

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

GESTÃO E IMPLANTAÇÃO DE CENTROS DE REABILITAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA  
NO PÓS-OPERATÓRIO DE CÂNCER DE MAMA

IARA RODRIGUES DA SILVA

PORTO ALEGRE, MARÇO DE 1996

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

GESTÃO E IMPLANTAÇÃO DE CENTROS DE REABILITAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA  
NO PÓS-OPERATÓRIO DE CÂNCER DE MAMA

IARA RODRIGUES DA SILVA

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

PORTO ALEGRE, MARÇO DE 1996

**ORIENTADORES:**

**Prof. Roberto C. Fachin**  
**Dr. em Ciências Humanas**  
**PROFESSOR DA UFRGS**

**Prof. José Roberto Goldim**  
**Mestre em Avaliação da**  
**Aprendizagem**  
**PROFESSOR DA UFRGS**

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus orientadores, às minhas pacientes, aos meus familiares, aos meus amigos, a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço, pelo incentivo, pela confiança e pelo carinho.

“A restauração completa da função deve sempre constituir o objetivo de reabilitação. Quando não atingível, a manutenção da capacidade funcional em sua extensão máxima permanece sendo o objetivo”. **Myron M.Laban**

Cada pessoa é uma pessoa e portanto, seu caso deve ser tratado com a devida atenção e carinho de sua peculiar individualidade.

**Iara R.Silva**

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	6
1 REFERENCIAL TEÓRICO .....	8
1.1 Procedimento Cirúrgico .....	8
1.2 Técnicas .....	8
1.2.1 Mastectomia Radical .....	8
1.2.2 Mastectomia Simples .....	8
1.2.3 Mastectomia Radical Modificada .....	8
1.2.4 Mastectomia Segmentar Ou Parcial .....	9
1.2.5 Ressecção Axilar .....	9
1.2.6 Injúria Transoperatória .....	9
1.3 Problemas Clínicos .....	10
1.3.1 Problemas Clínicos Da Pac. Mastectomizadas Pós-Operatoriamente .....	10
1.3.1.1 Dor .....	10
1.3.1.2 Linfoedemas .....	11
1.3.1.3 Fraqueza no Membro Superior Envolvido .....	12
1.3.1.4 Adesões na Parede Torácica .....	12
1.4 Complicações Pós-Cirúrgica mais Ligadas ao Câncer de Mama .....	12
1.4.1 Intra-Operatórias .....	12
1.4.2 Pós-Operatórias .....	13
1.5 Recuperação Física e Emocional das Mastectomizadas .....	14
1.5.1 Metodologia .....	15
1.5.2 Fisioterapia .....	16
1.6 Experiências de uma Eq. de Rab. do Deptº. de Ginec. e Obstetrícia da UEC .....	16
1.7 Experiência de uma Eq. Multidisciplinar que atua Inst. Da Mama/RS .....	18
1.7.1 Fisioterapia .....	19
2 METODOLOGIA .....	21
3 ANÁLISE DE DADOS .....	22
3.1 A Dimensão do Problema .....	22
3.2 Como Resolver o Problema ? .....	24
3.2.1 Sem Tratamento Fisioterapêutico .....	24
3.2.2 Realizar Tratamento em Clínicas de Fisioterapia Geral .....	25
3.2.3 Realizar Tratamento em Locais Espec. em Fisiot. Aplic. à Mastologia .....	26
3.2.4 Profissionais para Atuação na Área .....	32
4 PROPOSIÇÕES .....	
4.1 Gestão dos Centros de Reabilitação Fisioterapêutica .....	33
4.1.1 Área Física .....	33
4.1.2 Recursos Envolvidos .....	33
4.1.3 Equipamentos e Materiais Necessários .....	34
4.2 Gestão dos Centros de Recuperação Fisioterapêutica .....	36
4.2.1 Proposta de Tratamento .....	36
5 LIMITE DE PESQUISA .....	38
CONCLUSÃO .....	39
OBRAS CONSULTADAS .....	42
ANEXOS .....	44

## INTRODUÇÃO.

O câncer de mama é o tumor mais freqüente na mulher, atingindo-as principalmente na faixa dos 40 aos 60 anos. Porém, verifica-se que nos últimos anos existe uma tendência ao aparecimento desta patologia em mulheres de faixa etária inferior aos 40 anos. A cirurgia vem sendo considerada, através do tempo, o tratamento de escolha para o câncer de mama. (Mezzalira, 1993).

Constata-se que, atualmente, nos países desenvolvidos, o câncer de mama é a segunda causa mortis mais freqüente, sendo superadas apenas por doenças circulatórias. (Fonseca, 1994).

No Brasil, também, o câncer vem crescendo na escala das doenças fatais.

Sabe-se que o RS, hoje, é o estado de maior incidência desta patologia, num índice de crescimento de 2 a 3% (dois a três por cento) ao ano.

Baseando-se nestes fatos, discute-se no presente trabalho a Implantação e Gestão sobre Centros para Reabilitação Fisioterapêutica de mulheres submetidas a cirurgia por Câncer de Mama. Centros estes, inexistentes, com exceção de uma proposta ainda incipiente, tanto em hospitais públicos, quanto privados, levando com isto, a seqüelas e complicações no pós operatório na maioria destas pacientes, que poderiam ser evitadas, ou senão minimizadas, se empregado de forma adequado, o tratamento fisioterapêutico especializado na área. O exercício terapêutico é parte integrante do plano de assistência pós operatória destas pacientes para prevenção ou minimização de complicações.

(Kisner, 1992).



É necessário, portanto, considerar as conseqüências pós cirúrgicas de uma mastectomia, setorectomia, reconstrução mamaria, visto tratar-se de um processo invasivo, que provoca injúria em várias ordens, tais como: deiscência cicatricial, dor na incisão cirúrgica e região cérvico-escapular, linfoedema, lesões do pléxico braquial, fraqueza e alterações de sensibilidade no membro superior acometido, adesões na parede torácica.

Tais complicações contribuem, de forma significativa, para diminuição da amplitude, da função, prejudicando suas atividades de vida diária.

Assim sendo, torna-se importante a conclusão de um tratamento de reabilitação física e reintegração psicossocial da paciente, através de um centro especializado, onde a paciente possa ser atendida já no seu pré-operatório, com posterior acompanhamento do seu pós-operatório e também consultas ambulatoriais até sua efetiva alta do setor.

Destina-se este trabalho a verificar a importância da Implantação e Gestão de Centros para Reabilitação Fisioterapêutica no pós-operatório de Câncer de Mama, através do levantamento de dados da incidência desta patologia e dados hospitalares onde contarão números e tipos de cirurgias deste porte no ano de 1996.



## 1. REFERENCIAL TEÓRICO

### - A cirurgia, possíveis complicações, a terapêutica.

#### 1.1. Procedimento Cirúrgico

“ A confirmação histológica de malignidade é a prioridade mandatária para o tratamento cirúrgico”. (K. Bland and E. Co'peland, 1991)

Uma variedade de procedimentos cirúrgicos podem ser usados no tratamento de câncer de mama. Alguns de valor diagnóstico, como a biópsia, outros de valor terapêutico, que compreendem a ressecção do sítio regional do câncer, incluindo os linfonodos axilares.

Procedimentos que foram os mais comumente usados ou o são atualmente:

#### 1.2. Técnicas ( Menke, Biaws, 1993)

##### 1.2.1. Mastectomia Radical

Compreende a remoção total da mama, de ambos os músculos peitorais e linfonodos axilares ipsolaterais. Este tipo de procedimento resultava em grande deformidade, fraqueza do membro superior afetado e , algumas vezes, em linfedema.

##### 1.2.2. Mastectomia Simples

A mastectomia simples envolve a remoção total da mama e de linfonodos axilares superficiais ( nível I). Os músculos peitorais e demais níveis de linfonodos são mantidos intactos. tratamento usado para o câncer localizado - estágio I e geralmente com radioterapia pós operatória.

##### 1.2.3. Mastectomia Radical Modificada

Compreende a ressecção total da mama e dos linfonodos axilares, porém o músculo peitoral maior é preservado. Quanto ao músculo peitoral menor, pode ser removido parcial ou total, ou ainda, mantido intacto. Esta técnica diminui a morbidade da doença e é, atualmente o tratamento de eleição na maioria dos casos de câncer de mama.

#### **1.2.4. Mastectomia Segmentar ou Parcial**

A remoção parcial da mama recebe várias denominações como: tumorectomia, quadrantectomia, setorectomia e outros. Compreende a remoção do tumor com uma margem de tecido mamário, histologicamente livre de células malignas, mantendo um resultado estético aceitável. São removidos, também, os linfonodos axilares níveis I, II e III, conforme grau de comprometimento. Posteriormente é realizado a Radioterapia.

#### **1.2.5. Ressecção Axilar ( Bland, Copeland, 1991)**

A finalidade da ressecção axilar é obter informação quanto ao comprometimento dos linfonodos, a fim de poder determinar:

- a) o prognóstico de sobrevida;
- b) a necessidade de terapia adjuvante;
- c) controle regional e local da doença.

A remoção dos linfonodos não é empregada com o objetivo de aumentar a cura, mas como um indicador da existência de metástases à distância. O número de linfonodos positivos atua como um fator prognóstico. ( Donegan,1988)

#### **1.2.6. Injúria Transoperatória**

A mastectomia radical modificada, que é atualmente o procedimento de eleição no tratamento de carcinoma mamário invasivo, compreendendo a ressecção em bloco da mama, dos linfonodos axilares e uma lâmina de tecidos adjacentes de 3 a 5 cm, livre de tumor, com margem de segurança, envolve um potencial traumático para o organismo. Durante a dissecação, o cirurgião se depara com estruturas, tais como vasos sanguíneos e nervos, cuja injúria, principalmente dos nervos, é, muitas vezes, inevitável.

