CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 7 (2012)

ISSN 1980-7341

A PREVALÊNCIA DE CÂNCER DE MAMA NOS PACIENTES DO NUTEC DE RONDONÓPOLIS

Laura Beatriz Rodrigues Alves[1],
Walkiria Shimoya-Bittencourt[2];
Marcos Adriano Salício[3],
Viviane Aparecida Martins Mana Salício[4].

RESUMO

A OMS estima que o número de mortes por câncer no mundo deverá crescer 45% entre 2007 e 2030. Portanto, o objetivo deste estudo foi conhecer a prevalência do câncer de mama em pacientes residentes em Rondonópolis e a atuação da fisioterapia no pós-operatório de mastectomia. Foi realizado um estudo transversal, no NUTEC (Núcleo Especializado em Cancerologia), em Rondonópolis – MT. Os dados foram coletados através de prontuários de 63 pacientes do sexo feminino com diagnóstico de câncer de mama. A prevalência de câncer de mama foi de 55,5%, com 33,3% na faixa etária de 41 a 50 anos; 41,3% realizaram a mastectomia radical. Apenas 23,8% fizeram fisioterapia, 24,4% tinham limitação de movimento e 19,5% com linfedema. Conclui-se que a prevalência de câncer de mama foi alta acometendo mulheres com idade entre 41 a 50 anos e a seqüela mais tratada pela fisioterapia foi à diminuição do movimento do ombro.

Palavras- chave: Câncer de mama, Fisioterapia, Prevalência

ABSTRACT

The World Health Organization estimates the number of cancer deaths worldwide is expected to grow 45% between 2007 and 2030. Therefore, the aim was to study the prevalence of breast cancer patients residing in Rondonópolis and role of physiotherapy in the postoperative mastectomy. We conducted a cross-sectional study in NUTEC (Center Specializing in Oncology) at Rondonópolis - MT. Data were collected through medical records of 63 female patients diagnosed with breast cancer. The prevalence of breast cancer was 55.5%, 33.3% of those aged 41-50 years, 41.3% underwent a radical mastectomy. Only 23.8% had physical therapy, 24.4% had limited movement and 19.5% with lymphedema. It is concluded that the prevalence of breast cancer was high involving women aged 41 to 50 years and more sequels treated with physical therapy was the reduction of shoulder movement.

Keywords: Breast cancer, Physical therapy, Prevalence

[1] Fisioterapeuta e Pós-graduanda em Fisioterapia Dermatofuncional pelo CEAFi/USM.
[2] Docente do curso de Fisioterapia do UNIVAG e do curso de pós – graduação do CEAFi/USM; doutora em Ciências pela UNIFESP.
[3] Docente do curso de fisioterapia do UNIVAG – Centro Universitário; docente do curso de fisioterapia da UNIC; Mestre em fisiologia do exercício pela UNIFES
[4]Docente do curso de fisioterapia da UNIC; Mestre em Saúde Coletiva pela UFMT.

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 7 (2012)

ISSN 1980-7341

INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de morte mundialmente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o número de mortes por câncer no mundo deverá crescer 45% entre 2007 e 2030 (de 7.9 milhões para 11.5 milhões de óbitos anuais) e o número de casos novos deverá aumentar de 11.3 milhões para 15.5 milhões anuais no mesmo período. (INCA, 2009)

