

Câncer de Mama: Reabilitação

*Autoria: Associação Brasileira de Medicina Física e
Reabilitação
Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral*

Elaboração Final: 19 de novembro de 2012

Participantes: Brito CMM, Lourenção MIP, Saul M, Bazan M,
Otsubo OS, Battistella AB, Battistella LR, Bernardo
WM, Andrada NC, Imamura M

O Projeto Diretrizes, iniciativa da Associação Médica Brasileira, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Este estudo revisou artigos nas bases de dados do MEDLINE (PubMed) e demais fontes de pesquisa, sem limite de tempo. Para tanto, adotou-se a estratégia de busca baseada em perguntas estruturadas na forma (P.I.C.O.) das iniciais: “Paciente”; “Intervenção”; “Controle” e “Outcome”. Como descritores utilizaram-se: *Breast Neoplasm, Mastectomy, Mastectomy, Radical; Lymph Node Excision, Surgery, Lymphedema, Breast Cancer-related Lymphedema (BCRL); Arm/pathology, Postoperative Complications, Shoulder Joint, Range of Motion, Articular**; *Shoulder Joint/Radiation Effects, Drainage, Manual Lymphatic Drainage, Decongestive (MLD), Lymphatic Therapy (DLT), Massage, Compression Bandages, Bandages, Alginates**, *Physical Therapy Modalities, Exercise, Exercise/Physiology**, *Exercise Therapy, Exercise Training, Exercise Movement Techniques, Exercise Tolerance, Weight Lifting**, *Kinesiotherapy, Musculoskeletal Manipulation, Prevention and Control, Primary Prevention, Postoperative Care, Rehabilitation, Early Intervention, Recovery of Function, Disability Evaluation, Complications*, Survivor*, Neoplasm Recurrence; Immune System, Stress, Psychological; Quality of Life, Value of life, Sickness Impact Profile, Life Style, Risk, Risk Factors, Overweight, Diet, Food, Diet Therapy, Diet Reducing, Dietetics, Malnutrition, Nutrition Policy, Nutritional Sciences, Pressure**, *Intermittent Pneumatic Compression, Intermittent Pneumatic Compression Devices, Hydrotherapy, Complementary Therapies, Cognitive Therapy, Mind-body Therapies, Mindfulness, Meditation, Psychotherapy, Psychophysics, Holistic Health, Adaptation, Psychological; Self-help Groups, Psychotherapy, Group**; *Occupational Therapy, Social Support*.

Com esses descritores efetivaram-se cruzamentos de acordo com o tema proposto em cada tópico das perguntas (P.I.C.O.). Analisado esse material, foram selecionados os artigos relativos às perguntas e, por meio do estudo dos mesmos, estabeleceram-se as evidências que fundamentaram as diretrizes do presente documento.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos de casos (estudos não controlados).
- D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVOS:

Oferecer informações sobre a reabilitação em câncer de mama.

CONFLITO DE INTERESSE:

Os conflitos de interesse declarados pelos participantes da elaboração desta diretriz estão detalhados na página 13..

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia mais comum entre mulheres, com estimativa de 1,4 milhão de novos casos por ano e é responsável por, aproximadamente, 460 mil óbitos por ano em todo o mundo¹(D).

O tratamento é diversificado e inclui, sobretudo, cirurgias como mastectomias, conservadora ou radicais, associadas a esvaziamento de linfonodos axilares, biópsia de linfonodo sentinela, radioterapia, quimioterapia adjuvante e/ou neoadjuvante, hormonioterapia, com resultados bastante positivos na melhora da sobrevida dessa população^{2,3}(B).

Há particularidades no seguimento de reabilitação, na dependência da apresentação clínica e do tipo de tratamento e cirurgia realizada. Mesmo após cirurgias menos invasivas, a perda de força muscular pode ser próxima daquela observada em cirurgias mais invasivas.

Quanto à sensibilidade e à amplitude articular, pacientes submetidas a cirurgias menos invasivas têm maior sensibilidade na parede torácica em até dois anos quando comparada às aquelas submetidas a cirurgias mais invasivas, além disso, as que realizaram cirurgia mais radical levam mais tempo para voltar a ter adequada amplitude da articulação do ombro⁴(B).

O aumento da expectativa de vida observado na atualidade exige cada vez mais cuidados prolongados e especializados para que a sobrevida seja acompanhada de melhora na qualidade de vida, visto que tanto a doença quanto o tratamento são capazes de produzir incapacidades motoras, sensitivas, dolorosas, cognitivas e psicológicas⁵(D).

A reabilitação destaca-se nesse processo, uma vez que oferece recursos que visam a prevenir e minimizar a incapacidade, bem como promover a maior funcionalidade possível e desenvolver o potencial psicossocial⁶(D). Sua importância fica muito clara frente à alta prevalência de potenciais complicações: até 67% das pacientes terão restrição da articulação do ombro

no seguimento do tratamento, das quais até 68% desenvolverão quadro de dor tanto no ombro como no membro superior e até 34% das mulheres apresentarão linfedema^{7(B)}. A chance de desenvolver linfedema é maior nas pacientes irradiadas em comparação às não irradiadas, com OR= 1,46, IC 95% 1,16-1,84)^{7(B)}.

Em um período de seguimento médio de nove anos após mastectomia, variando de seis a treze anos, observou-se que pacientes submetidas a radioterapia apresentaram maior incidência de linfedema do que aquelas não irradiadas, 14% *versus* 3%. O desenvolvimento de morbidade no ombro ipsilateral também foi maior em pacientes irradiadas do que entre as não-irradiadas, 45% *versus* 15%, com alteração na amplitude articular de intensidade moderada ou grave em 5% dos casos, e somente nas pacientes irradiadas ($p=0,004$), enquanto a incidência de queixa de ombralgia foi de 17% nas pacientes irradiadas, contra somente 2% nas não-irradiadas ($p=0,001$)^{8(B)}.

