

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA
COORDENAÇÃO DE ENSINO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA**

Regielly Candido da Silva

O papel da fisioterapia no cuidado às sobreviventes do câncer de colo de útero

Rio de Janeiro – RJ

2016

Regielly Candido da Silva

O papel da fisioterapia no cuidado às sobreviventes do câncer de colo de útero

Trabalho de conclusão de residência desenvolvido como requisito parcial para conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia, sob orientação da Ms. Juliana Garcia Gonçalves e coorientação da Ms. Alessandra de Sá Earp Siqueira.

Rio de Janeiro – RJ

2016

RESUMO

INTRODUÇÃO: Estudos indicam o aumento no número de sobreviventes em longo prazo do câncer do colo de útero. No entanto, os efeitos adversos do tratamento podem comprometer a qualidade de vida das sobreviventes. O presente estudo teve por objetivo analisar o papel da fisioterapia no cuidado às sobreviventes do câncer do colo do útero a partir do olhar de pacientes sobreviventes e de fisioterapeutas. **MÉTODOS:** Pesquisa qualitativa, composta por roteiros de entrevista semi-estruturada, realizadas com fisioterapeutas e pacientes do ambulatório de um hospital de referência no tratamento de câncer ginecológico. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os relatos compartilhados revelam a experiência de viver com os efeitos tardios do tratamento, o papel do fisioterapeuta no cuidado às sobreviventes, e questões relacionadas às políticas públicas de saúde e a atenção fisioterapêutica em oncologia. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Além das questões corporais, frutos das sequelas da doença e do tratamento, estas mulheres falam da sua dificuldade de reinserção social e afetiva e do sofrimento gerado pela sua nova condição. A fisioterapia desempenha um importante trabalho junto às sobreviventes do câncer do colo do útero, resultando em melhora da qualidade de vida e da capacidade funcional dessas mulheres.

Descritores: Fisioterapia; oncologia; sobreviventes; câncer do colo do útero.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Studies indicate an increase in the number of long-term survivors of cervical cancer. However, adverse effects of treatment may impair the quality of life of survivors. This study aimed to analyze the role of physiotherapy in caring for survivors of cervical cancer through the eyes of survivors and physiotherapists. **METHODS:** Qualitative research, consisting of semi-structured interview scripts, carried out with physical therapists and patients in the ambulatory of a referral hospital in the treatment of gynecological cancer. **RESULTS AND DISCUSSION:** The shared reports reveal the experience of living with the late effects of treatment, the physiotherapist's role in caring for survivors, and issues related to public health policies and the physical therapy care in oncology. **CONCLUSION:** In addition to physical issues, fruits of the sequelae of the disease and treatment, these women talk about their difficulties in social and emotional rehabilitation and suffering generated by their new condition. Physical therapy plays an important work with the survivors of cervical cancer, resulting in improved quality of life and functional capacity of these women.

Keywords: Physiotherapy; oncology; survivors; cervical cancer.

INTRODUÇÃO

O câncer é um conjunto de doenças que, até meados do século XX, era associado a uma vida de sofrimento e quase sempre à morte. Com os avanços nos tratamentos e nos métodos de detecção precoce tem sido possível mudar a evolução da doença. Ainda que algumas condições sejam graves e irreversíveis, em outras tem sido possível obter longos períodos de sobrevida e até mesmo a cura¹.

Espera-se uma carga de 21,4 milhões de casos novos de câncer no mundo para o ano de 2030, com um total de 13,2 milhões de mortes². A relevância epidemiológica do câncer no Brasil reforça a magnitude deste problema de saúde no país. Dados do Ministério da Saúde apontam para o surgimento de 596 mil novos casos de câncer no período 2016 – 2017, incluídos os cânceres de pele não melanoma³.

Em relação ao câncer do colo do útero, no Brasil, são estimados 16.340 novos casos para 2016 e 2017³. O câncer de colo de útero representa importante problema de saúde pública mundial, principalmente nos países menos desenvolvidos, sendo a quarta neoplasia mais frequente entre as mulheres, com 530 mil casos novos⁴. O câncer do colo do útero é uma neoplasia de bom prognóstico se diagnosticado de forma precoce. Estudos têm revelado um aumento no número de sobreviventes em longo prazo do câncer do colo de útero. No entanto, o tratamento pode levar a uma série de efeitos adversos, com elevado impacto na qualidade de vida^{5,6}.

Os sobreviventes de câncer representam um grupo crescente, com necessidade de uma abordagem específica que supra suas necessidades⁷. De acordo com Mullan (1985), sobreviver ao câncer é uma constante luta psicológica e física contra a doença, os impactos de seu tratamento e todos os transtornos que ela traz ao cotidiano⁸. O conceito de sobrevivente de câncer é dinâmico e atualmente, suas definições geram

inúmeras discussões. De acordo com a *National Coalition for Cancer Survivorship* (NCCS), toda pessoa diagnosticada com câncer é considerada sobrevivente, desde o diagnóstico até sua morte⁹. O *National Cancer Institute* (NCI) amplia o conceito citado anteriormente para além da pessoa com câncer, incluindo seus familiares e cuidadores também como sobreviventes¹⁰. É consenso, contudo, que estes sobreviventes, necessitam de uma abordagem ampla e multiprofissional capaz de apoiá-los na superação de sequelas e traumas advindos da doença e seu tratamento.

A fisioterapia em oncologia é uma especialidade que visa preservar, manter, desenvolver e restaurar a integridade cinético-funcional de órgãos e sistemas do paciente, assim como prevenir os distúrbios causados pelo tratamento oncológico. O fisioterapeuta atua na prevenção e tratamento de complicações em todas as fases da linha de cuidado do câncer, buscando a promoção da saúde nos três níveis de aplicação de medidas preventivas: primário, secundário e terciário¹¹. No âmbito da sobrevivência ao câncer, a fisioterapia pode realizar junto à equipe de saúde, um trabalho no restabelecimento da capacidade funcional dos usuários, colaborando para o seu retorno às atividades cotidianas¹².

