

UM OLHAR DA FISIOTERAPIA PARA AS SOBREVIVENTES DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A LOOK OF PHYSICAL THERAPY FOR CERVICAL CANCER SURVIVORS

Regielly Candido da Silva

Programa de Pós-Graduação em
Clínica Médica
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Alessandra de Asá Earp Siqueira

Juliana Garcia Gonçalves
Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva - INCA

Contato

Regielly Candido da Silva
Rua Guilherme Marconi, 117/ 206
Centro

Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20240-180

E-mail: regiellycandido.fisio@hotmail.com

RESUMO

Objetivos: 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 entrevistas semiestruturadas 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 com as políticas públicas de saúde e a atenção fisioterapêutica em oncologia. **Conclusões:** Além das questões corporais, fruto das sequelas da doença e do tratamento, essas mulheres falam da sua dificuldade de reinserção social e afetiva e do sofrimento gerado pela sua nova condição. A fisioterapia desempenha um importante trabalho com as sobreviventes do câncer do colo do útero, resultando em melhora da qualidade de vida e da capacidade funcional dessas mulheres. **Palavras-chave:** Fisioterapia. Oncologia. Sobreviventes. Câncer do colo do útero.

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study was to analyze the role of physical therapy in the care of survivors of cervical cancer from the perspective of survivors and physiotherapists. **Methods:** Qualitative research, consisting of semi-structured interview scripts, carried out with physiotherapists and patients of a referral hospital in the treatment of gynecologic cancer. **Results and Discussion:** The shared reports reveal the experience of living with the late effects of the treatment, the role of the physiotherapist in the care of survivors, and issues related to public health policies and physiotherapeutic care in oncology. **Conclusion:** In addition to the physical changes resulting from the disease and treatment, these women talk about their difficulties in social and emotional rehabilitation and the suffering generated by their new condition. Physical therapy plays an important role with cervical cancer survivors, resulting in improved quality of life and functional capacity of these women. **Keywords:** Physical Therapy Specialty. Medical Oncology. Survivors. Uterine Cervical Neoplasms.

INTRODUÇÃO

Atualmente, os avanços na detecção e no tratamento do câncer têm mudado a evolução da doença; e ainda que algumas condições sejam graves e irreversíveis, em outras, tem sido possível obter longos períodos de sobrevida e até mesmo a cura¹.

O câncer de colo de útero é um importante problema de saúde pública, principalmente nos países menos desenvolvidos, sendo a quarta neoplasia mais frequente entre as mulheres². No Brasil, são estimados 16.370 novos casos em 2018-2019³. Essa doença tem bom prognóstico se diagnosticada de forma precoce, e estudos têm revelado um aumento no número de sobreviventes em longo prazo²⁻⁴. No entanto, o seu tratamento pode levar a uma série de efeitos adversos, com elevado impacto na qualidade de vida das pacientes^{5,6}.

Os sobreviventes de câncer representam um grupo crescente, com necessidade de uma abordagem específica que supra suas necessidades⁷. Considerando que ele engloba várias experiências relacionadas com o significado da vida tanto para a pessoa quanto para seus familiares, o conceito de sobreviventes de câncer é dinâmico^{8,9}. Em 1985, o médico Fitzhugh Mullan desenvolveu um trabalho que acabou se tornando essencial para conhecer os aspectos da sobrevivência ao câncer. Nesse trabalho, ele descreve a sobrevivência como algo além de manter-se vivo. Para Mullan¹⁰, sobreviver ao câncer envolve a luta psicológica e física contra a doença, os impactos de seu tratamento e todos os transtornos que ela traz ao cotidiano.

No âmbito da sobrevivência ao câncer, a fisioterapia pode realizar um importante trabalho com a equipe de saúde, no restabelecimento da capacidade funcional dos usuários, colaborando para o seu retorno às atividades cotidianas. A fisioterapia oncológica é uma especialidade que visa preservar, manter, desenvolver e restaurar a integridade funcional e prevenir os distúrbios causados pelo tratamento oncológico. Atua na prevenção e tratamento de complicações em todas as fases da linha de cuidado do câncer e nos três níveis de prevenção^{11,12}.

