

REVISÃO

Adesão à terapia descongestiva e qualidade de vida no linfedema pós-câncer mamário: Uma revisão narrativa

Decongestive therapy adherence and quality of life in breast cancer-related lymphedema: A narrative review

Rafael Viana dos Santos Coutinho¹, Ellen Araujo Santos², Ludimila Furlan Rodrigues de Moraes³, Marina Silva Atkinson⁴, Mel Vitória Gama Gurgel⁵

¹Médico RQE 29566 pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

²Médica | CRM-SP 246501 pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo, SP, Brasil

³Médica CRM-SP 289939 pela Universidade São Francisco (USF), Bragança Paulista, SP, Brasil

⁴Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES), Lajeado, RS, Brasil

⁵Centro Universitário de Caratinga (UNEC), Caratinga, MG, Brasil

Recebido em: 28 de Setembro de 2026; Aceito em: 5 de Outubro de 2026.

Correspondência: Rafael Viana dos Santos Coutinho, trabalhocientificomed@gmail.com

Como citar

Coutinho RVS, Santos EA, Moraes LFR, Atkinson MS, Gurgel MVG. Adesão à terapia descongestiva e qualidade de vida no linfedema pós-câncer mamário: Uma revisão narrativa. Fisioter Bras. 2026;27(9):5905-5917. doi: [10.62827/fb.v27i9.1322](https://doi.org/10.62827/fb.v27i9.1322).

Resumo

Introdução: A redução do edema após tratamento do câncer de mama não equivale necessariamente à recuperação funcional ou à melhora da qualidade de vida. **Objetivo:** Analisar evidências sobre terapia descongestiva complexa, adesão, função e qualidade de vida no linfedema relacionado ao câncer de mama. **Métodos:** Revisão narrativa com buscas no PubMed, atualizadas em 5 de outubro de 2026, e rastreamento de referências. Priorizaram-se publicações de 2021 a 2026; fontes anteriores foram mantidas por oferecerem comparações terapêuticas de referência, avaliação da segurança do exercício, propriedades de instrumentos ou recomendações de diretriz. **Resultados:** Reuniram-se 24 publicações e um registro complementar. No ensaio de Dayes et al., não se demonstrou superioridade da terapia descongestiva sobre vestimenta compressiva no desfecho primário percentual. No ensaio multicêntrico de linfedema crônico, a drenagem manual não acrescentou benefício volumétrico

relevante ao programa com compressão, exercício, educação e cuidados cutâneos. Compressão noturna e exercício apresentaram resultados favoráveis em desfechos específicos, sem melhora uniforme da qualidade de vida. Barreiras práticas e sociais interferiram na adesão; educação e apoio digital mostraram resultados promissores, com limitações de seguimento e generalização. **Conclusão:** Compressão individualizada e exercício progressivo têm respaldo de diretriz. Investigar barreiras e acompanhar a execução do autocuidado constitui implicação clínica da integração dos estudos, sem superioridade demonstrada de um modelo único. Edema, função, qualidade de vida e sustentabilidade do autocuidado são dimensões relacionadas, mas não intercambiáveis.

Palavras-chave: Linfedema Relacionado a Câncer de Mama; Cooperação e Adesão ao Tratamento; Autocuidado; Qualidade de Vida; Modalidades de Fisioterapia.

Abstract

Introduction: Edema reduction after breast cancer treatment does not necessarily imply functional recovery or improved quality of life. *Objective:* To analyze evidence on complex decongestive therapy, adherence, function, and quality of life in breast cancer-related lymphedema. *Methods:* A narrative review using PubMed searches, updated on October 5, 2026, and reference screening. Publications from 2021 to 2026 were prioritized; earlier sources were retained for benchmark therapeutic comparisons, exercise safety assessment, instrument properties, or guideline recommendations. *Results:* Twenty-four publications and one supplementary registry record were included. In the trial by Dayes et al., superiority of decongestive therapy over compression garments was not demonstrated for the primary percentage outcome. In the multicenter trial involving chronic lymphedema, manual lymphatic drainage provided no relevant additional volume benefit alongside compression, exercise, education, and skin care. Nighttime compression and exercise showed favorable results for specific outcomes, without uniform quality-of-life improvements. Practical and social barriers affected adherence; education and digital support showed promising results, with limitations in follow-up and generalizability. *Conclusion:* Individualized compression and progressive exercise are supported by a clinical practice guideline. Assessing barriers and monitoring self-care performance are clinical implications of integrating the studies, without demonstrated superiority of a single model. Edema, function, quality of life, and the sustainability of self-care are related but noninterchangeable dimensions.

Keywords: Breast Cancer Lymphedema; Treatment Adherence and Compliance; Self Care; Quality of Life; Physical Therapy Modalities.