1. A DRENAGEM LINFÁTICA MANUAL MELHORA O LINFEDEMA ASSOCIADO AO CÂNCER DE MAMA?

Estima-se que 34% das mulheres mastectomizadas apresentarão algum grau de linfedema, daí a importância de definir sua terapêutica adequada^{7(B)}.

Na maioria dos programas terapêuticos, o tratamento do linfedema baseia-se na terapia descongestiva complexa, também referida como terapia física complexa, que inclui o uso da drenagem linfática manual (DLM), associada ao

enfaixamento compressivo funcional (ECF), e exercícios. Inicialmente, a DLM promove a diminuição do volume do linfedema, porém 52% das pacientes terão aumento do linfedema acima de 10% de seu valor no final do tratamento intensivo com DLM^{9(B)}. A não utilização de bandagem ou luvas elásticas aumenta o risco significativo de linfedema após um ano do tratamento, com RR=1,55 (IC 95% 1,3-1,76) e RR=1,61 (IC 95% 1,25-1,82), enquanto que não realizar drenagem linfática isoladamente não modifica o risco de linfedema^{9(B)}. Mulheres com diagnóstico de linfedema há, aproximadamente, quinze meses após remoção de, em média, quinze linfonodos e submetidas à DLM, apresentaram resultados terapêuticos semelhantes em comparação com mulheres com câncer de mama com as mesmas características submetidas à terapia educacional após doze meses de tratamento intensivo com drenagem. Em um período de seguimento de doze meses, mulheres com linfedema há, aproximadamente, trinta e quatro meses, metade submetida à mastectomia radical e outra metade submetida a outras ressecções segmentares, com instalação do linfedema em média vinte e dois meses após a cirurgia, foram submetidas à terapia física complexa clássica de manutenção. Uma parte das pacientes recebeu DLM, uma a três vezes por semana, além de bandagem e educação, e as demais, apenas bandagem e educação. O risco do aumento do linfedema durante a fase de manutenção foi o mesmo para mulheres que receberam ou não DLM^{10(B)}.

Recomendação

A DLM, em conjunto com as demais intervenções, auxilia no controle do linfedema na fase terapêutica, mas não acrescenta benefício uma vez estabilizado o linfedema e indicados cuidados de manutenção. Até o momento, a

DLM utilizada, isoladamente, não apresenta resultados superiores à terapêutica convencional de reabilitação, terapia física ou descongestiva complexa, na abordagem de pacientes com linfedema relacionado ao câncer de mama^{9,10}(B). Está em andamento estudo randomizado, cego e controlado para confirmar essa informação¹¹(A).

2. O USO DE LUVAS/BRAÇADEIRAS COMPRESSIVAS OU BANDAGENS MELHORA O LINFEDEMA ASSOCIADO AO CÂNCER DE MAMA?

○ ECF, conforme mencionado anteriormente, integra a terapia descongestiva complexa. Como colocado acima, leva à redução do linfedema na fase terapêutica e a não utilização de bandagem ou luvas elásticas aumenta o risco significativo de linfedema após um ano do tratamento, com RR=1,55 (IC 95% 1,3-1,76) e RR=1,61 (IC 95% 1,25-1,82), enquanto a não realização de DLM isoladamente não modifica o risco de linfedema⁹(B).

Recentemente, o emprego de novas bandagens embebidas com alginato, o que torna as bandagens rígidas após secagem, por seis horas, tem se mostrado uma alternativa para que a paciente permaneça com o enfaixamento durante os finais de semana¹²(B). A técnica de ECF com bandagens embebidas com alginato como parte da terapia complexa descongestiva demonstrou significativa redução no volume do membro linfedematoso, quando comparada à técnica de enfaixamento compressivo convencional, além de proporcionar significativo conforto às pacientes, de acordo com a Escala de Likert¹²(B).

Em relação à pressão (mmHg) ideal a ser exercida pelo enfaixamento com bandagens convencionais, estudos demonstraram a dife-

rença entre as pressões de 20 a 30 mmHg e 44 a 58 mmHg, evidenciando que o enfaixamento compressivo exercido com subpressão de 20 a 30 mmHg é melhor tolerado e alcança a mesma quantidade de redução de volume quando comparado ao enfaixamento compressivo com pressão de 44 a 58 mmHg¹³(B).

Recomendação

A técnica de realizar o enfaixamento compressivo com alginato pode ser empregada, pois, além de reduzir o linfedema nas pacientes, proporciona maior conforto¹²(B).

○ ECF contribui para a redução e controle do linfedema, tanto na fase terapêutica como de manutenção⁹(B). ○ ECF com bandagens convencionais deve ser mantido com pressão entre 20 e 30 mmHg, o que gera boa redução de volume e resulta em maior tolerabilidade por parte das pacientes¹³(B).

3. A COMPRESSÃO PNEUMÁTICA INTERMITENTE AUXILIA NO TRATAMENTO DO LINFEDEMA ASSOCIADO AO CÂNCER DE MAMA?

○ tratamento exclusivo com compressão pneumática intermitente (CPI), durante dois ciclos, de duas semanas cada, cinco vezes por semana e duração de duas horas diárias, com compressão constante de 60 mmHg, com intervalo entre os ciclos de cinco semanas, tem resultado semelhante ao tratamento clínico do linfedema pós-mastectomia, cirurgia radical unilateral, se comparado com o tratamento conservador baseado em cartilhas com informações sobre cuidados com a pele, orientações para a realização das atividades de vida diária e orientações preventivas quanto ao aparecimento do linfedema¹⁴(B).

