

CENTRO UNIVERSITÁRIO AUGUSTO MOTTA

CURSO DE FISIOTERAPIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ASSOCIAÇÃO ENTRE APOIO SOCIAL E SÍNDROME DOLOROSA PÓS
MASTECTOMIA

por

Ediane Bilio Naziozeno

08102000

Rio de Janeiro

1º/2010

CENTRO UNIVERSITÁRIO AUGUSTO MOTTA

CURSO DE FISIOTERAPIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE APOIO SOCIAL E SINTROME DOLOROSA PÓS
MASTECTOMIA**

Trabalho acadêmico apresentado ao
Curso de Fisioterapia da UNISUAM,
como parte dos requisitos para
obtenção do Título de Bacharel
fisioterapia.

Por:

Ediane Bilio Naziozeno

08102000

Professor-Orientador: AnkeBergmann

Professor Convidado: Maria Gisele Ferreira

Professor Convidado: Erica Nogueira Fabro

Rio de Janeiro

1º/2010

EDIANE BÍLIO NAZIOZENO

08102000

ASSOCIAÇÃO ENTRE APOIO SOCIAL E SÍNDROME DOLOROSA PÓS
MASTECTOMIA

Banca Examinadora composta para a defesa de Monografia para obtenção do grau de Bacharel em fisioterapia.

APROVADA em: _____ de _____ de _____

Professor-Orientador: _____

Professor Convidado: _____

Professor Convidado: _____

Rio de Janeiro

1º/2010

RESUMO

O câncer de mama é a neoplasia mais freqüente em mulheres e o tratamento cirúrgico é indicado na maioria dos casos. Neste tratamento são relacionados varias complicações dentre elas é citada a síndrome dolorosa pós mastectomia (SDPM). O apoio Social é a capacidade do individuo em perceber o suporte oferecido nas relações interpessoais, contribuindo para autonomia e auto cuidado que implica diretamente em efeitos positivos em relação à saúde. O objetivo desse trabalho foi identificar associação entre a síndrome dolorosa pós mastectomia e apoio social. Como metodologia foi realizada uma análise em banco de dados secundário onde apoio social foi avaliado pela média dos escores de um questionário no pré-operatório, por meio do questionário previamente validado para esse fim. O protocolo foi aprovado pelo CEP/INCA (015/08). A população estudada apresentou bons escores nas diferentes dimensões de apoio social, apesar de não apresentarem significância estatística em todas as dimensões na associação com a síndrome dolorosa. Acredita-se na importância de incentivar o aprofundamento dos conceitos e a sua promoção de forma eficaz por todos os profissionais na rede de atenção oncológica.

Palavras-chaves: apoio social, câncer de mama, síndrome, dor crônica.

INTRODUÇÃO

Sendo o segundo tipo mais freqüente no mundo, o câncer de mama é também o mais comum entre as mulheres, representando 22% dos casos novos a cada ano. No Brasil, o câncer de mama representa a neoplasia maligna primária de maior incidência entre as mulheres. O número de casos estimados para 2010, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), é 49.240, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres. (BRASIL, 2009). Assim, por ser o mais freqüente, é o mais temido em razão de sua alta letalidade e seqüelas físicas e emocionais que esse tipo de câncer acarreta. (HOFFMANN et al, 2006)

Em decorrência do tratamento do câncer de mama, várias complicações têm sido relatadas na literatura. As complicações cirúrgicas ocorrem com diferenças de intensidade e incidência, seja nas técnicas conservadoras ou nas radicais. Nessas complicações destacam-se; dor, seroma, deiscência, aderência, retração, fibrose cicatricial, mama fantasma, sintomas do nervo intercostobraquial, arco Incompleto de movimento (AIM), alteração postural, alterações respiratórias, escapula alada, trombose linfática superficial, estiramento do plexo braquial e edema na mama residual. Já nas complicações radioterápicas é mais freqüente a fadiga, arco incompleto do movimento (AIM) e a plexopatia. Nas complicações quimioterápicas há uma maior descrição e relatos de fadiga, ataxia e neurotoxicidade. (BERGMANN, 2006)

Apesar da eficácia da abordagem cirúrgica para o tratamento do câncer de mama, a dor crônica tem sido relatada decorrente dessa abordagem. (FREITAS et al, 2006), podendo ser nociceptiva – resultado de lesão de músculos e ligamento, e neuropática – resultado da lesão de nevos ou disfunção do sistema nervoso. (COUCEIRO et al, 2009)

Na década de 70 houve o primeiro relato de dor persistente após a mastectomia e esta é definida pela *International Association for Study of Pain (IASP)* como dor crônica que se inicia após mastectomia ou quadrantectomia a qual é localizada na face anterior do tórax, axila e/ou metade superior do braço e a mesma persiste por período maior que três meses após a cirurgia. Porém, para o pesquisador Jung (2003) há uma distinção entre quatro subtipos de dor neuropática resultantes dos procedimentos cirúrgicos para o tratamento de câncer de mama e os relacionam da seguinte forma: dor da mama fantasma; neuralgia do intercostobraquial; dor decorrente da presença de neuroma; dor por lesão de outros nervos.

Os principais fatores de risco para dor pós mastectomia podem estar relacionados à paciente ou ao procedimento cirúrgico. Dentre os fatores relacionados à pacientes, podem ser citados: idade, não ter companheiro e o índice de massa corpórea (IMC). Dentre os fatores relacionados ao procedimento cirúrgico são citados: a presença e a intensidade da dor no pós-operatório isso porque quanto maior a intensidade da dor pós-operatório maior o consumo de analgésico que é correlato com maior risco de ocorrer dor da mama fantasma, tipo de cirurgia e segundo Wallace (1996) reconstrução mamaria imediata resulta em prevalência maior para dor pós mastectomia, e a radioterapia que empregada como tratamento coadjuvante tem sido identificada como fator de risco. (COUCEIRO et al, 2009)

Entre os fatores associados encontram-se aqueles relacionados às questões sociais, estudos têm evidenciado a importância dos laços sociais e que a escassez das relações sociais constitui um fator de risco à saúde. (ANDRADE, 2002; GRIEP, 2005). Dentre as características dos laços sociais destacam-se o conceito de apoio social que é definido como o grau com que relações interpessoais atendem a determinadas necessidades e nesse contexto duas hipóteses são apresentadas, as quais explicam como o apoio social favorece a saúde. A primeira é de que o apoio social pode exercer efeito “tamponador” moderando os efeitos de eventos estressantes além de proporcionar ajuda de natureza variada em diferentes graus de necessidade. Na segunda hipótese prevalece a ideia de que o apoio social pode reforçar a sensação de controle sobre a própria vida, o que por sua vez implica diretamente em efeitos positivos sobre a saúde. (CHOR, 2001; ANDRADE, 2005)

Refletindo sobre as diversas necessidades das mulheres com câncer de mama, desde os problemas com o tratamento, seja ele cirúrgico ou não e as complicações inerentes a esse tratamento, percebe-se as dificuldades enfrentadas ao retorno social e sua interferência na qualidade de vida. Este estudo tem como objetivo avaliar a associação entre apoio social e síndrome dolorosa após o tratamento cirúrgico do câncer de mama.

APOIO SOCIAL: REVISÃO DA LITERATURA

Há muito tempo é analisado o processo de adoecimento e as complicações geradas no ser humano em relação as suas atitudes junto a sociedade, em especial nas doenças crônicas os impactos do convívio no qual está inserido, o contexto político, os aspectos socioeconômicos, os vínculos entre pessoas próximas ou distantes, a interpretação subjetiva e outros fatores intrínsecos ou extrínsecos ao individuo. Todos esses questionários foram decisivos para o desenvolvimento de um conceito, ligado primeiramente a psicologia, o apoio social. (MARTINS, 2005; SANTANA 2008)

No entanto, foi somente na década de 70 que se iniciou a construção de um conceito consistente de apoio social. Depois de investigações alguns estudiosos como Cassel, Caplan, Coob, abriu-se o caminho para o desenvolvimento e conceituação deste termo. A literatura aponta uma grande diversidade de conceitos e pontos de vista utilizados nos diferentes estudos, apontando tanto a abrangência conceitual do assunto como a dificuldade na aceitação ampla e universal da definição. Como exemplo dos inúmeros termos citados e correlatos ao apoio social podem ser citados: apoio instrumental e emocional, opinião, conselho, interação, orientação, confiança, socialização, amizade, informação dentre outro. (MARTINS, 2005)

Pesquisando algumas definições sugeridas por pesquisadores deste assunto podemos perceber a pluralidade deste conceito. O apoio é tido como um facilitador da sobrevivência dos seres humanos num processo de assistência através de suporte. Por apoio social entende-se a eficiência da rede social em cumprir o seu papel de apoio. Envolvendo um sistema de relações formais e informais através do qual um individuo recebe apoio emocional, material e cognitivo para lidar com as situações geradoras de estresse (ANDRADE, C, 2004).

Para analisar a influencia do apoio social em sua totalidade, as diferentes intervenções são definidas em funções exclusivas, onde podem notados aspectos comuns ou distintos na descrição dos pesquisadores ao longo dos tempos. O quadro abaixo apresenta algumas dessas definições.

Quadro1 – Funções de Apoio Social segundo autores

Wills, 1985	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio a estima: onde um grupo de pessoas contribui para aumentar a auto estima do individuo. • Apoio Informativo: pessoas disponíveis para oferecer conselhos. • Acompanhamento social: engloba o apoio conseguido através de atividades sociais. • Apoio instrumental: diz respeito a todo tipo físico de ajuda.
Barrón, 1996	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio emocional: ter alguém pra falar, sentimentos de bem-estar afetivo (demonstração de amor, afeto, carinho, simpatia, empatia e estima). • Apoio material e instrumental: ações ou materiais disponibilizados por outros que sirvam para resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas cotidianas. • Apoio de informação: informações ou orientações relevantes que ajudam a compreender o seu mundo.
Vaz, 1999	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio afetivo: sentir-se estimado e aceito pelos outros apesar dos seus defeitos, erros ou limitações, contribuindo para melhorar a auto-estima. • Apoio emocional: apoio e segurança recebidos para solucionar problemas. • Apoio Perceptivo: estabelecer objetivos mais realistas, ajudando reavaliação do problema. • Apoio informativo: informações e conselhos que ajudam a compreender melhor situações complexas, facilitando a tomada de decisões. • Apoio instrumental: resolução de problemas através da oferta de bens e serviços. • Apoio de convívio social: atividades de lazer ou culturais com outras pessoas. Ajudando a aliviar tensões e evitar o isolamento.
Griep, 2005	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio Material: reflete o acesso aos serviços práticos e recursos materiais, inclusive financeiros, em caso de necessidade. • Apoio Afetivo: envolve expressões de amor e afeição. • Apoio Emocional: refere-se a empatia, carinho, confiança, estima, afeto, escuta e interesse. • Apoio de Informação: Acesso a informação, orientações, aconselhamento e sugestões que podem ser usadas para lidar com problemas. • Interação Social Positiva: disponibilidade de companhias na diversão e relaxamento.

APOIO SOCIAL NO CONTEXTO SAÚDE

Mesmo com tanta diversificação dos conceitos, o fator protetor dos laços sociais sobre o homem é indiscutível, assim como a sua influencia no bem estar e qualidade de vida. O Apoio social tem demonstrado efeitos no bem-estar físico, psicológico e todo o conceito de saúde, e isso independe do interesse pelo auto cuidado. São muitas as razões apontadas para tal: o aumento da segurança ao firmar elos afetivos, o reconhecimento individual, a competência pessoal favorecida pela integração social, a

possibilidade de dar e receber orientações e prestar cuidados reforçando o próprio sentimento de utilidade. (BARRÓN, 1996; ANDRADE, C, 2004; GRIEP, 2005)

A importância das relações sociais na preservação da saúde tem sido amplamente evidenciada nas últimas décadas. Estudos epidemiológicos mostraram a importância dos laços sociais e que a escassez das relações sociais constitui um fator de risco à saúde. (ANDRADE, 2002; GRIEP, 2005).