Introdução

A redução do volume do braço durante um ciclo de tratamento não encerra o cuidado do linfedema relacionado ao câncer de mama. A condição pode permanecer após o tratamento oncológico e

requerer manutenção prolongada, em contexto de alterações do transporte linfático e, nos estágios mais avançados, remodelamento tecidual. O consenso da Sociedade Internacional de Linfologia

reconhece essa cronicidade e a necessidade de adaptar o manejo às condições clínicas e aos recursos disponíveis [1]. Assim, a avaliação de um tratamento conservador envolve tanto a resposta inicial quanto a possibilidade de sustentá-la na vida cotidiana. Diretrizes orientam a composição do cuidado, mas não esclarecem, por si, como conciliar o efeito descongestivo, o esforço exigido para mantê-lo e os resultados percebidos pelas pacientes. A lacuna abordada nesta síntese é a articulação dessas dimensões na passagem do tratamento intensivo ao autocuidado.

A terapia descongestiva complexa (TDC) combina compressão, cuidados cutâneos, exercícios, educação e, tradicionalmente, drenagem linfática manual. Entretanto, o efeito observado após um programa combinado não permite atribuir a mesma contribuição a cada componente. A diretriz da Academy of Oncologic Physical Therapy diferencia o manejo inicial do linfedema leve daquele empregado em estágios mais avançados [2], enquanto revisão de revisões publicada em 2024 identifica apoio ao controle volumétrico, acompanhado de

heterogeneidade e limitações na qualidade das sínteses [3]. Essa distinção é relevante quando o acréscimo de sessões ou tarefas aumenta a carga do tratamento.

A adesão envolve conciliar recomendações com trabalho, relações sociais, conforto e disponibilidade de ajuda. Revisão qualitativa descreve dificuldades para reorganizar papéis e necessidade de suporte instrumental e emocional [4]. Paralelamente, um estudo com mulheres com linfedema encontrou associações diferentes entre volume, incapacidade do membro superior e domínios da qualidade de vida [5]. O objetivo desta revisão foi analisar criticamente as evidências sobre TDC, adesão, desfechos funcionais e qualidade de vida em mulheres com linfedema após tratamento do câncer de mama, considerando a transição entre a fase intensiva e a manutenção. Sua contribuição é aproximar resultados terapêuticos e condições de execução do cuidado sem pressupor que maior adesão produza, necessariamente, menor volume e melhor qualidade de vida.

Métodos

A revisão narrativa foi escolhida para articular comparações terapêuticas com experiências de autocuidado e medidas de qualidade de vida, questões que envolvem delineamentos e desfechos distintos. A pergunta foi: como os componentes da TDC e as condições de adesão se relacionam ao controle do linfedema, à função e à qualidade de vida após o tratamento do câncer de mama? O foco foi o linfedema estabelecido do membro superior em mulheres adultas; estudos exclusivamente preventivos, cirúrgicos ou de linfedema de outras etiologias não fundamentaram as conclusões terapêuticas.

As buscas iniciais no PubMed, que inclui registros da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), ocorreram em setembro de 2026. As três estratégias foram reexecutadas em 5 de outubro de 2026, data da última busca. O rastreamento das listas de referências de publicações centrais serviu à identificação de fontes adicionais; páginas dos periódicos e repositórios foram consultados para obtenção dos textos e conferência dos dados, não como bases de busca equivalentes ao PubMed. Priorizaram-se publicações de 2021 a 2026, sem limite cronológico rígido na recuperação. A retenção de fontes

anteriores foi orientada pela contribuição específica à pergunta: comparação com compressão ativa no ensaio de Dayes de 2013, segurança do exercício no ensaio de Schmitz de 2009, responsividade de instrumento no estudo de De Vrieze de 2020 e recomendações da diretriz de Davies de 2020. A escolha não decorreu de uma regra de ausência de estudos recentes, mas da utilidade desses referenciais para interpretar as evidências atuais. Utilizaram-se termos livres e descritores do Medical Subject Headings (MeSH), sem restrição linguística na recuperação:

("Breast Neoplasms"[Mesh] OR "breast cancer"[tiab]) AND ("Lymphedema"[Mesh] OR lymphedema[tiab] OR lymphoedema[tiab]) AND ("combined decongestive therapy"[tiab] OR "complex decongestive therapy"[tiab] OR "complete decongestive therapy"[tiab] OR compression[tiab] OR "manual lymphatic drainage"[tiab]).

("Breast Neoplasms"[Mesh] OR "breast cancer"[tiab]) AND ("Lymphedema"[Mesh] OR lymphedema[tiab] OR lymphoedema[tiab]) AND (adherence[tiab] OR "self-management"[tiab] OR "self-care"[tiab]).

("Breast Neoplasms"[Mesh] OR "breast cancer"[tiab]) AND ("Lymphedema"[Mesh] OR lymphedema[tiab] OR lymphoedema[tiab]) AND ("Quality of Life"[Mesh] OR "quality of life"[tiab]) AND (rehabilitation[tiab] OR exercise[tiab] OR decongestive[tiab]).