O tratamento associado com o emprego de CPI e DLM, bem como o uso de luvas compressivas e cuidados com a pele durante dez dias, com trinta minutos diários de uso de compressão entre 40 a 50 mmHg, e reavaliação em trinta dias, demonstrou uma redução do volume de linfedema nas pacientes submetidas à cirurgia de mama e/ou intervenção radioterapêutica, com volume médio $45,3 \pm 18,2$ ml versus $26 \pm 22,1$ ml, com $p < 0,05^{15}$ (B).

Recomendação

A CPI como forma de tratamento do linfedema pós-mastectomia não é eficaz se utilizada de forma isolada¹⁴(B). A CPI como forma de tratamento do linfedema, associada a outras condutas terapêuticas descongestivas, mostra-se eficaz para a redução do volume de linfedema¹⁵(B).

4. A FISIOTERAPIA PRECOCE AUXILIA NA PREVENÇÃO DO LINFEDEMA ASSOCIADO AO PÓS-OPERATÓRIO DO CÂNCER DE MAMA?

Para mulheres submetidas à mastectomia radical unilateral associada a esvaziamento axilar, considera-se fisioterapia precoce a abordagem que tem início do terceiro ao quinto dia de pós-operatório. A fisioterapia precoce inclui DLM, massagem sobre o tecido cicatricial e exercícios assistidos e ativos para a articulação do ombro, sendo eficaz na prevenção do desenvolvimento de linfedema no período de doze meses após a cirurgia, com redução do risco absoluto de RA=1,66 (IC 95% 0,42-2,90), beneficiando uma pessoa em cada seis pessoas tratadas (NNT=6 com IC 95% 3-14)¹⁶(B). Mesmo corrigindo esse risco ao ajustá-lo à presença de IMC>25 kg/m², preditor de risco isolado para linfedema¹⁷(B),

ainda há benefício com a realização de fisioterapia precoce, com OR=0,22 (IC 95% 0,07-0,72)¹⁶(B).

Em mulheres com câncer de mama em estágios iniciais, submetidas à mastectomia radical ou ressecção tumoral conservadora, associada ao esvaziamento axilar, com ou sem adjuvância com radioterapia, quimioterapia ou terapia hormonal, não foram encontradas diferenças significativas quanto à possibilidade de aparecimento de linfedema dois anos após a cirurgia, entre realizar atividade física com e sem restrição dos movimentos dos ombros¹⁷(B).

Recomendação

Deve-se utilizar a fisioterapia precoce na prevenção de linfedema após mastectomia radical, pois a associação de DLM com massagem do tecido cicatricial, e exercícios assistidos e ativos para o ombro beneficia uma em cada seis pessoas tratadas¹⁶(B). Exercícios devem ser estimulados sem restrições aos movimentos do membro operado¹⁷(B).

5. O EXERCÍCIO MELHORA O LINFEDEMA ASSOCIADO AO CÂNCER DE MAMA?

A implantação de um programa de educação para a prática de exercícios físicos em pacientes submetidas a mastectomia e esvaziamento axilar deve ser preconizada e estimulada por toda equipe que trata dessas pacientes. Estudos demonstram que a prática de exercícios resistidos com muitas repetições e carga baixa não aumenta o risco de linfedema, nem altera o volume do braço em pacientes submetidas à cirurgia de mama com dissecação axilar^{17,18}(B) ou em pacientes com linfedema¹⁹(B).

As pacientes que foram submetidas à cirurgia de mama com dissecação axilar devem ser encorajadas a manter a prática de exercícios físicos sem restrições e sem medo de desenvolvimento de linfedema, pois o único fator de risco para aparecimento de linfedema após esvaziamento axilar é a presença de $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$ ¹⁷(B).

Não há diferença quanto à capacidade de cicatrização, presença de seroma, necessidade de aspirações ou complicações da ferida operatória entre iniciar a prática de exercícios resistidos do membro operado um dia ou uma semana após a cirurgia²⁰(B).

Associar exercícios com técnicas de relaxamento, com a intenção de fornecer às pacientes tanto melhora física quanto emocional, resulta em benefício no tratamento do linfedema²¹(B).

Recomendação

As pacientes que foram submetidas à cirurgia de mama com dissecação axilar devem ser encorajadas a manter a prática de exercícios físicos sem restrições, realizando treino resistido com menos repetições e carga baixa no membro operado^{17,18}(B) ou com linfedema¹⁹(B). Esses exercícios podem ser iniciados no dia seguinte à cirurgia ou uma semana após, sem diferença significativa na evolução posterior²⁰(B). Associar exercícios com técnicas de relaxamento, com a intenção de fornecer às pacientes tanto melhora física como emocional, resulta em benefício no tratamento do linfedema²¹(B).

6. O EXERCÍCIO MELHORA A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA?

Em mulheres com câncer de mama estágio I e II, no período de vinte e quatro meses após o

diagnóstico, tendo encerrado o tratamento, exceto a hormonioterapia, sem evidência de recorrência, sem comorbidades graves, sedentárias pelo menos seis meses previamente ao estudo, um programa de exercícios combinados, aeróbicos e resistidos, iniciado precocemente após o tratamento adjuvante do câncer de mama, resultou em melhora significativa e confiável da qualidade de vida²²(B). Foram considerados exercícios aeróbicos precoces àqueles iniciados até doze semanas, e tardio, entre doze e vinte e quatro semanas após o procedimento cirúrgico. Iniciar exercícios aeróbicos precocemente aumenta a qualidade de vida aferida pela escala *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Scale*, com diferença entre os grupos de 26,1 (IC 95% 18,3-32,7, com $p < 0,001$)²²(B).

Para mulheres submetidas recentemente a qualquer tratamento oncológico consagrado para câncer de mama em qualquer estágio, o treino de fortalecimento muscular, duas vezes por semana, é capaz de melhorar índices funcionais e psicológicos da avaliação de qualidade de vida, em decorrência de alterações na composição corporal e força global²³(B).

