

Caracterização da dor em mulheres após tratamento do câncer de mama

Characterization of pain in women after breast cancer treatment

Caracterización del dolor en mujeres después del tratamiento del cáncer de mama

Vânia Tie Koga Ferreira¹
 Maria Antonieta Spinoso Prado¹
 Marislei Sanches Panobianco¹
 Thais de Oliveira Gozzo¹
 Ana Maria de Almeida¹

1. Universidade de São Paulo.
 Ribeirão Preto - SP, Brasil.

RESUMO

Este estudo pretendeu caracterizar e localizar a dor nas mulheres submetidas ao tratamento por câncer de mama. Estudo de caráter exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, pelas medidas de tendência central e percentual. Pesquisa desenvolvida no Núcleo de Ensino e Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas com 30 mulheres. Os dados foram coletados no período de fevereiro a agosto de 2008, por meio de instrumento contendo variáveis capazes de caracterizar e localizar a dor, e foram tratados por meio de média, mediana, moda e desvio-padrão e percentual. Destacou-se que 56,7% mulheres referiram que a dor é diária, 46,7% mulheres referiram que a dor teve início após a cirurgia da mama, e para 40% a dor é constante. Conhecimento, reconhecimento e manejo do sintoma permitem ofertas terapêuticas alternativas para o alívio da dor, minimizando efeitos físicos e emocionais que podem ser causados na vida de mulheres submetidas ao tratamento por câncer de mama.

Palavras-chave: Neoplasias mamárias; Dor; Complicações pós-operatórias; Mastectomia.

ABSTRACT

The aim was to characterize and locate the pain in women who received breast cancer treatment. The study has an exploratory-descriptive character with a quantitative approach, undertaken through measures of central tendency and percentages. The research was undertaken in the Center for Teaching, Research and Assistance in the Rehabilitation of Mastectomized Women, with 30 women. Data was collected in February - August 2008, using an instrument containing variables able to characterize and locate the pain. The data was treated using means, medians, mode, standard deviation and percentages. It stood out that 56.7% of the women mentioned that the pain is daily, 46.7% of the women mention that the pain began after the breast surgery, and that for 40% the pain is constant. Knowledge, recognition and management of the symptom allow alternative therapeutic options for pain relief, minimizing physical and emotional effects which may be caused in the lives of women who receive breast cancer treatment.

Keywords: Breast neoplasms; Pain; Post-operative complications; Mastectomy.

RESUMEN

Caracterizar y localizar el dolor en mujeres sometidas al tratamiento de cáncer de mama. Estudio exploratorio y descriptivo, con abordaje cuantitativo, con medidas de tendencia central y porcentajes. La investigación fue desarrollada con 30 mujeres en el Núcleo de Enseñanza, Investigación y Asistencia en la Rehabilitación de Mastectomizadas. Los datos fueron colectados entre febrero y agosto de 2008 y recopilados por medio de instrumento que contiene variables capaces de caracterizar el dolor. El 56,7% de las mujeres destacaron el dolor diario; el 46,7%, informaron que el dolor tuvo inicio después de la cirugía y para 40% de las enfermas, el dolor es constante. El conocimiento, el reconocimiento y la gestión de las ofertas de los síntomas permiten terapias alternativas para disminuir el dolor, reducir al mínimo los efectos físicos y emocionales que se pueden causar en las vidas de las mujeres que reciben tratamiento para el cáncer de mama.

Palabras-clave: Neoplasias de la Mama; Dolor; Complicaciones postoperatorias; Mastectomia.

Autor correspondente:

Vânia Tie Koga Ferreira.
 E-mail: vaniatie@hotmail.com

Recebido em 29/10/2012.
 Reapresentado em 22/05/2013.
 Aprovado em 28/06/2013.

DOI: 10.5935/1414-8145.20140016

INTRODUÇÃO

O Comitê de Taxonomia da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) conceitua a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões teciduais reais ou potenciais ou descritas em seus termos¹. A dor é, essencialmente, um sintoma subjetivo, multidimensional e complexo, resultante da interação entre aspectos cognitivos, sensitivos, emocionais e culturais, bem como de experiências prévias².