Foram considerados ensaios clínicos, estudos observacionais, pesquisas qualitativas, revisões sistemáticas e documentos de orientação clínica pertinentes à pergunta. A seleção narrativa partiu

da leitura de títulos e resumos e da consulta aos textos disponíveis, considerando aplicabilidade ao linfedema estabelecido, clareza dos comparadores e contribuição para os eixos da revisão. Foram excluídos protocolos sem resultados, relatos isolados e fontes sem identificação bibliográfica verificável. Na conferência desta versão, 11 das 24 publicações contribuíram exclusivamente com informações explicitadas nos resumos; nas demais, consultaram-se os textos ou as partes disponibilizadas pelos periódicos e repositórios. Um registro público de estudo foi consultado adicionalmente para esclarecer a definição de adesão. O material selecionado foi lido em inglês ou português.

As informações foram organizadas em matriz descritiva por publicação, contendo delineamento, população, intervenção, comparador, seguimento, desfechos, resultados disponíveis e restrições de acesso. O confronto entre fontes considerou conjuntamente o desenho, o tratamento concomitante, o momento da avaliação e a medida de efeito; não se equipararam mudanças intragrupo a diferenças entre grupos nem associações observacionais a efeitos experimentais. A síntese acompanhou a passagem do tratamento intensivo ao cuidado domiciliar. As revisões apoiaram a contextualização, e as comparações específicas foram conferidas nas publicações primárias acessadas. Não se somaram participantes entre revisões e estudos primários potencialmente sobrepostos. Não houve avaliação formal da qualidade metodológica ou do risco de viés com instrumento padronizado. As referências foram conferidas nos registros bibliográficos e nas publicações disponíveis.

Resultados

A síntese incorporou 24 publicações: dois documentos de orientação clínica (consenso e

diretriz), quatro revisões de literatura (incluindo revisão de revisões e metassíntese), dez ensaios

randomizados, dois estudos de intervenção sem controle, dois estudos transversais, duas pesquisas qualitativas e dois estudos de propriedades de instrumentos. Um registro público complementou a descrição operacional de adesão, sem constituir estudo adicional. Vinte publicações são de 2021 a 2026 e quatro são anteriores a esse período.

Nos documentos de orientação clínica, a diretriz de fisioterapia oncológica recomenda compressão ajustada, exercício e educação como abordagem inicial para linfedema em estágio I, reservando a intensificação quando a resposta é insuficiente. Para estágios II e III, recomenda TDC, com destaque para compressão e exercício [2]. O consenso internacional descreve uma fase de redução seguida por manutenção, com cuidado continuado [1]. Essas são recomendações dos documentos consultados; os resultados dos estudos primários são apresentados a seguir.

No ensaio de Dayes et al., 103 mulheres foram randomizadas e 95 foram avaliáveis. O desfecho primário foi a redução percentual do excesso de volume em seis semanas: 29,0% com drenagem e enfaixamento seguidos de vestimenta compressiva e 22,6% com vestimenta isolada; diferença de 6,4 pontos percentuais, com intervalo de confiança de 95% (IC95%) de -6,8 a 20,5. A redução absoluta, desfecho secundário, favoreceu o programa combinado em 107 mL (IC95% 13 a 203); função e qualidade de vida não diferiram [6]. Em estudo sem controle com 50 mulheres, Borman et al. observaram, após 15 sessões em três semanas, redução do volume médio do braço de 3.262 para 2.943 mL ($p < 0,001$) e do escore de incapacidade QuickDASH de 38,14 para 31,26 ($p = 0,002$). A saúde global no EORTC QLQ-C30 aumentou de 58,33 para 67,39 ($p = 0,013$), indicando melhora nessa dimensão da qualidade de vida [7]. São

mudanças intragrupo, sem estimativa de vantagem sobre outra intervenção.

A contribuição adicional da drenagem foi examinada no EFforT-BCRL, ensaio multicêntrico com 194 participantes com linfedema crônico, dos quais 193 eram mulheres. Todos receberam educação, cuidados cutâneos, compressão e exercícios, associados à drenagem guiada por fluoroscopia, tradicional ou placebo. Após três semanas, a diferença no percentual de excesso de volume entre drenagem guiada e tradicional foi de 0,0 ponto percentual (IC95% -2,0 a 2,1); em relação ao placebo, foi de -0,2 (IC95% -2,1 a 1,8). Os autores julgaram a relevância das diferenças considerando sua magnitude e a mínima diferença real de medida, estimada em 4,96 pontos percentuais: os intervalos ficaram dentro desses limites. Esse referencial expressa erro de medida, não um limiar de importância clínica ancorado na percepção da paciente [8]. Outro ensaio, com 60 mulheres em estágio II e duas semanas de intervenção, não encontrou diferença volumétrica entre drenagem, enfaixamento ou combinação; a água tecidual local diminuiu nos grupos com compressão [9].