As condições associadas ao risco de câncer são mais prevalentes em populações urbanas de regiões industrializadas e é comum se pensar que o câncer é uma doença em desenvolvimento. No entanto, é nos países em desenvolvimento que se verifica um grande aumento na incidência e na mortalidade. Cerca de 50% do total de óbitos e mais de 60% dos casos novos ao ano de câncer ocorrem nestes países. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A distribuição da incidência e da mortalidade por câncer é de fundamental importância para o conhecimento epidemiológico sobre a ocorrência da doença, desde seus aspectos etiológicos até os fatores prognósticos envolvidos em cada tipo específico de neoplasia maligna. Este conhecimento possibilita gerar hipóteses causais e avaliar os avanços científicos em relação às possibilidades de prevenção e cura, bem como a resolutividade da atenção à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Nos Estados Unidos, a American Cancer Society ocorreu em 2006 cerca de 212.930 casos novos e 40.870 mortes por carcinoma de mama. Entretanto, apesar da tendência gradual do aumento na incidência, observa-se nesse país, bem como nos países da União Européia, uma diminuição na mortalidade desta neoplasia de até 2,3 % ao ano. Apesar da redução da mortalidade por câncer de mama nos Estados Unidos, o número de pacientes em estágios avançados não sofreu alteração. A redução provavelmente foi obtida pelo aumento na proporção de mulheres com diagnósticos iniciais oriundas de camadas de maior poder aquisitivo, que passaram a realizar a prevenção secundária (diagnóstico na fase pré-clínica por mamografia), aliado à redução de mortalidade obtida pela hormonioterapia adjuvante. (GEBRIM et al, 2006)

Em 2001, pesquisadores da Havana Scholl of Public Health estimou que 35% das mortes por câncer no mundo poderiam ser atribuídas ao efeito combinado de nove fatores, separados em cinco grupos: dieta e inatividade física, substâncias aditivas (uso de tabaco e álcool), saúde sexual e reprodutiva (infecções sexualmente transmissíveis), riscos ambientais

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 7 (2012)

ISSN 1980-7341

(poluição do ar, combustíveis sólidos, tabagismo passivo) e contaminação venosa pelo vírus da hepatite B e C. (SILVA, 2006)

No Brasil, o aumento da incidência tem sido acompanhado do aumento da mortalidade, o que pode ser atribuído, principalmente, a um retardamento no diagnóstico e na realização de terapêutica adequada. (CONSENSO DE CÂNCER DE MAMA, 2004)

Os casos de câncer de mama feminino acometeram na região Centro-Oeste 2.520 casos, sendo 350 casos no MT e 110 casos na capital Cuiabá. O INCA estimou em 2006 que a incidência do Câncer no Brasil em relação à região centro-oeste, nos anos de 2008 e 2009, será de 6,1% do total de casos novos no país. Porém, o centro-oeste apresentou a terceira maior taxa de incidência de câncer de mama e colo de útero. Entre as mulheres, o número acompanhará o perfil nacional, sendo o câncer de mama responsável por 38 casos novos esperados a cada 100.000 mulheres, ficando Mato Grosso em 15º lugar no país. (SILVA et al, 2006)

Rondonópolis é cidade de referência em saúde na região sul mato-grossense e a mais importante via de escoamento da produção e ligação do Mato Grosso e região norte com o sul do país. Sua população tem crescido muito nos últimos anos, atingindo em 2007 uma população 180.000 habitantes.

O NUTEC, Núcleo de Terapia Especializada em Cancerologia, na Santa Casa de Misericórdia de Rondonópolis foi inaugurada em 2003 trazendo para esta cidade, uma clínica privada, moderna e bem equipada oferecendo tratamentos oncológicos com uma filosofia multidisciplinar, sempre vinculada à tecnologia e conforto.

A fisioterapia vem conquistando espaço no tratamento de pacientes oncológicos, principalmente em mulheres com câncer de mama. A atuação do fisioterapeuta consiste em conhecer as alterações pré-existentes e identificar os possíveis fatores de risco para as complicações pós-operatórias, e quando necessário, deve ser instituído tratamento fisioterapêutico nesta etapa, visando minimizar e prevenir as possíveis seqüelas. No pós-operatório imediato, o propósito é identificar alterações neurológicas ocorridas durante o ato operatório, presença de sintomatologias álgicas, edema linfático precoce e alterações na dinâmica respiratória. (CONSENSO DE CÂNCER DE MAMA, 2004)

A fisioterapia pode estar auxiliando as pacientes no pós-operatório utilizando técnicas fisioterápicas que ajudam a diminuir o edema e melhorar a reabilitação do membro superior, assim como no estudo realizado no serviço de fisioterapia do CAISM - Centro de Atenção

