

Qualidade de Vida e Estratégias de Enfrentamento em Mulheres com e sem Linfedema Pós-Câncer de Mama

Quality of Life and Coping Strategies of Post-Breast Cancer Women with and without Lymphedema

Calidad de Vida y Estrategias de Enfrentamiento en Mujeres con y sin Linfedema después del Câncer de Mama

Fabia Cristina Alegrance¹, Camila Bernardes de Souza², Ricardo Lencioni Mazzei³

Resumo

O linfedema, complicação do tratamento de câncer de mama, pode levar às limitações físicas, funcionais, psicológicas e sociais. O objetivo deste estudo foi verificar o impacto do linfedema nos fatores biopsicossociais das portadoras, identificando as estratégias de enfrentamento e avaliando a qualidade de vida de mulheres com e sem linfedema após câncer de mama. Os instrumentos de avaliação foram: questionário de caracterização; questionários de qualidade de vida *European Organization for Research and Treatment of Câncer* (EORTC) QLQ-30 e BR-23; e Inventário de Estratégias de *Coping*. Foram entrevistadas 82 mulheres, idade média de 57,4 anos (DV12,3), submetidas ao tratamento de neoplasia mamária. O linfedema apresentou-se em 39,03% e parece não interferir muito na qualidade de vida dessas mulheres, sendo a função social a mais prejudicada. Nas portadoras de linfedema, apenas os sintomas relacionados aos braços foram estatisticamente maiores, e o autocontrole foi a estratégia de enfrentamento estatisticamente mais utilizada. Outras estratégias utilizadas foram: reavaliação, resolução de problemas, fuga, suporte social e autocontrole. Conclui-se que o uso de estratégias ativas e positivas para enfrentar o câncer de mama parece resultar na boa adaptação psicossocial.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Neoplasias da Mama; Linfedema; Mulheres

¹Fisioterapeuta. Mestre em Psicologia da Saúde pela UMESP. Universidade Metodista de São Paulo.

²Psicóloga Doutora em Ciências – UNIFESP.

³Médico Coordenador do Serviço de Mastologia do CAISM-HMU-SBC. Docente na Faculdade de Medicina ABC.

Mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade Metodista de São Paulo. Trabalho financiado pela bolsa CAPES.

Endereço para correspondência: Fabia C. Alegrance. Rua Wenceslau Bras, nº 103 – Centro. São Bernardo do Campo (SP), Brasil. CEP: 09715-350.

E-mail: fabia.fisio@ig.com.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de mama ainda é um problema de saúde pública, visto que é a neoplasia de maior incidência e mortalidade entre as mulheres. O diagnóstico precoce do câncer de mama e os tratamentos menos agressivos têm permitido maior sobrevida e qualidade de vida a essas mulheres, porém muitos dos cânceres de mama ainda são diagnosticados em estádios tumorais avançados¹.

O linfedema é uma complicação decorrente do tratamento do câncer de mama, mais especificamente da linfadenectomia axilar e radioterapia. É caracterizado pelo aumento do volume do membro, devido ao acúmulo de líquido e de grandes moléculas no interstício por deficiência da drenagem linfática fisiológica^{2,3}. O linfedema pode implicar em sintomas como sensação de peso, limitação de movimento, coordenação motora, dor, depressão, ansiedade e isolamento social. Assim, apresenta impacto negativo no âmbito psicológico, social e funcional na vida das portadoras⁴.

Atualmente, a incidência do linfedema tem reduzido devido às novas técnicas empregadas no tratamento de câncer de mama como o linfonodo sentinela, que ajuda a preservar os linfonodos axilares. Não há estatística exata da prevalência do linfedema no Brasil, estudos locais como o do Hospital Luiza Gomes de Lemos/Instituto Nacional do Câncer (INCA) no Rio de Janeiro mostram que a prevalência de linfedema entre 394 mulheres pós-câncer de mama oscilou entre 16,2% e 30,7% (valores variaram conforme método de investigação do linfedema)⁴.

Estudos investigando a qualidade de vida pós-tratamento do câncer de mama são comuns, porém poucos abordam o impacto do linfedema. Estes apontam que as portadoras de linfedema pós-câncer de mama apresentam baixa qualidade de vida, porém não há consenso quanto às repercussões do linfedema em todas as facetas englobadas na qualidade de vida^{5,6,7,8}. Qualidade de vida, segundo Campolina e Ciconelli⁹, pode ser definida como a percepção da satisfação que um indivíduo tem de seu estado físico, mental e social, isto é, um relato subjetivo.

Atualmente, a preocupação com medidas terapêuticas e assistenciais para o impacto da doença e de seus tratamentos, isto é, que prezam por uma sobrevida qualitativamente boa, está em maior evidência do que o aumento de sobrevida dos pacientes oncológicos. Assim, os tipos de estratégias utilizadas para enfrentar os eventos do tratamento do câncer mamário podem influenciar na adaptação e o ajustamento das mulheres, que consequentemente reflete na qualidade de vida^{10,11,12}.

Estratégias negativas, passivas, de evitação, parecem estar relacionadas à má-adaptação e desenvolvimento do câncer. Enquanto as estratégias positivas, ativas, de confronto estão relacionadas às melhores adaptações, à qualidade de vida e ao aumento da sobrevida^{10,11,12}.

Estratégias de enfrentamento (*coping*), segundo Folkman e Lazarus¹³ são definidas como:

[...] conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas e externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais.