A dor após o tratamento do câncer de mama é comum e pode ter várias causas. Geralmente, as mulheres que desenvolvem este sintoma apresentam uma redução funcional e uma alteração emocional importante³.

Se as mulheres não forem informadas antes do tratamento sobre esta morbidade, o sintoma pode ser interpretado como algo que está errado em relação à doença e pode causar complicações sociais e emocionais⁴.

Uma vez que o sintoma, quando presente, pode ser um fator limitante para a realização de atividades da vida diária, lazer, causar alterações na imagem corporal e diminuir a atividade sexual, a dor em mulheres após tratamento pode resultar em alteração significativa na qualidade de vida em comparação com as mulheres que não apresentam o sintoma³. Essas informações podem ajudar os profissionais de saúde a melhor compreender a dor e aliviar momentos de angústia e estresse⁴.

A dor ocorre, frequentemente, nas regiões que foram lesionadas (axila, região medial do braço e/ou parede anterior do tórax do lado afetado) pelos tratamentos locais do câncer de mama. Os sintomas incluem sensações de choque, queimação, agulhada dolorosa e aperto nas regiões axilar, medial ou superior do braço e/ou no tórax. A dor é descrita também como súbita e intensa e associada à hiperestesia crônica, e pode iniciar imediatamente após a cirurgia, seis meses ou até um ano após o tratamento. Persiste com o repouso e aumenta durante as atividades diárias, respondendo muito pouco aos fármacos^{4,5}.

Como muitas vezes as mulheres acreditam que a presença de dor após o tratamento é algo esperado, vivenciam o sintoma sem muitas vezes relatarem a equipe. Sendo assim, a equipe deve informar a mulher sobre a ocorrência da dor; quando ela traz esta queixa durante consultas, a queixa deve ser ouvida e valorizada, sendo este um aspecto básico que, geralmente, é negligenciado, visto que segundo Andersen e Kehlet (2011)⁶, existe uma significativa discordância entre a intensidade de dor atribuída pelo profissional de saúde e pelo paciente. Esta discordância é, muitas vezes, uma das causas do controle inadequado da dor⁶.

Assim, o objetivo deste estudo foi caracterizar, localizar e identificar os recursos utilizados para alívio da dor nas mulheres submetidas ao tratamento por câncer de mama.

METODOLOGIA

Estudo prospectivo, transversal de caráter descritivo-exploratório. Pesquisa desenvolvida no Núcleo de Ensino Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas, situado na

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

Os dados foram coletados no período de fevereiro a agosto de 2008, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP, protocolo n° 0802/2007, com a participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Constituíram a amostra da pesquisa 30 mulheres, que atenderam os critérios de inclusão: ter sido submetida à cirurgia por tratamento do câncer de mama, ter concluído o tratamento há, pelo menos, um ano e apresentar queixa de dor relacionada ao tratamento por câncer de mama.

As mulheres foram entrevistadas por meio de instrumento contendo variáveis para categorização sociodemográficas e variáveis de descrição do tratamento, caracterização e localização da dor. O instrumento desenvolvido passou por avaliação prévia de cinco profissionais da área, para avaliação e adaptação. A entrevista foi realizada com agendamento prévio e em apenas um momento.

Para uma melhor compreensão da dor vivenciada pela mulher mastectomizada, foram destacadas variáveis relacionadas ao início do sintoma, frequência, duração, predomínio, movimentos que contribuem para o aumento e as formas de alívio da dor. A localização foi avaliada por meio da representação esquemática do corpo humano, dividido em frontal, dorsal, direita, esquerda e subdivisões enumeradas de 1 a 45⁷. Cada mulher foi orientada a marcar o local correspondente de manifestação da dor.

