

MAPEAMENTO DA DOR AOS 3 MESES DE PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DO CÂNCER DE MAMA EM UM TREINO DE TAREFAS ORIENTADAS

Mariana dos Santos Hermes, Bruna Baungarten Hugen Back, Fabiana Flores Sperandio

Mariana dos Santos Hermes, Acadêmica do Curso de Fisioterapia - CEFID - bolsista PROBIC/UDESC
Bruna Baungarten Hugen Back, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia - CEFID
Orientador: Fabiana Flores Sperandio, Departamento de Fisioterapia CEFID -
Fabiana.sperandio@udesc.br

Palavras-chave: Neoplasia da mama. Dor. Treino orientado à tarefa.

A dor na região superior do tronco e do membro superior (MS) homolateral é uma das principais morbidades encontradas no pós-operatório de mulheres sobreviventes ao câncer de mama. O mapeamento desta dor em mulheres após a cirurgia do câncer de mama, foi pouco explorado até o momento. Alguns estudos apresentaram este mapeamento em um único plano (anterior) e, quando em posição dinâmica, não estavam associados aos movimentos funcionais.

Considerando a escassez de uma ferramenta para mapear a dor assim como, o déficit metodológico de avaliação desta, ao executar tarefas funcionais, em diferentes planos de movimento, objetivou-se mapear e caracterizar a dor de mulheres sobreviventes ao cancer de mama, aos 3 meses de pós-operatório, em um treino de tarefas orientadas, baseadas no instrumento DASH.

Este estudo de característica transversal, foi desenvolvido em uma coorte aos 3 meses de pós-operatório de cirurgia do câncer de mama. A amostra foi composta por 20 mulheres voluntárias, que foram avaliadas entre agosto de 2018 a maio de 2019. A dor foi avaliada por meio de um diagrama corporal da dor, elaborado pelos autores, que exhibe a representação gráfica do corpo de uma mulher em vista anterior, lateral e posterior. Além disso, o treino orientado à tarefa (TOT) foi realizado em um laboratório, segundo os 20 primeiros itens do instrumento *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (DASH). Estas tarefas foram realizadas com objetos reais, imitando o natural da execução da atividade no dia-a-dia. Após a execução da tarefa, a participante foi questionada sobre a presença de dor ao movimento. Em caso afirmativo, ela deveria demarcar, com lápis vermelho, no diagrama corporal, tanto o local, quanto a extensão da dor. Assim sendo, cada tarefa executada com a presença de dor, originava um mapa de dor corporal, com a extensão da área e a frequência. As imagens foram digitalizadas individualmente e sobrepostas com auxílio do editor de imagens *Adobe Photoshop®*. Desta forma, as áreas em vermelho escuro, foram as mais citadas por elas.

Segundo análise dos dados demográficos, a média de idade foi de 53 anos ($\pm 11,98$); cerca de 35% das participantes convivem com um companheiro; 65% delas possuíam mais de 8 anos de estudo; 85% eram brancos; apenas 10% tinham renda familiar de mais de 3 salários mínimos; 65% apresentaram o índice de massa corporal de sobrepeso ou obesidade; 95% das participantes eram destros; 15% eram tabagistas; e 35% praticavam atividade física regular. Os dados clínicos demonstraram que 75% das participantes realizaram cirurgia conservadora de mama e 20% realizaram mastectomia; em 60% da amostra o lado acometido foi da mama esquerda; 40%

realizaram esvaziamento axilar e 45% biópsia de linfonodo sentinela; aos 3 meses de pós-operatório 40% das participantes tinham realizado ou ainda estavam realizando quimioterapia, 25% radioterapia e 25% hormonioterapia; nenhuma das participantes apresentou linfedema; 30% estava fazendo acompanhamento com a fisioterapia; e 5% das participantes já tinham retornado ao trabalho. A frequência de em cada área corporal foi: tronco anterior = 12,02%; tronco posterior = 10,75%; tronco lateral = 15,18%; MS homolateral à cirurgia = 45,56%; MS contralateral à cirurgia = 16,45%. O mapa de dor foi dividido em pacientes que fizeram cirurgia à direita e outro à esquerda (Fig. 1 e 2).

Fig. 1 Mapeamento da dor: Cirurgia à esquerda

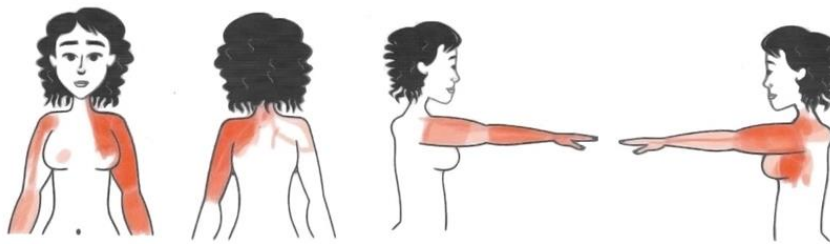
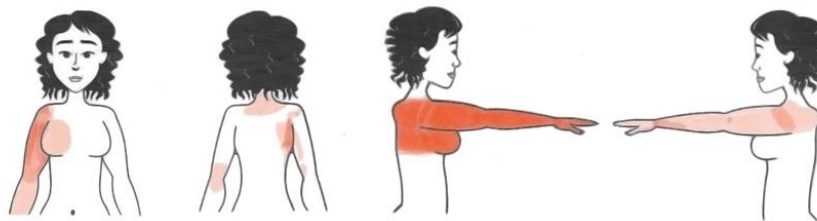


Fig. 2 Mapeamento da dor: Cirurgia à direita



De acordo com os resultados, observou-se que a maioria das participantes realizaram intervenção cirúrgica com o método conservador, que gera menos sequelas nos tecidos, além disso, mais da metade das participantes tiveram a mama esquerda acometida. Junto a intervenção cirúrgica, quase todas as participantes realizaram alguma intervenção na região axilar, sendo biópsia do linfonodo sentinela, ou esvaziamento axilar. Mesmo realizando diversos tratamentos, poucas realizaram tratamento fisioterapêutico após a cirurgia. Juntamente a isso, apenas 5% tinham retornado ao trabalho e a maioria (35%) não realizavam atividade física regular. Nesse estudo observamos que nos 3 meses de pós-operatório, ao realizar o mapeamento da dor durante tarefas funcionais, a queixa de dor foi maior nas áreas do MS homolateral à cirurgia, MS contralateral à cirurgia, lateral do tronco, porção anterior do tronco e, por último, na porção posterior do tronco, o que compreende a mama, ombro, braço e região axilar.