O objetivo geral deste estudo foi verificar o impacto do linfedema nos fatores biopsicossociais das portadoras. Mais especificamente identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas frente ao câncer; avaliar a qualidade de vida e suas facetas; e identificar possíveis correlações entre as variáveis, entre mulheres com e sem linfedema após o tratamento do câncer de mama.

MÉTODO

Esta pesquisa trata-se de um estudo de observação transversal, realizado no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) de São Bernardo do Campo (SBC), com mulheres já submetidas ao tratamento do câncer de mama. O CAISM consiste em um centro de especialidade, de atendimento público, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), sob direção da Faculdade de Medicina do ABC.

Os participantes da pesquisa foram mulheres com câncer de mama com e sem linfedema. Os fatores de inclusão das participantes foram: mulheres com história de câncer de mama unilateral; com submissão a tratamento cirúrgico de mama e esvaziamento axilar; idade superior a 30 anos; frequentadoras dos serviços ambulatoriais médicos e/ou fisioterapêuticos do CAIMS-SBC; que compreendiam e falavam português (Brasil).

Foram excluídas as mulheres portadoras de doença ativa locorregional ou à distância; com relato de alteração funcional em membros superiores, anterior ao tratamento para câncer de mama; que estavam sob tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia ou com tratamento terminado há menos de dois meses; com execução do linfonodo sentinela; e mulheres sem condições de responder aos questionários.

A seleção das participantes ocorreu por dois processos: 1) levantamento de todos os prontuários do arquivo "vivo" do setor de Fisioterapia, sendo estes de Junho de 2004 a Junho de 2006. De 137 prontuários existentes, apenas 28 continha fatores de exclusão, as outras foram contatadas por telefone e agendadas uma entrevista. No total, 50 destas mulheres foram entrevistadas; 2) seleção de mulheres com agendamento de consulta médica no ambulatório de Mastologia. O ambulatório de Mastologia foi acompanhado durante oito sextas-feiras; sendo que, das 283 consultas marcadas, 109 eram casos de câncer

de mama e, destas, só 70 pacientes apresentaram o perfil de inclusão deste estudo, e apenas 32 mulheres aceitaram participar e completaram a entrevista.

As análises de prontuários e entrevistas foram realizadas entre os meses de Julho e Outubro de 2006. O presente estudo obteve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Metodista de São Paulo, sob protocolo 68.866/05, e da Faculdade de Medicina do ABC, sob protocolo 130/2006.

O tamanho da amostra foi deduzido pelo *software GraphPad* (<http://www.graphpad.com>), a partir do estudo de Beaulac *et al.*¹⁴. O teste *Sample size for unpaired t test* calculou, com poder de 80%, uma amostra de no mínimo 30 indivíduos por grupo. O nível de significância foi de 5%.

Os instrumentos de avaliação foram: **a) Questionário de caracterização:** questionário estruturado investigando dados pessoais (idade, atividade profissional, estado civil, números de filhos, grau de escolaridade), dados clínicos como patologias associadas atuais e realização de fisioterapia e psicoterapia. Dados como o número de linfonodos resseccionados e comprometidos, tipo de cirurgia e tratamentos complementares (radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia) foram extraídos dos prontuários médicos; **b) Avaliação do linfedema:** o linfedema foi caracterizado pelo cálculo do volume estimado dos membros superiores a partir da perimetria ($\text{Volume} = \text{altura} * (C^2 + Cc + c^2) / (\pi * 12)$). A perimetria dos membros superiores foi realizada: 20cm, 30cm, 40cm, 50cm acima da extremidade distal do 5º dedo. A presença do linfedema foi constatada quando esta diferença era maior ou igual a 200 mL; **c) Questionário de qualidade de vida EORTC QLQ C-30 e BR-23:** inventários de qualidade de vida versão brasileira, elaborados pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (*European Organization for Research and Treatment of Cancer – EORTC*). Esses questionários não apresentam validação para o português, mas foram selecionados por ser amplamente utilizado em muitos países com apenas a tradução executada pela própria EORTC. O QLQ C-30 (*Quality Life Questionnaire*) é um documento genérico de qualidade de vida para o câncer, composto por 30 questões que definem a qualidade de vida geral, cinco escalas funcionais (física, papel/desempenho, cognitiva, emocional e social), três escalas de sintomas (fadiga, dor e náusea/vômito) e seis itens simples (dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras). O módulo BR-23 investiga a qualidade de vida específica no câncer de mama. Consta de 23 questões incorporadas em escalas para mensurar efeitos colaterais da quimioterapia, sintomas relacionados ao braço e à mama, imagem corporal e função sexual. E itens simples para expor a satisfação sexual, distúrbio pela perda de cabelos e perspectivas futuras. Todas as médias dos escores

foram transformadas linearmente em uma escala de 0 a 100 pontos, conforme descrito no manual EORTC. Os altos escores nas escalas funcionais e na qualidade de vida geral representam, respectivamente, grande índice de função e alta qualidade de vida, enquanto os elevados escores nas escalas de sintomas representam alto nível de sintomatologia e problemas; **d) Inventário de estratégias de coping:** elaborado por Folkman e Lazarus (1985), foi adaptado para a população brasileira por Savoia *et al.*¹⁵. O objetivo deste foi identificar as estratégias utilizadas durante todo o tratamento do câncer de mama. Consta de 66 questões estruturadas que definem as escalas como: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva. A soma dos escores das questões fornece um valor para cada fator da escala. Esse valor é transformado em um índice, de 0 a 100, pela seguinte fórmula: $(\text{soma obtida} / \text{máximo valor escores}) * 100$.

