

**CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO –
UNIBRACURSO DE GRADUAÇÃO EM
FISIOTERAPIA**

BRENDA GABRIELLY CAMPOS FALCÃO
REBEKA ANDREZA DE FREITAS OLIVEIRA
STELLA SANTANA DE OLIVEIRA

**TERAPIA COMPLEXA DESCONGESTIVA NO
TRATAMENTO DO LINFEDEMA RELACIONADO AO
CÂNCER DE MAMA: REVISÃO INTEGRATIVA**

RECIFE/2021

BRENDA GABRIELLY CAMPOS FALCÃO
REBEKA ANDREZA DE FREITAS OLIVEIRA
STELLA SANTANA DE OLIVEIRA

**TERAPIA COMPLEXA DESCONGESTIVA NO
TRATAMENTO DO LINFEDEMA RELACIONADO AO
CÂNCER DE MAMA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Artigo apresentado ao Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA,
como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em
Fisioterapia.

Professora Orientadora: CARINA PAIVA

RECIFE/2021

O48t

Oliveira, Katharyna de Sá Cavalcanti de

Terapia complexa descongestiva no tratamento do linfedema relacionado ao câncer de mama: revisão integrativa. Stella Santana de Oliveira; Brenda Gabrielly Campos Falcão; Rebeka Andreza de Freitas Oliveira. - Recife: O Autor, 2021.

25 p.

Orientadora: Carina Paiva.

Trabalho De Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Fisioterapia, 2021.

1.Câncer de Mama. 2.Linfedema. 3.Terapia Complexa Descongestiva. 4.Fisioterapia. I. Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA. II. Título.

CDU: 615.8

BRENDA GABRIELLY CAMPOS FALCÃO
REBEKA ANDREZA DE FREITAS OLIVEIRA
STELLA SANTANA DE OLIVEIRA

TERAPIA COMPLEXA DESCONGESTIVA NO TRATAMENTO DO LINFEDEMA RELACIONADO AO CÂNCER DE MAMA: REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Disciplina TCC II, do curso de bacharel em Fisioterapia, pelo Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA, como parte dos requisitos para conclusão do curso.

Prof.º Carina Paiva
Orientadora

Prof.º Mabelle Gomes de Oliveira Cavalcanti
Professor(a) Examinador(a)

Prof.º Titulação nome do professor(a)
Professor(a) Examinador(a)

Recife, __/__/____

Nota: _____

TERAPIA COMPLEXA DESCONGESTIVA NO TRATAMENTO DO LINFEDEMA RELACIONADO AO CÂNCER DE MAMA: REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO: Com alto índice de mortalidade feminina o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, a ocorrência do câncer de mama pode estar relacionada aos fatores de risco de desenvolvimento da doença, entre as complicações do pós-operatório do câncer de mama a que mais se destaca é o linfedema. A terapia complexa descongestiva é a técnica fisioterapêutica mais utilizada no tratamento do linfedema no pós-operatório de câncer de mama. **Objetivo:** identificar a eficácia da terapia complexa descongestiva na redução do linfedema em pacientes. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa, onde as buscas foram feitas nos bancos de dados PubMed e BVS, utilizando os artigos em português e inglês das bases de dados MEDLINE, Scielo, Lilacs, Pedro, publicados nos últimos dez anos. Foram incluídos estudos que a população-alvo fossem pacientes submetidos a mastectomia devido ao câncer de mama, que apresentassem linfedema e que incluísse a Terapia complexa descongestiva no tratamento. **Resultado:** atualmente a CDT é a técnica fisioterapêutica padrão ouro e a mais utilizada para o tratamento do linfedema, ela é composta por drenagem linfática manual, enfaixamento compressivo funcional, exercícios mioelinfocinéticos, uso de meias elásticas, e orientações para cuidados com a pele e unhas, bandagem de compressão. **Conclusão:** a CDT é considerada tratamento mais eficiente na redução do membro acometido com linfedema pós-procedimento cirúrgico relacionado ao câncer de mama.

Palavras-chaves: Câncer de mama; Linfedema; Terapia complexa descongestiva; Fisioterapia.

RESUMO EM LINGUA ESTRANGEIRA: With a high rate of female mortality, breast cancer is the most common among women, the occurrence of breast cancer may be related to risk factors for the development of the disease, among the most frequent complications in the postoperative period of breast cancer. highlights is lymphedema. influences. Complex decongestive therapy is the most used physical therapy technique in the treatment of lymphedema in the postoperative period of breast cancer. **Objective:** to identify the effectiveness of complex decongestive therapy in reducing lymphedema volume in mastectomized patients. **Method:** this is a systematic review, where searches were performed in the pubmed and BVS databases, using articles in Portuguese and English from the MEDLINE, scielo, lilacs and Pedro databases, published in the last ten years. Studies in which the target population were patients undergoing mastectomy due to breast cancer, who presented lymphedema and which included complex decongestive therapy in the treatment were included. **Result:** Currently, CDT is the gold standard physical therapy technique and the most used for the treatment of lymphedema. It is composed of manual lymphatic drainage, skin and nail care, compression bandage and therapeutic exercises. **Conclusion:** TDC is considered the most efficient treatment in reducing the volume of the affected limb with lymphedema after a surgical procedure related to breast cancer.

