

Lorena Pinheiro Loureiro

Faculdade Estácio do Ceará - Estácio/FIC
lorenapineiroloureiro@yahoo.com.br

Thiago Brasileiro de Vasconcelos

Universidade Federal do Ceará - UFC
thiagobvasconcelos@hotmail.com

Maria Elizângela Vieira Martins

Faculdade Estácio do Ceará - Estácio/FIC
elizangelavmartins@yahoo.com.br

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro

Faculdade Estácio do Ceará - Estácio/FIC
cleo_sbf@yahoo.com.br

Raimunda Hermelinda Maia Macena

Universidade Federal do Ceará - UFC
lindamacena@gmail.com

Vasco Pinheiro Diógenes Bastos

Faculdade Estácio do Ceará - Estácio/FIC
vascodiogenes@yahoo.com.br

Ananguera Educacional Ltda.

Correspondência/Contato
Alameda Maria Tereza, 4266
Valinhos, São Paulo
CEP 13.278-181
rc.ipade@aesapar.com

Coordenação
Instituto de Pesquisas Aplicadas e
Desenvolvimento Educacional - IPADE

Artigo Original
Recebido em: 08/03/2012
Avaliado em: 09/03/2012

Publicação: 8 de outubro de 2012

INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES PULMONARES EM MULHERES MASTECTOMIZADAS NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO

RESUMO

O câncer de mama é o segundo de maior prevalência no Brasil. As mulheres que se submetem à cirurgia de retirada da mama podem apresentar algumas complicações como: cicatrizes, linfedema e acreditam apresentar problemas respiratórios. Objetivamos verificar a incidência de complicações pulmonares em mulheres mastectomizadas no pós-operatório imediato. Este estudo descritivo e seccional, de cunho documental com estratégia de análise quantitativa dos resultados avaliou 19 prontuários de pacientes submetidas à cirurgia de mastectomia. Foi verificado que o tipo de cirurgia mais presente foi a mastectomia radical com esvaziamento axilar, a tosse esteve presente em 5,2% (n=1) das pacientes, entretanto não houve complicação pulmonar em nenhuma das mulheres em estudo. Pode-se concluir que as mulheres mastectomizadas não apresentaram complicações pulmonares no pós-operatório imediato.

Palavras-Chave: mastectomia; complicação pulmonar; fisioterapia.

ABSTRACT

The breast cancer has the second bigger prevalence in Brazil. The women whom are submitted to the breast removal surgery can present some complications as: scars, lymphedema and believe to present respiratory problems. This study aimed to determine the incidence of pulmonary complications in women with mastectomies in the immediate postoperative period. The work consisted in a study descriptive, sectional in nature documentary with a strategy for the quantitative analysis of the results evaluated 19 charts of patients undergoing mastectomy surgery. It was found that the more this type of surgery was radical mastectomy with axillary dissection, the cough was present in 5,2% (n=1) of the patients, however there were no pulmonary complications in any of the women in the study. It can be concluded that women who had mastectomies had no pulmonary complications in the immediate postoperative period.

Keywords: mastectomy; pulmonary complications; physiotherapy.

1. INTRODUÇÃO

O corpo humano é formado por células que se desenvolvem em tecidos e órgãos. As células normais se dividem, amadurecem e morrem, no intuito de se renovar a cada ciclo. O câncer se instala quando as células deixam de seguir esse processo natural, sofrendo mutações que podem desencadear danos em um ou mais genes de uma única célula (BRASIL, 2007a).

Quando a proliferação dessas células é anormal, mas existe um limite é definido como um tumor benigno, e quando o crescimento é desordenado e as células têm a capacidade de se espalhar pelo organismo é considerado como maligno (LEITE; OLIVEIRA; RIBEIRO, 2002).

O câncer é uma doença que não escolhe a parte do corpo que irá aparecer, podendo ser de várias formas. Caracteriza-se pela sua multiplicação descontrolada das células e sua capacidade de disseminação pelos órgãos, que é causada por mudança genética e influência ambiental (LEITE; OLIVEIRA; RIBEIRO, 2002).

Os tumores malignos têm a capacidade de se espalhar através de várias maneiras: por extensão direta (o tumor se desenvolve dentro do tecido de origem, podendo estender-se diretamente para envolver tecidos adjacentes); por disseminação metastásica (via linfática e venosa). Os órgãos que geralmente são envolvidos pelas metástases são: linfonodos regionais, pele, osso, fígado, pulmão e cérebro (CAMARGO; MARX, 2000).