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 7 (2012)

ISSN 1980-7341

Integral a Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, o qual propõe que a realização dos exercícios ativos e de alongamentos, com amplitude livre desde o primeiro dia de pós-operatório, permitiu boa recuperação da capacidade funcional do ombro. (REZENDE et al, 2006)

Portanto, o objetivo deste estudo foi conhecer a prevalência desta neoplasia em pacientes residentes em Rondonópolis e atuação da fisioterapia no pós-operatório de câncer de mama.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal, no centro do NUTEC (Núcleo Especializado em Cancerologia) na cidade de Rondonópolis /MT.

Os dados foram coletados em registros de prontuários de pacientes de sexo feminino e com diagnóstico de câncer de mama. Foram incluídos no estudo todos os registros de prontuários de pacientes que tiveram diagnóstico de câncer de mama, residentes em Rondonópolis, que foram submetidas a qualquer tipo de cirurgia para retirada do câncer de mama, realizaram fisioterapia ou não no pós-operatório, e independente da idade de janeiro de 2003 a 30 de dezembro de 2007.

Foram excluídos do estudo os prontuários com dados incompletos, que não permita identificar as variáveis de estudo e com letras ilegíveis. As informações foram coletadas dos prontuários das pacientes, pela própria pesquisadora do estudo e na sala de registro do NUTEC.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados uma ficha contendo os itens a serem preenchidos de acordo os dados retirados dos prontuários como: a faixa etária, procedimento cirúrgico, tipos histológicos, realização de fisioterapia e sequelas tratadas. A analíse estatística foi realizada pelo programa SPSS (Statistics package for social sciences) versão 1.0.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UNIC (Universidade de Cuiabá) sob Registro: n° 004/CEP/UNIC/2009 – protocolo n° 0307-313.

RESULTADOS

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 7 (2012)

ISSN 1980-7341

Do total de 78 prontuários, todos do sexo feminino, foram excluídos 15 (por estarem com dados incompletos, que não permitam identificar as variáveis de estudo e com letras ilegíveis), sendo incluídos na pesquisa apenas 63 prontuários das pacientes atendidas no NUTEC - Rondonópolis, Mato Grosso, no período de 2003 a 2007.

Os resultados revelaram que a maior prevalência de câncer de mama foi observada entre a faixa etária de 41 -50 anos com 21 casos (33,3%), seguidos 31 – 40 e 51 -60 com 13casos (20,6%), 61- 70 com 8 casos (12,7%), 71 – 80 com 3casos (4,8) e > 80 com 5 casos (7,9%), conforme demonstrado na tabela 1.

Quanto à mama acometida 31 casos (49,2%) foi à mama esquerda, 30 casos (47,6%) à direita e 2 casos (3,17%) bilateralmente, sem predominância entre elas.

Os tipos histológicos encontrados foram: 42 casos (66,7%) com carcinoma ductal invasivo, 2 casos (3,2%) com ductal metastático e 19 casos (30,2%) com lobular invasivo.

Os procedimentos cirúrgicos mais realizados foram: mastectomia simples com 14 casos (22,2%) e mastectomia radical com 26 casos (41,3%).

Das pacientes analisadas somente 15 (23,8%) realizaram fisioterapia e a maioria 48 (76,2%) não realizou.

As seqüelas tratadas pela fisioterapia foram: diminuição da amplitude de movimento do ombro (24,4%), linfedema (19,5%), alteração postural (14,6%), dor cicatricial e edema (7,3%), dorsocervicalgia (4,8%), diminuição da dissociação do ombro (4,8%) e parestesia, aderência cicatricial, alteração de sensibilidade, atrofia muscular, diminuição da força muscular e fibrose com 2,4% . (TABELA 1)