Os resultados do exercício não se limitam à descongestão. No ensaio de Schmitz et al., 141 mulheres com linfedema estável foram alocadas a treinamento resistido progressivo ou controle por um ano. Aumento de pelo menos 5% na diferença volumétrica entre os membros ocorreu em 11% e 12%, respectivamente (razão de incidência cumulativa de 1,00; IC95% 0,88 a 1,13). Exacerbações avaliadas por especialista ocorreram em 14% e 29% ($p = 0,04$). Houve ganhos de força e sintomas, com uso de vestimenta compressiva durante o exercício [10]. Em ensaio com 60 participantes, jogos de realidade virtual e treinamento resistido foram associados ao mesmo cuidado descongestivo. Os jogos favoreceram dor, incapacidade e

alguns domínios de qualidade de vida, enquanto a resistência favoreceu medidas de força após oito semanas [11].

Em ensaio de 2026, Aydın et al. randomizaram 50 mulheres, das quais 46 concluíram o estudo. Acrescentar exercício resistido domiciliar ao mesmo cuidado fisioterapêutico por 12 semanas reduziu o excesso de volume em 2,04 pontos percentuais adicionais (diferença ajustada -2,04; IC95% -3,99 a -0,10; $p = 0,040$). Nenhum desfecho secundário permaneceu significativo após correção para comparações múltiplas. A pequena diferença absoluta e a ausência de seguimento após o programa limitam a interpretação clínica [12].

Na manutenção, um ensaio canadense com 120 mulheres comparou manga diurna isolada com sua associação a enfaixamento noturno ou vestimenta específica para a noite. A adição de compressão noturna produziu maior redução do excesso de volume em 12 semanas. A adesão foi registrada pelas participantes em diários de frequência e horas de uso, sem monitoramento objetivo: médias de $95\% \pm 15\%$ e $96\% \pm 11\%$ nas duas modalidades noturnas. A melhora da qualidade de vida não diferiu entre os grupos. Após a semana 12, todos passaram a utilizar o sistema noturno, modificando a comparação disponível no seguimento [13]. No Brasil, ensaio com 71 mulheres comparou faixas ajustáveis e malha compressiva, com avaliações em 30 dias e seis meses. Não foram detectadas diferenças entre grupos em volume, função, qualidade de vida ou adesão; os eventos adversos foram leves [14].

Fora do contexto de ensaio, estudo piloto com 60 pacientes de um centro turco encontrou adesão à vestimenta em 51,7%, obtida por questionário autorreferido [15]. No registro público desse estudo, adesão foi definida como uso pelo tempo e da maneira recomendados, conforme a prescrição;

não foi informado um ponto de corte uniforme em horas para todas as participantes [16]. Dificuldades nas atividades diárias e desconforto estavam entre os motivos mais frequentes de interrupção ou não utilização [15]. Nas entrevistas de Sun et al., com 13 sobreviventes, iniciar o autocuidado relacionou-se à compreensão de que o linfedema exigia manejo diário; mantê-lo envolveu perceber benefício, sentir-se capaz e integrar as tarefas à rotina [17]. Metassíntese qualitativa identificou influência de conhecimentos, crenças, habilidades de autorregulação e apoio social [18].

As intervenções educacionais apresentam resultados favoráveis, com diferenças importantes de desenho. Um estudo quase experimental sem controle acompanhou 44 pacientes durante 12 meses após educação presencial e entrega de material escrito, observando redução do volume e melhora de adesão e atividades cotidianas [19]. Em 2025, Gultekin et al. randomizaram 50 mulheres para TDC aplicada por terapeuta ou autoadministrada. Ambos os grupos melhoraram após três semanas. O braço domiciliar recebeu treinamento prático, material escrito, vídeos e acompanhamento semanal; a reavaliação em três meses concentrou-se em gravidade do linfedema e sintomas [20].

Hemati et al. randomizaram 180 mulheres para cuidado habitual, com ou sem aplicativo educativo durante três meses. Na análise por protocolo, com 90 participantes na intervenção e 86 no controle, o impacto do linfedema na Lymphedema Life Impact Scale foi menor com o aplicativo: médias $\pm$ desvios-padrão de $29,1 \pm 10,7$ e $39,3 \pm 15,4$, respectivamente ($p = 0,001$; d de Cohen = 0,767). A diferença de circunferência entre braços foi de $2,2 \pm 1,4$ e $3,8 \pm 2,6$ cm ($p = 0,001$; $d = 0,780$). Esses valores correspondem à tabela de resultados do artigo, que não apresenta IC95% para essas comparações; ocorreram quatro perdas, todas no controle [21].

Em entrevistas publicadas em 2026 com 17 mulheres, realizadas pelo menos um ano após programa educativo, dificuldades econômicas, descrença na efetividade do tratamento, tédio e esquecimento, ausência de monitoramento e apoio familiar insuficiente foram barreiras persistentes [22].