### **1.3. Problemas Clínicos ( Kisner, 1992)**

Após a mastectomia e após a excisão ou radiação dos nódulos linfáticos axilares adjacentes, um paciente corre o risco de desenvolver linfedema em membro superior e perda de mobilidade do braço.

Os fisioterapeutas frequentemente se envolvem no manejo pós-operatório de pacientes que fizeram mastectomia. O exercício terapêutico é parte importante do plano de assistência pós-operatória do paciente para prevenir ou minimizar o linfedema ou perda de mobilidade do ombro.

#### **1.3.1. Problemas Clínicos da Paciente Mastectomizado Pós- Operatoriamente**

##### **1.3.1.1. Dor**

###### **a. Dor na Incisão**

- É feita uma incisão transversa na parede torácica para remoção do tecido mamário.

- Adesões secundárias a parede torácica causando:

\* risco de complicações pulmonares

\* perda de amplitude de movimento no ombro envolvido

###### **b. Dor na região cervical posterior e cintura escapular**

- Dor e espasmo muscular ( região do pescoço e adjacências)

- Músculos da região cervical e cintura escapular sensíveis à palpação ( podem restringir movimento)

- Uso diminuído do membro superior envolvido pode levar o paciente a um ombro congelado ( sem ou com muito pouco movimento no ombro), a probabilidade de linfedema (inchaço) em mão e braço.

### **1.3.1.2. Linfoedema**

a. A remoção da cadeia axilar de nódulos linfáticos altera a circulação normal da linfa, podendo levar ao linfoedema no membro superior envolvido.

b. A radioterapia pode levar à formação de tecido cicatricial na axila e obstruir vasos linfáticos.

c. O acúmulo de fluidos extravasculares e extracelulares no membro superior leva a:

- Aumento de tamanho da extremidade
- Rigidez e diminuição na amplitude de movimento dos dedos
- Alterações sensoriais na mão
- Diminuição da função do membro superior envolvido

### **1.3.1.3. Fraqueza No Membro Superior Envolvido**

Ocorre fraqueza de musculatura envolvido como: adutores horizontais do ombro, resultando em diminuição da força e função do membro superior); fraqueza do serrátil anterior por traumatismo temporário do nervo torácico longo ( por ocasião da dissecação axilar ) comprometendo a estabilização do ombro, prejudicando o levantamento lateral do membro superior envolvido.

### **1.3.1.4. Adesões Na Parede Torácica**

São devidas à cicatrização restritiva do tecido subjacente à parede torácica, podendo formar-se pós-operatoriamente devido a infecções no corte ou radiação ( diminuindo a função e amplitude de movimento no membro superior envolvido).

Segundo Xhardez, Yves, as possíveis complicações que ocorrem pós-operatoriamente são: o edema, inchaço do braço (linfedema) ; lesão cápsulo-sinoviais ( capsulite retrátil, isto é,



ombro congelado); aderências cicatriciais; paralisias dos plexos nervosos (paralisia nas atividades dos nervos) felizmente raros.

#### **1.4. Complicações Pós-Cirúrgicas Mais Ligadas Ao Câncer de Mama ( Faria, 1994)**

Várias podem ser as complicações ligadas às cirurgias para tratamento dos tumores malignos da mama. A evolução do tratamento cirúrgico, com a realização de cirurgias menos agressivas e novos conhecimentos sobre o pré e pós-operatório, têm proporcionado uma diminuição gradativa na frequência e na gravidade dessas complicações. Além disso, a habilidade, a experiência e o conhecimento anatômico do cirurgião.

Tem havido uma modificação gradativa do tipo de cirurgia para o câncer de Mama, partindo das ultra-radicaais, passando pelas radicaais e chegando até a quadrantectomia e a tumorectomia. Hoje, basicamente, as cirurgias resumem-se à mastectomia radical modificada e a quadrantectomia, que posteriormente podem ser auxiliadas por outros métodos terapêuticos como rádio, químio e hormonioterapia.

Dividiremos as complicações em intra e pós-operatórias.

##### **1.4.1. Intra-operatórias**

São as mais relacionadas com a habilidade do cirurgião, além das dificuldades inerentes ao próprio tumor como localização, invasão vascular, nervosa, etc...

- Posicionamento da paciente na mesa cirúrgica, para se evitar o estiramento do plexo braquial. Este fato está presente em aproximadamente 1% ( um por cento) das cirurgias e ocorre principalmente quando se prolonga o ato cirúrgico, causando dor e parestesia em determinada região do membro superior envolvido.

- A lesão de nervos tais como: intercostobraquial, torácico anterior, tóraco dorsal, torácico longo, podem levar a anestésias, dores axilares, hipotrofia muscular, dificuldade de movimentar

o braço por incapacidade funcional de determinados músculos, limitação respiratória, e até uma lesão nervosa muito grave, o que, geralmente não ocorre, que é lesão do próprio plexo braquial, levando a atrofia e disfunção do membro.

- Lesões de vasos tais como: vasos toracodorsais, veia e ou arteria axilar, veia cefálica, podem levar a diminuição de irrigação causando atrofias musculares, trombos, linfedemas, pneumotorax ( embora hoje em dia quase não se observa esse tipo de lesão).

#### **1.4.2. Pós-Operatórias**

- A complicação pós-operatória mais comum, cerca de 10% ( dez por cento) das pacientes operadas e em variados graus, é o linfedema, que no passado com cirurgias mais radicais chegava a 80% ( oitenta por cento) dos casos.

Como causa fundamental temos a interrupção da via de drenagem linfática , que pode ser exarcebada por complicações ao nível da axila, como seromas, hematomas, infecção, tromboflebite, linfagites recorrentes, limitação funcional, etc...

Para tratamento do linfedema pode contar com a fisioterapia, que deve ser iniciada ainda no hospital , com posicionamento adequado do braço, manipulação, etc...

- Outros problemas pós operatórios:

a. Pericondrite costoesternal, geralmente causada pelo uso excessivo do bisturi elétrico e também por infecção local, levando a dor e piora aos movimentos respiratórios e do braço.

b. A bursite acromio clavicular, também, é bastante dolorosa, levando a limitação nos movimentos do braço homolateral.



c. A alteração postural decorrente da falta de uma das mamas na mastectomia (paciente tenta compensar o equilíbrio), isto pode ser corrigido com um programa de reabilitação adequada, fisioterapia e uso de próteses externas.

- Mais algumas complicações que podem ocorrer são: seromas ou linfoceles (acúmulo de líquidos na área cirúrgica), hematomas (área sangrante), deiscências cirúrgicas (aberturas espontâneas em pontos do local cirúrgico, principalmente em pacientes com nutrição inadequada); infecção local da área cirúrgica (tratadas com antibioticoterapia); flebite homolateral (geralmente causada por lesão no membro que já tem drenagem inadequada).

O melhor meio de tratar as complicações ligadas às cirurgias para tratamento dos tumores malignos da mama é a prevenção. Isso passa pelo correto preparo pré-operatório da paciente, pelo seu posicionamento correto durante a cirurgia, pelo cuidado e conhecimento de técnica cirúrgica por parte do cirurgião e pelas orientações pós-operatórias. Todas podem ser diminuídas com cuidados técnicos.

### **1.5. Recuperação Física e Emocional das Mastectomizadas (Pinotti,1991)**

**- Experiência de uma equipe multidisciplinar formada em conjunto com pacientes pós cirúrgicas de uma clínica na cidade de Campinas (SP).**

Alguns pontos a considerar:

- É fundamental ter presente o sentido de totalidade do ser humano.

- Com a cirurgia, a castração passa a ser uma realidade corporal, anatômica e fisiológica.

- O esquema corporal modifica-se profundamente, alterando-se a maneira de sentir e vivenciar o corpo. Toda uma realidade prática do viver cotidiano se modifica.

É grande a necessidade que sente a mulher mastectomizada de informar-se a respeito dos cuidados necessários depois da cirurgia: informações claras e precisas sobre as diferentes etapas da recuperação, retirada dos drenos, processo de cicatrização, orientação sobre os momentos e cuidados específicos.

Cada mulher vai viver uma etapa pós-operatória de acordo com sua história pessoal, necessitando de muito apoio para superar esta fase da melhor maneira possível. Considerando úteis vários aspectos do problema, começamos a criar uma série de atitudes com o objetivo de lograr um apoio adequado às pacientes mastectomizadas. A partir de encontros, questionamentos e estudos tão ricos e considerações práticas de experiências vivenciadas surgiu o “Grupo de Apoio”.

Um dos objetivos do “Grupo de Apoio” é possibilitar um ambiente calmo e aberto, com espaço suficiente para que a mulher mastectomizada possa colocar mais vivências, fantasias e sentimentos sobre os quais nunca ou quase nunca tem oportunidade de falar e elaborar.

Outro objetivo é realizar um trabalho corporal para recuperação física e para a reintegração do corpo como uma totalidade.

Será exposto a seguir a Metodologia geral, dinâmica e execução do ponto de vista fisioterapêutico.

### **1.5.1. Metodologia**

A equipe do “Grupo de Apoio” está formada por uma psicóloga, uma enfermeira e uma fisioterapeuta, que se integram de maneira permanente e dinâmica com os médicos-cirurgiões.

