

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:
A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Monografia Final de Curso

Dissecção Axilar Vs Biopsia Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidas a cirurgia
por cancro da mama

Universidade Atlântica - Escola Superior de Saúde Atlântica

Licenciatura em Fisioterapia – 3º Ano

Seminário de Monografia I e II

Ano Lectivo 2011-2012

Elaborado por: Ana Margarete Martins Mendes Fonseca Clemente – 200691328

Orientadora: Professora Carla Martinho Neto

Barcarena, Abril de 2012

Ana Clemente – Abril de 2012 – Universidade Atlântica

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório.

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero dedicar este trabalho à minha mãe, que ao longo de muitos anos sobreviveu a esta doença e apesar de todos os obstáculos transmitiu sempre uma alegria e uma vontade enorme de viver. Com ela aprendi a amar, a respeitar os outros e a ser uma pessoa melhor.

Tenho que agradecer ao meu irmão, tios e namorado pela força que me deram ao longo do meu percurso universitário e de vida e por estarem sempre presentes quando foi necessário. Agradeço pela confiança e pelo amor demonstrado.

Agradeço à minha Orientadora e Professora Carla Martinho Neto, pela compreensão pela demora da realização do trabalho e na ajuda a realiza-lo.

Quero agradecer aos colegas que conheci ao longo dos anos universitários e com os quais criei laços de amizade muito fortes e que me apoiaram incondicionalmente, demonstrando sempre que teria capacidade de concluir este trabalho e finalizar então a licenciatura em fisioterapia.

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Resumo e Palavras-Chave

Introdução: O cancro da mama é o mais comum nas mulheres e provavelmente o mais temido, comprometendo-as física, mental e socialmente. Após cirurgia ocorrem diversas complicações clínicas sendo de extrema importância compreendê-las, a fim de contribuir para uma melhor recuperação destas mulheres.

Objetivos: Analisar as complicações linfáticas e funcionais precoces em mulheres submetidas a cirurgia por biopsia do gânglio de sentinela relativamente a um grupo de mulheres submetidas a esvaziamento ganglionar axilar.

Metodologia: É um estudo descritivo com um desenho transversal, com uma amostra de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico, por biopsia do gânglio de sentinela (Grupo teste) ou a esvaziamento axilar (Grupo de controlo), terá um único momento avaliativo, com um tempo de pós-operatório entre as quatro a seis semanas e será realizado no serviço de Ginecologia do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca. Serão avaliados os seguintes parâmetros, a dor através da escala numérica, as amplitudes articulares do ombro e cotovelo através do goniómetro, o linfedema através de perimetria, a cicatriz é avaliada por palpação e com a fita métrica o seu tamanho, a funcionalidade do membro superior, será avaliada através da *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (DASH), a qualidade de vida pelo questionário *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast* (FACT-B).

Conclusão: A dissecação axilar está associada a uma maior morbilidade em comparação à biopsia do gânglio de sentinela. A fisioterapia é recomendada para melhorar a recuperação física da mulher, diminuir o risco de complicações no período pós-operatório e, conseqüentemente propiciar melhor qualidade de vida às mulheres submetidas à cirurgia.

Palavras-chaves: Cancro da mama, Biopsia do gânglio de sentinela, Dissecção axilar, Fisioterapia.

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Abstract and Keywords

Introduction: Breast cancer is the most common among women and probably the most feared one, restraining them physically, mentally and socially. Several clinical complications occur after surgery, so it is important to understand them in order to contribute to a better recovery of women.

Objectives: To analyze the early lymphatic and functional complications of women undergoing surgery for sentinel lymph node biopsy for a group of women who underwent axillary lymph node dissection.

Methodology: This is a descriptive study with a crossover design with a sample of women that underwent surgery for sentinel lymph node biopsy (test group) and axillary dissection (control group), there will be only one evaluation with a time postoperatively between four to six weeks and will be held in the Gynaecology service of the Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca. The following parameters will be evaluated: pain through the numerical scale, the range of motion of the shoulder and elbow through the goniometer, lymphedema by perimetry, the scar assessed by palpation and tape to measure its size, the functionality of the upper member evaluated by the *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (DASH), and the life quality assessed by the questionnaire for *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast* (FACT-B).

Conclusion: The axillary dissection is associated to an increased morbidity when compared to the sentinel lymph node biopsy. Physiotherapy is recommended to improve the physical recovery of women, reduce the risk of complications in the postoperative period and thus provide a better life quality for women that underwent surgery.

Keywords: Breast cancer, Sentinel lymph node biopsy, Axillary dissection, Physiotherapy.

Índice Geral

Agradecimentos	IV
Resumo e Palavras-Chave	V
Abstract and Keywords	VI
Índice Geral	VII
Lista de Abreviaturas	IX
Introdução	1
Enquadramento Teórico	3
1.1 Cancro da mama	3
1.2 Diagnóstico e Tratamento	6
1.3 Complicações linfáticas e funcionais após cirurgia	11
1.3.1 Dor	11
1.3.2 Amplitudes Articulares	12
1.3.3 Linfedema	14
1.3.4 Trombose Linfática	15
1.3.5 Cicatriz	16
1.3.6 Função do Membro Superior Afetado	17
1.3.7 Qualidade de Vida	18
1.4 Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela	20
1.5 Fisioterapia	22
Metodologia	25
Objetivo	25

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:
A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Tipo de estudo	25
População/ Amostra	25
Critérios de inclusão	25
Critérios de exclusão	26
Amostra	26
Grupo teste	26
Grupo de controlo	26
Variáveis independentes	26
Variáveis dependentes	27
Instrumentos	27
Dor	27
Amplitude articular	27
Linfedema	28
Trombose linfática	28
Cicatriz	28
Função do membro superior afetado	28
Qualidade de Vida	29
Procedimentos	29
Conclusão	31
Referências Bibliográficas	33
Anexos	39
Apêndices	49

Lista de Abreviaturas e Siglas

BGS – Biopsia do gânglio de sentinela

DA – Dissecção Axilar

GS – Gânglio de sentinela

Qdv – Qualidade de Vida

OMS – Organização Mundial de Saúde

AVD's – Atividades da vida diária

EN – Escala Numérica

DASH - *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*

FACT –B - *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast*

INTRODUÇÃO

Este trabalho insere-se nas disciplinas de Seminário de Monografia I e Seminário de Monografia II, presentes no 3º ano da licenciatura em fisioterapia da Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica.

O cancro da mama é o mais comum nas mulheres e provavelmente, o mais temido, representando um enorme problema para a população feminina, comprometendo-a física, mental e socialmente (Picaró & Perloiro, 2005).

É o cancro com maior taxa de incidência em Portugal. Anualmente surgem cerca de 4500 novos casos e a incidência do cancro da mama está a aumentar de ano para ano. Cerca 90% dos cancros da mama são curáveis, se forem detectados a tempo e tratados corretamente (Bastos, Barros & Lunet, 2007).

Depois de décadas de progressivo aumento, a incidência de cancro da mama nos países ocidentais parece estar a estabilizar. Porém, estes valores continuam a aumentar em países que até há pouco tempo apresentavam valores reduzidos de incidência da doença. (Brandão, Jordão, Duarte, Pascoalinho, Jordão, Vieira, 2006).

O seu diagnóstico e prognóstico, associado à perda da mama, símbolo da feminilidade, representa um profundo impacto na mulher. Acarreta implicações a nível social e psicológico, afectando a percepção da sexualidade e a própria imagem corporal, com consequente diminuição da qualidade de vida. O seu tratamento envolve uma abordagem múltipla, desde a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonoterapia, acarretando graves consequências físicas. (Picaró & Perloiro, 2005).

Neste estudo o objectivo é analisar as complicações linfáticas e funcionais precoces em mulheres submetidas a cirurgia por biopsia do gânglio de sentinela relativamente a um grupo de mulheres submetidas a esvaziamento ganglionar axilar relativamente à funcionalidade do membro superior e na qualidade de vida dessas mulheres.

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

É um estudo descritivo com um desenho transversal, com uma amostra de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico por cancro da mama nos serviços de Ginecologia do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, haverá um único momento avaliativo, com um tempo de pós-operatório entre as quatro a seis semanas.

A área da oncologia é uma das situações específicas em que o fisioterapeuta pode intervir, desempenhando um papel importante na prevenção de sequelas do tratamento ao cancro da mama, fazendo parte integrante da equipa multidisciplinar no acompanhamento da recuperação destas mulheres (Picaró & Perloiro, 2005). A Fisioterapia é recomendada para melhorar a recuperação física da mulher e diminuir o risco de complicações no período pós-operatório (Box, Reul-Hirche, Bullock-Saxton & Furnival, 2002).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Cancro da mama

O cancro é uma doença provocada por uma reprodução anormal (descontrolada) de células que, ao invadir tecidos e órgãos do organismo, provocam alterações orgânicas graves. O cancro surge em resultado da transmissão de mensagens “erradas” dos genes para as células, sendo estas incapazes de desempenhar as funções da célula mãe. Os genes promotores do cancro são designados de oncogenes. Uma das terminologias mais aplicada, é o carcinoma, que consiste num tumor maligno que se desenvolve nos tecidos epiteliais. O cancro da mama consiste, desta forma, num grupo de células alteradas (neoplásicas) que se desenvolve nas células epiteliais do tecido mamário, através da perda da capacidade, por parte das células, de comandar e limitar o seu próprio crescimento, o que leva a uma divisão rápida e aleatória, dessas mesmas células, que apresentam multiplicação desordenada e capacidade de invasão. A etapa mais longa da doença é denominada de fase de indução. Posteriormente, a proliferação anormal de células pode levar à formação local de um tumor maligno podendo, ou não, aparecer um espessamento, massa (tumor) ou "uma elevação" na mama lesada. (Nunes 2008).

A incidência do cancro da mama tem aumentado gradualmente à escala mundial. Parte desse aumento tem sido atribuído à detecção mais precoce de pequenos tumores, relacionada com campanhas de esclarecimento e consciencialização do problema, feitas por pessoas famosas que tiveram este cancro, e ainda aos progressos no equipamento de mamografia que têm permitido melhor resolução, levando a diagnóstico de tumores de pequenas dimensões (inferior a 2 cm) (Marques, 2003).

Espera-se futuramente, uma diminuição significativa na mortalidade por cancro da mama, como resultado dos avanços tremendos na compreensão da biologia e fisiopatologia da doença e dos factores de risco associados (Brandão et al, 2006).

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Vários estudos apresentam diversos factores de risco que podem estar relacionados com um aumento da incidência do cancro da mama, tais como, a idade (mulheres com mais de 40anos), factores hormonais mulheres com menarcas precoces, menopausas tardias, nulíparas e mulheres com primeira gravidez com mais de 35 anos aumentam os níveis de estrogénio na pré-menopausa. Os contraceptivos orais aumentam a incidência do cancro da mama (1,6 vezes) se tomados durante mais de cinco anos antes da primeira gravidez em mulheres com menos de 25 anos. Os factores genéticos têm uma forte influência no aumento da incidência de neoplasia da mama. Familiares em primeiro grau de pacientes com neoplasia da mama, diagnosticada antes dos 65 anos de idade, quanto mais cedo tiver havido doença na família ou quanto maior o número de familiares directos atingidos, maior a possibilidade de cancro no descendente. (Marques, 2003).

