

Análise da dor crônica em mulheres pós mastectomia com ou sem radioterapia

Analysis of chronic pain in women after mastectomy with or without radiotherapy

Sabrina Orlandi Barbieri, Camila Laís Menegazzi Giongo, Francine Coutinho Maia de Castro, Gustavo Nascimento Petter, Hedioneia Maria Foletto Pivetta, Melissa Medeiros Braz

Resumo:

Objetivo: Analisar as taxas de mortalidade e a distribuição da morbimortalidade. **Objetivo:** Comparar as características da dor crônica em mulheres que realizaram cirurgia para o câncer de mama e que receberam ou não radioterapia. **Métodos:** Foi realizado um estudo de abordagem quantitativa e caráter transversal. A amostra foi dividida em 2 grupos: mulheres que fizeram mastectomia e radioterapia (GR = 8) e mulheres que fizeram apenas mastectomia (GNR = 9), após, no mínimo, três meses de pós-operatório. Foram aplicados os seguintes instrumentos: ficha de avaliação, questionário McGill, Mapa Corporal, Escala Visual Analógica, além da mensuração da perimetria. **Resultados:** A dor esteve presente em 94,11% das participantes, sendo que em ambos os grupos a dor teve início após a cirurgia, com frequência diária e com pouca duração. Os movimentos de empurrar e puxar foram citados por 75% das participantes do GR como causadores da dor, já no GNR o movimento de alcançar foi o mais citado (44%). Em relação à sensibilidade, a região lateral do tórax foi significativamente diferente entre os grupos. Quanto ao questionário McGill foi observada dor de baixa intensidade para ambos os grupos e quanto aos descritores os mais utilizados foram cansativa (87,50%), chata (75%), enjoada (62,50%), amedrontadora (62,50%) e repuxa (62,50%) para o GR e fisgada (77,77%), agulhada (66,66%), cansativa (66,66%), enjoada (66,66%), amedrontadora (66,66%), castigante (66,66%) e miserável (66,66%) para o GNR. **Conclusão:** A dor crônica após o tratamento do câncer de mama apresentou alta ocorrência para ambos os grupos. Embora de baixa intensidade, a dor afetava a realização de movimentos e atividades de vida diária. Desta forma, são necessários cuidados para alívio da dor considerando-se suas especificidades.

Palavras-chave: Neoplasias da mama; Dor crônica; Mastectomia; Radioterapia; Fisioterapia.

Abstract:

Objective: To compare the characteristics of chronic pain in women who underwent surgery for breast cancer and who received or not radiotherapy. **Methods:** A study with a quantitative approach and transversal character was carried out. The sample was divided into 2 groups: women who underwent mastectomy and radiotherapy (GR = 8) and women who underwent mastectomy only (GNR = 9), after at least three months postoperatively. The following instruments were applied: evaluation form, McGill questionnaire, Body Map, Visual Analogue Scale, in addition to the measurement of perimetry. **Results:** Pain was present in 94.11% of the participants, and in both groups the pain started after the surgery, with daily frequency and short duration. The pushing and pulling movements were cited by 75% of the participants of the RG as causing pain, in the GNR, the reaching movement was the most cited (44%). Regarding sensitivity, the lateral region of the chest was significantly different between the groups. As for the McGill questionnaire, low intensity pain was observed for both groups and the most used descriptors were tiring (87.50%), boring (75%), nauseated (62.50%), frightening (62.50%) and pulling (62.50%) for the RG and hooked (77.77%), needling (66.66%), tiring (66.66%), nauseated (66.66%), frightening (66.66%), punishing (66.66%) and miserable (66.66%) for the GNR. **Conclusion:** Chronic pain after breast cancer treatment was high in both groups. Although of low intensity, the pain affected the performance of movements and activities of daily living. Thus, care is needed to relieve pain, considering its specificities.

Keywords: Breast neoplasms; Chronic pain; Mastectomy; Radiotherapy; Physiotherapy.

Como citar este artigo:
Barbieri, S. O.; Giongo, C. L. M.; MAIA, F. C.; Petter, G. N.; Pivetta, H. M. F.; Braz, M. M. Análise Da Dor Crônica Em Mulheres Pós Mastectomia Com Ou Sem Radioterapia. Revista Saúde (Sta. Maria). 2023; 49.

