

# Câncer de mama: reabilitação

## Breast cancer: rehabilitation

Autoria: Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação e Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral  
Elaboração Final: 19 de novembro de 2011

Participantes: Christina May Moran Brito, Maria Inês Paes Lourenção, Maíra Saul, Mellik Bazan, Priscilla Pereira Santos Otsubo, Marta Imamura, Linamara Rizzo Battistella

## 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 às 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

Não há nenhum conflito de interesse declarado.

## 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 mundo<sup>1</sup> (**D**).

O tratamento é diversificado e inclui, sobretudo, cirurgias como mastectomia, conservadoras ou radicais, associadas a esvaziamento de linfonodos axilares, biópsia de linfonodo sentinela, radioterapia, quimioterapia adjuvante e/ou neoadjuvante, hormonioterapia hormonal, com resultados bastante positivos na melhora da sobrevida dessa população<sup>2,3</sup> (**B**).

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

Quanto à sensibilidade e amplitude articular, pacientes que realizaram cirurgias menos invasivas tem maior sensibilidade na parede torácica em até dois anos quando comparada às cirurgias mais invasivas, e as que realizaram cirurgia mais radical levam mais tempo para voltar a ter adequada amplitude da articulação do ombro<sup>4</sup> (**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 psicológicas<sup>5</sup> (**D**).

A Reabilitação destaca-se nesse processo, uma vez que oferece recursos que visam prevenir e minimizar a incapacidade, bem como promover a maior funcionalidade possível e desenvolver o potencial psicossocial<sup>6</sup> (**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 quanto no membro superior e até 34% das mulheres apresentarão linfedema<sup>7</sup> (B). A chance de desenvolver linfedema é maior nas pacientes irradiadas em comparação às não irradiadas, com OR = 1,46, 95% CI 1,16-1,84<sup>7</sup> (B).

Em um seguimento médio de nove anos após mastectomia, variando de seis a treze anos, observou-se que pacientes que realizaram radioterapia apresentaram mais linfedema do que aquelas não irradiadas, 14% versus 3%. O desenvolvimento de morbidade no ombro ipsilateral também foi maior em pacientes irradiadas do que 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 ombro foi de 17% nas pacientes irradiadas, contra somente 2% nas não irradiadas ( $p = 0,001$ )<sup>8</sup> (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<sup>7</sup> (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, EFC, 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 drenagem linfática manual<sup>9</sup> (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 sozinha não modifica o risco de linfedema<sup>9</sup> (B). Mulheres com diagnóstico de linfedema a, aproximadamente, quinze meses, após remoção de em média de 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 a drenagem. Em um seguimento de doze meses, mulheres com linfedema a, aproximadamente, trinta e quatro meses, metade submetida à mastectomia radical e outra metade submetida a outras remoções 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 receberam 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<sup>10</sup> (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<sup>9,10</sup> (B). Está em andamento estudo randomizado, cego e controlado para confirmar esta informação<sup>11</sup> (A).

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

O enfaixamento compressivo funcional, EFC, 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 aumentam 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 drenagem linfática sozinha não modifica o risco de linfedema<sup>9</sup> (B).

Recentemente, novas bandagens embebidas com alginato, o que torna as bandagens rígidas após secarem, seis horas, tem se mostrado uma alternativa para que a paciente permaneça com o enfaixamento durante os finais de semana<sup>12</sup> (B). A técnica de realizar o EFC com bandagens embebidas com alginato como parte da Terapia Complexa Descongestiva mostrou uma significativa redução no volume do membro linfedematoso, quando comparada com a técnica de enfaixamento compressivo convencional, além de proporcionar significativo conforto às pacientes de acordo com a Escala de Likert<sup>12</sup> (B).

Em relação à pressão (mmHg) ideal a ser exercida pelo enfaixamento com bandagens convencionais, estudos mostraram a diferença 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 mmHg<sup>13</sup> (B).

#### RECOMENDAÇÃO

A técnica de realizar o Enfaixamento Compressivo com Alginato pode ser empregada, pois além de reduzir o linfedema nas pacientes, proporciona maior conforto<sup>12</sup> (B).

O EFC contribui para a redução e controle do linfedema, tanto na fase terapêutica como de manutenção<sup>12</sup> (B). O enfaixamento compressivo funcional com bandagens convencionais e deve ser mantido com uma pressão de 20 a 30 mmHg, que gera boa redução de volume e resulta em maior tolerabilidade por parte das pacientes<sup>13</sup> (B).

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

O 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 linfedema<sup>14</sup> (B).

