

Prevalência de incapacidades e aspectos associados em mulheres com câncer de colo do útero, Rio de Janeiro, Brasil

Prevalence of disabilities and associated aspects in women with cervical cancer, Rio de Janeiro, Brazil

Luciana Castaneda¹ , Anke Bergmann² , Shamyra Castro³ ,
Rosalina Koifman⁴ 

Resumo

Introdução: O câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres em todo o mundo. Sua incidência é consideravelmente mais alta em países de baixa e média renda. **Objetivo:** Verificar a prevalência de incapacidade em mulheres com câncer do colo do útero (CCU) utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como referência. **Método:** Estudo observacional transversal realizado com mulheres com CCU em tratamento em um hospital de referência no Rio de Janeiro. Foi aplicado o *checklist* da CIF e um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida (FACT-Cx - *Functional Assessment of Cancer Therapy-Cervix Cancer*). **Resultados:** Foram incluídas no estudo 116 mulheres. A maior parte foi diagnosticada no estágio IB, e mais da metade recebeu como tratamento a quimioterapia conjugada com radioterapia. A maior prevalência de incapacidade foi encontrada para a deficiência das estruturas do sistema reprodutivo (96,6%), seguido de problemas nas funções da energia e do impulso (70,3%), funções emocionais (70,7%) e limitação para carregar e transportar objetos (67,2%). O domínio do bem-estar emocional foi o mais comprometido de acordo com a análise realizada pelo FACT-Cx. **Conclusão:** A prevalência de incapacidade em mulheres com CCU foi elevada para todos os componentes da CIF, refletindo o impacto tanto da doença quanto do seu tratamento na funcionalidade. A abordagem biopsicossocial deve ser incorporada nas rotinas de planejamento do cuidado oncológico para mulheres com câncer do colo do útero.

Palavras-chave: neoplasias do colo do útero; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; qualidade de vida; estudos transversais.

Abstract

Background: Cervical cancer is the third most common cancer among women worldwide. Its incidence is considerably higher in low and middle-income countries. **Objective:** To verify the prevalence of disability in women with cervical cancer (CC) using the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) as a reference. **Method:** This is a cross-sectional observational study conducted with women with CC under treatment at a referral hospital in Rio de Janeiro. The ICF Checklist and a specific Quality of Life Assessment Tool (FACT - Cx, Cervix Cancer) were applied. **Results:** A total of 116 women were included in the study. Most of them were diagnosed at stage IB, and more than half of them received chemotherapy combined with radiotherapy. The highest

¹Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Programa de Carcinogênese Molecular, Instituto Nacional de Câncer (INCA) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza (CE), Brasil.

⁴Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Trabalho realizado no Hospital do Câncer II - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Luciana Castaneda - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ), Rua Professor Carlos Wenceslau, 343 - Realengo - CEP: 21715-000 - Rio de Janeiro (RJ), Brasil - Email: lucianacastaneda@yahoo.com.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.



prevalence of disability was found for deficiency of reproductive system structures (96.6%), followed by problems with energy and impulse functions (70.3%), emotional functions (70.7%) and limitation for load and transport objects (67.2%). The domain of emotional well-being was the most compromised in the analysis by FACT-Cx. **Conclusion:** The prevalence of disability in women with CC was high for all ICF components, reflecting the impact of both the disease and its treatment on functionality. The biopsychosocial approach should be incorporated into cancer care planning routines for women with cervical cancer.

Keywords: uterine cervical neoplasms; International Classification of Functioning, Disability and Health; quality of life; cross-sectional studies.

INTRODUÇÃO

Embora o câncer do colo do útero se apresente como uma doença altamente evitável, o mesmo continua sendo um importante problema de saúde pública¹, e é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres em todo o mundo². Sua incidência é consideravelmente mais alta em países de baixa e média renda, especialmente nos países de baixa renda, que ocupam o primeiro lugar na classificação de todos os cânceres femininos, mas apenas o sexto em países desenvolvidos³. Mais de 85% da carga global e 88% da mortalidade global devido ao câncer do colo do útero ocorre nos países de baixa e média renda; de fato, o segundo câncer mais comum entre as mulheres⁴. Embora a incidência de câncer do colo do útero esteja em declínio em todo o mundo, as altas taxas persistem em muitas áreas da África, América Latina e sul da Ásia⁵⁻⁷.