Autor correspondente:
Nome: Sabrina Orlandi Barbieri
E-mail: bina-orlandi@hotmail.com
Formação: Fisioterapeuta
Filiação: Universidade Federal de Santa Maria

Endereço: Bairro: centro
Rua: Rua Riachuelo nº145
apto 302 CEP: 9705001

Data de Submissão:
22/10/2022

Data de aceite:
22/03/2023

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse

DOI: 10.5902/223658372066



INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, excetuando-se o câncer de pele não melanoma, sendo o mais incidente em todas as 5 regiões. Para cada ano do triênio 2020-2022, estimam-se cerca de 66.280 novos casos de câncer de mama no Brasil¹. O tratamento depende do estadiamento da doença, do tipo histológico e do padrão imuno-histoquímico do tumor e se constitui principalmente por cirurgia (sendo a mastectomia uma das cirurgias mais comumente utilizada)², quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia^{1,3}.

Em relação ao tratamento cirúrgico, a mastectomia é uma das cirurgias mais comuns, e por ser um tratamento agressivo pode causar inúmeras complicações pós-operatórias², sendo mais comuns os relatos de dor crônica associada a esse tipo de tratamento^{4,5}, que pode ser de origem nociceptiva (somática ou visceral), neuropática (central ou periférica) ou psicogênica^{6,7}. Já a radioterapia promove uma lesão local que pode ocasionar alterações crônicas no tecido mamário, nervos e vasos locais, como radiodermite, fibrose e ulcerações, que podem provocar dor e neuropatia^{4,5}. Assim, a dor de origem neuropática está comumente relacionada à radioterapia, pois a irradiação lesa os nervos sensitivos periféricos⁵.

A International Association for the Study of Pain (IASP) definiu a Síndrome da Dor Pós-Mastectomia (PMPS) como sensações ardentes e dolorosas que envolvem a parte anterior do tórax, a axila e/ou metade superior do braço, iniciando após a mastectomia⁸ que persiste por mais de 3 meses após a cirurgia⁹. É uma comorbidade que afeta cerca de 36% das pacientes submetidas a este procedimento⁹.

A PMPS é um tipo de dor crônica, contínua e recorrente, causa de incapacidades funcionais e sofrimentos psicológicos⁸. Além disso, é descrita predominantemente como uma condição neuropática, por lesão do nervo intercostobraquial⁹. No entanto, outros mecanismos como trauma intraoperatório, complicações pós-operatórias, quimioterapia, radioterapia, ambiente emocional e psicossocial, fatores de risco genéticos para o desenvolvimento de dor crônica, bem como uma resposta inflamatória persistente, podem contribuir para essa condição^{4,10,11}.

Considerando o impacto da dor e o papel do fisioterapeuta no controle da mesma, torna-se importante conhecer as características da dor em questão, bem como seus me-

canismos desencadeantes.

Em face do exposto, esta pesquisa visa comparar as características da dor crônica em mulheres que realizaram cirurgia para o câncer de mama e que receberam ou não radioterapia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa observacional, descritiva, de caráter transversal e abordagem quantitativa com 17 mulheres pós-mastectomia que realizaram (GR = 8) ou não radioterapia (GNR = 9), cujo acompanhamento oncológico foi realizado em um hospital escola de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, sendo a coleta de dados efetuada entre julho de 2019 a novembro de 2020.

Foram incluídas mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, após, no mínimo, três meses de pós-operatório, com ou sem reconstrução mamária, com ou sem radioterapia. Foram excluídos homens; reintervenções cirúrgicas, mulheres submetidas a mastectomias bilaterais, cirurgias conservadoras ou à mastectomia profilática. Também foram excluídas gestantes, mulheres que realizaram reconstrução mamária com retalhos mio-cutâneos, em tratamento quimioterápico no momento da coleta de dados, com recidivas locais, metástases, linfedema e que possuíam patologias osteomusculares e reumáticos de cintura escapular previamente diagnosticadas. Além disso, foram excluídas mulheres impossibilitadas de responder aos questionários por fatores auto ou alopsíquicos pesquisados em prontuário.

O cálculo amostral foi estimado para obtenção de um nível de significância (alfa) de 5% e poder (beta) de 95%. A avaliação da dor foi realizada com uma amostra de 8 sujeitos em cada grupo, baseando-se nos resultados de Bezerra et al. (2012)¹², considerando os escores obtidos na dor pelo Questionário da dor de McGill como desfecho primário.

A pesquisa foi realizada após aprovação do CEP institucional (3.152.026). As mulheres foram abordadas no Ambulatório de Fisioterapia do hospital escola e em um grupo de apoio a mulheres com câncer de mama e informadas sobre o conteúdo da pesquisa e seu procedimento. Elas foram devidamente orientadas sobre os questionários a serem aplicados, sendo explicados os riscos e benefícios da pesquisa. Os dados foram coletados no ambulatório de Fisioterapia em horário previamente agendado.