Keywords: Breast cancer, lymphedema, complex decongestive therapy e physiotherapy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1 ANATOMIA DA MAMA.....	8
2.2 CÂNCER DE MAMA.....	8
2.3 ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA.....	9
2.4 FATORES DE RISCO.....	9
2.5 SINAIS E SINTOMAS.....	10
2.6 DIAGNÓSTICO.....	10
2.7 TRATAMENTO	11
2.8 CIRURGIAS RELACIONADAS AO CÂNCER DE MAMA.....	11
2.8.1 COMPLICAÇÕES PÓS-CIRÚRGICAS.....	12
2.9 LINFEDEMA	12
2.9.1 FATORES DE RISCO E COMPLICAÇÕES DO LINFEDEMA	13
2.10 TERAPIA COMPLEXA DESCONGESTIVA NO TRATAMENTO DO LINFEDEMA	13
3 DELINEAMENTO METODOLOGICO.....	15
3.1 PERÍODO E SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....	15
3.2 DESENHO DO ESTUDO	16
3.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	17
4 RESULTADOS	17
5 DISCURSSÃO	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima-se que para cada ano do triênio 2020/2022, sejam diagnosticados no Brasil 66.280 novos casos de câncer de mama, com um risco estimado de 61,61 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2017).

A ocorrência de câncer de mama pode estar relacionada a vários fatores de risco como a idade avançada, características reprodutivas, histórico familiar e pessoal, hábitos de vida e influência ambientais (SILVA *et al.*, 2012). Além desses fatores mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 podem ocorrer aumentando a suscetibilidade ao desenvolvimento da doença. (FONSECA *et al.*, 2017).

O rastreamento e diagnóstico precoce de câncer é eficaz para salvar vidas e reduzir os custos pessoais, sociais e econômicos durante o processo de tratamento (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Em relação as formas de tratamentos têm-se os sistêmicos que são a quimioterapia, hormonioterapia, terapia alvo com trastuzumab, e os locais que são as cirurgias e a radioterapia (RESENDE *et al.*, 2018).

Dentre as complicações tardias que podem ocorrer no pós-operatório de câncer de mama a mais frequente é o linfedema (PAIVA *et al.*, 2016). Decorrente da junção de multifatoriais que levam a lesão do sistema linfático, podendo ser causado pela dissecação dos linfonodos e extensão cirúrgica. Além disso outros fatores podem estar relacionados desencadeando ou agravando o linfedema como a radioterapia, infecção, a linfangite, o nível da radicalidade da técnica cirúrgica utilizada e outros (MEIRELLES *et al.*, 2006).

O linfedema pode acarretar várias complicações diminuindo amplitude de movimento, principalmente da abdução e flexão do ombro, interferindo nas atividades de vida diárias. Essa afecção compromete também a integridade da pele, o que pode interferir na autoimagem, causando problemas de aceitabilidade social e aumento das despesas pessoais (MEIRELLES *et al.*, 2006).

Dentre os recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento do linfedema a terapia complexa descongestiva (CDT), é considerada a estratégia padrão-ouro. Ela consiste em drenagem linfática manual, enfeixamento compressivo funcional, que tem como finalidade a contração muscular, exercícios miolinfocinéticos, uso de meias elásticas e orientações para cuidados com a pele (LEAL *et al.*, 2009).

Este estudo tem como objetivo descrever os resultados e efetividade da terapia

complexa descongestiva redução da dor, ganho de ADM e melhora na qualidade de vida com o tratamento do linfedema relacionado ao câncer de mama.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANATOMIA DA MAMA

A mama é constituída por glândulas mamárias que apresentam um sistema ductal arborizado que tem o intuito de drenar grupos de alvéolos, possuindo canais lactífero que levam o leite materno até a papila. Além das estruturas citadas tem-se o estroma que é constituído por tecido gorduroso, conjuntivo, vasos sanguíneos e nervos. A superfície cutânea pode ser dividida em três regiões: periférica que é composta por tecidos cutâneos, pelos, glândulas sebáceas e sudoríparas; aréola de forma cilíndrica com coloração acastanhada ou rosa encontrada na parte central rica em pigmentos melânicos e a papilar que é localizada no meio da aréola e é coberta por um tecido rugoso e espesso (CURY E TEDESCO, 2017).

A mama é localizada entre a o esterno e a axila, fica abaixo da região infra clavicular, pode se estender entre a segunda e sexta costela, o peso, tamanho e formato varia de uma mulher para outra, e é de acordo com a idade, paridade e físico (JAMMAL *et al.*, 2008).

2.2 CÂNCER DE MAMA

As células do corpo humano se multiplicam por meio da divisão celular, em condições normais esse processo ocorre de forma ordenada e controlada, porém no câncer de mama as células mamárias se desenvolvem de maneira anormal e desordenada, decorrentes das disfunções das proteínas que controlam o ciclo celular (JAMMAL *et al.*, 2008).

Com alto índice de mortalidade feminina, o carcinoma de mama é a neoplasia muito comum entre as mulheres é o segundo mais frequente no mundo. Além disso, tem-se observado o aumento da incidência em mulheres com a faixa etária baixa, inferior aos 40 anos (VELLOSO *et al.*, 2009). A neoplasia maligna na mama raramente acomete os homens, sendo somente 1% dos casos (INCA, 2021).

Considerada uma das neoplasias mais temidas pelas mulheres, por seus

efeitos psicológicos que são: alteração da sexualidade, medo de recidivas, alteração da imagem corporal, dores, ansiedade e baixa autoestima (SILVA E RIUL, 2012).

2.3 ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama feminino ocupa a primeira posição mais frequente em todas as Regiões brasileiras, com um risco estimado de 81,06 por 100 mil na Região Sudeste; de 71,16 por 100 mil na Região Sul; de 45,24 por 100 mil na Região Centro-Oeste; de 44,29 por 100 mil na Região Nordeste; e de 21,34 por 100 mil na Região Norte (INCA, 2021).

