, no período de 2018 a 2011. Dos 262 pacientes inclusos no estudo, apenas quatro eram do sexo masculino, atribuindo-se ao sexo feminino um percentual de 98% dos casos. A média de idade foi de 54,7 anos, sendo que a maior porcentagem dos casos de câncer de mama foi encontrada na faixa etária de 51 a 60 anos. Apenas 0,8% do total de pacientes tinham história prévia de câncer mamário, e 3,45% apresentavam histórico de outras neoplasias prévias. Quanto ao histórico familiar, 13,35% dos pacientes tinham histórico de câncer de mama na família em parentes de primeiro grau (mãe, irmã, filha), enquanto 11,85% apresentaram histórico de câncer de mama em parentes de segundo grau (avó, tia, prima). O estágio mais encontrado foi o IIA, com 34% dos pacientes, seguido pelo IIB, com 24,05%. Em terceiro lugar, estágio I, com 14,50%.

O estudo de Sousa, Figueiredo e Fernandes (2016) teve foco em pacientes do sexo feminino com câncer de mama atendidas no Hospital

Regional de Araguaína, no Tocantins, no período de 2000 a 2015. Foram excluídos desse estudo os casos de neoplasia de mama em indivíduos do sexo masculino. Dentre as variáveis analisadas, estão a faixa etária, a cor, a escolaridade, estado civil, tabagismo, etilismo, o tipo histológico, o estadiamento da doença e a hereditariedade. Dentre os 1.146 casos documentados no período estabelecido pelo estudo, houve uma prevalência de casos em pacientes de idade entre 50 e 54 anos, o que representa uma porcentagem de 14,74% da amostra. As pacientes eram predominantemente de cor parda, representando 73,21% dos indivíduos inclusos no estudo. No que diz respeito à escolaridade, 43,80% dos pacientes apresentaram ensino fundamental incompleto. A maioria das pacientes inclusas é casada (56,98%), não tem histórico de consumo de bebidas alcoólicas (67,10%), nem de consumo de tabaco (54,10%). Quanto ao tipo histológico do câncer, o que predominou foi o tipo carcinoma ductal infiltrante em 87,95% dos casos. A maioria das mulheres estudadas encontravam-se em estadiamento IIB (17,88%) ou IIIA (17,80%). Um total de 45,20% das pacientes apresentava histórico de neoplasia na família

Segundo o American Institute for Cancer Research (AICR) (2019), deve-se seguir as 10 recomendações para prevenção do câncer, dentre elas, estão: atividade física, manutenção saudável do peso, não fumar e evitar exposição solar em excesso. Para as sobreviventes de câncer de mama, existem evidências convincentes de que os fatores nutricionais e a atividade física predizem de forma confiável os resultados importantes na redução do risco do câncer de mama.

2.2.1 Síndrome da rede axilar

A síndrome da rede axilar é uma das morbidades do tratamento cirúrgico do câncer de mama, sua ocorrência se dá normalmente nas primeiras duas semanas do pós-operatório, entre o quinto dia até a oitava semana. A SRA foi descrita pela primeira vez em 1996 por Ferrandez e Serin, que a chamaram de “Trombose Linfática Superficial”, sendo caracterizada por danos linfovenosos, com estase linfática e venosa superficial e hipercoagulação dos vasos linfáticos. No ano de 2001, foi citada na literatura por Moskovitz et al, que a descreveu como a presença de cordões fibrosos visíveis e palpáveis, onde os

vasos linfovenosos após a retração tecidual, durante a cirurgia axilar, eram danificados.

Existem na literatura diversos estudos descrevendo as incidências da SRA. Quando se compara a aboragem axilar, os percentuais são bem variados, sendo relatado como mais frequente no esvaziamento axilar (BERGMANN et al, 2007). Essa variabilidade pode estar relacionada aos desenhos dos estudos, práticas e técnicas cirúrgicas ou terapias de reabilitação. Yeung, Mcphail e Kuys (2015) na sua revisão sistemática, relatam os vários fatores de risco associados à formação da síndrome, como extensão cirúrgica, IMC, idade, tipo de tratamento adjuvante e edema. Eles relataram também que em 80% das pacientes que fizeram mastectomia e 88,5% em pacientes pós-tratamento cirúrgico conservador tiveram o surgimento dos cordões, sendo sua frequência mais baixa para BLS em um intervalo 0,9 a 25%, comparado com o EA que variou de 5,2 a 72,2%. Logo, a chance de desenvolver a SRA para cada unidade em número de linfonodos removido é 12 vezes maior.

Acredita-se que o surgimento dos cordões seja através de três mecanismos: lesão linfática devido à retração tecidual ao posicionar o braço da paciente durante a abordagem cirúrgica, a liberação de fatores inflamatórios teciduais que podem causar hipercoagulabilidade nos tecidos circundantes e pela estase de canais linfovenosos induzida pela remoção dos linfáticos axilares que drenam a mama e o membro superior correspondente (WARISS et al, 2017). A SRA não apresenta sinais inflamatórios como eritema e calor (WEI et al, 2013). Clinicamente está associada à dor e à limitação de movimento do ombro e/ou cotovelo ipsilateral à cirurgia da mama (BERGMANN et al, 2012).

Koehler et al (2014) concluíram que a síndrome está associada à trombose linfática ou anormalidade fascial, sendo uma patologia que não é visível ao exame de imagem (ultrassons de 18 MHz) com estase microlinfática ou ligação de fibrina ou outras proteínas no espaço intersticial.

Usualmente, surgem na axila podendo se estender pela região medial do braço, fossa cubital, antebraço, punho e base do polegar ou, ainda, ao longo da parede torácica lateral (WEI et al, 2013). Após a biópsia do linfonodo sentinela os cordões apresentam-se menos graves, com sua localização limitada à axila e ao braço medialmente, sem estender-se para o punho (KOEHLER et al,

2015). A sua resolução, geralmente, é de forma espontânea de três semanas a três meses após o tratamento cirúrgico (YEUNG; MCPHAIL; KUYS, 2015). Alguns relatos enfatizam a importância de se conhecer a síndrome e sua possível cronicidade, como a persistência por 18 meses ou mais, podendo recidivar após a quimioterapia adjuvante e a RT (KOEHLER et al, 2019).

Foi descrito por Leidenius et al (2003) e por Koehler et al (2015) que a síndrome da rede axilar é mais comum em pacientes com o IMC normal ou abaixo de 25, teorizando que o tecido adiposo pode diminuir a aderência da pele aos tecidos durante a fase inicial da formação de cicatriz, favorecendo o reposicionamento dos vasos linfáticos, evitando, assim, a estase linfática. Também foi relatado que as pacientes com IMC normal ou baixo tem os cordões linfáticos mais visíveis e palpáveis. Baggi et al (2018), através de análises multivariadas, confirmaram que pacientes mais jovens (idade <50) e com peso normal ($IMC \leq 25$) tiveram incidência significativamente maior de cordões com um odds ratio respectivamente de ($OR = 2,38$ (IC 95% 1,53; 3,71) e de 2,02 (IC 95% 1,26, 3,22). A linfadenectomia e a hipertensão foram associadas com risco aumentado de desenvolvimento do cordão (FIGUEIRA et al., 2018).

A SRA foi diagnosticada com base nos sinais e sintomas, através da inspeção visual e palpação, identificando-os pela sua localização, número de cordões, comprimento (fita métrica flexível), profundidade (superficial, média ou profunda) espessura do cordão (menor, igual ou maior que 1 mm), sendo classificada em fina (+) média (++) e grossa (+++) (YEUNG; MCPHAIL; KUYS, 2015). Para auxiliar no diagnóstico e na elucidação sobre os cordões, a equipe de Fisioterapeutas do *Istituto Europeo di Oncologia*, desenvolveu um questionário de autorrelato chamado *Screening Test AWS (ST-AWS)* considerando a percepção do movimento do braço, sensação de tensão provada pelo cordão, percepção visual e tátil da rede axilar e edema na mama ou na axila, orientando e tratando as pacientes após o diagnóstico positivo para SRA (TEIXEIRA et al., 2014).

Wariss et al (2017) evidenciaram que o aparecimento do linfedema de membro superior não apresenta significância estatística quando correlacionado ao fato de ter ou não a SRA. A amostra foi avaliada no pós-operatório imediato, aos 30 dias, 6 meses e anualmente até completar cinco e 10 anos após a

cirurgia, sempre com análise do volume dos MMSS através da perimetria. A drenagem linfática manual foi avaliada em 41 pacientes com associação a outras técnicas da fisioterapia e mostrou-se eficaz na redução da dor e do volume do MS de pacientes com SRA (CHO et al, 2016).