O tratamento associado, com o uso 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 40-50 mmHg, e reavaliação em trinta dias, mostrou uma redução do volume de linfedema nas pacientes submetidas à cirurgia de mama e/ou intervenção radioterapêutica, com volume médio 45,3 ± 18,2 ml versus 26 ± 22,1 ml, com  $p < 0,05$ <sup>15</sup> (B).

#### RECOMENDAÇÃO

A CPI como forma de tratamento do linfedema pós-mastectomia não é eficaz se utilizada de forma isolada<sup>14</sup> (B). A CPI como forma de

tratamento do linfedema, associada a outras condutas terapêuticas descongestivas, mostra-se eficaz para a redução do volume de linfedema<sup>15</sup> (B).

#### 4. A FISIOTERAPIA PRECOZE 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 a DLM, massagem sobre o tecido cicatricial e exercícios assistidos e ativos para a articulação do ombro, ela é 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)<sup>16</sup> (B). Mesmo corrigindo esse risco ao ajustá-lo à presença de IMC > 25 kg/m, preditor de risco isolado para linfedema<sup>17</sup> (B), ainda há benefício com a realização de fisioterapia precoce, com OR = 0,22 (IC 95% 0,07-0,72)<sup>16</sup> (B).

Para 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 se encontrou diferenças significativas, ao avaliar possibilidade de aparecimento de linfedema após dois anos da cirurgia, entre realizar atividade física com e sem restrição dos movimentos dos ombros<sup>17</sup> (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 tratadas<sup>16</sup> (B). Exercícios devem ser estimulados sem restrições aos movimentos do membro operado<sup>17</sup> (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 submetidos à mastectomia e esvaziamento axilar deve ser preconizada e estimulada por toda equipe que trata desses pacientes. Estudos mostram que prática de exercícios resistidos com muitas repetições e carga baixa não aumentam o risco de linfedema, nem alteram o volume do braço em pacientes submetidas à cirurgia de mama com dissecação axilar<sup>17,18</sup> ou em pacientes com linfedema<sup>19</sup> (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 kg/m<sup>17</sup> (B).

Não há diferenças 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 após a cirurgia ou uma semana após<sup>20</sup> (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 linfedema<sup>21</sup> (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<sup>17,18</sup> ou com linfedema<sup>19</sup> (B). Esses exercícios podem ser iniciados no dia seguinte da cirurgia ou uma semana após, sem diferenças significativas na evolução posterior<sup>20</sup> (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 linfedema<sup>21</sup> (B).

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

Para 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 antes do estudo, um programa de exercícios combinados, aeróbios e resistidos, iniciado precocemente após o tratamento adjuvante do câncer de mama, resultou em melhora significativa e confiável da Qualidade de Vida<sup>22</sup> (B). Considerou-se exercícios aeróbicos precoces os exercícios 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 com IC 95% 18, 3-32, 7, com  $p < 0,001$ <sup>22</sup> (B).

Para mulheres submetidas a qualquer tratamento oncológico consagrado para câncer de mama em qualquer estágio, o treino de fortalecimento muscular duas vezes por semana para pacientes tratadas, recentemente, é capaz de melhorar índices funcionais e psicológicos da Avaliação de Qualidade de Vida, em parte por alterações na composição corporal e força global<sup>23</sup> (B).

#### RECOMENDAÇÃO

Exercícios físicos aeróbicos<sup>22</sup> (B) e resistidos<sup>17-19</sup> (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<sup>22,23</sup> (B).

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

Mulheres, previamente, sedentárias, com sobrepeso, menopausadas, podem atingir e sustentar níveis de exercício aeróbico que, estatisticamente, provocam reduções nos níveis de estradiol e SHBG, *sex hormone-binding globulin*<sup>24,25</sup> (B). Para isso necessitam realizar pelo menos 225 minutos de atividade aeróbica na semana, como quarenta e cinco minutos, cinco vezes por semana<sup>25</sup> (B). A redução desses índices está, consistentemente, associada à redução do risco de desenvolvimento de câncer da mama na literatura científica<sup>24,25</sup> (B).

Resultados parciais de estudos em curso com previsão de longo 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 reduzir a incidência de câncer de mama no seguimento de longo prazo<sup>26</sup> (B).

#### RECOMENDAÇÃO

O exercício físico aeróbico regular<sup>24,25</sup> (B), pelo menos 225 min/semana, como quarenta e cinco minutos, cinco vezes por semana<sup>25</sup> (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 mama<sup>26</sup> (B).