DISCUSSÃO

O câncer de mama representa, nos países ocidentais, umas das principais causas de morte em mulheres. As estatísticas indicam o aumento da freqüência desta neoplasia, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento. De acordo com dados da literatura, a probabilidade de desenvolver câncer de mama aumenta com a idade, e embora prevaleça na pós-menopausa, a doença ocorre, em praticamente, todas as faixas etárias a partir da idade reprodutiva. (BERGMANN, 2006) Além disso, é uma doença que pela sua alta freqüência e pelo efeito psicológico do diagnóstico e tratamento, afeta a sexualidade e a própria imagem pessoal feminina. (OLIVEIRA, 2005)

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 7 (2012)

ISSN 1980-7341

A prevalência de câncer de mama em Rondonópolis foi alta, pois calculando o número de casos desta pesquisa (63) vezes 100 mil e dividindo pelo número de habitantes (180 mil), encontramos a prevalência de 35 casos para uma população ou 55,5%.

Os resultados encontrados sobre a idade foram de encontro aos dados da literatura, 33,3% estava entre a faixa etária de 40 a 50 anos, com a média de idade de 53±11 anos, equiparando com a média das idades entre 52,1 e 56 anos de alguns estudos. (MORAES et al, 2006; MEIRELLES et al, 2006 e SCLOWIT et al, 2005)

Nos tipos histológicos evidenciaram o carcinoma ductal invasivo com 66,7% e lobular invasivo 30,2%, apresentando comportamentos similares a outros estudos (MORAES et al, 2006 e OLIVEIRA, 2005). Para VÁZQUEZ (2005) a maioria dos casos (1.062 pacientes) correspondeu a carcinoma ductal infiltrante (81%) e somente em 129 pacientes (9,8%) a histologia de carcinoma lobular infiltrante foi à patologia predominante. Com relação ao tipo histológico, os carcinomas infiltrativos ductais e lobulares são as formas mais comuns de câncer de mama. A prevalência do carcinoma ductal invasivo varia de 50 – 75 % e, a do lobular invasivo, de 5 – 15% de todos os carcinomas invasivos da mama, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados pelos patologistas. (ALVARENGA et al, 2004)

As pacientes com mais de 65 anos apresentam tumores com características mais favoráveis aos graus histológicos ductal e lobular, e estes foram os mais encontrados com incidência em torno de 10% a mais no grupo acima de 65 anos do que no grupo jovem. (ABREU & KOINFMAN, 2002) No estudo de Oliveira (2005) a maioria dos tumores descritos era do tipo histológico ductal infiltrante (91,8%) e apenas 4,1% de tumores lobulares. Este também foi o achado de Foxcroft (2004), Leal (2002), Xiong (2001), Gerbrim (1995) e Carter (1989), cujos estudos encontraram o carcinoma ductal infiltrante, correspondendo ao tipo histológico mais freqüente. (OLIVEIRA, 2005)

Quanto aos procedimentos cirúrgicos realizados pela NUTEC, a maior prevalência foi de mastectomia radical, correspondendo a 41,3% dos casos, mastectomia simples 22,2% e quadrantectomia 19% cada uma. Os achados deste estudo também estão de acordo com dados do estudo de Vázquez, feito em 1311 mulheres, sendo que destas, 759 receberam cirurgia radical, destes 701 (53,5%) mastectomia radical, 42 (3,2%) mastectomia simples e 550 (41,9%) pacientes foram submetidas à quadrantectomia 183 (14%) (VÁZQUEZ, 2005).

Segundo dados do DATA/SUS, em Rondonópolis entre os anos de 2004 e 2007, foram realizados 75 procedimentos cirúrgicos para retirada de câncer de mama, sendo 4 casos de

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 7 (2012)

ISSN 1980-7341

mastectomia simples, 11 casos de mastectomia radical, 42 casos de quadrantectomia e 8 casos de quadrantectomia com linfadenectomia, demonstrando que há uma alta prevalência nos procedimentos de quadrantectomia ocorridos em Rondonópolis. Tais dados diferem dos achados do presente estudo, em que houve diferença nos procedimentos cirúrgicos realizados para esta patologia, com ocorrência de 26 casos de mastectomia radical, 12 casos de quadrantectomia e 10 quadrantectomia com linfadenectomia;