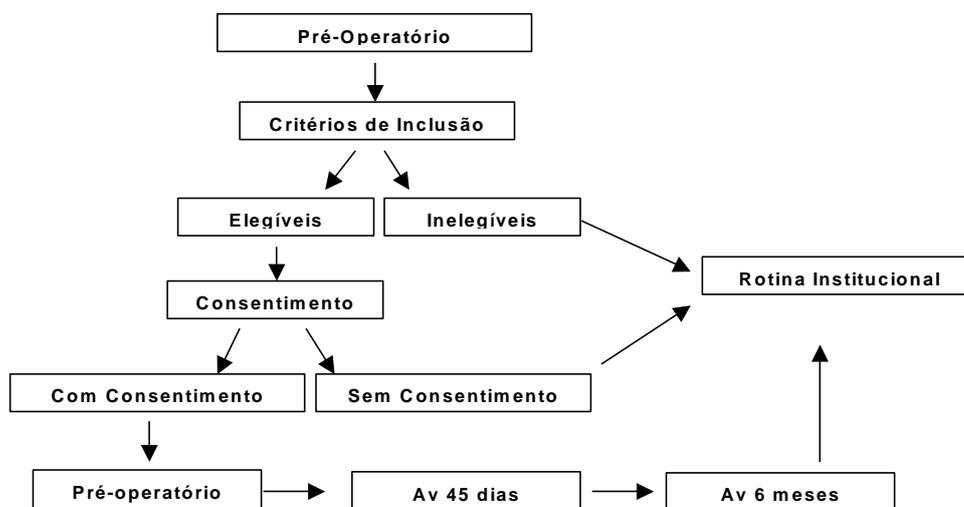
Assim, quando a referência é a sociedade como influência de comportamento e limites cotidianos de cada indivíduo, interferindo sua determinação e capacidade individual em circunstâncias específicas, denominamos a essa integração apoio social. Os recursos compartilhados entre membros nas distintas formas de ligações humanas e sua estrutura como base de apoio é o que precisa estar fortalecido. Papel fundamental, portanto, tem a rede de atenção oncológica e suas diretrizes no que diz respeito ao melhor atendimento de mulheres com câncer de mama. (MARTINS, 2005)

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo analítico utilizando banco de dados secundário, extraído de um estudo de Coorte prospectiva que teve por objetivo analisar a incidência de síndrome dolorosa. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto Nacional do Câncer sob o registro nº 015/08. Neste estudo foram avaliadas mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama no Hospital do Câncer III/INCA (HCIII), no período de setembro de 2008 a junho de 2009. Quanto aos critérios de inclusão e exclusão foram incluídas mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama no HCIII/INCA, no período selecionado para o estudo, e excluídas as pacientes que apresentaram: dor por lesão prévia ósteomioarticular na avaliação pré-operatória; indicação de reconstrução imediata; câncer de mama bilateral; dificuldade para responder as perguntas; estadiamento clínico IV e evolução de doenças incapacitantes não relacionadas ao câncer no período de seguimento.

Quanto ao recrutamento as pacientes que compareceram para tratamento cirúrgico do câncer de mama no HCIII (INCA) foram avaliadas quanto aos critérios de elegibilidade. As elegíveis foram esclarecidas quanto aos objetivos, avaliações e a não obrigatoriedade da participação (consentimento informado).

As mulheres selecionadas para o estudo, foram avaliadas pela fisioterapia no pré-operatório, o seguimento de 45 dias e 6 meses de pós- operatório de acordo com o fluxograma abaixo:



A coleta de dados foi realizada em instrumento confeccionado para este fim sendo utilizadas fichas de avaliação fisioterapêutica padronizadas em todas as fases, conforme rotina já estabelecida no serviço. (BERGMANN, 2006)

A síndrome dolorosa após o tratamento cirúrgico do câncer de mama foi definida através da presença de uma das seguintes complicações: intercostobraquialgia, neuroma ou dor na mama fantasma, observadas na avaliação de 6 meses.