A seguir será exposto o trabalho do “Grupo de Apoio” em relação a Fisioterapia.

A fisioterapia dirige o trabalho corporal. Toma como ponto de partida os emergentes referidos ao esquema corporal e os objetivos no trabalho concreto com exercícios que são repetidos mecanicamente, mas explicados, com as pacientes sendo estimuladas a tomar consciência das sensações deles decorrentes.

Num prazo de sete a dez dias depois da cirurgia, as mulheres mastectomizadas são incorporadas ao grupo. Este critério foi estabelecido levando-se em conta o tempo médio de recuperação física pós-cirúrgica, tempo este em que a maioria permanece ligada necessariamente à clínica e período em que têm seu primeiro contato com a nova realidade.

### **1.5.2. Fisioterapia**

O trabalho corporal é integrado à recuperação das mastectomizadas, dando continuidade ao grupo. Desempenha um papel importante dentro da recuperação numa função profilática, já que evita limitação nos movimentos do ombro, a dor, o linfedema e as complicações pulmonares.

As etapas que seguem no trabalho corporal são:

- reeducação da marcha, tratando de conseguir uma boa postura, equilíbrio e coordenação.
- adaptação da imagem corporal em relação ao equilíbrio postural e simetria
- exercícios respiratórios, para melhorar o movimento da caixa torácica
- exercícios de tronco abdominais, com o objetivo de melhorar a postura e o tônus

muscular

- exercícios de braços, simétricos e assimétricos

Todos esses exercícios são executados em posição de pé, decubito dorsal e sentada. São acompanhados de explicação, ao mesmo tempo em que se estimula as pacientes a exprimir o que sentem, para que tomem consciência de sua realidade corporal.

Como resultado do trabalho do “Grupo de Apoio” pode-se observar que o número de participantes têm aumentado, que mais pacientes participam de um maior número de sessões, também que as pacientes tinham um seguimento muito bom, uma vez que a maioria voltou as suas consultas de controle nas datas indicadas. Outro importante resultado, principalmente para a Fisioterapia, é que também foi observado que as pacientes do grupo tiveram um retorno mais rápido a suas atividades normais, um comportamento mais franco, com menos necessidade de ocultar, como um penoso segredo, sua mastectomia. Uma boa recuperação física, com liberdade de movimentos, boa postura e índice muito baixo de linfedema, são os resultados práticos deste conjunto de atitudes e procedimentos.

### **1.6. Experiência de uma equipe de Reabilitação do Departamento de Ginecologia e Obstetricia da Universidade Estadual de Campinas**

Um constante aumento do número de pacientes submetidas à mastectomia tem sido observado em nosso meio nos últimos anos.



Importantes aquisições foram, nos últimos anos, introduzidas no âmbito do tratamento de pacientes submetidas à cirurgia de mama. Uma valiosa contribuição observada foi o surgimento da mentalidade da “Reabilitação Global” da paciente mastectomizada. Esta nova concepção vem ganhando crescente aceitação no âmbito dos cirurgiões envolvidos com o tratamento do câncer de mama.

Verdadeiras “equipes” de reabilitação têm surgido, particularmente em centros de maiores recursos materiais, aliando os esforços de ginecologistas, oncologistas, fisiatras, cirurgiões plásticos, fisioterapeutas, psicólogas, assistentes sociais, enfermeiras e grupos de voluntárias, com o objetivo comum de prevenir e minorar os problemas envolvidos no tratamento a longo prazo do câncer de mama.

O programa de reabilitação global deve começar no período pré-operatório.

Neste grupo, as avaliações funcionais são procedidas pela fisiatra e fisioterapeuta, outras avaliações por cada profissional dentro da sua área tais como: assistente social, voluntárias, etc... completam a avaliação diagnóstica e as condições cirúrgicas pré-operatórias da paciente.

Informações referente ao procedimento cirúrgico e instruções relativas ao programa de exercícios pós-operatórios, por exemplo, são fornecidas neste período.

No período pós-operatório, a enfermagem e a fisioterapeuta dão assistência no sentido de que sejam evitadas as complicações próprias da inatividade e da imobilização no leito, quais sejam atelectasias, acúmulo de secreções e limitação dolorosa da movimentação articular do ombro do lado operado. Em especial, medidas para prevenir o aparecimento do edema linfático do braço operado são providenciadas.

Após a alta hospitalar, a paciente é encaminhada ao Ambulatório da Mama para seguimento, de onde é conduzida ao Setor de Fisioterapia, para várias informações quanto à exercícios necessários, recuperação estética, colocação de bojos, adaptações de vestuário, etc..., presentes para tanto a fisioterapeuta, a assistente social, voluntárias, psicóloga e fisiatra.

### **1.7 Experiência de uma equipe multidisciplinar que atua na cirurgia do Câncer de mama de uma Entidade Filantrópica (Instituto da Mama do RS) em um hospital da rede pública em Porto Alegre. (Silva, Nora, 1994)**

Tornou-se muito importante a paciente que sofre cirurgia por Câncer de Mama, ser vista e tratada como um “Todo”, portanto sua recuperação ser global. É partindo deste pressuposto que entende-se todo o processo traumático físico e psicológico pelo qual, passam estas pacientes e portanto a necessidade de um trabalho em equipe para sua boa recuperação.

A Entidade tem como principal objetivo: promover, manter e reestabelecer a saúde da mama da população. Estabelecendo para isto, vários programas, tais como: Formação e Treinamento de Voluntários, Ajuda de Mulher para Mulher, Grupos de Fala (Psicologia), Programa de Reabilitação e Fisioterapia, Pesquisa Genética, contando, para tanto, com vários profissionais como: Médicos Mastologistas, Oncologistas, Ginecologistas, Cirurgiões Plásticos, Fisioterapeutas, Psicólogos, Assistente Social, Grupo de Voluntárias.

A paciente a partir do momento do diagnóstico e após todos os esclarecimentos dos médicos, é encaminhada a equipe de psicologia para elaboração do fato, medidas a serem tomadas, organização social geral. A partir daí, exames, encaminhamentos e baixa para a cirurgia. Já no período pré-operatório, a equipe de fisioterapia, voluntárias e demais profissionais iniciam o acompanhamento da paciente.

Do ponto de vista fisioterapêutico, a paciente é submetida a uma avaliação pré-operatória, orientando quanto a nova situação, exercícios (1º etapa) já executada pela mesma, procurando o entendimento da paciente quanto a maneira, como e por que os executa, levando-a a uma consciência corporal.

Preocupando-se, fundamentalmente, com o posicionamento adequado no leito, mecânica ventilatória, drenagem de líquidos no membro superior acometido (sangue, linfa), aumento de circulação sistêmica (corpo todo) relaxamento muscular, movimentos adequados das articulações envolvidas.

No pós-operatório é dada continuidade ao tratamento, buscando atender as necessidades das pacientes, nos diversos momentos e com cada profissional da equipe.

Importante salientar, aqui, que a paciente mastectomizada ( ou que tenha realizado setorectomia) é uma paciente diferente, que precisa de um atendimento especial; não especial quanto às técnicas, os exercícios precisam ser específicos para a sintomatologia apresentada. O atendimento especial se deve à abordagem, à maneira de tratar e de se relacionar com essa paciente.

Baseando-se tudo isto, após a alta hospitalar a paciente retorna ao Ambulatório da Mama e daí é encaminhada ao Setor de Fisioterapia, onde o tratamento será dividido em etapas, conforme a evolução da própria paciente.

### **1.7.1. Fisioterapia**

Em linhas gerais as etapas da cinesioterapia e demais procedimentos compõem-se de:

- \* Exercícios para recuperação de movimento do membro superior acometido;
- \* exercícios respiratórios para manter ou aumentar a capacidade ventilatória
- \* reeducação postural buscando melhora da marcha, equilíbrio, diminuição de eventuais dores nas costas por postura inadequada;
- \* adaptação da imagem corporal com uso de próteses, exercícios frente ao espelho, para equilíbrio, coordenação, observando o retorno tanto quanto possível a simetria corporal;
- \* trabalhos para relaxamento muscular;
- \* alongamentos, fortalecimentos musculares visando retorno às atividades de vida diária próximas ou iguais as executadas anteriormente;
- \* exercícios gerais com tratamento corporal global.

Todo o trabalho referido acima é executado pela paciente nas posições de: decúbito dorsal, sentada e de pé.



Observa-se que as pacientes submetidas a este tipo de tratamento tem seu tempo de recuperação diminuído e mais rápido retorno as suas atividades cotidianas, ocupacionais e desportivas, readquirindo a amplitude de seus movimentos, postura, coordenação, auto estima e principalmente a diminuição das complicações pós-cirúrgicas proporcionando-lhes uma melhor recuperação aumentando-lhes sua qualidade de vida.

## 2. METODOLOGIA

Os dados deste estudo quanto a Etapa Diagnóstico, foram coletados a partir de pesquisas com visitas aos locais relacionados com levantamento estatístico da incidência desta patologia, em hospitais e empresas onde foi feito um levantamento junto aos funcionários, médicos e professores, num total aproximado de 15 pessoas, que forneceram os seguintes dados: tabelas, relação de dados no computador, com informações referentes a incidência de Câncer de Mama em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul e no Brasil; faixa etária de incidência, previsão futura da incidência na população feminina.

Nos hospitais a coleta de dados deu-se através de carta, onde foi solicitada ao médico responsável pelo setor de pesquisa, contato com o hospital para posterior visita com o intuito de obter informações quanto ao número e tipos de cirurgias, casos registrados em 1996, estimativa aproximada de cirurgias mensais, por câncer de Mama, informações estas, prestadas pelo médico, departamento de informática ou ainda, via contagem e anotações junto ao arquivo do hospital, dos dados constantes do Livro de Registros de Procedimentos cirurgicos realizados na Instituição num determinado período.