O tratamento fisioterapêutico para as pacientes submetidas à cirurgia para tratamento do câncer de mama deve começar no pré-operatório, estendendo-se ao pós-operatório. Após a alta, a paciente é encaminhada para atendimento ambulatorial individual e, em seguida, em grupos. O fisioterapeuta tem como objetivo o alívio dos sintomas e o bem-estar da paciente, minimizando as disfunções físicas, prevenindo e/ou restabelecendo a perda da função, da força muscular e da amplitude de movimento da cintura escapular, desvios posturais e drenagem linfática. (BERGMANN et al, 2006)

Neste estudo, a fisioterapia tratou seqüelas semelhantes, como dor cicatricial e edema dorsocervicalgia (7,3%), as disfunções de ombro e parestesia (4,9%) e aderência cicatricial, alteração de sensibilidade, atrofia muscular, diminuição da força muscular e fibrose (2,43%). No entanto, não foi possível identificar as técnicas fisioterapêuticas utilizadas no tratamento destas sequelas, uma vez que não estavam registradas no prontuário. Nos prontuários contavam apenas se as pacientes tinham ou não realizado fisioterapia e as seqüelas apresentadas.

Em aproximadamente 63,6% das mulheres submetidas ao tratamento de câncer de mama, algumas possuem complicações que podem ocorrer no pós-operatório imediato, como infecção, necrose cutânea, seroma, lesão nervosa, dor, fraqueza no membro superior envolvido, complicações cicatriciais, problemas respiratórios; e algumas complicações podem advir no pós-operatório tardio, como disfunção articular do ombro, encarceramento nervoso e linfedema. (GRANJA, 2004)

A maioria dos autores concorda (REZENDE, 2006; GUIRRO E GUIRRO, 2002; PERES & FONTANARI, 2006) que o linfedema do membro superior homolateral decorrente da cirurgia é uma das principais complicações. Esses dados estão de acordo com o presente estudo, em que o linfedema foi um dos problemas causado pelo procedimento cirúrgico para retirada do câncer de mama, resultando na diminuição da amplitude do movimento do ombro e a alteração postural.

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 7 (2012)

A restrição da atividade funcional do braço e a manutenção do mesmo na posição pendente podem contribui para o desenvolvimento do linfedema. O acúmulo de líquido pode acarretar em: aumento do volume do membro, rigidez e diminuição da amplitude de movimento, alterações sensitivas, diminuição da funcionabilidade e redução da auto-estima, problemas com a imagem corporal e aceitabilidade social. (GUIRRO E GUIRRO, 2002)

O mesmo pode ser observado por Peres & Fontanari (2005), em que o tratamento fisioterapêutico de câncer de mama tem enfocado o tratamento de linfedema, da diminuição da função do ombro e extremidade superior, tratamento de cicatriz e redução da dor.

Além disso, a utilização de recursos fisioterapêuticos como a drenagem linfática manual, enfaixamento compressivo funcional, cinesioterapia, cuidados com a pele, auto-massagem e uso de contenção elástica estimulam a atividade do sistema linfático, reduzindo as complicações pós-operatórias e ajudam a manter os resultados obtidos. (CAMARGO & MARX, 2000)

Do mesmo modo, a realização de exercícios ativos livres, na primeira fase da reabilitação deve ser preferencialmente realizada com enfaixamento compressivo, pois as somas das pressões das contrações musculares com o enfaixamento estimulam o funcionamento linfático, a atividade motora do linfangions, aumentando a absorção da linfa e reabsorção de proteínas do interstício. Além do efeito no sistema linfático e na circulação sangüínea, eles melhoram a mobilidade, tônus muscular e estimulam a restauração da força. (CASLEY-SMITH et al, 1994)

Os exercícios realizados por Silva (2004) são de alongamento, ação livre e ação assistida nas diversas posições em pé, deitada em decúbito dorsal e lateral ao lado oposto do operado e sob supervisão de fisioterapeuta. Acredita-se que permitir movimentação livre após a cirurgia de câncer de mama poderá possibilitar: maior bem-estar à mulher operada, menos medo de movimentar o ombro espontaneamente, promoção do retorno mais rápido as atividades do dia-a-dia, respeitando seus limites de dor, e maior rapidez na sua reintegração social.