A obesidade e o consumo exagerado de álcool são factores predisponentes em mulheres na pós-menopausa aumentando a incidência de cancro da mama, enquanto a realização regular de exercício físico parece diminuir o cancro da mama em 12%-60% (Marques, 2003).

A prevenção primária do cancro da mama baseia-se fundamentalmente na tentativa de modificação dos factores de risco, o que nem sempre é fácil. Nos casos em que a mulher apresenta alto risco de cancro da mama a terapia preventiva com tamoxifeno, testes genéticos e cirurgia profilática como a mastectomia podem estar indicados, embora caiba sempre às mulheres a decisão de quererem ou não efetuar tais tratamentos (Marques, 2003).

A prevenção secundária baseia-se em medidas destinadas a diagnosticar o cancro da mama numa fase precoce, na esperança de que o tratamento destas situações melhore a evolução. As três acções de rastreio atualmente aceites para a prevenção do cancro da mama incluem a mamografia, o exame clínico pelo médico e o auto-exame da mama (Marques, 2003).

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

O conhecimento da anatomia da mama ajuda a compreender a classificação do cancro da mama. A mama é uma glândula localizada na parede do tórax em que a pele subjacente contém folículos pilosos, glândulas sudoríparas e glândulas sebáceas. A área a volta do mamilo, é conhecida como a auréola, e esta tem glândulas sebáceas que segregam um lubrificante durante a amamentação. Canais fibrosos chamados ligamentos de Cooper passam pelos tecidos glandulares e gorduroso, desde a pele até ao músculo subjacente, suportando a mama. O tecido glandular é constituído por quinze a vinte lóbulos organizados, num modelo radial, capazes de produzir leite, ligados a canais que drenam para o mamilo. O tecido da mama estende-se à clavícula, esterno, músculo grande dorsal em direcção à axila. Os nódulos linfáticos axilares drenam aproximadamente 60% da linfa da mama. São distribuídos desde a parte baixa da axila até à margem lateral do músculo pequeno peitoral (nível I) pelo ponto intermédio do músculo pequeno peitoral (nível II) e sobre a margem central do músculo pequeno peitoral (nível III). Os nódulos linfáticos localizados entre os músculos grande peitoral e pequeno peitoral são conhecidos como nódulo de Rotter. A linfa restante é drenada pelos nódulos mamários internos (Otto, 2000).

Os sintomas mais comuns do cancro da mama são o aparecimento de nódulo/endurecimento da mama ou na axila, mudança no tamanho ou no formato da mama, alteração na coloração ou na sensibilidade da pele da mama ou da aréola, corrimento pelo mamilo com ou sem sangue e retracção da pele da mama ou do mamilo (Portal da saúde, 2005).

Os carcinomas da mama são agrupados como invasivos ou não invasivos. A malignidade confinada aos canais e aos lóbulos é classificada como não invasiva ou carcinoma in situ. Se surgem no sistema ductal, refere-se como carcinoma ductal in situ. No sistema lobular, chama-se carcinoma lobular in situ. Quando as células malignas penetram o tecido exterior dos canais ou dos lóbulos, o cancro é descrito como invasivo. A maioria dos cancros da mama são carcinomas e classificam-se como ductal ou lobular e um pequeno número de sarcomas e tumores metastáticos. O carcinoma ductal invasivo representa 80% de todos os carcinomas da mama e os carcinomas lobulares invasivos

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

cerca de 10%. O carcinoma inflamatório é raro e caracterizado por edema, eritema e invasão dos linfáticos da derme (Otto, 2000).

O cancro da mama é classificado de acordo o sistema de classificação TNM (Classification of Malignant Tumours), que avalia a extensão do tumor primário (T), a ausência ou presença e a extensão de metástase em nódulos linfáticos regionais (N), e a ausência ou presença de metástase à distância. A adição de números a estes três componentes indica a extensão da patologia maligna (T0, T1, T2, T3; N0, N1, N2, N3; M0, M1) (Sobin & Wittekind, 2004).

1.2 Diagnóstico e Tratamento:

A mamografia é o principal exame das mamas, é realizado através de raios x específicos para examinar as mamas. Como é muito preciso, permite ao médico saber o tamanho, localização e as características de um nódulo com apenas alguns milímetros, quando ainda não poderia ser sentido na palpação. A ultrassonografia (ecografia) deve completar sempre a mamografia e informa se o nódulo é sólido ou contém líquido (quisto). A citologia aspirativa realiza-se com uma agulha fina e uma seringa, o médico aspira certa quantidade de líquido ou uma pequena porção do tecido do nódulo para exame microscópico. Esta técnica esclarece se é um quisto (preenchido por líquido), ou de um nódulo sólido, que pode ou não corresponder a um cancro. A biopsia é um procedimento (cirúrgico ou não) para colher uma amostra do nódulo suspeito. O tecido retirado é examinado ao microscópio pelo patologista. Este procedimento permite confirmar se estamos perante um cancro da mama. Utiliza-se receptores hormonais (estrógeno e progesterona), caso a biópsia permita o diagnóstico de um cancro, estes testes de laboratório revelam se as hormonas podem ou não estimular o seu crescimento. Com esta informação, o médico pode decidir se é ou não aconselhável incluir no plano de terapêutico um tratamento à base de antagonistas daquelas hormonas, isto é, medicamentos que contrariam o seu efeito. A amostra do tecido do tumor é colhida durante a biopsia (Portal da saúde, 2005).

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

O tipo de cirurgia seleccionada baseia-se na extensão clínica da doença, nos resultados mamográficos, da localização do tumor, da história do doente, disponibilidade cirúrgica e perícia radioterapêutica, tamanho da mama, forma e preferência da doente (Otto, 2000).

O tratamento para o cancro da mama tem diversos procedimentos cirúrgicos, sendo a mais conhecida e utilizada a mastectomia radical modificada que consiste na remoção da mama juntamente com os nódulos linfáticos axilares e o revestimento por cima do músculo grande peitoral. A mastectomia radical remove todo o tecido mamário, mamilo, auréola e todo o revestimento acima do músculo grande peitoral. A cirurgia conservadora consiste na remoção do tumor deixando uma porção da mama (lumpectomia ou tumorectomia) ou na remoção de todo o quadrante mamário que contém o tumor juntamente com a pele subjacente e o revestimento acima do músculo grande peitoral (quadrantectomia) (Otto, 2000). Em cada procedimento cirúrgico de conservação da mama a dissecção dos nódulos axilares é usualmente feita através de uma incisão separada, e à intervenção cirúrgica segue-se uma terapêutica por radiação no tecido mamário existente para tratar qualquer foco canceroso não detectado e para promoção de controlo local (Otto, 2000).

Tradicionalmente, a dissecção axilar fazia parte do tratamento do cancro da mama. O interesse terapêutico deste procedimento é discutível mas a maioria dos clínicos concorda com a necessidade de o realizar para estadiamento. Tem-se questionado, ultimamente, a sua utilidade dado que não altera a progressão loco-regional da doença. Como os programas de rastreio e o uso mais frequente da mamografia, aumentou o número de casos de cancro da mama diagnosticados em fases iniciais e com gânglios axilares negativos. Consequentemente, surgiu a necessidade de avaliar outros procedimentos de estadiamento para doentes com gânglios axilares clinicamente negativos (Saleiro, Rodrigues, Frutuoso, Guerra, Coimbra, Amaral, Freire-de-Oliveira, 2008).

A biopsia do gânglio sentinela (BGS) tem ganho interesse crescente no cancro da mama, desde que Morton e colaboradores (1998), demonstraram a sua acuidade de

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

diagnóstico de metástases ganglionares no melanoma. Esta técnica permite acesso ao primeiro gânglio de drenagem do tumor primário na pesquisa de doença metastática. Teoricamente, se o GS for negativo, os restantes gânglios da rede linfática serão negativos. Evita-se, deste modo, o esvaziamento ganglionar completo nas doentes sem evidência de metastização (Saleiro et al, 2008).

O estado dos gânglios linfáticos axilares é um factor de prognóstico importante em doentes com cancro da mama operável. Continua a ser o indicador mais importante de recorrência e de sobrevivência. A taxa de recorrência local em doentes com GS sem metastização e que não foram submetidas a esvaziamento axilar é baixa (0,12%). A selecção dos doentes com indicação para a utilização desta técnica permite diminuir a taxa de falsos negativos. De acordo com o Consenso Nacional, tem indicação para uso da técnica de BGS as doentes com lesões neoplásicas malignas invasivas não palpáveis e palpáveis até 5cm e carcinoma ductal in situ maior que 4 cm ou qualquer situação com indicação para mastectomia (Saleiro et al, 2008).

Vários estudos demonstram que o GS é o primeiro gânglio na drenagem linfática para o qual drenam os ductos linfáticos. A BGS é efectiva porque as células cancerígenas que inicialmente metastizam do tumor primário ao longo dos linfáticos irão primariamente atingir o GS que recebe a linfa da área tumoral. A BGS permite identificar as doentes que beneficiarão de esvaziamento axilar (se GS positivo) e poupar as restantes (se GS negativo) (Saleiro et al 2008).

O procedimento do GS permite um estadiamento superior como resultado de uma análise histológica mais pormenorizada dos gânglios removidos, que são os gânglios com maior probabilidade de ter metástases (Saleiro et al 2008).

A BGS está associada a menores efeitos laterais em comparação com o esvaziamento axilar. Tem tempo de recuperação mais curto e menor morbidade a longo prazo, estando associado a menor taxa de linfedema pós-operatório e crónico, a menor taxa de parestesias e a menor limitação da mobilidade do membro superior (Saleiro et al 2008).

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Os tratamentos adjuvantes recomendados nesta doença podem consistir em terapêuticas isoladas ou em associação e consistem fundamentalmente, na radioterapia, quimioterapia, e hormonoterapia (Nunes, 2008).

A radioterapia é uma técnica que utiliza raios de alta energia que têm capacidade de destruir as células cancerosas e impedir que elas se multipliquem. Tal como a cirurgia, a radioterapia é um tratamento local e a radiação pode ser externa ou interna (Portal da saúde, 2005). A evolução positivamente significativa da radiobiologia tem contribuído grandemente para o tratamento local e loco-regional de alguns tipos de cancro (como é o caso do cancro da mama do estágio I até ao estágio III), através de radiações ionizantes, graças à sua capacidade de interferir no crescimento celular. O ADN cromossómico apresentará uma quebra na sua estrutura, impedindo a célula de continuar a sua divisão celular. Para que tal se verifique, as radiações ionizantes são direccionadas especificamente sobre a massa tumoral (a nível local) e sobre as cadeias ganglionares adjacentes, para as quais é maior a probabilidade de disseminação das células tumorais (loco-regional) (Nunes, 2008).

O grau de lesão e os decorrentes efeitos secundários estão claramente relacionados com a dose, duração dos tratamentos, energia e tipo de radiação utilizada, a dimensão da zona irradiada e os níveis de tolerância individual. Entre os efeitos secundários mais frequentes, encontramos a fadiga, alterações hematológicas, radiodermites e outros efeitos directamente relacionados com a zona irradiada (Ogden, 2004). A informação, o ensino, o suporte emocional, o despiste de efeitos secundários e uma adequada actuação perante o acompanhamento da doente submetida a radioterapia são detalhes de grande valor por parte dos profissionais de saúde, no contributo para um melhor bem-estar da doente (Ogden, 2004).