Foram utilizados cinco instrumentos, sendo o primeiro uma ficha de identificação e de avaliação da dor, contemplando dados como idade, peso e altura autorrelatados (para cálculo do IMC), estado civil, escolaridade, tipo de câncer, frequência da dor, baseada em Ferreira¹³. Em seguida, foi realizada a mensuração da perimetria dos membros superiores da paciente, para detecção de um possível linfedema, fator de exclusão desta pesquisa. A mensuração foi realizada com fita métrica nos dois membros superiores, utilizando o olecrano como ponto de referência, com medidas a cada 5cm. Foi considerado linfedema mais de um ponto com 2,5cm de diferença entre os membros¹⁴.

Imediatamente após, foi aplicado o questionário McGill. Esta escala foi criada por Melzack¹⁵, e adaptada para o Brasil^{16,17} a fim de identificar as características/tipos da dor. O questionário é autorrelatado, composto por quatro categorias divididas em vinte questões, sendo dez referentes à dor do tipo sensorial (que avalia propriedades mecânicas, térmicas, de vividez e espaciais da dor) cinco referentes à dor do tipo afetiva (aspectos de tensão, medo e respostas neurovegetativas), uma referente à dor do tipo avaliativa (avalia a dor de forma global) e quatro referentes à dor do tipo miscelânea (mista)¹⁶. Cada uma das vinte questões possui subitem (mínimo dois e máximo seis) devendo ser assinalado apenas um subitem de cada questão, o que mais se adequava à descrição da dor atual. A pontuação final poderia variar de 1 a 78, sendo que pontuações baixas indicam uma dor mais branda, enquanto pontuações elevadas estão relacionadas a uma dor mais intensa. O instrumento não possui ponto de corte.

Por fim foi apresentado um Mapa Corporal para que a mulher localizasse a(s) região(ões) do corpo em que sentiam dor e a Escala Visual Analógica (EVA), uma linha variando de 0 a 10, para mensurar a intensidade desta dor. Os instrumentos foram aplicados no mesmo dia e pela mesma pesquisadora.

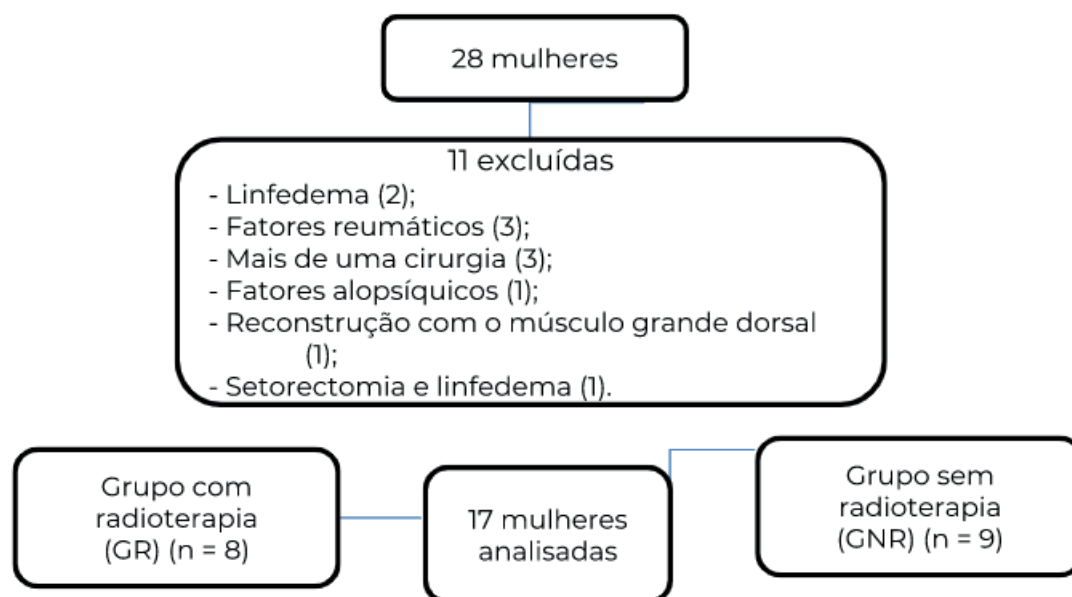
Os dados foram analisados pela estatística descritiva, seguida do teste de normalidade de Shapiro-Wilk. As variáveis contínuas paramétricas foram comparadas pelo Teste t de Student bicaudal para amostras independentes, já as não-paramétricas foram pelo Teste U de Mann-Whitney. Para variáveis categóricas foi utilizado o Teste de Qui-Quadrado. O nível de significância adotado foi de 0,05 para todos os testes.

RESULTADOS

Participaram do estudo 17 mulheres, divididas em dois grupos: com radioterapia (GR

= 8) e sem radioterapia (GNR = 9), cujos dados são apresentados na figura 1.