O impacto do tratamento do câncer do colo do útero pode acarretar prejuízos na funcionalidade. Podem ocorrer efeitos colaterais como: fadiga; diarreia; náusea; incontinência urinária; linfedema; estenose vaginal; falta de lubrificação vaginal; dispareunia; distúrbios do sono; estresse e depressão⁸. Prejuízos relacionados às mudanças nas funções reprodutivas e hormonais podem também afetar a identidade da mulher⁹. Considerando que o câncer não é mais uma doença de “curta duração”, a mortalidade tem diminuído consistentemente como resultado do sucesso do tratamento. A sobrevida relacionada ao câncer apresenta como consequência negativa, na maioria das vezes, sequelas significativas, tanto pela própria doença quanto pelo tratamento. A extensão das sequelas relacionadas ao câncer revela a necessidade de mensuração dos fenômenos relacionados à funcionalidade/incapacidade. Entretanto, o crescimento das medidas de avaliação funcional tem sido criticado pela falta de uniformidade do termo e das medidas de mensuração¹⁰.

Desde 2001, é possível identificar e medir os conceitos utilizados em diferentes medidas de resultados das avaliações da incapacidade. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), fornece uma linguagem comum da funcionalidade e da incapacidade através de uma perspectiva multidimensional¹¹. Essa abordagem não se relaciona somente às informações sobre os estados físico e psicológico de saúde, mas também com a situação de vida do indivíduo e do seu papel na sociedade, que pode ser influenciado por fatores externos como o ambiente físico e atitudes; bem como por comportamentos determinados

pela sociedade e pelas políticas sociais¹². A classificação se constitui como uma ferramenta com capacidade de integrar a informação nas equipes multiprofissionais. A utilização de categorias da CIF para a elaboração de perfis da funcionalidade dos usuários que fazem parte dos serviços de saúde pode ser considerada para facilitar a descrição e classificação de aspectos que não são cobertos pelos indicadores tradicionais¹³.

Apesar do grande valor da CIF no campo da pesquisa em oncologia aplicada ao câncer do colo do útero, o uso dessa classificação nesse contexto ainda é pouco explorado. Apenas um estudo sobre o tema foi identificado na literatura¹⁴. Portanto, o objetivo geral deste estudo foi verificar a prevalência da incapacidade em uma amostra de mulheres com câncer do colo do útero utilizando a CIF como ferramenta de referência. Os dois objetivos específicos foram: analisar a incapacidade pelos componentes específicos da CIF e analisar a qualidade de vida das mulheres incluídas no estudo pelo FACT-Cx.

MÉTODO

Este é um estudo transversal em que foram inseridas as mulheres segundo o seguinte critério de inclusão: diagnóstico de CCU em acompanhamento no ambulatório de ginecologia do Hospital do Câncer III do Instituto Nacional de Câncer (HCII/INCA), no ano de 2015. Foram excluídas desse estudo as mulheres com intenção de tratamento paliativo (Estádio IV A e B), que apresentaram dificuldades de comunicação e/ou dificuldade cognitiva, em tratamento de outros tipos de câncer, e por fim, mulheres com doença em atividade e em curso de quimioterapia e/ou radioterapia.

No presente estudo, o conceito de incapacidade é o mesmo apresentado pela CIF, isto é, “[...] um termo que abrange deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação”¹⁵ (p. 15).

Para o recrutamento das participantes foi utilizada a seguinte estratégia: usuárias que compareceram ao ambulatório de ginecologia para consulta de seguimento foram avaliadas quanto aos critérios de elegibilidade. As elegíveis foram esclarecidas quanto aos objetivos e a não obrigatoriedade da participação (consentimento informado). Mediante aceitação, as pacientes foram entrevistadas. A entrevista teve duração de aproximadamente 45 minutos. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, sob o número 3463.8414.6.0000.5274.