Segundo o INCA no ano de 2019, cerca 18.068 mulheres vieram a óbito, representando 16,4 % da mortalidade por neoplasias malignas no Brasil (INCA, 2021). Entre 2020–2022 estima-se que mais de 66.280 mulheres serão diagnosticadas com câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022 representando 29,7% das neoplasias malignas.

No mundo o câncer de mama também é o mais incidente, tendo mais de 2,3 milhões de casos em 2020, o que representou 24,5% dos casos novos de câncer em mulheres (IARC, 2020).

2.4 FATORES DE RISCO

O câncer de mama não tem uma causa única. Diversos fatores estão relacionados ao aumento do risco de desenvolver a doença, tais como: a população feminina, idade avançada entre 40 a 60 anos, crescendo progressivamente aos 50 anos, características reprodutivas que compreendem a primeira gestação após os 30 anos de idade, nuliparidade, menarca aos 11 anos ou menos, e menopausa tardia aos 55 anos ou mais, histórico familiar e pessoal que inclui as seguintes situações, um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama antes dos 50 anos, parentes de primeiro grau com câncer ovariano em qualquer idade e parentes com câncer de mama masculino, na obesidade se dá pelo aumento de nível do hormônio estrogênio que se produz no tecido adiposo, no hábito de vida com consumo exagerado de álcool e tabagismo, na influência ambiental que é dada pela exposição previa as radiações ionizantes (SILVA E RIUL, 2012), e através das mutações em genes alvos BRCA-1 e BRCA-2 que são responsáveis pela síndrome de predisposição ao câncer de mama e

ovário (NAROD, 2010).

2.5 SINAIS E SINTOMAS

Segundo o INCA são considerados suspeitos os sinais e sintomas de câncer de mama e de referência urgente para a confirmação diagnóstica: qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos, nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos que persistem por mais de um ciclo menstrual, nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que venha aumentando o seu tamanho em mulheres adultas, descarga papilar sanguinolenta unilateral, lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos (INCA, 2021), homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral, aumento progressivo da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja, retração da pele da mama, mudança do formato do mamilo, presença de linfadenopatia axilar (SILVA E RIUL, 2012). Segundo a REBEEn a principal localização do câncer de mama é no quadrante superior externo (SILVA e RIUL, 2012).

2.6 DIAGNÓSTICO

A periodicidade do exame é de acordo com a idade, caso clínico e histórico familiar. Geralmente o primeiro a ser feito é o exame clínico de mamas (ECM), nele é feita a inspeção das mamas, palpação das mamas e linfonodos, (SILVA E RIUL, 2012), a mamografia entre os métodos de diagnóstico por imagem é o mais utilizado para screening e diagnóstico do câncer de mama, por ter um baixo custo e pela relativa acessibilidade. Vários estudos comprovam a eficácia da mamografia em detectar lesões pequenas impalpáveis ou em estados iniciais (ABREU E KOIFMAN, 2008). A ressonância magnética é um exame que permite visualizar a dimensão do tumor de mama com mais precisão, podendo identificar o tamanho e suas limitações (VIEIRA *et al.*, 2018).

Segundo o INCA é necessário a realização do ECM anualmente para mulheres acima dos 40 anos de idade, e a mamografia com intervalo de 2 anos após os 50 anos de idade. Para os grupos de risco elevado a partir dos 35 anos de idade é indicado a realização dos dois exames anualmente (INCA, 2008).

2.7 TRATAMENTO

Cada paciente terá seu diagnóstico e tratamento específico, que variam de acordo com o estadiamento clínico da doença (SILVA E RIUL, 2012). De acordo com Frazão e skaba a quimioterapia e a radioterapia são as opções de tratamento mais utilizadas no tratamento de câncer de mama. A quimioterapia atua na redução da taxa progressiva da doença e geralmente é ofertada a pacientes com maior risco de desenvolver metástase, a radioterapia é utilizada com o objetivo de destruir as células remanescentes após a cirurgia e reduzir o tamanho do tumor na região plastrão mamário e axila ipsilateral (FRAZÃO E SKABA, 2013).

Com os avanços genéticos e da crescente compreensão das bases moleculares do câncer, foram desenvolvidas novas opções de tratamentos como a terapia alvo, com o trastuzumabe, que apresentam ações em sítios específicos dos receptores HER- 2 nas células tumorais, que age bloqueando a ação do fator de crescimento e impedindo a proliferação celular. Outro exemplo é a terapia dirigida representado pelo lapatinibe um inibidor de enzima tirosina quinase que através de uma ação sinérgica no tratamento de HER-2 (+) pode aumentar a sobrevida e diminuir metástases cerebrais (INSTITUTO ONCOGUIA, 2016).

Destaca-se também a hormonioterapia, uma vez que cerca de 67% do câncer de mama são receptores hormonais positivos (RE+ ou RP+), por fim a imunoterapia que é utilizada em câncer metastático atuando no HER2 (+) através da utilização de agentes anti-HER2 (PERNAS *et al.*, 2018).

2.8 CIRURGIAS RELACIONADAS AO CÂNCER DE MAMA

A realização da cirurgia para o tratamento do câncer de mama compreende na ressecção completa do tumor com a abordagem linfonodal indicada (MARQUES *et al.*, 2015). Alguns dos métodos cirúrgicos aplicados são as cirurgias conservadoras que são a quadrantectomia ou tumorectomia e as cirurgias radicais que são as mastectomias (HEADON *et al.*, 2016).