A Quimioterapia compreende-se como um conjunto de “*agentes químicos isolados ou em combinação, com o objectivo de tratar, a nível sistémico, os tumores malignos*” (Bonassa, 1998), que interferem de forma variável na doença, podendo provocar efeitos secundários no organismo do doente. Pode ser administrada por via endovenosa, ou por via oral. Esta forma de tratamento, outrora considerada como o

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

último recurso, é actualmente responsável por um aumento da sobrevivência numa variedade de neoplasias e desempenha um papel crucial na cura do cancro, prolongamento da vida e alívio dos sintomas (Caseiro et al, 1997).

Os efeitos secundários mais comuns causados pela quimioterapia são náuseas, vómitos, anorexia, diarreia, obstipação, fadiga, mucosite e estomatite, todos estes efeitos podem estar associados a factores psicológicos (Jerónimo e Henriques, 2002), dependendo de mulher para mulher, intensidade e frequência com que ocorrem, sendo diferente para cada doente. Sintomas como, náuseas e vómitos podem estar relacionados com a idade, sexo, com o tipo de quimioterapia, com a dose e a combinação de medicamentos (Jerónimo e Henriques, 2002).

A Hormonoterapia tem como finalidade impedir que as células malignas continuem a receber a hormona que estimula o seu crescimento. O tratamento pode incluir o uso de drogas, que modificam a forma de actuar das hormonas, ou a cirurgia, que remove os ovários (órgãos responsáveis pela produção dessas hormonas). Da mesma maneira que a quimioterapia, a terapia hormonal actua nas células do corpo todo (Portal da saúde, 2005). Através da hormonoterapia pretende-se alterar os níveis de hormonas femininas produzidos pelo organismo ou impedir que as hormonas actuem e facilitem a progressão das células cancerígenas. Esta terapia é usada para aumentar o intervalo livre de doença e a sobrevivência global, é utilizada como terapia adjuvante no cancro da mama inicial, ou como terapêutica paliativa no caso da doença avançada (Nunes, 2008).

Antes de se decidir um tratamento definitivo, deve-se ter em conta as possíveis combinações dos diferentes tratamentos, pois esta opção poderá contribuir para um aumento das possibilidades de cura (Nunes, 2008).

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

1.3 Complicações físicas e linfáticas após cirurgia

O tratamento do cancro da mama é multidisciplinar e adaptado às características da doente e do tumor, (Borges, 2008) de qualquer modo afeta a sua condição física, o bem-estar psicológico, a vida social, profissional e financeira (Ribeiro e Pinto, 2005).

O tratamento cirúrgico é obrigatório em todos os estadios e pode provocar várias complicações às mulheres no período pós-operatório, como, dor, diminuição das amplitudes articulares do ombro, linfedema, aderências na cicatriz, trombose superficial linfática, diminuição da funcionalidade do membro superior e na qualidade de vida (Borges, 2008).

1.3.1 Dor

A dor é um fenómeno subjectivo que varia de indivíduo para indivíduo, assim sendo difícil estimar a extensão das experiências de dor, quer psicológicas, quer emocionais, de outro indivíduo (Petty, 2007). A dor é uma experiência complexa que engloba diversas dimensões: fisiológica, sensitiva, afetiva, cognitiva, comportamental, sócio-cultural e etno-cultural (Petty, 2007).

Como a dor tem uma série de efeitos negativos sobre o humor, actividades de vida diária, sono, funções cognitivas e vida social, a sua ocorrência é extremamente relevante em utentes tratados por cancro da mama (Caffo, Amichetti, Ferro, Lucenti, Valduga & Galligioni, 2003).

Um número considerável de mulheres que se submetem à cirurgia desenvolvem dor crónica, e as estimativas das suas incidências variaram de 20 a 50% (Katz, Polshuck, Andrus, Hogan, Jung, Kulick, Dworkin, 2005).

Alguns estudos, associam diversos factores para o aumento da dor crónica após cirurgia de cancro da mama, tais como, idade mais jovem, tipo de cirurgia, radioterapia, quimioterapia e stress emocional (Katz et al, 2005).

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Utentes que demonstraram maior ansiedade e depressão num período pré-operatório estão mais propícios a desenvolver dor crónica após cirurgia de cancro de mama (Poleshuck et al, 2006). A presença de dor aguda no pós-operatório é associado a um maior risco de dor crónica (Katz et al, 2005).

Um estudo realizado por Caffo et al, (2003) com uma amostra de 529 indivíduos submetidos a dissecção axilar, 39,7% apresentou dor. Relatam que utentes submetidos a cirurgia conservadora apresentaram uma prévia e maior incidência de dor do que aqueles submetidos a mastectomia radical modificada. A região mais frequente do desenvolvimento da dor foi na axila (60%), na cicatriz (36,2%), enquanto no ombro e restante membro (23,3%). Afirmam ainda que utentes que com dor apresentam resultados inferiores relativamente à sua qualidade de vida.

Tengrup, Tennvall-Nittby, Christiansson, e Laurin, (2000), num estudo de 110 utentes refere que 72 têm algum grau de dor em uma ou mais ocasiões, 14 afirmaram ter dor moderada e 11 ter dor severa que afectava a as suas actividades de vida diária. Cinco anos após a operação, 31% dos pacientes ainda têm percepção de alguma dor.

Poleshuck, Katz, Andrus, Hogan, Jung, Kulick, et al (2006), numa amostra de 95 mulheres com marcação para cirurgia de cancro da mama, verificaram que 46 (48,4%) mulheres apresentavam dor aguda na primeira semana pós-operatório, aumentando o aparecimento de dor crónica três meses pós-operatório.

1.3.2 Amplitudes articulares

A articulação do ombro é comumente a mais afetada em decorrência da limitação da mobilidade no membro superior homolateral à cirurgia (Baraúna, Canto, Schulz, Silva, Silva, Veras, Silva, Baraúna, Baraúna, 2003), sendo os movimentos mais afetados, a flexão, abdução e rotação externa (Gosselink, Rouffaer, Vandhelden, Piot, Troosters & Christiaens, 2003). A sua incidência varia entre 1,5% e 50% (Karki, Simonen, Malkia & Selfe, 2005), em que 12% das mulheres não se recupera plenamente dessa amplitude após 12 meses de cirurgia axilar (Box et al, 2002).

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

As diminuições das amplitudes articulares do ombro num período pós-operatório estão relacionadas, com a cirurgia, a dor sentida, consequente desta, com o medo sentido pelas utentes em mobilizar o ombro e em desunir a cicatriz, (Picaró & Perloiro, 2005) na atrofia muscular e lesões nervosas (Blomqvist, Stark, Engler & Malm, 2004).

Box et al, (2002), referem que a amplitude do ombro diminui fisiologicamente com a idade, mulheres com mais de 65 anos, apresentam menos de 125° de abdução e flexão associado à diminuição do uso funcional do ombro.

Num estudo realizado por Leidenius, Leppanen, Krogerus & Smitten (2003), com uma amostra de 85 mulheres foram submetidas a BGS (46 mulheres), ou a BGS e cirurgia axilar (36 mulheres) que foram examinadas antes e depois da cirurgia. A amplitude dos movimentos do ombro foi limitada em (45%) após a BGS e em (86%) as que realizaram ainda cirurgia axilar.

Num estudo de Tengup et al, (2000), com uma amostra de 110 mulheres, submetidas a cirurgia conservadora, verificou-se uma incidência de 49% das mulheres com diminuição da mobilidade do ombro com valores de menos 15° em relação aos valores do pré-operatório. Concluíram que a cirurgia conservadora tem um grande impacto quanto à mobilidade do ombro e que esta pode persistir até 5 anos após cirurgia.

Num estudo de Oliveira, Gurgel, Miranda, Okubo, Feijó, Souza (2009) com o objetivo de verificar a eficácia de exercícios para o ombro durante a radioterapia na prevenção de complicações físicas loco-regionais: limitação da amplitude de movimento (ROM) e da capacidade funcional, circunferência do braço e aderência cicatricial. Entraram no estudo, sessenta e seis mulheres submetidas cirurgia por cancro da mama com dissecção axilar completa, sem comprometimento de amplitude articular do ombro no pós-operatório. Foram divididas em dois grupos, sendo 32 no grupo de fisioterapia (GF), o qual foi submetido a um programa de exercícios, e 34 no grupo controle (GC). Foram avaliadas no início, no final da radioterapia e seis meses após a sua conclusão. O GF apresentou um aumento das amplitudes articulares na flexão e

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

abdução entre a primeira e terceira avaliação, o que não se observou no GC. A circunferência e a capacidade funcional foram similares entre os grupos e a frequência de aderência cicatricial no GC foi o dobro daquela observada no GF.

Os autores concluíram que os exercícios para o ombro favorecem a manutenção das amplitudes articulares na flexão e abdução de ombro e minimizam a incidência de aderência cicatricial em mulheres submetidas à radioterapia para tratamento por cancro da mama (Oliveira et al, 2009).

1.3.3 Linfedema

O linfedema é uma das principais complicações do tratamento do cancro da mama (Bergmann, Mattos, Koifman, 2004). Pode ser definido como uma acumulação de líquido no espaço intersticial, rico em proteínas, que surge devido a uma inadequada drenagem linfática e que se caracteriza pelo aparecimento de edema, inflamação crónica e fibrose (Vieiros, Nunes e Martins, 2007).

Alguns estudos associam a idade do doente, o tipo de cirurgia, o estágio tumoral, o envolvimento e esvaziamento ganglionares e a radioterapia como factores de risco do linfedema (Vieiros et al, 2007).

A medição do perímetro do membro superior afectado comparativamente ao membro contralateral é o método mais utilizado. Habitualmente esta medição é efectuada ao nível das tuberosidades ósseas ou através de medidas equidistantes do membro. Na prática clínica podem utilizar-se as seguintes medições circunferenciais: articulações metacarpofalângicas, punho, 10 cm abaixo do epicôndilo e 15 cm acima do epicôndilo (Vieiros et al, 2007).

O linfedema está associado a importantes alterações físicas, psicológicas e sociais que interferem de forma significativa na qualidade de vida dessa população (Bergmann, Mattos, Koifman, 2007) comparadas com grupos de mulheres com cancro da mama que não têm linfedema (Freitas Jr et al, 2001).

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

A incidência do linfedema varia entre 6% a 30% dos casos (Karki, 2005).

Num estudo realizado por Bergmann et al, (2007), verificou que a incidência do linfedema varia entre 11,5% e 30,7%, numa amostras de 394 mulheres submetidas a cirurgia de cancro da mama.

Freitas Jr et al (2001), verificaram numa amostra de 109 utentes com cancro da mama, submetidas a mastectomia radical modificada foi observado que nenhuma das 19 utentes com até 50kg apresentou linfedema e somente a uma mulher com menos de 46 anos. Assim, no presente estudo o linfedema esteve associado a mulheres mais idosas e de maior peso.

