

FADIGA, QUALIDADE DE VIDA E IMAGEM CORPORAL EM MULHERES COM E SEM LINFEDEMA APÓS MASTECTOMIA UNILATERAL

FATIGUE, QUALITY OF LIFE, AND BODY IMAGE IN WOMEN WITH AND WITHOUT LYMPHEDEMA POST-MASTECTOMY

Paula Drielly de Melo Ribeiro (ORCID: 0000-0002-7775-3102)¹
Maria do Amparo Andrade (ORCID: 0000-0001-8984-5453)²
Cláudia Regina Oliveira de Paiva Lima (ORCID: 0000-0001-8984-5453.)²
Caroline Wanderley Souto Ferreira (ORCID: 0000-0003-2736-5918)²

RESUMO

Objetivo: avaliar o nível da Fadiga (F), Qualidade de Vida (QV) e Imagem Corporal (IC) em mulheres pós-mastectomia com e sem linfedema e verificar se existe associação com variáveis sociodemográficas, biológicas e clínicas. **Métodos:** estudo de corte transversal realizado com mulheres mastectomizadas unilateralmente e sem reconstrução mamária. O questionário funcional assessment of cancer therapy-fatigue foi utilizado para avaliar a F e QV; e o body image scale, para a IC. O linfedema foi mensurado pela volumetria indireta. Os grupos foram comparados pelo teste T-Student independente e Qui-quadrado de Pearson ($p \leq 0.05$). A associação entre as variáveis foi verificada utilizando um modelo causal de regressão linear. **Resultados:** foram avaliadas 54 mulheres, sendo 27 com linfedema. A F, QV e IC foram satisfatórias em ambos os grupos, e não houve diferença estatística entre elas. Em portadoras de linfedema, a F aumenta com a idade, a QV (bem-estar físico e emocional) piora com a idade, a QV (bem-estar social/familiar e funcional) melhora com o aumento da idade e do IMC, e a IC piora com a idade e melhora com a fisioterapia. Já em mulheres sem linfedema, a F diminui com a idade e a QV (BEF e BEE) piora com o aumento do tempo pós-cirúrgico. **Conclusão:** fatores como idade, tempo pós-cirúrgico, IMC e tempo de fisioterapia interferem na F, QV e IC das pacientes. A Fisioterapia é importante uma vez que permite melhor funcionalidade da mulher, bem como incentiva sua participação social.

Palavras-chave: Fadiga; Qualidade de vida; Imagem corporal; Mastectomia; Linfedema.

Autor Correspondente:
Paula Drielly de Melo Ribeiro
e-mail: paularibeiro@asces.edu.br

ABSTRACT

Introduction: breast cancer diagnosis, mastectomy, and lymphedema cause physical, psychological, and social disorders for women, such as fatigue (F), changes in quality of life (QOL), and body image (BI). **Objective:** to assess the F, QOL, and BI in women post-mastectomy, with and without lymphedema, and determine the possible association of some sociodemographic, biological, and clinical variables. **Methods:** through a cross-sectional study carried out with post-mastectomy women unilaterally and without breast reconstruction. The questionnaire functional assessment of cancer therapy-fatigue was used to assess the F and QOL and body image scale to the BI. Lymphedema was measured by indirect volume. The groups were compared using independent T-test and chi-square test of Pearson ($p \leq 0.05$). A linear regression causal model was used in order to verify the association between variables. **Results:** in the present study, 54 women were assessed and 27 presented lymphedema. The F, QOL, and BI were satisfactory in both groups and there were no statistical difference between them. Among lymphedema sufferers, F increases with age, QOL (physical and emotional well-being) worsens with age, QOL (social/family and functional well-being) improves with increased age, and BI worsens with age and improves with physiotherapy. In women without lymphedema, F decreases with age, and QOL (PWB and EWB) worsens with the increase in post-surgical time. **Conclusion:** factors such as age, post-surgical time, BMI, and physical therapy time of practice interfere with F, QOL, and BI in patients. Physical Therapy is relevant because of women's well-being and social aspects.

Keywords: Fatigue; Quality of life; Body image; Mastectomy; Lymphedema.

¹ Centro Universitário Tabosa de Almeida.
² Universidade Federal de Pernambuco.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico do câncer de mama, a mastectomia e o possível surgimento do linfedema, com taxa de prevalência de 6% a 67%, causam transtornos físicos com comprometimento funcional e mudanças de ordem psíquica e social na mulher¹. A linfadenectomia axilar e/ou a radioterapia podem causar o linfedema, que, em estágios avançados, pode evoluir para inflamações, fibrose e excesso de tecido adiposo². O linfedema é considerado uma das complicações mais importantes do tratamento do câncer de mama, sendo associado a problemas físicos e psicológicos, com incidência que aumenta de acordo com o tempo de cirurgia, de modo que pode atingir 32,5% em dois anos³.