As medidas de qualidade de vida revelam aspectos que o volume isolado não descreve. No estudo transversal de Ramirez-Parada et al., com 30 participantes, a análise bivariada encontrou associação entre diferença volumétrica e comprometimento social ($r = 0,37$; $p = 0,041$), enquanto a incapacidade pelo DASH se associou mais fortemente ao comprometimento físico ($r = 0,71$; $p < 0,001$). A associação entre volume e DASH foi fraca e não significativa ($r = 0,23$; $p = 0,210$). A restrição da associação volumétrica ao domínio social refere-se à análise bivariada: no modelo multivariável, o volume também contribuiu para

explicar o domínio físico [5]. Revisão sistemática de intervenções conservadoras encontrou resultados heterogêneos para qualidade de vida, sem vantagem uniforme entre modalidades [23]. Uma investigação com 67 pacientes estimou diferenças clinicamente importantes próprias para cada domínio do Lymphedema Quality of Life Questionnaire [24]. Estudo de responsividade do Lymphedema Functioning, Disability and Health Questionnaire for Upper Limb Lymphedema identificou mudança após tratamento intensivo, mas correlações fracas e não significativas com a avaliação global de efeito [25].

Os estudos registraram dimensões distintas de resposta e de execução do tratamento. O Quadro 1 relaciona indicadores, estudos exemplares e delineamentos, preservando os limites de interpretação de cada dimensão.

Quadro 1 – Dimensões dos resultados e estudos que as fundamentam.

Dimensão	Indicadores	Estudos e delineamentos	Limite de interpretação
Edema	Excesso de volume; diferença de circunferência	Dayes et al. [6] e McNeely et al. [13]: ensaios randomizados. Borman et al. [7]: intervenção sem controle.	Mudança intragrupo não demonstra superioridade; redução do edema não assegura melhora da qualidade de vida.
Função	Incapacidade e força	Basha et al. [11]: ensaio randomizado. Ramirez-Parada et al. [5]: transversal.	Modalidades podem favorecer resultados distintos; associações transversais não demonstram causalidade.
Impacto percebido	Escalas de impacto e qualidade de vida	Hemati et al. [21]: ensaio randomizado. Ozkutlu et al. [24] e De Vrieze et al. [25]: estudos de propriedades de instrumentos.	Magnitude e relevância dependem do instrumento e do domínio; escalas não são intercambiáveis.
Execução do cuidado	Diários de uso; questionários; relatos de autocuidado	McNeely et al. [13]: ensaio randomizado. Erdinç Gündüz et al. [15]: transversal. Sun et al. [17] e Uçar et al. [22]: qualitativos.	Autorrelato de uso, adesão à prescrição e experiência de autocuidado representam medidas distintas.

Fonte: Elaborado pelos autores com base na literatura consultada.

Discussão

O benefício da TDC precisa ser interpretado em relação ao comparador. Uma melhora após o programa informa que houve resposta durante o cuidado; identificar isoladamente o componente responsável ou demonstrar superioridade sobre outra abordagem requer comparações específicas. O estudo de Borman et al. documenta reduções volumétricas e melhoras funcionais e de qualidade de vida estatisticamente significativas, mas a ausência de controle impede separar a contribuição específica do protocolo [7]. O ensaio de Dayes et al. mostra que a conclusão também depende da definição do desfecho: houve vantagem na redução absoluta, mas a comparação primária percentual foi imprecisa e não significativa [6]. Descrever a TDC como uniformemente superior obscureceria essa diferença.

Quanto à drenagem manual, os achados permitem inferências restritas às condições investigadas. No linfedema crônico tratado com compressão, exercício, educação e cuidado cutâneo, o ensaio multicêntrico encontrou diferenças volumétricas pequenas, interpretadas à luz do erro de medida [8]. O resultado converge com a revisão de revisões, mas não demonstra ausência de utilidade em qualquer apresentação ou objetivo terapêutico [3]. O estudo em estágio II acrescenta um desfecho tecidual e seguimento curto, sem resolver a manutenção em longo prazo [9]. Como recomendação de diretriz, encurtar ou omitir a drenagem pode produzir resultados semelhantes na redução volumétrica em longo prazo [2]. Ponderar sua inclusão conforme objetivos e resposta individual é uma implicação clínica desta revisão, compatível com essa recomendação, e não um algoritmo de seleção de pacientes validado pelos ensaios.

O exercício merece julgamento próprio. A segurança de progressão gradual em mulheres com linfedema estável e a obtenção de grande redução volumétrica são questões distintas. O ensaio de treinamento resistido sustenta ganhos de força e sintomas sem aumento da proporção de participantes com agravamento volumétrico nas condições estudadas [10]. O contraste entre jogos e resistência mostra, adicionalmente, que diferentes modalidades podem favorecer resultados diferentes [11]. Para uma paciente cujo objetivo é vestir-se, trabalhar ou recuperar confiança no uso do braço, melhora funcional pode ser relevante mesmo quando a medida volumétrica muda pouco. Essa interpretação é compatível com as associações entre incapacidade e qualidade de vida, sem transformar o achado transversal em prova de causalidade [5]. No ensaio domiciliar de 2026, a diferença volumétrica foi pequena e sua importância clínica permaneceu incerta; contatos profissionais adicionais no grupo exercício também limitam atribuir todo o efeito ao treinamento [12].

A manutenção exige selecionar uma estratégia compressiva que possa ser utilizada. A vantagem volumétrica da compressão noturna, por si só, é insuficiente para inferir melhora adicional em todos os domínios de vida; a extrapolação da adesão elevada obtida durante o ensaio para a rotina de serviços requer cautela, sobretudo porque as medidas de adesão diferem entre os estudos [13,15]. As faixas ajustáveis avaliadas no Brasil constituem uma alternativa estudada, mas a ausência de diferença estatística em uma amostra de 71 mulheres não estabelece equivalência universal entre dispositivos [14]. A escolha compartilhada deve considerar ajuste, conforto, capacidade de colocação e

recursos, com reavaliação quando esses fatores comprometem o uso, em consonância com a individualização recomendada pela diretriz [2].

A adesão não é uma característica fixa da paciente. O estudo de uso de vestimentas e as pesquisas qualitativas indicam que recomendações conhecidas podem se tornar difíceis de executar [4,15,18]. Uma interpretação clínica dessa convergência é que a avaliação precisa identificar a tarefa que falha e sua barreira concreta: vestir a manga, tolerar o material, reservar tempo ou obter ajuda. Repetir orientações sem examinar esses obstáculos pode manter um plano formalmente adequado, porém pouco realizável. Essa interpretação não corresponde a uma intervenção de eficácia já quantificada; deriva da integração de experiências e associações relatadas.

Também é necessário distinguir aprender a técnica de conseguir sustentá-la. Os relatos de Sun et al. sugerem que a percepção de benefício e a incorporação do cuidado às atividades habituais favorecem a continuidade [17]. As entrevistas posteriores a um programa educativo mostram que conhecimento não elimina custos, esquecimento ou falta de acompanhamento [22]. A melhora observada no estudo educacional de 12 meses é encorajadora, mas seu desenho sem controle não permite atribuir toda a mudança à educação [19]. A integração desses achados sugere, como implicação clínica, combinar ensino prático, verificação da execução e reforço ao longo do tempo, respeitando a capacidade de cada paciente. Os estudos reunidos não demonstraram diretamente a superioridade desse conjunto como modelo único de acompanhamento.

O ensaio de TDC autoadministrada apoia investigar modelos domiciliares com treinamento e contato profissional. Embora apresentado como estudo de não inferioridade, não foi identificada

margem de não inferioridade no artigo nem nos dois materiais suplementares consultados, dedicados a exercícios e orientações de autocuidado. A análise publicada enfatiza testes de diferenças; a ausência de diferença estatística não demonstra formalmente não inferioridade. Além disso, o seguimento de três meses não repetiu todos os desfechos de qualidade de vida [20]. Já o ensaio com aplicativo fornece uma comparação randomizada favorável, mas foi realizado em um centro, exigiu acesso a telefone inteligente e utilizou análise por protocolo, com perdas somente no controle [21]. O efeito observado não assegura manutenção após o encerramento do apoio nem identifica isoladamente o mecanismo comportamental responsável.

A qualidade de vida deve permanecer um desfecho próprio. Escalas de impacto, função e bem-estar não são intercambiáveis, e a melhora em um domínio pode coexistir com dificuldades em outro. A revisão dedicada ao tema confirma a heterogeneidade das comparações [23]. Estimativas de diferença clinicamente importante podem ajudar a interpretar escores, mas dependem do instrumento, domínio, população e âncora utilizada; não devem ser transportadas entre escalas [24,25]. Uma avaliação clínica proporcional combina medidas padronizadas do edema com sintomas, função e objetivos relatados, preservando a distinção entre menor volume e maior participação.

O alcance da síntese é condicionado pelo delineamento narrativo e pela concentração da busca no PubMed, complementada por rastreamento. A seleção por pertinência pode omitir estudos; não houve avaliação formal da qualidade metodológica ou do risco de viés. O uso exclusivo de resumos em 11 publicações restringiu a verificação dos métodos, do contexto das intervenções e das análises, reduzindo a confiança nas interpretações

correspondentes. Protocolos heterogêneos, amostras reduzidas, impossibilidade frequente de cegamento e medidas autorreferidas também limitam as comparações. Revisões e ensaios nelas incluídos não representam confirmações independentes do mesmo efeito. Predominam mulheres com linfedema de membro superior; a transferência para homens, linfedema mamário ou truncal e doença oncológica ativa requer evidência específica.

Conclusão

A literatura reunida descreve melhora volumétrica durante programas de terapia descongestiva complexa, mas as comparações dependem do protocolo e do desfecho. No ensaio de Dayes et al., a superioridade sobre vestimenta compressiva não foi demonstrada no desfecho primário percentual, embora a redução absoluta secundária tenha favorecido o programa combinado. No ensaio multicêntrico de linfedema crônico, acrescentar drenagem manual à compressão, exercício, educação e cuidados cutâneos não produziu vantagem volumétrica relevante segundo o referencial de medida adotado. Compressão individualizada e exercício progressivo têm respaldo de diretriz; identificar barreiras e acompanhar o autocuidado constitui implicação clínica da integração das evidências. Modelos domiciliares e digitais são promissores, sem demonstração de benefício duradouro ou aplicabilidade universal. A contribuição desta revisão é sustentar a avaliação do controle do edema, da função, da qualidade de vida e da sustentabilidade

Estudos pragmáticos com seguimento prolongado poderiam comparar programas que integrem escolha de compressão, ensino prático e reavaliação, mensurando separadamente adesão, custos, sintomas e participação. Permanece em aberto quais combinações preservam controle e funcionalidade com uma carga de cuidado sustentável; essa relação não pode ser presumida a partir de um único desfecho favorável.

do autocuidado como dimensões relacionadas, porém não intercambiáveis.

Declaração de uso de inteligência artificial

Empregou-se o ChatGPT (OpenAI) para auxiliar a pesquisa bibliográfica, a organização das fontes, a síntese e a revisão da redação e da apresentação do texto. Esse apoio não envolveu fabricação de dados clínicos, resultados ou referências, nem atribuição de autoria à ferramenta. Os autores realizaram a revisão crítica e a validação científica final das informações, das referências e de suas interpretações, permanecendo responsáveis pela totalidade do manuscrito.

Conflitos de interesse

Os autores informam a inexistência de conflitos de interesse relacionados a este manuscrito.

Financiamento

Não houve financiamento.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Coutinho RVS, Santos EA, Morais LFR, Atkinson MS, Gurgel MVG; Redação do manuscrito: Coutinho RVS, Santos EA, Morais LFR, Atkinson MS, Gurgel MVG; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Coutinho RVS, Santos EA, Morais LFR, Atkinson MS, Gurgel MVG.

Referências

1. Executive Committee of the International Society of Lymphology. The Diagnosis and Treatment of Peripheral Lymphedema: 2023 Consensus Document of The International Society of Lymphology. Lymphology. 2023;56(4):133-151.

2. Davies C, Levenhagen K, Ryans K, Perdomo M, Gilchrist L. Interventions for Breast Cancer-Related Lymphedema: Clinical Practice Guideline From the Academy of Oncologic Physical Therapy of APTA. *Phys Ther.* 2020;100(7):1163-1179. doi:10.1093/ptj/pzaa087.
3. Gilchrist L, Levenhagen K, Davies CC, Koehler L. Effectiveness of complete decongestive therapy for upper extremity breast cancer-related lymphedema: a review of systematic reviews. *Med Oncol.* 2024;41(11):297. doi:10.1007/s12032-024-02421-6.
4. Fu X, Lu Q, Pang D, Shen A, Shih YA, Wei X. Experiences of breast cancer survivors with lymphedema self-management: a systematic review of qualitative studies. *J Cancer Surviv.* 2023;17(3):619-633. doi:10.1007/s11764-022-01225-9.
5. Ramirez-Parada K, Gonzalez-Santos A, Riady-Aleuy L, Pinto MP, Ibañez C, Merino T, et al. Upper-Limb Disability and the Severity of Lymphedema Reduce the Quality of Life of Patients with Breast Cancer-Related Lymphedema. *Curr Oncol.* 2023;30(9):8068-8077. doi:10.3390/currenol30090585.
6. Dayes IS, Whelan TJ, Julian JA, Parpia S, Pritchard KI, D'Souza DP, et al. Randomized trial of decongestive lymphatic therapy for the treatment of lymphedema in women with breast cancer. *J Clin Oncol.* 2013;31(30):3758-3763. doi:10.1200/JCO.2012.45.7192.
7. Borman P, Yaman A, Yasrebi S, Pınar İnanlı A, Arıkan Dönmez A. Combined Complete Decongestive Therapy Reduces Volume and Improves Quality of Life and Functional Status in Patients With Breast Cancer-Related Lymphedema. *Clin Breast Cancer.* 2022;22(3):e270-e277. doi:10.1016/j.clbc.2021.08.005.
8. De Vrieze T, Gebruers N, Nevelsteen I, Fieuws S, Thomis S, De Groef A, et al. Manual lymphatic drainage with or without fluoroscopy guidance did not substantially improve the effect of decongestive lymphatic therapy in people with breast cancer-related lymphoedema (EFforT-BCRL trial): a multicentre randomised trial. *J Physiother.* 2022;68(2):110-122. doi:10.1016/j.jphys.2022.03.010.
9. Liu Y, Zhao X, Song J, Zhao W, Ge Y, Guan J. The Effect of Manual Lymph Drainage and Compression Bandaging for Stage 2 Breast Cancer-Related Lymphedema: A Randomized Controlled Trial. *Lymphat Res Biol.* 2023;21(5):479-484. doi:10.1089/lrb.2022.0074.
10. Schmitz KH, Ahmed RL, Troxel A, Cheville A, Smith R, Lewis-Grant L, et al. Weight lifting in women with breast-cancer-related lymphedema. *N Engl J Med.* 2009;361(7):664-673. doi:10.1056/NEJMoa0810118.
11. Basha MA, Aboelnour NH, Alsharidah AS, Kamel FH. Effect of exercise mode on physical function and quality of life in breast cancer-related lymphedema: a randomized trial. *Support Care Cancer.* 2022;30(3):2101-2110. doi:10.1007/s00520-021-06559-1.
12. Aydın S, Rafili S, Şevgin Ö. Effectiveness of Home-Based Progressive Resistance Exercise in the Management of Breast Cancer-Related Lymphedema: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Med.* 2026;15(18):7109. doi:10.3390/jcm15187109.
13. McNeely ML, Dolgoy ND, Rafn BS, Ghosh S, Ospina PA, Al Onazi MM, et al. Nighttime compression supports improved self-management of breast cancer-related lymphedema: A multicenter randomized controlled trial. *Cancer.* 2022;128(3):587-596. doi:10.1002/cncr.33943.