As variáveis independentes foram observadas na data da cirurgia para tratamento do câncer de mama a idade, o estado civil, o nível de escolaridade, a ocupação e a situação previdenciárias como variáveis sociodemográficas. Para as análises estatísticas, a idade foi estudada como variável contínua e dicotômica, dividida em: grupo de pacientes de até 59 anos e acima dos 60 anos; o estado civil foi estratificado em dois grupos: mulheres que tem um companheiro sob o mesmo teto (casadas e uniões não formais); e aquelas que não o tem (solteiras, viúvas, separadas e desquitadas); o nível de escolaridade foi dicotomizado em dois níveis: até 1º grau incompleto, classificado como baixa escolaridade; e escolaridade acima do 1º grau completo, classificado como média e alta escolaridade; a ocupação foi estratificada como: do lar e trabalho externo; e a situação previdenciária foi categorizada em situação estável (aposentado, pensionista e público) e instável (dependente, auxílio doença, autônomo e privado). Como variáveis de características clínicas foram avaliados o índice de massa corporal (IMC), o perfil psicológico, o estadiamento, o tipo de cirurgia e o tratamento complementar. O IMC foi determinado através da razão entre o peso (em quilos) e o quadrado da altura (em metros). Para análise estatística, foi categorizada em: adequado, sobrepeso e obeso. O perfil psicológico foi classificado conforme relatos do prontuário segundo a primeira avaliação da psicologia em (1) paciente tranquila, (2) paciente ansiosa, (3) paciente apresentando humor deprimido ou levemente deprimido, (4) Apresentando labilidade ou instabilidade de humor, (5) Paciente chorosa, (6) Paciente que relata alterações de sono (insônia ou "dificuldade para dormir", "pegar no sono") e (7) inapetência. Para as análises, o perfil psicológico foi classificado em paciente tranqüila ou humor alterado. O tipo de cirurgia foi, conforme descrito no relatório cirúrgico, classificado em: cirurgia conservadora (segmentectomia, centralectomia, linfadenectomia axilar exclusiva) ou mastectomia (Halsted, mastectomia radical modificada a Patey, mastectomia radical modificada a Madden, mastectomia higiênica, mastectomia simples). Quanto ao estadiamento tumoral,

utilizando-se a classificação clínica dos tumores malignos – TNM - preconizada pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) e estratificado em estadiamento inicial (até 2A) e estadiamento avançado (\geq de 2B), quanto aos tratamentos associados, a quimioterapia foi categorizada em neoadjuvante, adjuvante em curso ou término do tratamento adjuvante. Os dados foram coletados conforme relato em prontuário pela oncologia clínica. Para análise bivariada foram estratificadas em adjuvante em curso ou término do tratamento ou não, a radioterapia, com base nas anotações do médico radioterapeuta, foi classificada como neo-adjuvante, adjuvante em curso ou adjuvante finalizada. Para análise bivariada, foram dicotomizados cada tratamento em radioterapia adjuvante em curso ou término ou não.

Para análise de Apoio social foi observada a rede de apoio social da paciente no pré-operatório, por meio do questionário previamente validado para esse fim.(ANDRADE, 2005). O instrumento é integrado por 19 itens, compreendendo cinco dimensões de apoio social: material (04 perguntas), afetivo (3 perguntas), emocional (4 perguntas), de informação (4 perguntas) e de interação social positiva (4 perguntas). Para cada item, o voluntário respondeu: nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre. Para o cálculo do escore de cada dimensão, foram atribuídos pontos que variaram de 1 (nunca) a 5 (sempre). Os escores foram analisados por meio da soma dos pontos de cada dimensão e divididos pelo número máximo de pontos obtidos naquela dimensão, multiplicado por 100. Desta forma, quanto maior o escore, maior o nível de apoio social.

A análise descritiva da população estudada foi realizada através das medidas de tendência central para as variáveis contínuas e valores absolutos e relativos, para as variáveis categóricas. Para verificar a associação entre o desfecho e as variáveis independentes, foi realizado o risco relativo com intervalo de confiança de 95%. Foi utilizado o pacote estatístico SPSS 13.0.

RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 193 mulheres com idade entre 27 e 89 anos, com média de 58,26 anos. Quanto ao nível de escolaridade a maioria possui média escolaridade (53,4%) e vivem com companheiro 52,3%. Quanto a ocupação 59,1% são do lar e a maioria possuem vínculo previdenciário instável (52,3%).(Tabela 1).

Tabela 1 – Características sócio-demográficas.

	N	%
Idade		
Até 59 anos	100	51,8
> 60 anos	93	48,2
Escolaridade		
Baixa escolaridade (até 1º grau completo)	90	46,6
Média e alta (> 1º grau completo)	103	53,4
Estado Civil		
Com companheiro	101	52,3
Sem companheiro	92	47,7
Ocupação		
Do lar	114	59,1
Trabalho externo	79	40,9
Vínculo Previdenciário		
Instável	101	52,3
Estável	92	47,7

Na tabela 2, estão relacionadas as características clínicas das pacientes. Em relação ao estadiamento 55,4% das pacientes estudadas encontrava-se em estadio inicial, uma menor população com complementação radioterápica (36,3%) e uma maioria com complementação quimioterápica (56%). Quanto ao tipo de cirurgia houve uma maior prevalência de mastectomia (73,6%). Em relação ao perfil psicológico 75,1% apresentaram perfil alterado, além de uma tendência ao sobrepeso (36,3%).

Tabela 2 – Características Clínicas.

	N	%
Estadiamento		
Estadio avançado > = IIB	86	44,6
Estadio inicial até IIA	107	55,4
Radioterapia*		
Radioterapia adjuvante em curso ou termino	70	36,3
Não	122	63,2
Quimioterapia*		
Quimioterapia adjuvante em curso ou termino	108	56
Não	79	40,9
Cirurgia		
Mastectomia	142	73,6
Conservadora	51	26,4
Perfil Psicológico		
Alterado	145	75,1
Tranquilo	48	24,9
IMC*		
Adequado	52	26,9
Sobrepeso	70	36,3
Obesidade	64	33,2

*os valores discordantes correspondem aos valores *missing*.

O seguimento final foi realizado em média 8 meses após a cirurgia (DP=1,3), onde 52,9% apresentaram síndrome dolorosa: 58,7% queixaram-se de sensibilidade alterada ao toque da região interna do braço ou axila, 3,2% relataram dor na mama fantasma, 1,3% apresentaram teste de Tinel positivo. (Tabela 3).

Tabela 3 – Síndrome dolorosa

	N	%
Síndrome Dolorosa		
Sim	92	52,9
Não	82	47,1
Alteração de sensibilidade braço ou axila		
Normal	71	41,3
Alterada	101	58,7
Mama Fantasma		
Não	85	67,5
Sem Dor	37	29,4
Com Dor	4	3,2
Teste Tinel		
Sim	149	98,7
Não	2	1,3

*os valores discordantes correspondem aos valores *missing*.

Quando observamos as médias em relação as dimensões de apoio social e a síndrome dolorosa conclui-se que todas as pacientes avaliadas em 6 meses apresentaram um menor score de apoio social em relação a quem não tinha síndrome dolorosa. Porém, o score de apoio afetivo foi o que demonstrou um valor significativo. (Tabela 4).

Tabela 4 – Diferença de médias entre as dimensões de apoio social e a síndrome dolorosa.

Variável	Estatística	Dimensão do Apoio Social				
		Material	Afetivo	Emocional	Informação	Interação Positiva
Síndrome Dolorosa	Média	91,70	96,41	90,27	92,14	90,11
	N	91	91	91	91	91
	Desvio Padrão	14,24	11,56	17,59	15,09	19,77
	Mínimo	25	27	20	30	20
	Maximo	100	100	100	100	100
	Mediana	100	100	100	100	100
Não	Média	94,57	99,35	92,87	92,13	92,13
	N	82	82	82	82	82
	Desvio Padrão	12,64	3,41	14,57	17,67	17,05
	Mínimo	20	73	20	20	20
	Maximo	100	100	100	100	100
	Mediana	100	100	100	100	100
P valor		0,16	0,02	0,30	0,99	0,47

DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo ampliar os conhecimentos sobre recursos sociais e identificar a importância de melhor definir e avaliar o apoio social das mulheres com câncer de mama. Sua associação com as mulheres que desenvolveram síndrome dolorosa após mastectomia também foi avaliada nesta população.

Quanto a exposição, a distribuição dos escores das cinco dimensões foi assimétrica, tendendo a valores mais altos semelhante a outros resultados já encontrados em outros estudos (ANDRADE, 2004).

Em nossa população de estudo, a associação do apoio social com a síndrome dolorosa não mostrou significância estatística com o nível de apoio social nas cinco dimensões avaliadas. Cabe ressaltar que as médias mais elevadas na associação foram nos itens apoio afetivo e de informação.

Um aspecto de grande impacto nas mulheres que sobrevivem ao tratamento para o câncer de mama é de que a dor crônica pode levar a alteração do humor, diminuição da atividade física. Dentre os fatores que agravam a dor cita-se a movimentação do membro superior ipsilateral a cirurgia, a elevação ou qualquer tipo de pressão no braço, movimentação da cintura escapular, movimentação essa que pode ser no simples ato de se vestir levando a uma alteração na qualidade de vida e dificuldade no retorno ao trabalho. (COUCEIRO et al, 2009). Nesse contexto podem ser aplicados os conceitos das cinco dimensões de apoio social: apoio material referindo-se aos recursos materiais onde está incluindo, por exemplo, a ajuda em dinheiro, apoio afetivo que envolve as expressões de amor e afeto, apoio emocional implica ao carinho, confiança, estima e interesse, apoio de informação referindo-se a informação para lidar com os problemas, orientações e aconselhamentos e o apoio de interação social positiva que é a disposição das pessoas com quem se divertem e relaxam. (ANDRADE, 2004; ANDRADE, 2005)