Recomendação

Exercícios físicos aeróbicos²²(B) e resistidos¹⁷⁻¹⁹(B) devem ser instituídos, precocemente, pois são capazes de melhorar a qualidade de vida de pacientes submetidas a tratamento recente para o câncer de mama^{22,23}(B).

7. O EXERCÍCIO FÍSICO AUXILIA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA?

Mulheres previamente sedentárias, com sobrepeso e menopausadas podem atingir e sustentar níveis de exercício aeróbico que, estatisticamente, provocam reduções nos níveis

de estradiol e SHBG e de *sex hormone-binding globulin*^{24,25}(B). Para isso, necessitam realizar pelo menos 225 minutos de atividade aeróbica na semana, como quarenta e cinco minutos, cinco vezes por semana²⁵(B). A redução desses índices está, consistentemente, associada à redução do risco de desenvolvimento de câncer da mama na literatura científica^{24,25}(B).

Resultados parciais de estudos em curso, com previsão de longo período de seguimento, demonstraram a perspectiva promissora de estudos tipo "mudanças no estilo de vida" *versus* "redução de fatores de risco para câncer de mama", visto que já se observa a associação entre exercícios e redução de marcadores tumorais consagrados, podendo haver diminuição da incidência de câncer de mama no seguimento de longo prazo²⁶(B).

Recomendação

O exercício físico aeróbico regular^{24,25}(B), pelo menos 225 min/semana, como quarenta e cinco minutos, cinco vezes por semana²⁵(B), está associado à redução de valores plasmáticos de marcadores tumorais sabidamente envolvidos no desenvolvimento do câncer de mama. É necessário um seguimento prolongado para, no futuro, corroborar o papel da atividade física na prevenção do câncer de mama²⁶(B).

8. A CINESIOTERAPIA PRECOZE PREVINE A OCORRÊNCIA DE LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO NO OMBRO NO PÓS-OPERATÓRIO DE CÂNCER DE MAMA?

A realização de um plano de cuidados fisioterapêuticos, iniciando no pré-operatório, com orientações sobre a cirurgia, explanação sobre a importância da realização dos exercí-

cios já no pós-operatório imediato e medidas realizadas com o goniômetro dos movimentos do ombro, e com continuidade no pós-operatório precoce, aumentou a amplitude de movimento da abdução do ombro no lado operado. Observou-se que, com a aplicação desse plano de cuidados, há retorno da abdução do ombro equivalente aos graus mensuráveis no pré-operatório, após três meses, mantidos dois anos após a cirurgia²⁷(B). A partir do segundo dia de pós-operatório, incorpora-se a progressão de movimentos do ombro e, durante um prazo de duas semanas, a intervenção é supervisionada por um fisioterapeuta, com aumento gradual da amplitude, sempre respeitando a dor ou qualquer outro fator limitante para o alcance do maior grau dos movimentos solicitados. Os exercícios devem ser orientados para realização até seis meses após a cirurgia e, para as mulheres com terapia adjuvante associada, os exercícios específicos de ombro devem ser mantidos por até um ano²⁷(B). Devem-se realizar duas sessões de fisioterapia por semana, cada uma de sessenta minutos²⁸(B). Os benefícios da intervenção fisioterapêutica foram identificados na prática clínica em procedimentos cirúrgicos menos radicais, excisão local completa com dissecação axilar ou mastectomia radical modificada, e em casos em que a radioterapia axilar era evitada²⁷(B). Pacientes irradiados têm maior chance de apresentar restrição de ombro (OR = 1,67, IC 95% 0,98-2,86) em comparação a pacientes não-irradiados⁷(B).

Nota-se que, sem exercícios físicos supervisionados, mulheres em tratamento, após cirurgias de câncer de mama, têm maior potencial de desenvolver limitações de amplitude de movimento no ombro ipsilateral e, portan-

to, a orientação e a supervisão realizada por fisioterapeutas em uma intervenção precoce por meio de um programa de exercícios parece assegurar a recuperação da movimentação do ombro^{27(B)}.

Recomendação

A prática de exercícios específicos precocemente no membro operado, supervisionados e orientados por fisioterapeutas^{27,28(B)}, deve ser adotada, sendo eficaz a realização de duas sessões por semana, de sessenta minutos de duração, cada sessão^{28(B)}. A cinesioterapia deve ser realizada até seis meses após a cirurgia e estendida para até um ano em pacientes que, além da cirurgia, necessitem de terapia adjuvante associada^{27(B)}. A prevenção da limitação de amplitude dos movimentos do ombro será maior após procedimentos cirúrgicos menos radicais e nos casos em que a radioterapia axilar poder ser evitada^{27,28(B)}.

9. O PROGRAMA INTERDISCIPLINAR DE REABILITAÇÃO MELHORA A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA?

Um programa de intervenção interdisciplinar em pacientes com câncer de mama é eficaz na melhora da qualidade de vida em pacientes com diagnóstico precoce de câncer de mama^{29(B)}.

Deve-se investigar a qualidade do sono e, diante de insônia crônica, o tratamento inicial deve ser feito com intervenções não-farmacológicas, como educação e higiene do sono^{30(B)}. Comorbidades psiquiátricas são comuns, como depressão maior (10%) ou depressão (27%), assim como transtornos de ansiedade (9%), devendo ser investigadas

e tratadas, quando presentes^{31(B)}. É importante conhecer o suporte familiar e social das pacientes em tratamento interdisciplinar^{32(B)}.

Não há diferença significativa na quantidade de atividade física se a orientação for feita pelo oncologista, como uma sugestão, ou se a paciente é encaminhada para um especialista em exercícios, com diferença média de 1,5 MET/h na semana, IC 95%-1,0 a 4,0, com $p=0,244$ ^{33(B)}. Importante ressaltar que, em três meses, já há benefícios dessa atividade física^{34(B)}.