Além do linfedema, as mulheres podem apresentar a sensação de Fadiga (F), alteração na Qualidade de Vida (QV) e na Imagem Corporal (IC). A F relacionada com o câncer é caracterizada por sensação de cansaço e falta de energia durante a realização das atividades diárias. É frequentemente associada a: falta de motivação, ansiedade, depressão, dor musculoesquelética e alteração na qualidade do sono^{4,5}.

A QV vinculada à saúde é definida como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença e agravos; o tratamento e a organização política e econômica do sistema assistencial^{6,7}. Já a IC tem sido definida como um constructo multidimensional, constituído de representações mentais sobre o tamanho e aparência do corpo, associados a sentimentos e emoções gerados por essas percepções⁸.

Diante do exposto, as alterações físicas e emocionais estão presentes nessa população e, em sua maioria, tornam-se crônicas. As evidências atuais sugerem que a fisioterapia deve incluir necessidades ocupacionais e ser adaptada e individualizada com foco não só na melhora dos sintomas físicos, mas também no entendimento do retorno a integração participação social⁹.

A F, a QV e a IC das portadoras de linfedema podem estar mais alteradas, já que o impacto da cirurgia mamária se soma à deformação do membro superior. Além disso, fatores como idade e índice de massa corpórea também podem interferir nesses aspectos.

Devido ao exposto, este trabalho teve o objetivo de avaliar a F, a QV e a IC em mulheres com e sem linfedema após mastectomia unilateral.

MÉTODOS

Participantes

Trata-se de um estudo transversal realizado no Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP), no período de 1º de janeiro a 5 de maio de 2014. A amostra foi obtida a partir da análise de variância com fator fixo, sendo utilizado para tamanho de amostras iguais. Foi tomado como base $\alpha=0,05$, sendo α controlado e representando o nível de significância do teste, poder do teste $1-\beta$ de 95%. Foram utilizados também 2 níveis (n) de fatores para o estudo, obtendo $n_1=n_2=27$, logo o tamanho amostral foi de 54 voluntários. Foram incluídas no estudo mulheres que realizaram mastectomia unilateral há, no mínimo, um ano e que estivessem realizando fisioterapia há mais de um ano. Foram excluídas mulheres que tivessem realizado o procedimento de reconstrução mamária, dispusessem em seu prontuário diagnóstico de doença respiratória, estivessem realizando procedimento atual de quimioterapia/radioterapia, possuíssem algum membro amputado, fossem fumantes ou gestantes e apresentassem algum déficit cognitivo/neurológico que impossibilitasse a resposta aos questionários.

Instrumentos

Entrevista englobando aspectos biológicos, sociodemográficos, antropométricos e clínicos.

O questionário de avaliação funcional da terapia de câncer, versão 4 (FACT-F), foi utilizado para investigar a F e a QV da amostra em questão. A subescala que avaliou a F consistia em 13 itens com pontuação total variando de 0 a 52, uma vez que 0 significa nenhuma F; 1 a 13 reflete um pouco de F; 14 a 26, mais ou menos F; 27 a 39, muita F; e 40 a 52, muitíssima F. Quanto maior o escore final, pior será o nível de F¹⁰.

No FACT-F sem o subitem da F, foi realizada a avaliação da QV por meio de 27 domínios divididos em: Bem-Estar Físico (BEF) (sete itens), em que a paciente relatou sua experiência física de acordo com a doença/tratamento; Bem-Estar Social/Familiar (BESF) (sete itens), que englobou atividades com e sem suporte familiar; Bem-Estar Emocional (BEE) (seis itens), que se referiu tanto ao estresse emocional quanto a positividade e felicidade perante a vida; e Bem-Estar Funcional (BEFU) (sete itens), que denotou a habilidade da pessoa em se engajar em atividades básicas da vida diária¹⁰. Neste estudo, a QV não foi avaliada pelo somatório de todos os domínios uma vez que a interpretação na escala não é similar para todos eles. Dessa forma, foram analisados em conjunto: o BEF e o BEE, já que quanto maior o escore, pior estavam esses aspectos da QV e o BESF e o BEFU, em que quanto maior o escore, melhores os aspectos. Para o BEF e o BEE, a pontuação variou de 0 a 52; e para o BESF e o BEFU, a variação foi de 0 a 56.

