Anais do Congresso Brasileiro de Iniciação Científica
(https://periodicos.unisanta.br/COB)

ISSN 2317-1316

PREVALÊNCIA DE QUEIXAS RESPIRATÓRIAS EM MULHERES MASTECTOMIZADAS

PREVALENCE OF RESPIRATORY COMPLAINTS IN WOMEN UNDERGOING MASTECTOMY

Raquel Vitoria Sena Pereira, Alessandra Fernandes Loureiro Orefice, Ivan dos Santos Vivas

Universidade Santa Cecília, Faculdade de Fisioterapia, Curso de Fisioterapia
E-mail para contato: alessandra.loureiro@unisanta.br

RESUMO – Esta pesquisa buscou verificar a prevalência de queixas respiratórias em mulheres mastectomizadas por meio de estudo descritivo, observacional do tipo transversal com a participação de 22 voluntárias. A coleta foi realizada online, via redes sociais privadas dos autores, com questionário de caracterização e queixas respiratórias. Como resultado, 100% das participantes relataram alguma queixa, sendo que na internação hospitalar, a dor torácica ventilatória-dependente, receio em tossir (ambos com n=22; 100%) e dispneia (n=16; 72%) foram as mais prevalentes, e no pós-alta somente a dor (n=18; 82%) e a dispneia (n=17; 77%) se mantiveram presentes. Logo, os dados permitem concluir que a prevalência das queixas respiratórias foi alta nas mulheres mastectomizadas participantes desta pesquisa.

Palavras-chave: queixas respiratórias; mastectomia; câncer de mama.

ABSTRACT – This study aimed to determine the prevalence of respiratory complaints among women undergoing mastectomy, using a descriptive, observational, cross-sectional design involving 22 volunteers. Data collection was conducted online via the authors' private social media networks using a questionnaire covering characteristics and respiratory complaints. Results showed that 100% of the participants reported at least one complaint; during hospitalization, ventilatory-dependent chest pain and fear of coughing (both n=22; 100%) and dyspnea (n=16; 72%) were the most prevalent, whereas in the post-discharge period, only pain (n=18; 82%) and dyspnea (n=17; 77%) persisted. The data indicate a high prevalence of respiratory complaints among the women undergoing mastectomy and participated in this study.

Keywords: respiratory complaints; mastectomy; breast cancer.

ISSN 2317-1316

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama, atualmente, mostra-se a neoplasia feminina mais incidente ao redor do mundo (INCA, 2022). Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2022), após o tumor de pele não melanoma, o câncer de mama apresenta a maior expectativa de casos novos entre os anos de 2023 e 2025 (73.610 casos). O tratamento depende do estadiamento da doença, possuindo objetivo curativo ou para aumento de sobrevida da paciente, e sendo dividido em tratamento local (cirurgia e radioterapia) ou sistêmico (quimioterapia ou hormonoterapia) (Marx e Figueira 2017).

A mastectomia é um dos tipos de intervenções cirúrgicas, baseando-se na retirada de todo o conteúdo mamário, podendo ser realizada de três modos: a mastectomia radical de Halsted (retirada de todo conteúdo mamário e da musculatura); a mastectomia radical modificada de Patey (preservação do músculo peitoral maior) ou de Madden (preservação dos músculos peitoral maior e menor) (Marx e Figueira, 2017; Baracho e Oliveira, 2018). Porém, esse tipo de cirurgia pode trazer algumas complicações para a paciente como o acúmulo de seroma, infecções, dor, deiscência cicatricial, abscessos, necroses e hematomas (Marx e Figueira, 2017; McNeely *et al,* 2012). Além de complicações relacionadas a alterações posturais, como as escápulas aladas, o aumento da lordose cervical e cifose torácica, que modificam a mobilidade da região (Vinolo-Gil *et al*, 2022).

Dentro das complicações referentes a alterações posturais, encontramos como consequência a alteração da mecânica ventilatória, surgindo de uma menor eficiência dos músculos respiratórios por conta da redução da expansibilidade torácica, podendo ser influenciada pela dor no pós-operatório, que também afetará a amplitude de movimento do diafragma. (Winick e Robbins, 1976). Sendo que essa redução de expansibilidade, ocasionará uma preferência da paciente pela ventilação superficial, ou apical, consequentemente alterando volumes e capacidades pulmonares e contribuindo para retenção de secreções e atelectasias (Santos *et al*, 2022; Xavier *et al*, 2005).