Algumas pacientes através de seus depoimentos escritos e transcritos, referiram conhecer ou não a Fisioterapia aplicada à Mastologia, e como isto agiu em sua vida, influenciando no seu estado atual.

Quanto aos recursos, as visitas e contatos verbais com funcionários das empresas, a exemplo do SEBRAE ( Serviço de Apoio a Empresas), com cerca de seis pessoas, onde pesquisou-se a respeito do processo mais adequado atualmente para Implantação de centros de Reabilitação Fisioterapêutica em Hospitais Públicos e Privados.

Além da pesquisa orçamentária a lojas de equipamentos e materiais necessários à montagem de um centro específico para mama, área física, recursos envolvidos, etc...

O objetivo geral deste estudo é avaliar a viabilidade de Implantação de Centros de reabilitação Fisioterapêutica no pós-operatório de Câncer de Mama e forma de gestão sobre os mesmos.

### 3. Análise dos Dados

#### 3.1. A Dimensão do Problema!!!

Segundo Leins, H.P., 1977, a alta incidência de Câncer de Mama pode ser demonstrado pelos expressivos números de que, nos EUA, cerca de 90.000 ( noventa mil) novos casos de Câncer de Mama foram diagnosticados em 1975. Segundo os mesmos autores pode-se calcular que (01) uma em 13 (treze) mulheres, ou seja, 3% (três por cento) da população feminina americana desenvolverá esta patologia durante sua vida.

Segundo o Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer (INCA), a patologia Câncer de Mama Feminina - CID 9º 174 na cidade de Porto Alegre em 1991, conforme a taxa de incidência por 100.000 ( cem mil) habitantes, de acordo com topografia do tumor, por faixa etária, em mulheres: ( Ministério da Saúde -Registro de Base Populacional, 1995) (Anexo A)

25 - 29 anos	8,71	55 - 59 anos	177,74
30 - 34 anos	19,55	60 - 64 anos	217,50
35 - 39 anos	44,81	65 - 69 anos	316,55
40 - 44 anos	103,39	70 - 74 anos	271,71
45 - 49 anos	169,41	mais de 75 anos	277,90
50 - 54 anos	177,99		

Ainda em observação a tabela de dados o Câncer de Mama é a partir dos 40 anos a patologia entre as neoplasias malignas a de maior incidência nas mulheres em relação a outras localizações de Câncer no corpo.

Segundo um artigo da Revista Médica da Santa Casa sobre Abordagem Diagnóstica do Câncer de Mama em 1991. ( Silveira, 1991)

O Câncer de Mama no RS é o mais freqüente tumor das áreas genitais e mamária e o segundo ( 19,6% ) de todas as neoplasias malignas na mulher.

Entre 1976 e 1980 houve 32.996 diagnósticos em mulheres e 409 em homens em todo o país.

A média de idade foi de 53 anos. Nos EUA o Câncer de Mama é o mais freqüente na população feminina com cerca de 120.000 novos casos. Calcula-se que 01 (uma) entre 10 (dez) norte americanas desenvolverá Câncer de Mama durante a vida. Além do que a incidência do Câncer de mama tem aumentado num índice de 2 (dois) a 3% (três por cento) por ano.

Segundo Estudo Observacional - Dr. Sérgio Tessaro sobre Epidemiologia e Fatores de risco do Câncer de Mama, apresentado no II Curso de Atualização em Mastologia, outubro de 1996 - HCPA:

60 em 100.000 mulheres no Brasil apresentam Câncer de Mama

76 em 100.000 mulheres no RS (Maior número em POA)

No total 33.750 ( trinta e três mil, setecentos e cinquenta ) novos casos no Brasil, sendo 8.400 ( oito mil e quatrocentos ) da região sul.

160 em 100.000 na faixa de 50 a 55 anos

300 em 100.000 na faixa de 80 anos

01 ( uma ) em cada 08 (oito ) mulheres desenvolverão Câncer de Mama até os 80 anos.

1 milhão de novos casos no mundo até o ano 2.000.

Segundo Artigo da Revista Médica da Santa Casa sobre Reconstrução do Relevo Mamário pós Mastectomia - 1996. (10)

Estimativa da American Câncer Society revelaram que entre 08 (oito) ou 09 (nove) mulheres desenvolverão Câncer mamário ao longo de sua vida.



Por outro lado, em pesquisa a Hospitais no intuito de obter dados quanto ao número de cirurgias por Câncer de Mama realizadas em determinados períodos verificou-se que: No Hospital Santa Rita ( especializado em Oncologia ) que faz parte do Complexo da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, entre Mastectomia Simples, Mastectomias Radicais, Mastectomias Radicais Modificadas, Tumorectomias, Quadrantectomias, Reconstruções, somaram-se aproximadamente 340 cirurgias em 1996, verificando-se, com isto, quase que 01 (uma) cirurgia de mama por dia.

No Hospital Materno Infantil Presidente Vargas o levantamento foi feito baseado única e exclusivamente em pacientes pós cirúrgicos por Câncer de Mama que receberam atendimento fisioterapêutico, logo pesquisa realizada no Setor de Fisioterapia.

No ano de 1996 foram atendidos, em torno de 100 ( cem) casos, numa estimativa aproximada de 09 a 10 ( nove a dez ) casos por mês, salientando, novamente que estes números são referentes a apenas cirurgias realizadas por 01 (uma) médica do Hospital e atendidos pela Fisioterapia.

No Hospital Moinhos de Vento os procedimentos cirurgicos foram levantados pelo setor de Informática para os últimos anos. Entre todas as técnicas empregadas ( referidas anteriormente) encontram-se aproximadamente 100 casos cirúrgicos por ano, perfazendo uma estimativa de 09 (nove) a 10 (dez) casos por mês, ou seja, 01 (um) procedimento cirúrgico de mama a cada 03 (três) dias.

### **3.2. Como Resolver o Problema?**

Existem várias alternativas de como resolver o problema “Câncer de Mama” tanto partindo do diagnóstico ( alta incidência), até chegar a recuperação pós cirúrgica e a devolução destes pacientes as suas atividades ocupacionais e profissionais, tais como:

#### **3.2.1. Sem tratamento fisioterapêutico**

Baseando-se em casos atendidos pela autora deste estudo, observa-se que na grande maioria dos casos de recuperação pós cirúrgico de Câncer de Mama sem tratamento fisioterapêutico,

as pacientes tiveram complicações ( referidas anteriormente), levando-as a incapacidade funcionais, desestruturação de seu esquema corporal, mudanças de humor, frustrações emocionais, transformações da imagem corporal.

Anexo encontram-se depoimentos de pacientes que passaram por este problema.

Paciente S.M.A.S., de 48 anos de idade, foi submetida a Mastectomia Radical Modificada, Linfanedectomia ( esvaziamento axilar) e Reconstrução mamária imediata em 07 de maio de 1996. (Anexo B)

Observação: Paciente foi submetida a cirurgias anteriores sem tratamento fisioterapêutico. Refere que na época, teve muita dor, diminuição de movimentos, retração cicatricial com severa diminuição da função. Procura Serviço de Fisioterapia aplicada à Mastologia por ocasião da terceira cirurgia em 1996, quando lhe foi indicado pelo próprio médico, o acompanhamento fisioterapêutico no período pré e pós-operatório.

Paciente S.S.C.F. de 53 anos de idade, submetida a Setorectomia com esvaziamento axilar em 21 de outubro de 1996. (Anexo C)

Observação: Paciente procura Serviço de Fisioterapia aplicada à Mastologia num pós-operatório tardio por não indicação de seu médico anteriormente . Referia na época da avaliação fisioterapêutica, muita dor, diminuição de movimentos, irritação, descredibilidade em sua recuperação, diminuição da função, inchaço do braço, desorganização postural e hipersensibilidade cutânea.

### **3.2.2.Realizar tratamento em Clínicas de Fisioterapia Geral**



Nas clínicas que atendem Fisioterapia Geral, em não havendo especialização na área de “Mama”, muitas das orientações, informações e tratamento eletivo não poderão prestar à paciente, visto não poderem atender os pacientes um a um ( atendimento individualizado) feito por um fisioterapeuta e nem uma sessão com tão longa duração ( como é necessário e tão bem exige o caso), por atenderem a um grande número de pacientes por turno. Com isto, poderá levar a paciente a não recuperação plena ( ou mais próximo a isto), ou ainda, ao retardamento do retorno as atividades, imagem corporal, humor, estética, enfim, harmonia física e mental incorporada a ela anteriormente.

### **3.2.3. Realizar tratamento em local (consultórios) especializados em Fisioterapia aplicada à Mastologia, indicados por terceiros ou ainda, por indicação médica.**

Em anexo encontram-se depoimentos de pacientes que passaram pelo processo de atendimento pré e pós-operatório de Reabilitação Fisioterapêutica ( atendidas pela autora em consultório especializado).

