

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

**PERFIL CLÍNICO DAS PACIENTES
MASTECTOMIZADAS EM UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA NO RECIFE**

**CLINICAL PROFILE OF MASTECTOMIZED PATIENTS IN A
REFERENCE HOSPITAL IN RECIFE**

RECIFE, 2022

AMANDA NATALÍ CORDEIRO SILVA

**PERFIL CLÍNICO DAS PACIENTES
MASTECTOMIZADAS EM UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA NO RECIFE**

**CLINICAL PROFILE OF MASTECTOMIZED PATIENTS IN A
REFERENCE HOSPITAL IN RECIFE**

Trabalho apresentado como parte dos requisitos para a conclusão da graduação do curso de fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde tendo como autora Amanda Natalí Cordeiro Silva. Orientado por Julianna de Azevedo Guendler, coorientado por Rafaella Joanna da Silva Caseca Galindo e Nathália Maria dos Santos Silva e colaboração de Maria Isabel Araujo de Souza.

RECIFE, 2022

IDENTIFICAÇÃO

JULIANNA DE AZEVEDO GUENDLER

Doutora em Saúde Materno Infantil - IMIP, Mestrado em Patologia pela UFPE (2008), Coordenadora do setor de fisioterapia em saúde da mulher no Instituto de Medicina Integral - IMIP, Coordenadora de Tutor do 6º período da graduação em Fisioterapia da FPS Telefone: (81) 9 9111-7072 E-mail: julianna@fps.edu.br

RAFAELLA JOANNA DA SILVA CASECA GALINDO

Pós graduanda em Terapia Intensiva pela Interfisio - UniRedentor, Formada em Fisioterapia pela Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. Telefone: (81) 9 9431-3682 E-mail: rafaella.caseca@gmail.com

NATHÁLIA MARIA DOS SANTOS SILVA

Pós graduada em Fisioterapia em Saúde da Mulher com ênfase em obstetrícia pela FATEC, Formada em Fisioterapia pela Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. Telefone: (81) 9 9953-6525 E-mail: nathaliamariasantoss@gmail.com

AMANDA NATALÍ CORDEIRO SILVA

Acadêmica do curso de fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. Telefone: (81) 9 9565-5234 E-mail: amanda-natali98@hotmail.com

MARIA ISABEL ARAÚJO DE SOUZA

Pós graduanda em Fisioterapia Traumato-Ortopédica pelo grupo CEFAPP, Formada em Fisioterapia pela Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS e Fisioterapeuta do ambulatório municipal de fisioterapia da prefeitura de Sirinhaém. Telefone: (81) 9 9564-1499 E-mail: isabel.araujo66@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: o presente teve como objetivo traçar o perfil clínico de mulheres diagnosticadas com câncer de mama submetidas à mastectomia radical (uni ou bilateral) e/ou quadrantectomia em um hospital de referência do Recife. **Métodos:** estudo transversal e descritivo, mediante a análise de 280 fichas de avaliação fisioterapêutica de mastectomia, elaboradas e utilizadas pelo Ambulatório de Fisioterapia da Mulher do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da instituição, sob número de registro CAAE: 99978818.9.0000.5201. **Resultados:** dos 280 prontuários analisados, foi visto que 70% das pacientes eram do lar e apresentavam algum tipo de comorbidade, a mama fantasma e a síndrome da rede axilar foi relatada pela maior parte das mulheres no pós-operatório tardio, assim como a parestesia do nervo intercostobraquial. A mama mais acometida foi a direita (51%). Entre as abordagens cirúrgicas mais realizadas destaca-se a cirurgia de Halsted com 30%, seguida pela conservadora 24%. A ressecção axilar foi feita em 66% dos casos. No que se refere aos movimentos de flexão e abdução dos membros superiores foi visto que não houve comprometimento significativo. Quanto a mama fantasma, foi relatada por 56,07% das pacientes. **Conclusões:** o perfil das pacientes eram mulheres do lar, que apresentavam algum tipo de comorbidade. A mama fantasma e a síndrome da rede axilar foi relatada pela maior parte das mulheres no pós-operatório tardio. Assim como a parestesia do nervo intercostobraquial. Observou-se que embora o câncer de mama traga limitações funcionais, a maior parte das mulheres conseguem manter suas atividades diárias sem muitos prejuízos.