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 dessa prática profissional¹³.

Diante do exposto, 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 em 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 das 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 ambulatório de fisioterapia em ginecologia do Hospital do Câncer II, unidade de referência no tratamento do câncer ginecológico do INCA. Participaram da pesquisa mulheres adultas, que concluíram o tratamento oncológico, com pelo menos um ano de acompanhamento fisioterapêutico. Não foram incluídas pacientes em cuidados paliativos ou com *deficit* cognitivos. Também foram convidadas as fisioterapeutas em atividade no ambulatório no período de coleta de dados.

Foram realizadas entrevistas individuais guiadas por roteiro semiestruturado, contendo questões relacionadas com o perfil sociodemográfico 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 para a 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 foi desenvolvida de acordo com o método proposto por Bardin¹⁶. 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, foram entrevistadas duas fisioterapeutas e seis mulheres 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 participantes cursaram o ensino fundamental, e duas haviam concluído o ensino médio. Quanto à ocupação, duas donas de casa, duas empregadas domésticas, uma cabeleireira e uma cozinheira. O câncer de colo de útero está associado a mulheres de condições sociais desfavoráveis, com baixa escolaridade, ocupações vincula-

das ao ambiente doméstico e salários mais baixos, o que dificulta o cuidado adequado com a própria saúde¹⁷. Ashing-Giwa et al.¹⁸ relataram uma falta de suporte social evidente na população de mulheres latino-americanas acometidas por câncer ginecológico, assim como as dificuldades socioeconômicas enfrentadas por essas mulheres.

Todas as pacientes foram submetidas à quimioterapia e radioterapia. Cada modalidade 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 autoimagem, 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 nessa fase de suas vidas. Ao abordar os aspectos após tratamento do câncer, foram encontradas diversas situações que influenciam a qualidade de vida dessas pacientes. O resultado da análise das informações contidas nas narrativas possibilitou a construção das categorias e subcategorias registradas no Quadro Analítico (Tabela 1).

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

QUADRO ANALÍTICO	
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

Material empírico da coleta de dados

Vivendo com os efeitos tardios

Em relação aos *efeitos tardios do tratamento oncológico*, as participantes não identificaram de forma clara, tendo dificuldade de distinguir as sequelas da doença e os impactos do tratamento. No decorrer das entrevistas, todas as sobreviventes relataram algum desconforto como efeito tardio (descritos na literatura)¹²:

“... eu não tenho nenhuma queixa não... eu tô normal. Eu só não posso assim, puxar um móvel, pegar um balde cheio. Mas o resto é tudo vida normal. Eu só não posso ficar muito abaixada porque quando eu levanto dói que é uma beleza. Nem andar muito porque as minhas pernas começam a doer... Depois que a gente faz a braqui [terapia], essas coisas, a gente fica sem a disposição que tinha antes. Não tem mais aquela vontade de fazer as coisas que fazia antes” (S2, 44 anos).

Os *efeitos no corpo* causados pelos tratamentos quimioterápico e radioterápico foram relatados nas entrevistas, incluindo alterações físicas que podem repercutir em diversas esferas da vida da mulher¹². As fisioterapeutas relataram que se deparam com frequência esses relatos 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).

A dor pode ser um efeito duradouro do tratamento do câncer²⁰. No presente estudo, a sensação de dor nos membros inferiores resultou 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).

O linfedema é caracterizado pelo aumento do volume do membro comprometido, 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 tô no momento na perna. Deu linfedema por conta da radioterapia” (S4, 59

anos).

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

“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 é a principal queixa. Depois do tratamento, elas vivenciaram um cansaço que faz com que se sintam menos dispostas, também se cansam mais rápido durante as atividades. As atividades rotineiras exigem maior esforço, impondo limites.

“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).

“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. Eu levo mais tempo, eu faço, eu paro e depois continuo. Mas a rotina é a mesma. Eu faço tudo. A maior parte da manhã eu tô na cozinha, mas aí eu me sinto cansada a parte da tarde” (S5, 49 anos).

As alterações físicas e emocionais impostas por sequelas do tratamento podem gerar efeitos negativos nas relações com o trabalho. Além disso, a ausência de vínculos formais demonstra a fragilidade da proteção social oferecida a essas mulheres, uma vez que, sem vínculo, não há possibilidade de auxílio-doença, por exemplo.

“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 atividades laborativas imposto pela condição física que algumas mulheres apresentam após o tratamento:

“Só não tô 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 fique” (S5, 49 anos).

A reorganização da vida dessas mulheres, inclusive no que diz respeito às atividades no trabalho, demanda apoio social e emocional. De acordo com Mullan¹⁰, o apoio social e familiar é um importante amenizador da dura realidade vivenciada pelo sobrevivente. Muitas vezes isso não ocorre, conforme F2:

“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 sequelas, pra ela poder melhorar.”

Entre os efeitos nos relacionamentos amorosos e sexuais, destaca-se a fibrose tecidual que pode levar à estenose vaginal, provocando disfunções sexuais, tais como dor e sangramento, e consequente diminuição do desejo e excitação²³.

Além disso, alguns fatores de risco para o câncer do colo uterino estão relacionados com os hábitos sexuais da mulher, o que pode fazer com que elas sejam estigmatizadas ou culpabilizadas pelo adoecimento. Após o tratamento do câncer, a sexualidade pode ser deixada de lado, dando lugar ao medo e à baixa autoestima.

“O que tá mais me incomodando é só essa parte só. Bate na mesma tecla, toda vez. A gente até namora, mas na hora que chega lá... acabou o clima, acabou tudo. Aí fica complicado mesmo” (S2, 44 anos).

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

Os relatos sugerem uma tendência ao isolamento e afastamento social. A maneira como a so-

brevemente encara as adaptações 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 tô 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, também é preciso adaptar-se à colostomia. A realização desse procedimento cirúrgico provoca mudanças profundas no modo de viver das pacientes. As alterações físicas estão relacionadas com as mudanças no funcionamento do sistema gastrointestinal, 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 das alterações na imagem corporal²⁵.

“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).

Algumas 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 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 tá sempre ocupada” (S5, 49 anos).

O papel da fisioterapia no cuidado às sobreviventes

Inicialmente, existe uma dificuldade de compreensão por parte das sobreviventes sobre qual é o papel da fisioterapia. As entrevistadas demonstram que elas desconheciam a motivação do encaminhamento 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 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 às novas condições de saúde por meio do autocuidado. Dessa 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.

Nessa perspectiva, pode-se supor que o processo comunicativo no momento do encaminhamento poderia ser um fator relevante na garantia do seguimento 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.

Além disso, 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” (S4, 59 anos).

No entanto, o vínculo de confiança estabelecido durante o tratamento e a percepção dos benefícios acabaram minimizando a falta de compreensão inicial. 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).

As fisioterapeutas 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 consequências do tratamento, seja por quimioterapia, cirurgia ou radioterapia” (F1).

Nas entrevistas, todavia, é possível identificar que as pacientes necessitam de uma atenção que transcenda o tratamento das sequelas sobre o corpo.

“A gente tem um papel que é o controle de possíveis sequelas que virão, ou o controle de sequelas que já estão instaladas. E eu acho que o maior objetivo é a inclusão social e melhorar a qualidade de vida... A falta de renda, a falta de suporte de serviços pra tratar essas sequelas, pra ela poder melhorar. Então as demandas vão desde o acolhi-

mento pra escuta até a demanda de produção socioeconômica” (F2).

Quanto ao *impacto do tratamento fisioterapêutico*, a fisioterapia colabora para o retorno às atividades cotidianas. A abordagem engloba orientações, acompanhamento e reavaliações periódicas, e tratamento das disfunções que não puderam ser prevenidas¹².

As entrevistadas relataram as orientações de cuidados nas atividades diárias, adoção de hábitos saudáveis, educação quanto aos possíveis efeitos tardios do tratamento, além das maneiras de evitá-los. 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 nos permitem inferir que o estabelecimento de vínculos é um fator de sucesso visto que o tratamento provoca efeitos no corpo que fragilizam as pacientes em suas relações sociais e na sua feminilidade.

“A gente muitas vezes fica sozinho nesse cenário. 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, é muito mais solitário esse atendimento” (F2).

O impacto da fisioterapia na qualidade de vida das sobreviventes também pode ser percebido na fala de F1:

“A gente consegue prevenir o linfedema, melhorar a vida dela sexualmente, a incontinência urinária... 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).

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 das sobreviventes quanto das fisioterapeutas dão a dimensão do quanto o tratamento fisioterápico 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

No que diz respeito às políticas públicas de saúde e a inserção do tratamento fisioterápico na rede de atenção a saúde, as fisioterapeutas 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 relataram 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 “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 neste rol 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 Do-

enças Crônicas no âmbito do SUS. Entre os objetivos da política, estão a redução da mortalidade e da incapacidade, bem como a melhoria da qualidade de vida dos usuários, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos²⁹. Na referida portaria, na seção que descreve os princípios e diretrizes relacionadas com o cuidado integral (Capítulo II, Seção V, artigo 14), está descrito o atendimento multiprofissional a todos os usuários, 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. A pessoa foi no ginecologista e veio encaminhada pra cá. Pode ser uma emergência e veio encaminhada pra cá” (F1).

Os relatos demonstram ainda que os serviços especializados em oncologia acabam cumprindo um papel que poderia ser repassado a outros pontos da rede de atenção. A desestruturação da linha de cuidado e a falta de mecanismos 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. Quando tem alguma outra complicação ortopédica, neurológica, eu tento buscar através de meios próprios. Hoje tem o SISREG (Sistema de Regulação)... 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).

Vale a pena ressaltar o 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. Nesse sentido, as fisioterapeutas entrevistadas reconhecem que escolhas são feitas considerando as prioridades epidemiológicas e a capacidade financeira do sistema. F1 acredita que 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 com a qualidade de vida e sobrevida sejam, de certa forma, menos as-

sistidos pelo serviço de saúde:

“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).

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 *deficit* de formação profissional em oncologia.

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 qualificação profissional:

“Quantos profissionais 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, mas com qualidade de vida não tão boa quanto poderiam estar” (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 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.

CONCLUSÕES

Em relação aos relatos das sobreviventes do câncer de colo de útero, concluímos que as sequelas da doença e do tratamento são de diversas naturezas, com implicações importantes na sua relação com o próprio corpo e nas suas relações sociais, incluindo trabalho e relações afetivas/sexuais. Apesar de relatarem desconhecimento da motivação para o encaminhamento fisioterápico, demonstram perceber como benéficos os efeitos deste acompanhamento na sua qualidade de vida. Os relatos sugerem que as sobreviventes não identificam de forma clara e global como a doença e o tratamento impactam nas suas vidas.

Em relação aos relatos das fisioterapeutas, verificou-se que demonstram clareza do seu papel e do efeito benéfico da sua atuação na melhoria da vida das mulheres sobreviventes do câncer do colo do útero. No entanto, sentem-se impotentes e solitárias diante da grandeza das queixas apresentadas, visto que são multifatoriais e complexas, para além da sua competência/formação profissional. Além disso, ressentem-se da ausência de uma estratégia mais ampla de cuidado para esse grupo de pacientes para que seja alcançada a integralidade do cuidado na atenção oncológica.