A escala específica de IC (BIS – body image scale) escolhida para o estudo é breve e continha 10 perguntas que envolviam relação das mudanças que ocorreram no corpo da mulher decorrente da doença e dos tratamentos sob três aspectos: afetivo, comportamental e cognitivo. Apresenta 10 questões com escore variando de 0 a 30, sendo 0 nenhuma alteração na IC; 1 a 10, pouca alteração; 11 a 20, moderada alteração; e 21 a 30, muita alteração na IC. Assim, quanto maior o escore final, mais alterada a IC¹¹. Essa escala tem sua versão portuguesa validada; todavia, para aumentar sua confiabilidade, assegurando seu uso no Brasil, foi utilizado o método Delphi¹². A partir da contribuição de 10 especialistas, houve um consenso quanto ao uso da escala no Brasil, bem como modificação quanto ao uso da ênclise para a próclise no início de todas as perguntas da escala.

O critério para diagnóstico do linfedema foi baseado na proposta de Casley-Smith que adota a volumetria indireta dos membros superiores a partir da perimetria. Esta foi realizada pela pesquisadora que preconizou a postura sentada da paciente com os membros superiores pendentes ao lado do corpo e o tronco despido. Para a mensuração dos membros superiores, foi utilizada a fita métrica, baseada em medidas de cinco pontos, tomando como base a linha interarticular do cotovelo: duas

medidas acima e três medidas abaixo, a intervalos de 7 cm^{1,13}. O volume do membro foi estimado a partir das medidas de circunferência, tratando cada segmento do membro como um par de circunferências (tronco do cone). O volume do segmento foi dado pela fórmula: $V=h*(C2+Cc+c2)/(\pi*12)$, em que V é o volume do segmento do membro superior em ml, C é a circunferência de um segmento (ponto 1), c é a circunferência do seguimento seguinte (ponto 2) do membro superior mensurado e h é a distância entre as circunferências em cada segmento, dada pelo valor de 7 cm e o valor de $\pi=3,14$. Como são cinco pontos, cada ponto terá um volume e o volume final será a soma dos volumes de todos os seguimentos¹³. Foi considerado linfedema a diferença ≥ 200 ml entre o volume do membro afetado.

Após identificação da ausência ou presença de linfedema, a pesquisadora verificou a intensidade, de modo que foi definido como leve se a circunferência tivesse um valor menor que 400 ml, moderada se possuísse entre 400 ml e 700 ml e grave se fosse acima de 700 ml¹³.

Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada com o software de estatística *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Para o estudo, foram utilizados testes paramétricos, pois não houve significância nos testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, evidenciando uma distribuição normal dos dados. Todos os resultados foram apresentados sob forma de tabelas, sendo as variáveis contínuas ou discretas analisadas pela comparação de média e desvio-padrão, e o p-valor calculado pelo teste T-Student para amostras independentes. As variáveis nominais ou ordinais continham distribuição de frequências relativas, e o p-valor foi calculado pelo Teste Qui-quadrado de Pearson. Para analisar a associação das variáveis dependentes – F, QV e IC com as variáveis independentes quantitativas: idade, Índice de Massa Corpórea (IMC), tempo de linfedema, de fisioterapia e de cirurgia em mulheres com e sem linfedema –, foi utilizado um modelo de regressão linear que, a partir do coeficiente B, designou relação funcional entre as variáveis. Foi adotado o nível de significância de 5% para todos os testes.

Considerações Éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCP com o número CAAE: 14935213.3.0000.5205. A coleta de dados apenas foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa selecionado, de acordo com a Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e após obtenção de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Das 54 mulheres elegíveis, 27 voluntárias apresentaram linfedema. As mulheres com linfedema apresentaram média de idade maior e IMC menor do que as mulheres sem linfedema (Tabela 1). A média do IMC foi, respectivamente, de 29,7±6 (sobrepeso) e 34,8±5,6 (obesidade), para mulheres com e sem linfedema. A média de tempo de linfedema foi de 2,6 anos±1,6.

Tabela 1. Características (variáveis quantitativas) das mulheres com e sem linfedema após mastectomia unilateral e sem reconstrução mamária

Variáveis da amostra	Com linfedema	Sem linfedema	p-valor*
	N=27 Média±DP	N=27 Média±DP	
Idade (anos)	59,0±9,4	53,4±8,4	0,02
IMC (kg/m²)	29,7±6,0	34,8±5,6	0,02
Tempo do linfedema (anos)	2,6±1,6	-	0,00
Tempo de cirurgia (anos)	4,4±2,7	3,5±2,5	0,19
Tempo de fisioterapia (anos)	2,9±2,4	2,7±1,8	0,67

DP: desvio-padrão, IMC: Índice de Massa Corpórea. * Teste T-Student

Das variáveis qualitativas analisadas (Tabela 2), apenas o uso de medicamentos foi diferente, pois as mulheres sem linfedema faziam uso de mais medicamentos.

Tabela 2. Características (variáveis qualitativas) das mulheres com e sem linfedema após mastectomia unilateral e sem reconstrução mamária

Variáveis da amostra	Com linfedema N=27 (Porcentagem)	Sem linfedema N=27 (Porcentagem)	p-valor*
Situação marital antes			
Solteira	1 (4)	5 (18)	0,40
Casada	14 (52)	14 (52)	
Divorciada	4 (15)	4 (15)	
Viúva	4 (15)	2 (7)	
União consensual	4 (15)	2 (7)	
Situação marital depois			
Solteira	2 (7)	6 (22)	0,26
Casada	12 (44)	12 (44)	
Divorciada	5 (18)	5 (18)	
Viúva	5 (18)	3 (11)	
União consensual	3 (11)	1 (4)	
Renda familiar R\$			
Menos de 1 salário = < 222,01	5 (18)	5 (18)	0,83
De 1 a 3 salários = de 222,01 a 666,03	21 (78)	20 (74)	
Acima de 3 salários = > 666,03	1 (4)	2 (7)	
Escolaridade			
Abaixo de 5 anos	2 (7)	3 (11)	0,73
5 anos de estudo	10 (37)	6 (22)	
9 anos de estudo	6 (22)	9 (33)	
12 anos de estudo	5 (18)	6 (22)	
Acima de 12 anos	4 (15)	3 (11)	
Religião			
Católica	12 (44)	11 (41)	0,96
Evangélica	14 (52)	15 (56)	
Espírita	1 (4)	1 (4)	
Profissão			
Estudante	2 (7)	3 (11)	0,38
Doméstica	13 (48)	11 (41)	
Agrônomo	1 (4)	1 (4)	
Técnica em administração	3 (11)	2 (7)	
Autônoma	3 (11)	5 (18)	
Orientadora educacional	5 (18)	5 (18)	
Acompanhamento psicológico			
Ausente	25 (92)	25 (92)	1
Presente	2 (7)	2 (7)	
Prática de exercício físico			
Ausente	22 (81)	22 (81)	1
Presente	5 (18)	5 (18)	
Medicação			
Ausente	17 (63)	6 (22)	<0,001
Presente	10 (37)	21(78)	

N: número de voluntárias (frequência) *Teste Qui-quadrado

Segundo a Tabela 3, não houve diferença quanto ao nível de F, bem-estar e IC entre os grupos com e sem linfedema. Na escala da F, a média foi baixa e similar entre os grupos, representando pouca F. A pontuação da escala FACT-F representada pelo BEF e pelo BEE, bem como a do BESF e a do BEFU avaliadas em conjunto, foram baixas e altas, respectivamente, representando um bem-estar adequado para ambos os grupos. Para a IC, as médias de ambos os grupos foram baixas, significando pouca alteração da IC.

Tabela 3. Fadiga, bem-estar e imagem corporal em mulheres com e sem linfedema após mastectomia unilateral e sem reconstrução mamária

Variável (Pontuação)	Com linfedema	Sem linfedema	p-valor*
	Média± DP	Média±DP	
Fadiga (0-52)	13,7±5,2	13,4±5,3	0,79
BEF+BEE (0-52)	12,8±5,8	10,4±5,2	0,12
BESF+BEFU (0-56)	35,5±7,9	35,3±6,8	0,94
Imagem Corporal (0-30)	7,4±7,3	6,0±5,8	0,43

DP: desvio-padrão, BEF: Bem-estar físico, BEE: Bem-estar emocional, BESF: Bem-estar social/familiar, BEFU: Bem-estar funcional. * Teste T-Student

Em portadoras de linfedema, a F aumentou com a idade, pois, a cada ano de idade, o índice de F aumenta em média 0,19. A QV (BEF+BEE) piorou com a idade, visto que, a cada ano de idade, houve uma piora de 0,16, enquanto a QV (BESF+BEFU) melhorou com o aumento da idade e do IMC; uma vez que, para cada ano, o bem-estar aumentou em média 0,24; e para cada unidade de IMC (kg/m²) aumentada, houve um aumento médio de 0,44 no BESF+BEFU. Já a IC apresentou associação com a idade e o tempo que elas faziam fisioterapia, de modo que, para cada ano de idade, houve um aumento, em média, de 0,19 na escala da IC, clinicamente representando piora; assim como para cada ano de fisioterapia houve uma diminuição no escore da IC em 1,77, significando na escala BIS uma melhora.

Em mulheres sem linfedema, a F diminuiu com a idade, pois, a cada ano de idade, o índice de F diminuiu, em média, 0,24; e a QV (BEF+BEE) piorou com o aumento do tempo pós-cirúrgico, em que foi verificado piora de 1,41 na escala para cada ano de pós-cirúrgico (Tabela 4).

Tabela 4. Modelo de regressão linear mostrando a associação das escalas de fadiga, bem-estar e IC com as variáveis idade, IMC, tempo do linfedema, tempo pós-cirúrgico e tempo de fisioterapia em mulheres com e sem linfedema

COM LINFEDEMA	FADIGA		BEF+BEE		BESF+BEFU		IC	
	B±dp	p	B±dp	p	B±dp	p	B±dp	p
Idade	0,19±0,07	0,01	0,16±0,08	0,05	0,24±0,10	0,03	0,19±0,08	0,03
IMC	0,04±0,14	0,76	0,11±0,16	0,50	0,44±0,21	0,05	-0,04±0,16	0,78
Tempo do linfedema	-0,12±1,22	0,92	-0,07±1,43	0,96	2,32±1,88	0,23	1,89±1,48	0,21
Tempo de cirurgia	0,30±0,69	0,66	0,04±0,81	0,95	0,55±1,06	0,60	-0,57±0,83	0,49
Tempo de fisioterapia	-0,04±0,71	0,95	-0,22±0,83	0,79	-0,31±1,10	0,77	-1,77±0,86	0,05
	R ² =8,8%		R ² =8,2%		R ² =9,5%		R ² =6,4%	
SEM LINFEDEMA								
Idade	-0,24±0,12	0,05	-0,23±0,11	0,06	-0,04±0,16	0,77	-0,12±0,13	0,35
IMC	-0,12±0,19	0,54	-0,01±0,18	0,91	-0,47±0,25	0,07	0,20±0,21	0,35
Tempo do linfedema	-	-	-	-	-	-	-	-
Tempo de cirurgia	0,87±0,65	0,19	1,41 ±0,62	0,03	-0,53±0,84	0,53	1,33±0,70	0,07
Tempo de fisioterapia	-1,48±0,92	0,12	-1,33±0,88	0,14	0,76±1,20	0,53	-1,40±1,00	0,17
	R ² =8,9%		R ² =8,5%		R ² =9,7%		R ² =6,3%	

BEF: Bem-estar físico, BEE: Bem-estar emocional, BESF: Bem-estar social/familiar, BEFU: Bem-estar funcional, IC: Imagem Corporal, B: coeficiente de associação, dp: desvio-padrão, P: P-Valor, IMC: Índice de massa corpórea, R²= coeficiente de determinação

Não houve diferença quanto ao nível de F, bem-estar e IC em relação ao volume/intensidade do linfedema. Nenhuma voluntária apresentou linfedema leve.

Tabela 5. Comparação da escala de fadiga, bem-estar e imagem corporal com o volume/intensidade do linfedema, em mulheres com linfedema

Variável (Pontuação)	Linfedema moderado	Linfedema grave	p-valor*
	400 a 700ml	> 700ml	
	Média±DP	Média±DP	
Fadiga (0-52)	12,8±4,8	14,3±5,7	0,79
BEF+BEE (0-52)	11,5±5,1	13,4±6,4	0,12
BESF+BEFU (0-56)	36,3±6,1	35,6±8,9	0,94
Imagem Corporal (0-30)	7,8±7,2	6,6±7,4	0,43

DP: desvio-padrão, BEF: Bem-estar físico, BEE: Bem-estar emocional, BESF: Bem-estar social/familiar, BEFU: Bem-estar funcional. Circunferência. * Teste T-Student

DISCUSSÃO

As voluntárias do estudo em questão apresentaram idade média superior a 50 anos e IMC alto, significando sobrepeso para as mulheres com linfedema e obesidade naquelas sem linfedema. A literatura corrobora esses dados uma vez que foram encontradas, em população de mulheres mastectomizadas e não mastectomizadas, as seguintes características: ter idade acima de 50 anos, baixo nível de escolaridade, serem domésticas ou aposentadas bem como apresentar o IMC elevado^{14,15}.

É sabido que há associação entre o linfedema e o maior IMC, dado que a obesidade e/ou sobrepeso é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de linfedema¹⁵. Porém, no atual estudo, não houve relação entre essas variáveis e a presença ou não do linfedema.

No presente estudo, as voluntárias apresentaram pouca F, adequada QV e pouca alteração na IC, independentemente da ausência ou presença do linfedema, ou mesmo em relação à sua intensidade. Isso pode ser devido ao fato de todas as pacientes não estarem sendo submetidas à quimioterapia e/ou radioterapia no momento do estudo, não estarem no pós-operatório imediato e por todas estarem realizando a fisioterapia. A maioria dos estudos que avalia F e QV em pacientes com câncer de mama realizam as avaliações em período de quimioterapia e/ou radioterapia, dificultando a comparação^{9,17}. Uma pesquisa recente avaliou F, ansiedade e depressão em mulheres com até dois anos após a cirurgia, e foi observado que 49% das voluntárias ainda relatavam F. Todavia, não mencionava se o grupo praticava atividade física ou algum programa de reabilitação¹⁸.

A conduta fisioterapêutica recebida pelas voluntárias do presente estudo era a terapia complexa descongestiva (drenagem linfática manual, enfaixamento, cuidados com a pele e exercícios para funcionalidade do membro superior) para o grupo linfedema e exercícios para manter funcionalidade do membro superior no grupo sem linfedema. O tempo médio de

fisioterapia foi de dois anos e sete meses no grupo sem linfedema e dois anos e nove meses no grupo com linfedema.

Estudos evidenciam que o tratamento fisioterapêutico em mulheres pós-mastectomizadas desempenha um papel importante na prevenção e minimização de complicações decorrentes da cirurgia, promovendo independência funcional e reduzindo sentimentos de desesperança, frustração e medo, melhorando assim sua QV e IC. Além disso, a prática de exercício regular promove efeito psicológico positivo no humor, na capacidade funcional e no bem-estar geral¹⁹⁻²¹.

Tanto o tratamento específico para o linfedema por meio da terapia complexa descongestiva como os exercícios de mobilidade e alongamento para melhoria de amplitude de movimento dos membros superiores e das alterações posturais, além da prevenção de aderências e do linfedema, nas pacientes sem linfedema melhoram a função delas nas suas atividades de vida diária e profissional²².

Além do que já foi exposto em relação ao programa de fisioterapia, é bem conhecido que o exercício em grupo contribui para o aumento do ânimo e da disposição na realização das atividades diárias e, ainda, promove acolhimento, uma vez que uma paciente encontra na outra pessoa semelhanças com a sua situação física; bem como promove os laços de amizade, favorecendo assim uma melhora no bem-estar, independentemente da sua seqüela física²³.

A F é uma variável amplamente estudada em mulheres que estão em pós-cirúrgico imediato e/ou em processo de radioterapia e quimioterapia apresentando alto nível de severidade^{9,16}, podendo persistir de um a cinco anos e de cinco a dez anos após tratamento radioterápico, porém não se sabe sobre sua intensidade, quando existe, em longo prazo¹⁰.

No presente estudo, foi verificado que a F foi influenciada pela idade em ambos os grupos, de modo que em mulheres com linfedema, quanto maior a idade, maior a F; e nas mulheres sem linfedema, quanto maior a idade, menor a F. Nesse sentido parece que a presença do linfedema foi determinante para aumentar

o nível de F com o avançar da idade. Para alguns autores, mulheres jovens com linfedema utilizam menos os membros superiores nas atividades diárias, o que pode conferir menor sensação de cansaço, dor ou fraqueza².

Para avaliar a QV, foi utilizado o FACT-F sem o subitem da F, que é composto pelos domínios BEF, BEE, BESF e BEE. O BEF é um domínio em que a voluntária pode expressar sua experiência física em relação à doença e ao tratamento, abordando questões sobre energia, dor, cansaço físico; e o BEE traz questões de cunho emocional. O BESF engloba atividades sobre suporte familiar e inclusão social, como exemplo, tem-se a boa relação com os amigos; e o BEFU aborda aspectos sobre capacidade de trabalhar inclusive em casa, aceitação sobre a doença, prazer em viver, boa qualidade de sono e capacidade de se divertir¹⁰.

Nas voluntárias portadoras de linfedema, a QV (BESF+BEFU) melhora com o aumento da idade e do IMC. Um estudo revela que aspectos de saúde e QV geral são melhores em mulheres idosas com câncer de mama, e outro diz que a idade é um fator mais importante para se associar à QV do que o próprio linfedema^{15,24}. O fato de as mulheres com linfedema deste estudo serem classificadas com sobrepeso pode levar a uma mudança de foco, de modo que o linfedema não se torna uma preocupação e até passa despercebido, o que não altera/atrapalha o bem-estar.

Já nas pacientes sem linfedema, a QV (BEF e BEE) piora com o aumento do tempo pós-cirúrgico. A explicação para esse achado pode decorrer da persistência nos déficits na função emocional que podem se tornar comuns por parte de algumas mulheres, principalmente por não terem realizado a reconstrução mamária, tais como: ansiedade, nervosismo, medo de piorar ou morrer, tristeza e falta de esperança, podendo intensificar e refletir na piora desse bem-estar^{21,25,26}. Há autores que relatam ser comum haver divergências em relação à QV a depender do tempo de pós-cirúrgico, da forma de avaliação, dos

múltiplos pontos de vista, variando as respostas de indivíduo para indivíduo de acordo com estados emocionais cotidianos e determinantes culturais²⁵.

No presente estudo, as voluntárias de ambos os grupos apresentaram pouca alteração da IC, sem diferença entre eles, apesar de não terem sido submetidas à reconstrução mamária. Esse procedimento cirúrgico reparador devolve a feminilidade, melhora a autoimagem e o relacionamento sexual, permitindo que essas mulheres apresentem atitudes positivas e de satisfação com o seu corpo^{27,28}.

A IC das pacientes portadoras de linfedema piorou com o aumento da idade, discordando de uma pesquisa sobre o papel da reconstrução mamária em desfechos físicos e emocionais, em que foi verificado que mulheres jovens sofreram mais prejuízos na IC, sendo importante fator de risco para o estresse e as disfunções sexuais². Nosso resultado também não corroborou um estudo comparativo entre mulheres submetidas a tratamento conservador e à mastectomia, que não encontrou diferença quanto ao resultado da IC em relação à faixa etária²⁹. Contudo, em ambos os estudos, não foi mencionada a presença ou ausência de linfedema.

Foi observado também que a IC das pacientes portadoras de linfedema melhorou com o tempo que vêm sendo submetidas à fisioterapia. Estudos mostram que, quanto maior o tempo que a paciente está inserida em um programa de fisioterapia, menor é sensação de dor, peso/cansaço no membro comprometido, e melhor é a IC. A terapia complexa descongestiva é a técnica mais utilizada na fisioterapia para tratar o linfedema devido à sua eficácia comprovada, pois ela promove recuperação funcional precoce e uma readaptação do corpo, auxiliando na aceitação com a nova aparência^{22,30}.

Quanto ao volume/intensidade do linfedema, não houve diferença em relação à F, QV e IC. Já foi demonstrado que a presença ou a ausência do linfedema é mais relevante que a intensidade/tamanho do edema, a percepção do quão intenso

está parece não ser o foco principal das pacientes³¹.

Como limitação do estudo, tem-se a falta de controle da variável tempo do linfedema, pois esse dado foi relatado pela paciente, o que muitas vezes não é preciso. Recomenda-se que, em próximos estudos, a variável tempo do linfedema seja controlada, lançando mão de um estudo longitudinal.

CONCLUSÃO

A F, a QV e a IC foram satisfatórias em ambos os grupos, e não houve diferença estatística entre elas com a presença do linfedema, ou mesmo a sua intensidade. Contudo, a presença ou a ausência do linfedema associado às variáveis sociodemográficas e clínicas foram relevantes, pois, em portadoras de linfedema, a F aumenta com a idade, a QV (bem-estar físico e emocional) piora com a idade, a QV (bem-estar social/familiar e funcional) melhora com o aumento da idade e do IMC e a IC pioram com a idade e melhoram com a prática regular da fisioterapia. Já em mulheres sem linfedema, a F diminui com a idade, e a QV (BEF e BEE) piora com o aumento do tempo pós-cirúrgico.

Diante das alterações encontradas na mulher após a mastectomia e da repercussão na sua funcionalidade, a Fisioterapia é indispensável para minimizar os transtornos musculoesqueléticos e auxiliar a mulher no retorno à participação social.

REFERÊNCIAS

1. Sousa E, Carvalho FN, Bergmann A, Fabro EAN, Dias RA, Koifman RJ. Funcionalidade de membro superior em mulheres submetidas ao tratamento do Câncer de Mama. *Rev Bras Cancerol* 2013; 59(3): 409-17.
2. Fukushima KFP, Silva HJ, Ferreira CWS. Alterações vasculares resultantes da abordagem cirúrgica da axila: uma revisão de literatura. *Rev Bras Mastol* 2011; 21(1): 91-8.
3. Zou L, Liu FH, Shen PP, Hu Y, Liu XQ, Xu YY, et al. The incidence and risk factors of related lymphedema for breast cancer survivors post-operation: a 2-year follow-up prospective cohort study. *Breast Can* 2018; 25(3): 309-14.
4. Campos MPO, Hassan BJ, Riechelmann R, Giglio A. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. *Rev Assoc Med Bras* 2011; 57(2): 211-9.
5. Tan XF, XIA F. Long-term fatigue state in postoperative patients with breast cancer. *Chin J Cancer Res* 2014; 26(1): 12-6.
6. Paraskevi T. Quality of life outcomes in patients with breast cancer. 2012; 6(1):7-10.
7. Jeffe DB, Pérez M, Cole EF, Liu Y, Schootman M. The effects of surgery type and chemotherapy on early-stage breast cancer patients' quality of life over 2-year follow-up. 2016; 23(3): 735-43.
8. Collins KK, Liu Y, Schootman M, Aft R, Yan Y, Dean G, et al. Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Res Treat* 2011; 126(1): 167-76.
9. Munoz-Alcaraz MN, Torres LAP, Merino JS, Jimenez-Vilchez, AJ, Olmo-Carmona MV, Munoz-Garcia MT, et al. Efficacy and efficiency of a new therapeutic approach based on activity-oriented proprioceptive antiedema therapy (TAPA) for edema reduction and improved occupational performance in the rehabilitations of breast cancer-related arm lymphedema in women: a controlled, randomized clinical trial. *BMC Cancer* 2020; 20:1074.
10. Ishikawa NM, Thuler LCS, Giglio AG, Baldotto CSR, Andrade CJC, Derchain SFM. Validation of the Portuguese version of functional assessment of cancer therapy- fatigue (FACT-F) in Brazilian cancer patients. *Support Care Cancer* 2010; 18(1): 481-90.
11. Moreira H, Silva S, Marques A, Canavarro MC. The Portuguese version of the body image scale (BIS)- psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *Eur J Oncol Nurs* 2009; 14(2): 1-8.