A SRA continua rotulada como a "síndrome mal compreendida" com poucos estudos e baixa qualidade de evidências, que usualmente são descritas com base em relatos de casos, bem como em coorte retrospectiva e prospectivas (HARRIS et al, 2012). Por ser uma complicação com alta prevalência, independente da abordagem axilar, Schuitevoerder et al (2016) sugerem que a mesma seja incluída nos protocolos pré-operatórios de possíveis complicações do tratamento cirúrgico do câncer de mama. A fisiopatologia da síndrome não é completamente conhecida e as terapias realizadas nos pacientes são escolhidas através de relatos e da experiência dos profissionais especialistas em oncologia (KOEHLER et al, 2018).

2.2.1.1 Repercussões físicas e funcionais

A SRA pode ser sintomática ou assintomática do ponto de vista dos pacientes, dentre as queixas mais comuns estão a dor na axila irradiando para baixo do braço e limitação do movimento do ombro (DINAS et al., 2019). Suas maiores restrições estão na ADM do membro superior, em especial a abdução do ombro, mais do que na flexão do mesmo. As alterações na funcionalidade do MS homolateral à cirurgia podem ser tão intensas que têm o potencial de dificultar o tratamento adjuvante, como no posicionamento da paciente durante a radioterapia, onde o braço deve ficar em abdução e rotação externa ou ainda na incapacidade de realizar atividades corriqueiras, como lavar o cabelo, pentear ou vestir-se (YEUNG; MCPHAIL; KUYS, 2015). A maioria dessas sequelas pode ser tratada em ambiente ambulatorial, a reabilitação adequada e oportuna é vital na recuperação de cirurgias de câncer de mama, sejam elas conservadoras, mastectomias, dissecação de linfonodos axilares e, também, nas reconstruções mamárias (MCNEELY et al., 2012).

Segundo o Rezende, Campanholi e Tessaro (2018), a ADM do ombro e dor são usualmente avaliadas através de protocolos já validados na fisioterapia, como, por exemplo: a amplitude de movimento de flexão e

abdução do ombro foi classificada em limitação severa (0 a 90 graus), limitação moderada (91 a 135 graus) e livre ou funcional (de 136 a 180 graus), sendo que as mesmas são medidas e analisadas pelo goniômetro. A dor foi classificada pela Escala Visual Analógica (EVA): dor não limitante (0 a 3), dor moderada (4 a 6) e a dor limitante (7 a 10). Em uma análise através dos questionários validados para câncer de mama e qualidade de vida no Brasil (QLQ C30), os escores foram maiores em pacientes com linfedema de MS, déficit de força, alteração na amplitude de movimento do ombro e dor mamária (SILVA et al., 2019).

A SRA também leva ansiedade e medo ao paciente, devido a uma má compreensão da complicação, que afeta a qualidade de vida do mesmo. No entanto, muitos médicos negligenciam essa síndrome ou não orientam o tratamento adequado. Conseqüentemente, é preciso aprender mais sobre a histofisiopatologia e terapias eficazes para a síndrome da rede linfática (WEI et al., 2013).

Mesquita (2010) coloca que o tempo de início do tratamento fisioterapêutico e recursos utilizados, tratamentos adjuvantes do câncer, bem como o tipo de abordagem cirúrgica podem interferir e conduzir a rotina de reabilitação, sendo que a intervenção precoce da fisioterapia visa diminuir as possíveis complicações decorrentes do próprio tratamento do câncer de mama.

De acordo com o Bergmann et al (2012), as técnicas consistem em alongamento passivo do cordão até que haja uma liberação, com ganho de ADM, usa-se também alongamento, massagem e tração manual, mas o efeito real desses tratamentos não é conhecido. Quando ocorre o “rompimento” do cordão, um som audível indolor é relatado e proporciona alívio subjetivo dos sintomas e melhora imediata na mobilidade (KOEHLER, 2013). O som “clack” dos cordões está supostamente associado a uma liberação de aderências sob tensão ou estiramento de tecido conjuntivo fraco em linfáticos recém-formados (FOURIE; ROBB, 2009). Após a “quebra” do cordão, pode ocorrer dor e sensação de queimação. Uso de compressas frias é indicado para aliviar os sintomas no local do cordão (LATTANZI et al., 2012).

Técnicas específicas descritas na literatura variam de mobilização superficial dos tecidos moles, como massagem cicatricial e de fricção, deslizamento e tração da pele, liberação miofascial, tentando direcionar

técnicas ao longo do comprimento do cordão. Usa-se também a "facilitação neuromuscular proprioceptiva". As intervenções fisioterapêuticas mais comuns descritas são a educação, cinesioterapia, terapia manual e drenagem linfática manual (WALRATH; LITTERINI; MCAULEY, 2015).

Técnicas de exercícios para o MMSS, assistidos ou ativos, mobilização escapular, manobras miofasciais e outras modalidades, como laser de baixa intensidade ou kinesio taping, podem ser usadas com benefícios ainda não totalmente comprovados (YEUNG; MCPHAIL; KUYS, 2015). Propor exercícios que visem aumentar a ADM do ombro, relaxamento, fortalecimento e instruções para DLM, alongamento e terapias manuais levam a melhora na amplitude do MS, resolução da dor, redução dos cordões e, conseqüentemente, melhora no bem-estar das mulheres. Em um estudo prévio, sugere-se realizar as intervenções supracitadas compreendendo um período de 10 a 12 sessões de atendimento (LUZ et al., 2017).

O estudo de Cho et al (2016) relata a incidência de cordões visíveis em 28,5% dos pacientes submetidos a exercícios combinados com a drenagem linfática manual, e em 35% dos pacientes que realizaram apenas exercícios. A melhora significativa da dor no braço no grupo que foi submetido à DLM e a melhora na função do ombro após intervenções, observadas em ambos os grupos, indicam uma possível melhora pela evolução natural da SRA.

Neste sentido, a fisioterapia desempenha um importante papel na melhora e preservação da funcionalidade física das pacientes, sendo indispensável em todas as fases do tratamento. Atuando na preservação da qualidade de vida, diminuindo efetivamente as morbidades com impacto positivo na sobrevida global dessas mulheres. No entanto, muitas pacientes ainda apresentam complicações agudas e crônicas. Portanto, a fisioterapia deve ser estimulada a partir do diagnóstico de câncer de mama, visando estabelecer condutas para a prevenção e o tratamento das mesmas (ZAMBELLI; TESSARO; BERGMANN, 2017).

3 OBJETIVOS

Nesta seção do trabalho especifica-se quais são os objetivos geral e específicos, os quais guiaram o desenvolvimento da presente pesquisa.

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo é descrever o perfil epidemiológico e a prevalência da síndrome da rede axilar, bem como as relações com a funcionalidade e a dor percebida em pacientes com diagnóstico de câncer de mama tratadas no Núcleo Mama do Hospital Moinhos de Vento, localizado em Porto Alegre/RS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil clínico e epidemiológico do câncer de mama;
- Verificar a associação entre a Síndrome de Rede Axilar e o número de linfonodos retirados no transoperatório;
- Verificar a associação entre a amplitude de movimento de membros superiores e a presença da SRA;
- Verificar a prevalência e intensidade de dor associada à SRA.

4 REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA

AKRAM, M. et al. Awareness and current knowledge of breast câncer. **Biol Res**, n. 50, v. 1, p. 33, oct, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28969709>. Acesso em: 10 maio 2019.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Recommendations for the Early Detection of Breast Cancer**. American Cancer Society, 2017. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html>. Acesso em: 6 maio 2019.

AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. **Cancer Prevention Recommendations**. AICR, 2019. Disponível em: <https://www.aicr.org/reduce-your-cancer-risk/recommendations-for-cancer-prevention/>. Acesso: 17 maio 2019.

BAGGI, F. et al. Axillary web syndrome assessment using a self-assessment questionnaire: a prospective cohort study. **Supportive Care in Cancer**, n. 8, v. 26, p. 2801-2807, aug., 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-018-4123-3>. Acesso em: 18 maio 2019.

BERGMANN, A. et al. Axillary web syndrome after lumph node dissection: results of 1004 breast cancer patients. **Lymphology**, n. 40, p. 198-203, 2007.

BERGMANN A. et al. Incidence and risk factors for axillary web syndrome after breast cancer surgery. **Breast Cancer Res Treat.**, n. 131, v. 3, p. 987-992, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10549-011-1805-7>. Acesso em: 15 maio 2019.

BERNARD, M.E.; BOEKE, C.E.; TAMIMI, R.M. et al. Established breast cancer risk factors and risk of intrinsic tumor subtypes. **Biochimica et Biophysica Acta**, n.1856, v.1, p. 73-85, aug., 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26071880>. Acesso em: 5 maio 2019.