Guirro e Guirro (2004) destacam que o câncer de mama é uma doença crônica degenerativa e apresenta uma evolução prolongada. As células cancerosas têm uma grande capacidade de proliferar e é uma doença que está relacionada com debilidades e mutilações devido ao seu alto poder de propagação, levando a danos significativos quanto aos aspectos físicos, psicológicos e estéticos (GUIRRO; GUIRRO, 2004).

O câncer de mama representa nos países ocidentais uma das principais causas de morte em mulheres. As estatísticas indicam o aumento de sua frequência tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes. No Brasil, o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres (FAPESP, 2004).

Em 2008, a estimativa para novos casos de câncer de mama esperados para o Brasil era de 49.400, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL,

2008). Em relação às taxas de incidência para cada região: norte 15,2%, nordeste 27,2%, centro oeste 38%, sudeste 70,5% e sul 69%. Para todos os tumores, em ambos os sexos, são observados relação média, em que para cada óbito tem três casos novos de câncer no período de um ano. Estudos realizados com pacientes do INCA mostram que para os tumores da mama a taxa de sobrevivência geral, no período de cinco anos, foi de 52% (BRASIL, 2007a).

Os principais fatores de risco para o câncer de mama estão ligados a aspectos endócrinos, idade e fatores genéticos (GOLDMAN; AUSIELLO, 2005; BRASIL, 2007b; ADAMI; HUNTER; TRICHOPOULOS, 2008):

1. Os aspectos endócrinos estão relacionados principalmente ao estímulo estrogênico, seja endógeno ou exógeno, com aumento do risco quanto maior for o tempo de exposição.
2. Mulheres com história de menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos), menopausa tardia (após os 50 anos), primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade e terapia de reposição hormonal pós-menopausa, principalmente se prolongada por mais de cinco anos.
3. História familiar de câncer, principalmente em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos, exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 40 anos, a ingestão regular de bebida alcoólica, mesmo que em quantidade moderada (30g/dia), obesidade, principalmente quando o aumento de peso se dá após a menopausa, e sedentarismo, são importantes fatores de risco para o câncer de mama.

Para realização do tratamento adequado deve-se primeiramente realizar avaliação individual e criteriosa de cada paciente. Utilizando-se de parâmetros, que são: características do tumor, da paciente e da fase que é diagnosticada (BARACHO, 2002).

A cirurgia constitui uma das etapas mais importante do tratamento, embora a terapia adjuvante como quimioterapia, hormonioterapia, radioterapia, imunoterapia ou associação das mesmas sejam muito utilizadas para retirar qualquer resquício de células neoplásicas (GOLDMAN; AUSIELLO, 2005).

Algumas complicações no pós-operatório de câncer de mama são: dor, alteração postural, fadiga, hipotrofia, estiramento do plexo braquial, complicações cicatriciais, complicações linfáticas e problemas respiratórios (CAMARGO; MARX, 2000; BERGMANN et al., 2006).

Dependendo da extensão do tumor o músculo peitoral é retirado, ocorrendo uma redução da força ativa do membro envolvido. A biomecânica do ombro é alterada e é utilizado um movimento compensatório, com os músculos trapézio superior e levantador da escápula (GUIRRO; GUIRRO, 2004).

A presença do bloqueio torácico pode apresentar disfunções respiratórias devido à dor, ao medo, à fibrose e/ou aderência cicatricial ou às retrações musculares. Com os avanços das técnicas de irradiação, de uma maneira bem rara pode ocorrer complicação pulmonar pela modificação da trama pulmonar irradiada, que se esclerosa. As lesões do pulmão irradiado são representadas por seqüela obstrutiva e broncorréia (CAMARGO; MARX, 2000).

Devido à proximidade entre o pulmão e a área afetada e o decorrente desconforto resultante do procedimento invasivo, em que o déficit muscular pela cirurgia pode comprometer a biomecânica respiratória, pacientes que realizam tratamento cirúrgico de retirada da mama fazem uma subutilização do pulmão comprometendo o órgão.

Entretanto, pacientes submetidas a procedimentos realizados no tórax, podem apresentar um padrão restritivo com diminuição da capacidade inspiratória e capacidade residual funcional (PORTER, 2005).