Todos os instrumentos de avaliação foram aplicados às pacientes em forma de entrevista, e somente após as mesmas concordarem a participar e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

O programa SPSS, versão 13, foi utilizado para a análise estatística dos dados. Para os dados não paramétricos, empregaram-se os testes *Pearson Qui-quadrado*, *Fischer e Mann-Whitney*. Já para os dados paramétricos, utilizou-se do *t de Student*. As correlações foram realizadas pelo teste de *Pearson*, e as relações pela ANOVA. O valor de significância totalizado foi de 5%. Realizou-se a correlação das estratégias de enfrentamento com os domínios do EORTC QLQ-30 e BR-23 no grupo com linfedema separadamente do grupo das mulheres sem linfedema.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 82 mulheres, sendo que o linfedema apresentou-se em 39,03% (32); das quais, 93,8% (30) já tinham realizado tratamento fisioterapêutico, isto é, apresentavam linfedema já tratado. Quanto à perimetria e volumetria, respectivamente, a média nas mulheres sem linfedema é de 0,22 cm (-1,2 – 1,1cm) e 26,90 ml (-231,2 – 181ml) e, nas portadoras de linfedema, de 2,27cm (0,5 – 6,9cm) e 490,57 ml (211,8 – 1.393ml).

Os grupos foram semelhantes quanto aos dados socioeconômicos, idade, tipo de cirurgia e tratamentos complementares (radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia). Já em relação ao tempo decorrido a partir do diagnóstico do câncer de mama, patologias associadas atuais e o número de linfonodos axilares resseccionados foram estatisticamente significantes maiores no grupo com linfedema (Tabela 1).

O acompanhamento psicológico durante o tratamento oncológico foi realizado por 50% das mulheres sem linfedema, sendo significativamente maior em

relação (28,13%) às com linfedema. Já o tratamento fisioterapêutico foi mais realizado estatisticamente pelas portadoras de linfedema com 93,8%, enquanto 72% das sem linfedema não realizaram nenhum tipo de tratamento fisioterapêutico.

As mulheres sem linfedema percebem sua qualidade de vida geral melhor que as portadoras de linfedema, porém essa diferença não é estatisticamente distinta (Tabela 2). Todas as funções mensuradas pelo questionário EORTC QLQ-30 apresentaram boa pontuação, mostrando satisfação biopsicossocial das mulheres. Apenas a função social foi estatisticamente diferente ($p=0,005$) entre os grupos, indicando que as mulheres sem linfedema possuem um melhor suporte social.

Os sintomas mais apresentados decorrentes do tratamento oncológico, mensurados pelo EORTC QLQ-30, foram: fadiga, dor, insônia e queixa de dificuldade financeira, mesmo não havendo diferença estatística entre os grupos, mostrando que realmente esses sintomas advêm do tratamento oncológico e não da presença do linfedema.

Os resultados do EORTC BR-23 (Tabela 2) mostram que sintomas relacionados ao braço (dores, edema e limitação de amplitude de movimento) foram estatisticamente ($p=0,006$) maiores nas portadoras de linfedema. Essas também reportam melhor função e satisfação sexual e perspectivas para o futuro. As sem linfedema reportam melhor imagem corporal.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e relacionados ao tratamento do câncer de mama e informações clínicas das mulheres entrevistadas. Sendo 39,03% (32) com a presença e 60,97% (50) com ausência de linfedema (LE) ($n=82$). * $p<0,05$

	Com LE	Sem LE	P
Idade média	60,30 (45-89)	55,60 (30-83)	0,097
Estado civil:			0,896
Casada	50% (16)	56% (28)	
Solteira	15,60% (5)	16% (8)	
Divorciada	9,40% (3)	10% (5)	
Viúva	25% (8)	18% (9)	
Número de filhos (média)	2,20 (0-12)	2,16 (0-6)	0,993
Atividade profissional:			
Trabalhando	12,50% (4)	24% (12)	0,243
Aposentada	53,13% (17)	36% (18)	
Do Lar	34,38% (11)	40% (20)	
Escolaridade:			0,351
Analfabeta	3,13% (1)	4% (2)	
Ensino Fundamental	50% (16)	56% (28)	
Ensino Médio	28,10% (9)	34% (17)	
Ensino superior	18,80% (6)	6% (3)	
Tempo do diagnóstico (média - anos)	7,30 (3-19)	3,72 (1-13)	0,000*
Tipo de cirurgia:			0,392
Mastectomia	65,63% (21)	60% (30)	
Cirurgia conservadora	34,37% (11)	40% (20)	
Reconstrução	25% (8)	48% (24)	
Tratamentos complementares			
Radioterapia	96,98% (31)	88% (44)	0,16
Quimioterapia	75% (24)	66% (33)	0,27
Hormonioterapia	75% (24)	66% (33)	0,27
Média de linfonodos resseccionados	20,30 (12-31)	16,70 (2-37)	0,009*
Média de linfonodos comprometidos	2,26 (0-16)	2,48 (0-21)	0,97
Patologias associadas	78,12% (25)	58% (29)	0,049*

Para enfrentar toda a problemática e tratamento do câncer de mama, as mulheres sem linfedema reportaram que adotam mais estratégias como reavaliação, fuga, resolução de problemas e suporte social (Tabela 3). Já as mulheres com linfedema utilizaram, consecutivamente, mais resolução de problemas, reavaliação, suporte social, fuga e autocontrole (média maior 50%). Apenas o autocontrole é estatisticamente ($p=0,012$) mais empregado pelas mulheres com linfedema.