Num estudo mais recente de Alegrance, Souza, Mazzei (2010), foram entrevistadas 82 mulheres com idade média de 57,4 anos, submetidas a tratamento de por cancro da mama. O linfedema manifestou-se em 39,03% não interferindo muito na qualidade de vida dessas mulheres, sendo a função social a mais prejudicada.

1.3.4 Trombose linfática superficial

É definida como uma lesão linfovenosa, hipercoagulabilidade e estase, consequentes de estase superficial venosa, ruptura linfática e lesão tecidual causadas após dissecção dos nódulos linfáticos por cirurgia axilar (Leidenius et al, 2003). Este síndrome é caracterizado pela existência de cordões de tecido linfático que são patentes sob a pele em abdução e rotação externa do ombro, associado à extensão do cotovelo, punho e dedos, limitando assim a amplitude articular. Estas “cordas” tornam-se tensas, dolorosas e palpáveis ao longo de todo o seu trajecto mas mais salientes nas zonas articulares do ombro e cotovelo, sendo mais raras no punho (Brandão et al, 2006).

Um estudo realizado por Duarte & Martins (2005), onde 151 indivíduos foram avaliados após cirurgia de cancro da mama com esvaziamento ganglionar axilar, 68 indivíduos (45%) sofria de “trombose” dos colectores, detectada em diferentes regiões anatómicas do membro superior do lado da cirurgia: axila (31%); cotovelo (32%); axila

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

e cotovelo (28%); axila, cotovelo e punho (7%); cotovelo e punho (2%). (cit. por Brandão et al 2006).

Leidenius et al, (2003) avaliaram 85 utentes com cancro da mama. Desses 49 submeteram-se apenas a BGS, 45% desenvolveu limitação na amplitude do ombro e 20% dos utentes apresentou trombose linfática superficial. Dos 36 utentes que se submeteram a BGS e cirurgia axilar, 86% desenvolveram limitação na amplitude do ombro e 72% de trombose linfática superficial.

Moskovitz, Anderson, Yeung, Byrd, Lawton & Moe, (2001), realizaram um estudo num período de 16 anos com uma amostra de 750 indivíduos sujeitos a cirurgia axilar. Desses, 44 (6%) indivíduos apresentaram trombose linfática superficial, surgindo entre as primeiras oito semanas após cirurgia desaparecendo espontaneamente dentro de dois a três meses.

A trombose linfática superficial numa fase pós-operatória limita a mobilidade do ombro essencialmente na abdução do ombro (74%) e sempre associada a presença de dor (Moskavitz et al, 2001).

Utentes com Índice de Massa Corporal mais baixo tem mais tendência a desenvolver este síndrome, este acontecimento deve-se à percepção das cordas fibróticas sob uma camada subcutânea mais espessa. A camada subcutânea mais espessa também pode impedir a aderência da pele aos tecidos subjacentes durante a fase inicial da cicatrização (Brandão et al, 2006).

1.3.5 Cicatriz

A aderência da cicatriz é esperada com maior rapidez em pacientes imobilizadas. Muitos são os factores envolvidos na ocorrência da deiscência como a idade, quadro clínico da paciente, técnica cirúrgica, experiência do cirurgião, número de dias de internamento, extensão da dissecção axilar, envolvimento dos nódulos linfáticos, presença de dreno, volume de perda sanguínea e índice de massa corporal (Rezende, Beletti, Franco, Moraes, & Gurgel, 2006).

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Foram acompanhadas 60 mulheres no pós-operatório com cancro da mama, sendo 30 no grupo de teste e 30 no grupo de controlo. Não houve diferença significativa entre os grupos em relação às características individuais e clínico cirúrgicas das pacientes corporal (Rezende et al, 2006).

A incidência de deiscência da ferida cirúrgica também não apresentou diferença entre os grupos direccionados e livres, sendo os valores semelhantes de 20% no 14º dia de pós-operatório, de 18,6% no 28º dia e de 10,5% no 42º dia de pós-operatório (Rezende et al, 2006).

1.3.6 Função do membro superior afectado

Morbilidade do membro superior após cirurgia axilar é uma das condições severas que afeta muitas mulheres com cancro da mama (Albert, Koller, Kopp, Lorenz, Schulz & Wagner, 2006).

Uma ótima função do membro superior é essencial para manter uma vida independente, realizar actividades da vida diária, retomar o trabalho, realizar tarefas que exijam força física e para uma boa qualidade de vida no geral. É portanto, evidente que as alterações da função do membro superior podem impor sofrimento físico e psicossocial na vida da mulher pós cirurgia de cancro da mama (Hayes et al, 2005).

Mulheres com cancro da mama, após 1 ano de tratamento cirúrgico tendem a desenvolver de 16 a 43%, alterações do membro superior, edema, dor, diminuição da força e flexibilidade (Hayes et al, 2005). Cirurgias realizadas no lado dominante da mulher, onde apresentam uma maior força e resistência no membro superior, tem um maior impacto negativo nas suas vidas diárias (Hayes et al, 2005).

Num estudo realizado por Gosselink et al, (2003), com objectivo em observar a recuperação da função do membro superior após dissecção axilar, numa amostra de 76 mulheres em que 45 submeteram-se a cirurgia conservadora e 31 a mastectomia radical modificada, verificou-se após três meses de cirurgia, que mulheres submetidas a mastectomia apresentavam maiores limitações nas actividades do que as submetidas a

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

cirurgia conservadora, actividades essas, como colocar o sutiã, aspirar, passar a ferro e carregar pesos. Apenas 29% das mulheres usava o seu membro superior de igual modo como faziam antes da cirurgia.

Albert et al, (2006), refere que 20% das mulheres apresenta uma limitação considerável na função do membro superior após um ano de tratamento cirúrgico e que essa a morbilidade do membro está significativamente relacionada com o número de gânglios linfáticos retirados e independente da idade, estágio da doença, tipo de cirurgia e radioterapia.

1.3.7 Qualidade de Vida

Em 1993, a OMS define qualidade de vida QdV como sendo, *“a pouca a percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objectivos, os seus desejos, as suas normas e as suas inquietudes. É um conceito muito amplo que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, as suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio”*(WHO, 1993).

O cancro altera todos os domínios da QdV e as sequelas dos tratamentos, que podem surgir ou persistir durante anos, muitas vezes repercutem-se no bem-estar dos sobreviventes (Ribeiro e Pinto, 2005).

A idade ao diagnóstico, uso de quimioterapia, tipo de cirurgia, sintomas climatéricos, relacionamento conjugal e sexualidade são alguns factores associados à QdV de mulheres com cancro de mama (Ribeiro e Pinto, 2005).

Em vários estudos, é referido que as mulheres sobreviventes de cancro da mama, comparada com a população saudável, têm uma boa QdV, há também uma transversalidade em questões relacionadas com a saúde, trabalho, preocupações relacionadas com a família, medo da recidiva, alterações na auto-imagem e na vida sexual (Arndt *et al.*, 2004; Bloom *et al.*, 2004; Casso, Buist e Taplin, 2004; Ganz *et al.*,

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

2002 ; Gibson e Parker, 2003; Gil- -Fernandez *et al.*, 2003; Kessler, 2002; Kornblith *et al.*, 2003; Thors, Broeckel e Jacobsen, 2001; Wonghongkul *et al.*, 2000, cit. por Conde et al, 2006).

A mulher, quando finaliza o tratamento, tem de enfrentar um processo de reestruturação, seja física, psicológica ou social. As preocupações físicas estão relacionadas com as expectativas relativas à evolução da doença, medo de recidiva, morte, sequelas físicas, preocupações sobre sexualidade e infertilidade. As preocupações psicológicas têm a ver com a incerteza sobre o futuro, maior vulnerabilidade e medo de rejeição social. Por outro lado, as preocupações sociais têm a ver com o trabalho, insegurança, medo de discriminação pelos colegas, a transição de *status de doente* para pessoa *saudável* e o ser considerado pelos outros uma pessoa especial, quer no sentido de herói, quer no de vítima (Garcia, Wax e Chuwartzmann, 1996 cit. por Ribeiro e Pinto, 2005).

A participação do parceiro em todas as etapas do tratamento é fundamental. Essa participação levará à compreensão do processo, possibilitando que o companheiro contribua com um *feedback* positivo, minimizando as repercussões negativas do cancro da mama tanto psicológicas, sociais e sexuais (Conde et al, 2006).

Num estudo de Costa et al, (2011), com o objectivo avaliar a qualidade de vida de 51 mulheres com cancro da mama transmontanas, observou-se no geral que a Qdv é razoável mas que é afectada pela doença e pelos tratamentos. Sendo o comprometimento mais expressivo no funcionamento físico, emocional, limitações funcionais, imagem corporal, função e prazer sexual e pela presença dos sintomas fadiga, dor, insónia e perda de apetite. A idade e o estado civil têm a sua influência encontrando-se a Qdv mais diminuída nas mulheres mais velhas e nas casadas. A sexualidade é o domínio mais afectado.

Num estudo de Rebelo et al, (2007), avaliaram a QdV em 60 mulheres com diagnóstico de cancro da mama, já submetidas a cirurgia (mastectomia ou tumorectomia) e, presentemente, em tratamento de quimioterapia, no Hospital de S.

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

João (Porto, Portugal). Foram administrados o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) e o *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module* (QLQ-BR23). Observou-se que as mulheres submetidas a tumorectomia evidenciavam uma “percepção da imagem corporal” mais negativa e uma maior “preocupação com a queda do cabelo” do que as mulheres mastectomizadas. O grupo submetido ao esquema de tratamento quimioterapêutico FEC evidenciava mais problemas físicos, comparativamente com o grupo que estava a realizar o esquema de tratamento CMF. As mulheres mais velhas apresentavam melhor qualidade de vida que as mais jovens, traduzida pela avaliação do “funcionamento físico”, do “funcionamento sexual” e “prazer sexual”. Verificou-se, também que as mulheres casadas revelavam mais problemas ao nível do “funcionamento físico” e sintomas como “diarreia”. Por seu lado, as mulheres não casadas apresentavam mais preocupações com a sua saúde no futuro e um melhor “funcionamento sexual”.

1.4 Dissecção axilar vs Biopsia gânglio de sentinela

A evolução do tratamento conservador do cancro da mama caracteriza-se por três passos fundamentais: cirurgia conservadora, preservação da cadeia linfática axilar e irradiação parcial da mama. Esta revolução no tratamento do cancro da mama iniciou-se nos anos 70 com o desenvolvimento da quadrantectomia. O segundo grande passo consistiu na introdução da técnica da pesquisa do GS, com menor morbilidade e maior qualidade de vida. Mais recentemente, os esforços estão sendo direccionados para reduzir o campo de radiações da mama toda para uma área limitada ao tumor, como a braquiterapia (Custódio et al, 2009).

A BGS deve ser o método de eleição para doentes com cancro da mama inicial, sempre que clínica e radiologicamente a axila não apresente sinais de metastização linfática. No entanto, o esvaziamento axilar continua a ser uma ferramenta terapêutica

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

importante, sempre que hajam sinais de metastização linfática axilar ou sempre que a probabilidade de metastização seja significativa (Borges, 2009).