Paciente D.P., 70 anos de idade, foi submetida a Setorectomia com esvaziamento axilar em 18 de abril de 1996. (AnexoD)

Paciente D.S.P., 68 anos de idade, foi submetida a Mastectomia Radical Modificada com esvaziamento axilar em 15 de outubro de 1996. (Anexo E)

### **3.2.4. Criação de Centros especializados em reabilitação Fisioterapêutica para acompanhamento pré e pós-cirúrgico do Câncer de Mama.**

A gestão destes centros intra hospitalares poderá ser feita por terceirização tanto em Hospitais Públicos como Privados. O que passa a ser descrito adiante:

**Terceirização:** A implantação e gestão de Centros de Reabilitação Fisioterapêutica no Pós Operatório de Câncer de Mama em entidade privada far-se-á através de um processo de terceirização, que consistirá na contratação, via prestação de serviços, de uma empresa, pessoa jurídica especializada na área.

Com esta terceirização a empresa contratante transferirá atividades que não fazem parte do negócio da empresa, centrando seus esforços nas atividades essenciais, delegando a terceiros as complementares.

A terceirização será proposta baseada nas vantagens que o Hospital ( empresa) teria, tais como: A empresa se organiza, revisando a sua “saúde” interna, através de mudanças estruturais, culturais e sistêmicas garantindo resultados e motivando o corpo funcional, podendo, também, voltar-se totalmente para sua atividade principal, otimizando seus recursos, não se detendo em atividades secundárias.

A viabilização da implantação percorrerá várias etapas para elaboração de programa e de projetos de terceirização que influenciarão de forma decisiva nas chances de aprovação deste processo, alguns tais como:

- Ter certeza de que o conhecimento sobre o assunto terceirização está devidamente equalizado entre os componentes da Alta Administração;
- promover reuniões, palestras e / ou seminários internos capazes de eliminar dúvidas conceituais, resistências naturais pelo desenvolvimento e que , muitas vezes, dificultam a decisão;
- avaliar junto as empresas do mesmo setor/ramo/segmento ou não, as ações implementadas, forma de condução, pontos positivos e negativos alcançados com a terceirização;
- analisar os reflexos no mercado, na concorrência, a identificação do alcance das medidas perante os outros clientes;
- implantar como consequência imediata desta nova concepção organizacional, a política de qualidade da empresa, que será a sua marca principal de avanço diante do ciclo de gestão que desenvolverá;
- avaliar portanto através de um amplo planejamento, as condições básicas destas mudanças, antecipando as alterações que virão junto as do corpo funcional, os recursos envolvidos, equipamentos e materiais de apoio a serem disponibilizados. (Giosa, 1993)

Segundo Davis, Frank, “dentro do conceito de Multifuncionalidade e Terceirização entende-se que um dos primeiros departamentos a serem “ implodidos” será aquele que até

então denominado de Recursos Humanos mesmo porque, cabe a cada um na empresa gerir sua própria gente. Cada um será o administrador de seu próprio pessoal”.

Dentro desta visão, coloca-se a independência da empresa contratada, quanto a admissão, demissão, remanejamento etc... de seu pessoal, facilitando com isto a não preocupação operacional da empresa contratante com atividades secundárias a ela, a partir de então.

Segundo Fernandes, Jorge Ulisses no amplo espectro da terceirização assume relevância capital a participação do órgão de recursos humanos, na gestão de recursos sem subordinação direta ao tomador de serviços.

Ao contrário do que ocorria no passado, em que o órgão de pessoal se traduzia como mantenedor da folha de pagamento, hoje o agente de recursos humanos é verdadeiro gerenciador de conflitos interpessoais e não há desafio maior do que buscar o estreitamento dos vínculos entre o órgão e o pessoal da empresa da atividade terceirizada.

Para que ocorram contratações ( prestações de serviços ), há necessidade jurídica de um projeto básico de elaboração prévia ( Lei nº. 8.666/93, art. 7º, notadamente no § 2º, inciso I ). (Síntese Trabalhista, 1996)

Quando o objeto inclui a prestação do serviço no estabelecimento do contratante, o projeto básico é um instrumento essencial para a integração entre as áreas. Nesse sentido, por exemplo, o conhecido contrato para a conservação e limpeza de uma unidade integrará as diversas áreas como a de recursos humanos, segurança e todos os locais a serem conservados.

Nesse exemplo, o contrato trará para dentro da organização pessoas estranhas à intimidade não sendo raro a ocorrência de conflitos interpessoais decorrentes da cultura administrativa, muitas vezes de difícil equacionamento. Aí destaca-se o gerente de recursos humanos que desenvolvendo o treinamento introdutório, por meio de sua equipe, sensibilizará o pessoal da contratada para o ambiente organizacional desde a adequação de posturas e proibições, até os



corriqueiros e inevitáveis problemas como comércio informal e clandestino, que frequentemente ocorre.

Como se vê, em breves linhas, a precisa definição do objeto que se coloca no projeto básico, aliado a um treinamento introdutório, recomendado quando há contato entre os servidores e o pessoal do contratado, pode funcionar para o aperfeiçoamento da Administração Pública.

Há, também, a necessidade da avaliação dos impactos na estrutura e nos recursos; deste processo, sob o enfoque:

- da organização como um todo;
- das políticas, normas e procedimentos que envolvem a atividade e seu interfaceamento sistêmico com as demais normas gerais ou específicas praticadas pela empresa;
- da estrutura hierárquica, com a revisão, completa ou parcial, do organograma da área envolvida;
- dos materiais;
- do quadro de pessoal;
- das instalações;
- dos equipamentos;
- da tecnologia utilizada.

Baseando-se no que foi exposto a implantação e Gestão de Centros de reabilitação Fisioterapêutica no pós operatório no câncer de mama, poderá funcionar através de processo de parceria como é o caso da terceirização, onde desenvolver-se-á primeiramente um processo de planejamento com a elaboração de um programa para um projeto de terceirização.

Avaliando-se, a partir daí, vários aspectos, tais como:

- pesquisa de Mercado interno e externo.

Avaliação do local, demanda de pacientes, reflexos deste tipo de serviço no mercado, concorrência, visão da empresa contratante, etc..., observando-se em tudo isto, fatores que obstaculizam a implantação, quais sejam:

- o conservadorismo das pessoas
- resistência natural as mudanças
- o medo do novo
- a cultura e os valores da organização
- o custo da mudança
- a dificuldade da consciência da alta administração
- a capacidade da empresa para enfrentar a mudança
- a falta de planejamento e visão estratégica da direção, etc...

Para saneamento imediato destes fatores, otimizando a implantação faz-se necessário uma adequada gestão que formará sua equipe e fundamentalmente um gerente de recursos humanos, os quais ( gerente e equipe) , tentarão harmonizar o ambiente interno e externo ao Centro de reabilitação podendo contribuir para o aperfeiçoamento da Administração geral do contratante e do contratado.

Quanto ao Sistema Público a Implantação e gestão de Centro de Reabilitação de Fisioterapia no pós operatório de câncer de mama, far-se-á através de um processo de várias etapas, sendo um primeiro passo o encaminhamento de uma proposta, um projeto à Secretaria Municipal de Saúde.

Havendo interesse do município, a Secretaria Municipal de Saúde faria um estudo com levantamento de dados da região, diagnóstico, óbitos, cirurgias e verificaria a real necessidade desta implantação. Uma vez, aprovado o projeto a Secretaria buscaria meios para a implantação. Seria encaminhado um programa ao Conselho de saúde, daí para o Ministério da Saúde, Tribunal de Contas da União, se aprovado, ao Recurso de Fundo Nacional, depois ao Fundo Municipal da Saúde e repassado a Secretaria Municipal de Saúde para a realização da ação em alguns hospitais da rede pública.

Segundo a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, o Ministério da Saúde é que aprova a aplicação dos recursos a estados e Municípios para estabelecer valores a serem transferidos a Estado, Distrito Federal e Municípios, sendo utilizados a combinação de alguns critérios, segundo análise técnica de programas e projetos, tais como:

- perfil demográfico da região
- perfil epidemiológico da população a ser coberta
- características quantitativas e qualitativas da rede de saúde da área, etc...

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde serão alocados como cobertura das ações e serviços de saúde a serem implantados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. Estes recursos destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Alguns itens das despesas do Fundo Municipal de Saúde se constituirá de:

- Financiamento total ou parcial de programas integrantes de saúde desenvolvidos pela secretaria ou com ela conveniados;
- pagamento pela prestação de serviços e entidades de direito privado para execução de programas ou projetos específicos do Setor de Saúde;
- aquisição de materiais permanentes e de consumo e outros insumos necessários ao desenvolvimento de programas de construção, reforma, ampliação, aquisição ou locação de imóveis para adequação da rede física de prestação de serviços de saúde;
- desenvolvimento de programas de capacitação e aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão, planejamento, administração e controle das ações de saúde, etc...

Como foi observado, as definições sobre a realização de obras e serviços no âmbito municipal, em particular as melhorias locais que possuem especial significado para os moradores de bairros e vilas, tradicionalmente se dão numa área política limitada, onde pesam as opiniões do prefeito, dos secretários e diretores da área respectiva, dos vereadores e de algumas poucas lideranças políticas próximas.

Ao adotar uma metodologia que leva em conta a população das diversas regiões da cidade, que utiliza critérios de avaliação das carências de serviços e que respeita as definições de prioridades eleitas em processos participativos, a fórmula do orçamento participativo empregada pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre tem embutido um componente de racionalidade não presente nas sistemáticas decisórias tradicionais, que acaba qualificando o processo de alocação de recursos no âmbito do orçamento municipal. (Rosa, 1996)



Quanto ao atendimento fisioterapêutico pelo Sistema Único de Saúde ( SUS), atualmente, se dá a nível hospitalar e não ambulatorial.