Palavras chave: Câncer de Mama, Mastectomia, Qualidade de Vida, Perfil Clínico.

ABSTRACT

Objective: The present study aims to trace the clinical profile of women diagnosed with breast cancer undergoing radical mastectomy (uni or bilateral) and/or quadrantectomy in a referral hospital in Recife. **Methods:** Cross-sectional and descriptive study, through the analysis of 280 mastectomy physiotherapeutic evaluation forms, prepared and used by the Women's Physiotherapy Outpatient Clinic of the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Submitted and approved by the Ethics and Research Committee (CEP) in Human Beings of the institution, under registration number CAAE: 99978818.9.0000.5201. **Results:** of the 280 medical records analyzed, it was seen that 70% of the patients were housewives and had some type of comorbidity, phantom breast and axillary network syndrome was reported by most women in the late postoperative period, as well as paresthesia of the intercostobrachial nerve. The most affected breast was the right (51%). Among the most performed surgical approaches, the Halsted surgery stands out with 30%, followed by the conservative 24%. Axillary resection was performed in 66% of cases. With regard to flexion and abduction movements of the upper limbs, it was seen that there was no significant impairment. As for phantom breast, it was reported by 56.07% of patients. **Conclusions:** the profile of the patients were housewives, who had some type of comorbidity. Phantom breast and axillary net syndrome was reported by most women in the late postoperative period. As well as paresthesia of the intercostobrachial nerve. It was observed that although breast cancer brings functional limitations, most women are able to maintain their daily activities without much harm.

Keywords: Breast Cancer, Mastectomy, Quality of Life, Clinical Profile.

INTRODUÇÃO

O câncer tem como definição uma doença crônica degenerativa, caracterizada pelo crescimento desordenado das células metastáticas, hiperplasia, a qual resulta em um acúmulo de lesões de material genético com o poder de invadir tecidos saudáveis do corpo a sua volta.^{1,2,3}

O segundo tipo de câncer mais incidente entre as mulheres no mundo é o câncer de mama, apresentando uma média de 61% casos novos a cada 100 mil mulheres. Este tipo de câncer vem acometendo cada vez mais mulheres jovens em pleno vigor físico, profissional, reprodutivo e social.^{4,5}

Este tipo de câncer aparece sob forma de nódulos e, na maioria das vezes, pode ser identificado pelas próprias mulheres, por meio da prática do auto-exame^{6,7}. No Brasil, conforme as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, a mamografia é o único exame cuja aplicação em programas de rastreamento apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade por câncer de mama. Porém, um dos principais fatores para o alto índice de mortalidade dá-se pelo diagnóstico tardio.^{1,8}

Os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher como, menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia, terapia de reposição hormonal e estresse

estão associados ao desenvolvimento do câncer de mama. Além desses, a idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, o mesmo se dá de forma mais lenta ⁴. No cenário brasileiro é mais comum serem encontradas portadoras do câncer de mama entre 45 e 50 anos, simbolizando assim a faixa etária mais acometida no país.¹

As formas de tratamento disponíveis atualmente são a cirurgia e a radioterapia para o tratamento locorregional, e a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico.⁷

Dentre as técnicas cirúrgicas encontrou-se, as conservadoras denominadas tumorectomia e quadrangectomia, e dentre as mastectomias pode-se destacar a mastectomia radical modificada. Essas técnicas indicam um avanço no tratamento do câncer de mama.^{1,9}

Sabe-se que a mastectomia continua sendo realizada na maioria dos casos, tendo como principal objetivo o estadiamento do tumor, visando uma maior sobrevida nas pacientes.⁷

Independente da abordagem cirúrgica as complicações físicas e motoras podem advir imediata ou tardiamente à cirurgia, tais como: linfedema, infecção, hemorragia, distúrbios de cicatrização, parestesia, lesão de nervos, necrose cutânea, seroma, dor e incapacidade funcional, celulite, assimetrias posturais, fibrose da articulação escapulo-umeral, e limitação dos movimentos de ombros e braços.^{1,9}

O pós-operatório acarreta também alterações psicológicas. Após a mastectomia, as mulheres relatam ter um corpo mutilado, dificuldade em se reintegrar à sociedade, uma vez que perdem o interesse com a aparência e apresentam dificuldade no relacionamento interpessoal, sexual e baixa autoestima, experimentando sensações de impotência.²