O estudo de Borges (2009), comparou as morbidades relacionadas com a BGS e esvaziamento axilar e a sua implicação na vida diária das doentes. Foram estudadas 160 doentes submetidas a BGS (grupo teste), e 159 submetidas a esvaziamento axilar, (grupo controlo), por cancro da mama. Foram estudados os parâmetros dor, edema, parestesias e limitação dos movimentos do membro superior. As doentes submetidas a BGS apresentaram menos queixas do que as submetidas a esvaziamento axilar. 46% das doentes do grupo teste apresentaram dores, 13% queixas de edema, 19% de parestesias, 17% de limitação de movimentos do membro superior homolateral e 30% de limitação nas actividades de vida diárias (AVD's), enquanto que 45% das doentes do grupo controlo apresentaram queixas de dores, 33% de edema, 31% de parestesias, 19% de limitação de movimentos e 45% de limitação nas AVD's. Em média, cada mulher do grupo teste permaneceu internada cerca de 4,3 dias após o procedimento cirúrgico (1 a 18 dias de internamento) e cada doente do grupo controlo ficou internada cerca de 6,1 dias (2 a 36 dias).

Em face dos resultados obtidos, podemos afirmar que a BGS aparenta ser um método de estadiamento axilar com uma taxa inferior de efeitos secundários indesejados. Neste estudo, podemos observar uma diminuição do número de doentes com queixas no grupo teste (Borges, 2009).

Num estudo de Scherenk, Rieger, Shamiyeh, Wayand (2000), com o objetivo de avaliar a morbilidade após BGS Vs Dissecção axilar (DA), em que 35 mulheres submetidas a BGS foram avaliadas após 15,4 meses e outras 35 a DA avaliadas após 17 meses. As mulheres submetidas a DA mostraram um aumento significativo na circunferência do membro operado comparado com as do BGS. Associado também a uma elevada taxa de linfedema, dor, alterações de sensibilidade e restrição nos movimentos. Não existe diferenças entre a rigidez e a força do membro superior operado, o tipo de cirurgia não afecta a vida diária das mulheres. Assim a DA está associada a uma maior morbilidade em comparação ao BGS.

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Num estudo realizado por Barranger, Dubernard, Fleurence, Antoine, Darai, Uzan, (2005), com uma amostra de 115 mulheres sujeitas a tratamento conservador por cancro da mama, em que 54 realizou BGS (Grupo 1), 51 DA com ou sem BGS (Grupo 2) e 10 BGS seguido com DA (Grupo 3). Em média houve um seguimento pós-operatório de 20,3 meses. As pacientes manifestaram dor no membro superior 21,2% (Grupo 1), 52,9% (Grupo 2), 60% (Grupo 3). Sensação de edema do membro superior 0% (Grupo 1), 21,6% (Grupo 2), 10% (Grupo 3). Alterações da sensibilidade 5,7% (Grupo 1), 51% (Grupo 2), 50% (Grupo 3). BGS associado significativamente a menor morbilidade a médio prazo comparado com DA.

1.5 Fisioterapia

Na área da oncologia, o fisioterapeuta pode intervir, desempenhando um papel importante na prevenção de sequelas do tratamento ao cancro da mama, fazendo parte integrante da equipa multidisciplinar no acompanhamento da recuperação destas mulheres (Box, 1999).

A fisioterapia é recomendada para melhorar a recuperação física da mulher, diminuir o risco de complicações no período pós-operatório e (Box et al., 2002; Le Vu, 1997; Wingate et al, 1989), conseqüentemente, propiciar melhor qualidade de vida às mulheres submetidas à cirurgia (Rezende et al, 2006). As mulheres que fazem fisioterapia após a cirurgia recuperam a função mais cedo, sentem-se mais seguras e apresentam menos dificuldades no processo de reabilitação (Pícaro & Perloiro, 2005).

O objetivo da reabilitação física deve ser a restauração da faixa pré-mórbida de movimento do ombro, manutenção da função da extremidade envolvida e retorno à postura pré-operatória. A mobilização do ombro, quando realizada precocemente, auxilia no restabelecimento da função do membro e desperta na mulher o sentimento de independência, além de estimular sua percepção em relação a importância da qualidade de vida no processo de tratamento do cancro de mama (Santiago et al, 2005).

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Embora a necessidade do acompanhamento terapêutico após a cirurgia da mama seja amplamente conhecida, muitas mulheres são encaminhadas ao fisioterapeuta tardiamente, quando já apresentam complicações instaladas, diminuindo as hipóteses de uma completa recuperação física (Santiago et al, 2005).

Recomenda-se mulheres com vida sedentária antes do diagnóstico de cancro da mama, devem começar a realizar exercícios de baixa intensidade, alongamentos, marchas curtas e lentas e aumentar gradualmente o grau de intensidade (Karki, 2005).

Existem programas de reabilitação estruturados no pós-cirúrgico que consistem em realizar contrações isométricas da musculatura do ombro, braço e mão, nos quais a paciente é instruída a levantar, com as mãos unidas, em flexão, abdução e rotação do ombro até o limite de dor; em outros em que a paciente é estimulada a realizar exercícios activos em todos os movimentos fisiológicos do ombro. Há, também, terapias em que são indicados os exercícios como subir com os dedos pela parede até o limite máximo de flexão e abdução, pentear os cabelos, rotação do braço, entre outros. Existem propostas baseadas em alongamento e fortalecimento, com exercícios rítmicos de cabeça, pescoço, tronco, membros superiores e inferiores. Outros programas consistem de exercícios pendulares, exercícios de escalada do braço na parede (Rezende et al, 2006).

Wingate (1985) (citado em Rezende et al, 2006) descreve o tratamento incluindo exercícios activos assistidos progredindo para exercícios activos resistidos, facilitação neuromuscular proprioceptiva e actividades funcionais, além de orientações para casa. Molinaro et al (1986) (citado em Rezende et al, 2006) defendem um protocolo de exercício baseado em movimentos naturais, acompanhados de música, para desenvolver flexibilidade, coordenação e amplitude de movimento do ombro.

Num estudo mais recente de Sequeira (2011), com o objetivo de verificar se um programa de exercício físico supervisionado, associado a estratégias motivacionais, em mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama, se é mais eficaz que o tratamento usualmente praticado. O número da amostra foi de 11 mulheres para o grupo

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

experimental e de 10 para o grupo de controlo, idênticos na média de idades, com intervenção usual da fisioterapia. Os sujeitos do grupo experimental foram então submetidos ao programa de exercício e promoção da atividade física. Todo o grupo foi avaliado no início do programa, no final do mesmo (12 semanas) e após 6 meses de *follow-up*. O programa implementado demonstrou-se efetivo no aumento dos níveis de atividade física e na qualidade de vida associada ao estado funcional e ao estado de saúde global auto-percecionado no final do programa.

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

METODOLOGIA

Objetivo:

O objetivo deste estudo é analisar as complicações linfáticas e funcionais precoces em mulheres submetidas a cirurgia por biopsia do gânglio de sentinela relativamente a um grupo de mulheres submetidas a esvaziamento ganglionar axilar.

Tipo de estudo:

É um estudo descritivo com um desenho transversal, com uma amostra de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico por cancro da mama com um único momento avaliativo, com um tempo de pós-operatório entre as quatro a seis semanas.

População/ Amostra

A população do estudo será constituída por mulheres submetidas a tratamento cirúrgico por cancro da mama, no serviço de Ginecologia do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca.

Desta população será retirada sua amostra segundo os seguintes critérios.

Critérios de inclusão

- Mulheres submetidas a tratamento cirúrgico por cancro da mama;
- Com um tempo de pós-operatório entre as quatro a seis semanas.

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Crítérios de exclusão

- Idade inferior a 30 anos e superior a 65;
- Antecedentes de patologia de ombro homolateral;
- Cirurgia anterior por cancro da mama;
- Cirurgia mamária bilateral;
- Alterações do estado cognitivo;
- Ter iniciado processo de reconstrução mamária;
- Patologia neurológica;
- Terapias adjuvantes (quimioterapia, radioterapia, homoterapia).

Amostra

Grupo de Teste: Mulheres com diagnóstico de cancro da mama, submetidas a tratamento cirúrgico com biopsia do gânglio sentinela no serviço de Ginecologia do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca.

Grupo de Controlo: Mulheres com diagnóstico de cancro da mama, submetidas a tratamento cirúrgico com esvaziamento ganglionar axilar no serviço de Ginecologia do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca.

Variáveis independentes

- Idade;
- Lateralidade;
- IMC;
- Habilitações literárias;
- Tipo de cirurgia;
- Número de nódulos linfáticos retirados;

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

- Tempo do pós-operatório;
- Tratamento de fisioterapia.

Variáveis dependentes

- Dor;
- Amplitudes articulares
- Linfedema;
- Trombose linfática superficial;
- Cicatriz;
- Função do membro superior afectado;
- Qualidade de vida.

Instrumentos

- **Dor**

Para avaliar a dor será usada a escala numérica (ANEXO 1) que consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas, sucessivamente, de 0 (ausência de dor) a 10 (dor máxima). Esta régua pode apresentar-se na horizontal ou na vertical e a utente faz a equivalência entre a intensidade da sua dor e a classificação numérica (Direcção Geral de Saúde, 2003), também será usado o body chart (ANEXO 2) para se verificar onde se localiza a dor.

- **Amplitudes articulares**

Serão medidas as amplitudes articulares do ombro e cotovelo através da goniometria, utilizando um goniómetro, amplamente usado, tanto na prática clínica quanto em pesquisas científicas, com a finalidade de medir as amplitudes articulares de diversas articulações (Batista, Camargo, Aiello, Oishi, Salvini, 2006).

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

- **Linfedema**

A medição com fita métrica do perímetro do membro superior afectado comparativamente ao membro contralateral é o método mais utilizado. Habitualmente esta medição é efectuada ao nível das tuberosidades ósseas ou através de medidas equidistantes do membro. Na prática clínica pode-se utilizar as seguintes medições circunferenciais: articulações metacarpofalângicas, punho, 10 cm abaixo do epicôndilo e 15 cm acima do epicôndilo (Vieiros et al, 2007).

- **Trombose linfática**

Será medido através de observação clínica de colectores linfáticos visíveis e da sua área de extensão. Brandão et al (2006) verificou que os resultados deste tipo de avaliação coincidem com os obtidos através de linfocintigrafia.

- **Cicatriz**

A cicatriz será avaliada por palpação onde se verificará a sua mobilidade e com a fita métrica o seu tamanho.

- **Função do membro superior afectado**

Para a funcionalidade do membro superior, será passado às utentes a escala, *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (DASH) (ANEXO 3), adaptada e validada para a população portuguesa por Santos & Gonçalves, 2005, esta escala avalia a funcionalidade dos membros superior e também as dificuldades que as utentes encontram em algumas das suas AVD's, afectadas pelos membros superiores. É constituída por 30 itens referentes a incapacidade/sintomas e por 4 itens opcionais referentes a trabalho e actividades musicais. Os itens são classificados pelas utentes de acordo com a sua capacidade para desempenhar as diversas actividades referentes à última semana e deverão escolher um só valor da escala de 1 (nenhuma dificuldade) a 5 (incapacidade de realizar a atividade).