#### 8. A CINESIOTERAPIA PRECOCE 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 exercícios 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, pela aplicação desse plano de cuidados, há retorno da abdução do ombro equivalente aos graus mensuráveis no pré-operatório após três meses, mantidos após dois anos da cirurgia<sup>27</sup> (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 os seis meses pós-cirurgia e para as mulheres com terapia adjuvante associada, a continuidade dos exercícios específicos de ombro são solicitados para realização até um ano<sup>27</sup> (B). Devem-se realizar duas sessões de fisioterapia por semana, cada uma de sessenta minutos<sup>28</sup> (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 evitada<sup>27</sup> (B). Pacientes irradiados têm maior chance de apresentar restrição de ombro, com (OR = 1,67, 95% CI 0,98-2,86) em comparação com pacientes não irradiados<sup>7</sup> (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, ADM, no ombro ipsilateral e, portanto, a orientação e a supervisão realizada por fisioterapeutas em uma intervenção precoce por meio de um programa de exercícios parece assegurar a recoberta da movimentação do ombro<sup>27</sup> (B).

#### RECOMENDAÇÃO

A prática de exercícios específicos realizados, precocemente, no membro operado, supervisionados e orientados por fisioterapeutas<sup>27,28</sup> (B) deve ser realizada, sendo eficaz a realização de duas sessões por semana, de sessenta minutos de duração, cada sessão<sup>28</sup> (B). A cinesioterapia deve ser realizada até seis meses após a cirurgia e estendida para até um ano em pacientes que, além da cirurgia, necessitam de terapia adjuvante associada<sup>27</sup> (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 pode ser evitada<sup>27,28</sup> (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 evolução da melhora da

qualidade de vida em pacientes com diagnóstico precoce de câncer de mama<sup>29</sup> (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<sup>30</sup> (B). Comorbidades psiquiátricas são comuns, como depressão maior (10%) ou depressão (27%), assim como transtornos de ansiedade (9%), devem ser investigadas e tratadas, quando presentes<sup>31</sup> (B). É importante conhecer o suporte familiar e social das pacientes em tratamento interdisciplinar<sup>32</sup> (B).

Não há diferenças significativas 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  $p = 0,244$ <sup>33</sup> (B). Importante ressaltar que em três meses já há benefícios dessa atividade física<sup>34</sup> (B).

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

#### RECOMENDAÇÃO

Um programa de reabilitação baseada 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 promovem uma melhora na QV acompanhado de alívio de sintomas físicos ajuste de alterações psicossociais e melhora na movimentação da articulação do ombro em pacientes com câncer diagnosticado, previamente<sup>29</sup> (B). Tudo deve ser feito para melhorar a QV de paciente com câncer de mama, pois isso modifica o prognóstico da doença<sup>35</sup> (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 para pacientes com câncer. No entanto, não está claro se melhoras psicológicas são, por sua vez, acrescidas de melhoras 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 mostrou que a redução da angústia é destacada como um importante mecanismo pelo qual a saúde pode ser melhorada ( $p < 0,05$ ) aos doze meses<sup>36</sup> (B). Essas intervenções psicológicas devem ser feitas, precocemente<sup>37</sup> (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 = 0,43<sup>38</sup> (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 ( $p = 0,05$ )<sup>39</sup> (B).

Entre as intervenções psicossociais, a psicoeducação é mais adequada para reabilitação de portadores de câncer de mama<sup>40</sup> (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%,  $-1,48-0,54$ , respectivamente<sup>41</sup> (B). Técnicas comportamentais permitem melhora na fadiga relacionada ao câncer,  $ES = -0,158$  com IC 95%  $-0,233-0,082$ <sup>42</sup> (B).

#### RECOMENDAÇÃO

Intervenções psicológicas devem ser iniciadas precocemente<sup>37</sup> (B), com intenção de melhorar o enfrentamento em paciente com câncer inicial e para apoio em casos avançados<sup>41</sup> (B). Podem ser feitas, individualmente<sup>34,39,40</sup> (B), ou em grupo<sup>38,39</sup> (B) e reduzem a angústica<sup>36</sup> (B), ansiedade<sup>38,41,42</sup> (B), depressão<sup>40,41</sup> (B) e fadiga<sup>42</sup> (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 consecutivas, 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, MS, da função diária, da QV, humor e perda de peso, quando comparado com pacientes que receberam somente orientações de outros profissionais da saúde<sup>43</sup> (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, QV e 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 assistiva, mostrou 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 mesmo<sup>44</sup> (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 QV 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 assistiva. Sessões telefônicas podem ser úteis para fortalecer essas orientações quando a paciente tem dificuldade em comparecer, presencialmente<sup>43,44</sup> (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 cinquenta e seis mais ou menos dez 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 linfedema<sup>45</sup> (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 um significativo efeito imediato e insignificante efeito em longo prazo na diminuição do linfedema<sup>45</sup> (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 recuperação<sup>46</sup> (D).