BERNARDES, Nicole Blanco et al. Câncer de Mama x Diagnóstico. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, n. 44, v. 13, p. 877-885, 2019. Doi: <https://doi.org/10.14295/idonline.v13i44.1636>. Acesso em: 2 maio 2019.

BIAZUS, Jorge Villanova et al. Breast-Conserving Surgery with Immediate Autologous Fat Grafting Reconstruction: Oncologic Outcomes. **Aesthetic Plastic Surgery**, n. 5, v. 42, p. 1195-1201, oct., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00266-018-1155-5>. Acesso em: 10 maio 2019.

BITTENCOURT, Rosane, SCALRTZKY Andrea; BOEHL, Julio A. Rossi. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 50, v. 2, p. 95-101, abr-jun., 2004.

BONNIE, Joe, N. **Clinical features, diagnosis, and staging of newly diagnosed breast cancer**. Harvard, 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-diagnosis-and-staging-of-newly-diagnosed-breast-cancer?search=breast%20cancer&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2. Acesso em: 22 abr. 2019.

BORGES, Giuliano Santos et al. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de câncer de mama atendidos em um ambulatório de mastologia da região do Vale do Itajaí. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, n. 33, v. 9, p. 88-92, jul-ago-set., 2013. Disponível em: <https://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/33/artigo1.pdf>. Acesso em: 15 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 19 de 3 de julho de 2018**. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. Brasília, DF: Governo Federal, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/16/Portaria-Conjunta-n-19--PCDT-Carcinoma-de-Mama.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2019.

CHO, Y. et al. Effects of a physical therapy program combined with manual lymphatic drainage on shoulder function, quality of life, lymphedema incidence, and pain in breast cancer patients with axillary web syndrome following axillary dissection. **Support Care Cancer**, n. 24, v. 5, p. 2047-2057, may, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26542271>. Acesso em: 18 maio 2019.

COLLINS, L. C; LARONGA, C.; WONG, J. **Breast ductal carcinoma in situ: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis**. Up to Date, 2017. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/breast-ductal-carcinoma-in-situ-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis>. Acesso em: 12 maio 2019.

COMISSÃO NACIONAL DE MAMOGRAFIA E DEFESA PROFISSIONAL. **Novo parecer sobre Ultrassonografia de mamas e axilas**. Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, 2018. Disponível em: <https://cbr.org.br/novo-parecer-sobre-ultrassonografia-de-mamas-e-axilas/>. Acesso em: 5 maio 2019.

CORSO, Giovanni et al. The Veronesi quadrantectomy: an historical overview. **Ecancer Medical Science**, n. 743, v. 11, jun., 2017. Doi: 10.3332/ecancer.2017.743. Acesso em: 12 maio 2019.

DINAS, Konstantinos et al. Axillary web syndrome: Incidence, pathogenesis, and management. **Current Problems in Cancer**, v. 18, p. 30348-30349, mar., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.currproblcancer.2019.02.002>. Acesso em: 20 maio 2019.

FERRANDEZ, J.; SERIN, D. **Re é ducation et câncer de sein**. 1stedn. Masson: Paris, 1996.

FIGUEIRA, Patricia V.G. et al. Diagnosis of Axillary Web Syndrome in Patients After Breast Cancer Surgery Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Aspects: A Prospective Study. **American Journal of Clinical Oncology**, n. 10, v. 41, p. 992-996, oct., 2018. Doi: 10.1097/COC.0000000000000411. Acesso em: 17 maio 2019.

FOURIE, W.J; ROBB, K.A. Physiotherapy management of axillary web syndrome following breast cancer treatment: discussing the use of soft tissue techniques. **Physiotherapy**, n. 95, v. 4, p. 314–320, 2009.

FORMAN, D. et al. **Cancer Incidence in Five Continents**. v. 10. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014. Disponível em: <http://ci5.iarc.fr/CI5I-X/old/vol10/CI5vol10.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.

FRASSON, A. et al. **Doenças da Mama Guia de bolso baseado em evidências**/Grupo de Pesquisas em Mastologia (GPM). Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

GIULIANO Armando E. et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. **Jama**, n. 306, v. 6, p. 569-575, Feb., 2011. Doi: 10.1001/jama.2011.90. Acesso em: 28 abr. 2019.

GU, Jeffrey et al. Review of Factors Influencing Women's Choice of Mastectomy Versus Breast Conserving Therapy in Early Stage Breast Cancer: A Systematic Review. **Clinical Breast Cancer**, n. 18, v. 4, p. e539-e554, aug., 2018 Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2017.12.013>. Acesso em: 12 maio 2019.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro; GALLO, Claudia Vitória de Moura; MENDONÇA, Gulnar Azevedo e Silva. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, n. 51, v. 3, p. 227-234, 2005. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf. Acesso em: 18 abr. 2019.

HARRIS, S.R. et al. Clinical practice guidelines for breast cancer rehabilitation: syntheses of guideline recommendations and qualitative appraisals. **Cancer**. n. 118, v. 8, p. 2312-2324, apr., 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22488705>. Acesso em: 19 maio 2019. >

HELMS, G. et al. Shoulder-arm morbidity in patients with sentinel node biopsy and complete axillary dissection e data from a prospective randomised trial. **Eur J Surg Oncol**. n. 35, v.7, p. 696-701, jul., 2009. Doi: 10.1016/j.ejso.2008.06.013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diretrizes para a detecção precoce do Câncer de Mama no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf. Acesso em: 5 maio 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Câncer de Mama**: versão para Profissionais de Saúde. Inca, Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/profissional-de-saude>. Acesso em: 20 abr. 2019.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Estatísticas para câncer de mama**. Oncoguia, 2018. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estatisticas-para-cancer-de-mama/6562/34/>. Acesso em: 14 abr. 2019.

INTERNACIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Breast – Source Globocan 2018**. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf>. Acesso em: 12 maio 2019.

KOEHLER Linda Ann. **Axillary web syndrome ongoing medical evaluation**. 2013. 171p. Dissertation. University of Minnesota, United States, 2013. Disponível em: https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/144876/Koehler_umn_0130E_13456.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 25 maio 2019.

KOEHLER, Linda Ann et al. Characterizing axillary web syndrome: ultrasonographic efficacy. **Lymphology**, n. 47, v. 4, p. 156-163, dec., 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25915976>. Acesso em: 16 maio 2019.

KOEHLER, Linda Ann et al. Movement, function, pain, and postoperative edema in axillary web syndrome. **Phys Ther.**, n. 95, v. 10, p. 1345–1353, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.2522/ptj.20140377>. Acesso em: 16 maio 2019.

KOEHLER, Linda Ann et al. Function, Shoulder Motion, Pain, and Lymphedema in Breast Cancer With and Without Axillary Web Syndrome: An 18-Month Follow-Up. *Physical Therapy*, n. 6, v. 98, p. 518-527, jun., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy010>. Acesso em: 20 maio 2019.

KOEHLER, Linda Ann et al. Axillary web syndrome following breast cancer surgery: symptoms, complications, and management strategies. **Breast Cancer** (Dove Med Press), v. 11, p. 13-19, 2019. Doi: 10.2147/BCTT.S146635. Acesso em: 16 maio 2019.

KOONTZ, Bridget F. **Radiation Therapy Treatment Effects an Evidence-Based Guide to Managing**. Nova York, 2018.

LATTANZI J.B. et al. Case report of axillary web syndrome. **Rehabil Oncol**, n. 1, v. 30, p. 18-21, 2012. Disponível em: https://journals.lww.com/rehabonc/Abstract/2012/30010/Case_Report_of_Axillary_Web_Syndrome.4.aspx. Acesso em: 20 maio 2019.

LEIDENIUS, M. et al. Motion restriction and axillary web syndrome after sentinel node biopsy and axillary clearance in breast cancer. **Am J Surg.**, n. 185, v. 2, p.127-130, Feb., 2003.

LUZ, Clarissa Medeiros da. et al. Management of Axillary Web Syndrome After Breast Cancer: Evidence – Based Practice. **Rev Bras Ginecol Obstet**, n. 11, v. 39, p. 632–639, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1604181>. Acesso em: 20 maio 2019.

MCNEELY M. L. et al. A Prospective Model of Care for Breast Cancer Rehabilitation: Postoperative and Post reconstructive Issues. **Cancer**, n. 8, v. 118, p. 2226-2236, apr., 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22488697>. Acesso em: 20 maio 2019.

MAKDISSI, Fabiana Baroni et al. Breast Cancer Survival in a Brazilian Cancer Center: a Cohort Study of 5,095 Patients. **Mastology**, Rio de Janeiro, v. 29, n.1, p. 37- 46, 2019. Doi: 10.29289/2594539420190000437. Acesso em: 20 abr. 2019.