Alguns fatores foram limitantes para este estudo como dados incompletos dos prontuários e letras ilegíveis que impossibilitaram ampliar a amostra do estudo, bem como não ter acompanhado o processo de tratamento, as técnicas fisioterapêuticas abordadas, como por exemplo, os exercícios, e a evolução diária das mesmas para melhor especificar a atuação da fisioterapia.

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 7 (2012)

CONCLUSÃO

A prevalência de câncer de mama nas pacientes mastectomizadas foi alta e predominante na faixa etária de 41 a 50 anos, sendo o tipo histológico mais freqüente o carcinoma ductal invasivo, não havendo predominância entre mama direita e esquerda. O procedimento cirúrgico comumente utilizado foi a mastectomia radical e as seqüelas mais tratadas pela fisioterapia foram à diminuição da amplitude de movimento de ombro, linfedema e a alteração postural. Não foi possível conhecer a atuação da fisioterapia neste estudo no que se refere às técnicas fisioterapêuticas utilizadas.

REFERÊNCIA

ABREU E.; KOIFMAN S; Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. *Rev. Brasileira de cancerologia*, 2002,v. 48, n.1, p.113-31.

ALVARENGA, M.; *Tumores da Mama.* In: Billis AV, J editor. Patologia diagnóstica de tumores. Campinas; 2004; p.205-298.

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

CAMARGO, M. C.; MARX, Â. G. *Reabilitação Física no Câncer de Mama*. São Paulo, Editora Roca, 2000.

CARTER C.; ALLEN C.; HENSON D. Relation of tumor size, lymph node status, and survival in 24,740 breast cancer cases. *Cancer* 1989; v. 63, p.181-7.

CASLEY-SMITH JR. *Modern Treatment for Lymphoedema*. Adelaide, University of Adelaide Press, 1994.

CONTROLE DO CANCER DE MAMA – documento de consenso; Ministerio da Saude, abril 2004. Data de acesso: 21/05/08.

Disponível em: http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdfn. 7 (2012)

DATA/SUS – Tabwin. Oncologia – Mama (Mulheres), 2003- 2007. Data de acesso: 24/04/2008

FOXCROFT L., EVANS E.; PORTER A. The diagnosis of breast cancer in woman younger than 40. *The Breast* 2004; v.13, n.4, p. 297-306.

GRANJA, C. F. O impacto físico-funcional do câncer de mama em mulheres submetidas a tratamento cirúrgico: uma abordagem fisioterapêutica, monografia do curso de fisioterapia da unioeste, n. 02-2004, Cascavel-Pr.

GEBRIM, L. H.; QUADROS, L. G. de A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2006; v.28 n.6, p.87-91 .

GEBRIM L. Aspectos clínicos e terapêuticos do carcinoma de mama em pacientes idosas - estudo de 72 pacientes. *Rev Bras Ginec Obst* 1995; v.17; p.931.

GUIRRO E; GUIRRO R. *Fisioterapia Dermato-Funcional*. São Paulo, Manole, 2002.