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

A utente terá no mínimo de responder a 27 dos 30 itens para a escala ser válida. O resultado é calculado com a soma do valor, de um a cinco, de n respostas (número de perguntas respondidas), a dividir por n subtraindo 1 a esse valor e multiplicando por 25. Este resultado quanto maior reflecte-se numa maior incapacidade da utente (Santos & Gonçalves, 2005).

- **Qualidade de vida**

Para avaliar a qualidade de vida será aplicado o questionário *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast* (FACT-B) (ANEXO 4). Este instrumento é utilizado especificamente para utentes submetidas a tratamento por cancro da mama, contém 36 itens divididos por cinco domínios: bem-estar físico, bem-estar social/familiar, bem-estar emocional, bem-estar funcional e preocupações adicionais. Para cada item a utente tem de escolher um só valor entre 0 (nem um pouco), 1 (um pouco), 2 (mais ou menos), 3 (muito) e 4 (muitíssimo), que corresponde ao seu estado durante os últimos sete dias. O score final pode ir de 0 a 144 pontos e quanto maior o valor melhor a qualidade de vida da utente (Beaulac et al, 2002).

Procedimentos

Todas as utentes terão de dar a sua autorização para a participação no estudo, através de um consentimento informado (APÊNDICE 1), assim como este terá de ser autorizado e aprovado o projeto pelo Serviço de Medicina Física e Reabilitação (APÊNDICE 2) e pela Comissão de Ética do Hospital Professor de Fernando Fonseca (APÊNDICE 3).

A realização deste estudo implicará a presença dos sujeitos em apenas um momento avaliativo, tanto os pertencentes ao grupo teste com ao grupo de controlo.

Todos os sujeitos terão completar uma escala de dor (EN), uma escala de funcionalidade do membro superior (DASH), adaptada e validada para a população portuguesa por Santos & Gonçalves (2005) e uma escala de qualidade de vida (FACT-B), adaptada e validada para a população portuguesa por Silva (2008).

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

A avaliação de todas as variáveis serão efectuados por uma fisioterapeuta *expert* na área do cancro da mama, considera-se *expert* o indivíduo que possui conhecimento especializado e com experiência mínima de dez anos nessa área (Jones, 1992) e todo o registo será identificado na ficha da utente (APÊNDICE 4).

Seguidamente será realizado o tratamento estatístico através do programa SPSS.

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

CONCLUSÃO

O cancro da mama é o mais comum nas mulheres. O seu tratamento envolve uma abordagem múltipla, desde a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonoterapia, acarretando graves consequências físicas (Picaró & Perloiro, 2005).

Após cirurgia por cancro da mama, podem surgir várias complicações linfáticas e funcionais, tais como, dor, linfedema, diminuição das amplitudes articulares, aderências na cicatriz, trombose superficial linfática, diminuição da funcionalidade do membro superior e na qualidade de vida das mulheres.

Neste estudo o objetivo seria analisar as várias complicações precoces em mulheres submetidas a cirurgia por biopsia do gânglio de sentinela (grupo teste) relativamente a um grupo de mulheres submetidas a esvaziamento ganglionar axilar (grupo de controlo) relativamente à funcionalidade do membro superior e na qualidade de vida dessas mulheres.

De acordo com a literatura, neste estudo era de esperar, que as mulheres do grupo teste apresentassem uma taxa inferior de efeitos secundários indesejados e menos queixas do que as do grupo de controlo. Sendo assim, o grupo de controlo poderia apresentar uma maior intensidade de dor, maior incidência de linfedema, maior limitação nas amplitudes articulares, uma maior cicatriz e alterações que a envolvem, trombose superficial linfática e diminuição na função do membro superior e na qualidade de vida.

Vários estudos, como, Borges (2009), Scherenk et al (2000) e Barranger et al (2005), afirmam que a BGS está associada a menor morbidade do que a dissecção axilar.

A BGS deve ser o método de eleição para doentes com cancro da mama inicial, sempre que clínica e radiologicamente a axila não apresente sinais de metastização linfática. No entanto, o esvaziamento axilar continua a ser uma ferramenta terapêutica

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

importante, sempre que hajam sinais de metastização linfática axilar ou sempre que a probabilidade de metastização seja significativa (Borges, 2009).

A fisioterapia é recomendada para melhorar a recuperação física da mulher, diminuir o risco de complicações no período pós-operatório e (Box et al., 2002; Le Vu, 1997; Wingate et al, 1989), consequentemente, propiciar melhor qualidade de vida às mulheres submetidas à cirurgia (Rezende et al, 2006). As mulheres que fazem fisioterapia após a cirurgia recuperam a função mais cedo, sentem-se mais seguras e apresentam menos dificuldades no processo de reabilitação (Pícaro & Perloiro, 2005).

A realização deste trabalho foi muito importante pois contribuiu para finalizar todo este percurso académico e começar uma nova etapa como profissional de saúde e levar comigo todo este conhecimento sobre o cancro da mama e perceber a que nível a fisioterapia contribui para a recuperação das mulheres submetidas a cirurgia.

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albert, U.S., Koller, M., Kopp, I., Lorenz, W., Schulz, K., D. & Wagner, U., (2006). Early self reported impairments in arm functioning of primary breast cancer patients predict late side effects of axillary lymph node dissection: results of a population- based cohort study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 3, 285- 292.

Alegance, F.C., Souza, C.B., Mazzei, R.L. (2010). Qualidade de Vida e Estratégias de Enfrentamento em Mulheres com e sem Linfedema Pós-Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia* 56(3), 341-351.

Baraúna, M., Canto, R., Schulz, E., Silva, R., Silva, C., Veras, M., F, V., Silva, V., Baraúna, K., Baraúna, P. (2003). Avaliação da Amplitude de Movimento do Ombro em Mulheres Mastectomizadas Pela Biofotogrametria Computadorizada. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(1), 27-31.

Batista L.H., Camargo P.R., Aiello G.V., Oishi J., Salvini T.F. (2006). Avaliação da amplitude articular do joelho: correlação entre as medidas realizadas com o goniômetro universal e no dinamômetro isocinético. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 2, 193-198.

Barranger, E., Dubernard, G., Fleurence, J., Antoine, M., Darai, E., Uzan, S. (2005). Subjective Morbidity and Quality of Life After Sentinel Node Biopsy and Axillary Lymph Node Dissection for Breast Cancer. *Journal of Surgical Oncology*, 92, 17-22.

Bastos, J., Barros, H & Lunet, N. (2007). Evolução da Mortalidade por cancro da mama em Portugal (1955- 2002). *Acta Med Port*, 20, 139-144.

Beaulac, S.M., McNair, L.A., Scott, T.E., LaMorte, W.W & Kavanah, M,T, (2002). Lymphedema and Quality of Life in Survivors of Early-Stage Breast Cancer, *Arch Surg*. 137, 1253-1257.

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Bergmann, A., Mattos, I., Koifman, R., (2004). Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(4), 311-320

Bergmann, A., Mattos, I., Koifman, R., (2007). Incidência e Prevalência de Linfedema após Tratamento Cirúrgico do Câncer de Mama: Revisão de Literatura, *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53(4), 461-470.

Blomqvist, L., Stark, B., Engler, N., & Malm, M. (2004). Evaluation of arm and shoulder mobility and strength after modified radical mastectomy and radiotherapy, *Acta Oncologica*, 43(3), 280- 283.

Borges, G. (2009), *Cirurgia axilar conservadora da mama “VERSUS” esvaziamento axilar no cancro inicial da mama*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Box, R.C., Reul-Hirche, H.M., Bullock-Saxton, J.E., & Furnival, C.M., (2002). Shoulder movement after breast cancer surgery: results of randomized controlled study of postoperative physiotherapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 75, 35-50.

Brandão, R., Jordão, S., Duarte, N., Pascoalinho, J., Jordão, J., Vieira, M.R. et al (2006). Drenagem linfática manual, com e sem anti-inflamatórios não esteroides, em associação com o tratamento convencional de fisioterapia, na “trombose” linfática superficial. *Re(habilitar) – Revista da ESSA*, 3, 87- 108.

Caffo, O., Amichetti, M., Ferro, A., Lucenti, A., Valduga, F., & Galligioni, E., (2003). Pain and quality of life after surgery for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 80, 39- 48.

Conde, D., Neto, A., Júnior, R., Aldrighi, J. (2006). Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 28(3), 195-204.

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Custódio, S., Saleiro, S., Dias, M., Freire-de-Oliveira, C. (2009). Tratamento conservador do cancro da mama invasivo – avaliação de 11 anos. *Acta Obstet Ginecol Port*, 3(1), 17-23.

Direcção Geral de Saúde (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Circular normativa nº 09/DGCG.

Freitas, Jr., Ribeiro, L.F.J., Tala, L., Kajita, D., Fernandes, M.V., Queiroz, G. (2001). Linfedema em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 23(4), 205-208.

Gosselink, R., Rouffaer, L., Vandhelden, P., Piot, W., Troosters, T., & Christiaens, M.R. (2003). Recovery of upper limb function after surgery axillary dissection. *Journal of Surgical Oncology*, 83, 204- 211.

Hayes, S., Battistutta, D., Newman, B. (2005). Objective and subjective upper body function six months following diagnosis of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 94(1), 1-10.

Jerónimo, T., Henriques, R. (2002). Cuidados de Enfermagem a doentes com cancro da mama. *Revista Enfermagem Oncológica*. Janeiro, pp 24-39.

Jones, M.A. (1992). Clinical reasoning in manual therapy. *Physical Therapy*, 72, 43-52.

Karki, A. (2005). *Physiotherapy for the functioning of breast cancer patients, in department of health sciences*. Faculty of sport and health sciences of the University of Jyväskylä: Jyväskylä.

Karki, A., Simonen, R., Malkia, E., & Selfe, J. (2005). Impairment, activity limitations and participation restrictions 6 and 12 months after breast cancer operation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 180- 188.

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Katz, J., Poleshuck, E., Andrus, C., Hogan, L., Jung, B., Kulick, D., Dworkin, R. (2005). Risk factors for acute pain and its persistence following breast cancer surgery. *Pain*, 119, 16-25.

Leidenius, M., Leppanen. E., Krogerus, L., & Smitten, K. (2003). Motion restriction and axillary web syndrome after sentinel node biopsy and axillary clearance in breast cancer. *The American Journal of Surgery*, 185, 127-130.

Marques, L. (2003). Cancro da mama. *Rev Port Clin Geral*, 19, 463-68.

Ministério da Saúde (2005). *Cancro da mama*. Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/cancro/cancro+mama.htm> consultado em 6 de Março de 2012.

Moskovitz, A.H., Anderson, B.O., Yeung, R.S., Byrd, D.R., Lawton, T.J. & Moe, R.E. (2001). Axillary web syndrome after axillary dissection. *The American Journal of Surgery*, 181, 434-439.

Nunes, A. (2008). *Ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante*. Dissertação de Mestrado em Oncologia, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. 1ª ed. Lisboa. Climepsi.

Oliveira, M.M.F., Gurgel, M.S.C., Miranda, M.S., Okubo, M.A., Feijó, L.F.A., Souza, G.A. (2009). Efficacy of shoulder exercises on locoregional complications in women undergoing radiotherapy for breast cancer: clinical trial. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13, 136-143.