É importante a utilização de todas as ferramentas no programa interdisciplinar com intenção de melhorar a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama, pois existe associação entre qualidade de vida e a recorrência do tumor. Mulher com pontuação no tercil superior de qualidade de vida apresenta diminuição do risco relativo de morte de 38% ($p=0,002$) e diminuição do risco de recorrência do tumor de 48% ($p<0,001$)^{35(B)}.

Recomendação

Um programa de reabilitação baseado em intervenção psicológica, exercícios físicos e suporte de assistência em grupo durante dez semanas, três vezes por semana, combinado com a supervisão de equipe interdisciplinar e médico fisiatra promove melhora na qualidade de vida, acompanhada de alívio de sintomas físicos, ajuste de alterações psicossociais e melhora na movimentação da articulação do ombro em pacientes com câncer diagnosticado, previamente^{29(B)}. Tudo deve ser feito para melhorar a qualidade de vida de paciente com câncer de mama, pois isso modifica o prognóstico da doença^{35(B)}.

10. A PSICOTERAPIA AUXILIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA?

Intervenções psicológicas aplicadas em pacientes com diagnóstico recente de câncer de mama, por doze meses, são eficazes na redução do estresse emocional. No entanto, não está claro se melhoria psicológica é acompanhada de incremento na imunidade funcional, quando são realizadas sessões semanais de psicoterapia com pequenos grupos de pacientes, durante os primeiros quatro meses, e mensais, nos últimos oito meses de tratamento. O modelo de tratamento demonstrou que a redução da angústia é destacada como um importante mecanismo pelo qual a saúde pode ser melhorada ($p < 0,05$), aos doze meses³⁶(B). Essas intervenções psicológicas devem ser realizadas, precocemente³⁷(B).

A psicoterapia cognitivo-comportamental grupal, que inclui relaxamento e treinamento cognitivo e de habilidades, aplicada em dez sessões semanais de duas horas, em pacientes com câncer de mama um ano após mastectomia, diminui pensamentos intrusivos, medidos por meio da *Impact of Event Scale*, inclinação ($z = 3,64$, $p < 0,001$; d de Cohen = 1,22), ansiedade, medida pela escala *Hamilton anxiety symptom score*: $z = 2,71$, $p < 0,004$, d de Cohen = 0,74, e sofrimento emocional, medido pela escala *Affects Balance Scale index of negative emotions*: $z = 2,63$, $p < 0,01$, d de Cohen = 0,43³⁸(B).

A psicoterapia cognitivo-existencial em grupo, aplicada em vinte sessões semanais associada a três aulas de relaxamento, para pacientes em estágio inicial de câncer de

mama em tratamento de quimioterapia, melhora o humor e atitude mental relacionada ao câncer, com redução de ansiedade ($p = 0,05$)³⁹(B).

Entre as intervenções psicossociais, a psicoeducação é mais adequada para reabilitação de portadores de câncer de mama⁴⁰(B).

Intervenções psicológicas de curto prazo devem ter foco no enfrentamento necessário para tratamento de pacientes com câncer de mama precoce; entretanto, para pacientes com quadro avançado, deve-se enfatizar o apoio. Há tamanho moderado de efeito tanto para ansiedade como para a depressão, $ES = -0,40$, com $IC\ 95\% -0,72 -0,08$, e $ES = -1,01$, com $IC\ 95\% -1,48 -0,54$, respectivamente⁴¹(B). Técnicas comportamentais permitem melhora na fadiga relacionada ao câncer, $ES = -0,158$, com $IC\ 95\% -0,233 -0,082$ ⁴²(B).

Recomendação

Intervenções psicológicas devem ser iniciadas precocemente³⁷(B), com intenção de melhorar o enfrentamento em paciente com câncer inicial e para apoio em casos avançados⁴¹(B). Podem ser feitas, individualmente^{34,39,40}(B), ou em grupo^{38,39}(B), e reduzem angústia³⁶(B), ansiedade^{38,41,42}(B), depressão^{40,41}(B) e fadiga⁴²(B).

11. A TERAPIA OCUPACIONAL AUXILIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA?

Um programa de terapia ocupacional, que inclui exercícios diários em casa, associado a sessões quinzenais por cinco semanas consecuti-

vas, seguidas por um programa de três meses de exercícios e relaxamento aplicado em dezesseis mulheres com câncer de mama, apresentou efeitos positivos na medida da bioimpedância, da flexibilidade do membro superior da função diária, da qualidade de vida, humor e perda de peso, quando comparado a pacientes que receberam somente orientações de outros profissionais da saúde⁴³(B).

Terapia ocupacional realizada por sessões telefônicas em seis sessões semanais, com média de duração de trinta e cinco minutos, iniciadas uma semana após a avaliação, aplicadas em trinta e um pacientes com câncer de mama, com média de 52,6 anos de idade, em tratamento de quimioterapia, apresenta efeitos positivos na função, qualidade de vida e emocional, devido à necessidade de realização de adequações na participação das atividades da vida diária e instrumentais da vida diária com a utilização de tecnologia assistida, demonstrou ser mais efetivo do que o tratamento realizado sem a inclusão desses atendimentos, principalmente pela dificuldade que alguns pacientes apresentam de comparecer ao centro de reabilitação, quando moram distante do mesmo⁴⁴(B).

Recomendação

Um programa de terapia ocupacional semanal com três meses de duração, aplicado em mulheres com câncer de mama, provoca efeitos positivos na função, na flexibilidade do membro superior, na qualidade de vida e no emocional, devido à necessidade de realização de adequações na participação nas atividades da vida diária e instrumentais da vida diária com a utilização de tecnologia assistida. Sessões telefônicas podem ser úteis para fortalecer essas orientações quando a paciente tem dificuldade em comparecer presencialmente^{43,44}(B).