Figura 1 - Fluxograma dos critérios de elegibilidade



A tabela 1 apresenta os dados de identificação e de tratamentos oncológicos. Ambos os grupos foram homogêneos em relação a todas as características avaliadas com exceção do tempo de cirurgia.

Tabela 1. Dados de identificação e tratamentos oncológicos das mulheres mastectomizadas com (GR) (n=8) e sem radioterapia (GNR) (n=9), em média, desvio padrão e p.

	Grupo GR	Grupo GNR	p
Idade	58,13(+9,54)	54,33(+9,00)	0,412
IMC			0,342
Fútróficas	6 (75,00%)	4 (44,44%)	
Sobrepeso	1 (12,50%)	4 (44,44%)	
Obesidade	1 (12,50%)	1 (11,11%)	
Cor/Raça			0,471
Branca	7 (87,50%)	9 (100%)	
Preta	1 (12,50%)	0 (0%)	
Escolaridade			0,684
Ensino Fundamental Incompleto	2 (25,00%)	1 (11,11%)	
Ensino Fundamental Completo	0 (0%)	1 (11,11%)	
Ensino Médio Incompleto	0 (0%)	1 (11,1%)	
Ensino Médio Completo	4 (50,00%)	4 (44,50%)	
Ensino Superior Completo	2 (25,00%)	2 (22,22%)	
Renda/pessoa			0,373
< 1 salário mínimo	2 (25,00%)	1 (11,11%)	
1 a 3 salários mínimos	5 (62,50%)	8 (88,89%)	
3 ou mais salários mínimos	1 (12,50%)	0 (0%)	
Situação Conjugal			0,350
Com Companheiro	5 (62,50%)	7 (77,88%)	
Sem companheiro	3 (37,50%)	2 (22,22%)	

Tipo de câncer			0,624
Carcinoma ductal in situ	0 (0%)	1 (11,11%)	
Carcinoma lobular in situ	7 (87,50%)	7 (77,78%)	
Carcinoma lobular invasivo	1 (12,50%)	1 (11,11%)	
Tempo da cirurgia			0,034*
3 meses a 1 ano	0 (0%)	5 (55,56%)	
1 a 5 anos	7 (87,50%)	4 (44,44%)	
> 5 anos	1 (12,50%)	0 (0%)	
Tempo de término da RT			
> 1 ano	7 (87,50%)		
< 1 ano	1 (12,50%)		
Não realizou	0 (0%)	(100%)	
Reconstrução mamária			0,999
Prótese de silicone	4 (50,00%)	4 (44,44%)	
Expansor	1 (12,50%)	1 (11,11%)	
Não realizou	3 (37,50%)	4 (44,44%)	
Quimioterapia	7 (87,50%)	4 (44,44%)	0,131

Diferença entre os grupos IMC = Índice de Massa Corporal

Os dois grupos foram constituídos predominantemente por mulheres adultas, eutróficas, brancas e com companheiro. Ademais, observou-se que o GR havia realizado a cirurgia há mais tempo que o GNR (1 a 5 anos versus 3 meses a 1 ano). Quanto a RT, 87,50% do grupo, havia terminado há 1 ano. A tabela 2 apresenta as características da dor das mulheres pós-mastectomia com e sem RT.

Tabela 2. Características da dor de mulheres pós-mastectomia com (GR, n=8) e sem radioterapia (GNR, n=9), em número absoluto (n), percentual (%) e p.

	GR	GNR	p
Dor	8 (100%)	8 (88,89%)	
Início			0,258
Antes da cirurgia	0 (0%)	2 (22,22%)	
Após a cirurgia	7 (87,50%)	6 (66,67%)	
Após RT	1 (12,50%)	0 (0%)	
Não possui	0 (0%)	1 (11,11%)	
Deixaram de trabalhar	3 (37,50%)	0 (0%)	0,082
Frequência			0,207
Diária	3 (37,50%)	7 (77,78%)	
a cada 2 - 3 dias	2 (25,00%)	0 (0%)	
semanal	1 (12,50%)	0 (0%)	
outra	2 (25,00%)	1 (11,11%)	
não possui	0 (0%)	1 (11,11%)	
Duração			0,687
Constante	2 (25,00%)	3 (33,33%)	
<1h	4 (50,00%)	4 (44,44%)	
De 1 a 3h	2 (25,00%)	1 (11,11%)	
Não possui	0 (0%)	1 (11,11%)	
Predomínio			0,501
manhã	1 (12,50%)	0 (0%)	
tarde	1 (12,50%)	0 (0%)	
noite	2 (25,00%)	2 (22,22%)	
não há	4 (50,00%)	6 (66,67%)	
não possui	0 (0%)	1 (11,11%)	