Conhecer as experiências dos fisioterapeutas e o efeito de seu trabalho no cuidado às sobreviventes do câncer do colo de útero, assim como compreender como as pacientes percebem esta atuação e seus benefícios, é uma forma de dar visibilidade e destacar a importância desta prática profissional¹³.

O presente estudo teve por objetivo analisar o papel da fisioterapia no cuidado às sobreviventes do câncer do colo do útero a partir do olhar de pacientes sobreviventes e de fisioterapeutas.

MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), parecer - 1.201.492. Em cumprimento à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁴, todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantia de anonimato, foi atribuída a letra “S” (sobrevivente) seguida de um número, de acordo com a sequência em que foram realizadas as entrevistas (S1, S2, S3, e assim por diante). Da mesma forma, para os fisioterapeutas foi atribuída a letra “F” (fisioterapeuta). O número de participantes foi definido no decorrer da pesquisa, à medida que foram obtidas as informações para analisar os aspectos da atuação da fisioterapia na sobrevivência ao câncer, de acordo com o princípio da saturação teórica¹⁵.

As entrevistas foram realizadas no período de setembro a outubro de 2015, no ambulatório de fisioterapia em ginecologia do Hospital do Câncer II. O Hospital do Câncer II é a unidade hospitalar do INCA referência no tratamento do câncer ginecológico e do tecido ósseo e conectivo. Participaram da pesquisa mulheres adultas (idade superior a 18 anos), que concluíram o tratamento para o câncer do colo de útero, com um ano de acompanhamento fisioterapêutico. Não foram incluídas pacientes em cuidados paliativos ou com déficits cognitivos que as impedissem de compreender as perguntas ou elaborar respostas adequadamente. Também foram convidadas as fisioterapeutas em atividade no ambulatório no período de coleta de dados.

Foram realizadas entrevistas individuais guiadas por roteiro semi-estruturado, contendo questões relacionadas ao perfil sócio demográfico das participantes, além de questões norteadoras sobre a temática, como: por que você foi encaminhada à fisioterapia? Qual a sua principal queixa em relação às consequências do tratamento do

câncer? Foi necessária alguma adaptação na sua rotina no trabalho ou em casa? De que forma a fisioterapia contribuiu na sua melhoria física? Você voltou a fazer as atividades que fazia antes do tratamento?

A entrevista realizada com as fisioterapeutas incluiu questões como: qual o papel do fisioterapeuta diante das sobreviventes do câncer do colo do útero? Qual a principal demanda destas pacientes? Qual o impacto da fisioterapia na qualidade de vida destas pacientes? Você poderia relatar brevemente um caso que conheça? Você considera que as políticas de saúde suprem as necessidades das pacientes nesta fase?

As entrevistas foram audiogravadas e transcritas para organização e análise do material. A análise do material empírico foi desenvolvida de acordo com o método proposto por Bardin¹⁶ (2008). A análise temática foi realizada em três fases: (1) pré-análise, com o objetivo de conhecer o texto e apreender os significados gerais; (2) exploração do material, com classificação, categorização dos dados, e construção de um quadro analítico; e por fim, a (3) interpretação dos significados contidos nos discursos, estabelecendo uma relação entre os dados obtidos e os dados da literatura. Os resultados da análise de conteúdo foram apresentados de forma descritiva, de acordo com as categorias e subcategorias temáticas registradas na matriz de análise. As categorias estão interligadas e influenciam-se mutuamente, podendo ser encontrada mais de uma categoria nas respostas das entrevistadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, em relação à caracterização da amostra, foram entrevistadas duas fisioterapeutas que atuam na assistência em oncologia ginecológica e seis mulheres tratadas de câncer de colo de útero em acompanhamento no ambulatório de fisioterapia. A idade das sobreviventes variou de 37 a 64 anos.

Todas as sobreviventes eram casadas ou viviam em união estável. Quatro pacientes cursaram o ensino fundamental e duas haviam concluído o ensino médio. Quanto à profissão, duas participantes eram donas de casa, duas empregadas domésticas, uma cabeleireira e uma cozinheira. Estas informações coincidem com a literatura no que diz respeito às características sociodemográficas da população estudada. O câncer de colo de útero está associado a mulheres de condições sociais desfavoráveis, com baixa escolaridade, ocupações vinculadas ao ambiente doméstico e salários mais baixos, o que dificulta o cuidado adequado com a própria saúde¹⁷. Ashing-Giwa et al¹⁸ avaliaram a associação entre os fatores sociodemográficos e a qualidade de vida de mulheres euro-americanas e latino-americanas sobreviventes ao câncer de colo de útero, 1 a 5 anos após o diagnóstico, concluindo que as diferenças entre os escores de qualidade de vida entre os grupos estudados estavam relacionados à falta de suporte social evidente na população de mulheres latino-americanas, assim como as dificuldades socioeconômicas enfrentadas por essas mulheres.

Todas as pacientes foram submetidas à quimioterapia e radioterapia (teleterapia e braquiterapia), e o tratamento durou em média seis meses.

A escolha do tratamento está relacionada ao estadiamento da doença e é instituído de acordo com as condições gerais de saúde da paciente. Cada modalidade de tratamento tem potenciais reações adversas, além de sequelas físicas e psicológicas

tardias. No caso do grupo estudado, destacaram-se os efeitos tardios da radioterapia como fibrose e estenose do canal vaginal, falta de lubrificação, dor, e necessidade de ostomia. Todas estas sequelas afetam de forma direta a auto-imagem, feminilidade, relações íntimas e qualidade de vida¹⁹.