12. A HIDROTERAPIA AUXILIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA?

A hidroterapia realizada em sessões semanais de quarenta e cinco minutos de duração, por três meses, com quarenta e oito mulheres de 50 ± 10 anos de idade, portadoras de câncer de mama com linfedema, com 12,8% de volume relativo, em piscina com 1,2 metros de profundidade e uma temperatura de 32 a 33° C é um método seguro, que apresenta boa aderência por parte dos pacientes. Há um significativo efeito imediato e insignificante efeito em longo prazo na diminuição do linfedema⁴⁵(B).

Recomendação

A hidroterapia mostrou ser um método seguro, com boa aderência por parte dos portadores de câncer de mama, para tratamento do linfedema moderado. Há significativo efeito imediato e insignificante efeito em longo prazo na diminuição do linfedema⁴⁵(B).

13. A ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL AUXILIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA?

Após o término do tratamento específico, a nutrição adequada auxilia na recuperação da força muscular e corrige problemas nutricionais que interferem no bom funcionamento do organismo. A ingestão alimentar adequada é crucial na fase de recuperação⁴⁶(D).

Mulheres tratadas de câncer de mama necessitam de métodos de perda de peso, pois a obesidade pode resultar em prognóstico ruim^{47,48}(B) e a perda de peso melhora a qualidade de vida⁴⁹(B).

A orientação alimentar feita às mulheres sobreviventes de câncer de mama faz aumentar

o consumo de frutas, vegetais e fibras e reduzir a ingestão de gorduras saturadas, além de aumentar os exercícios no seguimento de até dois anos⁵⁰(B).

Dietas com restrição de gordura e carboidratos em sobreviventes de câncer de mama com sobrepeso, utilizando 24 g/d gorduras e 76 g/d carboidratos por seis meses, permitem perda de peso médio de $6,1 \pm 4,8$ kg em vinte e quatro semanas e melhora do perfil metabólico de glicose, insulina, hemoglobina glicada e lipídios, além da pressão arterial⁵¹(A). É viável a orientação de redução maior ou igual a 50% da ingestão de gordura para prevenção secundária de câncer de mama, pois essa orientação é seguida em 37% dos casos, IC 95% 21-54%, nos primeiros três meses, e em 35%, IC 95% 17-53%, em até vinte e quatro meses⁵²(A).

Para avaliar a influência da dieta rica em frutas, vegetais e fibras e a redução das gorduras saturadas no risco de mortalidade relacionada ao câncer de mama, sua recorrência ou aparecimento de novo câncer de mama, foram acompanhadas mais de 3000 mulheres entre 6 a 11 anos, com média de 7,3 anos.. Não houve diferença significativa na mortalidade (10,1% no grupo intervenção e 10,3% no grupo comparação, com $H_z=0,91$ com IC 95% 0,72-1,15, com $p=0,43$) e também na recorrência ou aparecimento de novo câncer de mama (16,7% no grupo intervenção e 16,9% no grupo comparação, com $H_z=0,96$ com IC 95% 0,80-1,14, com $p=0,63$)^{53,54}(B).

Recomendação

A orientação nutricional faz aumentar o consumo de frutas, vegetais e fibras e reduz a ingestão de gorduras saturadas⁵⁰(B). Dietas com

restrição de gorduras e carboidratos melhoram o perfil metabólico⁵¹(A) e a perda de peso melhora a qualidade de vida⁴⁸(B). A orientação nutricional aumenta a aderência aos exercícios durante o período de seguimento de até dois anos⁵⁰(B). Até o momento, a mudança dietética não modificou a mortalidade ou recidiva do câncer de mama^{53,54}(B).

14. A MEDITAÇÃO AUXILIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA?

A prática de quinze a quarenta e cinco minutos diários de meditação sentada, meditação andando e yoga suave, realizada por meio de orientações de duas horas semanais, por seis semanas, com fitas de áudio para apoio domiciliar, acarreta melhora do estado psicológico e da qualidade de vida de mulheres portadoras de câncer de mama no prazo de dezoito meses após a conclusão do tratamento, e diminuiu os índices de média ajustada de depressão (6,3 *versus* 9,6), ansiedade (28,3 *versus* 33,0) e medo de recorrência (9,3 *versus* 11,6), em seis semanas, junto com a energia mais elevada (53,5 *versus* 49,2), função física (50,1 *versus* 47,0) e funcionalidade (49,1 *versus* 42,8)⁵⁵(B).

Um programa de oito semanas de treinamento de meditação diária ocasiona melhora da ansiedade, e da qualidade do sono, aumenta a energia, diminui a dor física e melhora o bem-estar. Segundo dados coletados em entrevistas semi-estruturadas de dezoito participantes, dezessete portadores de câncer de mama e um portador de câncer linfático, os entrevistados referem a importância particular sobre a experiência de participar do programa, como o fato de conseguirem realizar abordagens da vida sem julgamentos, aceitar orientação do programa e dos instrutores, a influência do processo de gru-

po e partilha de experiências com pacientes que passam por experiências semelhantes e a ênfase na conscientização do momento presente⁵⁶(B).

Recomendação

A meditação é um método seguro, que acarreta boa aderência por parte dos portadores de câncer de mama, melhora no estado psicológico e de qualidade de vida, diminuição

da ansiedade, melhora da qualidade do sono, diminuição da fadiga, diminuição de dores e melhora do bem estar^{55,56}(B).

CONFLITO DE INTERESSE

Imamura M: recebeu honorários para apresentação em palestra patrocinada pela empresa Eli Lilly.