12. Perroca MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. *Rev Latin-American Enfermagem* 2011; 19(1): 1-9.
13. Bergmann A, Mattos IE, Koifman RG. Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. *Rev Brasil de Cancerol* 2004; 50(4): 311-320.
14. Bezerra KB, Silva DSM, Chein MBC, Ferreira PR, Maranhão JKP, Ribeiro NL, et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(7): 1933-41.
15. Barbosa PA. Avaliação da qualidade de vida e impacto funcional em mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica na cidade de Juiz de Fora [dissertação]. Minas Gerais (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora; 2014.
16. Jammallo LS, Miller CL, Singer M, Horick NK, Skolny MN, Specht MC, et al. Impact of body mass index and weight fluctuation on lymphedema risk in patients treated for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2013; 142(1): 59-67.
17. Albuquerque K, Tell D, Lobo P, Millbrandt L, Mathews HL, Janusek LW. Impact of partial versus whole breast radiation therapy on fatigue, perceived stress, quality of life and natural killer cell activity in women with breast cancer. *BMC Cancer* 2012; 12(1): 1-12.
18. Hagen KB, Aas T, Kvaloy JT, Erikssen HR, Soiland H, Lind R, et al. Fatigue, anxiety and depression overrule the role of oncological treatment in predicting self-reported health complaints in women with breast cancer compared to healthy controls. *Breast* 2016; 100-6.
19. Bergmann A. Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro [dissertação]: Escola Nacional de Saúde Pública. [acessado 2015 jul 12]. Disponível em: <http://portaldesicict.fiocruz.br>.
20. Prado MAS, Mamede MV, Almeida AM, Clapis MJ. A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. *Rev. Latino-Am Enfermagem* [online] 2004; 12(3): 494-502.
21. Duijts SFA, Faber MM, Oldenburg HS, Van BM, Aaronson NK. Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors-a meta-analysis. *Psychooncology* 2011; 20(2): 115-26.
22. Atalay OT, Özkir A, Çalik BB, Baskan E, Taskin H. Effects of phase I complex decongestive physiotherapy on physical functions and depression levels in breast cancer related lymph edema. *J Phys Ther Sci* 2015; 27(1): 865-70.
23. Tacani PM, Batista PAN, Campos CM, Kasawara KT, Gimenes, RO. Fisioterapia em grupo na reabilitação funcional dos membros superiores de mulheres pós mastectomia. *Ter Man* 2013; 11(51): 1-6.
24. Pinto M, Gimigliano F, Tatangelo F, Megna M, Izzo F, Gimigliano R, et al. Upper limb function and quality of life in breast cancer related lymphedema: a cross-sectional study. *Eur J Phys Rehabil Med* 2013; 49: 665-73.
25. Chopra I, Kamal KM. A systematic review of quality of life instruments in long term breast cancer survivors. *Health and quality of life outcomes* 2012; 10-14.
26. Fu MR, Ridner SH, Hu SH. Psychosocial impact of lymphedema: a systematic review of literature from 2004 to 2011. *Psychooncology* 2013; 22(1): 1466-84.
27. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J National Cancer Institute* 2000; 92(17): 1422-9.

28. Brasil. Lei n.º 12802, de 24 de abril de 2013. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária. Diário Oficial da União. [acessado 2013 abr 24].

29. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raaba, Sauer H, Holzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J* 2004; 10(3): 223-31.

30. Paz IA, Fréz AR, Schiessl L, Ribeiro LG, Preis C, Guérios L. Terapia complexa descongestiva no tratamento intensivo do linfedema: revisão sistemática. *Fisioter Pesqui* 2016; 23(3): 311-7.

31. Dawes DJ, Meterissian S, Goldberg M, Mayo NE. Impact of lymphoedema on arm function and health-related quality of life in women following breast cancer surgery. *J Rehabil Med* 2008; 40(1): 651-8.