MESQUITA, Cristiane Ferraz. **Perfil das mulheres encaminhadas à fisioterapia no pós-operatório de câncer de mama**. 2010. 97f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-620474>. Acesso em: 20 maio 2019.

MOSKOVITZ, A. H. et al. Axillary web syndrome after axillary dissection. **Am J Surg**. N. 181, v. 5, p. 434-439, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11448437>. Acesso em: 25 maio 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Agência especializada vê aumento do número de mortes por câncer no mundo**. ONU Brasil, 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/agencia-especializada-ve-aumento-do-numero-de-mortes-por-cancer-no-mundo/>. Acesso em: 12 maio 2019.

RAO, R. et al. Axillary node interventions in breast cancer: a systematic review. **Jama**, n. 310, v. 13, 1385-1394, oct., 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24084924>. Acesso em: 15 maio 2019.

REIS, F.P. et al. Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama atendidas em uma unidade de saúde em São Francisco do Conde, Ba. **Ciênc Méd Biol.**, n. 15, v. 2, p. 144-150, maio/ago., 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/23315/1/2-v.15%2c%20n.2.pdf>. Acesso em: 13 maio 2019.

REZENDE Laura; CAMPANHOLI Larissa; TESSARO, Alessandra. **Manual de Condutas e Práticas fisioterapêuticas no câncer de mama da ABFO**. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2018.

SCHUITEVOERDER, D. et al. Axillary web syndrome: an underappreciated complication of sentinel node biopsy in melanoma. **The American Journal of Surgery**, n. 5, v. 211, p. 846-849, may, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.01.004>. Acesso em: 20 maio 2019.

SILVA, F. C. Brandini da et al. A comprehensive validation study of quality of life questionnaire using objective clinical measures. Breast Cancer Treatment Outcome Scale (BCTOS). **Clinical Breast Cancer**, n. 1, v. 19, p. e85-e100, feb., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2018.10.004>. Acesso em: 22 maio 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Câncer de mama**. SBM, 2019. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br/cancer-de-mama/>. Acesso em: 4 maio 2019.

SOUSA, Adila C. S. de. et al. Incidence and Mortality of Breast Cancer in Women by Age Group in Brazil and Latin America. **Mastology**, v. 28, suppl. 1, p. 82, 2018. Doi: 10.29289/259453942018V28S1082. Acesso em: 2 maio 2019.

SOUSA, Maianna Macêdo de; FIGUEIREDO, Sabrina Barreto; FERNANDES, Reinaldo Magalhães. Perfil clínico-epidemiológico de mulheres com câncer de mama atendidas no hospital regional de referência do município de Araguaína-TO no período de 2000 a 2015. **DESAFIOS: Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, n. 2, v. 2, p. 283-306, jan/jun., 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2016v2n2p283>. Acesso em: 15 maio 2019.

SUSAN KOMAN FOUNDATION. **Screening and Early Detection**. Susan Koman Foundation, 2018. Disponível em: <https://ww5.komen.org/>. Acesso em: 10 maio 2019.

TEIXEIRA, L. et al. Axillary web syndrome self-assessment questionnaire: initial development and validation. **Breast**, n. 23, v. 6, p. 839-843, 2014.

THE AMERICAN SOCIETY OF BREAST SURGEONS. **Consensus Statement on Screening Mammography**. Official Statement. 2018. Disponível em: <https://www.breastsurgeons.org/docs/statements/Consensus-Statement-on-Screening-Mammography.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.

TIEZZI, Daniel Guimarães. Epidemiologia do câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, n. 31, v. 5, p. 213-215, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n5/v31n5a01>. Acesso em: 1 maio 2019.

URBAN, Linei Augusta Brolini Dellê et al. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama. **Radiol. bras**; n. 50, v. 4, p. 244-249, July-Aug., 2017.

WALRATH, James; LITTERINI, Amy J.; MCAULEY, Adrienne. Axillary Web Syndrome, a Complication of Breast Cancer: What the Orthopaedic Physical Therapist Needs to Know. **Orthopaedic Practice**, n. 2, v. 27, p. 94-103, 2015.

Disponível em:

https://www.orthopt.org/uploads/content_files/Downloads/OPTP/27_2/Auxially_Web_Syndrome_A_Complication_of_Breast_Cancer_What_the_Orthopaedic_Physical_Therapist_Needs_to_Know.pdf. Acesso em: 18 maio 2019.

WARISS, B.R. et al. Axillary web syndrome is not a risk factor for lymphoedema after 10 years of follow-up. **Support Care Cancer**, n. 25, v. 2, p. 466-470, feb., 2017. Doi: 10.1007/s00520-016-3424-7. Acesso em: 10 maio 2019.

WEI, Panmei et al. Axillary web syndrome following secondary breast-conserving surgery: a case report. **World J Surg Oncol.**, n. 11, v. 8, jan., 2013. Doi: 10.1186/1477-7819-11-8. Acesso em: 10 maio 2019.

YEUNG, W.M.; MCPHAIL, S.M.; KUYS, S.S. A Systematic Review of axillary web syndrome (AWS). **J Cancer Surviv**, n. 9, v. 4, p. 576-598, feb., 2015. Doi: 10.1007/s11764-015-0435-1. Acesso em: 10 maio 2019.

ZAMBELLI, Fernanda Alaite; TESSARO, Alessandra; BERGMANN, Anke.

Reabilitação no Câncer De Mama. In: BAGNOLI, Fábio et al. (orgs).

Mastologia: do diagnóstico ao tratamento. Sociedade Brasileira de Mastologia, 2017. Ebook. Sessão V. Cap. 61. Disponível em:

<http://www.sbmastologia.com.br/medicos/ebooks/ebook-teste/>. Acesso em: 20 maio 2019.

5 ARTIGO

Prevalência da síndrome da rede axilar em mulheres com câncer de mama tratadas em um hospital do sul do país

Autores: Alessandra Tessaro, Isadora Rebolho Sisto, Mariana Node Pacheco, Maira Caleffi, Daniela Dornelles Rosa, Rodrigo Della Méa Plentz
Instituição: UFCSPA

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é a neoplasia maligna que mais acomete o sexo feminino em todo mundo. Em 2018 houve a ocorrência de cerca de dois milhões de novos casos no mundo, destes, 59.700 são no Brasil, com uma taxa de mortalidade associada a 14%¹. Embora as técnicas cirúrgicas estejam mais conservadoras, ainda existe risco de complicações, estas proporcionais ao tamanho da intervenção. A morbidade cirúrgica da ressecção do linfonodo sentinela (BLS) versus a do esvaziamento axilar (EA) é de 25% x 70%, respectivamente, sendo o linfedema e a síndrome da rede axilar (SRA) as principais comorbidades dos tratamentos referidos. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico e a prevalência da síndrome da rede axilar, bem como as relações com a funcionalidade e a dor percebida em pacientes com diagnóstico de câncer de mama tratadas no Núcleo Mama do Hospital Moinhos de Vento, localizado em Porto Alegre/RS. **Método:** Coorte retrospectiva com pacientes com câncer mama que foram submetidas ao tratamento no período de 2013 com seguimento até 2018. **Resultados:** Foram analisados os dados de 128 mulheres onde a prevalência da SRA foi de 73,4% (94 mulheres). Dentre as alterações funcionais do membro superior (MS) homolateral à cirurgia, principalmente em relação à limitação na amplitude de movimento (ADM) do ombro, destacou-se a limitação severa em 41,5% das pacientes com SRA. O grupo que relatou dor intensa (40,7%) teve SRA. **Conclusão:** Este estudo demonstrou prevalência elevada de SRA. As principais comorbidades associadas foram dor e limitação de movimento do membro superior ipsilateral à cirurgia da mama.

Palavras-chave: câncer de mama; síndrome da rede axilar; fisioterapia; amplitude de movimento.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the most common malignant neoplasm in women in the world. In Brazil, according to the National Cancer Institute (INCA), there is an estimation of 59,700 new breast cancer cases for 2018, reaching 29.5% of the female population. Even with more conservative surgical techniques, there is still a risk of complications, which are proportional to the size of the intervention. The morbidity of sentinel lymph node biopsy (BLS) is around 25%, compared with 70% when axillary lymph node dissection (LA), is performed. Lymphedema and axillary web syndrome (AWS) are the main treatment complications. **Objective:** To describe the epidemiological profile and the prevalence of axillary web syndrome, as well as the relationships with functionality and perceived pain in patients diagnosed with breast cancer treated in the Breast Center of the Hospital Moinhos de Vento, located in Porto Alegre/RS. **Method:** Retrospective cohort study with breast cancer patients who underwent treatment in 2013 and were followed-up until 2018. **Results:** Data from 128 women were analyzed; the prevalence of AWS was 73.4% (94 women). Severe limitations in the homolateral arm were reported by 41.5% of patients with AWS, especially in relation to the shoulder. The group who referred intense pain (40.7%) has the diagnosis of AWS. **Conclusion:** AWS has a high prevalence in operated breast cancer patients; its comorbidities are mainly associated with pain and limitation of motion of the upper limb ipsilateral to the operated breast.