Entre as mulheres sem linfedema, foram encontradas apenas moderadas correlações ($r=0,5$ a $0,8$), como entre: função sexual e resolução de problemas ($-0,508$), função sexual e reavaliação ($-0,505$), e entre qualidade de vida

geral e autocontrole ($0,509$). Esse resultado mostra que o uso de estratégias como resolução de problemas e reavaliação para enfrentar o câncer de mama indica baixa satisfação com a função sexual, enquanto que manter um melhor autocontrole da situação reproduz uma melhor qualidade de vida relatada.

Já entre as mulheres com linfedema, moderadas correlações aparecem entre satisfação sexual e aceitação ($0,786$), satisfação sexual e afastamento ($0,627$), e entre função sexual e afastamento ($0,501$). Assim, tanto o uso de estratégias como a aceitação quanto o afastamento da situação tendem a melhorar a função e satisfação sexual.

Tabela 2. Qualidade de vida geral, escalas funcionais e sintomas mensurados pelo EORTC QLQ-30 e EORTC BR-23 em mulheres com linfedema ($n=32$) e sem linfedema ($n=50$). * $p<0,05$

EORTC QLQ-30		Média	Desvio-padrão	p
Qualidade de vida geral	Sem LE	75,83	18,39	0,638
	Com LE	72,66	22,72	
Função social	Sem LE	90,99	22,65	0,005*
	Com LE	77,61	30,40	
Função física	Sem LE	77,60	18,89	0,143
	Com LE	72,30	16,94	
Função papel	Sem LE	78,00	30,75	0,065
	Com LE	68,74	30,45	
Função cognitiva	Sem LE	65,00	28,42	0,545
	Com LE	58,32	35,16	
Função emocional	Sem LE	60,17	28,14	0,453
	Com LE	64,07	28,04	
Dor	Sem LE	24,67	33,03	0,134
	Com LE	38,03	39,08	
Insônia	Sem LE	36,67	43,25	0,405
	Com LE	27,08	36,36	
Fadiga	Sem LE	25,99	27,37	0,772
	Com LE	27,08	25,08	
Dificuldades financeiras	Sem LE	31,33	40,64	0,713
	Com LE	27,08	36,36	
Dispneia	Sem LE	16,00	31,76	0,314
	Com LE	8,33	22,40	
Perda de apetite	Sem LE	14,00	32,36	0,695
	Com LE	9,38	24,30	
Constipação	Sem LE	12,66	26,84	0,835
	Com LE	14,58	28,01	
Náusea/ Vômito	Sem LE	9,67	22,36	0,748
	Com LE	6,77	15,18	
Diarreia	Sem LE	4,00	14,51	0,359
	Com LE	1,04	5,89	

Tabela 2. (cont.)

EORTC BR-23		Média	Desvio-padrão	p
Imagem corporal	Sem LE	78,00	23,55	0,15
	Com LE	68,82	33,33	
Função sexual	Sem LE	71,33	28,18	0,445
	Com LE	76,34	29,11	
Satisfação sexual	Sem LE	45,33	37,13	0,718
	Com LE	50,00	40,83	
Incomodo c/ queda de cabelo	Sem LE	35,00	42,54	0,608
	Com LE	41,02	43,36	
Perspectivas futuras	Sem LE	32,00	36,87	0,432
	Com LE	38,70	37,62	
Sintomas do braço	Sem LE	19,32	23,19	0,006*
	Com LE	37,27	29,49	
Sintomas da mama	Sem LE	25,16	23,54	0,42
	Com LE	22,58	25,20	
Efeitos da quimioterapia	Sem LE	22,85	18,48	0,937
	Com LE	23,19	19,16	

Tabela 3. Estratégias de enfrentamento. Mulheres com linfedema (n=32) e sem linfedema (n=50). * p<0,05

		Média	Desvio-padrão	p
Resolução Problemas	Sem LE	66,33	21,69	0,181
	Com LE	72,93	19,29	
Reavaliação	Sem LE	69,34	20,48	0,86
	Com LE	71,2	18,28	
Fuga	Sem LE	68,99	31,04	0,326
	Com LE	63,54	27,9	
Suporte social	Sem LE	65,77	19,99	0,752
	Com LE	63,88	22,35	
Autocontrole	Sem LE	45,61	20,08	0,012*
	Com LE	57,92	16,37	
Aceitação de responsabilidade	Sem LE	29,04	17,19	0,667
	Com LE	30,8	18,17	
Afastamento	Sem LE	26,95	14,52	0,569
	Com LE	28,28	13,03	
Confronto	Sem LE	26,78	14,27	0,66
	Com LE	26,74	19,72	

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram que as mulheres submetidas ao tratamento do câncer há mais tempo, consequentemente submetidas às cirurgias axilares mais radicais, e com maior número de linfonodos axilares

resseccionados estatisticamente significante, contribuíram diretamente para o desenvolvimento do linfedema no membro superior homolateral à cirurgia. Confirmando dados da literatura que coloca a linfadenectomia axilar e a radioterapia como os maiores predisponentes para o desenvolvimento do linfedema, por prejudicarem

a circulação linfática^{2,16}. Apesar de o tipo de cirurgia e tratamento complementar executados não terem diferença entre os grupos, ressalta-se a alta frequência de radioterapia, 96,98% e 88%, nas mulheres com e sem linfedema respectivamente.