14. Silva JMPD, Araújo RDD, Aguiar SS, Fabro EAN, Pinto MVM, Thuler LCS, et al. Efficacy, safety of and adherence to adjustable compression wraps in the control phase of breast cancer-related lymphedema: A randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2024;38(11):1481-1494. doi:10.1177/02692155241270921.
15. Erdiñç Gündüz N, Şahin E, Dilek B, Ellidokuz H, Akalın E. Adherence to Compression Garment Wear and Associated Factors Among Patients with Breast Cancer-Related Lymphedema: A Pilot Study from a Turkish Tertiary Center. *Lymphat Res Biol.* 2022;20(6):665-670. doi:10.1089/lrb.2021.0091.
16. Dokuz Eylül University. Compliance to compression garments and related factors among patients with breast cancer-related lymphedema [Internet]. *ClinicalTrials.gov*; 2021 [citado 2026 out 5]. Identificador: NCT04832386. Disponível em: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT04832386>.
17. Sun Y, Fu MR, Jiang Y, Little AS. Initiating and Maintaining Complete Decongestive Therapy Self-Management of Lymphedema Among Breast Cancer Survivors: Descriptive Qualitative Study. *Integr Cancer Ther.* 2024;23:15347354241226625. doi:10.1177/15347354241226625.
18. Wang Y, Wei T, Li M, Wu P, Qiang W, Wang X, et al. Factors Influencing the Self-management of Breast Cancer-Related Lymphedema: A Meta-synthesis of Qualitative Studies. *Cancer Nurs.* 2025;48(5):E339-E353. doi:10.1097/NCC.0000000000001340.
19. Cansız G, Arıkan Dönmez A, Kapucu S, Borman P. The effect of a self-management lymphedema education program on lymphedema, lymphedema-related symptoms, patient compliance, daily living activities and patient activation in patients with breast cancer-related lymphedema: A quasi-experimental study. *Eur J Oncol Nurs.* 2022;56:102081. doi:10.1016/j.ejon.2021.102081.
20. Gultekin SC, Karadibak D, Cakir AB, Guc ZG, Yavuzsen T. Self-administered versus lymphedema therapist-administered complex decongestive therapy protocol in breast cancer-related lymphedema: a non-inferiority randomized controlled trial with three-month follow-up. *Breast Cancer Res Treat.* 2025;212(1):123-138. doi:10.1007/s10549-025-07709-3.
21. Hemati M, Khademian Z, Rivaz M, Tahmasebi S. Impact of a self management mobile application on quality of life and limb circumference in women with breast cancer related lymphedema. *Sci Rep.* 2025;15(1):30172. doi:10.1038/s41598-025-15725-y.
22. Uçar GC, Kapucu S, Dönmez AA, Özdemir O. Barriers to Adherence After a Self-Management Lymphedema Education Program Among Women With Breast Cancer-Related Lymphedema: A Qualitative Study. *Am J Clin Oncol.* 2026 Feb 12. doi:10.1097/COC.0000000000001302. Epub ahead of print.
23. Muñoz-Alcaraz MN, Jiménez-Vílchez AJ, Pérula-de Torres LÁ, Serrano-Merino J, García-Bustillo Á, Pardo-Hernández R, et al. Effect of Conservative Rehabilitation Interventions on Health-Related Quality of Life in Women with Upper Limb Lymphedema Secondary to Breast Cancer: A Systematic Review. *Healthcare (Basel).* 2023;11(18):2568. doi:10.3390/healthcare11182568.
24. Ozkutlu O, Sahbaz Pirincci C, Duzlu Ozturk U, Dalyan M, Celik D. Minimal Clinically Important Difference of the Lymphedema Quality of Life Scale in Upper Limb Lymphedema after Breast Cancer Surgery. *Lymphology.* 2025;58(4):179-189.

25. De Vrieze T, Gebruers N, Nevelsteen I, Tjalma WAA, Thomis S, De Groef A, et al. Responsiveness of the Lymphedema Functioning, Disability, and Health Questionnaire for Upper Limb Lymphedema in Patients with Breast Cancer-Related Lymphedema. *Lymphat Res Biol.* 2020;18(4):365-373. doi:10.1089/lrb.2019.0073.



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.