A conservadora consiste na ressecção do tumor, preservando a maior parte da arquitetura mamária associadas a abordagem linfodonal axilar. A quadrantectomia é definida como a ressecção de todo o setor mamário correspondente ao tumor a tumorectomia consiste na remoção de todo o tumor com uma margem de tecido

mamário livre de neoplasias ao seu redor (SILVA E RAUL, 2011).

Cirurgias que preservam a pele ou o complexo aureo papilar são denominadas mastectomia preservadora (MARQUES et al., 2015). A mastectomia radical de Halsted, ocorre na retirada mamária e dos músculos peitorais maior e menor com a linfadenectomia axilar completa, sendo então um procedimento cirúrgico de maior mortalidade. A mastectomia modificada, consiste na técnica de Patey, é quando há a retirada da mama associada a linfadenectomia axilar, sendo feita a preservação dos músculos peitoral maior, e na técnica de Madden que preserva o peitoral maior e menor (HEADON et al., 2016).

2.8.1 COMPLICAÇÕES PÓS-CIRÚRGICAS

Após a cirurgia podem ocorrer algumas complicações tais como: retrações cicatriciais, necrose cutânea, linfedema, complicações respiratórias, podendo haver comprometimento funcionais, lesões nervosas, redução da amplitude de movimento do ombro e dores (PAIVA et al., 2016).

Dentre as complicações tardias tem-se o linfedema que se dar como consequência de disfunção do sistema linfático que é responsável pela estase da linfa e tendo como consequência o aumento do volume do membro que foi afetado, caracterizado como um acúmulo de líquido rico em proteínas interstício nos tecidos corporais (PAIVA et al., 2016).

2.9 LINFEDEMA

O linfedema é a incapacidade decorrente do aumento da sobrecarga de transporte de linfa que promove uma congestão deste líquido gerando acúmulo no espaço intersticial, este fenômeno modifica o número de células mononucleares, incentivando os fibroblastos e a produção de colágeno, adipócitos e na ativação de queratinócitos evoluindo para o aumento do tecido adiposo (VIGNES, 2016).

Os linfedema é dividido em primário e secundário, o primário é quando ocorre a existência de uma malformação ou anomalia no sistema linfático sem nenhuma interferência particular nas zonas linfonodais deste sistema. As primeiras classificações de linfedema primário definiram que o linfedema precoce se desenvolve antes dos 35 anos de idade, e o linfedema tardio após os 35 anos de idade, os

linfedemas primários podem ser agravados com a erisipela aparentando não ter piora ao longo do tempo. O linfedema secundário tem a maior frequência decorrente dos tratamentos de câncer e as causas raras que incluem patologias reumatológicas, medicinais e infecciosas (filariose linfática; artrite reumatoide; doença de kaposi) (VIGNES, 2016).

A classificação de linfedema secundário em pacientes que realizaram tratamentos para câncer de mama, proposta por Stout é a seguinte: Estágio 1: Linfedema subclínico, quando o paciente não apresenta nenhum sinal clínico, mas relata uma sensação de peso, e dormência nos membros. Estágio 2: linfedema leve, o paciente apresenta edema mole e depressível sem fibrose. Estágio 3: Linfedema moderado, é encontrado fibrose que reduz a capacidade da pele de indentar com a pressão e a elevação do membro. Estágio 4: linfedema grave, é encontrado fibrose grave e alterações hipertróficas, como hiperqueratinoce e crescimento excessivo de rugas. Estágio 5: linfedema em estágio final, já ocorre uma progressão para malignidade, como a linfagiossarcoma (MERCHANT *et al.*, 2015).

2.9.1 FATORES DE RISCO E COMPLICAÇÕES DO LINFEDEMA

Atualmente, os estudos de linfedema encontrados na literatura evidenciam um conhecimento satisfatório no tratamento e acompanhamento dos pacientes com a doença; entretanto, ainda são muitas as questões a serem discutidas sobre os fatores de risco (REZENDE *et al.*, 2010).

Mas os principais fatores de risco encontrados para o linfedema de membro superior são: radioterapia, dissecação dos linfonodos axilares, mastectomia, obesidade no câncer de mama, e a redução de atividade física (VIGNES, 2016).

Entre as complicações de linfedema foi demonstrado que os indivíduos sofrem variedades de problemas, como: alterações de sensibilidade nos membros afetados, diminuição das atividades físicas, perda de confiança corporal, fadiga, sofrimento psicológico (onde são relatados repetidamente a frustração, angustia, depressão e ansiedade) e redução geral da qualidade de vida. (MERCHAANT *et al.*, 2015).

2.10 TERAPIA COMPLEXA DESCONGESTIVA NO TRATAMENTO DO LINFEDEMA

Historicamente para o tratamento de linfedema os medicamentos não são eficazes, por tanto, várias intervenções fisioterapêuticas podem ser realizadas (STANLEY G *et al.*, 2018). A terapia complexa descongestiva (CDT), linfoterapia ou terapia complexa física é a principal delas, sendo um dos pilares no tratamento do linfedema na atualidade por ser um tratamento conservador, com o uso de várias técnicas que consistem em duas fases, a de tratamento intensivo e a de tratamento de manutenção, que para serem aplicadas dependem da fase que o linfedema se encontra (VIGNES, 2016).

A primeira fase consiste no tratamento intensivo que tem como objetivo reduzir o volume do membro acometido, com duração de 2 a 4 semanas e com os seguintes componentes: cuidados com a pele e unhas, drenagem linfática manual, bandagem, e exercícios miolinfocinéticos. Já a segunda fase de tratamento de manutenção visa a longo prazo manter o volume do membro que foi reduzido na primeira fase, com as seguintes ações: compressão elástica todos os dias, exercícios sob bandagens, cuidados com a pele e drenagem linfática manual caso necessário (FABRO *et al.*, 2016).