Os honorários são cobrados do SUS conforme tabela do Ministério da Saúde, Portaria nº. 104 de 22 de junho de 1984, onde os procedimentos fisioterapêuticos são classificados como outros, os quais, são pagos para o Hospital e seus valores variam de \$1,28 a \$ 1,89 cada, sendo para o fisioterapeuta pago um salário fixo.( Ministério da Saúde- Tabela de Proc.Amb.,1984) (Anexo F)

Quanto a convênios, sendo o Serviço de Fisioterapia contratado ( terceirizado) para hospitais privados e/ou públicos ( situação esta já iniciada), como pessoa jurídica irá credenciar-se junto ao convênio e receberá por sessão de atendimento conforme a maioria das vezes a tabela da AMB (Honorários Médicos).

Quanto a terceirização nos órgãos públicos, é notável perceber que segundo o enfoque da modernização de gestão, pode provocar nos mecanismos do Estado, quanto a qualidade, produtividade, redução de custos e valorização dos talentos humanos.

A terceirização no Estado não é novidade. No estado, ela tem sido adotada como meio e não como um fim em si mesma. Se assim o fosse, estaria alicerçada por meios básicos de gestão administrativa que dariam impulsos significativos e duradouros na máquina pública, seja a nível municipal, estadual ou federal. ( Giosa, 1993)

#### **3.2.4.Profissionais para atuação na área:**

Fisioterapia aplicada à Mastologia, inicia-se como uma especialidade num âmbito geral da chamada Medicina de Reabilitação, ou seja, no campo de Fisioterapia.

Em função de que não compõe o quadro das disciplinas das Faculdades vigentes, não encontraremos nos hospitais em seu quadro funcional, o profissional já capacitado para tal. A proposta contaria da montagem do centro com recrutamento e treinamento de profissionais locais ou não, interessados na área.

## **4. PROPOSIÇÕES**

### **4.1. Gestão Dos Centros De Reabilitação Fisioterapêutica ( Recursos Humanos e Materiais)**

#### **4.1.1. Área Física**

Baseando-se no fato da necessidade de um espaço maior para a realização de exercícios (cinesioterapia) e colocação de aparelhos, sugere-se uma sala de maiores dimensões com 60m<sup>2</sup> ou ainda, salas menores com 25m<sup>2</sup> cada, um ou dois banheiros, pia dentro de uma das salas ou em todas. Uma sala de espera com 30m<sup>2</sup>, uma sala de anamnese de 9 m<sup>2</sup>.

#### **4.1.2. Recursos Envolvidos**

Quanto ao contratante, este apenas cederá o espaço, com as divisões ( se necessário), saneamento principal ao desenvolvimento do serviço e materiais disponíveis no próprio hospital ( se possível), como: macas, travesseiros, cadeiras, toalhas, cobertores, etc...

Ao contratado caberá equipar o centro para funcionamento adequado, ainda, conforme acordo firmado entre as partes.

#### **4.1.3. Equipamentos e materiais necessários**

Conforme o tamanho da sala de 02 a 04 camas ( macas hospitalares), lençóis, fronhas, travesseiros, almofadas, cobertores, ventiladores de teto ou ar condicionado, toalhas de tecido ou papel, armários, escrivaninhas, fichários, material de escritório.

**Aparelhos:** 03 lâmpadas de Infra Vermelho, 02 Fornos de Bier, 03 Bolsas Térmicas, 02 Aparelhos de TENS e FES ( Eletro Estimulação Transcutânea), 03 Esfignomanômetros e Estetoscópios, Faixas, Bolinhas, Elásticos, Braçadeiras, Colchonetes, Bastões, Bolas, Mecanoterapia ( roldanas de teto com puxadores, bicicletas ergométricas) , espelhos, aquecedor e resfriador de água, cremes, massagador/vibrador, caneleiras, goniômetros (medidor para amplitude de movimento).

### ORÇAMENTO

MATERIAL	NÚMERO	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL (R\$)
Aparelho TENS+FES	02	408,00	816,00
Forno de Bier	02	210,00	420,00
Termogel (bolsa)	03	4,50	13,50
Esfignomanometro	03	38,00	114,00
Estetoscópio	03	30,00	90,00
Lâmpada de Infra Vermelho	03	45,00	135,00
Macas	04	200,00	800,00
Colchonetes	05	15,00	75,00
Massagador/Vibrador	03	98,00	294,00
Materiais Diversos(bolinhas,faixas,bastões)	10 (de cada)	1,70	51,00
Caneleiras	06	13,50(par)	40,50
Goniômetros	03	8,00	24,00
Ventilador de teto	02	200,00	400,00
Ar Condicionado	02	800,00	1.600,00
Escrivaninha	02	350,00	700,00
Lençóis,fronhas	10 (de cada)	5,00	100,00
Total Geral			5.673,00

\* Preços aproximados em Reais/Nov.96



## 4.2. Gestão dos Centros de Reabilitação Fisioterapêutica ( Proposta de Tratamento)

4.2.1. A Proposta de Tratamento para estes centros comporia-se de:

- Avaliação e Orientações ( posicionamento, precauções, primeiros exercícios) pré-operatórias.

- Acompanhamento hospitalar no pós-operatório imediato com início de procedimentos diversos tais como: massoterapia ( relaxamento geral, hidratação e mobilização suave de tecidos vizinhos, diminuição de hipersensibilidade local, aumento circulatório, prevenção ou minimização de determinadas fibroses - formação anormal do tecido fibroso = endurecido), cinesioterapia, posicionamento no leito e fora dele, drenagem linfática, etc..., bem como orientações para suas atividades de vida diária.

Atendimento ambulatorial ( pós alta) de 02 ( duas) a 03 (três) vezes por semana, compondo-se de diversas etapas de tratamento (2º, 3º e 4º etapas) conforme evolução de cada paciente. Mantendo a conduta anterior e acrescentando outros procedimentos.

### Mecanoterapia

- Roldana de teto com puxadores, bicicleta ergométrica, massagador/vibrador, aparelho para puxada alta e puxada baixa.

### Termoterapia

- Lâmpada de Infra Vermelho, Forno de Bier, Bolsas Térmicas...

- Aparelho TENS/FES

### Cinesioterapia (Silva, Nora, 1994)

- Distribuída em todas as etapas do tratamento, ressaltando que o passar de uma etapa para outra é conforme evolução do paciente.

Em linhas gerais e na ordem respectiva da evolução, teremos:

- Exercícios de dedos, punho cotovelo, ombro, cintura escapular e coluna cervical, visando relaxamento, aumento da amplitude de movimento, aumento da circulação sanguínea, drenagem de líquidos, etc...

- Exercícios para alongamento com o uso de bastões, colchonetes, faixas, toalhas, visando restaurar propriedades elásticas dos músculos, flexibilidade, favorecer atividades cotidianas.

- Exercícios para coordenação e sustentação, evitando a fadiga muscular.

- Exercícios com e sem carga visando a manutenção ou recuperação de força.

- Reeducação postural, evitando más posturas e dores nas costas.

- Reeducação funcional geral visando retorno as atividades cotidianas, ocupacionais e desportivas.

Importante destacar que desenvolve-se uma gama enorme de procedimentos e aqui colocou-se, apenas alguns deles e que cada caso é um caso, logo a conduta adapta-se para melhor aproveitamento do paciente.

## **Limites da Pesquisa**

Os resultados desta pesquisa podem ter sido prejudicados, de alguma maneira, por alguns fatores que estariam enquadrados como limitadores da pesquisa, e que citaremos:

- \* A realização da pesquisa em apenas três hospitais

- \* Os hospitais procurarem preservar os dados referentes aos procedimentos cirúrgicos de seus pacientes

As entrevistas foram um pouco prejudicadas, em virtude da pouca disponibilidade de tempo, por parte dos entrevistados.

Desta forma, fica como sugestão para a próxima pesquisa, a tentativa de realização deste estudo, em um número maior de hospitais da cidade de Porto Alegre.

## CONCLUSÃO

Neste estudo foram analisados alguns locais que pesquisam incidência de Câncer de Mama, tais como:

- Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Câncer
- Artigos resultantes de pesquisa de médicos atuantes na Irmandade da Santa Casa
- American Cancer Society, etc...

Além deste, outros locais onde realizam-se as cirurgias para Câncer de Mama ( Hospitais).

Verifica-se com isto que o problema é largamente difundido na literatura e está comprovado e conhecido na comunidade.

Quanto a incidência de Câncer de Mama tem-se como resultados, de uma forma geral:

Segundo o Ministério da Saúde em últimos dados pesquisados em 1991, a incidência de Câncer de Mama é bastante alta, crescendo assustadoramente a partir dos 40 anos, conforme dados dos registros de base populacional na cidade de Porto Alegre.

Conforme dados analisados em média uma em cada nove ou dez mulheres desenvolverá Câncer de Mama nos próximos anos.

Dentre os hospitais pesquisados, observa-se que, em média os procedimentos cirúrgicos para Câncer de Mama tem aproximadamente 01 ( uma) cirurgia a cada dois dias, perfazendo, com isto, no caso da pesquisa, no ano de 1996, um total em torno de 500 a 600 cirurgias anuais, lembrando mais uma vez que estes números correspondem a três hospitais da cidade.



Como se pode ver, são 500 a 600 mulheres operadas no ano de 1996, que supõe-se um percentual muito baixo, ou seja, por volta de 18 a 19%, tiveram atendimento fisioterapêutico (especializado em mama), buscando reabilitação física, minimização de complicações, diminuição da morbidade pós cirúrgica e retorno total ou mais aproximado possível de suas atividades cotidianas, ocupacionais e desportivas.