REFERÊNCIAS

1. Globocan Project, World Health Organization. globocan.iarc.fr [Internet]. Lyon: Globocan; 2008 [updated; cited august 31st, 2011]. Available from: <http://globocan.iarc.fr/>.
2. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15 year survival: An overview of the randomised trials. *Lancet* 2005; 365: 1687 – 771.
3. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15 year survival: An overview of the randomised trials. *Lancet* 2005;366:2087–106.
4. Gerber L, Lampert M, Wood C, Duncan M, D'Angelo T, Schain W, McDonald H, Danforth D, Findlay P, Glatstein E, et al. Comparison of pain, motion, and edema after modified radical mastectomy vs. local excision with axillary dissection and radiation. *Breast Cancer Res Treat* 1992;21:139-45.
5. National Cancer Institute. Surveillance Epidemiology and End Results. Cancer Statistics [Internet] [Updated October 8, 2010]. Available from: <http://seer.cancer.gov/statistics/>.
6. Department of Oncology, Odense University Hospital, Institute of Clinical Research, University of Southern Denmark, Denmark and Department of Oncology, Aarhus University Hospital, Denmark. Late effects of breast cancer treatment and potentials for rehabilitation. *Acta Oncologica* 2011;50:187-93.
7. Lee TS, Kilbreath SL, Refshauge KM, Herbert RD, Beith JM. Prognosis of the upper limb following surgery and radiation for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2008;110:19-37.
8. Højris I, Andersen J, Overgaard M, Overgaard J. Late treatment-related morbidity in breast cancer patients randomized to postmastectomy radiotherapy and systemic treatment versus systemic treatment alone. *Acta Oncol* 2000;39:355-72.
9. Vignes S, Porcher R, Arrault M, Dupuy A. Long-term management of breast cancer-related lymphedema after intensive decongestive physiotherapy. *Breast Cancer Res Treat* 2007;101:285-90.
10. Andersen L, Højris I, Erlandsen M, Andersen J. Treatment of breast-cancer-related lymphedema with or without manual lymphatic drainage – a randomized study. *Acta Oncol* 2000;39:399-405.
11. Martín ML, Hernández MA, Avendaño C, Rodríguez F, Martínez H. Manual lymphatic drainage therapy in patients with breast cancer related lymphoedema. *BMC Cancer* 2011;11:94.
12. Kasseroller RG, Brenner E. A prospective randomised study of alginate-drenched

- low stretch bandages as an alternative to conventional lymphologic compression bandaging. *Support Care Cancer* 2010;18:343-50.
13. Damstra RJ, Partsch H. Compression therapy in breast cancer-related lymphedema: A randomized, controlled comparative study of relation between volume and interface pressure changes. *J Vasc Surg* 2009;49:1256-63.
 14. Dini D, Del Mastro L, Gozza A, Lionetto R, Garrone O, Forno G, et al. The role pneumatic compression in the treatment of postmastectomy lymphedema. A randomized phase III study. *Ann Oncol* 1998;9:187-90.
 15. Szuba A, Achalu R, Rockson SG. Decongestive Lymphatic Therapy for Patients with Breast Carcinoma-Associated Lymphedema. *Cancer* 2002;95:2260-7.
 16. Torres Lacomba M, Yuste Sánchez MJ, Zapico Goñi A, Prieto Merino D, Mayoral del Moral O, Cerezo Téllez E, et al. Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *BMJ* 2010;12:340:b5396.
 17. Sagen A, Resen RK, Risberg RA. Physical activity for the affected limb and arm lymphedema after breast cancer surgery. A prospective, randomized controlled trial with two years follow-up. *Acta Oncologica* 2009;48:1102-10.
 18. Schmitz KH, Ahmed RL, Troxel AB, Cheville A, Lewis-Grant L, Smith R, et al. Weight lifting for women at risk for breast cancer-related lymphedema. *JAMA* published online December 8, 2010. doi:10.1001/jama.2010.1837.
 19. Schmitz KH, Ahmed RL, Troxel AB, Cheville A, Lewis-Grant L, Smith R, et al. Weight lifting in women with breast cancer-related lymphedema. *N Engl J Med* 2009;361:664-73.
 20. Jansen RF, van Geel AN, de Groot HG, Rottier AB, Olthuis GA, van Putten WL. Immediate versus delayed shoulder exercises after axillary lymph node dissection. *Am J Surg* 1990;160:481-4.
 21. McClure MK, McClure RJ, Day R, Brufsky AM. Randomized controlled trial of the Breast Cancer Recovery Program for women with breast cancer-related lymphedema. *Am J Occup Ther* 2010;64:59-72.
 22. Milne HM, Wallman KE, Gordon S, Courneya KS. Effects of a combined aerobic and resistance exercise program in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat* 2008;108:279-88.
 23. Ohira T, Schmitz KH, Ahmed RL, Yee D. Effects of weight training on quality of life in recent breast cancer survivors: the Weight Training for Breast Cancer Survivors (WTBS) study. *Cancer* 2006;106:2076-83.

24. Friedenreich CM, Woolcott CG, McTiernan A, Ballard-Barbash R, Brant RF, Stanczyk FZ, et al. Alberta physical activity and breast cancer prevention trial: sex hormone changes in a year-long exercise intervention among postmenopausal women. *J Clin Oncol* 2010;28:1458-66.
25. Chan MF, Dowsett M, Folkard E, Bingham S, Wareham N, Luben R, et al. Usual physical activity and endogenous sex hormones in postmenopausal women: the European prospective investigation into cancer-norfolk population study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007;16:900-5.
26. Campbell KL, McTiernan A. Exercise and biomarkers for cancer prevention studies. *J Nutr* 2007;137(1 Suppl):161S-169S.
27. Box RC, Reul-Hirche HM, Bullock-Saxton JE, Furnival CM. Shoulder movement after breast cancer surgery: results of a randomised controlled study of postoperative physiotherapy. *Breast Cancer Res Treat* 2002;75:35-50.
28. Lauridsen MC, Christiansen P, Hessov I. The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: a randomized study. *Acta Oncol* 2005;44:449-57.
29. Cho OH, Yoo YS, Kim NC. Efficacy of comprehensive group rehabilitation for women with early breast cancer in South Korea. *Nurs Health Sci* 2006;8:140-6.
30. Epstein DR, Dirksen SR. Randomized trial of a cognitive-behavioral intervention for insomnia in breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2007;34:E51-9.
31. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2003;12:532-46.
32. Sherman DW, Haber J, Hoskins CN, Budin WC, Maislin G, Cater J, Cartwright-Alcares F, et al. Differences in physical, emotional, and social adjustment of intimate, family, and nonfamily patient-partner dyads based on a breast cancer intervention study. *Oncol Nurs Forum* 2009;36:E185-97.
33. Jones LW, Courneya KS, Fairey AS, Mackey JR. Effects of an oncologist's recommendation to exercise on self-reported exercise behavior in newly diagnosed breast cancer survivors: a single-blind, randomized controlled trial. *Ann Behav Med* 2004;28:105-13.
34. Rogers LQ, Hopkins-Price P, Vicari S, Markwell S, Pamenter R, Courneya KS, et al. Physical activity and health outcomes three months after completing a physical activity behavior change intervention: persistent and delayed effects. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009;18:1410-8.
35. Epplein M, Zheng Y, Zheng W, Chen Z, Gu K, Penson D, et al. Quality of life after breast cancer diagnosis and survival. *J Clin Oncol* 2011;29:406-12.