A CDT é uma técnica que combina a Drenagem linfática manual (DLM), o enfaixamento compressivo funcional, exercícios miolinfocinéticos, cuidados com a pele, automassagem linfática e o uso de contenção elástica (INTERNACIONAL SOCIETY OF LYMPHOLOGY., 2009).

A DLM consiste em uma técnica de movimentos lentos, rítmicos e suaves que envolve a superfície da pele, seguindo os capilares linfáticos e visando drenar o excesso de líquido intersticial, tecidual e capilares, por meio das anastomoses superficiais axilo-axilar e axilo-inguinal. (UZKESER *et al.*, 2013). Quanto mais precocemente a DLM for iniciada, menor será a probabilidade de acúmulo de líquido no local e mais rápida a será a recuperação desse paciente (NUNES., 2018).

O enfaixamento compressivo funcional, ajuda a evitar complicações e o aumento volumétrico, proporcionando uma melhora na qualidade de vida do paciente. A indicação deve levar em conta os seguintes elementos: idade, volume, capacidade de manter o tratamento de manutenção, progressão do linfedema, e demanda e motivação do paciente (VIGNES, 2016).

Os exercícios miolinfocinéticos têm como objetivo ganho de amplitude de movimento e integridade da cintura escapular. A contração muscular e movimentos como adução e abdução do braço aceleram a velocidade do transporte da linfa. Muitas

mulheres deixam de fazer os exercícios por não acreditarem que funcionam fora do serviço de reabilitação e pelo fato de ocorrer o aquecimento excessivo do membro acometido (PANOBIANO *et al.*, 2009).

Já os cuidados com a pele ajudam a manter a integridade e normalidade, tanto para evitar lesões como para auxiliar no aumento da drenagem linfática especial (PANOBIANO *et al.*, 2009).

Na automassagem linfática são ensinados duas ou três sequencias por um fisioterapeuta para promover a autonomia do paciente, em realizar com frequência ao menos três vezes por semana a noite (VIGNES, 2016).

Com o uso da contenção elástica a pressão exercida fica de forma continua no membro, essas compressões são essenciais ao longo do curso para manter o benefício obtido após a redução do volume obtido pelo uso das bandagens durante a fase intensiva. As contenções por si causam uma diminuição modesta, mas lenta no volume do membro (VIGNES, 2016).

3 DELINEAMENTO METODOLOGICO

3.1 PERÍODO E SELEÇÃO DOS ESTUDOS

O estudo trata-se de uma revisão integrativa, que tem como objetivo descrever o desenvolvimento de determinado assunto, sob o ponto de vista contextual e teórico mediante a análise e interpretação da produção científica atual, sendo assim, o presente estudo visa descrever o efeito da terapia complexa descongestiva no tratamento de linfedema relacionado ao câncer de mama, sendo o mesmo executado no período de agosto a novembro de 2021 e desenvolvido através de buscas em bases de dados eletrônicas.

Para responder a questão norteadora, as buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE via National Library of Medicine – PUBMED); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS via BVS – Biblioteca Virtual em Saúde) e Physiotherapy Evidence Database (PEDro), nos idiomas português e inglês. Foram utilizados os descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “câncer de mama”, “fisioterapia”, “linfedema” “pos-mastectomia” “terapia complexa descongestiva” “e de acordo com o Medical Subject Headings (MeSH); “physiotherapy”, “lymphedema”

“mastectomy”, “post mastectomy” “breast cancer”, onde foram realizadas varia combinações, conforme as estratégias de buscas descritas no (**Quadro 1**). Os descritores foram combinados utilizando o operador booleano AND.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

QUADRO 1. Estratégias de busca de acordo com as combinações realizadas nas bases de dados.

Bases de dados	Estratégia de busca
LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde)	“Breast cancer and lymphedema and physiotherapy” “Linfedema pós mastectomia de câncer de mama” “Terapia complexa descongestiva no linfedema”
PUBMED / MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)	“Linfedema and câncer de mama and mastectomiaand fisioterapia”
PEDro	“Breast cancer lymphedema physiotherapy”

3.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os estudos foram avaliados segundo os critérios de elegibilidade proposto com uma adaptação relacionada ao fluxograma The PRISMA Statement, e aqueles que geraram alguma dúvida foram selecionados para uma avaliação posterior do texto.

