



**FASIPE – FACULDADE DE SINOP – CAMPUS SINOP
CURSO DE FISIOTERAPIA**

**CLECIANE RIBEIRO DA SILVA SANTOS
PRISCILLA SANTOS RODRIGUES BEZERRA**

**A IMPORTÂNCIA DA DRENAGEM LINFÁTICA EM
PACIENTES PÓS-MASTECTOMIA**

**SINOP/MT
Novembro/2018**

**CLECIANE RIBEIRO DA SILVA SANTOS
PRISCILLA SANTOS RODRIGUES BEZERRA**

**A IMPORTÂNCIA DA DRENAGEM LINFÁTICA EM
PACIENTES PÓS-MASTECTOMIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do curso de Fisioterapia da FASIPE – Faculdade de Sinop, como exigência parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.
Professor(a) Orientador(a): Mayse Doro Melluzzi

**SINOP/MT
Novembro/2018**

**CLECIANE RIBEIRO DA SILVA SANTOS
PRISCILLA SANTOS RODRIGUES BEZERRA**

**A IMPORTÂNCIA DA DRENAGEM LINFÁTICA EM
PACIENTE PÓS-MASTECTOMIA**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Examinador: _____

Prof. Examinador: _____

Prof. Examinador: _____

SINOP MT, ____ / ____ /2018

DEDICO

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ter guiado nossa vida por caminhos iluminados, à nossa família por estar sempre conosco, e à nossa examinadora e orientadora.

EPÍGRAFE

*“Cada sonho que você deixa pra trás, é um
pedaço do seu futuro que deixa de existir ”.*

Steve Jobs.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. METODOLOGIA	8
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	9
3.1 A estrutura da mama	9
3.2 O câncer de mama	10
3.3 Incidência do câncer	10
3.4 Os fatores de risco	11
3.5 Os exames.....	12
3.6 A mastectomia	13
3.7 As técnicas cirúrgicas	13
3.8 O quadro clínico	15
3.9 Os tratamentos fisioterapêuticos.....	16
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS	20

A IMPORTÂNCIA DA DRENAGEM LINFÁTICA EM PACIENTE PÓS-MASTECTOMIA

¹CLECIANE RIBEIRO DA SILVA SANTOS

²PRISCILLA RODRIGUES SANTOS BEZERRA

³MAYSE DORO MELLUZZI

RESUMO

O câncer de mama é uma doença que se origina pela multiplicação de células com anormalidades, que apresenta um tumor. A mastectomia é uma cirurgia de retirada total ou parcial da mama. Existem vários tipos de procedimentos cirúrgicos para retirada da mama, como: tumorectomia, quadrantectomia, mastectomia radical e mastectomia radical modificada, essas são algumas das técnicas cirúrgicas. O pós- cirúrgico pode apresentar quadro de dor e edema. Esta pesquisa teve como objetivo evidenciar a eficácia da Fisioterapia no tratamento pós-mastectomia, por meio da drenagem linfática, auxiliando no tratamento do linfedema, pois consegue não só melhorar como manter a funcionalidade da circulação linfática, prevenindo recidivas de infecções, assim, ela é importante pois promove a recuperação funcional e minimiza complicações decorrentes do tratamento.

Palavras-chaves: Câncer de Mama. Fisioterapia. Mastectomia. Drenagem Linfática.

THE IMPORTANCE OF LYMPHATIC DRAINAGE IN PATIENT POST-MASTECTOMY

ABSTRACT

Breast cancer is a disease that originates from the multiplication of cells with abnormalities, which presents a tumor. The mastectomy is a surgery of total or partial withdrawal of the breast. There are several types of surgical procedures for breast removal, such as: lumpectomy, quadrantectomy, radical mastectomy and modified radical mastectomy, these are some of the surgical techniques The postoperative period may present pain and edema. The aim of this research was to demonstrate the efficacy of Physiotherapy in post mastectomy treatment, through lymphatic drainage, helping to treat lymphedema, as it not only improves but maintains the functionality of the lymphatic circulation, preventing recurrences of infections, so it is important because it promotes functional recovery and minimizes complications resulting from the treatment.

Keywords: Breast Cancer. Physiotherapy. Mastectomy. Lymphatic Drainage

1. INTRODUÇÃO

A neoplasia maligna é uma doença que aparece devido à proliferação das células com anomalias, podendo invadir estruturas vizinhas, gerando assim um abscesso (ARAÚJO, 2013).

Atualmente, o câncer está sendo contrastado com o fim angustiante e prolongado. No que tange à neoplasia, pode-se notar o terror e a insegurança no olhar das mulheres. Para as mulheres acometidas, a doença se torna muito grave, por afetar um órgão que representa a sua feminilidade, intimidade e também o aleitamento. Ao serem diagnosticadas com essa doença, as pessoas são atingidas economicamente, fisicamente, socialmente e psicologicamente (SILVA et al., 2002).

A neoplasia da mama está relacionada a diversas condições de riscos, como: histórico familiar, menarca precoce, menopausa tardia, obesidade, alimentação inadequada, contraceptivo oral em jovens antes da primeira gestação, o envelhecimento e partos tardios após 32 anos de idade (MOURÃO et al., 2008).