Os dados foram armazenados com o auxílio do aplicativo *Excel*[®] do Programa *Microsoft Office 2007*[®] em dupla digitação, favorecendo a confiabilidade do banco de dados. O programa estatístico utilizado foi o *Statistical Package for Social Sciences (SPSS*[®]), versão 10.0 para apresentação e organização dos dados de caracterização da amostra, dados sobre o câncer de mama e a dor, utilizando para tratamento as medidas de tendência central média aritmética, desvio-padrão (DP), mediana, valores mínimos e máximos. Para a tabulação dos dados relativos aos locais que identificavam a dor por meio do diagrama corporal, foi utilizada a análise descritiva e percentual.

RESULTADOS

Entre as 30 mulheres participantes deste estudo, a idade variou entre 32 e 79 anos, com a média de 55,7 anos (DP = 11,46), mediana 53 anos, e a idade mais frequente foi de 43 anos; 73,3% eram casadas; 63,3% donas de casa; 70% católicas. Em relação ao grau de escolaridade, este variou de 0 a 17 anos, com média de 7,13 anos de estudo (DP = 4,84), mediana de 6 anos; o tempo mais frequente da escolaridade foi de 4 anos.

Em relação ao tratamento cirúrgico, a média de tempo de cirurgia transcorrido no momento do estudo foi de 4 anos (DP = 4,31), mediana 2 anos, sendo 2 anos o período de tempo mais frequente para o tempo de cirurgia. Em relação à lateralidade observou-se que a mama direita foi acometida em 50% e a esquerda em 46,7% mulheres. Quando questionadas

acerca do tratamento adjuvante, 80% realizaram quimioterapia e 76,7% realizaram radioterapia. A maioria das mulheres deste estudo, 76,7%, não realizou a cirurgia de reconstrução mamária, conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das mulheres entrevistadas, segundo a lateralidade e tipo de cirurgia, a realização de esvaziamento axilar, de linfonodo sentinela e de tratamento por radioterapia, quimioterapia e reconstrução mamária (Ribeirão Preto - SP, 2008)

Variáveis	Categorias	Nº	%
Lateralidade da cirurgia	Direito	15	50,0
	Esquerdo	14	46,7
	Bilateral	1	3,3
Tipo de cirurgia	Mastectomia total	15	50,0
	Quadrantectomia	15	50,0
Esvaziamento axilar	Sim	29	96,7
	Não	1	3,3
Linfonodo sentinela	Sim	8	26,7
	Não	22	73,3
Radioterapia	Sim	23	76,7
	Não	7	23,3
Quimioterapia	Sim	24	80,0
	Não	6	20,0
Reconstrução mamária	Sim	7	23,3
	Não	23	76,7
Total		30	100,0

Essa ocorrência é concordante com outros estudos que relacionam diretamente o surgimento da dor com o tratamento. Com a técnica cirúrgica algumas estruturas como o nervo intercostobraquial e o serrátil anterior podem ser lesionadas, e a associação da radioterapia com a cirurgia pode levar a ocorrência de uma cicatriz aderida e com fibrose. Por estes motivos estas modalidades de tratamentos têm sido consideradas fatores predisponentes para o desenvolvimento da dor^{4,8-10}.

Fabro et al. (2012), ao acompanharem 205 mulheres durante seis meses, identificaram que, após seis meses de cirurgia, a incidência de dor crônica foi de 108,4 (52,9%) em 205 mulheres avaliadas. A dor crônica que surge após a cirurgia justifica-se como resultante da lesão de estruturas como músculos e ligamentos e neuropática, quando acomete nervos ou uma disfunção do sistema nervoso^{6,8}.

Portanto, quando avaliado o impacto dessas cirurgias sobre a qualidade de vida das pacientes, evidencia-se que a mastectomia pode trazer um menor escore da qualidade de vida, pois a dor gerada pela cirurgia pode levar a um comprometimento na parte funcional¹¹.