Sabendo-se dos grandes índices de mulheres acometidas por câncer de mama no Brasil, o objetivo do presente estudo foi traçar o perfil clínico das pacientes diagnosticadas com câncer de mama submetidas a mastectomia radical (uni ou bilateral) e/ou quadrantectomia, admitidas no setor de fisioterapia em saúde da mulher de um hospital de referência do Recife.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo corte transversal, mediante a análise dos prontuários das pacientes mulheres com diagnóstico de câncer de mama entre os anos de 2015 a junho de 2020 que tinham realizado cirurgia e possuíam fichas de avaliação fisioterapêutica de oncologia mamária disponíveis no ambulatório de fisioterapia da mulher do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. Os dados foram coletados de junho de 2020 a fevereiro de 2021.

O estudo obedeceu às orientações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da instituição, sob número de registro CAAE: 99978818.9.0000.5201.

Todas as informações sobre a saúde e dados pessoais dos pacientes foram mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Apenas os pesquisadores autorizados tiveram acesso aos dados individuais, resultados de exames e testes bem como às informações do seu registro médico.

Foram considerados como critérios de inclusão: prontuários de pacientes mulheres, diagnosticadas com câncer de mama submetidas a mastectomia radical (uni ou bilateral) e/ou quadrantectomia acompanhadas pelo ambulatório no período de 2015 a 2020. Os critérios de exclusão foram: prontuários com dados incompletos; prontuários rasurados; prontuários que não continham a ficha de avaliação padrão do setor.

No primeiro momento foi realizada a separação dos prontuários pelos seguintes anos de 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020 (até junho). Após a separação as informações contidas nas fichas de avaliações foram digitadas em um banco de dados. As variáveis analisadas foram a profissão, tipo de cirurgia mamária realizada, o lado mais acometido, se houve cirurgia axilar, se houve reconstrução, a presença de comorbidades, câncer prévio. Também foram analisadas na consulta com 30 dias ou após esse prazo, a sensação de peso, sensação de braço inchado, parestesia no nervo intercostobraquial (ICB), mama fantasma, síndrome da rede axilar (SRA), fibrose, ferida, flutuação, edema, cicatriz, amplitude de movimento (ADM) de flexão, abdução rotação externa e rotação interna de ambos os ombros, e a postura dos ombros e da escápula.

Por fim, os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas com o auxílio do programa *software Microsoft Office Excel 2016*, sendo posteriormente analisados estatisticamente através de número absoluto apresentados em forma de gráficos.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 280 prontuários. A primeira variável analisada foi a profissão, foi visto que 70% delas eram do lar e 30% possuíam profissão externa. Quanto ao tipo de procedimento cirúrgico mamário realizado, a cirurgia de Halsted foi a mais realizada com 30%, seguida pela conservadora 24%, a de Madden 19%, a simples 18%, poupadora de pele 9%. (GRÁFICO 1). Em relação ao lado do acometimento, foi visto que 51% foram do lado direito. A cirurgia axilar foi feita em 66% dos casos, sendo a técnica de biópsia do linfonodo sentinela a mais utilizada, estando presente em 36% dos casos. Já a reconstrução mamária só foi feita em 12% dos casos. 55% das pacientes

possuíam comorbidades, já em relação a presença do câncer de mama previamente apenas 5% apresentaram. (GRÁFICO 1).

A respeito das repercussões do câncer no momento do pré cirúrgico, 20% das pacientes relataram ter a sensação de peso no braço. Em relação a parestesia do nervo intercostobraquial, foi visto que 21% apresentaram. Destas, 6% apresentaram na região lateral do tórax, 14% na região axilar e 1% na região medial do braço. A mama fantasma e a síndrome da rede axilar não foram relatadas pela maior parte das pacientes.

Em relação aos movimentos de flexão e abdução do membro superior foi visto que tanto o membro direito, quanto esquerdo não tinham comprometimentos significativos, pois mais de 70% das participantes realizaram o movimento de 150-180° de goniometria. Já em relação ao movimento de rotação interna e externa, o número de pacientes que realizaram o movimento sem dificuldade chegou a ser maior de 95%.