Analisando as várias alternativas pesquisadas, dentre elas a experiência da autora na área e relatos de quatro pacientes, obtendo-se como resultados:

- \* O não conhecimento das pessoas ( comunidade) a respeito da Fisioterapia aplicada à Mastologia, conhecendo a profissão quase que totalmente do ponto de vista ortopédico;
- \* segundo as próprias pacientes, ficar sem tratamento fisioterapêutico, acarretou diversas complicações que impediu a recuperação de suas funções;
- \* após o tratamento fisioterapêutico a paciente refere-se sentir bem e considerava-se apta a desenvolver suas atividades;
- \* a Fisioterapia no pós-operatório do Câncer de Mama é uma complementação pós-cirúrgica;
- \* o não conhecimento ou não credibilidade por parte dos médicos na Fisioterapia aplicada à Mastologia, visto não indicarem a paciente para tal;
- \* em alguns locais a enfermagem orienta a paciente em lugar do Fisioterapeuta, que naquele momento seria imprescindível;
- \* a visão da paciente como um “todo” sempre e principalmente em se tratando de algo tão difícil como é o Câncer .

Verifica-se que realmente é muito grande o número de mulheres com Câncer de Mama, que submetem-se a cirurgia e que ficam sem atendimento fisioterapêutico, logo a criação de Centros de Reabilitação Fisioterapêutica poderiam ser implantados na forma de Terceirização, conforme dados coletados em pesquisas e considera-se mais viável para a instalação de um espaço físico e equipamentos compatíveis com que se propõe, sendo de mais baixo custo tanto para instituições privadas como também para as públicas. Além disto resolvendo se não total o mais aproximado possível os problemas citados anteriormente, tais como, a paciente ficar sem tratamento; tratamento em clínicas não especializadas em reabilitação no pós

cirúrgico de Câncer de mama; a procura ou encaminhamento ao tratamento fisioterapêutico em uma fase mais tardia e já com complicações pós cirúrgicas, e outras.

Baseando-se no que foi exposto, é que verifica-se a importância da Criação dos Centros de Reabilitação Fisioterapêutica no pós- operatório do Câncer de Mama. Centros, estes, para onde seriam drenadas pacientes que tiveram o diagnóstico de Câncer e submeteram-se à cirurgia.

Por um lado, com a criação destes Centros, abre-se um grande espaço para a atuação de diversos profissionais da Saúde que integrariam uma equipe multidisciplinar, além de oferecer a oportunidade para a comunidade universitária consultar, pesquisar e aprender esta patologia tão disseminada em nosso meio. Como, também, a possibilidade da formação de Centros de referência para Câncer da Mama, tanto a nível municipal, estadual e federal. Levando, acima de tudo, a oportunidade das pacientes terem seu tratamento abrangentes com palestras, orientações, grupos de atividades diversas, espaço físico e equipamentos adequados, profissionais capacitados, etc.

Por outro lado, sabe-se antecipadamente que, infelizmente a cura para o Câncer é algo ainda obscuro e desconhecido e por intermédio de campanhas, divulgação da imprensa pode-se detectar mais precocemente e com isto evitar procedimentos tão radicais quanto à técnica cirúrgica, mas que, também, não poder-se-á evitar a cirurgia. Logo, uma vez feito o diagnóstico, é que urge uma preocupação por parte dos gestores tanto públicos quanto privados no sentido de minimizar ou até solucionar esta morbidade pós-cirúrgica para devolver estas pacientes a sociedade, através de um tratamento de reabilitação, de recuperação não só física, mas emocional, quanto à estética, a postura, a utilidade como ser humano, a profissional, mãe, esposa, enfim mulher, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida.

## OBRAS CONSULTADAS

- 1 BLAND, Kirb & COPPELAND III, E.M. The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases W.B.Saunders Company,Philadelphia, 1991.
- 2 DAVIS, Frank Stephen. Terceirização e Multifuncionalidade. São Paulo: ed.STS,1992.
- 3 DONEGAN, William L. and SPRARR, John S. Câncer of the Breast. 3 th ed. Philadelphia Company,1988.
- 4 ELY, Jorge F,ELY,Pedro,SOUZA,Elisete. Reconstrução do Relevo Mamário Pós Mastectomia. Revista Médica da Santa Casa,n°14.POA,1996
- 5 FARIA, Sérgio Luiz. Câncer de Mama - Diagnóstico e Tratamento.ed. Médica e Científica,1994
- 6 FENTIMANN,I.S. Diagnóstico e tratamento do Câncer Inicial de Mama. Poa: ed.Artes Médicas, 1993.
- 7 FONSECA, Luiz Augusto Marcondes. Mortalidade por Câncer de Mama no estado de São Paulo, in Oncologia Atual. 1994
- 8 FURASTÉ, Pedro Augusto. Normas Técnicas Para o Trabalho Científico.4° ed.Poa:1994
- 9 GIOSA,Lívio Antonio. Terceirização:Uma Abordagem Estratégica. São Paulo: Pioneira, 1993.
- 10 HAAGENSEN, Cushman D. Enfermedades de La Mama. 2° ed..Buenos Aires: ed.Beta, 1977.
- 11 KISNER,Carolyn,COLBY,Lynn Allen. Exercícios Terapêuticos:Fundamentos e Técnicas. 2°ed..São Paulo:ed. Manole,1992.
- 12 Medicina e Saúde. vol.3.São Paulo:ed.Abril,1979.
- 13 MENKE,Carlos Henrique,BIAZUS,Jorge Vilanova. Coleção Rotinas em Ginecologia. 2°ed.Rs:Artes Médica,1993.
- 14 MEZZALIRA,L. Epidemiologia e Fatores de Risco para Câncer de Mama. Revista Científica da AMECS, 1993.

- 15 PINOTTI, José Aristodemo. Compêndio de Mastologia. São Paulo: ed. Manole, 1991.
- 16 ROSA, Roger dos Santos. Administração do Fundo Municipal de Saúde. Polígrafo do Programa de desenvolvimento da Gestão em Saúde. UFRGS, 1996.
- 17 SILVA, Iara R., Nora, Nair P. Uma Abordagem em Fisioterapêutica na Cirurgia de Câncer de Mama. Trabalho de Conclusão do Curso de Fisioterapia. FCS/IPA. Poa, 1994.
- 18 SILVEIRA, Gustavo Py. Câncer de Mama: Abordagem Diagnóstica e Terapia Atual, in: Revista Médica da Santa Casa. n°.4, 1991
- 19 Síntese Trabalhista, n°.79. Poa: ed. Síntese, 1996.
- 20 WYNGAARDEN, J.B. Tratado de Medicina Interna. 18 ed. Rio de Janeiro.



**Taxa de incidência por 100.000 habitantes, segundo topografia do tumor, por faixa etária, em mulheres, Porto Alegre — 1991**

*Incidence rate per 100.000 inhab., according to the topography of tumour per age-group for females, Porto Alegre — 1991*