A incidência do câncer de mama no Brasil é assustadora, em 2017 a estimativa era de 57.960 novos casos, segundo o Instituto Nacional do Câncer (2017). No panorama mundial, a incidência tem aumentado nos últimos anos, principalmente em países desenvolvidos, como a Austrália, Nova Zelândia e Europa, todos com 84,6/ 100.001, e da América do Norte com 99,4/ 100.000 (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2007).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (2018), a mastectomia é um procedimento cirúrgico agressivo de retirada total ou parcial da mama, com o esvaziamento ou não dos gânglios linfáticos. Esse tratamento cirúrgico tem como objetivo reduzir a doença por meio da remoção de todas as células malignas, e desse modo possibilitar uma qualidade de vida às pacientes submetidas ao referido procedimento (BLACK E ESTHER, 1996).

Existem vários tipos de procedimentos cirúrgicos para retirada do câncer de mama, os principais são: mastectomia radical, que consiste na remoção da mama e estruturas vizinhas; a mastectomia radical modificada, que é a retirada da mama e de nódulos axilares linfáticos com preservação da musculatura peitoral; a mastectomia de Patey, onde o músculo peitoral superior é conservado; a tumorectomia, ocorre a excisão do gânglio ou câncer da mama e a quadrantectomia, que é a excisão do quadrante da mama afetada (SMELTZER E BARE, 2000).

Ao considerar os processos cirúrgicos aos quais as pacientes com câncer de mama são submetidas, a ênfase da presente pesquisa aponta-se na técnica de drenagem linfática, manobra especializada capaz de direcionar o líquido intersticial para os centros de drenagem, promover diferentes pressões para o seu deslocamento e assim resultar na redução da pressão no vaso para a sua recolocação na corrente sanguínea (TRAMONTIN, 2009).

Mendonça et. al., (2008), relata o quanto a fisioterapia é importante diante do quadro clínico de pacientes com câncer de mama, que apresentam problemas como edema de membros,

alterações musculares, neurológicas e respiratórias, linfedema, dores musculares por disfunções posturais, dores teciduais, cicatriciais, tendinosas e articulares, alterações ósseas, circulatórias e vasculares.

A fisioterapia desempenha um papel eficaz em pacientes que realizam o procedimento de mastectomia, empregando recursos terapêuticos específicos para promover não só a recuperação funcional de membros superiores, como também, minimizar complicações decorrentes do tratamento (BARBOSA, 2014).

As pacientes submetidas ao tratamento fisioterápico diminuem seu tempo de recuperação e retornam rapidamente as suas atividades cotidianas, ocupacionais e desportivas, ao passo que readquirem amplitude em seus movimentos, força, boa postura, coordenação, melhora na estima e, principalmente, as complicações pós-operatórias são minimizadas e há uma melhoria significativa no que diz respeito à qualidade de vida (PACHECO et al., 2011).

O presente trabalho dará ênfase à técnica de drenagem linfática, que é uma manobra especializada que direciona o líquido intersticial para os centros de drenagem, promovendo diferentes pressões para o deslocamento do líquido e assim reduzindo a pressão no vaso para a sua recolocação na corrente sanguínea.

2. METODOLOGIA

A referente pesquisa é do tipo explicativa, o procedimento de coleta de dados foi realizado por meio da disponibilidade de fontes de informações que foram baseados no método de revisão bibliográfica, caracterizado como pesquisa qualitativa, da natureza ao aproveitamento e discussão dos referidos dados coletados.

Como tema primordial, a importância da fisioterapia em pacientes pós-mastectomia, as fontes foram pesquisadas por meio de revisões bibliográficas, datadas dos anos entre 1996 a 2018, cuja abordagem pautou-se em artigos científicos por meio dos sites Scielo, Google Acadêmico, Pubmed, e os assuntos que retrataram a importância da fisioterapia em pacientes pós-mastectomia. Em vista do que agregasse ao enriquecimento do estudo, foram tratados como exclusão os artigos que não condizem aos assuntos abordados nesta análise. pós-mastectomia. Em vista, do que agregasse ao enriquecimento do estudo foram tratados como exclusão, os artigos que não condiz aos assuntos abordados nessa análise.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

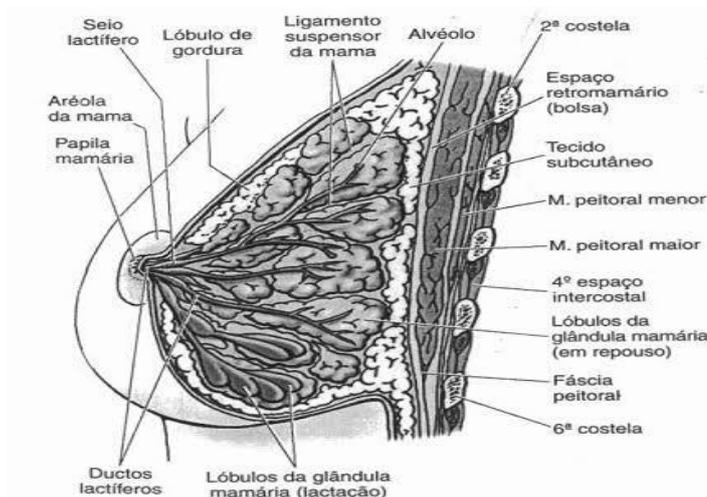
3.1 A estrutura da mama

A mama é formada por estruturas internas e externas, onde a parte interna é constituída de: tecido adiposo, ductos lactíferos, alvéolos, vasos sanguíneos, vasos linfáticos, músculo peitoral, tecido fibroso, glândulas mamárias, e a parte externa de: pele, aréola e mamilo (BONTRAGER, 2003).