Mulheres tratadas de câncer de mama necessitam de métodos de perda de peso, pois a obesidade pode resultar em prognóstico ruim<sup>47,48</sup> (B) e a perda de peso melhora a QV<sup>49</sup> (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 anos<sup>50</sup> (B).

Dietas com restrição de gordura e carboidratos em sobreviventes de CA 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 a melhora do perfil metabólico de glicose, insulina, hemoglobina glicada e lipídios, além da pressão arterial<sup>51</sup> (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 meses<sup>52</sup> (A).

Para avaliar a influência da dieta rica em frutas, vegetais, 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 durante 7,3 anos na média, seis a onze anos. Não houve diferenças significativas 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 não houve diferenças 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  $p = 0,63$ <sup>53,54</sup> (B).

#### RECOMENDAÇÃO

A orientação nutricional faz aumentar o consumo de frutas, vegetais e fibras e reduz a ingestão de gorduras saturadas<sup>50</sup> (B). Dietas com restrição de gorduras e carboidratos melhoram o perfil metabólico<sup>51</sup> (A) e a perda de peso melhora a QV<sup>48</sup> (B). A orientação nutricional aumenta a aderência aos exercícios no seguimento de até dois anos<sup>50</sup> (B). Até o momento a mudança dietética não modificou a mortalidade ou recidiva do câncer de mama<sup>53,54</sup> (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 QV 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<sup>55</sup> **(B)**.

Um programa de oito semanas de treinamento de meditação diária ocasiona melhora da ansiedade, melhora 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, que também 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 grupo e partilha de experiências com pacientes que passam por experiências semelhantes e a ênfase na conscientização do momento presente<sup>56</sup> **(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 QV, diminuição da ansiedade, melhora da qualidade do sono, diminuição da fadiga, diminuição de dores e melhora do bem estar<sup>55,56</sup> **(B)**.

#### REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Globocan Project [homepage on the Internet]. Lyon: Globocan; c2008 [cited 2011 Aug 31]. Available from: <http://globocan.iarc.fr/>
- 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(9472):1687-717.
- Clarke M, Collins R, Darby S, Davies C, Elphinstone P, Evans E, et al. 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(9503):2087-106.
- Gerber L, Lampert M, Wood C, Duncan M, D'Angelo T, Schain W, 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(2):139-45.
- Surveillance epidemiology and end results. Cancer Statistics [homepage on the Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; c2010 [cited 2010 October 8]. Available from: <http://seer.cancer.gov/statistics/>
- Ewertz M, Jensen AB. Late effects of breast cancer treatment and potentials for rehabilitation. *Acta Oncol*. 2011;50(2):187-93.
- 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(1):19-37.
- 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(3):355-72.
- 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(3):285-90.
- 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(3):399-405.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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(2):187-90.
- Szuba A, Achalu R, Rockson SG. Decongestive lymphatic therapy for patients with breast carcinoma-associated lymphedema. *Cancer*. 2002;95(11):2260-7.
- 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;340:b5396.
- 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 Oncol*. 2009;48:1102-10.
- 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: a randomized trial. *JAMA*. 2010;304(24):2699-705.
- 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.
- 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(5):481-4.
- 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(1):59-72.
- 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(2):279-88.
- 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(9):2076-83.
- 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(9):1458-66.
- Chan MF, Dowsett M, Folkler 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(5):900-5.
- Campbell KL, McTiernan A. Exercise and biomarkers for cancer prevention studies. *J Nutr*. 2007;137(1 Suppl):1615-1695.
- 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(1):35-50.
- Lauridsen MC, Christiansen P, Hesselov I. The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: a randomized study. *Acta Oncol*. 2005;44(5):449-57.
- 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(3):140-6.
- Epstein DR, Dirksen SR. Randomized trial of a cognitive-behavioral intervention for insomnia in breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*. 2007;34(5):E51-9.
- 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(6):532-46.
- Sherman DW, Haber J, Hoskins CN, Budin WC, Maislin G, Cater J, 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(4):E185-97.
- 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(2):105-13.
- Rogers LQ, Hopkins-Price P, Vicari S, Markwell S, Pamentier 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(5):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(4):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(7):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(2):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(10):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 randomised controlled trial. *Psychooncology*. 2003;12(6):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(3):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(1):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(2):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(1):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(10):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(3):383-92.
46. Brown J, Byers T, Thompson K, Eldridge B, Doyle C, Williams AM. Nutrition during and after cancer treatment: a guide for informed choices by cancer survivors. *Cancer J Clin*. 2001;51:153-181.
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(7):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(1):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(1):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(12):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(8):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(10):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(3):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(1):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(1): 24-31.