As experiências compartilhadas pelas sobreviventes revelam as adaptações à rotina, o retorno às atividades anteriores ao tratamento e as contribuições da fisioterapia nesta fase de suas vidas. Ao abordar os aspectos após tratamento do câncer, foram encontradas diversas situações que influenciam a qualidade de vida destas pacientes. O resultado da análise das informações contidas nas narrativas possibilitou a construção das categorias e subcategorias registradas no Quadro 1.

QUADRO ANALITICO	
CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUBCATEGORIAS
Vivendo com os efeitos tardios	Os efeitos no corpo
	Os efeitos no cotidiano
	Os efeitos nas relações com o trabalho
	Os efeitos nas relações amorosas e sexuais
	Os efeitos nas relações sociais
O papel da fisioterapia no cuidado às sobreviventes	A compreensão do papel do fisioterapeuta
	Os impactos do tratamento fisioterapêutico
Políticas Públicas de saúde e atenção fisioterapêutica em oncologia	Formação de quadros para o SUS
	Financiamento do sistema

Quadro 1 – Quadro analítico com as categorias temáticas e subcategorias empíricas.

Fonte: material empírico da coleta de dados.

Vivendo com os efeitos tardios

Em relação aos **efeitos tardios do tratamento oncológico**, ao serem perguntadas sobre as consequências, as participantes não identificam de forma clara os efeitos, tendo dificuldade de distinguir entre as sequelas da doença e os impactos negativos do tratamento. No decorrer das entrevistas, todas as sobreviventes relataram algum desconforto como efeito tardio do tratamento (descritos na literatura)¹², seja ele físico, relacionado ao trabalho, às relações amorosas e sexuais, ou às relações sociais.

Os **efeitos no corpo** causados pelos tratamentos quimio e radioterápicos foram relatados ao longo das entrevistas pelas sobreviventes, incluindo alterações físicas que podem repercutir em diversas esferas da vida da mulher, como náuseas e vômitos, linfedema dos membros inferiores, alopecia, dor, fadiga, ganho de peso, efeitos na pele, disfunções sexuais (estenose vaginal e dispareunia), urgência miccional e fecal, entre outros¹².

As fisioterapeutas relataram que se deparam com frequência com pacientes com esse tipo de queixa em seus atendimentos.

Elas não têm muita ideia da radioterapia. Do que a radioterapia vai deixar de sequela. Então vão pra radioterapia sem saber o que vão encontrar pela frente. E aí tem incontinência urinária, bexiga hiperativa, linfedema, estenose de vagina, incontinência fecal (F2).

As pacientes têm disfunções miccionais ou fecais, incontinência urinária e incontinência fecal. Essas são as principais coisas relacionadas com a radioterapia, mas dor também tem muita paciente que vem com queixa de dor, com desconforto geral nas atividades diárias dela mesmo (F1).

A dor pode ser um efeito duradouro do tratamento do câncer²⁰. No presente estudo, a sensação de dor nos membros inferiores foi relatada por todas as sobreviventes, resultando em dificuldade para realizar e retomar as atividades no dia a dia.

Eu sinto dores ainda, nas pernas principalmente. Por exemplo, academia eu não posso mais fazer por conta dos pesos. Não posso mais fazer. Então a única coisa que eu posso fazer é uma caminhada (S3, 37 anos).

Minhas pernas doem muito. Coisas que eu não parava pra sentir, mas agora eu sinto (S5, 49 anos).

Outro efeito tardio relacionado à radioterapia é o linfedema. O linfedema pode ocorrer em diversos momentos após o tratamento, e é caracterizado pelo aumento do volume do membro afetado, decorrente do comprometimento da drenagem linfática causada pelo tratamento cirúrgico ou radioterápico, e pode representar, não somente um dano estético, mas também redução da capacidade funcional²¹.

Recentemente eu vim e pedi a fisioterapia por um problema que eu *to* no momento na perna. Deu linfedema por conta da radioterapia (S4, 59 anos).

Entre os efeitos tardios, as pacientes relataram uma sensação de cansaço físico anormal (fadiga) durante as atividades do dia a dia. A fadiga, conhecido efeito do tratamento oncológico de causa multifatorial, é conhecida como uma sensação subjetiva de cansaço físico ou emocional, que não seja proporcional à atividade realizada recentemente, podendo interferir na capacidade funcional da paciente²².

Porque me cansa ainda muito. Tanto é que a minha faxina leva uma semana. Eu consigo fazer tudo e quando termina tem que começar tudo de novo (S4, 59 anos).

Em relação aos impactos do tratamento oncológico no **cotidiano**, a fadiga reaparece como principal queixa (quatro entrevistadas). As entrevistadas relataram que depois do tratamento, têm vivenciado um cansaço que faz com que se sintam menos dispostas no dia-a-dia, e também se cansam mais rápido durante as atividades. As atividades rotineiras que antes poderiam passar despercebidas exigem maior esforço, impondo limites.

Você não consegue ter a mesma rotina que você tinha. Depois do tratamento, eu me senti incapaz de fazer tudo aquilo que eu fazia. Claro que você não fica normal. Você fica mais cansada. Eu me considero uma pessoa curada, mas eu me sinto cansada. (S5, 49 anos)

As alterações físicas e emocionais impostas por sequelas do tratamento - a persistência da fadiga, a dor, a sensação de redução da capacidade produtiva - podem gerar efeitos negativos nas **relações com o trabalho**.