Segundo Dangelo (2005), as glândulas são tecidos epiteliais constituídos por dois grupos: o lobular e o ductal. No organismo feminino, a mama ocupa funções bastante significativas, a princípio quando inicia seu desenvolvimento no decurso da adolescência, momento em que os hormônios começam a desabrochar e, consoante, Spence (1984), no que diz respeito à sexualidade, estimulam o excitação, o que é importante para o início de sua vida sexual.

Posteriormente, já durante a juventude e a vida adulta, quando a mulher prepara-se para a maternidade, a mama é essencial nesta fase de sua vida, pois precisará amamentar e para isso seu corpo está preparado, uma vez que, para Tortora e Grabowski (2002), os órgãos glandulares são designados principalmente à expulsão do leite, relacionando o aleitamento ao parto.

Figura 1: Anatomia da mama



Fonte: (SOUSA, 2011).

3.2 O câncer de mama

Paulo (2014), refere que o câncer consiste no crescimento desordenado de células, tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos. Isso ocorre devido às células cancerígenas terem um crescimento distinto das normais e continuarem se proliferando incontrolavelmente, gerando novas células anormais.

Corroborando também Loureiro et al., (2012), que da mesma forma destaca que o câncer de mama é uma doença crônica degenerativa e proporciona uma evolução prolongada, se não diagnosticada em estágio inicial pode significar um sofrimento intenso para a mulher, tanto em aspectos físicos, econômicos e principalmente psicológicos.

Pinto et al., (2007), salienta que o câncer de mama é uma doença heterogênea e complexa, que se apresenta de múltiplas formas clínicas e morfológicas, a qual atinge frequentemente mulheres após os quarenta anos de idade, embora se tenha observado um fenômeno em nível mundial, do aumento de sua incidência em faixas etárias mais jovens.

Sob a vertente de Fitzgibbons et al., (2000), aponta a neoplasia mamária como uma enfermidade difícil e múltipla, com desenvolvimento tardio ou rápido, conforme a multiplicação das células.

Para Abreu (2002), a neoplasia da mama está associada a muitas causas, como demora para entrar na menopausa, menstruação antecipada, excesso de peso, demora para ter a primeira gestação ou até mesmo questões relacionadas à descendência.

3.3 Incidência do câncer

Para Guirro e Guirro (2006), o câncer de mama está em segundo lugar mundialmente como fator de óbito e como a fundamental razão de morte no meio das mulheres brasileiras. Sobre o assunto, o Instituto Nacional do Câncer, (2013), aponta que no Brasil a incidência do tumor na mama é de mais ou menos 49 novos casos a cada 100 mil pessoas do sexo feminino no ano de 2010, ressalta ainda, que a neoplasia da mama está em segundo lugar do câncer mais frequente no mundo.

3.4 Os fatores de risco

O câncer de mama está relacionado à diversas condições de riscos, tais como: histórico familiar com câncer, menopausa tardia e o envelhecimento, segundo o Instituto Nacional do Câncer (2009).

De acordo com Brasil (2000), Menke (2000) e Albuquerque (2003), o primeiro parto após 30 anos, genética, menstruação precoce, menopausa tardia, múltiplas gestações e hiperplasias são considerados condições de risco para o desenvolvimento do tumor.

Segundo Mourão, et al. (2008), o local geográfico, a demora para entrar na menopausa, a menstruação antecipada, o excesso de peso, a primeira gestação tardia, a descendência, o alcoolismo, a ingestão errada de alimentos, a ingestão de alimentos enlatados, o uso de anticoncepcional via oral em mulheres novas anteriormente à primeira gestação, tratamentos que necessitam de repor hormônios, fumantes, genética e a idade também são fatores preponderantes para a ocorrência da neoplasia mamária.

O nódulo na mama é o sintoma primordial, que pode ser seguido de algia no seio. A pele que está sobre mama pode apresentar transformações, como proeminência ou redução, nódulos tocáveis na região axilar e corrimento mamilar. (FARIA LINA, 2010).

Figura2: Sinais do câncer de mama



Fonte: www.ministério-da-saúde+figura+sobre+os+sinais+do+câncer+de+mama.com.br

3.5 Os exames

Para o Lima et al., (2007), uns dos principais exames para identificação prévia do tumor de mama são: exames clínicos, mamografia, assim como a ultrassonografia é capaz de detectar o tumor.

A radiografia, mamografia, ultrassonografia e a biópsia são exames utilizados para a comprovação do diagnóstico, para assim estabelecer qual tipo cirúrgico sucederá (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2001).

3.6 A mastectomia

Em consonância com Nogueira et al., (2005), a cirurgia frequentemente gera comorbidades que causam grande temor entre as mulheres e provoca alterações psicológicas que afetam a percepção da sexualidade e a imagem pessoal, além dos desconfortos e debilidades físicas.

Sob este prisma, o essencial processo terapêutico usado é a cirurgia, que tem a missão de controle local e regional da patologia e assim refrear a sua propagação (TALHAFERRO; LEMOS; OLIVEIRA, 2007).

Segundo Ribeiro et al., (2008), as operações são usadas com o propósito de tirar as células cancerígenas do lugar para atingir o domínio da doença. Estes processos tencionam estabelecer o estadiamento do abscesso, dirigir o paciente para o tratamento estruturado, conter a metástase e acrescentar a sobrevida da paciente.

Conforme Schwartz et. al., (2000), a intervenção de tumor de mama tem por finalidade propiciar o controle local, com a retirada prática de todas as células prejudiciais presentes próximas ao câncer primário, promover maior sobrevida, encaminhar a cura sistêmica, fixar o estadiamento cirúrgico da enfermidade e apontar o grupo que apresenta maior perigo de metástase à distância.