Já na análise das repercussões após 30 dias de cirurgia foi visto que 66,79% das pacientes não apresentaram sensação de peso, 11,07% relataram sentir ocasionalmente e 22,14% frequentemente. Em relação a sensação de braço inchado, 8,93% relataram sentir frequentemente, 84,29% não sentiram e 6,79% sentiram ocasionalmente. Quanto a parestesia do nervo intercostobraquial foi visto que 32,50% não apresentaram, 30% apresentaram na região lateral do tórax, 24,64% na região axilar e 0,71% na região medial do braço. (GRÁFICO 2). A mama fantasma foi relatada por 56,07% das pacientes, 28,57% não apresentaram, 3,93% relataram sensação de dor na mama fantasma e 11,43% não relataram dor. Em relação a síndrome de rede axilar 87,14% não apresentaram, 8,93% apresentaram na região axilar, 3,21% no braço e 0,71% em antebraço.

No que se refere aos movimentos de flexão e abdução dos membros superiores foi visto que não houve comprometimento significativo, com mais de 80% das pacientes realizando 150-180° de goniometria em movimento de flexão e abdução. Quanto ao

movimento de rotação interna e externa, o número de pacientes que realizaram o movimento sem dificuldade se manteve maior que 95%.

DISCUSSÃO

No estudo foi observado que apenas 30% das participantes possuíam profissão externa, o que difere do estudo de Fireman, onde foi visto que 59,2% das mulheres possuíam ocupação fora do lar.

Dentre a abordagem cirúrgica, a técnica de Halsted foi a mais realizada, o que vem de encontro com o estudo de Nascimento et al,¹¹ onde observou que a mastectomia radical foi realizada em 54,4% dos casos, seguida da quadrantectomia (32,1%). Tanto no meu estudo, quanto no estudo de Teodoro, a mastectomia simples foi realizada em menos de 20% dos casos. Isso se dá muitas vezes devido ao estágio avançado em que se encontra a patologia, sendo necessário utilizar tratamentos mais radicais.¹²

A reconstrução é uma proposta que faz parte do manejo das pacientes portadoras de câncer de mama. A motivação e a vontade da paciente são as principais indicações para que ela aconteça, diminuindo, assim, a sensação de deformidade que se desenvolve após a mastectomia. A reconstrução imediata, por sua vez, pode em geral ser sugerida para pacientes com estágio 0, I e II da doença.^{13,14} Apesar de apresentar grandes benefícios, é pouco realizada, devido à demora no diagnóstico inicial, sendo feita apenas em 14,5% dos casos em um estudo retrospectivo, o que reforça nossos achados.¹¹

A ressecção axilar foi vista em 66% das abordagens. Um estudo que aborda a qualidade de vida após mastectomia, aponta que pacientes diagnosticadas tardiamente e submetidas à ressecção axilar apresentam risco duas vezes maior para o desenvolvimento da dor pós-mastectomia, que pode manifestar-se em repouso ou durante o movimento.¹⁰

Em um estudo observou-se alta prevalência de alteração de sensibilidade no trajeto do nervo intercostobraquial, provocando principalmente parestesia na região

lateral do tórax, região axilar e região medial do braço. Na análise feita foi visto que a presença dessa alteração é maior na avaliação com 30 dias, sendo pouco relatada pelas pacientes no pós cirúrgico imediato. Isso justifica-se ao efeito da anestesia cirúrgica e processo cicatricial.¹²

Das diversas repercussões presentes após uma mastectomia, a diminuição da Amplitude de movimento (ADM) é relatada como uma das mais frequentes e incapacitantes. Alguns autores relatam que agressões cirúrgicas e a imobilização do membro levam a restrição da ADM, além de muitas mulheres evitam o movimento do membro superior por medo de deiscência da ferida operatória.^{10,12} Em outro estudo o escore de ombro em Oxford mostrou uma queda média de 4,5 pontos, sugerindo piora da função do ombro no pós-operatório. Já o escore Quick DASH apresentou diferença média de 11,6 pontos, mostrando piora da incapacidade funcional do ombro no pós-operatório.¹⁵

Na pesquisa foi visto que mais de 80% das pacientes realizavam movimentos de ombro com 150-180° de goniometria, sem grandes dificuldades. No estudo de Umar et al observou-se uma perda funcional de ombro moderada a grave e deficiência em 11%. Cerca de um terço dos pacientes chegaram a apresentar alguma limitação da função do ombro, mesmo com mais de quatro anos de pós-operatório.¹⁵ O movimento de rotação interna e externa foi realizada sem restrições por mais de 95%. A presença do linfedema, assim como a cirurgia feita primeiramente em alguns casos, pode acarretar prejuízos na mobilidade, diminuição da força muscular, dor e aumento do peso membro, ou seja, diminuindo a funcionalidade das mulheres.¹⁶