O acompanhamento do fisioterapeuta pode minimizar as complicações pulmonares infecciosas ou não-infecciosas. A fisioterapia tem como objetivo educar o paciente, melhorar o volume e capacidades pulmonares, prevenir retenção de secreções, manutenção da amplitude de movimento do ombro e mobilização precoce (PORTER, 2005).

A reabilitação física e psicossocial, para essas mulheres, não se esgotam com o fim dos procedimentos cirúrgicos, quimio e radioterápicos, pesquisas abordando o período pós-tratamento são cada vez mais requeridas, a fim de conhecer minuciosamente suas especificidades e necessidades. Acrescenta-se a isso, o fato de que os tratamentos anti-neoplásicos evoluíram muito nas últimas décadas e estão se tornando extremamente sofisticados e resolutivos, o que resulta em aumento da sobrevivência e, conseqüentemente, em uma preocupação crescente com a qualidade de vida dos pacientes que sobrevivem ao câncer (SILVA; SANTOS, 2008).

Como diariamente, diversos pacientes são submetidos ao procedimento da mastectomia, seria viável realizar um estudo avaliando possíveis complicações decorrentes da mesma, pois poderia auxiliar os profissionais da saúde no tratamento apropriado aos pacientes em recuperação.

Esse estudo teve como objetivo geral verificar a incidência de complicações pulmonares em mulheres mastectomizadas no pós-operatório imediato e como objetivos específicos: caracterizar o perfil epidemiológico das mulheres mastectomizadas e verificar a aplicação da fisioterapia na prevenção e tratamento das complicações pulmonares em mulheres mastectomizadas no pós-operatório imediato.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e seccional, de cunho documental com estratégia de análise quantitativa dos resultados.

A análise documental em pesquisa deve ser apreciada e valorizada. A riqueza de informações que podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Os dados foram obtidos em um hospital de referencia terciária na área de atenção à saúde da mulher e da criança da rede publica de saúde do estado do Ceará. A coleta de dados ocorreu entre agosto a outubro de 2007, conforme aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital-escola em que ela foi realizada (protocolo nº: 37/07).

Foram incluídos os prontuários de pacientes submetidas à cirurgia de mama no período de janeiro de 2006 a outubro de 2007, independente da idade e do tipo de cirurgia. A amostra foi selecionada a partir dos prontuários de 19 mulheres que realizaram mastectomia radical, e estiveram internadas em um hospital-escola na cidade de Fortaleza/CE. O prontuário da paciente foi verificado no 1º e no 7º dia pós-operatório, registrando nestes dois momentos os dados coletados no prontuário. Destaca-se que os registros nos prontuários foram realizados pelos diversos profissionais (Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Nutricionistas) que atuam no pós-operatório imediato de mastectomia, como forma de promover meios de comunicação entre os mesmos e assegurar continuidade nos tratamentos propostos.

As variáveis abordadas foram sobre dados sócio-demográficos das mulheres, complicações pulmonares, tempo de pós-operatório, tipo de mastectomia, realização da fisioterapia ou não e estadiamento do câncer (BRASIL, 2012).

Foi realizada uma análise estatística descritiva com a utilização do *software* Microsoft Office Excel 2007, sendo os resultados apresentados em forma de quadros e tabelas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A distribuição das idades das pacientes que participaram do atual estudo é caracterizada por uma media de 50,32 anos ($\pm 13,28$). Boff e Wisintainer (2006), destacam que o câncer mamário aumenta com a idade das mulheres e variam conforme o país. O estudo de Luini, Costa e Andreoli (2000) destaca que as mulheres com o diagnóstico de câncer de

mama têm em maior número na faixa etária dos 50-54 anos, coincidindo com a menopausa.

Na análise dos prontuários foi possível verificar que a mama direita foi a mais acometida com 57,90% (n=11). No estudo de Maieski e Sarquis (2007), a mama direita foi a mais acometida com uma proporção de 50% (n=11), seguido de 41% (n=9) da mama esquerda e de 9% (n=2) de casos bilaterais. No entanto, no estudo de Panobianco e Mamede (2002); Gozzo (2008) a mama esquerda foi a mais acometida (58,8%; n=10), o que pode ser explicado por Entrekin (1997) quando afirma que a mama esquerda é considerada a mais atingida por nódulos indolores ou espessamento de massa.