Otto, S.E. (2000). *Enfermagem Oncológica*. Coimbra; FORMASAU – Formação e Saúde, Lta.

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Petty, N. J. (2007) – *Exame e avaliação neuro-musculo-esqueletrica – Uma manual para terapeutas*. (3ª ed.). Loures, Edição Lusodidacta.

Picará, P. & Perloiro, (2005). A Evidência da Intervenção Precoce da Fisioterapia em Mulheres Mastectomizadas: Estudo Comparativo. *EssFisiOnline*, 1(2), 3-14.

Poleshuck, E. L., Katz, J., Andrus, C.H., Hogan, L.A., Jung, B.F., Kulick, D.I. et al. (2006). Risk factors for chronic pain following breast cancer surgery: a prospective study. *The Journal of Pain*, 7(9), 626- 634.

Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, R e Ferreira, S. (2007). Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Cancro da Mama: Um Estudo Exploratório com 60 Mulheres Portuguesas, S. *Psicologia saúde & Doenças*, 8(1), 13-32.

Rezende, L.F., Beletti, P.O., Franco, R.L., Moraes, S.S. & Gurgel, M.S.C. (2006). Exercícios livres versus direccionados nas complicações pós operatórias de câncer de mama. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(1), 37- 42.

Ribeiro, J. & Pinto, C. (2005). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(1), 37-56.

Saleiro, S., Rodrigues, A.C., Frutuoso, C., Guerra, C., Coimbra, C., Amaral, N., Freire-de-Oliveira, C., (2008). Avaliação dos resultados da biópsia do gânglio sentinela no carcinoma da mama. *Acta Obstet Ginecol Port*, 2(3), 117- 123.

Santiago, B. & Batiston, A. (2005). Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama. *Fisioterapia e Pesquisa*, 12(3), 30-5.

Santos, J. & Gonçalves, R., (2005). Adaptação e validação cultural da versão portuguesa do Disabilities of the Arm Shoulder and Hand – (DASH). *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, 14(3), 29-45.

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Schrenk, P. Rieger, R. Shamiyeh, A., Wayand, W., (2000). Morbidity following Sentinel Lymph Node Biopsy versus Axillary Lymph Node Dissection for Patients with Breast Carcinoma. *American Cancer Society*, 88(3), 608-614.

Sequeira, M. M. (2011). *Programa de exercício e promoção da actividade física após cirurgia por cancro de mama*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas.

Silva, F. A. (2008). *Validação, reprodutibilidade, aceitação e compreensão de questionários de qualidade de vida específicos para câncer de mama (IBCSG, EORTC-C30, EORTC BR23, FACT-B+4)*. Dissertação Mestrado, Fundação Antônio Prudente.

Sobin, L.H. & Wittekind, C. (2004). *TNM Classification of Malignant Tumours* (6ª ed.). Londres: John Wiley & Sons, INC., Publication.

Tengrup, I., Tennvall- Nittby, L., Christiansson, I. e Laurin, M (2000). Arm Morbidity after Breast-conserving Therapy for Breast Cancer. *Acta Oncologica*, 39(3), 393-397.

WHO (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 2(2), 153-159.

Vieiros, I., Nunes, R., e Martins, F., (2007). Complicações da Mastectomia – Linfedema do Membro Superior. *Acta Med Port*, 20, 335-340.

ANEXO 1

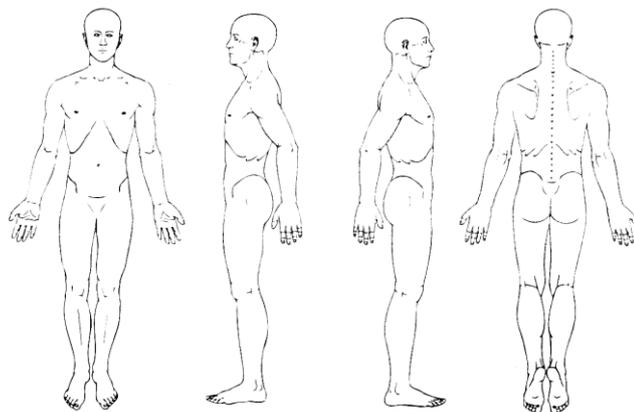
(Escala Numérica)

Para avaliar a dor será usada a escala numérica que consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas, sucessivamente, de 0 (ausência de dor) a 10 (dor máxima). Esta régua pode apresentar-se na horizontal ou na vertical e a utente faz a equivalência entre a intensidade da sua dor e a classificação numérica.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ANEXO 2

Body Chart



ANEXO 3

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

DASH

Portugal

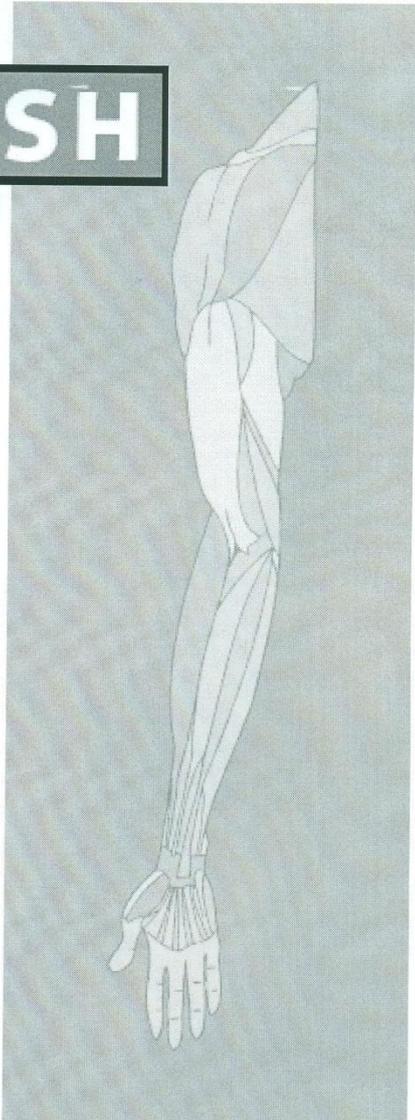
INSTRUÇÕES

Com este questionário pretendemos conhecer os seus sintomas, bem como a sua capacidade para desempenhar determinadas actividades.

Responda, por favor, a *todas* as perguntas e, com base na sua condição física na última semana, faça um círculo à volta do número que considere mais adequado.

Se, na última semana, não teve oportunidade de desempenhar uma determinada actividade, por favor seleccione a resposta com *maior probabilidade* de ser a mais adequada.

Não importa qual a mão ou braço que utiliza para desempenhar a actividade ou o modo como a realiza. Por favor, responda apenas com base na sua capacidade para realizar a tarefa.



Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

Por favor, classifique a sua capacidade para desempenhar as actividades seguintes na última semana, fazendo um círculo à volta do número à frente da resposta adequada.

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. Abrir um frasco novo ou com tampa bem fechada.	1	2	3	4	5
2. Escrever.	1	2	3	4	5
3. Rodar uma chave na fechadura.	1	2	3	4	5
4. Preparar uma refeição.	1	2	3	4	5
5. Abrir e empurrar uma porta pesada.	1	2	3	4	5
6. Colocar um objecto numa prateleira acima da cabeça.	1	2	3	4	5
7. Realizar tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão).	1	2	3	4	5
8. Fazer jardinagem ou trabalhar no quintal.	1	2	3	4	5
9. Fazer a cama.	1	2	3	4	5
10. Carregar um saco de compras ou uma pasta.	1	2	3	4	5
11. Carregar um objecto pesado (mais de 5 kg).	1	2	3	4	5
12. Trocar uma lâmpada acima da cabeça.	1	2	3	4	5
13. Lavar a cabeça ou secar o cabelo.	1	2	3	4	5
14. Lavar as costas.	1	2	3	4	5
15. Vestir uma camisola.	1	2	3	4	5
16. Usar uma faca para cortar alimentos.	1	2	3	4	5
17. Actividades de lazer que requerem pouco esforço (por exemplo: jogar às cartas, fazer tricô, etc.).	1	2	3	4	5
18. Actividades de lazer que exijam alguma força ou provoquem algum impacto no braço, ombro ou mão (por exemplo: golfe, martelar, ténis, etc.).	1	2	3	4	5
19. Actividades de lazer, nas quais movimentam o braço livremente (por exemplo: jogar ao disco, jogar badminton, etc.).	1	2	3	4	5
20. Utilizar meios de transporte para se deslocar (de um lugar para o outro).	1	2	3	4	5
21. Actividades sexuais.	1	2	3	4	5

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:
A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

	NÃO AFECTOU NADA	AFECTOU POUCO	AFECTOU	AFECTOU MUITO	INCAPACITOU
22. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão afectou as suas actividades sociais habituais com a família, os amigos, os vizinhos ou outras pessoas? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

	NÃO LIMITOU NADA	LIMITOU POUCO	LIMITOU	LIMITOU MUITO	INCAPACITOU
23. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão o limitou no trabalho ou noutras actividades diárias? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

Por favor, classifique a gravidade dos sintomas seguintes na última semana. (Faça um círculo à volta do número)

	NENHUMA	POUCA	ALGUMA	MUITA	EXTREMA
24. Dor no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
25. Dor no braço, ombro ou mão ao executar uma actividade específica.	1	2	3	4	5
26. Dormência (formigueiro) no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
27. Fraqueza no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
28. Rigidez no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	TANTA DIFICULDADE QUE NÃO CONSIGO DORMIR
29. Na última semana, teve dificuldade em dormir, por causa da dor no braço, ombro ou mão? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
30. Sinto-me menos capaz, menos confiante ou menos útil por causa do meu problema no braço, ombro ou mão. (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

PONTUAÇÃO DASH INCAPACIDADES/SINTOMAS = $\frac{(\text{soma de } n \text{ respostas}) - 1}{n} \times 25$, onde n é igual ao número de respostas válidas.

Não se pode calcular uma pontuação DASH se existirem mais de 3 itens não válidos.

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:
A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

DISABILITIES OF THE ARM SHOULDER AND HAND

MÓDULO RELATIVO AO TRABALHO (OPCIONAL)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que o seu problema no braço, ombro ou mão tem na sua capacidade para trabalhar (incluindo as tarefas domésticas, se estas forem a sua actividade principal).

Por favor indique qual a sua profissão / actividade : _____

Não trabalho. (Pode saltar esta secção).

Faça um círculo à volta do número que melhor descreve a sua capacidade física na última semana. Teve alguma dificuldade em:

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. fazer os movimentos que normalmente utiliza no seu trabalho?	1	2	3	4	5
2. fazer o seu trabalho habitual devido a dores no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. fazer o seu trabalho tão bem como gostaria?	1	2	3	4	5
4. fazer o seu trabalho no tempo habitual?	1	2	3	4	5

MÓDULO RELATIVO A DESPORTO / MÚSICA (OPCIONAL)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que tem o seu problema no braço, ombro ou mão, quando toca *um instrumento musical*, pratica *desporto* ou *ambos*. Se pratica mais do que um desporto ou toca mais do que um instrumento musical (ou ambos), responda em função da actividade que é mais importante para si.

Por favor indique qual o desporto ou instrumento musical mais importante para si : _____

Não pratico desporto, nem toco um instrumento musical. (Pode saltar esta secção.)