Em uma pesquisa realizada por Losken et al, não foi relatado prejuízo nas atividades de vida diária na maioria de seus pacientes,¹⁷ porém para Morin o restabelecimento da ADM e da funcionalidade, apenas se dá se essas mulheres tiverem força suficiente para realizar suas atividades de vida diárias¹⁶

Na literatura, uma recomendação comum é o papel significativo que a fisioterapia pode desempenhar na recuperação após a cirurgia, permitindo uma função do ombro mais próxima do normal.¹⁵ Muitas pacientes relataram impacto positivo do tratamento fisioterapêutico no desempenho das suas atividades de vida diária e domésticas, sentem-se mais seguras e independentes para retomarem suas rotinas e avaliam como positiva a experiência do tratamento em grupo para socialização com pessoas que passaram pelo mesmo processo, possibilitando a troca de experiências e a formação de vínculos.¹⁰

Em muitos serviços, como no IMIP, as pacientes são avaliadas no pré operatório e/ou no pós operatório imediato (1º ou 2º dia pós operatório), sendo feita uma avaliação funcional e são repassadas orientações sobre as atividades de vida diária (AVD's), cuidados e exercícios domiciliares.

Na alta hospitalar as mulheres recebem encaminhamento para uma consulta de rotina de 30 dias. Na qual é realizada uma nova avaliação a nível de funcionalidade e cicatrização, para eleger quais permanecem no programa de reabilitação do ambulatório. As intervenções fisioterapêuticas mais propostas são alongamentos, mobilizações articulares, terapia convencional descongestiva, além de exercício ativo e fortalecimento muscular.¹⁶

Alguns aspectos limitaram os resultados deste estudo, como a não adesão de todas as mulheres ao Programa de Reabilitação, o número de retornos variados, as avaliações realizadas por diferentes fisioterapeutas e a coleta feita retrospectivamente.

CONCLUSÃO

De acordo com os dados coletados, foi possível observar que o perfil das pacientes eram mulheres do lar, que apresentavam algum tipo de comorbidade. O lado mais

acometido foi o direito e o procedimento cirúrgico mais realizado foi a cirurgia de Halsted.

Em relação ao perfil clínico identificamos que a mama fantasma e a síndrome da rede axilar foi relatada pela maior parte das mulheres no pós-operatório tardio. Assim como a parestesia do nervo intercostobraquial.

Além disso, observamos que embora o câncer de mama traga limitações funcionais, a maior parte das mulheres conseguem manter suas atividades diárias sem muitos prejuízos, contudo, destacamos o papel fundamental da fisioterapia no processo de reabilitação das pacientes mastectomizadas, que relataram um impacto positivo nas suas atividades após intervenção fisioterapêutica.

REFERÊNCIAS

1. Rafaela LR, Raquel LM, Renato AS. Conduta Fisioterápica no Linfedema Pós Mastectomia por Câncer de Mama. Rev. Eletrônica Fac. Montes Belos. 3(01), 1-22, 2008.
2. Raíssa BF, Jaqueline QM, Daísy VA, Lindomar FB. Perfil de Mulheres Mastectomizadas no Municípios de Campina Grade –PB. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba; 2009.
3. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil. <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acessado em 11/04/2022 às 13:22.
4. Angela MNF. Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres Mastectomizadas. Dissertação de M.Sc., Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, 2009.
5. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativas 2020. Rio de Janeiro: INCA, c2019. 1 banco de dados. Disponível em <https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentario>. Acessado em 11/04/2022 às 14:03.
6. Cristiane FM. Perfil das mulheres encaminhadas à fisioterapia no pós-operatório de câncer de mama. Rio de Janeiro. 2010.
7. Marcela SIM, Juliana NM, Dayse ALS, Celina CC. Avaliação Postural em Pacientes Submetidas à Mastectomia Radical Modificada por meio da Fotogrametria Computadorizada. Revista Brasileira de Cancerologia 2011; 57(1):39-48.
8. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Detecção precoce. Rio de Janeiro: INCA, c2021. 1 banco de dados. Disponível em

<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/acoes-decontrole/deteccãoprecoc>

Acessado em 04/04/2022 às 15:53.