Quanto reportado ao tipo de cirurgia de mastectomia realizada foi detectado que a mastectomia radical com esvaziamento axilar ocorreu em 47,37% (n=9) das mulheres, a cirurgia mastectomia radical modificada foi realizada em 26,32% (n=5), à cirurgia de Madden em 21,05% (n=4) das mulheres mastectomizadas e apenas 5,26% (n=1) dos prontuários das pacientes estudadas referiram que o procedimento cirúrgico foi do tipo Patey (Tabela 1). Nossos dados vão ao encontro do que Boff e Wisintainer (2006) destacam quanto ao tipo de cirurgia, pois eles referem que a mais utilizada é a mastectomia radical modificada e Luini, Costa e Andreoli (2000) acrescentam que a mastectomia radical com esvaziamento axilar vem sendo reduzida pelo fato de estar relacionada a neoplasias com grande dimensão. O problema da cirurgia mutiladora é muitas vezes a ocorrência de alterações psíquicas, envolvendo morbidades e a interferência na qualidade de vida na mulher, o que levou à uma mudança de conduta cirúrgica (MAIESKI; SARQUIS, 2007).

Tabela 1. Distribuição dos dados de acordo com o tipo de cirurgia realizada nas pacientes dos prontuários em estudo.

Tipo de Cirurgia	f	%
Mastectomia radical com esvaziamento axilar	9	47,37
Mastectomia radical modificada	5	26,32
Madden	4	21,05
Patey	1	5,26
Total	19	100,0

Ao verificar a presença de tosse nas pacientes durante o seu pós-operatório de mastectomia, foi detectado que a mesma no 1º pós-operatório ocorreu em 5,26 % (n=1) dos casos, porém a sua ausência no 7º dia após a cirurgia ocorreu em 100% (n= 19) dos prontuários analisados. Com relação à presença de complicações pulmonares no pós-operatório de mastectomia, independente do tipo, foi verificado que 100% (n=19) da amostra não apresentavam complicações entre o 1º e 7º dia de pós-operatório. Estes achados diferem de outros locais do Brasil e do mundo. Light (1995) *apud* Torres (2005)

relata que os números de derrame pleural na América do Norte em relação à neoplasia de mama são de 50.000 casos.

Uma complicação frequente em pacientes acamados é a atelectasia, que é o fechamento parcial ou total do alvéolo, resultando em uma diminuição da capacidade residual funcional (CRF), da respiração superficial e diminuição dos movimentos ativos e mudanças de decúbito. Outro sintoma comum é a dispnéia, ocorrendo em 45 a 70% dos pacientes com câncer avançado, sendo definida como uma sensação subjetiva e desconfortável de falta de ar quando a demanda de oxigênio é maior que o suprimento. Outra complicação pulmonar em pacientes acamados é o acúmulo de secreção pulmonar devido à diminuição da movimentação do transporte mucociliar e enfraquecimento da tosse (MARCUCCI, 2005).

Os meios fisioterapêuticos para o manejo da dispnéia são exercícios de controle respiratório, manobras para que promova expansão pulmonar, orientações sobre gasto energético, relaxamento e alívio da tensão muscular gerada pelo esforço respiratório (MARCUCCI, 2005; PRESTO; PRESTO, 2006). Quando ocorre a queda da saturação para menos de 85% em ar ambiente, durante o repouso, a oxigenioterapia e a ventilação não-invasiva são indicadas, podendo utilizar alguns recursos como: Máscara de Venturi (MV), respiração por pressão positiva intermitente (RPPI), pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) ou pressão positiva com níveis alternados (BiPAP) (MARCUCCI, 2005; FERREIRA, 2012).

A fisioterapia no pós-operatório imediato deverá ser iniciado com exercícios de membro superior e cervical, posturais e respiratórios, devido a mulher mastectomizada apresentar limitação na articulação do ombro para movimentos de abdução e flexão anterior, como também rotação externa associada a abdução. O fisioterapeuta poderá realizar alguns procedimentos no braço homolateral à cirurgia, como apoiá-lo no travesseiro elevando para diminuir a formação do edema, bem como exercícios com amplitude até 90°, movimento de cotovelo e cervical, para não tensionar, aliviando possíveis dores (CAMARGO; MARX, 2000; BERGMANN et al., 2006).