Faça um círculo à volta do número que melhor descreve a sua capacidade física na última semana. Teve alguma dificuldade em:

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. usar a técnica habitual para tocar o instrumento musical ou praticar desporto?	1	2	3	4	5
2. tocar o instrumento musical ou praticar desporto devido a dores no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. tocar o instrumento musical ou praticar desporto tão bem como gostaria?	1	2	3	4	5
4. estar o tempo habitual a tocar o instrumento musical ou a praticar desporto?	1	2	3	4	5

PONTUAR OS MÓDULOS OPCIONAIS: Somar os valores atribuídos a cada resposta; dividir por 4 (número de itens); subtrair 1; multiplicar por 25. A pontuação de um módulo opcional pode não ser calculada no caso de algum dos itens não ter sido respondido.

DASH Portugal
© Santos & Gonçalves 2005

ANEXO 4

FACT-B (Versão 4)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. **Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.**

BEM-ESTAR FÍSICO		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GP1	Estou sem energia	0	1	2	3	4
GP2	Fico enjoado/a	0	1	2	3	4
GP3	Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família	0	1	2	3	4
GP4	Tenho dores	0	1	2	3	4
GP5	Sinto-me incomodado/a pelos efeitos secundários do tratamento	0	1	2	3	4
GP6	Sinto-me doente	0	1	2	3	4
GP7	Sinto-me forçado/a a passar tempo deitado/a.....	0	1	2	3	4

BEM-ESTAR SOCIAL/FAMILIAR		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GS1	Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos	0	1	2	3	4
GS2	Recebo apoio emocional da minha família	0	1	2	3	4
GS3	Recebo apoio dos meus amigos	0	1	2	3	4
GS4	A minha família aceita a minha doença	0	1	2	3	4
GS5	Estou satisfeito/a com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença	0	1	2	3	4
GS6	Sinto-me próximo/a do/a meu/minha parceiro/a (ou da pessoa que me dá maior apoio)	0	1	2	3	4
Q1	<i>Independentemente do seu nível a(c)tual de a(c)tividade sexual, por favor responda à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrículo <input type="checkbox"/> e passe para a próxima se(c)ção.</i>					
GS7	Estou satisfeito/a com a minha vida sexual.....	0	1	2	3	4

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:
A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

FACT-B (Versão 4)

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

BEM-ESTAR EMOCIONAL

		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GE1	Sinto-me triste	0	1	2	3	4
GE2	Estou satisfeito/a com a maneira como enfrento a minha doença	0	1	2	3	4
GE3	Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença	0	1	2	3	4
GE4	Sinto-me nervoso/a.....	0	1	2	3	4
GE5	Estou preocupado/a com a idéia de morrer.....	0	1	2	3	4
GE6	Estou preocupado/a que o meu estado venha a piorar	0	1	2	3	4

BEM-ESTAR FUNCIONAL

		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GF1	Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa).....	0	1	2	3	4
GF2	Sinto-me realizado/a com o meu trabalho (inclusive em casa).....	0	1	2	3	4
GF3	Sou capaz de sentir prazer em viver.....	0	1	2	3	4
GF4	Aceito a minha doença	0	1	2	3	4
GF5	Durmo bem.....	0	1	2	3	4
GF6	Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	0	1	2	3	4
GF7	Estou satisfeito/a com a qualidade da minha vida neste momento.....	0	1	2	3	4

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:
A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

FACT-B (Versão 4)

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

<u>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
B1	Sinto falta de ar	0	1	2	3	4
B2	Sinto-me insegura com a forma como me visto	0	1	2	3	4
B3	Tenho inchaço ou dor em um ou ambos os braços	0	1	2	3	4
B4	Sinto-me sexualmente atraente	0	1	2	3	4
B5	Sinto-me incomodada com a queda do cabelo	0	1	2	3	4
B6	Fico preocupada com a possibilidade de que outros membros da minha família um dia tenham a mesma doença que eu	0	1	2	3	4
B7	Fico preocupada com o efeito do “stress” (estresse) sobre a minha doença	0	1	2	3	4
B8	Sinto-me incomodada com a alteração de peso	0	1	2	3	4
B9	Consigo sentir-me mulher	0	1	2	3	4
P2	Sinto dores em algumas regiões do meu corpo	0	1	2	3	4

Apêndice 1

Consentimento Informado

O cancro da mama é uma preocupação crescente da Saúde Pública a nível mundial, sendo um dos tipos de cancros mais frequentes no sexo feminino.

Em casos de cancro da mama o fisioterapeuta pode intervir e desempenhar um papel importante na prevenção de complicações pós-operatórias, tais como, dor, edema, diminuição das amplitudes articulares do ombro, perda de funcionalidade do membro superior afectado, e outros.

A Fisioterapia é recomendada então, para melhorar a recuperação física da mulher e diminuir o risco de complicações no período pós-operatório (Box et al., 2002; Le Vu, 1997; Wingate et al, 1989).

O presente estudo tem como objectivos, identificar a presença de complicações pós tratamento por cancro da mama, no período de seis meses a doze meses do pós-operatório e comparar a incidência das complicações nos diferentes tratamentos de cancro da mama (mastectomia radical modificada e cirurgia conservadora).

O estudo irá ter um momento avaliativo, onde as utentes serão contactadas via telefone para marcar essa avaliação. Cabe ao fisioterapeuta realizar a recolha dos dados relevantes para concluir o estudo. Estes dados serão utilizados somente para este estudo, serão totalmente confidenciais não sendo utilizados para outros fins e mantendo o anonimado quando for feita a análise do estudo.

Afirmo que fui informada, sobre os objectivos do estudo, que não irei ser prejudicada e exposta a riscos ao longo das avaliações, que não terei qualquer tipo de despesas nem qualquer tipo de gratificação, concordando em participar no estudo.

_____, ____/____/____

(Assinatura, data)

Apêndice 2

Ex. Senhor Director do Serviço MFR do Hospital Professor Fernando Fonseca

Eu, Ana Margarete Martins Mendes Fonseca Clemente, aluna do 3º ano do curso de Licenciatura em Fisioterapia da Universidade Atlântica, venho por este meio pedir autorização para a realização do estudo de final de curso, no âmbito da disciplina Seminário de Monografia com o tema “Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela: A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidas a tratamento cirúrgico por cancro da mama”.

Este estudo tem como objectivos analisar as complicações linfáticas e funcionais precoces em mulheres submetidas a cirurgia por biopsia do gânglio de sentinela relativamente a um grupo de mulheres submetidas a esvaziamento ganglionar axilar.

A avaliação das utentes será realizada num único momento, e as variáveis a analisar serão: a dor, amplitudes articulares, linfedema, edema na parede/mama, cicatriz, trombose linfática superficial, função do membro superior afectado e qualidade de vida.

Este estudo será acompanhado pela Fisioterapeuta Carla Martinho, orientadora da disciplina Seminário de Monografia.

Sem outro assunto,

Atenciosamente

Barcarena, 27 de Junho de 2011

Ana Margarete Clemente

Apêndice 3

Ex. Senhor Presidente da Comissão Ética do Hospital Professor de Fernando Fonseca

Eu, Ana Margarete Martins Mendes Fonseca Clemente, aluna do 3º ano do curso de Licenciatura em Fisioterapia da Universidade Atlântica, venho por este meio pedir autorização para a realização do estudo de final de curso, no âmbito da disciplina Seminário de Monografia com o tema “Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela: A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidas a tratamento cirúrgico por cancro da mama”.

Este estudo tem como objectivos analisar as complicações linfáticas e funcionais precoces em mulheres submetidas a cirurgia por biopsia do gânglio de sentinela relativamente a um grupo de mulheres submetidas a esvaziamento ganglionar axilar.

A avaliação das utentes será realizada num único momento, e as variáveis a analisar serão: a dor, amplitudes articulares, linfedema, edema na parede/mama, cicatriz, trombose linfática superficial, função do membro superior afectado e qualidade de vida.

Este estudo será acompanhado pela Fisioterapeuta Carla Martinho, orientadora da disciplina Seminário de Monografia.

Sem outro assunto,

Atenciosamente

Barcarena, 27 de Junho de 2011

Ana Margarete Clemente

Apêndice 4

Ficha da utente

DATA:

DADOS PESSOAIS:

Nome:

Idade:

Estado Civil:

Lateralidade:

Habilitações literárias:

Profissão/ Ocupação:

DADOS CLÍNICOS:

Tipo de Cirurgia:

Lado da Cirurgia:

IMC:

Número de nódulos linfáticos retirados:

Tempo do pós-operatório:

Início do tratamento de fisioterapia:

AVALIAÇÃO:

Dor:

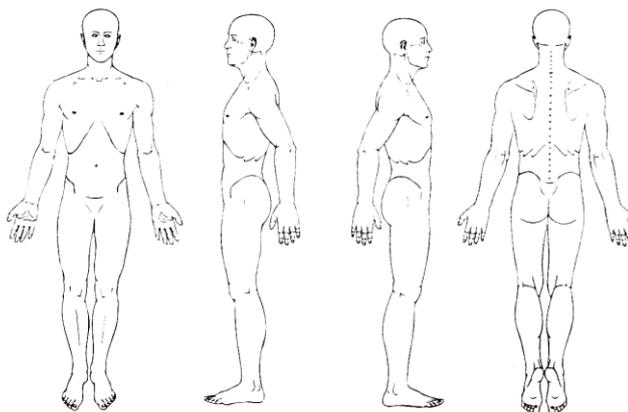
Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Escala numérica:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Body chart:



Amplitudes articulares:

OMBRO	Direito	Esquerdo
Flexão		
Extensão		
Abdução		
Adução		
Rotação Interna		
Rotação Externa		

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Linfedema:

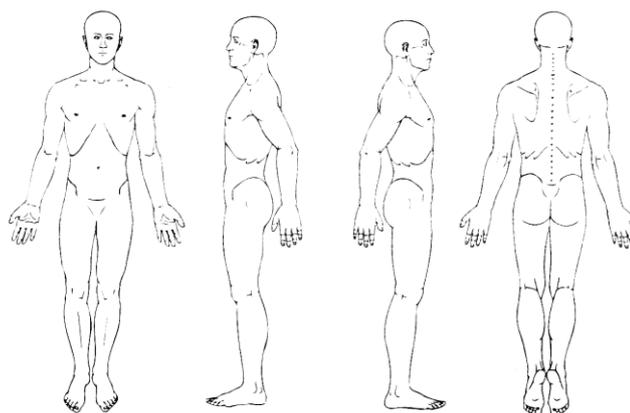
Perimetria	Membro Superior Direito	Membro Superior Esquerdo
Articulação Metacarpofalângica		
Punho		
10cm abaixo do Epicôndilo		
15cm acima do Epicôndilo		

Trombose linfática superficial:

Cicatriz:

Localização:

Body Chart



Aderências:

Dissecção Axilar Vs Biopsia do Gânglio de Sentinela:

A Funcionalidade do membro superior em utentes submetidos a tratamento cirúrgico por cancro da mama
Licenciatura em Fisioterapia

Funcionalidade do membro superior afectado:

Score DASH:

Qualidade de vida:

Score FACT-B: