


Artigo Original

Itinerário terapêutico e qualidade de vida de mulheres com síndrome dolorosa pós-mastectomia


Therapeutic itinerary and quality of life of women with post-mastectomy pain syndrome

Itinerario terapéutico y calidad de vida de mujeres con síndrome de dolor postmastectomía


Filipe Matos da Silva

 <https://orcid.org/0009-0001-9061-3091>


Luana da Paz Bonfim

 <https://orcid.org/0000-0002-7895-1119>

Kelly Yumi Nishimura


 <https://orcid.org/0009-0007-0670-8877>

Ana Maria Teixeira Pires


 <https://orcid.org/0000-0003-4666-1122>

Eliana Cavalari Teraoka

ecavalari@unifesp.br

 <https://orcid.org/0000-0001-8865-8031>

Edvane Birelo Lopes de Domenico

 <https://orcid.org/0000-0001-7455-1727>

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online vol. 18 14091 2026

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Brasil

Recepção: 17 Julio 2025
Aprobación: 09 Abril 2026

Resumo: Objetivos: identificar o itinerário terapêutico percorrido por mulheres com síndrome dolorosa pós-mastectomia e avaliar qualidade de vida. **Método:** série de casos, quantiqualitativo, com pacientes de um Ambulatório de Mastologia de um hospital vinculado ao Sistema Único de Saúde para o tratamento do câncer do município de São Paulo. Coletou-se dados sociodemográficos, clínicos e com o *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast plus Arm Morbidity* FACT B+4. A análise se deu por estatística descritiva e análise de conteúdo de Bardin, apoiada no software ATLAS.ti 8.0°. **Resultados:** 11 participantes, idade média de 56,3 anos, 72,7% diagnosticadas há três anos ou mais. Os itinerários terapêuticos revelaram início da síndrome dolorosa pós-mastectomia após cirurgia mamária, agravada pela radioterapia. Quanto à qualidade de vida, observaram-se menores escores nos domínios social/familiar e funcional. **Conclusão:** o itinerário terapêutico indicou sintomas dolorosos não controlados e impacto negativo na qualidade de vida em mulheres com vulnerabilidade social e clínica.

Palavras-chave: Dor crônica, Dor pós-operatória, Neoplasias da mama, Itinerário terapêutico, Qualidade de vida.

Abstract: Objectives: to identify the therapeutic itinerary of women with post-mastectomy pain syndrome and to assess their quality of life. **Method:** a quantitative and qualitative case series study conducted with patients from a Mastology outpatient clinic of a hospital affiliated with the Unified Health System (SUS) for cancer treatment in the city of São Paulo, Brazil. Sociodemographic and clinical data were collected, along with information obtained using the Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast plus Arm Morbidity (FACT-B+4). Data

were analyzed using descriptive statistics and Bardin's content analysis, supported by ATLAS.ti 8.0® software. **Results:** eleven participants, with a mean age of 56.3 years; 72.7% had been diagnosed three or more years earlier. The therapeutic itineraries revealed the onset of post-mastectomy pain syndrome following breast surgery, which was aggravated by radiotherapy. Regarding quality of life, lower scores were observed in the social/family and functional domains. **Conclusion:** the therapeutic itinerary indicated uncontrolled pain symptoms and a negative impact on the quality of life of women with social and clinical vulnerability.

Keywords: Chronic pain, Postoperative pain, Breast neoplasms, Therapeutic itinerary, Quality of life.

Resumen: **Objetivos:** identificar el itinerario terapéutico recorrido por mujeres con síndrome de dolor posmastectomía y evaluar su calidad de vida. **Método:** estudio cuantitativo y cualitativo de serie de casos, realizado con pacientes de un Ambulatorio de Mastología de un hospital vinculado al Sistema Único de Salud, destinado al tratamiento del cáncer en el municipio de São Paulo. Se recopilaron datos sociodemográficos y clínicos, así como información obtenida mediante la Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast plus Arm Morbidity (FACT B+4). El análisis se realizó mediante estadística descriptiva y análisis de contenido de Bardin, con el apoyo del software ATLAS.ti 8.0®. **Resultados:** once participantes, edad media de 56,3 años; el 72,7% diagnosticadas hacía tres años o más. Los itinerarios terapéuticos revelaron el inicio del síndrome de dolor posmastectomía después de la cirugía mamaria, agravado por la radioterapia. En cuanto a la calidad de vida, se observaron puntuaciones más bajas en los dominios social/familiar y funcional. **Conclusión:** el itinerario terapéutico indicó la presencia de síntomas dolorosos no controlados y un impacto negativo en la calidad de vida de mujeres con vulnerabilidad social y clínica.

Palabras clave: Dolor crónico, Dolor posoperatorio, Neoplasias de mama, Itinerario terapéutico, Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, excluindo-se o câncer de pele do tipo não melanoma e, geralmente, tratado cirurgicamente conforme o estadiamento clínico na ocasião do diagnóstico.¹ O tratamento cirúrgico, tumorectomia, quadrantectomia ou a mastectomia, pode ser associado ou não à retirada dos linfonodos axilares. Entretanto, a cirurgia axilar (CAx) traz informações fundamentais para o planejamento terapêutico pós-cirúrgico (adjuvância) e para o delineamento prognóstico. Adicionalmente, podem ser empregados de maneira neoadjuvante ou adjuvante a radioterapia (RT) e a quimioterapia antineoplásica (QT), incluindo terapia citotóxica, endócrina, terapia alvo (anticorpos monoclonais) e a imunoterapia.²

Apesar da eficiência da abordagem cirúrgica para tratamento do câncer de mama, várias complicações decorrem desse procedimento, dentre elas destacam-se: linfedema, infecção e dor crônica pós-cirúrgica que pode ser nociceptiva (resultado da lesão dos músculos e ligamentos) ou neuropática (resultado da lesão de nervos ou disfunção do sistema nervoso).³⁻⁴

A dor neuropática é designada por síndrome dolorosa pós-mastectomia (SDPM), sendo definida pela *International Association for Study of Pain* (IASP) como a dor crônica que se inicia após mastectomia ou quadrantectomia, localizada na face anterior do tórax, axila e/ou na metade superior do braço, que persiste por mais de três meses após o procedimento cirúrgico³⁻⁴; pode-se encontrar o termo Dor Persistente após Tratamento de Tumor de Mama (PPBCT – *persistent pain after breast cancer treatment*), já que qualquer tipo de cirurgia mamária pode acarretar nessa debilidade.⁵

O tratamento do câncer de mama pode provocar alterações importantes no corpo da mulher, gerando impactos negativos em sua autoimagem, sexualidade, feminilidade, relações afetivas e sociais.⁶ Vários estudos têm demonstrado a repercussão negativa do tratamento do câncer de mama sobre a dor, funcionalidade e qualidade de vida (QV).⁷⁻⁸ Considerando os impactos negativos gerados pelo tratamento do câncer de mama na vida da mulher, a QV tem sido alvo de preocupação para profissionais, para além do tempo de sobrevida livre de doença.⁹

A QV é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.¹⁰

Os caminhos percorridos na busca de soluções para os problemas de saúde são, em geral, pouco conhecidos, mas de extrema

importância para propor um cuidado focado na pessoa.¹¹ Um dos caminhos metodológicos é o Itinerário Terapêutico (IT), que descreve sucessivamente os eventos ocorridos na perspectiva da pessoa ou grupo, com o objetivo de manter ou recuperar o estado de saúde-doença.¹²

Assim, compreender as escolhas feitas pelas mulheres com SDPM durante o processo de adoecimento e os fatores intervenientes motivaram a realização do presente estudo que objetivou identificar o itinerário terapêutico percorrido pelas mulheres que apresentam SDPM e avaliar a QV das pacientes com SPDM.

MÉTODO

Trata-se de um estudo tipo série de casos instrumentais, com análise quantiquantitativa. A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2019 e março de 2020 com pacientes acompanhadas em uma unidade ambulatorial de mastologia de um hospital geral, designado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, vinculado a uma universidade federal do município de São Paulo, Brasil.

A amostra foi constituída pelas pacientes em tratamento ou seguimento ambulatorial por câncer de mama, tendo sido submetidas a procedimentos cirúrgicos, com descrição sintomática compatível com SDPM, e com idade igual ou superior a 18 anos. Os critérios de exclusão foram: queixas álgicas de outras etiologias e/ou localidades anatômicas, ter se submetido ao procedimento cirúrgico oncológico em outra instituição e com ausência de registro no prontuário da paciente.

O estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), CAAE: 76554017.0.0000.5505. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As pacientes atendidas no período da coleta de dados foram avaliadas quanto à presença de SDPM e as que apresentavam foram convidadas a participar da pesquisa. Uma vez consentida à participação, foi agendado data e horário para aplicação do instrumento via telefone, de acordo com a conveniência da paciente.

Foram utilizados dois instrumentos, sendo o primeiro de caracterização sociodemográfica e clínica, considerando o itinerário percorrido, contendo: idade, estado civil, escolaridade, religião, número de filhos, convivência, ocupação, classe econômica, diagnóstico médico oncológico, data do diagnóstico, tipo de cirurgia, data da cirurgia, início da sintomatologia da SDPM, tratamentos farmacológicos e não farmacológicos realizados e avaliação da resolatividade dos mesmos.

Para avaliação da QV, optou-se pelo Instrumento FACT-B+4 v.4, subdividido em quatro domínios de QV e um domínio específico da doença somam 37 itens distribuídos em cinco subescalas: 1) bem-estar físico (sete itens com score de 0-28; 2) bem-estar emocional (seis itens com score de 0-24); 3) bem-estar social/familiar (sete itens com score de 0-28); 4) bem-estar funcional (sete itens com score de 0-28) e 5) preocupações adicionais (dez itens com score de 0-40). Cada item apresenta um escore de 0 a 4, no qual 0 = nem um pouco, 1 = um pouco, 2 = mais ou menos, 3 = muito, 4 = muitíssimo. A pontuação varia de 0 a 148 pontos. Quanto maior a pontuação, melhor é a QV.¹³⁻¹⁴

Os dados quantitativos provenientes dos instrumentos foram transcritos para uma planilha Microsoft Excel, uma análise estatística descritiva foi realizada para avaliar frequências, médias das variáveis sociodemográficas e clínicas.

No Instrumento FACT-B+4 v.4 os itens foram calculados e somados no final com todas as pontuações das subescalas. A nota variou de 0 a 148, sendo que quanto maior a nota, melhor a QV.

A técnica de análise de conteúdo de Bardin¹⁵ foi utilizada para a avaliação qualitativa das respostas resultantes das perguntas semiestruturadas, para tanto seguiram-se as etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Em um segundo momento, os resultados dessa avaliação inicial foram associados ao uso do software ATLAS.ti 8.0 (Scientific Software Development, Berlin, Germany).¹⁶

Os resultados qualitativos foram analisados considerando o conceito de qualidade de vida e a vasta literatura sobre repercussões biopsicossociais que o adoecimento pelo câncer de mama gera, bem como pelas repercussões negativas causadas pela dor crônica na vida dos sobreviventes de câncer.

RESULTADOS

No total, 11 pacientes participaram do estudo, com idade média de 52,6 anos (DP: 9,4), destas 63,60% eram casadas ou conviviam com união estável, 90,90% acompanhadas de parentes ou filhos, 63,63% com 2 ou mais filhos, 54,54% católicas, 65,20% acima de 9 anos de estudo e 72,73% estavam desempregadas ou são aposentadas e 55,2 até 2 salários-mínimos de renda familiar. Em relação aos hábitos de vida, 9,10% declararam que eram fumantes; 63,64% estavam com sobrepeso ou obesidade.

Na perspectiva clínica, 63,63% apresentavam câncer na mama esquerda; 72,70% foram diagnosticadas há 3 anos ou mais; em relação ao tipo de cirurgia, 36,36% fizeram quadrantectomia com ampliação de margens ou seguida de mastectomia e 45,45% o tempo transcorrido da cirurgia era de 3 a 5 anos. Com relação à terapia,

54,54% realizaram quimioterapia neoadjuvante e adjuvante, 90,09% fizeram radioterapia e 90,09% fizeram ou faziam uso de terapia endócrina, conforme apresentado na Tabela 1.

PREVIEW VERSION

Tabela 1

Características sociodemográficas e clínicas das pacientes com SDPM (n=11), São Paulo, SP, Brasil, 2020

Características	Freq Frequência
Idade	anos
Média	52,63
Mediana	56
Mínimo-Máximo	33-63
Estado civil	n (%)
Solteira	3 (27,27)
Casada	4 (36,36)
Divorciada	1 (9,09)
União Estável	3 (27,27)
Convivência	n (%)
Vive sozinha	1 (9,09)
Acompanhada	10 (90,9)
Ocupação	n (%)
Desempregadas e/ou aposentadas	8 (72,73)
Empregadas e/ou afastadas	3 (27,27)
Filhos	n (%)
Nenhum filho	2 (18,18)
1 filho	2 (18,18)
2 filhos	3 (27,27)
3 filhos	1 (9,09)
4 filhos ou mais	3 (27,27)
Escolaridade	n (%)
1 a 4 anos de estudo	2 (18,18)
5 a 8 anos de estudo	2 (18,18)
9 a 12 anos de estudo	5 (45,45)
> 13 anos de estudo	2 (18,18)
Religião	n (%)
Católica	6 (54,54)
Evangélica	4 (36,36)
Espírita	1 (9,09)
Renda	n (%)
Até 1 salário-mínimo	4 (36,36)
1 a 2 salários-mínimos	2 (18,18)
2 a 3 salários-mínimos	2 (18,18)
> 3 salários-mínimos	3 (27,27)
Tabagismo	n (%)
Não fumante	7 (63,64)

Ex-fumante	3 (27,27)
Fumante	1 (9,09)
Etilismo	n (%)
Não	11 (100)
Sim	0 (0)
Índice de massa corporal (Kg/m ²)	n (%)
< 25,0	4 (36,36)
25,0 -29,9	6 (54,54)
≥ 30	1 (9,09)
Diagnóstico inicial	n (%)
Câncer de mama esquerdo	7 (63,63)
Câncer de mama direito	3 (27,27)
Câncer de mama bilateral	1 (9,09)
Tempo transcorrido do diagnóstico de câncer	n (%)
< 2 anos	3 (27,27)
3 a 5 anos	3 (27,27)
> 6 anos	5 (45,45)
Tipo de cirurgia realizada	n (%)
Quadrantectomia + BLS ou EA	3 (27,27)
Quadrantectomia com ampliação de margens ou seguida de mastectomia	4 (36,36)
Mastectomia + EA	1 (9,09)
Mastectomia + expansor, seguida de reconstrução ou com reconstrução imediata	3 (27,27)
Tempo transcorrido da cirurgia de câncer	n (%)
< 2 anos	3 (27,27)
3 a 5 anos	5 (45,45)
> 6 anos	3 (27,27)
Associação de outros tratamentos para câncer	
Quimioterapia antineoplásica	6 (54,54)
Radioterapia	10(90,90)
Terapia endócrina	10(90,90)

Em relação aos escores médios de QV obtidos nas categorias, o índice de QV revelou-se menor para os domínios social/familiar com média de 16 e funcional com média de 15,45. O domínio emocional foi o mais bem avaliado, com média de 18,27, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2

Distribuição das médias, desvio padrão e amplitude dos domínios e escores do questionário FACT-B (n=11), São Paulo, SP, Brasil, 2020

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Amplitude
Domínios			
Físico	20,45	3,95	0-28
Social/Familiar	16,00	6,78	0-28
Emocional	18,27	2,86	0-24
Funcional	15,45	5,26	0-28
Sub-escala Câncer de Mama	25,9	3,91	0-40
Escores			
TOI ¹	61,81	10,81	0-96
FACT-G ²	70,18	15,43	0-108
FACT-B ³	96,09	18,77	0-148

¹ *Trial Outcome Index*, ² *Funcional Assessment of Cancer Treatment General*, ³ *Funcional Assessment of Cancer Treatment Breast*

Na Quadro 1 estão exemplificados alguns conteúdos extraídos das falas dos respondentes, sendo estas frases completas, parciais ou palavras, e os códigos utilizados para as análises inferenciais. Na coluna descrita como ID, o primeiro número que se lê corresponde ao documento inserido no ATLAS.ti® 8.0 e o segundo número, a sequência de seleção do conteúdo (no *software* são denominadas citações). Por exemplo: 1:1 indica documento 1, seleção 1; 1:2, documento 1, seleção 2 e assim, sucessivamente.

Quadro 1

Conteúdos extraídos das falas dos respondentes e os códigos que nortearam as análises inferenciais. São Paulo, SP, Brasil, 2020.

ID	Conteúdo de Citação	Códigos
1:1	Término da radioterapia	SDPM: QUANDO SURGIU
2:1	Após a cirurgia de reconstrução da mama	SDPM: QUANDO SURGIU
3:1	Após a cirurgia de mastectomia Radical modificada	SDPM: QUANDO SURGIU
8:1	Aproximadamente 2 anos após a cirurgia de mastectomia D	SDPM: QUANDO SURGIU
2:11	Peso no braço	SDPM: SINTOMAS INICIAIS
1:10	Inicialmente mais forte	SDPM: SINTOMAS INICIAIS
1:11	Dolorosa é constante	SDPM: SINTOMAS INICIAIS
1:12	Irradia para axila	SDPM: SINTOMAS INICIAIS
1:13	Formigamento na axila	SDPM: SINTOMAS INICIAIS
2:2	Dolorosa na axila, que irradia para o braço e sensação de peso no braço	SDPM: SINTOMAS INICIAIS
1:15	Dor como uma batida	SDPM: SINTOMAS ATUAIS
3:14	Irradia para costela	SDPM: SINTOMAS ATUAIS
4:4	Dor ao realizar movimento, sensação de inchaço próximo à cicatriz cirúrgica e sensação de peso no braço	SDPM: SINTOMAS ATUAIS
2:3	Com Dipirona, 1 comprimido de 1g, com indicação da equipe médica	SDPM: TRATAMENTO INICIAL
5:3	Com uso de medicação, Dorflex, 1 comprimido, não foi prescrito pelo médico	SDPM: TRATAMENTO INICIAL
11:3	Com Tixel (Paracetamol+Codeína), 1 comprimido, indicado pela equipe médica	SDPM: TRATAMENTO INICIAL
4:5	Paracetamol com Codeína, 1 comprimido, quando sente dor forte	SDPM: FÁRMACOS UTILIZADOS
5:5	Dipirona, 1 ou 2 comprimidos, utilizo quando a dor está muito forte, não foi prescrito pelo médico	SDPM: FÁRMACOS UTILIZADOS
4:6	Sem melhora após o uso de medicamentos	SDPM: CONTROLE ÁLGICO COM FÁRMACOS
3:7	Melhora, mas quando passa o efeito do medicamento a dor volta	SDPM: CONTROLE ÁLGICO COM FÁRMACOS
2:6	Apresenta melhora	SDPM: CONTROLE ÁLGICO COM FÁRMACOS

9:7	Pilates e musculação, sentiu necessidade de se movimentar, então resolveu fazer pilates e depois iniciou a musculação, sem indicação médica	SDPM: INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS
1:7	Começou a fisioterapia, mas não conseguiu dar seguimento	SDPM: INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS
1:14	Fiz fisioterapia, com indicação da equipe médica	SDPM: INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS

Observa-se que as respondentes atestaram o início dos sintomas após o procedimento cirúrgico, que na maioria foi de quadrantectomia (63,63%), e agravada com a radioterapia (n: 2). Os sintomas relatados foram: dor latejante, irradiada, em queimação, aperto, pontada, acrescida de formigamento, dormência, inchaço, peso.

A Figura 1 sintetiza as principais características da dor, quais ações farmacológicas e não farmacológicas para o controle da SDPM foram testadas e a resolutividade que proporcionaram.

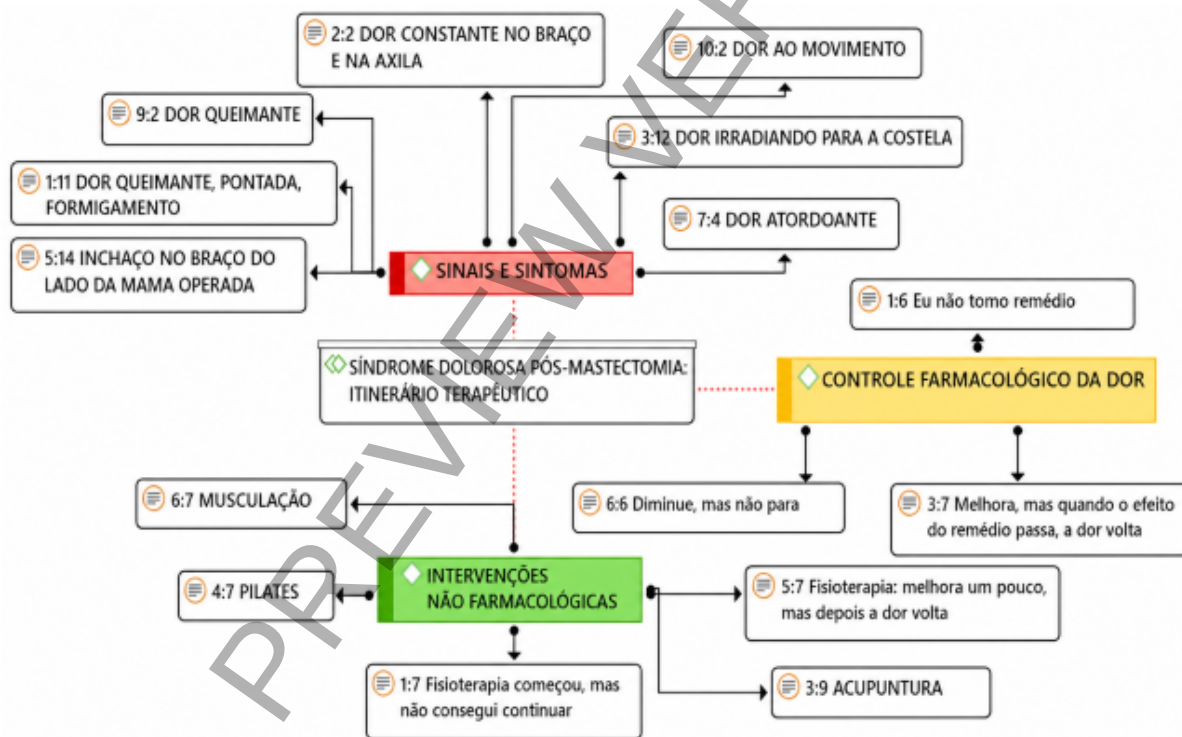


Figura 1

Figura síntese dos principais sinais e sintomas e das ações farmacológicas e não farmacológicas para o controle da Síndrome Dolorosa Pós-Mastectomia (SDPM), São Paulo, SP, Brasil, 2020

A trajetória medicamentosa das mulheres com SDPM demonstrou uso frequente de inibidores da COX e inibidores seletivos de cicloxigenase-2, maioria com indicação médica, porém, com pouca

melhora da dor. A ausência de controle algico mostrou-se evidente nas falas das pacientes.

O itinerário não farmacológico das mulheres com SDPM revelou a realização de fisioterapia, atividades de musculação, pilates e acupuntura, orientadas por profissionais responsáveis pelo seguimento (mastologistas, oncologistas), mas também por iniciativa pessoal da mulher, em busca do alívio dos sintomas.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo revelaram que as mulheres com SDPM apresentavam um quadro algico com múltiplos sintomas e persistente nos anos de sobrevivência a longo prazo (após o término do tratamento). Os depoimentos revelaram falhas no cuidado integral ajustado às suas necessidades funcionais e sociais, e a falta, inclusive, de indicações protocolares para o controle algico farmacológico e não-farmacológico.

Os sintomas dolorosos relatados no presente estudo foram semelhantes ao estudo prospectivo observacional indiano que avaliou a qualidade de vida em mulheres com SDPM, no qual a incidência foi de 35,8% após seis meses da mastectomia. Nesse estudo, as mulheres apresentavam dor localizada na parede torácica anterior (41,8%), axila (32,6%) e região medial do braço (25,6%) e a maioria das pacientes a descreveu como uma dor incômoda e de leve intensidade (55,8%).¹⁸

A SDPM é uma síndrome que incorpora uma série de estruturas anatômicas, dependendo dos nervos específicos afetados, condição dolorosa que pode estar associada à sensação de queimação, pontada, dor tipo choque ou características neuropáticas adicionais de dormência, dor intensa, alodinia ou parestesia no local da cirurgia e braço ipsilateral.¹⁹

Em relação às características sociodemográficas, a idade média foi de 52,6 anos (DP: 9,4), e a maioria (63,60%) eram casadas ou possuíam união estável, semelhantes ao estudo realizado entre 158 pacientes no Uruguai com câncer de mama, em que a média de idade foi de 61 anos (variação de 30 a 86 anos), com média de idade ao diagnóstico de 55 anos (variação de 23 a 77 anos), a maioria era casada ou vivia com parceiro (62%) ou acompanhada (83%).²⁰

A maioria das pacientes estudadas realizou a quadrantectomia com ampliação de margem ou seguida de mastectomia e relatou ter um IMC classificado como sobrepeso; estudo mostrou que o IMC alto pode estar associado a uma maior dificuldade de dissecação cirúrgica e possibilitar mais chances de danos aos nervos. Estudo de revisão retrospectiva dos prontuários de pacientes jovens, com até 40 anos, submetidas à mastectomia seguida de reconstrução mamária, a maioria possuía obesidade e neste estudo utilizou-se com maior frequência implantes mamários e expansores teciduais.²¹

Com o aumento das cirurgias relacionadas ao câncer de mama e o aumento da sobrevida após a cirurgia, esforços devem ser feitos para prevenir a dor crônica e melhorar a QV das pacientes; os fatores de risco perioperatórios estabelecidos atualmente para SDPM são lesões nos nervos da axila/parede torácica, dissecação de linfonodos axilares e controle inadequado da dor perioperatória.²²

Estudo indiano não encontrou associação significativa entre cirurgia, dissecação do nervo intercostobraquial, intensidade da dor pós-operatória, histórico de dor, como dismenorreia e cefaleia; radioterapia pós-operatória com SDPM; identificou que a dor interferiu nas atividades diárias e na qualidade de vida das pacientes com SDPM. As pacientes com SDPM apresentaram intensidade de dor significativamente maior ($p=0,000$) e escores de interferência ($p=0,000$) em comparação com aquelas sem SDPM, conforme deduzido pelo Inventário de Dor Breve e pelo EORTC-QLQ.¹⁸

Estudo realizado no Uruguai mostrou que as pacientes submetidas à cirurgia conservadora da mama apresentaram melhores escores em funcionamento físico e emocional ($p<0,005$) e apresentaram menor frequência de dor, constipação e dificuldades financeiras ($p<0,005$). Aquelas submetidas à biópsia de linfonodo sentinela apresentaram maiores escores para a qualidade de vida e para as escalas de funcionamento físico, de papel e social ($p<0,001$) e apresentaram menos fadiga, dor, insônia e dificuldades financeiras ($p<0,005$).²⁰

A maioria das mulheres estudadas realizou radioterapia e quimioterapia adjuvante. Estudo identificou que a radioterapia é considerado fator de risco para SDPM. A radiação pode causar SDPM por danificar o plexo braquial situado no campo de radiação e estimular a inflamação persistente e fibrose local que pode resultar em uma forte aderência da cicatriz para a camada mais profunda e, possível, aprisionamento nervoso, que pode levar a um disparo contínuo de excitação nervosa, sustentando a SDPM.²³ Ademais, muitos medicamentos quimioterápicos são neurotóxicos e podem causar dano aos nervos.²⁴

A dor crônica após a cirurgia de câncer está associada à diminuição da qualidade de vida e é fonte adicional de sofrimento psicossocial em mulheres que já estão enfrentando o múltiplo estresse do câncer, a QV avaliada pelo instrumento FACT-B foi de 96,1 (DP=18,8) (amplitude de 0-148), com alta variabilidade, demonstrando a heterogeneidade da amostra, os domínios social/familiar e funcional foram os mais afetados nas pacientes do estudo.

Apesar do domínio emocional não ser o mais afetado na qualidade de vida das mulheres estudadas, os fatores psicoemocionais também demonstraram desempenhar um papel importante no desenvolvimento do SDPM. Estudo nigeriano que avaliou a qualidade de vida pelo instrumento FACT-B+4, foi observada uma melhora significativa no aspecto emocional e bem-estar funcional das

mulheres com câncer de mama que foram atendidas pelo grupo de apoio, houve, significativamente melhorias no bem-estar emocional ($t=-4.253$; $p < 0,05$) e melhora funcional ($t=-2.191$; $p < 0,05$).²⁵

Como impactos da mastectomia há as consequências nas dimensões psicossociais, no qual o humor costuma ser o mais afetado, e estas dimensões podem representar um importante fator de risco para o desenvolvimento de transtornos, incluindo depressão e ansiedade.²⁶

A maioria das mulheres estavam desempregadas ou eram aposentadas, e referiram piores escores de QV relacionado à funcionalidade. Estudo identificou que um em cada três sobreviventes de câncer de mama relatou baixa capacidade para o trabalho durante oito anos após o diagnóstico; o apoio social de colegas durante o tratamento do câncer é um fator de proteção para a capacidade de trabalho sustentada, enquanto sobreviventes que sofrem de fadiga e comprometimentos cognitivos representam um grupo particularmente vulnerável à redução da capacidade de trabalho.²⁷

O itinerário terapêutico evidenciou que a maioria das mulheres utilizou métodos farmacológicos e não farmacológicos, porém não atingiram o controle algico; sendo a dipirona e a fisioterapia, incluindo acupuntura os métodos mais utilizados. Estudo de revisão para o manejo da SDPM, descreveu a sequência tradicional de terapia farmacológica que inclui o uso de medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais seguidos de opioides para uma variedade de síndromes de dor relacionadas ao câncer. Medicamentos adicionais que se mostraram significativamente promissores para a SDPM incluem antidepressivos (inibidores seletivos de recaptação de serotonina, inibidores de recaptação de serotonina e norepinefrina e antidepressivos tricíclicos, gabapentinoides (gabapentina e pregabalina) e alguns outros medicamentos não opioides.²⁸

Estudo de revisão elencou dez principais modalidades de tratamento para a SDPM: enxerto de gordura, cirurgia de neuroma, cirurgia de linfedema, bloqueios nervosos e neurólise, laser, uso de antidepressivos, neuromoduladores, fisioterapia, terapia cognitiva baseada em *mindfulness* e capsaicina e reforçou a importância do cuidado multimodal e multidisciplinar para aprimorar o manejo da SDPM.²⁹

Foram citados o uso da fisioterapia, incluindo acupuntura, como itinerário terapêutica não farmacológica, estudo que desenvolveu recomendações de prática clínica baseadas em evidências para orientar o uso de terapias integrativas para a melhoria dos resultados relatados pelas pacientes com câncer de mama, identificou que a arteterapia, possui certeza moderada; a acupuntura (baixa certeza) para melhorar a dor muscular esquelética com artralgia induzida por inibidor da aromatase e as a intervenção com exercícios para melhorar a dor após

radioterapia (baixa certeza) e fortes as recomendações em favor da intervenção com exercícios (certeza moderada) no pós-operatório.³⁰

Estudo realizado no Brasil, identificou que as mulheres com câncer de mama seguiram vários itinerários terapêuticos, e o mais frequente foi o iniciado na atenção primária com atendimento subsequente no serviço que realizou o tratamento, destacou que as mulheres com maior vulnerabilidade social demoraram mais tempo para percorrerem esses itinerários.³¹

Uma das limitações do estudo foi o pequeno tamanho amostral, apesar de todas as pacientes acompanhadas no ambulatório no momento da pesquisa terem sido convidadas a participar da pesquisa. Outra limitação relaciona-se ao tipo de estudo, no qual as respondentes participaram em entrevista única, reportando dados retrospectivos. Provavelmente, o desenho de estudo prospectivo, com múltiplas coletas de dados, poderia trazer um conjunto de dados mais detalhado do fenômeno de estudo.

CONCLUSÃO

Nesse estudo, os dados evidenciaram que as mulheres com SDPM apresentaram comprometimento da QV, principalmente nos domínios social/familiar e funcional. A presença de fatores agravantes como histórico anterior de cirurgia das mamas, dissecação de linfonodos e vulnerabilidade socioeconômica também favoreceu a piora do domínio funcional.

Durante a trajetória terapêutica, esse estudo registrou dificuldade no controle da SDPM, com melhora por meio de métodos farmacológicos e não farmacológicos, mas sem diminuição total da dor. O método farmacológico mais utilizado pelas pacientes foram os inibidores da ciclooxigenase, que não são considerados adequados para prevenir a dor neuropática, podendo apenas aliviar a dor inflamatória pós-operatória. Constatou-se, a partir dos achados, a necessidade de planos terapêuticos integrados e contínuos no manejo da dor, com um cuidado individualizado e multiprofissional da pessoa com SPDM, a fim de promover a melhoria da sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Maroun PS, Gomes R, Silva A. Representações culturais do câncer de mama: uma revisão de escopo. *Ciênc saúde coletiva*. [Internet]. 2024 [acesso em 13 de junho 2025];29(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.11002023>.
2. Santos ECS, Silva Filho J, Brandão RNM, Silva LYA, Souza LBR, Anjos JFD, et al. Síndrome da rede axilar após tratamento para câncer de mama: revisão sistemática com metanálise. *Rev Bras Cancerol*. [Internet]. 2023 [acesso em 17 de junho 2025];69(3):e103877. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3877>.
3. Salati SA, Alsulaim L, Alharbi MH, Alharbi NH, Alsenaid TM, Alaodah SA, et al. Postmastectomy pain syndrome: a narrative review. *Cureus*. [Internet]. 2023 [cited 2025 jun 5];15(10):e47384. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38021812/>.
4. Capela A, Alonso R, Araújo A, Craveiro-Lopes B, Fragoso RM, Mansinho H, et al. A dor neuropática periférica induzida por quimioterapia no doente oncológico/sobrevivente de cancro. *Acta Med Port*. [Internet]. 2023 [acesso em 16 de junho 2025];36(2). Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.18750>.
5. Chen VE, Greenberger BA, Shi Z, Gajjar S, Shi W, Mourad WF, et al. Post-mastectomy and post-breast conservation surgery pain syndrome: a review of etiologies, risk prediction, and trends in management. *Transl Cancer Res*. [Internet]. 2020 [cited 2025 jun 5];9(Suppl 1). Available from: <https://doi.org/10.21037/tcr.2019.06.46>.
6. Gois RLB, Cipolotti R, Soares DAS, Lobão TA, Santana ABS, Cardoso LO. Self-esteem and self-image of women with breast cancer. *RSD*. [Internet]. 2023 [cited 2025 jun 13];12(4):e17212441028. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/41028>.
7. Nascimento MC, Daikuhara GKF, Torresan C, Vizzotto Júnior AO, Lopes GM. Analysis of quality of life in patients diagnosed with breast cancer and submitted to chemotherapy treatment. *RSD*. [Internet]. 2022 [cited 2025 jun 13];11(15):e458111537216. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37216>.
8. Galaverna LS, Dornellas LF, Nogueira MSD, Carvalho RM, Deloroso FT, Hattori WT, et al. Funcionalidade e incapacidade de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária: uso da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Rev Bras Cancerol*. [Internet]. 2021 [acesso em 13 de junho

2025];67(4):e181488. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.1488>.

9. Peres ACA, Galaverna LS, Silva NC, Rozário GF, Yokohama Anjos AC, Cardoso SG, et al. Impactos do câncer de mama na autoestima e na qualidade de vida de mulheres em tratamento oncológico. *Rev Bras Qual Vida*. [Internet]. 2022 [acesso em 13 de junho 2025];14:e13758. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/13758>.
10. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. [Internet]. 1995 [cited 2025 jun 13];40(10). Available from: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K).
11. Carvalho MBAF, Llerena Junior JC. Itinerários terapêuticos de pacientes com doenças raras. *Ciênc saúde coletiva*. [Internet]. 2025 [acesso em 9 de maio 2025];30(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025302.07652023>.
12. Souza GA, Giacomini KC, Firmo JOA. “Minha vida é me cuidar”: itinerários terapêuticos de cuidado para a pessoa idosa em processo de fragilização. *Ciênc saúde coletiva*. [Internet]. 2023 [acesso em 9 de junho 2024];28(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.14372022>.
13. Fallowfield LJ, Leaity SK, Howell A, Benson S, Cella D. Assessment of quality of life in women undergoing hormonal therapy for breast cancer: validation of an endocrine symptom subscale for the FACT-B. *Breast Cancer Res Treat*. [Internet]. 1999 [cited 2025 jun 13];54(2). Available from: <https://doi.org/10.1023/A:1006263818115>.
14. Pandey M, Thomas BC, Ramdas K, Eremenco S, Nair MK. Quality of life in breast cancer patients: validation of a FACT-B Malayalam version. *Qual Life Res*. [Internet]. 2002 [cited 2025 jun 13];11(2). Available from: <https://doi.org/10.1023/A:1015083713014>.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
16. Kelle U. *Análise com auxílio de computador: codificação e indexação*. In: Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 7 ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
18. Kakati B, Nair N, Chatterjee A. Post mastectomy pain syndrome at an Indian tertiary cancer centre and its impact on quality of life. *Indian J Cancer*. [Internet]. 2023 [cited 2025 jun 13];60(2). Available from: https://doi.org/10.4103/ijc.ijc_861_21.

19. Chappell AG, Yuksel S, Sasson DC, Wescott AB, Connor LM, Ellis MF. Post-mastectomy pain syndrome: an up-to-date review of treatment outcomes. *JPRAS Open*. [Internet]. 2021 [cited 2025 jun 13];30. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jptra.2021.07.006>.
20. Camejo N, Amarillo D, Castillo C, Guerrina M, Savio F, Carrasco M, et al. Quality of life in patients treated with breast cancer surgery and adjuvant systemic therapy and/or adjuvant radiotherapy in Uruguay. *J Cancer Res Ther*. [Internet]. 2024 [cited 2025 jun 13];20(3). Available from: https://doi.org/10.4103/jcrt.jcrt_2140_22.
21. Cammarota MC, Santos GC, Daher JC, Esteves BP, Barcelos LDP, Soares DAS. Reconstrução mamária em mulheres jovens e suas peculiaridades. *Rev Bras Cir Plást*. [Internet]. 2018 [cited 2025 jun 13];33(1). Available from: <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2018RBCP0002>.
22. Chappell AG, Bai J, Yuksel S, Ellis MF. Post-mastectomy pain syndrome: defining perioperative etiologies to guide new methods of prevention for plastic surgeons. *World J Plast Surg*. [Internet]. 2020 [cited 2025 jun 13];9(3). Available from: <https://doi.org/10.29252/wjps.9.3.247>.
23. Gong Y, Tan Q, Qin Q, Wei C. Prevalence of postmastectomy pain syndrome and associated risk factors: a large single-institution cohort study. *Medicine*. [Internet]. 2020 [cited 2025 jun 13];99(20):e19834. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019834>.
24. Teixeira AM, Perez JMP, Pereira VAS. Manifestações orais em pacientes submetidos a quimioterapia e radioterapia. *Diálogos em Saúde*. [Internet]. 2021 [acesso em 13 de junho 2025];4(2):e481. Disponível em: <https://periodicos.iesp.edu.br/dialogosemsaude/article/view/481>.
25. Asuzu CC, Akin-Odanye EO, Asuzu MC, Adedokun T, Ntekem A, Ogundiran T, et al. Effect of a novel pilot support group on distress and quality of life in breast cancer patients in Nigeria. *Psychooncology*. [Internet]. 2023 [cited 2025 jun 13];32(1). Available from: <https://doi.org/10.1002/pon.6062>.
26. Bernardino AO, Silva MVB, Ferreira Filho EB, Silva FA, Maccoy PS, Lima RS. Nursing care regarding the psycho-emotional aspects of women submitted to mastectomy. *ABCS Health Sci*. [Internet]. 2024 [cited 2025 jun 13];49:e024301. Available from: <https://doi.org/10.7322/abcshs.2022003.2044>.
27. Vandraas K, Falk RS, Bøhn SKH, Kiserud C, Lie HC, Smedsland SK, et al. Work ability 8 years after breast cancer: exploring the role of social support in a nation-wide survey. *Breast Cancer Res Treat*. [Internet].

2022 [cited 2025 jun 13];193(3). Available from: <https://doi.org/10.1007/s10549-022-06599-z>.

28. Yuksel SS, Chappell AG, Jackson BT, Wescott AB, Ellis MF. Post mastectomy pain syndrome: a systematic review of prevention modalities. JPRAS Open. [Internet]. 2022 [cited 2025 jun 13];31. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jptra.2021.10.009>.
29. Chappell AG, Yuksel S, Sasson DC, Wescott AB, Connor LM, Ellis MF. Post-mastectomy pain syndrome: an up-to-date review of treatment outcomes. JPRAS Open. [Internet]. 2021 [cited 2025 jun 13];30. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jptra.2021.07.006>.
30. Lu T, Lai H, Lin H, Ma F, Hou L, Tang L, et al. Using integrative therapies to improve patient-reported outcomes in breast cancer survivors: a living evidence-based clinical practice guideline. J Evid Based Med. [Internet]. 2025 [cited 2025 jun 13];18(2):e70029. Available from: <https://doi.org/10.1111/jebm.70029>.
31. Barros ÂF, Araújo JM, Murta-Nascimento C, Dias A. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas no Distrito Federal, Brasil. Rev Saude Publica. [Internet]. 2019 [acesso em 13 de junho 2025];53:e14. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000406>.

Notas de autor

ecavalari@unifesp.br

Información adicional

redalyc-journal-id: 5057



Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505783104077>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la
academia

Filipe Matos da Silva, Luana da Paz Bonfim,
Kelly Yumi Nishimura, Ana Maria Teixeira Pires,
Eliana Cavalari Teraoka, Edvane Birelo Lopes de Domenico
**Itinerário terapêutico e qualidade de vida de mulheres
com síndrome dolorosa pós-mastectomia**

Therapeutic itinerary and quality of life of women with post-
mastectomy pain syndrome

Itinerario terapéutico y calidad de vida de mujeres con síndrome
de dolor postmastectomía

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online
vol. 18, 14091, 2026

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
rpcfo@unirio.br

ISSN-E: 2175-5361

DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v18.14091>



CC BY-NC-SA 4.0 LEGAL CODE

**Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-
CompartirIgual 4.0 Internacional.**