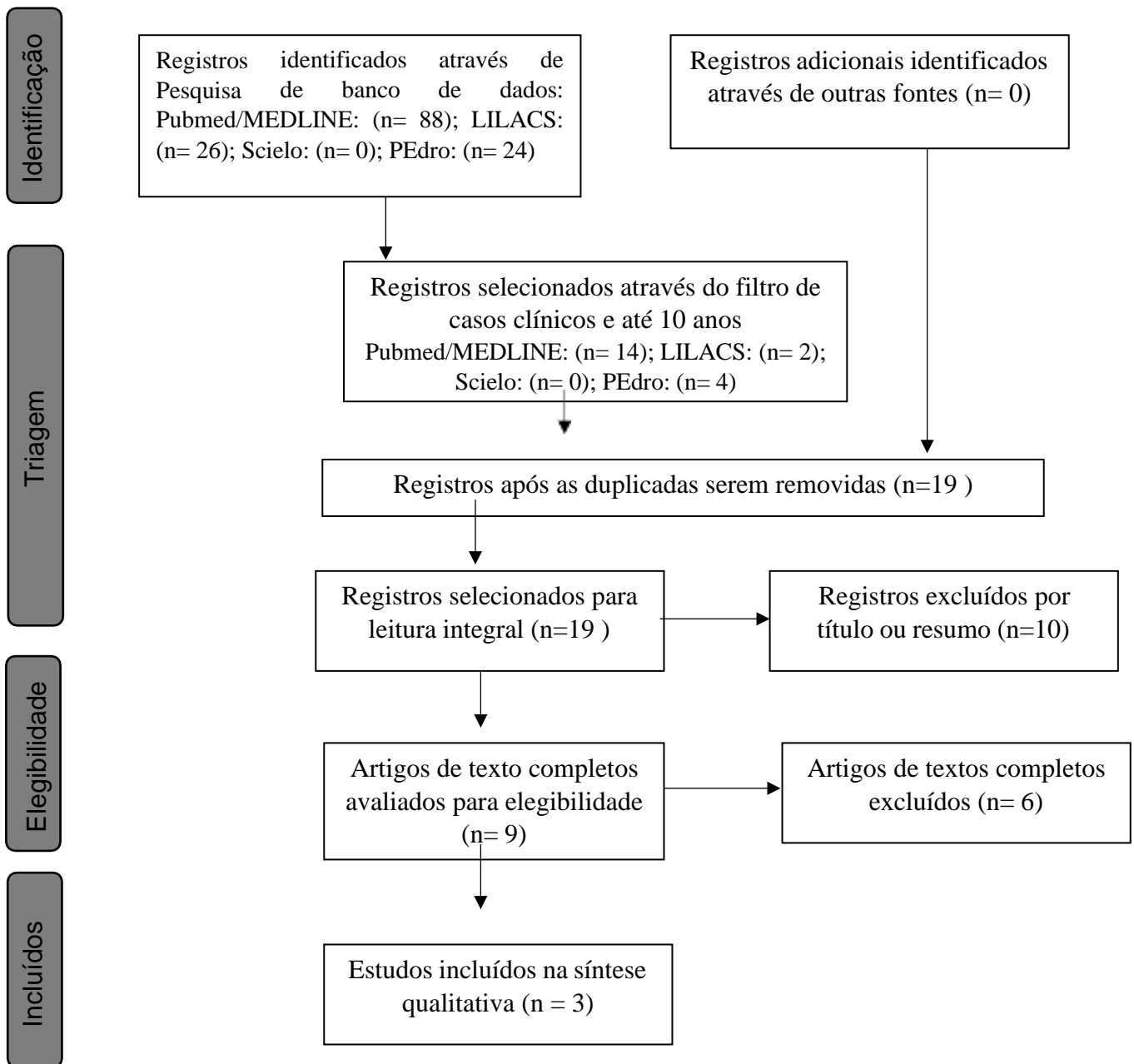
Os critérios de inclusão desta revisão foram: ensaios clínicos randomizados e relatos de caso em que a terapia complexa descongestiva fosse realizada pós mastectomia, sem nenhuma restrição de faixa etária e sexo. Sendo essa a principal técnica utilizada para a diminuição do linfedema de membro superior (MS).

Como critérios utilizados na exclusão foram: estudos que não abordassem a temática da pesquisa e os que após a leitura dos resumos não abordavam a temática, seleção foi realizada por resumo, título e posteriormente leitura do texto completo. Artigos que tivessem mais de 10 anos.

4 RESULTADOS

Após a identificação dos estudos através das bases de dados pesquisadas, identificou-se um total de 138 artigos, houve uma perda desses artigos após análise dos títulos, por duplicação dos mesmos, por não estarem disponíveis na íntegra e por apresentarem temas tão amplos referente a nossa busca, de modo que a amostra final foi composta por 3 artigos, conforme o fluxograma de seleção exposto na **Figura 1**.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos.



Para a exposição dos resultados foi utilizado o **Quadro 2**, que permitiu a organização das informações obtidas em coluna com o nome dos autores, ano de publicação, características de amostra, objetivos, intervenções, resultados e conclusões.

Quadro 2 – Descrição dos estudos selecionados.

Autor/ Ano	Amostra	Objetivo	Intervenção	Resultados	Conclusão
Dorte Melgaard (2016)	N=10 pacientes do sexo feminino, Os pacientes foram divididos em 2 grupos(n=5)	o objetivo do estudo foi descobrir qual dos dois tratamentos tem melhor custo e eficácia nas atividades diárias.	(1) o grupo foi tratado com CDT com bandagem, este tratamento foi administrado de segunda a sexta-feira durante 4 semanas e (2) o grupo foi tratado com CDT com fita adesiva, este tratamento foi administrado 2 dias por semana, durante 4 semanas.	O estudo mostrou que os pacientes tratados com CDT e fita adesiva tiveram melhor qualidade de vida do que o grupo de pacientes tratados com CDT e bandagem.	O CDT com fita adesiva pode ser uma alternativa ao CDT com bandagem, a qualidade de vida é maior, e o custo menor.
Ligabeu et al., (2019)	Foi realizado um estudo que incluía 41 participantes do sexo feminino, com linfedema secundários, foram divididos em dois grupos, o experimental composto por 20 pacientes e o grupo controle composto por 21 pacientes	O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia do protocolo da CDT em comparação ao tratamento usual do linfedema.	O grupo controle recebeu apenas os cuidados habituais fornecidos na alta após CDT. O grupo experimental recebeu o curso da CDT durante 4 semanas e continuaram o tratamento de forma autônoma em casa por 6 meses.	O estudo mostrou que após 6 meses as participantes do grupo experimental que realizaram o auto tratamento tiveram melhora na diminuição da dor é assimetria do braço acometido.	O estudo revelou que a CDT auto administrada pode ser usada para o tratamento do linfedema relacionado ao câncer de mama. Após 6 meses foram encontradas evidências significativas na eficácia do tratamento.
Erica Fabro et al., (2015-2016)	Relato de caso com uma paciente do sexo feminino, de 57 anos.	Abordar o tratamento fisioterapêutico com a terapia física compressiva do linfedema de membro superior prévio á cirurgia do câncer de mama.	Incluíram cuidados com a pele, drenagem linfática manual LMF, enfaixamento compressivo duas vezes por semana, e exercícios mioinfocinéticos duas vezes ao dia.	O tratamento fisioterapêutico com a terapia física compressiva obteve eficácia na redução de linfedema, e não teve interferência negativamente no prognóstico.	Foi confirmado a eficácia do tratamento fisioterapêutico com a terapia física compressiva, no controle da desconpensão linfática, auxiliando no processo até a realização da cirurgia.