Assim, a linfadenectomia mostra-se mais determinante no desenvolvimento do linfedema que a radioterapia. Já Velanovich e Szymanski⁸ encontraram que a linfadenectomia axilar não foi causa de impacto negativo na qualidade de vida das mulheres, e sim a presença do linfedema.

Quanto à qualidade de vida geral, as participantes parecem satisfeitas, não apresentando estatisticamente diferença entre os grupos. Kwan *et al.*¹⁶, ao utilizarem o EORTC QLQ-30, também não encontraram diferença estatística na qualidade de vida e seus domínios entre mulheres com e sem linfedema no Canadá. Como calcularam apenas as médias dos escores, não foi possível a comparação dos estudos.

Diversos estudos reportam baixa qualidade de vida nas portadoras de linfedema, mas não há consenso quanto às repercussões deste nas facetas englobadas na qualidade de vida^{5,6,7,8}. A literatura mostra que o próprio tratamento do câncer de mama, por si só, pode acarretar consequências negativas na vida das mulheres, como déficit na função emocional, cognitivo e social, e estes podem persistir por mais de três anos do diagnóstico. Também há evidências que a qualidade de vida e saúde geral das mulheres, após três anos do tratamento do câncer, é similar à população geral¹⁷.

Estudo nacional mostrou que brasileiras consideram ter uma boa qualidade de vida após o câncer de mama, e relaciona esse fato ao bom relacionamento e apoio familiar, à saúde física, à fé e à valorização da vida¹⁸.

No presente estudo, a função social foi o único domínio da qualidade de vida, estatisticamente pior entre as mulheres com linfedema, fato também encontrado por Coster *et al.*⁶ e Woods *et al.*¹⁹. O que revela que a socialização dessas mulheres merece maior atenção. O câncer de mama promove dificuldades para as mulheres enfrentarem a problemática social, gerando isolamento, estigma, mudança de papéis, perda do controle e da autonomia. O linfedema afeta ainda mais essas mulheres no âmbito familiar, profissional, no círculo de amizades, no lazer e no suporte social²⁰.

O linfedema acaba sendo um problema estigmatizante, pois é percebido como seqüela do câncer, e como não há cura, as mulheres acabam relatando que têm que se conformar em conviver com ele. Isso parece afetar mais suas vidas que o próprio câncer e seu tratamento, como a mastectomia. Além de terem a sensação de que nunca ficarão curadas do câncer²¹.

Woods *et al.*¹⁹ relatam que mesmo com o linfedema tratado, ele continua a afetar a vida social das mulheres. O aumento e deformação do membro superior, e o uso da

bracadeira elástica, atraem a atenção das pessoas, além de expressar publicamente que houve um câncer de mama. A mulher, desta forma, tende a ficar insegura quanto a praticar atividades sociais^{21,19}.

Apesar de toda estigmatização social, a função emocional mostrou ser melhor entre as mulheres com linfedema, justificado talvez pelo tempo decorrido desde o diagnóstico ser maior comparado às sem linfedema. O tempo permite melhores adaptações psicossociais, assim, possivelmente, as questões emocionais relacionadas ao câncer já foram enfrentadas e até resolvidas, além de que, se sentem mais seguras de sua “cura”.

Já Beaulac *et al.*¹⁴ encontraram a função emocional reduzida nas mulheres com linfedema. As principais sequelas psicológicas nas portadoras da patologia relatadas na literatura são: frustração, estresse, tristeza, angústia, depressão, ansiedade, mudanças na autoestima e na imagem corporal^{20,21}.

A imagem corporal das portadoras de linfedema desse estudo é pior, já que o impacto da cirurgia mamária soma-se à deformação do membro superior. A modificação da mama, pela cirurgia, altera a aparência da mulher, contudo, consegue ser “disfarçada” socialmente. No caso do linfedema, isso não ocorre, ficando exposto ao público constantemente, o que contribui ainda mais para as alterações de imagem corporal e autoestima^{3,20}.

Dor, fadiga e insônia, sintomas apontados com maior frequência em ambos grupos são preditores de morbidades psicológicas e sociais, visto que causam grande impacto direto no autocuidado, nas atividades domésticas, vocacionais, de lazer e sexual. Após o tratamento do câncer de mama, estudos mostraram que a dor está diretamente associada à limitação de movimento no ombro^{3,20}.

O aumento do volume, conseqüentemente do peso do membro com linfedema, acaba sobrecarregando todo o sistema musculoesquelético relacionado ao movimento do mesmo, desenvolvendo frequentemente processos álgicos. Assim, a dor apresenta forte impacto sobre a qualidade de vida e saúde emocional das portadoras de linfedema. O tratamento fisioterapêutico tem mostrado bons resultados para a dor ao reduzir o volume do membro superior^{2,8}.

Pain *et al.*²² reafirmam esse fato, pois, ao compararem mulheres portadoras de linfedema à população normal, constataram que o linfedema é um fator determinante e prejudicial à saúde geral, função física, dor corpórea e vitalidade das mesmas.

Ridner⁷ mostra que, mesmo após o tratamento do linfedema, essas mulheres continuam apresentando fadiga, além de alterações de sensibilidade do braço, perda de confiança no corpo e redução de atividade física. A fadiga é um distúrbio associado à quimioterapia e não ao linfedema, mas sabe-se que essa pode limitar ainda mais as funções físicas das portadoras^{2,7}.