Keywords: breast cancer; axillary web syndrome; physiotherapy; range of motion.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama (CM) é a segunda causa mais comum de câncer no mundo, sendo a doença neoplásica que mais acomete as mulheres, após o câncer de pele não melanoma. Em 2018, houve a ocorrência de cerca de dois milhões de

novos casos no mundo, destes, aproximadamente 60.000 ocorreram no Brasil, com uma taxa de mortalidade associada a 14%¹.

A Internacional Agency for Research on Cancer (Agência Internacional de Pesquisa em Câncer) (IARC), agência pertence à Organização Mundial da Saúde, afirma que o predomínio crescente do câncer pode ser explicado por muitos fatores, como o aumento da população, o envelhecimento e o desenvolvimento social e econômico, destacando uma mudança de cânceres relacionados à pobreza e infecções para cânceres associados a estilos de vida mais típicos de países industrializados². Essas diferenças, provavelmente, estão relacionadas às mudanças na sociedade como resultado da industrialização, como o aumento na ingestão de gordura, peso corporal, idade da menarca mais precoce e alteração nos padrões reprodutivos, com menos gestações e primeiro parto mais tardio³.

As taxas de sobrevivência na América do Norte no período de cinco anos foi de aproximadamente 90%, enquanto no Brasil foi de 75% para o mesmo período de tempo. No entanto, os resultados brasileiros foram realizados em registros de câncer de base populacional e, portanto, os resultados reais de sobrevida podem ter sido subestimados⁴.

O tratamento para o câncer de mama pode contemplar cirurgias radicais, como a mastectomia, ou conservadoras, como a setorectomia, ambas com abordagem axilar, indispensável para definir o prognóstico da doença. A radioterapia é importante para o controle local, e a quimioterapia, a hormonioterapia e os anticorpos monoclonais para o tratamento sistêmico. Embora as técnicas cirúrgicas estejam mais conservadoras, ainda existe risco de complicações, sendo estas proporcionais ao tamanho da intervenção cirúrgica⁵.

A morbidade cirúrgica da biópsia de linfonodo sentinela (BLS) *versus* esvaziamento axilar (EA) apresenta-se na ordem de 25% *versus* 70%, respectivamente, dentre os quais estão o linfedema e a síndrome da rede axilar (SRA)⁶. Os tipos de morbidade pós-operatória mais comuns são: dor, parestesia, linfedema, diminuição da ADM, SRA, infecção pós-operatória e seroma, afetando a funcionalidade dos membros superiores envolvidos e, conseqüentemente, a capacidade de realizar atividades de vida diária⁷. A SRA é uma complicação frequente no pós-operatório do câncer de mama,

caracterizada por limitação de movimento do membro superior homolateral à cirurgia e por dor intensa, referida pelas próprias pacientes⁸.

Mediante o aumento de novos casos diagnosticados e com o número crescente da sobrevida após a doença, torna-se essencial que o câncer de mama, seja mais investigado quanto às causas e consequências, especialmente abordando formas de entender as repercussões da doença na funcionalidade e na qualidade de vida, visando estabelecer tratamentos que minimizem as morbidades físicas funcionais.

Portanto, o objetivo geral deste estudo é descrever o perfil epidemiológico e a prevalência da síndrome da rede axilar, bem como as relações com a funcionalidade e a dor percebida em pacientes com diagnóstico de câncer de mama tratadas no Núcleo Mama do Hospital Moinhos de Vento, localizado em Porto Alegre/RS.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como coorte retrospectiva. O público-alvo foi composto por mulheres com diagnóstico de câncer de mama que realizaram tratamento cirúrgico e foram acompanhadas no centro de mastologia do Hospital Moinhos de Vento na cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul/Brasil. O estudo de coorte compreendeu um acompanhamento das mulheres pelo período de cinco anos, sendo realizado através da avaliação física, pela fisioterapeuta da equipe, nos primeiros 15 dias de pós-operatório, seguido de reavaliações semestrais, quando as mesmas retornavam ao mastologista para consultas de seguimento. A coleta teve início no ano de 2013 e as pacientes foram acompanhadas até dezembro de 2018. A amostra foi por conveniência e incluiu todas as pacientes que foram avaliadas no Núcleo Mama do Hospital Moinhos de Vento.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto de Educação e Pesquisa (IEP) sob nº do parecer 229.161 de 20/03/2013 (Anexo A). A avaliação continha dados do prontuário eletrônico (pessoais, sociais, diagnóstico médico, descrição cirúrgica e internação hospitalar, anatomopatológico, imunohistoquímica, exames de imagem e dados do tratamento oncológico) associados à avaliação física funcional (Apêndice B),

onde a dor foi aferida pela escala visual analógica (EVA), de acordo com a percepção das pacientes e a SRA foi avaliada pela palpação e pela visibilidade dos cordões linfáticos, sendo caracterizado pela sua presença ou não.

Análise Estatística

Os dados foram tabulados e para a análise estatística foi utilizado o software SPSS® (*Statistic Package for the Social Sciences*, Chicago, IL, USA) versão 20 para Windows®.

Na estatística descritiva foram utilizadas as distribuições absolutas (n) e relativas (%), bem como as medidas de tendência central e dispersão, com o estudo de normalidade da distribuição dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. A comparação dos dados contínuos entre os grupos SRA foi feita pelo teste paramétrico t-Student com o teste não paramétrico de Mann-Whitney U. S Os dados categóricos foram comparados com o teste Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher (simulação de Monte Carlo). Em todas as análises foi adotado nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se a uma amostra de 128 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, distribuídas em dois grupos independentes: presença e ausência de SRA. A prevalência da síndrome SRA neste estudo foi de 73,4% (94 pacientes). A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das pacientes avaliadas. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com SRA e sem SRA.

Para avaliar o perfil sociodemográfico dos grupos, foram mensuradas as seguintes variáveis: idade, estado civil e profissão (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos dados sócio demográficos.

Variáveis	Total (n=128)*	Amostra	Síndrome da Rede Axilar (SRA)**			
			Não (n=34)		Sim (n=94)	
			n	%	N	%
Idade (anos)						
Média± DP (Amplitude)	48,2±12,6 (23-93)		49,7±12,8 (28-70)		47,7±12,6 (23-93)	
IMC (Kg/m)						
Média +DP (Amplitude)	24,9±4,7(17,3-46,3)		24,6±4,3 (18,0-36,3)		25,0±4,9(17,3-46,3)	
Estado civil						
solteira	28	21,9	6	17,6	22	23,4
casada	89	69,5	25	73,5	64	68,1
divorciada	5	3,9			5	5,3
viúva	6	4,7	3	8,8	3	3,2
Profissão						
Saúde	28	21,9	7	20,6	21	22,3
Educação	16	12,5	2	5,9	14	14,9
Administração	31	24,2	8	23,5	23	24,5
Aposentado	9	7,0	2	5,9	7	7,4
Do lar	8	6,3	2	5,9	6	6,4
Outros	36	28,1	13	38,2	23	24,5

*Percentuais obtidos com base no total da amostra;

**Percentuais obtidos com base no total de cada grupo SRA;

Na Tabela 2, abaixo, são apresentados os resultados referentes à abordagem cirúrgica e o tipo de tratamento oncológico realizado.

Tabela 2. Tipo de abordagem cirúrgica e tratamento oncológico.