A única coisa que mudou é o mercado mesmo de trabalho. Porque eu ainda não consegui um trabalho legal que eu possa estar adaptada a esse trabalho. Isso é um pouquinho complicado (S3, 37 anos).

F2 também faz referência a essa dificuldade:

A maioria dessas mulheres ou ajuda ou sustenta a família. E aí elas não conseguem voltar a trabalhar porque têm problemas de incontinência urinária, problemas de linfedema, eu acho que o impacto maior é o linfedema.

Eu acho que isso é uma grande mutilação: você mutila a mulher sexualmente, você mutila a mulher social e economicamente. E acaba desgastando todo o lado da mulher. Você fica assim se sentindo inútil. Muitas delas falam isso: “Me sinto inútil, eu não consigo fazer”. É o que eu vejo que tem mais marginalidade com essas mulheres é isso, você não conseguir fazer com que elas encontrem uma profissão pra que voltem a produzir pra família (F2).

Existe um processo de adaptação para voltar a realizar as atividades laborativas, imposto pela condição física que algumas mulheres apresentam após passar pelo tratamento do câncer:

Só não *to* mais cozinhando direito, *né*. Eu tenho que cozinhar atrás das bocas do fogão, não posso cozinhar na frente. Por causa do calor perto da minha barriga (S1, 58 anos).

Eu levo mais tempo pra fazer as coisas. Eu era diarista. Agora eu sei que eu não posso enfrentar uma diária numa casa enorme como eu fazia. Eu acho que eu não tenho capacidade mais de tudo isso. Pelo cansaço que eu fiquei (S5, 49 anos).

A dificuldade de retomada das atividades laborativas provoca ainda perdas econômicas. A reorganização da vida dessas mulheres, inclusive no que diz respeito às atividades no trabalho, demanda apoio social e emocional.

Elas apresentam demandas de grande sofrimento por perda do parceiro, por falta de apoio social, *né*, uma rede de apoio social que consiga fazer com que essa mulher encontre um caminho. A falta de renda, a falta de suporte de serviços pra tratar essas seqüelas, pra ela poder melhorar. (F2).

Os **relacionamentos amorosos e sexuais** e as dificuldades advindas do tratamento aparecem também no relato das entrevistadas. Dentre as queixas destaca-se a

fibrose tecidual produzida pela radioterapia. A fibrose pode levar à estenose vaginal (estreitamento da luz vaginal), provocando disfunções sexuais tais como dor e sangramento, com conseqüente diminuição do desejo e excitação²³.

É importante citar que alguns fatores de risco para o câncer do colo de útero estão relacionados aos hábitos sexuais da mulher, o que pode fazer com que elas sejam estigmatizadas ou culpabilizadas por sua doença. Por isso, a sexualidade é uma questão bastante delicada neste contexto. Após o tratamento do câncer, a sexualidade pode ser deixada de lado, dando lugar ao medo e à baixa auto-estima.

Eu consigo até manter uma relação íntima, mas sinto muito. Dói... Eu parei com os exercícios (S4, 59 anos).

Os resultados das entrevistas sugerem uma tendência ao isolamento por parte da sobrevivente, com afastamento social. As modificações que ocorrem na vida da mulher e a maneira como ela vivencia este processo de adaptação faz com que ela crie estratégias para lidar com as alterações ocorridas em decorrência do tratamento. No entanto, os relatos apontam para prejuízo nas suas **relações sociais**.

Tem coisas, tipo sair pra tomar um *chopinho*, essas coisas assim eu cortei. É muito raro. Normalmente eu tomo alguma coisa em casa. E assim, mudou, mudou bastante. Eu acredito que é diferente, mas assim... eu acho que eu *to* pior. Porque eu acho que quebra um pouco a alegria da gente, *né* (S4, 59 anos).

As incontinências urinárias e fecais são condições que repercutem no convívio social, profissional e familiar, afetando a autoconfiança e provocando vergonha e medo diante de amigos, familiares ou desconhecidos²⁴.

Se eu sinto vontade de evacuar ou urinar eu tenho que ir de imediato, não dá pra segurar tanto (S3, 37 anos).

Por vezes, as sobreviventes adotam estratégias para evitar constrangimentos.

Hoje eu vim pra cá, eu nem almocei. Pra eu não ficar incomodada. Ontem eu bebi bastante água, mas hoje eu não posso. Depois que eu chego em casa é que eu vou beber mais porque eu sei que eu preciso (S6, 64 anos).

Em muitos casos as sobreviventes também precisaram adaptar-se a uma nova condição resultante de seu tratamento: a colostomia. No presente estudo, três pacientes eram colostomizadas. A realização da colostomia provoca mudanças profundas no modo de viver das pacientes. As alterações físicas estão relacionadas às mudanças no funcionamento do sistema gastrintestinal, pela perda do controle fecal e da eliminação de gases, e da necessidade de gerenciar os cuidados com o estoma e a trocas de bolsas. Além disso, a colostomia gera alterações na imagem corporal, levando também ao isolamento social²⁵.

Eu fiz uma cirurgia pra colocar colostomia, então no caso abriu minha barriga, né. E esse corte, ele me incomoda. Até hoje eu sinto um pouco (S4, 59 anos).

Eu evacuava pela vagina. Aí a médica falou que ia ter que fazer essa colostomia. Hoje eu saio menos do que antes porque me incomoda. A perda do xixi e esse negócio de colostomia. Tem hora que enche, né?! Aí eu penso assim, não vou comer, não vou beber. Incomoda as duas coisas, né. O maior incômodo é esse, a urina e a colostomia... Eu tava crente que quando fizesse um ano, eu ia refazer. Voltar ao normal, tirar a bolsa. Mas aí disseram que não... Aí eu passo essas privações todas (S6, 64 anos).