No entanto, a reabilitação física é bastante favorável

à melhora desses sintomas, como mostraram McKenzie e Kalda²³, a prática de exercícios físicos globais melhorou a função física, saúde geral e vitalidade de mulheres com linfedema. Por isso, tanto o estímulo à prática de atividade física quanto os exercícios terapêuticos se fazem necessários à reabilitação do tratamento pós-câncer de mama.

A função física e o desempenho (papel) das participantes são satisfatórios, porém a literatura aponta que comorbidades físicas consequentes ao tratamento do câncer de mama. Alterações no membro superior, como restrição de mobilidade, dor e edema são frequentemente relatados pelas mulheres tratadas de câncer de mama¹⁷. E o linfedema potencializa ainda mais os déficits funcionais físicos^{6,7,14,22}, por isso os sintomas no braço são significativamente maiores no grupo com linfedema.

O fato de a maioria das mulheres já ter realizado o tratamento fisioterapêutico (Terapia Física Complexa) do linfedema mostra que mesmo o linfedema tratado e controlado provoca disfunções na vida das mulheres. Gordon *et al.*²⁴ já mostraram que a intervenção fisioterapêutica e psicossocial precoce, no pós-operatório do câncer de mama, resulta na recuperação funcional e na melhoria mais rápida da qualidade de vida, além de contribuir fortemente para a prevenção do linfedema².

Já os sintomas na mama, como: dor, edema e sensibilidade, são mais frequentes nas mulheres sem linfedema, uma vez que não há muitos sintomas relacionados ao braço, nem a presença do linfedema, a atenção é voltada totalmente para a mama, lembrando que é muito o comum a sensação da mama fantasma por essas mulheres².

Mesmo com a autoimagem prejudicada, a função e satisfação sexual foram maiores no grupo com linfedema, sendo que o estado civil desse grupo foi menor em casadas e maior em viúvas. No entanto, Tobin *et al.*²⁵ encontraram transtornos sexuais associados ao linfedema. O tempo decorrido do diagnóstico é mais uma vez determinante, pois influencia na melhora da função e satisfação sexual, uma vez que as portadoras de linfedema tiveram mais tempo para se adaptar psicossocialmente.

A alta frequência da hormonioterapia em ambos os grupos também justifica o estado sexual dessas mulheres; pois, como simula o climatério, as taxas hormonais ficam menores e consequentemente induz à redução do desejo sexual.

As perspectivas do futuro são baixas, em ambos os grupos, primeiro porque o medo da recorrência do câncer é fato constante e estressante para todas. O acréscimo do linfedema, de caráter crônico e sem cura, a preocupação com o volume do membro e o uso das braçadeiras elásticas por toda a vida deixam as mulheres ainda mais preocupadas, tristes e até desapontadas. Além das possíveis complicações do linfedema, como infecções e consequente hospitalização, dor e desfiguração do membro (elefantíase) e medo da amputação²¹.

As perspectivas do futuro também estão relacionadas à forma de como enfrentar as situações da vida. Há uma grande variedade de estratégias de enfrentamento, mas para situações semelhantes podem-se observar estratégias semelhantes. A literatura mostra que os tipos de estratégias utilizadas para enfrentar os eventos do tratamento do câncer mamário influenciam diretamente na adaptação e ajustamento biopsicossocial das mulheres, e consequentemente na qualidade de vida^{10,11,12}.

O uso de estratégias negativas e passivas como o fatalismo, preocupações ansiosas e desesperança, está relacionado ao mau ajustamento e adaptação. Enquanto as estratégias ativas e de confronto estão relacionadas com melhores adaptações^{10,12}.

Nesse estudo, as principais estratégias utilizadas pelas mulheres frente ao câncer de mama foram: resolução de problemas, reavaliação, fuga, suporte social e autocontrole, que se assemelham muito as estratégias apontadas pela literatura, como aceitação, suporte social, reavaliação positiva e planejamento^{10,11}.

Essas estratégias apontadas, exceto a fuga, são tidas como ativas e positivas no processo de enfrentamento^{10,11}, e resultou numa boa adaptação psicossocial dessas mulheres após o câncer de mama, visto os resultados dos questionários EORTC, que apontam funcionalidades físicas, emocionais e sociais satisfatórias.

A resolução dos problemas, que compreende um “espírito de luta” para solucionar logo o problema, destaca-se entre as entrevistadas. Rowland e Massie¹¹ afirmam que mulheres com perfil ativo para resolver os problemas e que exibem flexibilidade em seus esforços são capazes de adaptarem-se melhor à sua doença. Como também a utilização do suporte social e um padrão ativo de “espírito de luta” influenciam essa adaptação e contribuem para melhor qualidade de vida e maior sobrevida^{11,12}.

A reavaliação, amplamente utilizada por ambos os grupos, compreende que frente a uma situação árdua como o câncer de mama, a vida de muitas mulheres muda, levando-as a valorizar mais a vida e seu tempo, além de modificar a forma de analisar mentalmente os problemas¹¹. Também se deve levar em consideração que as mulheres durante as entrevistas estavam numa fase livre de tratamento, sem sinais da doença e nunca tiveram metástase, assim obtiveram bom desenvolvimento da doença. Esse tempo decorrido permite uma melhor análise de todas as situações enfrentadas, justificando o alto uso de estratégias de reavaliação positiva.