Variáveis	Total (n=128)*	Amostra	Síndrome da Rede Axilar (SRA)**				p
			Não (n=34)		Sim (n=94)		
			n	%	N	%	
Tipo de Cirurgia							
Setorectomia	46	35,9	12	35,3	34	36,2	>0,999§
Mastectomia	82	64,1	22	64,7	60	63,8	

Lado							
Direito	59	46,1	14	41,2	45	47,9	0,519 $\overline{\text{F}}$
Esquerdo	62	48,4	19	55,9	43	45,7	
Bilateral	7	5,5	1	2,9	6	6,4	
Num de linfonodos ^A							
Média±DP (Amplitude)	8,4±6,8 (1-26)		9,4±6,9 (1-70)		8,1±6,7 (1-24)		0,322 $\overline{\text{F}}$
Abordagem Axilar							
Até 10 linfonodos	80	62,5	17	50,0	63	67,0	0,079 $\text{\$}$
Acima de 10 linfonodos	48	37,5	17	50,0	31	33,0	
Reconstrução mamária							0,605 $\text{\$}$
Não	48	37,5	14	41,2	34	36,2	
Sim	80	62,5	20	58,8	60	63,8	
Diagnóstico Médico							0,685 $\text{\$}$
Carcinoma invasor	101	78,9	26	76,5	75	79,8	
Carcinoma In Situ	27	21,1	8	23,5	19	20,2	
Hormonioterapia							0,022 $\text{\$}$
Não	74	57,8	14	41,2	60	63,8	
Sim	54	42,2	20	58,8	34	36,2	
Radioterapia							0,120 $\text{\$}$
Não	71	55,5	15	44,1	56	59,6	
Sim	57	44,5	19	55,9	38	40,4	
Quimioterapia							0,672 $\text{\$}$
Não	57	44,5	13	38,2	44	46,8	
Sim (adjuvante)	52	40,6	15	44,1	37	39,4	
Neo adjuvante	19	14,8	6	17,6	13	13,8	
Óbito							>0,999 $\overline{\text{F}}$
0Não	125	97,7	33	97,1	92	97,9	
1Sim	3	2,3	1	2,9	2	2,1	

*Percentuais obtidos com base no total da amostra;

**Percentuais obtidos com base no total de cada grupo SRA;

A: Variável com distribuição assimétrica – Kolmogorov Smirnov (p<005);

NSA: Não se aplica

Mais mulheres foram submetidas à mastectomia em ambos os grupos (com e sem SRA), do que a cirurgia conservadora da mama. O lado

predominante do câncer de mama foi o esquerdo em ambos os grupos (com e sem SRA).

Em relação à abordagem axilar, a média de linfonodos retirados em mulheres com ausência de SRA foi de $9,4 \pm 6,9$ e em mulheres com presença de SRA foi $8,1 \pm 6,7$. Não houve diferença estatisticamente significativa no número de linfonodos retirados ($p=0,322$) em mulheres com ou sem SRA.

Não houve diferença estatisticamente significativa na realização de radioterapia em mulheres que apresentaram presença ou ausência de SRA ($p=0,120$), bem como do tipo de reconstrução mamária.

Em relação à avaliação de dor (Figura 1), verificou-se que a proporção de pacientes com presença de SRA que relataram dor foi de 86,2% ($n=81$) e a proporção de pacientes com dor no grupo com ausência de SRA foi de 79,4% ($n=27$). Na comparação entre os grupos não foram observadas evidências estatisticamente significativas da presença de dor em mulheres com ou sem SRA ($p=0,352$).

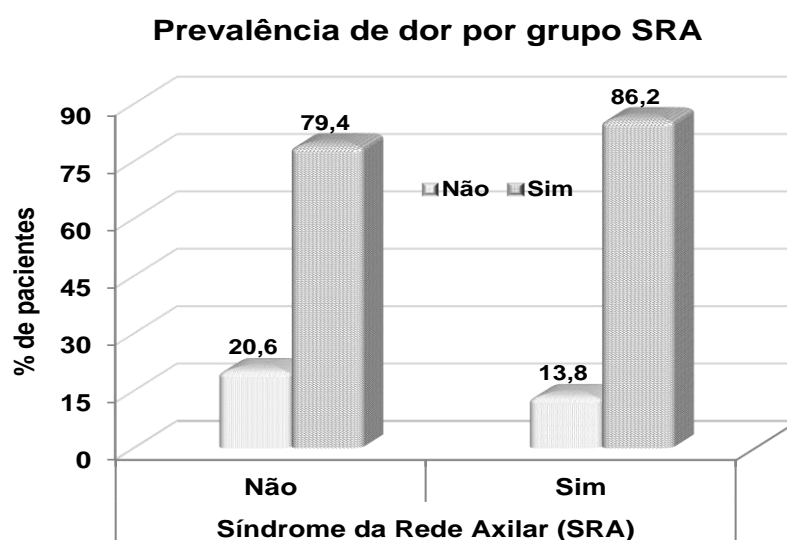


Figura 1. Prevalência de dor nos grupos com e sem SRA.

O nível de dor (leve, moderada e intensa) em mulheres com e sem SRA está caracterizada na figura 2. Verificou-se 40,7% de dor intensa em mulheres com SRA. Já em mulheres sem SRA, a prevalência de dor intensa foi de 18,5% dos casos, apresentando-se estatisticamente significativo ($p=0,037$).

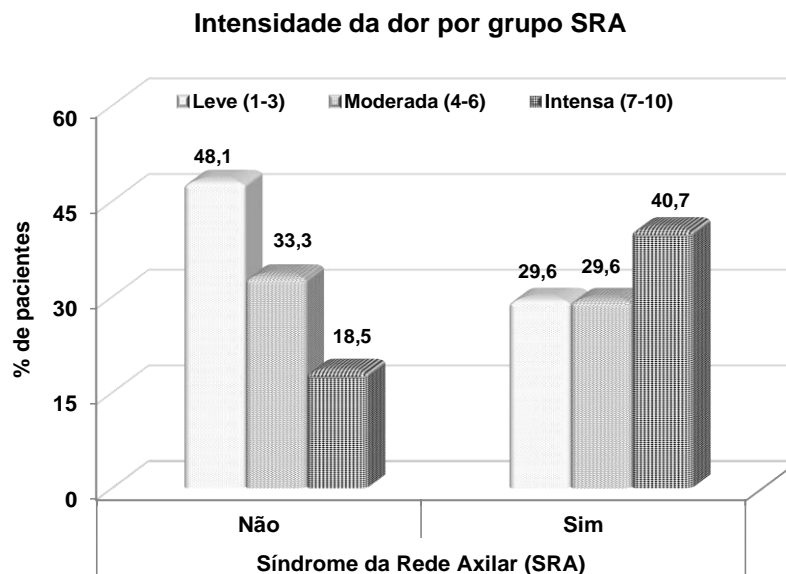


Figura 2. Intensidade da dor por grupo com e sem SRA.

DISCUSSÃO

A morbidade cirúrgica no tratamento do câncer de mama traz sequelas já conhecidas, dentre elas a síndrome da rede axilar, que se apresenta na literatura com uma incidência variada. Yeung, Mcphail e Kuys relataram os vários fatores de risco associados à formação da SRA, como extensão cirúrgica, IMC, idade, tipo de tratamento adjuvante e edema. Tiveram o surgimento da SRA 80% das pacientes que fizeram mastectomia e 88,5% das pacientes que fizeram tratamento cirúrgico conservador, sendo sua frequência mais baixa quando BLS foi comparado ao EA, variando de 5,2 a 72,2%. Logo, a chance de desenvolver a SRA para cada unidade em número de linfonodos removido é 12 vezes maior⁹.

No presente estudo, assim como também demonstrado na literatura, observou-se que o número de linfonodos removidos não foi significativamente associado ao desenvolvimento da SRA.

Baggi e colaboradores confirmaram que pacientes mais jovens (idade <50) e com peso corporal normal (≤ 25) tiveram incidência significativamente maior de cordões (OR = 2,38 IC 95% 1,53; 3,71 e 2,02 IC 95% 1,26, 3,22 respectivamente) do que pacientes mais velhas e com sobrepeso ou obesidade. No presente estudo, os achados foram semelhantes quando

associados à prevalência da SRA, sendo mais frequente em pacientes com peso corporal normal ($25,0 \pm 4,9$ kg/m²; $p=0,641$) e idade menor que 50 anos¹⁰.

A diferença encontrada em relação a ter mais prevalência de SRA em pacientes que não fizeram hormonioterapia provavelmente ocorreu ao acaso, devido à natureza retrospectiva do estudo, não merecendo considerações detalhadas. Encontrou-se maior frequência de dor intensa nas pacientes com SRA ($p=0,037$). Já em outro estudo comparando a SRA e a dor, ela não foi correlacionada com a presença de cordões linfáticos¹¹.

Outros autores relataram dor ao movimento associado à amplitude limitada de movimento de abdução do ombro (ADM)¹². Usualmente surgem na axila podendo se estender pela região medial do braço, fossa cubital, antebraço, punho e base do polegar ou, ainda, ao longo da parede torácica lateral¹³. No presente estudo, ocorreu severa limitação (0-90°) [Sem SRA: 35,3% (n=12) vs. Com SRA: 41,5% (n=39); $p=0,745$], moderada limitação [Sem SRA: 32,4% (n=12) vs Com SRA: 33 % (n=31) em relação a ADM, principalmente no movimento de abdução e flexão do MS homolateral e os locais onde os cordões estavam presentes variaram de 34% somente na axila, 28% na axila e na região medial do braço e 5,4% na região lateral do tórax.