INCA, Instituto Nacional de Câncer, 2009. Data de acesso: 19/03/2009

Disponível em < http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view.asp?ID=2038>

LEAL C.; SANTOS K.; NUNESMAIA H. Características epidemiológicas do câncer de mama no estado da Paraíba. *Rev Bras Mastol* 2002; v.12, n.2, p.15-22.
MEIRELLES, M.C.C.; MAMEDE M.V.; SOUZA L.; PANOBIANCO M.S. Avaliação de técnicas fisioterapêuticas no tratamento do linfedema pós-cirurgia de mama em mulheres. *Rev. bras. fisioter.* v.10 n.4 São Carlos out./dez. 2006
MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006. INCA – Instituto Nacional de Câncer. Estimativa de Câncer no Brasil 2006. [home Page na internet] Data de acesso: 25/05/08.
Disponível em:<http://www.inca.gov.br/estimativa/2006>.
MORAES, A.B. de; ZANINI, R.R.; TURCHIELLO, M. S.; RIBOLD, J.; MEDEIROS, L. R. de. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* v.22 n.10 Rio de Janeiro out. 2006
MOREIRA, E. C. H.; MANAIA, C. A. R.; Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 26, n. 1, p. 21-30, jan./jun. 2005.
OLIVEIRA, A.R. de. Correlação dos principais fatores prognósticos no câncer de mama entre mulheres jovens e idosas atendidas no Serviço de Mastologia da Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis, Florianópolis, 2005.63f. Dissertação – (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, 2005.
PERES, F. R.; FONTANARI, P. Abordagens fisioterapêuticas do linfedema no pós-operatório do câncer de mama. *Ciência da Saúde*, Anuário 2005.
REZENDE, L. de F. Exercícios livres versus direcionados nas complicações pós-operatórias de câncer de mama. *Revista da Associação Medica Brasileira*. v.52 n. 1 São Paulo jan/fev. 2006.
SCLOWIT, M. L.; MENEZES, A.M.B.; GIGANTE, D. P.; TESSARO, S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. Rev. Saúde Pública v.39 n.3 São Paulo jun. 2005.
SILVA, L. A. S. R. da; A situação do câncer no Brasil. *Ministério da Saúde*. INCA – Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, pagina 17, 23; 2006.
SILVA, M.P.P. et al. Movimento do ombro após cirurgia por Carcinoma invasor da Mama: Estudo Randomizado Prospectivo Controlado de Exercícios Livres versus Limitados a 90º no Pós-Operatório. *RBGO*, v. 26, n. 2, 2004.
VÁZQUEZ, D.; TABARÉ, G.K.; BARRIOS, E.; CATALDI, S.; VÁZQUEZ, A et al. Análisis de sobrevida de una población con cáncer de mama y su relación con factores pronósticos: estudio de 1.311 pacientes seguidas durante 230 meses. Rev Med Uruguay 2005; v.21, p. 107-121.
XIONG O. Female patients with breast carcinoma age 30 years and younger have poor prognosis. *Cancer* 2001; v.92, n.10, p. 2523-8.

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 7 (2012)

TABELA 1. Dados clínicos das mulheres com câncer de mama.

Variáveis	N	%
Mama		
Esquerda	31	49,2
Direita	30	47,6
Bilateral	2	3,17
Idade		
31- 40	13	20,6
41- 50	21	33,3
51- 60	13	20,6
61- 70	8	12,7
71- 80	3	4,8
81- 90	5	7,9
Fisioterapia		
Sim	15	23,8
Não	48	76,2
Tipo histológico		
Carcinoma ductal invasivo	42	66,7
Carcinoma ductal metastático	2	3,2
Carcinoma lobular invasivo	19	30,2
Procedimento cirurgico		
Mastectomia simples	14	22,2
Mastectomia radical	26	41,3
Quadrantectomia	12	19,0
Quadrantectomia com linfadenectomia	10	15,9
Mastectomia e quadrantectomia	1	1,6
Sequelas tratadas		
Aderência cicatricial	1	2,4
Alteração postural	6	14,6
Alteração sensibilidade	1	2,4
Atrofia muscular	1	2,4
Dorsocervicalgia	2	4,8
Diminuição ADM ombro	10	24,4
Diminuição força muscular	1	2,4
Diminuição da dissociação escapular	2	4,9
Dor cicatricial	3	7,3
Fibrose	1	2,4
Edema	3	7,3
Linfedema	8	19,5
Parestesia	2	4,9

Legenda: N = número absoluto; % = Porcentagem