Insônia associada a dor	1 (12,50%)	2 (22,22%)	0,508
Deixar de sair			0,365
às vezes	1 (12,50%)	0 (0%)	
nunca	7 (87,50%)	8 (88,89%)	
não possui dor	0 (0%)	1 (11,11%)	
Sentimento depressivo pela dor			0,516
sempre	1 (12,50%)	0 (0%)	
às vezes	1 (12,50%)	2 (22,22%)	
nunca	6 (75,00%)	6 (66,67%)	
não possui	0 (0%)	1 (11,11%)	
Fatores psicológicos envolvidos			0,198
Sim	2 (25,00%)	0 (0%)	
Não	6 (75,00%)	8 (88,89%)	
Não possui dor	0 (0%)	1 (11,11%)	
Piora com o movimento			0,700
sempre	2 (25%)	1 (11,11%)	
às vezes	3 (37,50%)	3 (33,33%)	
nunca	3 (37,50%)	4 (44,44%)	
não possui dor	0 (0%)	1 (11,11%)	
Dor ao Alcançar	5 (62,50%)	4 (44,44%)	0,549
Dor ao Apoiar	5 (62,50%)	1 (11,11%)	0,073
Dor ao Empurrar	6 (75%)	2 (22,22%)	0,084
Dor ao Puxar	6 (75%)	3 (33,33%)	0,198
Dor Abaixar	3 (37,50%)	2 (22,22%)	0,539
Fez fisioterapia	7 (87,50%)	8 (88,89%)	0,999
Faz exercício físico	5 (62,50%)	6 (66,67%)	0,999
Exercício piora a dor			0,273
às vezes	4 (50%)	2 (22,22%)	
nunca	1 (12,50%)	3 (33,33%)	
não possui dor	0 (0%)	1 (11,11%)	
Alteração de Sensibilidade			
Região interna do braço	4 (50%)	2 (22,22%)	0,287
Oco axilar	4 (50%)	5 (55,55%)	0,815
Região lateral do tórax	5 (62,5%)	5 (55,55%)	0,994

Observou-se que 94,12% das participantes apresentou dor, sendo que em ambos os grupos a dor teve início após a cirurgia, com frequência diária e com duração menor que uma hora não havendo um período predominante. No GR os movimentos de empurrar e puxar foram apontados por 75% das mulheres como causadores da dor, já no GNR o movimento de alcançar foi o mais citado (44,44%).

Em relação à alteração de sensibilidade, as pacientes poderiam referir mais de um local acometido. A lateral do tórax (62,5%) foi a região mais escolhida pelo GR, enquanto que para o GNR as regiões mais afetadas foram lateral do tórax (55,55%) e axila (55,55%). A tabela 3 apresenta a intensidade da dor, de acordo com as regiões, avaliada pela EVA.

Tabela 3. Intensidade da dor (EVA) de acordo com a distribuição regional, em média, desvio padrão e p.

	GR	GNR	p
Axila	3,60 (±1,52)	6,40 (±3,21)	0,165
Região lateral do tórax	3,00 (±0,71)	6,00 (±2,92)	0,048*
Região interna do braço	2,50 (±0,71)	7,00 (±1,41)	0,667
Outra	5,67 (±3,21)	3,00 (±3,00)	0,800

EVA: escala visual analógica.

Outra: entre as escápulas, ombros.

GR: com radioterapia; GNR: sem radioterapia.

* Diferença entre os grupos.

Observou-se diferença entre os grupos quanto à intensidade de dor na região lateral do tórax (maior no GNR). A região interna do braço e axila, para o GNR, e outras e axila, para o GR, foram apontadas como locais de maior intensidade de dor. A tabela 4 apresenta as características da dor segundo o questionário McGill.

Tabela 4. Índice da dor e descritores de McGill, em meio de média, desvio padrão e p.

Descritores	GR	GNR	p
Escore total	12,00 (±5,95)	13,33 (± 8,62)	0,606
Sensorial	6,00 (±3,46)	6,78 (±3,96)	0,743
Afetivo	2,50 (±1,60)	3,33 (±2,50)	0,606
Avaliativo	1,00 (±0,00)	0,78 (0,44)	0,481
Miscelânea	2,50 (±1,41)	2,44 (±1,94)	0,815
Índice da dor	GR	GNR	p
Escore total	20,75 (±10,33)	22,00 (±13,73)	0,837
Sensorial	11,63 (±6,44)	13,11 (±7,41)	0,667
Afetivo	2,88 (±2,42)	3,33 (±2,50)	0,815
Avaliativo	1,38 (±0,74)	1,44 (± 0,88)	0,606
Miscelânea	4,88 (±3,00)	5,22 (±4,60)	0,858