As duas únicas estratégias mais utilizadas entre as mulheres sem linfedema são a fuga e o suporte social. O suporte social é mais utilizado durante o tratamento do câncer pelas mulheres sem linfedema, as quais também apresentam melhor função social segundo o EORTC QLQ-30. Isso mostra que o suporte social durante o tratamento influencia diretamente na função social atual.

Muito provavelmente, essas mulheres utilizam o suporte social nas tarefas da vida diária que, de alguma forma, podem ter as protegido do desenvolvimento do linfedema.

O suporte social é uma estratégia que traz benefícios para a saúde física e emocional dos pacientes, estando diretamente relacionado com a adaptação psicossocial e a qualidade de vida, como também é capaz de proteger dos efeitos danosos da doença. Um adequado suporte social está relacionado com o aumento das atividades sociais e baixa incidência de sentimentos de abandono e isolamento. Assim, a falha no suporte social pode estar associada ao desenvolvimento do linfedema, pois as portadoras de linfedema apresentam déficits na vida social^{6,19}. E o linfedema, devido sua limitação funcional, requer mais suporte dos familiares e amigos para certas tarefas, o que talvez essas mulheres não tenham recebido.

A evitação/negação, como a fuga, esquivar e afastamento, ocorrem quando o indivíduo rejeita o diagnóstico ou minimiza sua seriedade, evitando pensar sobre a doença. A fuga foi amplamente utilizada, porém não obteve correlação com outras variáveis, mas pode ser interpretada como um desejo feroz de que alguém afaste delas o estigma do câncer, os tratamentos, muitas vezes dolorosos, e a incerteza que advém do diagnóstico¹⁰.

O autocontrole foi a única estratégia mais utilizada estatisticamente pelas portadoras de linfedema. Essa estratégia implica em atitudes como tentar estar no controle da situação, não dividir seus problemas com outros ou até poupá-los de suas preocupações e medo, negando assim o suporte social, tido na literatura como grande aliado à boa adaptação e até prevenção de linfedema^{6,19}. Dessa forma, utilizar estratégias de autocontrole e não usufruir um bom suporte social podem estar diretamente ligados ao risco de desenvolver linfedema.

Em relação às correlações entre os domínios do EORTC e as estratégias de *coping* não foi obtida nenhuma alta correlação, já às correlações moderadas encontradas, não houve amparo na literatura para compreender.

CONCLUSÃO

Ao comparar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento entre mulheres com e sem linfedema após o tratamento do câncer de mama, conclui-se que tanto as mulheres com linfedema como as sem apresentam boa qualidade de vida geral, e fatores biopsicossociais afetados semelhantes, mostrando que o linfedema, quando tratado, não gera grandes limitações na vida das portadoras.

O impacto do linfedema foi maior na função social e nos sintomas relacionados ao braço, confirmando que o linfedema é um problema que gera isolamento social e é estigmatizante, e seus sintomas no braço estão relacionados aos sintomas do linfedema, como restrição de mobilidade, dor e edema, limitando as atividades funcionais.

Já nas estratégias de enfrentamento, houve largo uso de estratégias ativas e positivas para enfrentar o tratamento do câncer de mama em ambos os grupos, como a reavaliação, resolução de problemas, suporte social e autocontrole. Confirmando que o uso de estratégias positivas e ativas está relacionado à boa adaptação biopsicossocial, visto que, no geral, as mulheres desta pesquisa reportam uma boa qualidade de vida e pouco déficit em seus domínios.

O suporte social se mostrou um fator importante no linfedema, já que pode colaborar para a prevenção do linfedema, e o uso maior de autocontrole, como estratégia, parece também contribuir, já que a atitude de controle sobre todas as atividades leva a dispensar ajuda social, porém essa questão precisa de mais estudos para ser elucidada, como também a relação de outras variáveis envolvidas na qualidade de vida e estratégias de enfrentamento após o tratamento do câncer de mama.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à coordenação e aos funcionários do CAISM em SBC, pela colaboração na coleta de dados deste trabalho e à Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal e Ensino Superior (CAPES) pelo apoio na execução do mestrado em Psicologia da Saúde.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. [online]. 2006. [Acesso 02 mar 2006]. Disponível em: URL:<http://www.inca.gov.br/estimativa/2006>.
2. Camargo MC, Marx AG. Reabilitação no câncer de mama. São Paulo: Roca; 2000.
3. Passik SD, McDonald MV. Psychosocial aspects of upper extremity lymphedema in women treated for breast carcinoma. *Cancer* 1998; 13 (12 Supl): 2817-20.
4. Bergmann A. Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2000. [acesso em 15 mar 2006]. Disponível em: URL:<http://saudepublica.bvs.br>.
5. Beaulac SM, Mcnair LA, Scott TE, Lamorte WW, Kavanah MT. Lymphedema and quality of life in survivors of early-stage breast cancer. *Arch Surg* 2002; 137 (11): 1253-7.
6. Coster S, Poole K, Fallowfield LJ. The validation of a quality of life scale to assess the impact of arm morbidity in breast cancer patients post-operatively. *Breast Cancer Res Treat* 2001; 68 (3): 273-82.
7. Ridner SH. Quality of life and a symptom cluster associated with breast cancer treatment-related