Aqui também verificamos que as sobreviventes desenvolveram estratégias de enfrentamento, tentando adaptar-se às mudanças no cotidiano impostas pela ostomia. As falas a seguir podem revelar uma preocupação em manter a colostomia secreta ou evitar constrangimentos. Por outro lado, algumas sobreviventes relatam a tentativa de manter suas atividades normais, pela consciência da importância do convívio social.

Se eu fosse aquela mulher que não gosta de sair de casa, eu só saía de casa pro hospital. Aí eu faço essas adaptações pra eu conseguir sair. Eu gosto de sair também. Se eu ficar em casa eu fico doente. Mais ainda (S4, 59 anos).

Eu tive todo esse tratamento, mas sempre na ativa. Eu não gosto de ficar sem fazer nada. Porque você ficar sem fazer nada, você contrai mais problema, então a minha cabeça ta sempre ocupada (S5, 49 anos).

O papel da fisioterapia no cuidado às sobreviventes

O conteúdo das entrevistas revela que, inicialmente, existe uma dificuldade de compreensão por parte das sobreviventes sobre qual é o **papel da fisioterapia**. Ao

serem perguntadas sobre a razão para seu encaminhamento ao tratamento fisioterápico, as entrevistadas demonstram que desconheciam a motivação até perceberem os benefícios. Todas foram encaminhadas à consulta com a fisioterapia por profissionais da braquiterapia, que as informaram sobre os possíveis efeitos da radioterapia. Contudo, não há, segundo o discurso colhido, compreensão neste momento sobre a importância da avaliação e acompanhamento fisioterapêutico.

Eu tenho uma consulta com a enfermagem e a enfermagem já manda a gente pra fisioterapia. Eu acredito que foi pra minha melhoria. Porque se não fosse eles não teriam encaminhado, *né* (S5, 49 anos).

A adesão das pacientes ao acompanhamento fisioterapêutico pode ser influenciada pela maneira como ocorre o encaminhamento. A adesão pode ser compreendida, segundo Silveira e Ribeiro²⁶, como a frequência, a constância e a perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde, compreendendo desde o comparecimento às consultas até a mudança de hábitos de vida para adaptação ativa as novas condições de saúde através do autocuidado. Desta forma, entende-se o vínculo entre o profissional e o paciente como estruturante. Subtil et al.²⁷ salientam que o fenômeno da adesão ao tratamento fisioterápico é multifatorial estando relacionado à comunicação dos profissionais com os pacientes, a compreensão do cuidado como processo integral e as contingências socioeconômicas. Nesta perspectiva, apesar do presente estudo não ter como foco esta análise, pode-se supor que o processo comunicativo, assim como uma abordagem ampla e multiprofissional no momento do encaminhamento poderia ser um fator relevante na garantia do seguimento sistemático e regular das pacientes ao tratamento fisioterápico. Constituir um fluxo de encaminhamento que permita que a paciente compreenda as motivações de todas as etapas do tratamento e estabeleça vínculos com os profissionais cuidadores é fundamental.

Cabe ainda salientar que a falta de orientação preventiva e integral pode fazer com que as mulheres procurem o serviço de fisioterapia somente quando as disfunções já estejam instaladas e agravadas, aumentando a complexidade da abordagem.

Eu vim na fisioterapia no período em que eu estava em tratamento, aí depois eu não vim mais na fisioterapia, não marquei. Por esquecimento, eu não sei. Foi muita coisa na minha cabeça e essa passou. E recentemente eu vim e pedi a fisioterapia por um problema que eu to no momento na perna. Deu linfedema por conta da radioterapia. (S4, 59 anos).

Verifica-se, contudo, através dos relatos, que o vínculo de confiança estabelecido durante o tratamento fisioterápico entre o profissional e as pacientes, e a percepção dos efeitos do tratamento, acabam minimizando a falta de comunicação e compreensão iniciais. As sobreviventes entrevistadas percebem na melhoria das suas condições de saúde a motivação do encaminhamento.

Eu precisei fazer a fisioterapia pra não ter problemas circulatórios, esse tipo de coisa. Fiz exercício vaginal por conta da braqui também (S4, 59 anos).

Eu acredito (as orientações da fisioterapia) sim ... E uma orientação eu acho que é sempre válida (S3, 37 anos).

As fisioterapeutas entrevistadas demonstram compreender seu papel no cuidado às sobreviventes. A promoção da qualidade de vida aparece como objetivo principal.

O fisioterapeuta tem todo o cuidado com a questão da qualidade de vida da paciente, das pacientes que venham a ter conseqüências do tratamento, seja por quimioterápico, ou cirúrgico, ou radioterapia (F1).

Contudo, nas entrevistas é possível identificar que por terem demandas multifatoriais, as pacientes necessitam de uma atenção que transcende o papel no tratamento das sequelas sobre o corpo.

A gente tem um papel que é o controle de possíveis seqüelas que virão, ou o controle de seqüelas que já estão instaladas. E eu acho que o maior objetivo é a inclusão social e melhorar a qualidade de vida... Elas apresentam demandas sexuais, demandas sociais, demandas psicológicas, demandas de grande sofrimento por perda do parceiro, por falta de apoio social, né, uma rede de apoio social que consiga fazer com que essa mulher encontre um caminho. A falta de renda, a falta de suporte de serviços pra tratar essas sequelas, pra ela poder melhorar. Então as demandas vão desde o acolhimento pra escuta até a demanda de produção financeira, socioeconômica (F2).

No que diz respeito ao **impacto do tratamento fisioterapêutico**, a fisioterapia busca o restabelecimento da capacidade funcional das pacientes, colaborando para o seu retorno às atividades cotidianas. Sua abordagem engloba orientações quanto a possíveis efeitos tardios, acompanhamento e reavaliações periódicas, e tratamento das disfunções que não puderam ser prevenidas¹².