36. Andersen BL, Farrar WB, Golden-Kreutz D, Emery CF, Glaser R, Crespin T, et al. Distress reduction from a psychological intervention contributes to improved health for cancer patients. *Brain Behav Immun* 2007;21:953-61.
37. Vos PJ, Visser AP, Garssen B, Duivenvoorden HJ, de Haes HC. Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient Educ Couns* 2006;60:212-9.
38. Antoni MH, Wimberly SR, Lechner SC, Kazi A, Sifre T, Urcuyo KR, et al. Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *Am J Psychiatry* 2006;163:1791-7.
39. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomized controlled trial. *Psychooncology* 2003;12:532-46.
40. Zimmermann T, Heinrichs N, Baucom DH. "Does one size fit all?" moderators in psychosocial interventions for breast cancer patients: a meta-analysis. *Ann Behav Med* 2007;34:225-39.
41. Naaman SC, Radwan K, Fergusson D, Johnson S. Status of psychological trials in breast cancer patients: a report of three meta-analyses. *Psychiatry* 2009;72:50-69.
42. Duijts SF, Faber MM, Oldenburg HS, van Beurden M, Aaronson NK. Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors — a meta-analysis. *Psychooncology* 2011;20:115-26.
43. McClure MK, McClure RJ, Day R, Brufsky AM. Randomized controlled trial of the Breast Cancer Recovery Program for women with breast cancer-related lymphedema. *Am J Occup Ther* 2010;64:59-72.
44. Hegel MT, Lyons KD, Hull JG, Kaufman P, Urquhart L, Li Z, et al. Feasibility study of a randomized controlled trial of a telephone-delivered problem-solving-occupational therapy intervention to reduce participation restrictions in rural breast cancer survivors undergoing chemotherapy. *Psychooncology* 2011;20:1092-101.
45. Tidhar D, Katz-Leurer M. Aqua lymphatic therapy in women who suffer from breast cancer treatment-related lymphedema: a randomized controlled study. *Support Care Cancer* 2010;18:383-92.
46. Brown Jean, Byers T, Thompson K, Eldridge B, Doyle C, Williams AM. Nutrition during and after cancer treatment: a guide for informed choices by cancer survivors. *CA Cancer J Clin* 2001;51:153-81.
47. Djuric Z, DiLaura NM, Jenkins I, Darga L, Jen CK, Mood D, et al. Combining weight-loss counseling with the weight watchers plan for obese breast cancer survivors. *Obes Res* 2002;10:657-65.

48. Martin LJ, Li Q, Melnichouk O, Greenberg C, Minkin S, Hislop G, et al. A randomized trial of dietary intervention for breast cancer prevention. *Cancer Res.* 2011;71:123-33.
49. Darga LL, Magnan M, Mood D, Hryniuk WM, DiLaura NM, Djuric Z. Quality of life as a predictor of weight loss in obese, early-stage breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2007;34:86-92.
50. Christy SM, Mosher CE, Sloane R, Snyder DC, Lobach DF, Demark-Wahnefried W. Long-Term Dietary Outcomes of the FRESH START Intervention for Breast and Prostate Cancer Survivors. *J Am Diet Assoc* 2011;111:1844-51.
51. Thomson CA, Stopeck AT, Bea JW, Cussler E, Nardi E, Frey G, et al. Changes in body weight and metabolic indexes in overweight breast cancer survivors enrolled in a randomized trial of low-fat vs. reduced carbohydrate diets. *Nutr Cancer.* 2010;62:1142-52.
52. Parry BM, Milne JM, Yadegarfar G, Rainsbury RM. Dramatic dietary fat reduction is feasible for breast cancer patients: Results of the randomised study, WINS (UK) - stage 1. *Eur J Surg Oncol* 2011;37:848-55.
53. Pierce JP, Natarajan L, Caan BJ, Parker BA, Greenberg ER, Flatt SW, et al. Influence of a diet very high in vegetables, fruit, and fiber and low in fat on prognosis following treatment for breast cancer: the Women's Healthy Eating and Living (WHEL) randomized trial. *JAMA* 2007;298:289-98.
54. Pierce JP. Diet and breast cancer prognosis: making sense of the Women's Healthy Eating and Living and Women's Intervention Nutrition Study trials. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2009;21:86-91.
55. Lengacher CA, Johnson-Mallard V, Post-White J, Moscoso MS, Jacobsen PB, Klein TW, et al. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psychooncology* 2009;18:1261-72.
56. Kvillemo P, Bränström R. Experiences of a mindfulness-based stress-reduction intervention among patients with cancer. *Cancer Nurs* 2011;34:24-31.