9. Débora SZ, Deise LA, Melissa MB. Avaliação do padrão respiratório em mulheres submetidas a cirurgias para tratamento do câncer de mama. *Fisioter. Pesqui.* 17 (3); Set 2010.
10. Fireman KM; Macedo FO; Torres DM; Ferreira FO; Lou MBA. Percepção das Mulheres sobre sua Funcionalidade e Qualidade de Vida após Mastectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2018; 64(4): 499-508.
11. Nascimento SL; Oliveira RR; Oliveira MMF; Amaral MTP. Complicações E Condutas Fisioterapêuticas Após Cirurgia Por Câncer De Mama: Estudo Retrospectivo. *Fisioterapia após câncer de mama. Fisioter Pesq.* 2012;19(3):248-255.
12. Teodoro A, Torres R, Roeder I, Araujo AGS. Avaliação Fisioterápica Em Pacientes Pós Cirurgia De Câncer De Mama Em Joinville/SC. *Cinergis – Vol 11, n. 1, p. 60-68* Jan/Jun, 2010.
13. Decat, Cristiane Sant’anna; Trabalho Monográfico de Conclusão de Curso/; Níveis de Satisfação em Pacientes Submetidas à Reconstrução Mamária Imediata ou Tardia. 2001.
14. Pereira, Lilian Mota. A Reconstrução Mamária: Direito Da Mulher E Parte Do Tratamento Global Do Câncer De Mama. 2014.
15. Umar M, Jahangir N, Hughes M, Malik Q, Kokan J, Waseem M. Incidência De Morbidade Funcional Do Ombro Após Mastectomia Ipsilateral E Reconstrução Com Retalho latissimus dorsi. *Acta Orthop Traumatol Turc .* 2019; 53 (6): 448-451.
16. Casassola GM; Gonçalves GR; Stallbaum JH; Pivetta HMF; Braz MM. Intervenções Fisioterapêuticas Utilizadas Na Reabilitação Funcional Do Membro Superior De Mulheres Pós-Mastectomia. *Fisioterapia Brasil* (2020). v21n1. v. 21 n. 1.

17. Nascimento SL; Oliveira RR; Oliveira MMF; Amaral MTP. Complicações E Conduas Fisioterapêuticas Após Cirurgia Por Câncer De Mama: Estudo Retrospectivo. *Fisioter Pesq.* 2012;19(3):248-255.
18. Bergmann A, et al. Fisioterapia em Mastologia Oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III / INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2006; 52(1): 97-109.

ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1: Procedimento cirúrgicos realizados, ressecção axilar e reconstrução mamária.

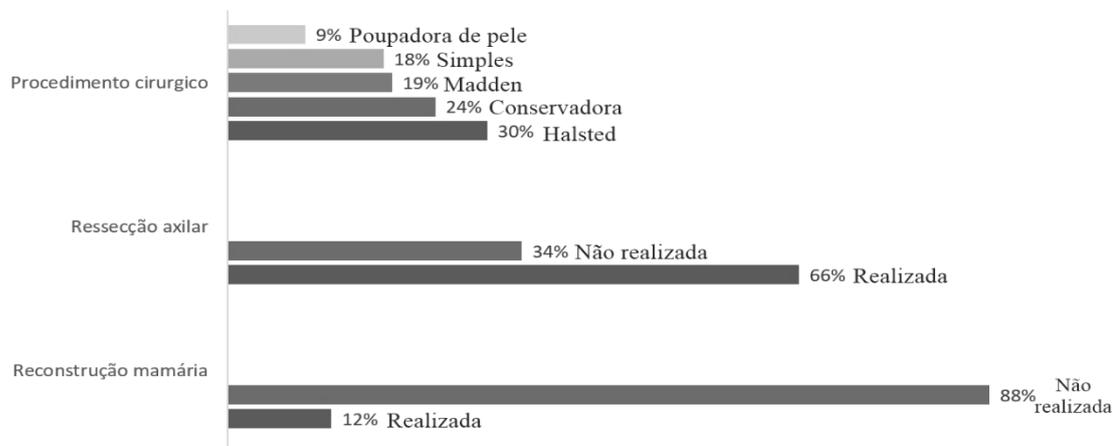


GRÁFICO 2: Sensibilidade no trajeto do Nervo Intercostobraquial (Após 30 dias)