- Lymphedema. *Support Care Cancer* 2005; 13 (11): 904-11.
8. Velanovich V, Szymanski W. Quality of life of breast cancer patients with lymphedema. *Am J Surg* 1999; 177 (3): 184-8.
 9. Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 19(2): 128- 36.
 10. Culver JL, Arena PL, Wimberly SR, Antoni, MH, Carver CS . Coping among african-american, hispanic, and non-hispanic white women recently treated for early stage breast cancer. *Psychology and Healthy* 2004; 19 (2): 157-66.
 11. Rowland JH, Massie MJ. Breast cancer. In: Holland J. *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press; 1998. p. 380-401.
 12. Watson M, Greer S. Personality and coping. In: Holland JC. *Psycho-Oncology*. New York: Oxford; 1998. p. 91-8.
 13. Folkman S, Lazarus RS. Analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Healthy and Social Behavior* 1980; 21: 219-239. In: Antoniazzi AS, Dell'aglio DD, Bandeira DR. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia* 1998; 3(2): 273-94.
 14. Beaulac SM, Mcnair LA, Scott TE, Lamorte WW, Kavanah MT. Lymphedema and quality of life in survivors of early-stage breast cancer. *Arch Surg* 2002; 137 (11): 1253-7.
 15. Savoia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia--USP* 1996; 7: 183-201.
 16. Kwan W, Jackson J, Weir LM, Dingee C, Mcgregor G, Olivotto IA. Chronic arm morbidity after curative breast cancer treatment: prevalence and impact on quality of life. *J Clin Oncol* 2002; 20 (20): 4242-8.
 17. Arndt V, Merx H, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Persistence of restrictions in quality of life from the first to the third year after diagnosis in women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 22 (1): 4945-53.
 18. Conde DM, Pinto-Neto AM, Cabello CC, Santos-Sá D, Costa-Paiva L, Martinez EZ. Quality of life in brazilian breast cancer survivors age 45-65 years: associated factors. *Breast J* 2005; 11(6): 425-32.
 19. Woods M, Tobin M, Mortimer P. The psychosocial morbidity of breast cancer patients with lymphedema. *Cancer Nurs* 1995; 18 (6): 467-71.
 20. Mcwayne J, Heiney SP. Psychologic and social sequelae of secondary lymphedema. *Cancer* 2005; 104 (3): 457-66.
 21. Panobianco MS. Significado do linfedema na vida de mulheres com câncer de mama [Tese]. Ribeirão Preto: USP; 2002.
 22. Pain SJ, Vowler SL, Purushotham AD. Is physical function a more appropriate measure than volume excess in the assessment of breast cancer-related lymphoedema (BCRL)? *Eur J Cancer* 2003; 39 (15): 2168-72.
 23. Mckenzie DC, Kalda A. Effect of upper extremity exercise on secondary lymphedema in breast cancer patients: a pilot study. *J Clin Oncol* 2003; 21 (3): 463-6.
 24. Gordon LG, Battistutta D, Scuffham P, Tweeddale M, Newman B. The impact of rehabilitation support on health-related quality of life for women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2005; 93(3): 217-26.
 25. Tobin MB, Lacey HJ, Meyer L, Mortimer PS. The psychological morbidity of breast cancer related arm swelling. *Cancer* 1993; 72 (11): 3248-52.

Abstract

A lymphedema, a breast cancer treatment complication, can lead to physical, functional, psychological and social limitations. The aim of this study was to investigate the lymphedema impact on biopsychosocial factors of the carriers, identifying coping strategies and assessing the quality of life of post-breast cancer women with and without lymphedema. The assessment tools were: a characterization questionnaire; quality of life questionnaires, such as the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-30 and BR-23; and a Coping Strategies Inventory. Eighty-two women were interviewed, whose mean age was 57.4 (SD 12.3), under breast neoplasia treatment. The lymphedema was noticed in 39.03% (32) but it does not quite interfere with their quality of life, and the social role is the most impaired one. Statistically, only symptoms related to the arms were greater in lymphedema women carriers, and self-control was the most used coping strategy. Other strategies used were: reassessment, problem solving, avoidance, social support and self-control. In conclusion, the use of both active and positive strategies to face breast cancer seems to result in good psychosocial adaptation.

Key words: Quality of Life; Breast Neoplasms; Lymphedema; Women

Resumen

El linfedema, una complicación del tratamiento del cáncer de mama, puede conducir a limitaciones físicas, funcionales, psicológicas y sociales. El objetivo del este estudio fue verificar el impacto del linfedema en los factores biopsicosociales de las portadoras, identificando las estrategias de enfrentamiento y evaluando la calidad de vida de las mujeres con y sin linfedema después del cáncer de mama. Los instrumentos de evaluación fueron: cuestionario de caracterización; cuestionario sobre la calidad de vida de *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) QLQ-30 y BR-23; y de Inventario de Estrategias de Coping. Hemos entrevistado a 82 mujeres, edad media de 57,4 años (DV12,3), sometidas a un tratamiento de neoplasia mamaria. El linfedema estaba presente en 39,03% y parece no interferir demasiado en la calidad de vida de estas mujeres, pero si la función social como la más perjudicada. En las con linfedema, sólo los síntomas relacionados con los brazos fueron significativamente más altos, y el auto-control fue la estrategia de enfrentamiento más utilizada estadísticamente. Otras estrategias utilizadas fueron: re-evaluación, resolución de problemas, de fuga, apoyo social y auto-control. La conclusión es que el uso de estrategias activas y positivas para enfrentar el cáncer de mama parece resultar en una buena adaptación psicosocial.

Palabras clave: Calidad de Vida; Neoplasias de la Mama; Linfedema; Mujeres