Foram observados, também, os movimentos de adução, extensão e rotação do ombro, mas sem diferenças significativas em relação a ter ou não SRA.

Após a biópsia do linfonodo sentinela os cordões apresentaram-se menos graves, com sua localização limitada à axila e ao braço medialmente, sem estender-se para o punho¹⁴. Outro estudo mostrou que o aparecimento do linfedema de membro superior não apresenta significância estatística quando correlacionado ao fato de ter ou não a SRA¹⁵.

Em outro estudo com 964 mulheres, com seguimento de 10 anos, mostrou-se que o aparecimento do linfedema de membro superior não esteve relacionado ao fato de ter ou não a SRA. Embora o seguimento do presente estudo tenha sido de cinco anos, o índice de linfedema foi baixo (17%) em relação à presença da SRA, corroborando a ausência de associação entre eles¹⁶.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou a alta prevalência de SRA, a qual esteve associada às limitações de movimento do membro superior e a dor, o que pode prejudicar a qualidade de vida das pacientes. Esses resultados apontam para a necessidade de novos estudos nessa área e de ações preventivas dessa comorbidade, com avaliação da qualidade de vida das pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde. Câncer de Mama: versão para Profissionais de Saúde. 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/profissional-de-saude>
2. Organização das Nações Unidas. Nações Unidas do Brasil. Agência especializada vê aumento do número de mortes por câncer no mundo. 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/agencia-especializada-ve-aumento-do-numero-de-mortes-por-cancer-no-mundo/>
3. Bonnie JN. Clinical features, diagnosis, and staging of newly diagnosed breast cancer. Harvard, 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-diagnosis-and-staging-of-newly-diagnosed-breast-cancer?search=breast%20cancer&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
4. Makdissi FB, Leite FPM, Peres SV, Silva DRM, Oliveira MM, Lopez RVM et al. Breast Cancer Survival in a Brazilian Cancer Center: a Cohort Study of 5,095 Patients. *Mastology*. 2019; 29(1):37-46. Doi: 10.29289/2594539420190000437
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta nº 19 de 3 de julho de 2018. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. Brasília, DF: Governo Federal, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/16/Portaria-Conjunta-n-19--PCDT-Carcinoma-de-Mama.pdf>
6. Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV, Beitsch PD, Whitworth PW, Blumencranz PW, et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2011;305(6):569-575. Doi:10.1001/jama.2011.90
7. Helms G, Kuhn T, Moser L, Rimmel E, Kreienberg R. Shoulder-arm morbidity in patients with sentinel node biopsy and complete axillary dissection e data from a prospective randomised trial. *Eur J Surg Oncol*. 2009;35(7):696-701. Doi: 10.1016/j.ejso.2008.06.013
8. Rezende L, Campanholi L, Tessaro, A. Manual de Condutas e Práticas fisioterapêuticas no câncer de mama da ABFO. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2018.
9. Yeung, WM, Mcphail, SM, Kuys, SS. A Systematic Review of axillary w-eb syndrome (AWS). *J Cancer Surviv*. 2015; 9(4): 576-598. Doi: 10.1007/s11764-015-0435-1.

10. Baggi F, Teixeira LF, Gandini S, Simoncini MC, Bonacossa E, Sandrin F et al. Axillary web syndrome assessment using a self-assessment questionnaire: a prospective cohort study. *Support. Care in Cancer*. 2018; 8(26): 2801-2807. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4123-3>.
11. Figueira PVG, Haddad CAS, de Almeida Rizzi SKL, Facina G, Nazario ACP. Diagnosis of Axillary Web Syndrome in Patients After Breast Cancer Surgery Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Aspects: A Prospective Study. *Am J of Clin Oncol*. 2018; 10(41): 992-996. Doi: 10.1097/COC.0000000000000411.
12. Moskovitz AH, Anderson BO, Yeung RS, Byrd DR, Lawton TJ, Moe RE. Axillary web syndrome after axillary dissection. *Am J Surg*. 2001;181(5):434-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11448437>
13. Wei P, Zhu L, Chen K, Jia W, Hu Y, Su F. Axillary web syndrome following secondary breast-conserving surgery: a case report. *World J Surg Oncol*. 2013; 11 (8). Doi: 10.1186/1477-7819-11-8
14. Koehler LA, Blaes AH, Haddad TC, Hunter DW, Hirsch AT, Ludewig PM. Movement, function, pain, and postoperative edema in axillary web syndrome. *Phys Ther*. 2015; 95 (10):1345–1353. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140377>
15. Wariss BR, Medeiros RC, Pereira AC, Koifman R, Bergmann A. Axillary web syndrome is not a risk factor for lymphoedema after 10 years of follow-up. *Support Care Cancer*. 2017; 25(2): 466-470. Doi: 10.1007/s00520-016-3424-7
16. Bergmann A, Mendes VV, de Almeida Dias R, do Amaral ESB, da Costa Leite Ferreira MG, Fabro EA Incidence and risk factors for axillary web syndrome after breast cancer surgery. *Breast Cancer Res Treat*. 2012; 131(3): 987-992. <https://doi.org/10.1007/s10549-011-1805-7>

6 CONCLUSÃO GERAL

O impacto do tratamento do câncer de mama pode ser intenso no funcionamento físico, social e emocional das mulheres. O resultado deste estudo pode indicar que, apesar dos avanços nas técnicas e tratamentos do câncer de mama, ainda existem prejuízos quanto a diversos aspectos da funcionalidade dos membros superiores, como a síndrome da rede axilar. Dado o aumento previsto no número de sobreviventes de câncer de mama nas próximas décadas, a compreensão desta morbidade, após o tratamento, é extremamente necessária, tendo um alto significado clínico e de saúde pública.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Núcleo Mama Moinhos, intitulada: **“Efeitos da fisioterapia precoce na qualidade de vida de pacientes com câncer de mama”**, que tem como objetivo principal verificar se a intervenção fisioterapêutica precoce tem impacto na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em atendimento no Núcleo Mama Moinhos. A importância dessa pesquisa deve-se ao fato de as pesquisadoras visualizarem a necessidade de acompanhar integralmente o processo perpassado por estas mulheres/ pacientes abordando aspectos relativos ao cotidiano destas.

O trabalho está sendo realizado pelas fisioterapeutas Alessandra Tessaro e Mariana Nolde Pacheco, sob a supervisão e orientação da Médica Oncologista PHD Daniela Dornelles Rosa. Para alcançar os objetivos do estudo serão realizadas as seguintes etapas:

Primeiramente, no início do tratamento fisioterapêutico você irá responder a dois questionários de qualidade de vida nos quais você irá responder algumas perguntas pré-estabelecidas a respeito de sua saúde e de suas atividades diárias. Você irá demorar mais ou menos 15 minutos para responder aos dois questionários. Após quatro atendimentos fisioterapêuticos, você responderá novamente aos dois questionários.

Durante todo o processo serão realizadas avaliações fisioterapêuticas e também serão coletados alguns dados de seu prontuário médico. Os dados de identificação serão confidenciais e o seu nome será preservado. Mesmo que você não aceite participar dessa pesquisa você receberá todo o atendimento fisioterapêutico normalmente no ambulatório, sem prejuízo algum. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelas pesquisadoras principais durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96). Todos os documentos relacionados ao estudo e o processamento computadorizado dos

dados (informações e resultados) serão tratados de forma confidencial e somente números e iniciais identificarão você.

Eu _____

recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.

- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim.

- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com as pesquisadoras: Alessandra Tessaro (celular 51- 9649.8018), Mariana Pacheco (celular 51-8149.0445) no endereço: Rua Ramiro Barcelos 910/11º andar, ou pelos e-mails: marinolde@yahoo.com.br e alessandra_tessaro@yahoo.com.br.

- Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Sérgio Luís Amantéa, Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HMV pelo telefone 51- 3314.3537, endereço Rua Ramiro Barcellos, 910- Bloco D.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____, de _____ de 20__.