Nesse sentido, quando já não há alternativas de tratamento em relação à neoplasia da paciente, é realizado o procedimento da mastectomia, que consiste na intervenção de remoção completa ou incompleta da mama, agregada ou não à dispersão dos nódulos linfáticos da axila.

3.7 As técnicas cirúrgicas

De acordo com Moreira (2009), o processo de retirada da mama pode ser realizado de várias maneiras, como: Tumorectomia, que consiste na excisão do gânglio ou câncer da mama, a Quadrantectomia, caracterizada pela remoção do quadrante da mama afetada, também pode ser feita de maneira radical, na qual efetua-se a retirada da mama, músculo peitoral e nódulo axilares linfáticos, ou modificada, na qual há a remoção da mama e nódulos axilares linfáticos, com conservação do músculo do grande peitoral. Há também a mastectomia total simples, na qual ocorre o ressecamento apenas do tecido mamário, sem a dissecação de gânglios linfáticos.

Já na mastectomia radical de “Halsted”, retira-se da mama músculos peitorais, tecido adiposo adjacente, fâscias musculares e adenopatias axilares.

Segundo Barros et al., (2002), entre os métodos cirúrgicos primitivos está a tumorectomia e a quadrantectomia. No que se refere à primeira delas, incide na extração do abscesso sem contorno de tecidos próximos, destinada aos tumores de até um centímetro de diâmetro. Ainda sobre a mesma intervenção cirúrgica, corrobora Berek (2008), que esta é a operação que retira apenas o abscesso, e assim são tomados como prevenção a remoção dos nódulos linfáticos das axilas.

No que tange à quadrantectomia, consiste na remoção de um quadrante, ou parte da glândula mamária, onde está detectado o abscesso com bordas cirúrgicas de tecidos normais próximo de 2 a 2,5 centímetros, a qual envolve a aponeurose incluída ao tumor, com ou sem fragmento cutâneo, destinado para tumores abaixo de três centímetros (FERREIRA et al., 2005).

Segundo Netto et al., (2010), a mastectomia radical de Halsted é aplicada em etapas mais avançadas de tumor e quando tem sua dispersão para o músculo peitoral, nessa técnica remove-se a mama, músculo peitoral maior e menor e executa-se o esvaziamento drástico da axila, logo após a cirurgia inicia-se a quimioterapia e/ou radioterapia para que haja a redução das complexidades. É uma cirurgia classificada como de alta gravidade e de alta morbidade que as ultrapassadas pelo maior extravio sanguíneo.

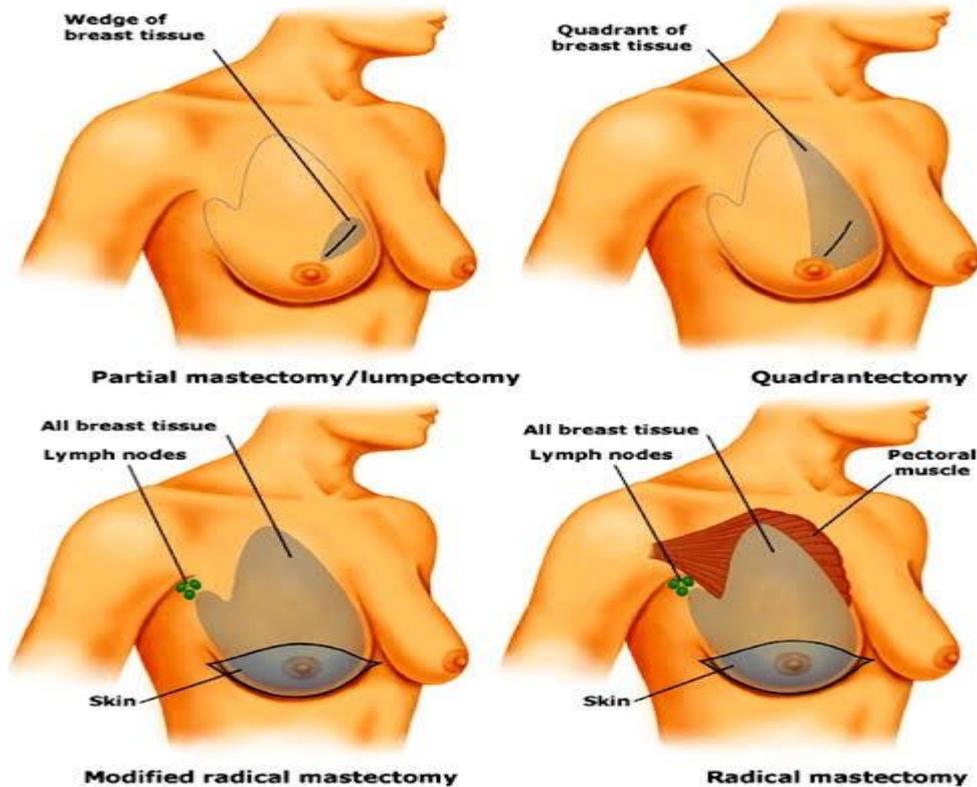
A mastectomia radical modificada de Madden fundamenta-se na retirada da glândula mamária, aponeurose precedente e sequente do músculo peitoral superior e inferior bem como o esvaziamento axilar, com a conservação dos músculos peitorais. Tem a sua designação para abscesso de dois a três centímetros ou menores que dois centímetros, a contar que ele seja agressivo (PEREIRA et al., 2005).