O presente estudo procurou dar voz às pacientes sobreviventes do câncer do colo do útero e aos profissionais de fisioterapia que cuidam dessas pacientes, contribuindo assim para dar visibilidade ao importante trabalho de apoio, cuidado e reinser-

ção social que esses 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 uma reflexão acerca da complexidade do tratamento e cuidado demandado por elas. Assim, além das questões corporais, frutos das sequelas da doença e do tratamento, essas 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 estão inseridas. Nesse sentido, essas mulheres necessitam de tratamento, mas também de acolhimento e de uma abordagem multiprofissional que lhes ajude a reassumir o controle de suas vidas e a reencontrar seu espaço social.

REFERÊNCIAS

1. Pinto C, Ribeiro JLP. 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 (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. [Internet]. [acessado em 2018 fev 22]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/>.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). International Agency for Research on Cancer. Globocan IARC, 2012. [Internet] [acessado 2015 mar 15]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/>.
5. Greenwald HP, 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 BC, Fairclough D, Krebs LU. et al. Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Ginecol Oncol* 2005; 97(2): 310-317.
7. Boini S, Briançon S, Guillemin F, Galan, P Hercbebrg, S. Impact of cancer occurrence on health-related quality of life: a longitudinal pre-post assessment. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2(1): 1.
8. Farmer BJ, Smith ED. Breast cancer survivorship: are African women considered? A concept analysis. *Oncol Nurs Soc* 2002; 29(5): 779-787.
9. Morgan MA. 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.
10. Mullan F. Seasons of Survival: Reflections of a Physician with Cancer. *N Engl J Med* 1985; 313(4): 270-273.
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 mai.
12. Franceschini J, Scarlato A, Cisi MC. Fisioterapia nas principais disfunções sexuais pós-tratamento do câncer do colo do útero: revisão bibliográfica. *Rev Bras Cancerol* 2010; 56(4): 501-506.
13. Kluthcovsky ACGC, Urbanetz AAL. 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 Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. [acessado 2015 fev 20]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.
15. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Sau Pub* 2011; 27 (2): 389-394.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo, SP: Edições 70; 2008.
17. Nogueira ACC, Silva LB. As desigualdades de gênero: um enfoque na questão da saúde pública. Trabalho apresentado no “XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambú - MG”; 2008.
18. Ashing-Giwa KT, Tejero JS, Kim J, Padilha GV, Kagawa-Singer M, Tucker MB, et al. Cervical cancer survivorship in a population based sample. *Ginecol oncol* 2009; 112(2): 358-364.
19. Oliveira CL, Sousa FPA, Garcia CL, Mendonça MRK, Menezes IRA, Brito Junior FE. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. *Rev Rene* 2012; 11(número especial): 53-60.
20. International Association for the study of pain. Dor do câncer [Internet]. [Acessado 2015 Dez 8]. Disponível em: http://www.iasppain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/CancerPainFactSheets/CancerPain_Portuguese.pdf.
21. Camargo MC, Marx AG. Reabilitação física no câncer de mama. São Paulo, SP: Roca; 2000.
22. Wagner LI, Cella D. Fatigue and cancer: causes, prevalence and treatment approaches. *Br J Cancer* 2004; 91(5): 822-828.
23. Vidal MLB, Santana CJD, Paula CLD, Carvalho MCMP. 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 MRFF, Rocha FCV, Silva DMG, Silva Júnior FJG. Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. *Rev Bras Enf* 2011; 64(6): 1043-1047.
26. Silveira LMC, Ribeiro VMB. 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 MML, Goes DC, Gomes TC, Souza ML. O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. *Fisioter Mov* 2011; 24(4): 745-753.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. [Internet]. [acessado 2015 jul 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.
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). *Diário Oficial da União* 2013; 16 mai.
30. Negri B, Viana A. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo, SP: Sobravime; 2002.