GR: com radioterapia; GNR: sem radioterapia

Em relação ao questionário McGill, em ambos os grupos pôde-se observar dor de baixa intensidade (GR = 20,75 ±10,33 versus GNR = 22,00 ±13,73). Os descritores mais usados pelo GR, relativos a características da dor, foram cansativa (87,5%), chata (75%), enjoada (62,5%) amedrontadora (62,5%) e repuxa (62,5%), enquanto para o GNR foram fígada (77,77%), agulhada (66,66%), cansativa (66,66%) enjoada (66,66%), amedrontadora (66,66%), castigante (66,66%) e miserável (66,66%). Não houve diferença entre os grupos em relação aos descritores e índice da dor. Os índices com maior média foram sensorial, miscelânea e afetivo, para ambos os grupos.

DISCUSSÃO

O presente estudo comparou as características da dor crônica em mulheres que reali-

zaram cirurgia para o câncer de mama e que receberam ou não radioterapia, em relação à sua distribuição e intensidade. Foi encontrada uma amostra caracterizada, em média, por mulheres adultas, brancas, com companheiro e eutróficas. Observou-se alta ocorrência de dor nos dois grupos, sendo que no GR 100% das pesquisadas se queixavam de dor e no GNR, 88,89%.

O estudo de Cui e colaboradores⁹ também avaliou a presença de PMPS e encontrou maior ocorrência em pacientes mais jovens comparadas às que não apresentavam PMPS ($50,5 \pm 10,4$ vs $53,5 \pm 11,1$) e afirmou que tumores em pacientes jovens são mais agressivos e, por isso, levam a sintomas mais adversos, o que resulta em tratamentos cirúrgicos e adjuvantes mais invasivos para melhorar o prognóstico. Ele também sugere que a ansiedade quanto ao pior prognóstico possa levar ao desenvolvimento de PMPS. Sabe-se que a ansiedade está intimamente associada à dor em diferentes situações clínicas, porém no atual estudo as participantes não referiam se sentir ansiosas nem depressivas. Isso pode ser explicado, possivelmente, pela idade das pacientes.

Estudo de Langford¹⁰ encontrou diferenças significativas em renda familiar anual e IMC de acordo com a intensidade da dor em 398 sobreviventes do câncer de mama com dor crônica. A dor foi mais severa em mulheres com menor renda e maior IMC comparadas às que apresentavam dor leve, o que vai de encontro a essa pesquisa, na qual a amostra apresentou IMC eutrófico e renda de 1 a 3 salários mínimos, com índices de dor leve a moderado.

Juhl e colaboradores⁴ apresentaram o IMC maior que 30 como um fator de risco para a intensidade da PMPS. Considerando que no presente estudo as mulheres apresentavam IMC inferior, isso pode ter sido um dos fatores que contribuíram para a menor intensidade da dor.

Ainda, em relação à data da cirurgia, a maioria do GR realizou o procedimento de 1 a 5 anos, já o GNR de 3 meses a 1 ano. Bruce et al.¹⁸ realizaram o seguimento de mulheres com PMPS e encontraram que 68% das mulheres relataram dor após 4 meses de cirurgia e 63% após 9 meses. Analisando os fatores associados à permanência da dor, encontraram maior vulnerabilidade psicológica pré-operatória, bem como maiores escores de dor aguda em repouso na primeira semana de pós-operatório, não encontrando relação com a radioterapia para a persistência da dor.

Em ambos os grupos desta pesquisa a dor teve início após a cirurgia, com frequência diária, pequena duração e sem períodos específicos. De acordo com Costa e Chaves⁶ a sensação de dor constante apresenta como consequência a perda de energia e de amigos e convívio social. A dor não aliviada pode gerar ansiedade e sintomas depressivos, agravando tais perdas e prejudicando as funções cognitivas, as atividades diárias e sociais e o sono, que pode ser interrompido pela dor. No entanto, na presente pesquisa, as mulheres não relataram insônia, depressão, fatores psicológicos ou deixar de sair por causa da dor. Sugere-se que isto tenha ocorrido pela baixa intensidade da dor e por terem feito acompanhamento fisioterapêutico.