Pela mastectomia ser uma cirurgia na região torácica, ela é acompanhada de possíveis disfunções pulmonares e redução de suas capacidades (como a vital e a inspiratória) interferindo na força da musculatura respiratória (levando a fadiga), proporcionando mudanças no padrão respiratório, carecendo de atenção da equipe multiprofissional na avaliação pulmonar no pré-operatório para redução de complicações e sintomas (Xavier *et al*, 2005; Abreu *et al*, 2014).

ISSN 2317-1316

Em virtude dessa íntima relação do tratamento para o câncer de mama com alterações na região torácica e no membro superior, o que impacta na boa mecânica ventilatória podendo trazer complicações e sintomas à paciente, prejudicando suas atividades, esse estudo teve como objetivo verificar a prevalência de queixas respiratórias em mulheres mastectomizadas.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo observacional do tipo transversal, realizado com 22 mulheres mastectomizadas (foram alcançadas 25 mulheres, porém três preencheram incorretamente o formulário, sendo então excluídas). Foram considerados os seguintes critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão: Mulheres com idade superior ou igual a 18 anos, que tenham passado pela mastectomia radical ou radical modificada em até 2 a 3 anos no momento da pesquisa e estejam de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pesquisa virtual (TCLEv).

Critérios de exclusão: Mulheres com histórico de patologias respiratórias prévias à cirurgia (exceto casos que mostrarem piora dos sintomas); mulheres que estejam passando por tratamento adjuvante (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia) no momento do preenchimento do formulário; mulheres que sejam tabagistas no momento do preenchimento do formulário; desistência da pesquisa e preenchimento incompleto do formulário.

A pesquisa foi realizada de modo *online* e possui aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Santa Cecília (CAAE: 92774425.0.0000.5513; Parecer: 7.940.271), seguindo as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A divulgação aconteceu por meio das redes sociais privadas dos autores da pesquisa e as participantes que demonstraram interesse foram direcionadas ao questionário, acessado somente após a leitura e a anuência do TCLEv, garantindo a participação voluntária e a confidencialidade das informações fornecidas.

Foi utilizado um questionário elaborado pelos autores dividido em duas partes, sendo que a primeira contemplou informações referente à caracterização da amostra, como idade atual, quanto tempo de cirurgia para retirada do câncer de mama e qual foi o tipo de cirurgia abordada (cirurgia radical, radical modificada ou conservadora), se faz ou fez tratamento adjuvante e o tipo de tratamento, acompanhamento fisioterapêutico (pré-operatório, internação e pós-

ISSN 2317-1316

operatório), histórico de doenças respiratórias prévias (e se apresentou piora dos sintomas após a cirurgia), histórico de tabagismo atual e prévio.

A segunda parte do questionário foi referente a percepção das mulheres sobre as queixas respiratórias que ela pode ter sentido tanto na internação, quanto no pós-alta hospitalar (sendo elas a dispneia, dor torácica ventilatória-dependente, receio em tossir ou dificuldade inspiratória).

Os dados foram analisados pelo Excel®, sendo os dados numéricos expressos em média e desvio padrão (DP), e os categóricos nominais em frequência absoluta (n) e relativa (%).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a tabela 1, a média de idade das participantes foram 53 (DP= 11) anos e a maioria realizou a mastectomia radical de Halsted (n=11; 50%), seguida pela de técnica de Madden (n=7; 32%) e a de Patey (n=4; 18%), e quanto ao tempo de cirurgia, os resultados se mostraram equilibrados (com n=8; 36%, para as cirurgias realizadas entre 1 a 2 anos atrás e as de 2 a 3 anos atrás, bem como n=6; 28% para as cirurgias com menos de 1 ano no momento da pesquisa). Referente ao tratamento adjuvante, a maior parte da amostra não necessitou (n=12; 55%), porém as que precisaram foram submetidas a radioterapia (n=6; 27%) ou quimioterapia (n=4; 18%). Além da generalidade quanto a nunca terem sido tabagistas (n=20; 91%) e não possuírem histórico de doenças respiratórias (n=18; 82%), porém as participantes que tinham doenças prévias relataram ter asma e enfisema pulmonar, além de que após a cirurgia apresentaram piora da dispneia. (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra (n = 22).