Assinatura do entrevistado

Nome:

Assinatura do pesquisador

Nome:

Perimetria dos MMSS

	MSD	MSE
15cm		
10cm		
5cm		
Ponto zero		
5cm		
10cm		
15cm		

Parestesia em ICB (local) (1) não (2) lateral do tórax (3) axila (4) medial do braço

Intercostobraquialgia (local) (1) não (2) lateral do tórax (3) axila (4) medial do braço

Cordões Linfáticos (1) não (2) lateral do tórax (3) axila (4) medial do braço

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)

AVD's	Cuidados pessoais	() sim	() parcial	() não
	Domésticas	() sim	() parcial	() não
	Físicas	() sim	() não	
	Profissionais	() sim	() não	

GONIOMETRIA (Avaliação da ADM) com goniômetro universal, analisar as angulações dos movimentos ativos de flexão, extensão, abdução, rotação interna e rotação externa dos MMSS;

MSD: flexão: _____

MSE: flexão: _____

extensão: _____

extensão: _____

abdução: _____

abdução: _____

adução:_____

adução:_____

rot. Interna:_____

rot. Interna:_____

rot. Externa:_____

rot. Externa:_____

Com dificuldade: () sim () não

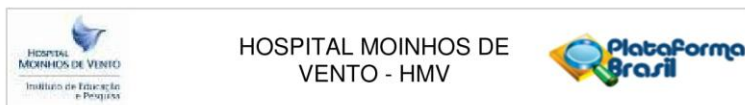
Com dificuldade: () sim ()
não

Em qual movimento?

ANEXOS

ANEXO A

Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITOS DA FISIOTERAPIA PRECOZE NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA.

Pesquisador: Daniela Dornelles Rosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12475213.2.0000.5330

Instituição Proponente: Hospital Moinhos de Vento - HMV

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 229.161

Data da Relatoria: 20/03/2013

Apresentação do Projeto:

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo, sendo o mais comum entre o sexo feminino e representando a primeira causa de morte em mulheres no Brasil. Mulheres submetidas à cirurgia para o tratamento do câncer de mama podem apresentar além das limitações nas atividades de vida diária e da mutilação causada pelo procedimento cirúrgico diversas consequências sociais e emocionais.

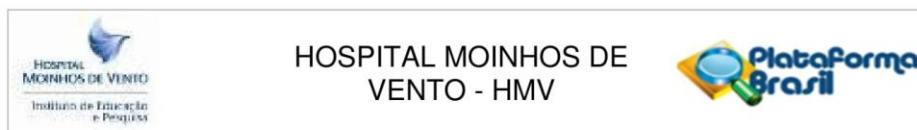
Alterações causadas pelo desconforto físico, alteração da auto-imagem, mudanças no estilo de vida e temor da morte podem trazer um grande impacto psicossocial na mulher com câncer de mama, alterando suas percepções e modificando seu estado de saúde e sua qualidade de vida. O tratamento fisioterapêutico no pós-operatório cirúrgico de mama visa diminuir as complicações decorrentes da cirurgia para tratamento do câncer de mama além da prevenção de possíveis complicações pós-operatórias como o linfedema. Quanto mais precoce a intervenção fisioterapêutica no pós-operatório de câncer de mama, maiores são os ganhos e mais rapidamente é obtida a recuperação funcional da paciente.

Metodologia Proposta:

DELINEAMENTO DO ESTUDO Estudo - quase-experimental do tipo antes e depois.

LOCAL E DURAÇÃO DO ESTUDO - A pesquisa será realizada no Núcleo Mama do Hospital Moinhos de Vento. A coleta de dados do estudo terá duração de doze meses.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D
Bairro: Floresta **CEP:** 90.035-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br



AMOSTRA DO ESTUDO - O estudo será composto pelas pacientes que ingressarem e permanecerem em tratamento fisioterapêutico no Núcleo Mama durante o período da coleta de dados. Participarão da pesquisa aquelas mulheres que, depois de orientadas acerca dos objetivos e metodologia do estudo, concordarem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Considerando um número aproximado de 8 novos encaminhamentos mensais de pós operatório ao ambulatório de fisioterapia, e planejando-se um acompanhamento fisioterápico de 4 atendimentos após a intervenção, o universo total seria composto por aproximadamente 48 mulheres.

MÉTODOS DE COLETA DOS DADOS - Os instrumentos utilizados durante o estudo serão os questionários de qualidade de vida para pacientes com câncer (EORTC QLQ- C30) e o questionário de qualidade de vida específico para câncer de mama (EORTC QLQ-BR23). O EORTC QLQ-C30 é um instrumento amplamente utilizado para avaliar a qualidade de vida em pacientes oncológicos, devidamente validado para a população brasileira.

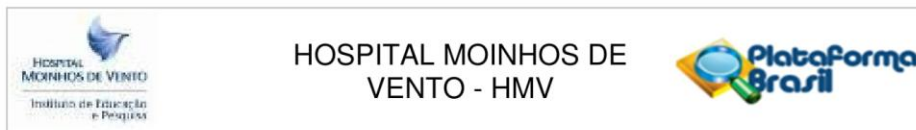
O instrumento é composto por 30 perguntas relacionadas a cinco escalas funcionais: função física, cognitiva, emocional e social e desempenho de papel, três escalas de sintomas: fadiga, dor e náusea e vômito, além de uma escala de estado geral de saúde e itens com sintomas adicionais (comumente relatados por pacientes com câncer) como: dispnéia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia, além de um item de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença. Já o EORTC QLQ- BR23 é um questionário complementar ao EORTC QLQ- C30, composto por 23 questões específicas sobre qualidade de vida em

câncer de mama incorporadas em escalas multi-itens para mensurar os efeitos colaterais da quimioterapia, sintomas relacionados ao braço e a mama, imagem corporal e função sexual além de itens para expor a satisfação sexual, o distúrbio pela perda de cabelo e as perspectivas futuras.

Os questionários de qualidade de vida são auto-aplicáveis e serão realizados em dois momentos distintos. A primeira aplicação será realizada no ingresso da mulher ao tratamento fisioterapêutico. Após a realização de quatro atendimentos, os mesmos instrumentos serão aplicados novamente. Os questionários têm duração de aproximadamente 15 minutos e a aplicação dos mesmos será realizada na sala de atendimento da fisioterapia no Núcleo Mama. Junto aos questionários de qualidade de vida, será realizada a avaliação fisioterapêutica, onde serão coletados dados referentes ao estado clínico e físico das pacientes. Os atendimentos fisioterapêuticos seguirão um protocolo de condutas realizadas de acordo com a condição clínica das pacientes.

Critérios de inclusão:

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D
Bairro: Floresta **CEP:** 90.035-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br



HOSPITAL MOINHOS DE VENTO - HMV

- a) Idade igual ou superior a dezoito anos de idade.
- b) Diagnóstico de câncer de mama em estágio inicial.
- c) Realização de abordagem cirúrgica na axila como parte do tratamento do câncer de mama, com pós-operatório máximo de 15 dias.
- d) Concordância com os objetivos da pesquisa e assinatura do TCLE.

Critérios de exclusão:

- a) Câncer de mama com presença de metástase.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

- Verificar se a intervenção fisioterapêutica precoce tem impacto na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama atendidas no Núcleo Mama do Hospital Moinhos de Vento.

Objetivos específicos:

- Avaliar a prevalência da formação de cordões linfáticos de acordo com o tipo de cirurgia realizada na axila.
- Associar os dados dos questionários de qualidade de vida com as medidas da avaliação fisioterapêutica.
- Comparar as mudanças da qualidade de vida das pacientes ao ingressarem e finalizarem a fisioterapia de acordo com os diferentes instrumentos propostos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo não apresenta riscos para a saúde das mulheres avaliadas.

Visa contribuir para uma melhor assistência e atendimento para mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para o câncer de mama.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa atende diretrizes e normas da Resolução 196/96, a saber: voluntariedade, TCLE, sigilo e confidencialidade das informações, ponderação entre riscos e benefícios, adequação aos princípios científicos.

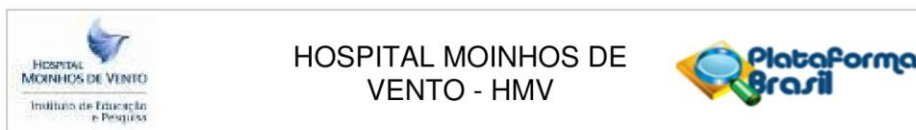
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE escrito em linguagem clara e acessível, termos de apresentação obrigatória presentes e adequados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D
 Bairro: Floresta CEP: 90.035-001
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3314-3537 E-mail: cep.iep@hmv.org.br



HOSPITAL MOINHOS DE VENTO - HMV

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a referir.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este projeto de pesquisa foi APROVADO na sua totalidade, seguindo as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os aspectos que foram considerados para que esta decisão fosse tomada constam no parecer anexo. O projeto de pesquisa poderá ser iniciado e toda e qualquer alteração no projeto deverá ser comunicada ao CEP/IEP-AHMV, assim como relatórios semestrais e finais, notificação de eventos adversos e eventuais emendas ou modificações no protocolo.

PORTO ALEGRE, 25 de Março de 2013

Assinador por:
Sérgio Luís Amantéa
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D
Bairro: Floresta **CEP:** 90.035-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br