O estudo de Lundstedt¹⁹, realizado com 1187 mulheres com câncer de mama que participaram de um estudo multicêntrico, relatou que a frequência e a intensidade da dor foram maiores nas pacientes submetidas à radioterapia e cirurgia se comparadas às pacientes que só realizaram cirurgia, resultado semelhante ao encontrado no atual estudo. Ainda, as pacientes apresentaram alterações de sensibilidade, como alodínia e disestesia, que perdurou ao longo dos 17 anos de acompanhamento do estudo. Juhl e colaboradores⁴ atribuem a dor crônica pós-mastectomia, em parte, à aderência cicatricial, o que pode estar relacionado à dor nociceptiva e não neuropática. A associação entre PMPS e mais procedimentos axilares extensos também podem ser explicada, em parte, pela extensão do procedimento, e não ser necessariamente a danos ao nervo intercostobraquial. Para Bennett⁵, a dor pós radioterapia está relacionada a lesões teciduais (Sistema Nervoso, pele e tecidos moles), o que pode ser explicado pela toxicidade tecidual, especialmente tardia. Esses fatores podem estar relacionados à queixa do GR em relação aos movimentos, com piora da dor com alcançar, apoiar, empurrar e puxar, bem como com o exercício, que piora a dor às vezes.

Para o GR, a lateral do tórax (62,5%) foi apontada como região com maior sensibilidade. Já para o GNR, foram lateral do tórax (55,55%) e axila (55,55%). Em estudos como o de Bennett⁵ e Juhl⁴, as alterações de sensibilidade ocorridas após o tratamento do CA de mama geralmente parecem estar associadas à lesão do nervo intercostobraquial durante a cirurgia e/ou como resultado do uso de terapêuticas complementares como a radioterapia.

Quanto à intensidade da dor, avaliada através da EVA, a região da axila GR = 3,60 (\pm 1,52)

foi a que mais pontuou (após “outros”) enquanto que para o GNR = 7,00 ($\pm 1,41$) foi a região interna do braço, corroborando com os estudos de Juhl (24,5%)⁴ e Cui (43,4%)⁹ os quais a região da axila foi a mais acometida. No estudo de Gong²⁰ a dor ocorreu com frequência na axila ipsilateral (63,6%), seguida pela parede torácica ipsilateral (43,4%), que no presente estudo foi a região mais significativa. A frequência de dor nessas regiões pode ser explicada pela abordagem cirúrgica, radioterapia e pela dissecação dos linfonodos axilares^{4,5}.

A intensidade da dor foi relatada como baixa no GR e intermediária no GNR pela EVA. Não houve diferença entre os grupos em relação aos descritores e índice da dor. Os descritores e índice com maior média foram sensorial em primeiro lugar e miscelânea em segundo. Já Juhl e colaboradores⁴ observaram dor de intensidade moderada em 50% das pacientes que relataram dor persistente, enquanto 34,0% relataram dor leve e 16,0% dor intensa. De todos os pacientes que relataram dor persistente, 58,0% relataram sentir dor todos os dias ou quase todos os dias, 20,0% relataram sentir dor de 1 a 3 vezes por semana e 22,0% relataram sentir dor menos de uma vez por semana. Foi observada uma correlação positiva moderada, mas altamente significativa, entre a intensidade e a frequência da dor ($r_s = 0,37$, $p < 0,001$). O estudo de Rodriguez²¹ foi semelhante, 69% relataram dor moderada a intensa (em um nível de 5 ou superior em uma escala de 0-10). Quanto à frequência ou constância da dor, 68% dos pacientes relataram estar em um nível 5 ou superior segundo a Escala de sintomas de câncer (CSS) que varia de 1 a 10. Além disso, 61% dos participantes indicaram que a dor causou interferência moderada a intensa nas

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi observada alta ocorrência de dor crônica nas mulheres que realizaram cirurgia para o câncer de mama (100% no GR e 88,89% no GNR), com frequência diária, sem período predominante.

Não houve diferença significativa entre as variáveis da dor, o que sugere que a radioterapia, isoladamente, parece não gerar maiores repercussões sobre a dor. Entretanto, verificou-se que o GR apresentou mais dor na região lateral do tórax, compatível com o plastrão, local que recebe radiação.

A dor crônica é, ainda, muito negligenciada quando pensamos em pacientes com câncer de mama²⁰. Entretanto, destaca-se que a sua investigação pode trazer melhor en-

tendimento sobre as opções de tratamento fisioterapêutico, para alívio da dor e melhora da funcionalidade, que pode estar comprometida pela dor.

Algumas limitações do estudo atual devem ser reconhecidas, como a falta de avaliação das pacientes no período pré-operatório ou da biópsia. Por fim, destaca-se a importância de mais estudos sobre o tema, para compreender melhor os mecanismos da dor crônica, bem como possíveis tratamentos.