Variável	Média (DP)	n (%)
Idade atual	53 (± 11)	
Tipo de cirurgia		
Halsted		11 (50%)
Madden		7 (32%)
Patey		4 (18%)
Tempo de cirurgia		
Menos de 1 ano		6 (28%)
1 a 2 anos		8 (36%)

ISSN 2317-1316

2 a 3 anos		8 (36%)
Tratamento adjuvante		
Sim, já fiz radioterapia		6 (27%)
Sim, já fiz quimioterapia		4 (18%)
Não		12 (55%)
Histórico de tabagismo		
Sim, mas parou		2 (9%)
Não		20 (91%)
Doenças respiratórias		
Sim, com piora da dispneia		4 (18%)
Não		18 (82%)

Legenda: DP: desvio padrão; n: número absoluto; %: porcentagem (frequência relativa).

Sobre o acompanhamento fisioterapêutico às mulheres mastectomizadas (Tabela 2), teve-se variações de resposta quanto ao período em que ele foi realizado, já que grande parte não possuiu no pré-operatório (n=17; 78%), pouco mais que a metade teve acompanhamento na internação hospitalar (n=12; 55%), e a maioria foi encaminhada ao tratamento fisioterapêutico no pós-operatório/fase ambulatorial (n=16; 73%).

Tabela 2 – Acompanhamento fisioterapêutico (n= 22).

Variável	Sim n (%)	Não n (%)
No pré-operatório	5 (22%)	17 (78%)
Na internação hospitalar	12 (55%)	10 (45%)
Na fase ambulatorial	16 (73%)	6 (27%)

Legenda: n: número absoluto; %: porcentagem (frequência relativa).

Após a primeira seção do questionário, iniciou-se a quantificação das queixas respiratórias que elas tiveram durante a internação e o pós-alta hospitalar, sendo eles: dor torácica ventilatória-dependente, dispneia, dificuldade inspiratória e receio em tossir.

Na internação, referente a dor e o receio em tossir, teve-se unanimidade entre as participantes, em que todas apresentaram em algum momento da internação hospitalar (n=22; 100%). Acerca da dispneia, se formou maioria que afirmou ter apresentado o sintoma (n=16; 72%), já na dificuldade inspiratória os resultados se mostraram equilibrados entre sim e não

ISSN 2317-1316

(n=11; 50% para os dois). E no pós-alta somente a dor torácica (n=18; 82%) e a dispneia (n=17; 77%) foram relatadas como presentes. (Tabela 3).

Tabela 3 – Prevalência de queixas respiratórias (n= 22).

Variável	Sim n (%)	Não n (%)
Na internação hospitalar		
Dispneia	16 (72%)	6 (28%)
Dor ventilatória-dependente	22 (100%)	0 (0%)
Receio em tossir	22 (100%)	0 (0%)
Dificuldade Inspiratória	11 (50%)	11 (50%)
Pós-alta hospitalar		
Dispneia	17 (77%)	5 (23%)
Dor ventilatória-dependente	18 (82%)	4 (18%)
Receio em tossir	0 (0%)	22 (100%)
Dificuldade Inspiratória	0 (0%)	22 (100%)

Legenda: n: número absoluto; %: porcentagem (frequência relativa).

DISCUSSÃO

De acordo com o INCA (2022), a idade é um dos fatores de risco mais importantes para o câncer de mama, pois tem-se taxas de incidência mais elevadas acima dos 50 anos, corroborando com a média de 53 anos de idade encontrada no grupo abordado no presente estudo.

Outro dado importante encontrado no presente estudo foi a predominância da mastectomia radical de Halsted, que é relevante para compreender os sintomas respiratórios relatados, pois segundo alguns estudos (Abreu *et al*, 2014; Gesser *et al*, 2020; Simões *et al*, 2022), quanto maior a agressividade cirúrgica e a manipulação tecidual, maiores são os prejuízos à funcionalidade global, sendo que a escolha dessa técnica pode comprometer a estabilidade e a mobilidade do gradil costal, desequilibrando a sinergia entre a musculatura intercostal e o diafragma, podendo limitar uma expansibilidade pulmonar plena.