As entrevistadas neste estudo relataram as orientações de cuidados nas atividades de vida diária, adoção de hábitos saudáveis, e educação quanto aos possíveis efeitos tardios do tratamento, além das maneiras de evitá-los ou minimizá-los. As entrevistadas relataram que a fisioterapia melhora sua independência funcional e promove a sensação de bem estar. Percebe-se a valorização das orientações prestadas pelo fisioterapeuta e suas repercussões na vida das sobreviventes.

Antes era muito complicado pra eu fazer as coisas. Era muito dependente das pessoas. Poucas coisas eu fazia, poucas coisas eu conseguia. Tipo abaixar, levantar, subir escadinha, essas coisas assim (S6, 64 anos).

Eu sinto diferença no dia que eu não faço os exercícios. Eu sinto mais dor no meu corpo. Eu acho que as minhas pernas doem mais, essas coisas (S5, 49 anos).

Os relatos colhidos nos permitem inferir que o estabelecimento de vínculos de confiança entre o fisioterapeuta e as pacientes é um fator de sucesso visto que, o tratamento do câncer de colo de útero provoca efeitos no corpo que fragilizam as pacientes em suas relações sociais e na sua feminilidade. As consultas fisioterápicas permitem que as pacientes possam falar do seu sofrimento e serem acolhidas. Compreender como outras mulheres aprenderam a lidar com suas limitações em grupos de troca de experiências com o apoio de fisioterapeutas e psicólogos, pode ser uma estratégia a ser adotada pelas equipes.

Então as demandas vão desde o acolhimento pra escuta até a demanda de produção financeira, socioeconômica. E a gente muitas vezes fica sozinho nesse cenário. E o que eu posso te dizer é que quando a gente está num serviço público, com uma equipe, a gente consegue gerenciar melhor isso. Mas quando você trata essas doentes fora de um serviço público onde você não tem essa equipe, é muito mais solitário esse atendimento (F2).

O impacto da fisioterapia na qualidade de vida das sobreviventes também pode ser percebido no discurso de F1.

A gente consegue prevenir o linfedema, a gente consegue melhorar a vida dela ativamente sexualmente (sic), a incontinência urinária, que tem reflexo também na paciente. As pacientes que tem disfunções miccionais ou fecais. Incontinência urinária e incontinência fecal. Essas são as principais coisas relacionadas com a radioterapia, mas dor também. Tem muita paciente que vem com muitas queixas, com desconforto geral nas atividades diárias. E tudo isso a gente consegue prevenir ou reverter com a fisioterapia. A gente com certeza melhora porque quando as pacientes retornam aqui elas conferem e dizem isso (F1).

Adoecer por câncer é uma experiência complexa para qualquer pessoa, e sobrevivência traz muitos desafios inesperados. A sobrevivência ao câncer impacta toda a dinâmica de vida pessoal, familiar, das relações com o trabalho e relações sociais da mulher²⁹.

Tanto os relatos dos sobreviventes quanto dos fisioterapeutas dão a dimensão do quanto o tratamento fisioterápico das sobreviventes do câncer do colo de útero é capaz de ajudar no resgate da autoestima e do apoio na reinserção das mulheres na sua vida social apesar das limitações e da irreversibilidade de algumas sequelas.

Políticas públicas de saúde e atenção fisioterapêutica em oncologia

A mudança da assistência à saúde no Brasil através da implantação do Sistema Único de Saúde trouxe implicações não apenas no que diz respeito ao modelo organizativo, mas em especial na compreensão do papel do Estado na promoção da saúde de seus cidadãos.

No presente estudo verificou-se que os avanços obtidos com a melhoria de acesso e os investimentos na integralidade da atenção ainda não alcançaram as sobreviventes de câncer de colo de útero no que diz respeito ao processo de restabelecimento da sua capacidade funcional e, conseqüente, qualidade de vida.

No que diz respeito às **políticas públicas de saúde e a inserção do tratamento fisioterápico na rede de atenção a saúde**, na perspectiva da integralidade da atenção, as fisioterapeutas entrevistadas destacam a falta de uma abordagem específica para as sobreviventes, especialmente na área de reabilitação. Em relação ao acompanhamento dessas pacientes em longo prazo, as entrevistadas relatam a dificuldade de encaminhamento dessas pacientes.

Quando você pega a linha de cuidado, e você vê lá a parte que fala de reabilitação, de cuidado paliativo, aí você vê o número de casos, não chega nem perto. E o que me chama atenção é que quando a gente fala de câncer, a gente fala de mundo, e o déficit de fisioterapia nessa área é enorme (F2).

Eu não tenho esse retorno de atendimento no sistema. Quando vem do câncer – linfedema, dor ou qualquer complicação do tratamento –, realmente é absorvido aqui e fica em seguimento (F1).

Em 2011, o governo federal lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022. As doenças crônicas, de acordo com a Portaria nº 483, de abril de 2014, “são aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura”²⁸. O câncer está incluído no rol de doenças crônicas por ser uma enfermidade de tratamento longo que exige fluxos assistenciais bem definidos que garantam cuidado integral ao usuário. As mudanças em estilo de vida, assim como a reabilitação e reinserção social dos pacientes requerem a definição clara das ações e serviços que serão ofertados por cada ponto de atenção à saúde.

De forma complementar, em maio de 2013, foi promulgada a Portaria nº 874, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os objetivos da política estão descritos a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença, bem como a contribuição para a melhoria da

qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos²⁹. Define ainda como o sistema deve se organizar para prover a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, garantindo o acesso integral. Na referida portaria, na seção que descreve os princípios e diretrizes relacionadas ao cuidado integral (Capítulo II, Seção V, artigo 14) está descrito o atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, nos diversos níveis de atenção, com oferta de cuidado compatível à “evolução da doença”.