A prevenção deve ser sempre considerada na atuação fisioterapêutica, antecipar possíveis complicações é de responsabilidade de todos os profissionais envolvidos, implementando as medidas preventivas necessárias e aconselhando os pacientes e familiares para evitar sofrimentos desnecessários (MARCUCCI, 2005).

Também foi analisada a ocorrência de tratamento fisioterápico no pós-operatório de extração da mama com o propósito de evitar maiores complicações na recuperação das pacientes, porém, 94,74% (n=18) não realizaram esse tipo de tratamento durante a sua

internação. Bergmann et al. (2006) afirmam que o fisioterapeuta tem um papel importante na prevenção de complicações pós-operatórias, retorno às atividades de vida diária e melhora da qualidade de vida em mulheres mastectomizadas. O programa de reabilitação deve ser iniciado em todas as fases do câncer da mama: pré-tratamento (diagnóstico e avaliação); durante o tratamento (quimioterapia, radioterapia, cirurgia, e hormônioterapia); após o tratamento (período de seguimento); na recorrência da doença e nos cuidados paliativos.

Boff e Wisintainer (2006) acrescentam que a atuação do fisioterapeuta deve ser iniciada nas primeiras 24h de pós-operatório, realizando uma avaliação funcional e obedecendo o limite do paciente. Complementando as idéias dos autores Guirro e Guirro (2004) ressaltam que o crescente número de mulheres que procuram a fisioterapia, apresentaram melhora da sua qualidade de vida, conseguindo respostas importantes, dados esses não apresentados na nossa pesquisa.

Entretanto, foi possível verificar que outras complicações surgiram, tais como: 42,10% (n=8) das pacientes apresentaram dor na incisão cirúrgica, 21,05% (n=4) estavam com dor intensa no ombro do lado da cirurgia, 15,79% (n=3) estavam com dor na cervical que irradiava para o ombro, 10,52% (n=2) tiveram parestesia no membro superior homolateral à cirurgia e apenas em 5,26% (n=1) dos prontuários das pacientes estudadas apresentaram as seguintes complicações: edema nas extremidades, área eritematosa com rubor, calor e prurido na região dorsal, empachamento e edema de membro superior homolateral à cirurgia (Tabela 2). Confirmando algumas complicações das pacientes no estudo Guirro e Guirro (2004) afirmam que as mulheres mastectomizadas apresentam dores no nível da incisão e na região cervical e cintura escapular. No entanto, Luini, Costa e Andreoli (2000) ressaltam que as complicações precoces mais conhecidas são: dor no ombro à palpação; dor periescapular, devido ao posicionamento no leito; limitação na articulação do ombro; hipotrofia e fibrose do músculo peitoral; distúrbios circulatórios da articulação superior; fibroesclerose; ombro alado; estiramento do plexo braquial e sintomas intercostobraquiais. Contudo, essas complicações poderiam ser amenizadas se ocorresse a atuação da fisioterapia no pós-operatório imediato, pois somente em 5,26% (n=1) dos pacientes realizaram a fisioterapia no ambiente hospitalar.

Tabela 2. Distribuição dos dados de acordo com outras complicações apresentadas no período de internação dos prontuários das pacientes estudadas.

Complicações não pulmonares	f	%
Dor intensa no ombro	4	21,05
Dor na incisão cirúrgica	8	42,10
Dor na cervical irradiando para o ombro	3	15,79
Edema nas extremidades	1	5,26
Parestesia no MS homolateral à cirurgia	2	10,52
Área eritematosa com rubor, calor e prurido na região dorsal	1	5,26
Empachamento	1	5,26
Edema de MS homolateral à cirurgia	1	5,26

Para verificar a extensão do tumor retirado da mama das pacientes (Tabela 3), utilizamos a classificação baseada no sistema TNM (tumor, nódulo, metástase), um sistema de estadiamento completo da patologia, pois segundo Camargo e Marx (2002) através do estadiamento podemos avaliar o acometimento da doença e observar possíveis complicações.