ISSN 2317-1316

Dito isto, conforme Gesser *et al*. (2020), pacientes submetidas a procedimentos invasivos apresentam uma redução de até 41% no volume da caixa torácica no lado operado, sendo assim, a ausência de suporte muscular e a presença de tecido cicatricial criam uma barreira física ao pulmão. Além da questão muscular, a cirurgia traz alterações posturais que agravam o quadro restritivo, como a aumento da postura cifótica e protusão dos ombros (por dor e perda de massa muscular), levando a uma diminuição do diâmetro anteroposterior da grade costal, reduzindo o espaço disponível para a expansão pulmonar (Santos *et al*, 2022). Tais referências podem justificar a presença das queixas respiratórias (como a dispneia, por exemplo) encontradas nesse estudo, já que todas as participantes as relataram em algum momento.

A dor torácica e o receio em tossir foram relatados por todas as participantes desta pesquisa, dados estes que corroboram com estudos (Bregagnol e Dias, 2010; Paulo, 2020), e são importantes de avaliar por atuarem como um fator limitante para a mecânica ventilatória, sendo que a maior intensidade da dor torácica no pós-operatório pode se correlacionar com a queda do Volume Expiratório Forçado (VEF1), induzindo a um padrão respiratório superficial ou apical, que pode impulsionar o impedimento da expansão adequada das bases pulmonares, e o receio em tossir favoreceria o acúmulo de secreções e o risco de atelectasias.

Embora a maioria da amostra não possuísse doenças respiratórias prévias, as que tiveram relataram uma piora da dispneia após o procedimento, o que de acordo com o estudo de Abreu *et al.* (2014), se justifica pelas alterações de força muscular respiratória e função pulmonar observadas depois da mastectomia, que na comparação feita entre pré-operatório e pós, constataram diminuição em todos os âmbitos na avaliação. Além de que, no estudo de Yoshimi *et al*. (2016), a presença de doenças respiratórias prévias às cirurgias torácicas aumenta os riscos de complicações respiratórias no pós-operatório.

Outro achado desse estudo foi que a maioria das mulheres não receberam acompanhamento fisioterapêutico no pré-operatório, entretanto, a maior parte delas tiveram contato com a fisioterapia na internação hospitalar e na fase ambulatorial. Esse dado é importante pois a intervenção precoce com exercícios englobando a manutenção ou melhora da amplitude de movimento, mobilizações articulares, alongamentos, fortalecimento progressivo e orientações posturais, favorecem a recuperação e diminuem limitações do membro superior após a mastectomia (Redemski *et al,* 2022; Chia *et al*, 2025; Casassola *et al*, 2020). Ademais, a fisioterapia poderia detectar possíveis disfunções respiratórias precocemente, possibilitando

ISSN 2317-1316

reduzir tanto complicações funcionais quanto respiratórias, além de contribuir para o retorno às atividades cotidianas (Abreu *et al*, 2014; Casassola *et al*, 2020).

Portanto, devido as queixas respiratórias relatadas nesse estudo, a atenção à mulher com câncer de mama deve englobar também a mecânica ventilatória, sendo interessante o trabalho da fisioterapia desde o pré-operatório, utilizando estratégias de expansão pulmonar e fortalecimento da musculatura respiratória para minimizar sequelas e promover recuperação funcional das pacientes. Contanto, apesar dos achados, o tamanho reduzido da amostra (pelo fator limitante da pesquisa ser a dificuldade de adesão ao questionário pelas mulheres mastectomizadas) sugere a necessidade de novos estudos que alcancem uma quantidade maior de mulheres, para constatar se em maior escala os resultados se mostrariam parecidos ou ter-se ia outras características de sintomas.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu identificar alta prevalência de queixas respiratórias em mulheres mastectomizadas, mostrando que as complicações do tratamento oncológico ultrapassam o âmbito da limitação de membro superior. Dentre as queixas observadas, as mais prevalentes durante a internação hospitalar foram a dor torácica ventilatória-dependente, dispneia e o receio em tossir, sendo que após esse período mantiveram-se prevalentes a dor e a dispneia.

5 DECLARAÇÃO DE USO DE IA

Não foram utilizadas ferramentas de IA no desenvolvimento desse artigo.