Na mastectomia de Patey, o músculo peitoral superior é conservado, contudo há a excisão do músculo peitoral inferior, pele e inchaço linfáticos axilares (MOREIRA e CANAVARRO, 2012).

Oliveira (2012), relata que a mastectomia subcutânea defende a pele, os músculos peitorais e sua aponeurose assim como o complexo aureolo-papilar, sua aplicação é indagada por aceitar tecido mamário residual, correndo o risco de haver modificações hiperplásicas e reaparecimentos.

Nesse sentido, cabe salientar um dado importante apontado por Ferreira et al., (2005), no qual ressalta que um percentual de 65% das mulheres que foram submetidas a cirurgia de retirada de mama, fizeram a mastectomia radical com esvaziamento axilar.

Figura3: Técnicas cirúrgicas



Fonte: Cirurgia, Disponível em <http://www.portalsaofrancisco.com.br>

3.8 O quadro clínico

Um estudo bibliográfico feito por Mendonça et al., (2008), alegou que a fisioterapia pode ser essencial na cura do paciente com diagnóstico de tumor na mama ao ofertar ajuda às variadas transformações que podem acontecer, mesmo antes de muitas implicações que se manifestam, como: linfedema, inchaço de membros, mutações musculares, neurológicas e respiratórias, aflições musculares por distúrbios posturais, dores teciduais, cicatriciais, tendinosas, vinculares, modificações ósseas, circulatórias e vasculares.

Prudente et al., (2014), relata que o fisioterapeuta oncológico é um dos profissionais indispensáveis dentro da equipe multidisciplinar, trabalhando no processo de prevenção e reabilitação, visando o tratamento completo, tanto na parte física, psicológica, profissional e social desses pacientes.

Segundo Moura et al., (2010), o quadro depressivo e pensamentos negativos em uma paciente que realizou a cirurgia de retirada da mama, apresentou uma frequência maior logo após a mastectomia.

Para Moreira (2009), a mastectomia e a descoberta da neoplasia em si, gera na mulher um pavor só de imaginar a retirada de um membro, que para as mulheres representam a feminilidade, como também a influência sensual, impedindo-as de alcançar o desejo sexual. Isso deve ser mais desesperador para pessoas mais jovens, por estarem com a mentalidade voltada a sua “boniteza” física.

Almeida (2009), relata que ao longo dos anos o entendimento de “boniteza” feminina tem se alterado, mas para as mulheres, as mamas continuam a ser o sinal de maior feminilidade e quando se veem acometidas por uma doença como o câncer de mama, conforme Lopes (2006), é muito difícil realizar essa troca de papel, pois as mesmas deixam de tratar e passam a ser tratadas, isto é, elas, que estão acostumadas a cuidar de si e dos outros, passam a ser o cerne das atenções em decorrência de sua condição de vulnerabilidade, ocasionada pela enfermidade.

Para as mulheres que descobrem a neoplasia da mama, um dos primeiros passos é a aceitação pessoal, com isso, vem o desespero ao visualizar a mudança em seu corpo, por não ter mais o órgão que a representa femininamente. As pessoas que passam por uma mastectomia, precisam de um período para se acostumarem com o seu novo retrato corporal (PEREIRA; ROSENHEIN; BULHOSA, 2006).

3.9 Os tratamentos fisioterapêuticos

Segundo Camargo e Max (2000), a fisioterapia é o melhor tratamento para o linfedema, por não ser invasiva e se torna livre de riscos e de medicamentos, assim a fisioterapia deve ser iniciada logo após a cirurgia.

Leduc (2000) fomenta sobre a importância da colaboração da paciente, bem como sua conscientização para o desenvolvimento de todo o tratamento, para que tenha resultados positivos.

Em relação à doença crônica, é necessário reduzir os edemas, diminuir processos inflamatórios e controlar o linfedema, através da drenagem linfática manual (VOGELFANG,1996; PRADO E RAMOS,1999).

Para Barboza (2009), a intervenção precoce da fisioterapia aplicada ainda no ambiente hospitalar não só ajuda a prevenir as complicações pós-cirúrgicas, como também reabilitar as pacientes mais cedo para a atividade diária e ainda permite que elas possam se valer da colaboração e do incentivo da equipe médica para o tratamento.

A Fisioterapia, com seus amplos recursos, ainda é a mais eficiente no tratamento do linfedema pós-mastectomia, pois consegue não só melhorar como manter a funcionalidade da circulação linfática, além de prevenir recidivas de infecções. Assim, ela é importante em pacientes que passaram pela mastectomia e tem uma relevante atribuição através de técnicas fisioterapêuticas, onde há um leque de opções de tratamento (DURVALINA; CONCEIÇÃO, 2011).

Partindo deste conceito, nesta pesquisa o enfoque está direcionado às técnicas de Drenagem Linfática Manual. As drenagens linfáticas manuais consistem em manobras especializadas que direcionam o líquido intersticial para os centros de drenagem, ao passo que promovem diferentes pressões para o deslocamento do líquido e assim reduzem a pressão no vaso para a sua recolocação na corrente sanguínea. Elas são fundamentais para as direções, uma vez que especificam a constrição e velocidade corretas, onde diminui o quadro algico, edemas, linfedema, auxilia na melhoria da amplitude de movimento e cicatrização (GUSMÃO, 2010).

Camargo e Marx (2000), relatam que a drenagem linfática deve se iniciar no pós-operatório imediato, onde a paciente será orientada sobre os cuidados e o procedimento a seguir. Serão realizadas manobras, com respeito aos princípios do linfedema, de forma a realizar o esvaziamento de toda região incluindo a região axilar.