Pode-se detectar que tumor T2 (2,1 a 5cm de diâmetro) ocorreu em 31,58% (n=6) dos casos estudados; 31,58% (n=6) tinham extensão T3 (maior que 5cm); 10,52% (n=2) das mulheres que foram submetidas a cirurgia tiveram Tx (tumor primário não pode ser avaliado), T4b (edema ou ulceração de pele da mama, ou nódulos cutâneos satélites restritos à mesma mama) e T1b (0,6 a 1,0 cm de extensão); T1 (menor que 2cm em sua maior dimensão) e T4 (tumor de qualquer tamanho com extensão) em apenas 5,26% (n=1) cada.

Quando verificado a ausência ou presença de metástase à distância nas pacientes que foram realizadas a mastectomia e ao retalho retirado no procedimento, ocorrendo 63,16% (n=12) para Mx (metástase que não pode avaliar), com 31,58% (n=6) para as que apresentaram M0 (ausência de metástase à distância) e apenas 5,26% (n=1) dos casos foi detectado a presença de metástase com M1 (metástase à distância).

Ao ser verificado nas descrições de nódulos linfáticos (N0 ausência de metástase em linfonodos regionais; N1, N2, N3 comprometimento crescente dos linfonodos regionais), que estavam próximos ao tumor retirado na cirurgia, as ocorrências de N0 e N1 foram em 31,58% (n=6) dos prontuários, para cada, os de N2, N3a e N3 foram 10,52% (n=2) para cada e em apenas 5,26% (n=1) dos casos foi observado os linfonodos N1a.

No estudo de Panobianco e Mamede (2002), utilizando o sistema de classificação União Internacional Contra o Câncer (UICC) que incorporou a classificação TMN

(COSTA, 2005), das mulheres com câncer de mama que se submeteram a cirurgia, uma (5,9%) apresentava estadiamento clínico Ia (invasão local inicial) duas mulheres (11,8%) IIa (tumor primário limitado ou invasão linfática regional mínima;), e três mulheres (17,7%), IIb. Em estadiamentos mais avançados, atingindo o nível III (tumor local extenso ou invasão linfática regional extensa), identificaram quatro mulheres (23,6%) com o tumor em estágio IIIa e cinco mulheres (29,5%) em estágio IIIb. Duas mulheres (11,8%) apresentavam metástase à distância, enquadrando-se no estágio clínico IV (tumor localmente avançado ou presença de metástase). Gozzo (2008) destacou que o estágio clínico do câncer de mama mais observado em seu estudo foi o IIIa (34,7%; n=25), seguido por IIIb (27,7%; n=20), IIb (21%; n=15) e IIa (16,6%; n=12).

Tabela 3. Distribuição dos dados relacionados ao estadiamento da doença nas pacientes que foram submetidas ao procedimento cirúrgico da retirada da mama de acordo com a classificação baseada no sistema TNM.

TMN	<i>f</i>	%
Extensão do Tumor		
Tx	2	10,52
T1b	1	5,26
T1	1	5,26
T2	6	31,58
T3	6	31,58
T4	1	5,26
T4b	2	10,52
Metástase		
Mx	12	63,16
M0	6	31,58
M1	1	5,26
Nódulos Linfáticos		
N0	6	31,58
N1	6	31,58
N2	2	10,52
N3a	2	10,52
N3	2	10,52
N1a	1	5,26

Os dados sobre o estadiamento do câncer em nosso estudo bem como em outros na literatura nacional, indicam altas taxas em estados avançados, necessitando de maiores esforços na implementação de programas voltados à prevenção primária. A detecção precoce aumenta a eficácia do tratamento e a sobrevida, proporcionando uma melhor qualidade de vida (GOZZO, 2008).

Como limites do estudo destacamos a realização da pesquisa em um único hospital da rede pública de Fortaleza/CE, entretanto, destacamos que o mesmo foi realizado em um hospital de referência terciária na área de atenção à saúde da mulher e da criança, outra potencial limitação foi o tamanho da amostra, mesmo assim, ressaltamos que os objetivos iniciais do estudo foram atingidos, futuramente pesquisas multicêntricas devem ser realizadas abrangendo uma maior amostra e a percepção por parte dos pacientes, com o intuito de evidenciar os avanços no pós-operatório e nos cuidados que envolvem este tipo de paciente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os resultados deste estudo, podemos concluir que não houveram complicações pulmonares no pós-operatório imediato em cirurgia por câncer mamário. Entretanto, deve-se ressaltar que todas as pacientes apresentaram outras complicações não pulmonares, tais como: dor na incisão cirúrgica; dor intensa no ombro; dor na cervical que irradiava para o ombro; parestesia no membro superior homolateral à cirurgia; edema nas extremidades; área eritematosa com rubor, calor e prurido na região dorsal; empachamento e edema de membro superior homolateral à cirurgia.