Apesar dos programas e leis recentemente instituídos, a rede de atenção ao paciente com câncer ainda não está estruturada para assistir o paciente em todas as fases de sua evolução.

Eu trato aqui eternamente. Eu não tenho esse retorno de atendimento no sistema... O SUS é bem complicado na questão da rede. Porque a maioria das pessoas na verdade quando vem pra cá não vem assim de uma referência e vou voltar depois voltar pro meu posto de saúde, né. Pelo menos essas pacientes elas não relatam aqui no ambulatório. A pessoa foi no ginecologista e veio encaminhada pra cá. Pode ser numa emergência e veio encaminhada pra cá (F1).

Os relatos colhidos demonstram ainda que os serviços especializados em oncologia acabam cumprindo um papel que poderia ser repassado a outros pontos da rede de atenção. Entretanto, a desestruturação da linha de cuidado e a falta de mecanismos formais de interlocução nos pontos de atenção impulsionam a informalidade.

Quando há, por exemplo, um paciente que more perto de algum serviço de saúde que eu sei que tem fisioterapia ambulatorial naquele serviço, (...) eu mando ele de volta pra lá (paciente). Não sai daqui do INCA. Mas quando tem alguma outra complicação ortopédica, neurológica, e que às vezes é difícil, eu tento buscar através de meios próprios. Hoje tem o SISREG... é bom mas é mais complicado pro paciente pra ele poder retornar (SIC). Mesmo assim eu tento entrar em contato com a clínica dele de origem e eu dou um laudo mais fidedigno possível pra ele poder procurar alguém que possa ajudá-lo (F1).

Apesar de a saúde ser um direito constitucional, as pacientes entrevistadas não mencionam dificuldades de acesso ou a fragilidade da promoção integral a saúde.

Outro aspecto que vale a pena ressaltar refere-se ao modo como o sistema de saúde é organizado, considerando como norteadores o perfil epidemiológico, o grupo de risco e a patologia. As respostas aos problemas de saúde da população precisam estar de acordo com as condições de saúde das pessoas³⁰. Neste sentido, as fisioterapeutas entrevistadas reconhecem que escolhas são feitas considerando as prioridades epidemiológicas e a capacidade financeira do sistema.

Na verdade a gente tem uma demanda que é sempre maior do que o que a gente pode ofertar. Você faria uma grande dispensação financeira para coletar preventivo dessas pacientes e tratar o câncer, fazer uma quimioterapia, uma radioterapia, ou você gastaria dinheiro com essa paciente que precisa melhorar a qualidade de vida? Você não tem dinheiro pros dois. Você tem que escolher. Ela tem que sobreviver pra existir o depois (F1).

F1 acredita que atualmente existe uma priorização dos recursos financeiros para aquilo que é considerado emergencial, ou seja, a prevenção do câncer e em seguida a sobrevida física. A escassez de recursos faz com que os aspectos relacionados à qualidade de vida e sobrevida sejam de certa forma, menos assistidos pelo serviço de saúde.

Outro aspecto central e desafiador da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é a formação de profissionais e a promoção de educação permanente para a qualificação do cuidado nos diferentes níveis de atenção à saúde³⁰. No relato das fisioterapeutas destaca-se o déficit de **formação profissional** em oncologia.

Em seu relato, F2 cita que o processo de transição epidemiológica que vem ocorrendo nos últimos anos chama a atenção para a necessidade de adequações no processo de formação do fisioterapeuta. As ações de prevenção do câncer são muito importantes, mas o número crescente dos casos e o aumento da sobrevida despertam a necessidade de formação de profissionais preparados para tratar as possíveis sequelas advindas do tratamento.

Quantos profissionais que fazem oncologia? Não tinha que ter oncologia lá na graduação? Não tem. Eu acho que estamos num nó. As pessoas estão adoecendo de câncer, estão vivendo mais tempo, porque hoje tem vários protocolos, mas com qualidade de vida não tão boa quanto poderiam estar (F2).

A profissional acredita que há um esforço no sentido de buscar o comprometimento e a participação ativa do fisioterapeuta no processo de construção da política de saúde, inclusive com a ampliação do conhecimento teórico a respeito das dimensões que permeiam o sistema de saúde.

Eu acho que todos nós profissionais de saúde somos responsáveis por esses pedaços. Cada um de nós tem que levar a política à frente, porque a gente também é apolitizado. Infelizmente é assim (F2).

O resultado do estudo reforça a necessidade de ampliação da discussão do cuidado integral em câncer, que inclua os sobreviventes com todas as suas nuances, desde econômicas até sociais e emocionais. Considerar que as mulheres que sobrevivem ao tratamento de cânceres, em especial do câncer do colo do útero, carecem de tratamento contínuo, já é um passo no sentido de garantir uma cobertura para a reabilitação em diversos pontos da rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Juntar com as conclusões

O número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil em 2016 é de 16.340. Com a ampliação do acesso das mulheres brasileiras ao diagnóstico e tratamento, há um aumento de sobreviventes.

O presente estudo procurou dar voz às pacientes sobreviventes do câncer do colo do útero e aos profissionais de fisioterapia que cuidam destas pacientes, contribuindo assim para dar visibilidade ao importante trabalho de apoio, cuidado e reinserção social que estes especialistas realizam.