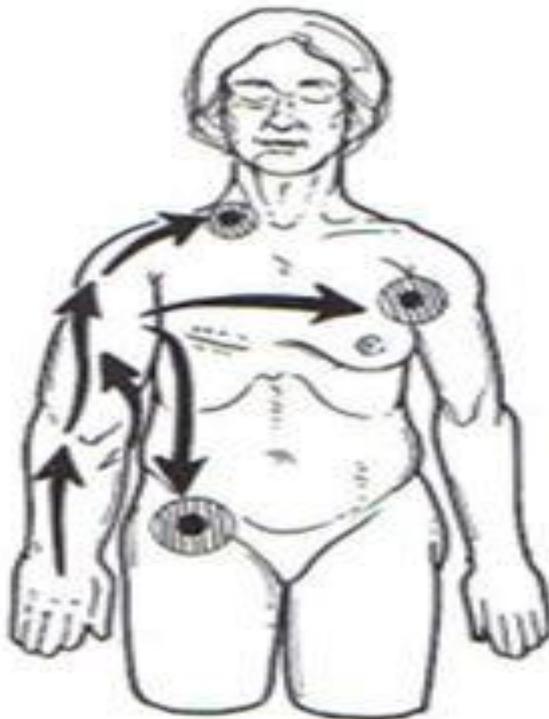
Betel Melissa (2016), relata que a drenagem linfática manual se inicia nos primeiros dias de pós-operatório, mas no limite de dor da paciente, visando sempre uma recuperação eficiente, preservando os movimentos do membro ou mantendo-os com mais habilidade. As manobras devem ser realizadas de forma com que o líquido seja esvaziado sobre a axila contralateral, fossa subclávia, região pubiana, região inguinal e região poplíteia. Os movimentos devem se iniciar na mama íntegra, depois tórax e braço contralateral íntegro,

preparando a área para o recebimento da linfa da região congestionada. Na drenagem linfática manual da mama, tórax e membro superior comprometido, sempre realizar com movimentos de bombeamento de proximal para distal para auxiliar o descongestionamento da área.

De acordo com Godoy e Godoy (2001), a drenagem linfática manual é leve e superficial, não havendo a necessidade de comprimir a musculatura, e sim, movimentar a linfa dentro do vaso linfático a uma camada superficial, sobre a aponeurose. Isso quer dizer que a pressão da mão exercida sobre o corpo tem que ser leviana, para não gerar um declínio linfático. A pressão da mão é realizada aproximadamente em 30-40mmHg.

Garcia e Guirro (2005) relatam que, assim como a drenagem linfática tem as suas indicações, ela também apresenta as suas contraindicações, entre elas, a trombose venosa profunda, os cânceres malignos e detectados em atividade, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, dentre outros fatores.

Figura4: Sentido do fluxo da DLM realizada em pacientes mastectomizadas



Fonte: www.fisioonco.com.br/drenagem-linfatica-manual-especializada

Para as mulheres que realizaram a mastectomia, é muito importante o fisioterapeuta orientar a paciente quanto à automassagem linfática, com o objetivo de impulsionar as

anastomoses áxilo-axilares e áxilo-inguinais, ampliando os sistemas secundários de drenagem linfática. A automassagem é realizada da seguinte forma: massagear levemente em forma de círculos a região axilar contralateral ao linfedema e a virilha homolateral. Efetivar 10 a 20 manobras em círculos, usando a mão com os dedos espalmados. Em seguida, realizar movimentos em semicírculos na região da mama operada, levando para a axila que apresenta os linfonodos íntegros. Separar o tronco em pedaços, realizar 5 vezes as manobras em cada pedaço, repetindo as manobras por 10 minutos. Para uma automassagem linfática efetiva, é de total relevância que mantenha-se o compasso e o sentido da manobra. (EERP, 2014).

Figura 5: Automassagem linfática



Fonte: BERGMANN, 2006

Pinheiro Marcelle (2017), relata que existe a massagem cicatricial, que é realizada para suavizar a aderência. As massagens deve ser realizadas de forma leve, após a remoção dos pontos, com o dedo indicador e o dedo do meio, você irá posicioná-los em volta da cicatriz, aproximando-os junto ao contorno da cicatriz, em seguida, mantenha a pinça, prendendo a cicatriz, realizar movimentos alternativos com a pele e o músculo em toda dimensão da cicatriz.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura evidenciou a importância da drenagem linfática em pacientes no pós-operatório de câncer de mama. As pessoas que passaram por esse procedimento cirúrgico apresentam, na maioria das vezes, o linfedema, que acarreta problemas físicos como redução na dimensão do movimento, peso excessivo do membro, desigualdade na formação corporal, afetando também o emocional dessa pessoa, levando à destruição da sua autoestima, isolamento social e sexual e danos estéticos.

Os estudos demonstram que a drenagem linfática desempenha um papel eficaz no pós-operatório, pois diminuem o quadro álgico, edemas, linfedemas, melhora da amplitude de movimento e cicatrização. Esse tratamento possibilita que o paciente apresente um tempo menor de recuperação funcional do membro superior homolateral à cirurgia, favorecendo o retorno mais rápido às atividades diárias e laborais, bem como, contribuindo com a reintegração social sem limitações funcionais, trazendo também um relaxamento ao final de cada sessão, sem dizer na melhora significativa para sua autoestima, devolvendo à paciente a feminilidade.