As conclusões obtidas podem contribuir como forma de auxílio científico e também como estímulo a realização de outras pesquisas que comprovem a atuação da fisioterapia nos pós-operatório de câncer de mama. Deve-se conscientizar oncologistas e mastologistas no sentido de incluir em seu protocolo o tratamento fisioterapêutico no ambiente hospitalar, como medida para prevenção e tratamento de complicações e sequelas comuns a essa cirurgia.

REFERÊNCIAS

ADAMI, H.; HUNTER, D.; TRICHOPOULOS, D. **Textbook of Cancer Epidemiology**. 2.ed. Oxford University Press, 2008.

BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia**: aspectos de ginecologia e neonatologia. 3.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

BERGMANN, A.; RIBEIRO, M.J.P.; PEDROSA, E.; NOGUEIRA, E.A.; OLIVEIRA, A.C.G. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III / INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 52, n. 1, p. 97-109, 2006.

BOFF, R.A.; WISINTAINER, F. *Mastologia Moderna: abordagem multidisciplinar*. Caxias do Sul: Mesa Redonda, 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Situação do câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 16 fev. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Resumo. **Alimentos, Nutrição, Atividade Física e Prevenção do Câncer**. Uma perspectiva global. Tradução de Athayde Handson Tradutores. Rio de Janeiro, 2007b, 12 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Brasília; 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **TNM**: classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6.ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tratamento/tnm/tnm2.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2012.

CAMARGO, M.C.; MARX, Â.G. **Reabilitação física no câncer de mama**. São Paulo: Roca, 2000.

ENTREKIN, N. Câncer de mama. In: CLARK, J.C.; MCGEE, R.F. **Enfermagem oncológica: um currículo básico**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

FAPESP. Descoberta importante sobre o câncer. **Jornal O Povo** [Caderno Ciência e Saúde], Fortaleza-CE, p. 2, 5 set. 2004.

FERREIRA, A.F. Oxigenoterapia. Disponível em: <<http://www.aguaviva.mus.br/enfermateca/Artigos/Oxigenoterapia.htm>>. Acesso em: 29 fev.2012.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Tratado de Medicina Interna**. v.2. 22.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

GOZZO, T.O. **Toxicidade ao tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama**. 113f. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

GUIRRO, E.C.O.; GUIRRO, R.R. **Fisioterapia Dermato-Funcional**. 3.ed. São Paulo: Manole, 2004.

LEITE, R.C.; OLIVEIRA, C.; RIBEIRO, L. **Câncer de Mama: Prevenção e Tratamento**. São Paulo: Ediouro, 2002.

LUINI, A.; COSTA, A.; ANDREOLI, C. **Mastologia Oncológica**. Itália: Medsi, 2000.

MAIESKI, V.M.; SARQUIS, L.M.M. Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 3, p.346-352, 2007.

MARCUCCI, F.C.I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.

PANOBIANCO, M.S.; MAMEDE, M.V. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 544-551, 2002.

PORTER, S. **Fisioterapia de Tidy**. 13.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

PRESTO, B.; PRESTO, L.D.N. **Fisioterapia na UTI**. Rio de Janeiro: BP, 2006.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SILVA, G.; SANTOS, M.A. "Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. **Texto contexto - enferm.**, v. 17, n. 3, 2008.

TORRES, B.S. **Pneumologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Lorena Pinheiro Loureiro

Fisioterapeuta graduada pela Faculdade Estácio do Ceará.

Thiago Brasileiro de Vasconcelos

Fisioterapeuta graduado pela Faculdade Estácio do Ceará. Mestrando em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará.

Maria Elizângela Vieira Martins

Fisioterapeuta graduada pela Faculdade Estácio do Ceará.

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro

Fisioterapeuta. Mestrado em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Docente da Faculdade Estácio do Ceará - Estácio/FIC.

Raimunda Hermelinda Maia Macena

Enfermeira. Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará - UFC; Docente da Universidade Federal do Ceará - UFC.

Vasco Pinheiro Diógenes Bastos

Fisioterapeuta. Doutor em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da Faculdade Estácio do Ceará - Estácio/FIC.