CDP: Terapia complexa descongestiva;

5 DISCUSSÃO

Esta revisão integrativa tem como objetivo reunir dados dispostos na literatura sobre a terapia complexa descongestiva no tratamento de pacientes com linfedema relacionado ao câncer de mama.

De acordo com o estudo de Dorte Melgaard (2016), foi feito um estudo com 10 pacientes do sexo feminino, que desenvolveram linfedema secundário após o tratamento do câncer de mama. Foram divididos em dois grupos: (1) o grupo foi tratado com CDT com bandagem e (2) o grupo foi tratado com CDT com fita adesiva; o objetivo do estudo foi descobrir qual dos dois tratamentos tem melhor custo e eficácia nas atividades diárias.

O primeiro grupo foi tratado com CDT e bandagem que incluía compressão com bandagens de baixa elasticidade; drenagem linfática manual; cuidados com a pele; exercícios; e após o tratamento todos os pacientes usaram uma cinta compressiva. Este tratamento foi administrado de segunda a sexta-feira durante 4 semanas. Já o segundo grupo a CDT e Kinesio Textape que incluiu Kinesio Textape; drenagem linfática manual; cuidados com a pele; exercícios, e após o tratamento os pacientes usavam uma cinta compressiva. Este tratamento foi administrado 2 dias por semana (por exemplo, terça e sexta-feira) durante 4 semanas.

O estudo mostrou que os pacientes tratados com fita adesiva tiveram melhor qualidade de vida do que o grupo de pacientes tratados com CDT e bandagem.

Já no estudo de Ligabeu *et al.*, (2019), foi realizado um estudo que incluía 41 participantes do sexo feminino, com linfedema secundários relacionados ao câncer de mama que receberam tratamento de terapia complexa descongestiva (CDT) por 1 ano. Foi comparada a eficácia do auto-tratamento do linfedema com a terapia descongestiva complexa auto-administrada (da CDT), por um período de 6 meses. As participantes do grupo controle receberam apenas os cuidados habituais fornecidos após alta da CDT que inclui a descrição de exercícios especificamente ajustados, comportamentais e higiênicos padrões. Já o grupo experimental recebeu o curso saCDT por um fisioterapeuta treinado em 10 sessões durante 4 semanas. Foram ensinados autodrenagem linfática manual, autofenura, exercícios respiratórios, de mobilização, reforço muscular, manejo de contratura e compreensão até que pudesse fazer de forma autônoma todo o tratamento. O estudo revelou que a terapia complexa descongestiva auto administrada pode ser usada para o tratamento do linfedema relacionada ao

câncer de mama. Após 6 meses foram encontradas evidências estatísticas significativas de eficácia na diminuição da dor e assimetria do membro acometido.

De acordo com Erica Fabro *et al.*, (2015-2016) com o intuito de abordar o tratamento fisioterapêutico prévio a cirurgia do câncer de mama, foi feito um relato de caso com um paciente do sexo feminino, de 57 anos, hipertensa, onde foi dado início ao tratamento com a terapia física complexa que incluem orientações e cuidados com a pele e unhas, drenagem linfática manual LMF, enfaixamento compressivo duas vezes por semana, e exercícios miolinfocinéticos duas vezes ao dia. Após a estabilização do volume do membro superior acometido passou para a fase de controle do linfedema utilizando a braçadeira compressiva e em observação fisioterapêutica até a reavaliação onde foi confirmado a eficácia da terapia física complexa com linfedema controlado, ADM funcional e paciente sem dor, mais estudos também são necessários para investigar o efeito da terapia complexa descongestiva.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados apresentados nesta revisão é possível concluir que o uso da técnicas de terapia complexa descongestiva (CDT) atua na melhora da qualidade de vida e das atividades de vida diárias e custo benefício melhor dos pacientes que realizaram a mastectomia, sendo ele auto administrado (AUTO-DLM) ou com acompanhamento fisioterapêutico e eficaz fazendo a substituição de bandagens de baixa elasticidade por Kinesio Textape, onde a presença do linfedema é uma condição que influencia diretamente na qualidade de vida desses pacientes.

Sendo assim o estudo que foi apresentado mostra que os resultados da terapia complexo descongestiva são satisfatórios tornando-se padrão ouro no tratamento de linfedema em pacientes pós mastectomia.

