

DOR E FUNCIONALIDADE DOS MEMBROS SUPERIORES EM MASTECTOMIZADAS: ANÁLISE EM DOIS TEMPOS DE PÓS-OPERATÓRIO

Letícia Carolina Gantzel², Fabiana Flores Sperandio³, Mariana dos Santos Hermes⁴

¹ Vinculado ao projeto “Análise de problemas físico-emocional-funcional de mastectomizadas: uma avaliação multidimensional.”

² Acadêmico (a) do Curso de Fisioterapia – CEFID – Bolsista PROBIC/UDESC

³ Orientador, Departamento de Fisioterapia – CEFID – fabiana.sperandio@udesc.br

⁴ Mestrando em Fisioterapia – CEFID

O câncer de mama é o segundo mais prevalente no mundo todo. Felizmente, a sobrevivência dessas mulheres tem progredido juntamente com o avanço dos tratamentos. No entanto, a quantidade de procedimentos e tratamentos que essas mulheres realizam após o diagnóstico, pode desencadear sintomas físicos variados tais como a dor e a diminuição da funcionalidade dos membros superiores. Porém, pouco se observa quanto à análise da associação entre esses fatores de forma direta e em diferentes períodos.

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi verificar a influência da dor na funcionalidade dos membros superiores em dois períodos de pós-operatório. Mais especificamente, avaliar a intensidade da dor, a funcionalidade dos membros superiores e as áreas corporais de maior incidência de dor aos 6 e 12 meses de pós-operatório de cirurgias do câncer de mama.

Este estudo de característica transversal, foi desenvolvido em dois cortes, aos 6 e aos 12 meses de pós-operatório de cirurgia do câncer de mama. A amostra foi composta por 200 mulheres que realizaram a cirurgia nos períodos entre abril de 2018 e março de 2019. A população do estudo foi composta por duas amostras distintas, uma com 126 mulheres que estavam no 6 mês de pós-operatório e outra amostra com 74 mulheres que estavam no 12 mês de pós-operatório. A coleta de dados foi realizada via telefone através dos instrumentos: questionário Quick-DASH, composto por 11 questões que avaliam a incapacidade da extremidade superior; diagrama corporal da dor (figura 1), apresentado de forma verbal, que exibe a representação gráfica do corpo de uma mulher em vista anterior, lateral e posterior; escala numérica da dor (END), a qual 0 representa sem dor alguma e 10 uma dor extrema.

Segundo análise dos dados demográficos, referentes à amostra de 6 meses de pós-operatório, a média de idade das participantes foi de 55,46 anos ($\pm 12,8$); 52.1% viviam com companheiro(a); 92.8% eram de etnia branca e 53% tinham somente até 8 anos de estudo. Os dados clínicos demonstram que 53.2% realizaram cirurgia na mama direita; 63.2% realizaram a abordagem da cirurgia conservadora; 59.8% realizaram esvaziamento axilar; 40.2% realizaram biópsia do linfonodo sentinela; 51.2% realizaram radioterapia; 72.5% quimioterapia e 46.9% hormonioterapia. Segundo análise dos dados demográficos, referentes à amostra de 12 meses de pós-operatório, a média de idade foi de 58,46 anos ($\pm 12,805$); 45.9% viviam com companheiro(a); 94.7% eram de etnia branca e 68.1% tinham somente até 8 anos de estudo. Os dados clínicos demonstram que 53.3% realizaram cirurgia na mama direita; 62.7% realizaram a abordagem da cirurgia conservadora; 45.6% realizaram esvaziamento axilar; 54.4% realizaram biópsia do linfonodo sentinela; 62.5% realizaram radioterapia; 69.9% quimioterapia e 59.5% hormonioterapia.

Os dados correspondentes à presença de dor e à frequência de dor em cada região, referentes à amostra de 6 meses de pós-operatório, indicam que, 71.4% relataram dor na última semana devido à intervenção cirúrgica ou tratamentos adjuvantes, sendo essa dor classificada como moderada (END: 3 a 7). Quanto à região da dor, 42.1% apontaram o tronco anterior; 36.5% tronco lateral; 29.4% membro superior homolateral à cirurgia; 6.3% tronco posterior e 3.2% membro superior contralateral à cirurgia. No grupo que corresponde aos 12 meses de pós-operatório, 57.3% relataram dor na última semana devido à intervenção cirúrgica ou tratamentos adjuvantes, sendo essa dor classificada como moderada (END: 3 a 7). Quanto à região da dor, 44% apontaram o tronco anterior; 29.3% tronco lateral; 29.3% membro superior homolateral à cirurgia; 5.3% tronco posterior e 4% membro superior contralateral à cirurgia (tabela 1).

Após a regressão univariada, as variáveis incluídas no modelo de regressão referente à funcionalidade aos 6 meses foram: retirada de linfonodos, quimioterapia, dor em tronco anterior, lateral e em membro superior homolateral à cirurgia. Em relação à funcionalidade aos 12 meses, as variáveis incluídas na análise univariada foram as dores em tronco lateral e em tronco anterior.

Com a regressão logística multivariada, verificou-se que a intervenção axilar e a dor no membro superior homolateral à cirurgia estão relacionadas com um escore maior que 50 na escala DASH aos 6 meses, indicando uma pior funcionalidade. Mulheres que realizaram intervenção axilar apresentaram 4.35 mais chances de ter uma pior funcionalidade de membro superior, considerando o Quick-DASH, após seis meses de cirurgia. Adicionado a isso, a presença de dor no membro superior homolateral à cirurgia aumentou em 4.49 vezes a chance de uma pior funcionalidade de membro superior após seis meses de cirurgia. Todavia, após análise multivariada de fatores associados à funcionalidade aos 12 meses após a cirurgia, as variáveis não apresentaram significância estatística.

O presente estudo que teve por objetivo verificar a influência da dor na funcionalidade, em dois tempos de pós-operatório, demonstrou que aos 6 meses de pós-operatório, a presença de dor é maior no membro superior homolateral à cirurgia, tronco lateral e tronco anterior. Porém, na análise multivariada, apenas a incidência de dor em membro superior homolateral obteve resultados estatisticamente significativos. Ainda relacionado a esta amostra, a intervenção axilar e a quimioterapia apresentaram influência na funcionalidade, porém, apenas a intervenção axilar mostrou impacto estatisticamente significativo. Já aos 12 meses, a presença de dor em tronco anterior e tronco lateral indicaram influência na piora da funcionalidade, mas após análise multivariada, estes fatores não apresentaram significância estatística.

Em conclusão, as mulheres que realizam cirurgia de câncer de mama apresentam dor de intensidade moderada, aos 6 meses e aos 12 meses de pós-operatório, principalmente na região de tronco anterior e no membro superior homolateral à cirurgia. Sendo que aos 6 meses, essa dor influenciou diretamente a funcionalidade em membros superiores. É de extrema importância o conhecimento por parte dos profissionais da saúde quanto às consequências cinesiofuncionais presentes após a cirurgia e o tratamento do câncer de mama.

Tabela 1. Frequência e média da intensidade da dor aos 6 e 12 meses de pós-operatório em mulheres após o câncer de mama.

Local da Dor	6 meses de PO (n=90)		12 meses de PO (n=43)	
	N (%)	Média da intensidade $\pm$ DP	N (%)	Média da intensidade $\pm$ DP
Tronco Anterior	53 (42.1%)	2.21 $\pm$ 2.869	33 (44%)	0.56 $\pm$ 0.500
Tronco Posterior	8 (6.3%)	0.33 $\pm$ 1.338	4 (5.3%)	0.95 $\pm$ 0.226
Tronco Lateral	46 (36.5%)	1.90 $\pm$ 2.749	22 (29.3%)	0.71 $\pm$ 0.458
MS Homolateral	37 (29.4%)	1.76 / $\pm$ 2.924	22 (29.3%)	0.71 $\pm$ 0.458
MS Contralateral	4 (3.2%)	0.14 / $\pm$ 0.874	3 (4%)	0.96 $\pm$ 0.197

N= frequência/número de participantes; DP= desvio padrão; MS= membro superior; PO= pós-operatório; Média: média da intensidade de dor

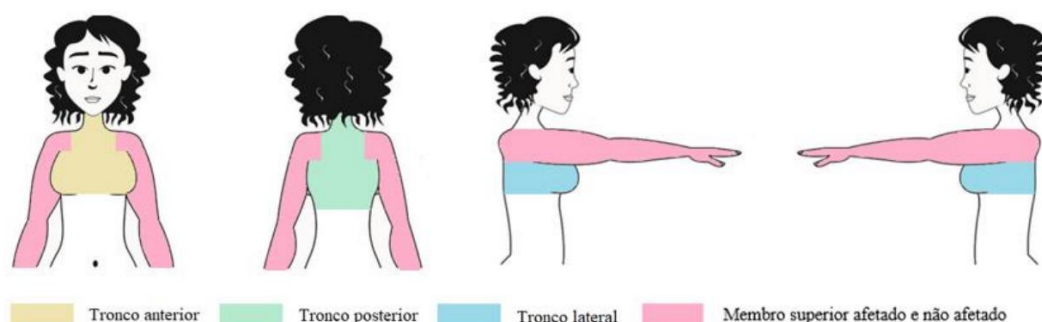


Figura 1. Diagrama Corporal da dor

Palavras-chave: Câncer de mama. Dor. Mobilidade do braço.