REFERÊNCIAS

- ABREU E, Koifman S. **Fatores prognósticos no câncer da mama feminina**. Rev. Bras. Cancerol. 2002; 48(1):113-31.
- ALBUQUERQUE, I. M. N. **Mulheres submetidas à mamografia. Contribuição para a enfermagem e promoção da saúde**: 2003.
- ALMEIDA JÚNIOR, Genês Lopes de, CASTRO, Wesley Chagas de, ALMEIDA, Edinaldo Gonçalves de. **Implante glúteo em posição intramuscular parcial: relato de caso**. São Paulo: Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. Vol. 24 nº 2 - Abr/Mai/Jun. de 2009, p. 242 a 245.
- ARAÚJO, Telma. **Câncer de mama: Estado psicológico e sexualidade de mulheres mastectomizadas. Projeto de conclusão de curso apresentado no departamento de enfermagem da Unemat, Cáceres-MT**, 2013.
- ANCHIETA, Valdineia, PASSOS, Anderson. **Estudo mamográfico unilateral em pacientes mastectomizados**. Artigo de revisão publicado na instituição de ensino superior NIP ICESP Faculdades Promove de Brasília, 2016.
- BARBOSA, Priscila Almeida et al. **Avaliação da qualidade de vida e impacto funcional em mulheres com câncer de mama pós intervenção cirúrgica na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais**. Tese de mestrado, UFJF, 2014.

BARROS ACSD, Barbosa EM, Gebrim LH. **Projeto diretrizes- Diagnóstico e tratamento do câncer de mama**. Brasília: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina 2002. p.1-15.

BEREK, Jonathan, **Tratado de Ginecologia**, 14° Ed.. Rio de Janeiro, Editora Guanabara 2008.

BLACK, J. M.; ESTHER, M. J. **Enfermagem médico- cirúrgico: uma abordagem psicofisiológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

BRASIL, Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas de incidência e mortalidade por câncer para 2000**. Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. **Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; C2013 [cited 2014 mar28]; Disponível em : <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/2014/estimativa24012014>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do Câncer de Mama Documento Consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BONTRAGER, L Kenneth. **Tratado de técnica radiológica e base anatômica**. 5ª. Ed. Rio de Janeiro: Ed: Guanabara Koogan, 2003.

CARVALHO, M. R. **Sentimentos, Comportamentos e atitudes de mulheres com diagnóstico de câncer de Mama**. Sobral: Universidade Estadual Vale do Acaraú, 2001.

CERDEIRA, D et al. **Atuação fisioterapêutico em pacientes pós cirurgia do câncer de mama: uma revisão bibliográfica**. Publicado na revista expressão católica, 2014.

CORREIA, GP et. al. **Tratamento Fisioterápico no Pós-Operatório do câncer de mama: revisão bibliográfica**, FUNVIC, 2014.

CAMARGO, Márcia; MARX, Ângela. **Reabilitação física no câncer de mama**. São Paulo: Roca, 2000.

DANGELO, Fattine. CS. **Anatomia Humana**, Atheneu, 2005.

FARIA, Lina, **As práticas do cuidar na oncologia: A experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama**. Revista científica de América Latina SIC(Sistema de Informação Científica),Portugal 2010.

FARIA, Lina. **As práticas do cuidar na oncologia: A experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama**. Revista científica da América Latina SIC (Sistema de Informação Científica)-Portugal, 2010.

FERREIRA PCA, Neves NM, Correa RD, Barbosa SD, Paim C, Gomes NF Cassali GD. **Educação e assistência fisioterapêutica às pacientes pós-cirurgia do câncer de mama.** In: Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG; 2005 out 3-8; Belo Horizonte, MG.

FITZGIBBONS PL, Page DL, Weaver D, et al. **Prognostic factors in breast câncer.** **College of American Pathologists Consensus Statement**, 1999. Arch Pathol Lab. Med. 2000;124:966-78.

FOLDI, E. **The treatment of lymphedema.** 1998.

GARCIA LB, GUIRRO ECO. Avaliação de diferentes recursos fisioterapêuticos no controle do linfedema pós-mastectomia. Rev. BrasMastol. 2005; 15(2): 64-70.

GODOY, José; GODOY, Maria. A new approach to manual lymphatic drainage. translated from the original Brazil-“drenagem linfática manual.uma nova abordagem.” First edition, by Adolf Max Rothschild and David Andrew Hewitt. 1ª edition. São José do Rio Preto. São Paulo, 1999.

GUERRERO G.P., Maria M, Okino FZN, Pinto MH. **Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente.** Rev. Bras. Enferm. [Internet].2011.

GUIRRO, Elaine; GUIRRO, Rinaldo. **Fisioterapia Dermatofuncional.** São Paulo: Manole, 2006.

GUSMÃO, Carlos, **Drenagem Linfática manual: métodos Dr. Vodder.** São Paulo Atheneu, 2010.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L. **Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio.** Cad. Saúde Pública, v. 23, n.77, p. 1665-1673, 2007.

LOUREIRO LP, Vasconcelos TB, Martins MEV, Pinheiro CPO, Macena RHM, Bastos VPD.

LOPES, Maria Helena Baena de Moraes, **Enfermagem na saúde da mulher**, 1ª ed. Editora AB, Toledo –PR, 2006

INCA. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**, Rio de Janeiro, Brasil, 2006.

_____. **Incidência de complicações pulmonares em mulheres mastectomizadas no pós-operatório imediato.** Ensaios e ciência. 2012;16(1):95-107.

MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto. **Papel da Fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer.** Revista Brasileira de cancerologia 2005.

MENKE, C. H. et Al. **Rotinas em Mastologia.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2007.