REFERÊNCIAS

- CURY, A.F.; TEDESCO, J.J.A. Relação médico-paciente em ginecologia. Ginecologia psicossomática. São Paulo, **Atheneu**, p. 21-5, 2007.
- FABRO, E. et al. Physiotherapeutic Approach of a Patient with Upper Limb Lymphedema Prior to Surgery for Breast Cancer: Case Report. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, 2018.
- FONSECA, A.B.C. et al. **Estimativa para o câncer feminino e a incidência de enfermagem na prevenção**. Temas em Saúde, v. 17, n. 3, p. 147-162, 2017.
- FRAZÃO, A.; SKABA, M. M. F. V. Mulheres com Câncer de Mama: as Expressões da Questão Social durante o tratamento de Quimioterapia Neoadjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 427-435, 2013.
- HEADON HL, KASEM A, MOBKEL K. The oncological safety of nipple-sparing mastectomy: a systematic review of the literature with a pooled analysis of 12,358 procedures. **Arch Plast Surg**; v. 43, n. 4, p. 328-38, 2016.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Câncer de Mama, 2021. Disponível em: <Tipos de câncer | INCA - Instituto Nacional de Câncer/> Acesso em: 15 de setembro 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Detecção Precoce do Câncer de mama, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/acoes-de-controlado/deteccao-precoce/>> Acesso em 25 de setembro 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Estatística de câncer e mortalidade, 2021. Disponível em: <Estatísticas de câncer | INCA - Instituto Nacional de Câncer/> Acesso em 30 de agosto de 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Estimativa do Câncer, 2020. Disponível em: <Estimativa 2020 - Síntese de Resultados e Comentários | INCA - Instituto Nacional de Câncer/> Acesso em: 20 de setembro 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Rastreamento do câncer de mama, 2019. Disponível em: <Confira as recomendações do Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama | INCA - Instituto Nacional de Câncer/> Acesso em: 25 de setembro de 2021.
- INSTITUTO ONCOGUIA**. Terapia hormonal para Câncer de Mama Avançado, 2020. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/terapia-hormonal-para-cancer-demama-avancado/6248/811/>> Acesso em: 14 de setembro de 2021.
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER**. Cancer today. Lyon: WHO, 2020. Disponível em: <<https://gco.iarc.fr/today/home>> Acesso em: 15 de outubro de 2021.

JAMMAL, M. P.; MACHADO, A. R. M; RODRIGUES, L. R. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. **O mundo da saúde**, v. 32, n. 4, p.506-510, 2008.

LEAL, N.F.B.S. et al. Tratamentos fisioterapêuticos para o linfedema pós-câncer de mama: uma revisão de literatura. **Rev Latino-am Enfermagem**, setembro-outubro 2009.

LIGABUE MB, et al. **Efficacy of self-administered complex decongestive therapy on breast cancer related Lymphedema: a single-blind randomized controlled trial.** Pesquisa e tratamento do câncer de mama. v. 175 n.1. Itália. 2019.

MARQUES, C. L. et al, Oncologia, uma abordagem multidisciplinar. **Carpe Diem**, Recife, 2015.

MELGAARD D. What is the effect of the treatment of secondary lymphedema after breast cancer with complete decongestive physiotherapy when the dressing is replaced by Kinesio Textape? - A pilot study. **An International Journal of Physical Therapy**. Dinamarca. 2016.

MEIRELLES, M.C.C.C et al. Avaliação de técnicas fisioterapêuticas no tratamento do linfedema pós-cirurgia de mama em mulheres. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, p. 393-399, 2006.

NAROD, S.A. BRCA mutations in the management of breast cancer: the state of the art. **Nature Reviews Clinical Oncology**, v. 7, n. 12, p. 702, 2010.

NUNES, J. E. **A eficácia da drenagem linfática manual no linfedema pós mastectomias**, 2018.

PAIVA, C.B; DUTRA, C.M.S. Prevalência de linfedema após tratamento de câncer de mama em pacientes com sobrepeso. **FisioterPesqui**, v. 23, n. 3, p. 263-7, 2016.

PANOBIANCO, M.S et al. Estudo da adesão às estratégias de prevenção e controle do linfedema em mastectomizadas. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n.6, p.161-168, 2009.

PERNAS, S. et al. CDK4/6 inhibition in breast cancer: current practice and future directions. **Therapeutic advances in medical oncology**, v. 10, 2018.

RESENDE, U. et al. Fatores prognósticos e preditivos da resposta clínica e patológica em mulheres com carcinoma de mama submetidas a quimioterapia neoadjuvante: **Prognostic and predictive factors of the clinical and pathological response in women with breast carcinoma submitted to neoadjuvant chemotherapy**. 2018.

SHAILA, et al. Prevention and management of lymphedema after breast cancer treatment. **The breast journal**. V. 21 n. 3. Califórnia. 2015.

SILVA P.; RIUL S. Breast cancer: risk factors and early detection. **Revista Brasileira de enfermagem**. V. 64, n. 6. Brasília. 2012.

STANLEY G, et al. Lymphedema after Breast Cancer Treatment. **O novo jornal inglês de medicina**. Massachusett. 2018.

UZKESER, H. et al, Efficacy of manual lymphatic drainage and intermittent pneumatic compression pump use in the treatment of lymphedema after mastectomy: a randomized controlled trial. **Breast Cancer**, v. 22, n. 3, p. 300-307, 2015.

VELLOSO F, et al. Upper limb morbidity and quality of life after lymph node sentinel biopsy for breast cancer treatment. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.55 n.1. Brasil. 2009.

VIEIRA, W.L. et al. A importância da ultrassonografia no câncer de mama. **Revista da sociedade brasileira de ultrassonografia**, 2018.

VINES S. **Les lymphœdèmes: du diagnostic au traitement**, *La Revue de Médecine Interne*. V. 38 n.97. Paris. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **GLOBOCAN 2017: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide** in 2017. Lion: IARC, 2015.