Em relação à região, foi solicitado às mulheres pesquisadas que marcassem no diagrama corporal os locais em que a dor é

mais recorrente. Os locais mais frequentemente informados foram o hemitórax direito e esquerdo (43,3 e 40%, respectivamente), o braço e o antebraço (66,7 a 56,7%, respectivamente).

Foi possível verificar que, para 46,7% mulheres, o início do quadro algico ocorreu após a cirurgia da mama e 23,3% mulheres após a radioterapia, destacando-se que, para 56,7%, a sensação dolorosa é diária e para 40% ela é constante. Observa-se que não há predominância de horário para a ocorrência da dor, mas, para aquelas que apresentam um padrão mais constante (40%), a dor ocorre mais frequentemente à tarde e à noite, de acordo com a Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das mulheres entrevistadas, segundo o início dor, frequência, duração e predomínio da dor (Ribeirão Preto - SP, 2008)

Variáveis	Categorias	Nº	%
Início da dor	Antes da cirurgia da mama	7	23,3
	Após cirurgia da mama	14	46,7
	Após radioterapia	7	23,3
	Após reconstrução mamária	2	6,7
Frequência da dor	Diária	17	56,7
	A cada 2-3 dias	5	16,7
	Semanal	3	10,0
	Outras	5	16,7
Duração da dor	Constante	12	40,0
	< 1 hora	8	26,7
	Entre 1 e 3 horas	4	13,3
	Entre 3 e 5 horas	2	6,7
	> 6 horas	4	13,3
Predomínio da dor	Manhã	2	6,7
	Tarde	6	20,0
	Noite	9	30,0
	Não há	13	43,3
Total		30	100,0

Fabro et al. (2012)³, ao buscarem características da dor, identificaram que as mulheres que realizaram o tratamento do câncer de mama relatam a dor como intermitente e constante; o mesmo foi observado por Fecho et al. (2009)⁹. Os achados de Gartner et al. (2012)¹² são concordantes com o presente estudo.

Em relação à percepção das mulheres acerca dos movimentos que estariam relacionados com o aumento da intensidade dolorosa, os movimentos identificados como mais relacionados foram o de empurrar e alcançar, com frequência de 63,3% e 60,0%, respectivamente. O movimento de puxar, para 50% delas, também esteve relacionado ao aumento da intensidade da dor, considerando que os tratamentos cirúrgicos e adjuvantes podem

resultar em morbidades do membro superior e essas complicações podem levar a um prejuízo funcional, principalmente do membro superior homolateral ao tumor^{3,5,10}. Tentou-se relacionar a percepção da dor com os movimentos realizados pelo membro superior. Em particular porque o movimento foi descrito por Nesvold et al. (2008) como um dos fatores que podem alterar ou, até mesmo, agravar a percepção da dor nas mulheres após o tratamento para o câncer de mama. Estes movimentos são descritos como bruscos e movimentos que alongam o membro superior^{10,12,14}. A dor neuropática seria o fator responsável por aumentar a queixa de dor durante a realização destes movimentos, uma vez que pode levar ao desenvolvimento do quadro mecânico de restrição do movimento do ombro^{3,4,10,12-14}.

Uma vez que a amostra estudada realiza exercícios para reabilitação da amplitude do membro superior periodicamente, questionou-se se a dor aumenta durante a realização destas atividades; 56,7 % negaram tal relação, enquanto 23,3% relataram que às vezes ocorria aumento e 20% disseram que dor sempre aumentava com o exercício físico. Segundo Hwang et al. (2008)¹⁵, a prática do exercício físico, de intensidade moderada, supervisionado, pode reduzir as complicações que ocorrem durante o tratamento, entre elas a dor, quando comparado a não realização de exercícios para reabilitação.