São escassos os estudos epidemiológicos brasileiros que utilizaram medidas de apoio social. Especificamente estudos nacionais que explorem a associação entre apoio social e a síndrome dolorosa pós mastectomia não foram identificados. Na literatura internacional essa associação também não foi encontrada. O único questionário atualmente traduzido e validado para o Brasil é do Estudo Pró-saúde: Pré-teste que não abrange de forma ampla e satisfatória a dimensão do apoio social e a percepção individual em relação a apoio social. (GRIEP, 2005)

Em última instância, essas discussões visam identificar características e fatores importantes que possam contribuir para percepção da importância do apoio social em relação a sua associação com a síndrome dolorosa. Os resultados sugerem que o apoio social pode influenciar nesta associação. Assim, nossos resultados podem contribuir para que os profissionais de saúde, familiares e amigos tenham maior consciência da importância do apoio social nas mulheres que evoluem com a síndrome dolorosa após tratamento para o câncer de mama.

CONCLUSÃO

A população estudada apresentou bons escores nas diferentes dimensões de apoio social, apesar de não apresentarem significância estatística em todas as dimensões na associação com a síndrome dolorosa.

A compreensão e a percepção das diversas dimensões do apoio social sugerem um efeito positivo em relação ao auto cuidado e determinação individual, sendo importante incentivar o aprofundamento dos conceitos e a sua promoção de forma eficaz por todos os profissionais envolvidos na rede de atenção oncológica.

Outros estudos devem ser realizados para melhorar a orientação dos profissionais da saúde, da família e dos amigos a importância dos conceitos de apoio social não só em relação a associação com a síndrome dolorosa pós mastectomia como em todos os aspectos que estão relacionados à saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, CR. **Associação entre apoio social e frequência relatada de auto-exame das mamas no estufo pró-saúde**. Dissertação De Mestrado, Rio De Janeiro: Escola Nacional De Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

ANDRADE, CR et al. **Apoio Social e auto-exames das mamas no Estudo Pró-saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (2): 379-386, mar-abr, 2005.

ANDRADE GRB, VAITSMAN J. **Apoio Social e redes: conectando solidariedade e saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 7 (4): 925-934, 2002.

BARRÓN, A.I. **Apoio Social: aspectos teóricos e aplicações**. Madrid, Espanha. Editora: Siglo Veinteuno. (1996).

BERGMANN, A et al. **Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital Câncer III / INCA**. Revista Brasileira de Cancerologia, 52 (1): 97-109, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde Instituto. Nacional de Câncer. **Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

CHOR, D et al. **Medidas de rede e apoio social no estudo Pró-Saúde: pré-teste e estudo piloto**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17 (4): 887-896, jul-ago, 2001.

COUCEIRO, TCM et al. **Síndrome Dolorosa Pós-Mastectomia. A magnitude do Problema**. Revista Brasileira de Anestesiologia, 59(3): 358-365, 2009

FREITAS, R et al. **Mastectomia radical modificada com conservação de um ou de ambos músculos peitorais no tratamento do câncer de mama: complicações intra e pós-operatórias**. São Paulo: Med J, 124: 130-134, 2006.

GRIEP RH et al. **Validade de constructo de escala social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-saúde**. Cadeira Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (3): 703-714, 2005.

HOFFMANN FS et al. **A mulher com câncer de mama: Apoio Social e espiritualidade**. Mudanças – Psicologia da Saúde, 14 (2): 143-150, 2006.

MARTINS, R.M.L. **A relevância do Apoio Social na velhice**. Millenium, Lima, Maio, n.31, p.128-134, 2005.

SANTANA, J.R.A; ZANIN, C.R; MANIGLIA, J.V. **Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social**. Paidéia, 18(40), p.371-384, 2008.

VAZ, S.A. **O stress na vida de todos os dias**. Ed. Coimbra, 1999

WILLS, T.A; COHEN, S. **Stress, social support and the buffering hypothesis**. Psychological Bulletin, vol.98(2), setembro, 310-357, 1985.