MENDONÇA, A. P.; DUARTE, T.; PERREIRA, F.; MARTINS, H.; PIRES, V. A.; XAVIER, M. A **Importância da Intervenção fisioterapêutica no tratamento pós-operatório de câncer de mama**. XIII Encontro de Iniciação Científica. Universidade do Vale do Paraíba, 2008.

MORREIRA, H.; CANAVARRO, M. C. **Tipo de cirurgia, adaptação psicossocial e imagem corporal no cancro da mama**. Psic., Saúde & Doenças, Lisboa, v.13, n.2, 2012.

MOREIRA, C. I. V. **“Mastectomia: Experiências de Mulheres Jovens”**. Barcarena, 2009. 114 f. Monografia (Conclusão de Curso)-Curso de Enfermagem, Universidade Atlântica.

MOURA FMJSP, Silva MG, oliveira SC, Moura LJSP. **Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas**. Esc. Anna Nery. 2010; 14(3):477-84.

MOURÃO, C. M. L.; SILVA, G. B.; FERNANDES, A. F. C.; RODRIGUES, D. P. **Perfil de pacientes portadores de câncer de mama em um hospital de referência no Ceará**. Fortaleza, 2008.

NETTO, C. M.; ZANON, D. M. T.; COLODETE, R. O. **Terapia Manual em Mastectomizadas: Uma Revisão Bibliográfica**. Perspectivas On-Line, v.4, n.15, 2010.

NOGUEIRA PVG, GUIRRO ECO, GUIRRO RRJ, Palauro VA. Efeitos da facilitação neuromuscular propioceptiva na performance funcional de mulheres mastectomizadas. Fisioter. Bras. 2005;6(1):228-35.

OLIVEIRA, D. C. **A Função Social da Fisioterapia no Tratamento de Mulheres Mastectomizadas**. Congr. Intern. Pedagogia Social, São Paulo, 2012.

PACHECO, Mariana Nolde; DETONI FILHO, Adriano; DA SILVA MELO, Denizar Alberto. **Fisioterapia para o tratamento do linfedema no pós-operatório de mastectomia: revisão de literatura**. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 13, n. 4, p. 4-7, 2011.

PAULO, Sogesp- **Associação de Obstetrícia e Obstetrícia e Ginecologia de São**. Rastreamento preventivo do câncer de mama, 2015.

PEREIRA, Sandrine Gonçales; ROSENHEIN, Daniele Portella; BULHOSA, Michele Salum. **Vivências de cuidados da mulher mastectomizada**. 2006.

PERREIRA, C. M. A.; VIEIRA, E. O. R. Y.; ALCANTARA, S. M. **Avaliação de protocolo de fisioterapia aplicado a pacientes mastectomizadas a Madden**. Revista Brasileira de Cancerologia, São Paulo, v.51, n.2, p.143-148, 2005.

PRUDENTE G. C.; BASSO L. S.; MARIA T. S. P. **Tratamento Fisioterapêutico no pós-operatório do câncer de mama: Revisão Bibliográfica**, Pindamonhangaba-SP.2014.

RIBEIRO, R. L.; COSTA, R. L.; SANDOVAL, R. A. **Conduta Fisioterápica no linfedema pós-mastectomia por câncer de mama**. Artigo apresentado a Universidade Católica de Goiás, 2008.

SANTOS, Socorro Fernanda Rosa dos; ALVES, Susi Monteiro. **Câncer de mama: diagnóstico e tratamento uma visão pós mastectomia**, 2012.

SCHWARTZ GF, Solin LJ, Olivotto IA et al. **The consensus conference on the treatment of in situ ductal carcinoma of the breast.** Breast J 2000;6:4-13.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SPENCE, Alexander P. **Anatomia Humana Básica**, 2º. Ed. São Paulo: Editora Manole, 1984.

TALHAFERRO, B.; LEMOS, S. S.; OLIVEIRA, E. **Mastectomia e suas consequências na vida da mulher.** Arq.Ciênc Saúde, São José do Rio Preto, v.14, n.1, p.17-22, 2007.

TRAMONTIN, Carla Margarida. **Os efeitos das técnicas de endermoterapia e drenagem linfática manual na região abdominal: uma visão fisioterapêutica.** 74 f. Trabalho de Conclusão de Curso – (Graduação), Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2009.

Sites:

_____ OMS Disponível em: <[oms/portal.saude.gov.br](http://oms.portal.saude.gov.br)> , acessado em: 16 Mai . 2018.

_____ www.brasil.gov.br/editoria/saude/2017/10/cancer-de-mama-pode-ser-detectado-de-forma-precose-e-tratado-com-eficacia.

_____ Eerp.usp.br [Internet]. Brasil: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Inc [citado 2014 Nov 28]. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br>

_____ <https://www.tuasaude.com/tratamento-para-aderencia-cicatricial/>

_____ [E:/USERS/Administrador/Deskktop/Novapasta\(2\)/Tratamentodascomplicaçõesdo câncer_Fisioterapiaecâncer.html](E:/USERS/Administrador/Deskktop/Novapasta(2)/Tratamentodascomplicaçõesdo câncer_Fisioterapiaecâncer.html).

_____ www.ministério+da+saúde+figura+sobre+os+sinais+do+câncer+de+mama.com.br

_____ www.fisioweb.com.br/portal/artigos/categorias/41-art-cancer/1042-intervencao-imediate-da-fisioterapia-na-pos-mastectomia-.html.

_____ www.fisioonco.com.br/drenagem-linfatica-manual-especializada