REFERÊNCIAS

1. Inca. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>>. Acesso em 22 de junho 2021.
2. Vieira RA da C, Silva FCB da, Biller G, Silva JJ da, Paiva CE, Sarri AJ. Instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa das sequelas relacionadas ao tratamento do câncer de mama. Rev Bras Mastol [Internet]. 2016 Sep;26(3):126–32. Available from: http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2016/06/MAS_v26n3_126-132.pdf
3. Kucuk E, Bayraktar-Ekincioglu A, Erman M, Kilickap S. Drug-related problems with targeted/immunotherapies at an oncology outpatient clinic. J Oncol Pharm Pract [Internet]. 2020 Apr 25;26(3):595–602. Available from: <https://doi.org/10.1177/1078155219861679>
4. Juhl AA, Christiansen P, Damsgaard TE. Persistent Pain after Breast Cancer Treatment: A Questionnaire-Based Study on the Prevalence, Associated Treatment Variables, and Pain Type. J Breast Cancer [Internet]. 2016;19(4):447. Available from: <https://ejbc.kr/DOIx.php?id=10.4048/jbc.2016.19.4.447>
5. Bennett M I., Kaasa S, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: functioning properties of chronic pain. Pain [Internet]. 2019 Jan;160(1):88–94. Available from: <https://journals.lww.com/00006396-201901000-00012>
6. Costa AIS, Chaves MD. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimio-

rápico. Rev Dor [Internet]. 2012 Mar;13(1):45–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-001320120001000008&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

7. Varandas, CMB. Fisiopatologia da Dor. [master's thesis]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2013. 79 p. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3955/3/CI%C3%A1udiaVarandasPPG.pdf>>. Acesso em: 24 junho 2021.

8. IASP. International Association for the Study of Pain. Task Force on Taxonomy - Classification of Chronic Pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms, 2 Ed. Seattle, IASP, 1994.

9. Cui L, Fan P, Qiu C, Hong Y. Single institution analysis of incidence and risk factors for post-mastectomy pain syndrome. Sci Rep [Internet]. 2018 Dec 31;8(1):11494. Available from: <http://www.nature.com/articles/s41598-018-29946-x>

10. Langford DJ, Paul SM, West C, Levine JD, Hamolsky D, Elboim C, et al. Persistent Breast Pain Following Breast Cancer Surgery Is Associated With Persistent Sensory Changes, Pain Interference, and Functional Impairments. J Pain [Internet]. 2014 Dec;15(12):1227–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2014.08.014>

11. Tait RC, Zoberi K, Ferguson M, Levenhagen K, Luebbert RA, Rowland K, et al. Persistent Post-Mastectomy Pain: Risk Factors and Current Approaches to Treatment. J Pain [Internet]. 2018 Dec;19(12):1367–83. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.06.002>

12. Bezerra TS, Rett MT, Mendonça ACR, Santos DE dos, Prado VM, DeSantana JM. Hipoestesia, dor e incapacidade no membro superior após radioterapia adjuvante no tratamento para câncer de mama. Revista Dor [Internet]. 2012 Dec;13(4):320–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-001320120004000003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

13. Ferreira, VTK. Caracterização da dor em mulheres com câncer de mama pós-tratamento. [master's thesis]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2009.86 p. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-18082009-123255/pt-br.php>
14. Bergmann A, Mattos IE, Koifman RJ. Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2004 Dec 31;50(4):311–20. Available from: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/2007>
15. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. Pain [Internet]. 1975 Sep;1(3):277–99. Available from: <http://journals.lww.com/00006396-197509000-00006>
16. Pimenta CA de M, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 1996 Dec;30(3):473–83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341996000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
17. Varoli FK, Pedrazzi V. Adapted version of the mcgill pain questionnaire to Brazilian Portuguese. Braz Dent J [Internet]. 2006;17(4):328–35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-64402006000400012&lng=en&tlng=en
18. Bruce J, Thornton AJ, Powell R, Johnston M, Wells M, Heys SD, et al. Psychological, surgical, and sociodemographic predictors of pain outcomes after breast cancer surgery: A population-based cohort study. Pain [Internet]. 2014 Feb;155(2):232–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.09.028>
19. Lundstedt D, Gustafsson M, Malmström P, Johansson K-A, Alsadius D, Sundberg A, et al. Symptoms 10–17 years after breast cancer radiotherapy data from the randomised SWEBCC91-RT trial. Radiother Oncol [Internet]. 2010 Nov;97(2):281–7. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.radonc.2010.09.018>

20. Gong Y, Tan Q, Qin Q, Wei C. Prevalence of postmastectomy pain syndrome and associated risk factors. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2020 May 15;99(20):e19834. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/MD.00000000000019834>

21. Rodriguez C, Ji M, Wang H-L, Padhya T, McMillan SC. Cancer Pain and Quality of Life. *J Hosp Palliat Nurs* [Internet]. 2019 Apr;21(2):116–23. Available from: <https://journals.lww.com/00129191-201904000-00004>