Como as mulheres deste estudo frequentam um serviço de reabilitação em que a prática de exercícios é realizada por uma hora e três vezes por semana, acredita-se que este seja o motivo pelo qual as mulheres que compuseram esta amostra não relacionaram a dor com exercício. Estudo realizado neste mesmo serviço demonstrou que as mulheres identificaram mais benefícios do que barreiras à prática da atividade física. Esse resultado deixa em evidência que os benefícios percebidos estão associados tanto ao corpo como à mente, pois, para elas, a prática da atividade física traz importantes contribuições para a saúde e prevenção de doenças, além de auxiliar no retorno da funcionalidade dos braços e ombros homolaterais à cirurgia¹⁶. Os estudos de Chen et al. (2011)¹⁶ e Gartner et al. (2009)¹² diferem deste resultado, apresentando índices importantes de relação entre a dor e a prática de atividade física/exercício. Destaca-se, entretanto, que as pesquisas foram realizadas com mulheres que não frequentam serviços de reabilitação, o que pode sugerir da prática de exercícios domiciliares realizados de forma inadequada, isto é, sem a supervisão de um profissional adequado, propiciando a ocorrência de dor^{12,17}.

No período em que foi realizado este estudo, as mulheres utilizavam alguns recursos para minimizar a dor, tais como: massagem, relaxamento e uso de medicamentos. Observou-se que a prática de massagem foi o recurso utilizado por 66,7% e o relaxamento, por 50% das mulheres, conforme mostra a Tabela 3. Contudo, o uso de recursos na tentativa de buscar alívio do quadro algico nem sempre traz o resultado esperado, como é o caso do uso de analgésicos³. O conhecimento sobre as medidas de alívio da dor é extremamente importante para as equipes que trabalham com estas mulheres^{4,18}.

O manejo adequado da dor deve ser implementado evitando o autotratamento, visto que este pode comprometer ainda mais o sintoma da dor entre as mulheres com câncer de mama^{11,13}.

Tabela 3. Distribuição das mulheres entrevistadas, segundo alívio da dor com medicamento, relaxamento, massagem, exercícios, respiração profunda, acupuntura, alongamento e eletroestimulação transcutânea (TENS) (Ribeirão Preto - SP, 2008)

Variáveis	Categorias	Nº	%
Uso de medicamento	Sim	14	46,7
	Não	16	53,3
Prática de relaxamento	Sim	15	50,0
	Não	15	50,0
Prática de massagem	Sim	20	66,7
	Não	10	33,3
Prática de exercícios	Sim	11	36,7
	Não	19	63,3
Técnica de respiração profunda	Sim	11	36,7
	Não	19	63,3
Alívio da dor com alongamentos	Sim	10	33,3
	Não	20	66,7
Uso do TENS	Sim	7	23,3
	Não	23	76,7
Total		30	100,0

CONCLUSÃO

A dor é um sintoma que acomete as mulheres participantes, que realizaram o tratamento do câncer de mama. Inicia frequentemente após a cirurgia, mas também pode ter como marco a radioterapia. Está localizada na região homolateral à cirurgia, sendo vivenciada durante a realização de movimentos com o de empurrar e alcançar. Acontece todos os dias, sendo constante, mas sem uma predomínio de período do dia para o surgimento. O estudo teve como limitação o tamanho da amostra.

Resultados demonstram a importância da avaliação da dor nesta população, principalmente antes da cirurgia, para que possam ser descartadas as causas osteomioarticulares e neuropáticas. Uma limitação do presente estudo foi a não possibilidade de avaliar as pacientes antes da intervenção cirúrgica. Portanto, não se pode afirmar que tais achados sejam decorrentes do procedimento cirúrgico, já que as mulheres procuram o serviço na sua maioria, somente depois da cirurgia e quando encaminhadas pela equipe médica.

É de grande relevância que a dor seja valorizada e identificada pelos profissionais de saúde que acompanham estas mulheres, informando e avaliando a dor, pois algumas acreditam que é normal a presença de dor mesmo após o término do tratamento.