6 REFERÊNCIAS

Abreu APM, Endres D, Costa AB, Zanini SCC, Martini RR, Leguisama CP. Função Pulmonar e Força Muscular Respiratória em Pacientes Submetidas à Cirurgia Oncológica de Mama. Revista Brasileira de Cancerologia. 2014; 60: 151-57.

Baracho E, Oliveira C. Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018. Português.

ISSN 2317-1316

Bregagnol RK, Dias AS, Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. Revista brasileira de cancerologia 2010; 56(1):25-33. 14.

Casassola GM, Gonçalves GR, Stallbaum JH, Pivetta HMF, Braz MM. Intervenções fisioterapêuticas utilizadas na reabilitação funcional do membro superior de mulheres pós-mastectomia. [Internet]. Fisioterapia Brasil, 2020. [Acesso em 26 Mai 2026]. Disponível em: https://convergenceseditorial.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2786.

Chia Z, O'Brien M, Shortland J, Holmes HM, Giza D, Ngo-Huang A, Cheung KL, Parks RM. The influence of physical post-operative rehabilitation interventions to improve upper limb strength in women undergoing breast cancer surgery: A Systematic Review of the literature. Eur J Surg Oncol. 2025; 51(7):1083-99.

Gesser AF, Francisco DS, Peruzzolo CC, Honório GJS, Sperandio FF, Ferrazeane EP. Capacidade pulmonar e funcional no pós-operatório de mulheres submetidas à mastectomia: série de casos. Arq. Ciênc. Saúde Unipar [Internet]. 2020 [Acesso em 10 Mar 2026]. Disponível em: https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/7169

Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2022 [acesso em 05 Mai 2025]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no brasil.

Marx AG, Figueira PVG. Fisioterapia no Câncer de Mama. Barueri, SP: Manole, 2017. Português.

McNeely ML, Binkley JM, Pusic AL, Campbell KL, Gabram S, Soballe PW. A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: postoperative and postreconstructive issues. Cancer. 2012; 118 (S8):2226-36.

ISSN 2317-1316

Paulo RP. Complicações pulmonares em mulheres mastectomizadas e a eficácia da fisioterapia respiratória – Revisão da literatura [monografia]. Programa de Pós-graduação Lato Sensu em Saúde da Mulher; 2020.

Redemski T, Hamilton DG, Schuler S, Liang R, Michaleff ZA. Rehabilitation for Women Undergoing Breast Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Early, Unrestricted Exercise Programs on Upper Limb Function. Clin Breast Cancer. 2022; 22(7):650-65.

Santos AIS, Zilse EO, Caixeta FLV. Avaliação postural e da força muscular respiratória em pacientes submetidas à mastectomia: um estudo piloto [Monografia]. Brasília: Programa de Iniciação Científica do Centro Universitário de Brasília; 2022.

Simões IMO, Barrile SR, Gimenes C, Bortolli TT, Conti MH, Martinelli B. alterações musculoesquelética, cardiorrespiratória, antropométrica e sensorial após cirurgia de câncer de mama. [Internet]. Fisioterap. Mov., 2022. [Acesso em 20 Mar 2026]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/fm/a/8qLBsb3sQP4LDkRf8yCNHYr/?lang=pt&hl=pt-BR

Vinolo-Gil MJ, Martín-Valero R, Martín-Vega FJ, Rodríguez-Huguet M, Perez Cabezas V, Gonzalez-Medina G. Respiratory Physiotherapy Intervention Strategies in the Sequelae of Breast Cancer Treatment: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(7):3800.

Winick L, Robbins GF. The post-mastectomy rehabilitation group program. Structure, procedure, and population demography. Am. J. Surg. 1976; 132: 599–602.

Xavier TT, Torre GV, Rocha VM. Dor pós-operatória: características quanti qualitativa relacionadas à toracotomia póstero-lateral e esternotomia. Acta Cirúrgica Brasileira. 2005; 20: 63.

ISSN 2317-1316

Yoshimi K, Oh S, Suzuki K, Kodama Y, Sekiya M, Seyama K, Fukuchi Y. Impact of Airflow Limitation on Comorbidities and Postoperative Complications in Patients Undergoing Thoracic Surgery: A Retrospective Observational Study. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2016; 22(3):146-52.