CID-9 <sup>a</sup> revisão	Localização primária	Nº		Faixa etária (anos) / Age-groups (years)															Taxa bruta (c)	Taxa- padrão (d)	
		Total (a)	Idade ign. (b)	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74			75 +
140	Lábio	3	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,63	0,00	0,45	0,38	
141	Língua	4	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,16	0,00	0,00	0,00	7,56	5,12	0,00	0,00	0,59	0,59	
142	Glândula salivar maior	4	0	0,00	0,00	0,00	0,00	1,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,17	5,02	0,59	0,52	
143-5	Boca	2	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30	0,32	
146	Orofaringe	4	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,16	0,00	0,00	0,00	7,56	0,00	0,00	5,02	0,59	0,53	
147	Nasofaringe	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
148	Hipofaringe	2	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,25	0,00	0,00	0,30	0,31	
149	Faringe, SOE	2	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,78	0,00	0,00	5,02	0,30	0,25	
150	Esôfago	26	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,61	9,84	18,07	7,86	15,98	22,10	36,52	3,86	3,52	
151	Estômago	68	1	0,00	0,00	1,77	0,00	3,78	1,66	3,39	3,71	8,76	2,74	9,60	21,17	42,21	36,40	71,90	10,09	8,99	
152	Intestino delgado	4	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,15	0,00	7,56	5,12	0,00	0,00	0,59	0,61	
153	Cólon	105	0	0,00	0,00	0,00	0,00	1,64	1,67	1,83	4,31	21,56	25,22	38,23	37,81	30,74	120,44	200,66	15,58	13,54	
154	Reto	50	4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,63	3,98	2,34	5,86	13,71	3,78	36,99	38,98	38,50	70,89	7,42	6,62	
155	Fígado e vias intra-hepáticas	24	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,31	5,39	6,30	3,48	7,56	5,12	28,34	50,17	3,56	3,06	
156	Vesícula biliar e vias extra-hepáticas	55	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,83	0,00	5,39	9,46	6,95	37,81	71,72	49,59	80,26	8,16	7,45	
157	Pâncreas	49	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,66	2,16	10,78	3,15	6,95	34,03	35,86	63,76	70,23	7,27	6,55	
160	Fossa nasal, seios paranasais e ouvido	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	0,16	
161	Laringe	13	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,83	15,06	8,19	0,00	15,35	10,87	1,93	1,80	
162	Traquéia, brônquio e pulmão	93	3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,89	2,23	22,28	26,06	64,65	58,60	31,76	87,85	108,86	13,80	12,70	
170	Ossos e articulações	17	3	2,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,62	0,00	7,66	12,66	4,59	12,44	8,60	18,27	2,52	2,42	
171	Tecido conjuntivo	8	0	2,35	1,74	0,00	0,00	1,64	0,00	0,00	2,70	3,15	3,48	3,78	5,12	0,00	0,00	1,19	1,29		
172	Melanoma de pele	10	0	0,00	0,00	0,00	1,86	0,00	0,00	2,16	8,09	6,30	0,00	0,00	0,00	7,08	10,03	1,48	1,42		
173	Pele, outros tumores	244	46	0,00	0,00	0,00	2,34	2,30	8,06	18,51	33,81	23,92	56,46	81,58	98,52	97,84	113,64	113,50	284,37	36,21	32,30
174	Mama feminina	473	29	0,00	0,00	0,00	0,00	8,71	19,55	44,81	103,39	169,41	177,99	177,74	217,50	316,55	271,71	277,90	70,19	66,12	
180	Colo do útero	180	8	0,00	0,00	0,00	5,85	20,54	41,91	47,85	31,60	56,41	62,68	50,93	31,65	80,42	59,31	52,50	26,71	23,86	
181	Placenta	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
182	Corpo do útero	42	2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,75	0,00	9,06	0,00	13,24	14,60	15,88	43,03	52,07	42,14	6,23	5,70	
183	Ovário e anexos	62	3	0,00	0,00	1,83	0,00	5,16	0,00	7,69	6,80	11,33	9,94	32,87	43,70	21,53	59,56	47,44	9,20	8,47	
184	Trato genital feminino, SOE	26	4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,97	4,32	0,00	3,19	7,45	8,22	17,87	6,05	25,12	35,570	3,86	3,38	
188	Bexiga urinária	26	1	0,00	0,00	0,00	0,00	1,70	0,00	0,00	6,73	2,80	0,00	10,84	15,73	5,33	14,74	52,17	3,86	3,27	
189	Rim e outros órgãos urinários	30	2	2,52	0,00	0,00	0,00	0,00	1,79	0,00	0,00	5,78	6,76	14,90	20,25	38,42	7,59	26,87	4,45	4,28	
190	Olho	3	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,83	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,08	5,02	0,45	0,35	
191-2	Encéfalo e SNP	15	2	0,00	0,00	0,00	2,15	1,89	0,00	0,00	2,49	6,22	3,64	8,02	8,73	5,91	16,35	0,00	2,23	2,20	
193	Glândula tireóide	20	2	0,00	0,00	0,00	4,21	2,07	1,82	1,85	2,03	2,40	2,99	10,51	7,72	12,60	5,69	0,00	5,57	2,97	2,87
194	Outras glândulas endócrinas	6	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,23	11,356	4,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	0,93	
200	Linfomas não-Hodgkin	5	1	0,00	0,00	2,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,94	0,00	0,00	6,40	0,00	6,27	0,74	0,71	
201	Doença de Hodgkin	9	2	0,00	0,00	0,00	2,40	2,10	0,00	2,35	0,00	0,00	0,00	4,47	0,00	6,59	9,11	6,45	1,34	1,19	
202	Outros linfomas	37	2	0,00	0,00	1,85	0,00	1,97	1,73	3,53	0,00	0,00	8,55	6,67	14,70	23,98	5,42	14,98	63,64	5,49	4,80
203	Mieloma múltiplo	13	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,48	11,34	15,37	21,25	15,05	1,93	1,78	
204	Leucemia linfóide	14	1	5,07	3,75	0,00	0,00	3,52	1,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,14	0,00	7,63	16,21	2,08	2,05	
205	Leucemia mielóide	24	2	2,57	3,80	3,81	2,07	2,03	0,00	2,35	0,00	6,88	7,58	0,00	16,77	15,46	27,36	3,56	3,47		
206	Leucemia monocítica	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
207	Outras leucemias	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
208	Leucemia, SOE	9	2	0,00	2,24	2,24	0,00	0,00	0,00	2,35	2,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18,22	6,45	1,34	1,23	
Outros		177	14	0,00	0,00	0,00	2,06	0,00	5,44	11,92	23,42	29,27	30,81	79,26	78,01	105,70	192,33	217,90	26,27	23,59	
	Todas as localizações primárias	1959	139	15,21	11,25	13,15	10,20	26,08	59,86	105,97	175,20	248,38	449,67	563,26	729,55	915,66	1102,90	1456,52	1954,69	290,72	265,60
	Todas as localizações primárias exceto 173	1715	93	14,94	11,05	12,92	8,02	23,65	51,88	88,21	143,10	223,47	393,27	483,30	632,12	815,52	985,89	1333,38	1676,12	254,51	233,19

(a) Total  
(b) Unknown age  
(c) Crude rate  
(d) Age-standardized incidence rate per 100.000. World Standard Population

## ANEXO B

Depoimento da paciente S.M.A.S., que realizou cirurgia em 07 de maio de 1996, 48 anos de idade. Cirurgia: Mastectomia Radical Modificada, esvaziamento axilar e reconstrução mamária. Início do tratamento fisioterapêutico em 07 de maio de 1996.

Muito embora tivesse duas cirurgias na mama, uma em 1988, outra no ano de 1996, deparei-me novamente diante de um novo comprometimento no seio direito.

Procurei outro médico. Sofri uma terceira cirurgia profunda e radical. A retirada do seio e limpesa nos linfonodos.

Nas cirurgias anteriores sofri muitas dores, formigamento, inchaço e sem força no braço direito. Me vi sem orientações por um longo período. Porém com o último médico foi diferente, já no Hospital tive a visita da fisioterapeuta Iara, e, eu que imaginava a Fisioterapia aplicada a somente problemas de coluna, deparei-me com um novo tratamento localizado, com exercícios, massagens e aplicações destinados a melhora da mão, braço, ombro, escápula, enfim, ao todo.

Com uma pessoa fazendo um trabalho competente, dentro de pouco tempo, estava me sentido apta a desenvolver com meu braço direito todas as atividades.

(Porto Alegre, 12 de março de 1997)

## ANEXO C

Depoimento da paciente S.S.C.F., que realizou cirurgia em 21 de outubro de 1996, com 53 anos de idade. Cirurgia: Setorectomia com esvaziamento axilar. Início do tratamento fisioterapêutico: 14 de novembro de 1996.

Por ser portadora de Câncer de Mama fiz cirurgia setorial da mama com esvaziamento axilar. A cirurgia ocorreu normalmente, após 04 (quatro) dias de internação hospitalar tive alta. Voltei ao consultório médico, para a retirada de pontos.

Depois de alguns dias, senti muitas dores na axila e no braço, este com edema. O cirurgião não me recomendou fazer fisioterapia, não sei se o médico não conhecia ou não acreditava nos resultados ou até quem sabe tem dúvidas quanto a intensidade da dor.

Através de uma amiga, fiquei sabendo da existência de uma equipe de fisioterapeutas especializadas que trabalham como voluntárias no Instituto da Mama do RS, procurei o atendimento de uma profissional, após a primeira semana já notei grande melhora, tanto na dor, quanto no edema.

Após 30 dias consultei o Oncologista para iniciar a Radioterapia. Este indicou-me uma Enfermeira que deu-me exercícios para fazer em casa.

Acho fundamental na recuperação física de um paciente o acompanhamento do fisioterapeuta, posto que até então não temos nenhuma informação sobre o esvaziamento axilar. Tenho certeza que ficaria sem alguns movimentos, se não tivesse recorrido à Fisioterapia.

Atualmente, dois meses após, sinto-me muito bem com os movimentos quase normais.

Porto Alegre, 03 de fevereiro de 1997.



## ANEXO D

Depoimento da Paciente D.O.P., que realizou cirurgia em 19 de abril de 1996, com 70 anos de idade. Cirurgia: Setorectomia com esvaziamento axilar. Início do tratamento fisioterapêutico: 18 de abril de 1996.

Minha cirurgia foi tranqüila, minha médica me transmitiu muita confiança na retirada deste tumor.

Nunca senti dor alguma na mama operada. Ausência total de dor. Alguns dias senti dor importante no braço, devido ao esvaziamento da axila.

Minha fisioterapeuta foi me visitar ainda no Hospital. Dias depois comecei o tratamento pós operatório com ela, o que me fez muito bem.

Não poderia pensar na minha cirurgia sem a fisioterapeuta. Para mim é uma complementação, pois estou muito bem.

Porto Alegre, 24 de fevereiro de 1997.



## ANEXO E

Depoimento da Paciente D.S.P., que realizou cirurgia em 15 de outubro de 1996, com 68 anos de idade. Cirurgia: Mastectomia Radical Modificada com esvaziamento axilar. Início do tratamento fisioterapêutico em 15 de outubro de 1996.

A Fisioterapia, segundo nosso conhecimento, é o tratamento das doenças por meio dos agentes: água, luz, eletricidade e calor.

Porém, ligada à Mastologia, seu alcance vai mais além, vai ao encontro das necessidades das pacientes que submetem-se à Mastectomia como no meu caso.

Estas necessidades não se resumem apenas no tratamento em si, tais como massagens, exercícios,ets..., mas algo maior, que nos dá uma auto confiança e coragem para enfrentar nossa situação. estas necessidades nos são atendidas através do carinho, da paciência do profissional em ouvir nossas queixas a cada sessão realizada e de sua solidariedade nos momentos difíceis pelos quais passamos.

Acho que a Fisioterapia ligada a esta especialidade é de vital importância para a recuperação tanto física como psicológica da paciente.

Acima de tudo esta especialidade deve estar nas mãos de profissionais competentes, compreensivos e solidários, colocando o bem estar de seus pacientes como prioridade.

Porto Alegre, 11 de março de 1997.