Avaliar o mais precoce possível e de maneira correta são as principais ferramentas dos profissionais de saúde para oferecer o manejo adequado da dor e alcançar os benefícios esperados com o tratamento. Assim, ao saber reconhecer e lidar com o sintoma, é possível oferecer alternativas terapêuticas para o seu alívio, minimizando os efeitos físicos e emocionais que a dor pode causar na vida destas mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor - SBED. Hospital sem dor diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital [citado 2012 nov 28]. Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp.
2. Budó MdLD, Resta DG, Denardin JM, Ressel LB, Borges ZN. Práticas de cuidado em relação à dor - a cultura e as alternativas populares. Esc. Anna Nery. 2008 mar;12(1):90-6.
3. Fabro EAN, Bergmann A, Amaral ESB, Ribeiro ACP, Abrahao KS, Ferreira MGCL, et al. Post-mastectomy pain syndrome: incidence and risks. Breast. 2012 Jun;21(3):321-5.
4. Couceiro TC, Menezes TC, Valença MM. Post-mastectomy pain syndrome: the magnitude of the problem. Rev. bras. anestesiologia. 2009 may-jun;59(3):358-65.
5. Vilholm OJ, Cold S, Rasmussen L, Sindrup SH. The post mastectomy pain syndrome: an epidemiological study on the prevalence of chronic pain after surgery for breast cancer. British Journal of Cancer. 2008;99:604-10.
6. Andersen KG, Kehlet H. Persistent pain after breast cancer treatment: a critical review of risk factors and strategies for prevention. J Pain. 2011 jul;12(7):725-46.
7. Silva JA, Ribeiro-Filho, NP. Avaliação e mensuração da dor: pesquisa, teoria e prática. São Paulo(SP): Funpec; 2006. P. 467.
8. Delay E, Gosset J, Toussoun G, Delaporte T, Delbaere M. Post-treatment sequelae after breast cancer conservative surgery. Ann Chir Plast Esthet. 2008 apr;53(2):135-52.
9. Fecho K, Miller NR, Merritt SA, Klauber-Demore N, Hultman CS, Blau WS. Acute and persistent postoperative pain after breast surgery. Pain Med. 2009 may-jun;10(4):708-15.
10. Lauridsen MC, Overgaard M, Overgaard J, Hesselø IB, Christiansen P. Shoulder disability and late symptoms following surgery for early breast cancer. Acta Oncol. 2008;47(4):569-75.
11. Veiga DF, Campos FSM, Ribeiro LM, Ivanildo AJ, Joel VF, Yara J, Miguel SN, Lydia MF. Mastectomy versus conservative surgical treatment: the impact on the quality of life of women with breast cancer. Rev. bras. saude mater. infant. 2010 [online]. 2010 jan/mar;10(1):51-7.
12. Gartner R, Jensen MB, Nielsen J, Ewertz M, Kroman N, Kehlet H. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer. Jama. 2009 nov 11;302(18):1985-92.
13. Cheville AL, Tchou J. Barriers to rehabilitation following surgery for primary breast cancer. J Surg Oncol. 2007 abr; 95(5):409-18.
14. Nesvold IL, Dahl AA, Løkkevik E, Mengshoel AM, Foss SD. Arm and shoulder morbidity in breast cancer patients after breast-conserving therapy versus mastectomy. Acta Oncol. 2008;47(5):835-42.
15. Hwang JH, Chang HJ, Park YH, Park W, Huh SJ, Yang JH. Effects of Supervised Exercise Therapy in Patients Receiving Radiotherapy for Breast Cancer. Yonsei Med J. 2008 jun;49(3):443-50.
16. Chen X, Lu W, Zheng W, Gu K, Matthews CE, Chen Z, et al. Exercise after diagnosis of breast cancer in association with survival. Cancer Prev Res (Phila). 2011 sep;4(9):1409-18.
17. MACDONALD, L. et al. Long-term follow-up of breast cancer survivors with post-mastectomy pain syndrome. Br J Cancer. 2005 jan;92(2):225-30. Available in: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15655557>>.
18. Nesvold IL, Reinertsen KV, Fossa SD, Dahl AA. The relation between arm/shoulder problems and quality of life in breast cancer. J Cancer Surviv. 2011 mar;5(1):62-72.