A pequena amostra estudada foi capaz de retratar as múltiplas questões que acometem as mulheres sobreviventes do câncer do colo do útero e de permitir a compreensão da complexidade do tratamento e cuidado demandado por elas. Assim, além das questões corporais, frutos das sequelas da doença e do tratamento, estas mulheres nos falam da sua dificuldade de reinserção social e afetiva e do sofrimento gerado pela sua nova condição. Todos os temas abordados devem ainda ser compreendidos à luz das questões socioeconômicas em que as sobreviventes entrevistadas estão inseridas. Neste sentido, estas mulheres necessitam de tratamento, mas também de acolhimento e de uma abordagem multiprofissional que lhes ajude a reassumir o controle de suas vidas e reencontrar seu espaço social.

A fisioterapia desempenha um importante trabalho junto às sobreviventes do câncer do colo do útero. O resultado do trabalho destes profissionais resulta em melhora da qualidade de vida e da capacidade funcional dessas mulheres, permitindo que elas retomem suas histórias.

É a partir da compreensão da magnitude destas questões que as redes de atenção oncológica devem ser organizadas: promovendo acesso ao diagnóstico e tratamento, mas garantindo também o cuidado àqueles que sobrevivem a estes processos.

Estabelecer uma linha de cuidado que garanta a integralidade da atenção aos pacientes oncológicos é um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores do SUS. Para tanto é preciso que cada parcela da sociedade compreenda seu papel e a importância de sua participação. Para a construção de novas formas de cuidado voltadas a essa população específica, faz-se necessário que os atores sociais (estudantes, trabalhadores, gestores, usuários) estejam envolvidos de forma ativa nesse processo. É preciso conhecer o sistema como um todo e lutar para que as leis e portarias definidoras da atenção e da organização do sistema sejam cumpridas. A partir disso que será possível propor novas estratégias para construção de uma atenção humanizada que promova uma vida com mais qualidade e dignidade a estas pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Pinto C, Ribeiro J. A qualidade de vida dos sobreviventes do cancro. *Rev Port Sau Pub* 2006; 24(1):37-56.
2. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. *The Lancet Oncol* 2012;13 (8):790-801.
3. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/> (acessado em 05/01/2016).
4. Organização Mundial da Saúde. *International Agency for Research on Cancer*. Globocan IARC, 2012. Disponível em <<http://globocan.iarc.fr/>> Acesso em 15 mar. 2015.
5. Greenwald H, McCorkle R. Sexuality and Sexual Function in Long-Term Survivors of Cervical Cancer. *J Women's Health*. 2008;17 (6):955-963.
6. Wenzel L, DeAlba I, Habbal R, Klushman B, Fairclough D, Krebs L. et al. quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Ginecol Oncol* 2005; 97(2):310-317.
7. Boini, S et al. Impact of cancer occurrence on health-related quality of life: a longitudinal pre-post assessment. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2(1):1.
8. Mullan F. Seasons of Survival: Reflections of a Physician with Cancer. *N Engl J Med* 1985;313(4):270-273.
9. Farmer B, Smith E. Breast cancer survivorship: are African women considered? A concept analysis. *Oncol Nurs Soc* 2002;29(5).
10. Morgan M. Cancer Survivorship: History, Quality-of-Life Issues, and the Evolving Multidisciplinary Approach to Implementation of Cancer Survivorship Care Plans. *Oncol Nurs Forum* 2009;36(4):429-436.

11. Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 364 de 20 de maio de 2009. Reconhece a Fisioterapia Onco-Funcional como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2009; 16 jul.
12. Franceschini J, Scarlato A, Cisi M. Fisioterapia nas principais disfunções sexuais pós-tratamento do cancer do colo do útero. *Rev Bras Cancerol* 2010; 56(4):501-506.
13. Kluthcovsky A, Urbanetz A. Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. *Rev bras ginecol obstet.* 2016; 34(10):453-458.
14. Brasil. Conselho Nacional de Saúd. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html Acesso em 20/02/2015.
15. Fontanella B, Luchesi B, Saidel M, Ricas J, Turato E, Melo D. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Sau Pub* 2011.
16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2008.
17. Nogueira A, Silva L. As desigualdades de gênero: um enfoque na questão da saúde pública. “*XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambú - MG*”; 2008.
18. Ashing-Giwa K. Cervical cancer survivorship in a population based sample. *Ginecol oncol* 2009; 112(2):358-364.
19. Oliveira C. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. *Rev Rene* 2012; 11:53-60.
20. International Association for the study of pain. Dor do câncer [Internet]. 2009. [Acessado 2015 Dez 8]. Disponível em:

http://www.iasppain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/CancerPainFactSheets/CancerPain_Portuguese.pdf

21. Camargo M, Marx A. *Reabilitação física no câncer de mama*. São Paulo: Roca; 2000.
22. Wagner L, Cella D. Fatigue and cancer: causes, prevalence and treatment approaches. *Br J Cancer* 2004.
23. Vidal M. Disfunção sexual relacionada à radioterapia na pelve feminina: diagnóstico de enfermagem. *Rev Bras Cancerol* 2013; 59(1):17-24.
24. Foldspang A, Mommsen S. The international continence society (ICS) incontinence definition: Is the social and hygienic aspect appropriate for etiologic research? *J Clin Epidemiol* 1997; 50(9):1055-1060.
25. Batista M, Rocha F, Silva D, Silva Júnior F. Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. *Rev Bras Enf* 2011; 64(6):1043-1047.
26. Silveira L, Ribeiro V. Grupo de adhesión al tratamiento: espacio de “enseñanza” para profesionales de la salud y pacientes. *Interface – Comunic Saúde Educ* 2005; 9(16):91-104.
27. Subtil M, Goes D, Gomes T, Souza M. O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. *Fisioter Mov* 2011;24(4):745-753.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 843, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

30. Negri B, Viana A. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; 2002.