O instrumento de coleta de dados foi composto por questões sociodemográficas, informações clínicas, *checklist* da CIF e o questionário de qualidade de vida *Functional Assessment of Cancer Therapy* (FACT-Cx). O *checklist* da CIF¹⁶ consiste na seleção de 125 categorias de segundo nível contidas nas 362 categorias presentes na versão completa da classificação. O instrumento apresenta 29 categorias de funções do corpo, 16 de estruturas do corpo, 48 de atividade e participação, e por fim 31 de fatores ambientais. Os qualificadores utilizados no *checklist* seguem a seguinte distribuição: 0 = sem problema (nenhum, ausente, insignificante); 1 = problema leve (baixo); 2 = problema moderado (médio); 3 = problema grave (extremo); e 4 = problema completo (total). O FACT-Cx avalia a funcionalidade e a condição da mulher com câncer de colo de útero, apresentando como referência temporal os últimos sete dias. O FACT-Cx consta de 42 itens distribuídos da seguinte maneira: 27 itens relacionados ao módulo geral divididos nos domínios de bem-estar físico, social/familiar, funcional e bem-estar emocional; os demais 15 itens se referem aos domínios relacionados aos sintomas específicos da área ginecológica, intestinal, urinária, alterações vaginais, preocupação com o tratamento, alimentação, sexualidade e autoimagem. O questionário é pontuado em uma escala de zero (nem um pouco) a quatro (muitíssimo). Alguns itens são construídos com frases negativas e nesse caso, a pontuação deve ser invertida. O escore varia de 0 a 168, e quanto mais elevada a pontuação, melhor a qualidade de vida relacionada à saúde¹⁷.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 116 mulheres, e a maior parte delas foi diagnosticada no estágio IB. Cerca de 58% das participantes receberam como tratamento a quimioterapia conjugada com radioterapia. Em relação à escolaridade, cerca de 40% das mulheres possuíam apenas o ensino fundamental incompleto, e quase metade delas eram casadas ou tinham um companheiro. Aproximadamente 64% delas não estavam trabalhando no momento da entrevista. Mais de 90% relataram não ser tabagista e 16% afirmaram ter ingerido bebida alcoólica na última semana. A Tabela 1 apresenta os valores absolutos e percentuais dos dados clínicos e sociodemográficos das pacientes.

A média de idade foi de 52,51 com desvio padrão (dp) de 12,16 anos conforme apresentado na Tabela 2 e com relação à média da idade da primeira relação sexual, a mesma foi de 18,43 (dp: 3,3), e a mediana do número de filhos foi três (3). O IMC médio foi de 27,13 (dp: 5,97). A avaliação dos domínios de qualidade de vida pelo FACT-Cx teve média geral de 114,6 (dp: 23,8), e para os domínios do bem-estar físico a média foi de 19,34 (dp: 5,6), para o bem-estar social/familiar 18,21 (dp: 5,7), para o bem-estar emocional 16,75 (dp: 4,6), com relação ao bem-estar funcional 17,63 (dp: 6,2), e para a subescala de questões específicas relacionadas ao colo de útero a média foi de 42,82 (dp: 9,7).

A prevalência de incapacidade foi analisada separadamente por cada componente da CIF. Para o componente de funções do corpo, a maior prevalência de deficiência foi para as categorias de Funções da Energia e do Impulso (70,6%) e Funções Emocionais (70,6%). No componente de Estruturas do Corpo, a prevalência de deficiência das estruturas do

Tabela 1. Dados clínicos e sociodemográficos da amostra de mulheres com câncer de colo de útero (n=116), Rio de Janeiro, Brasil, 2015

Variáveis	n	%
<i>Estadiamento (FIGO)</i>		
IA	12	10,34
IB	37	31,9
IIA	17	14,66
IIB	19	16,38
IIIA	13	11,21
IIIB	18	15,52
<i>Tratamento</i>		
Radioterapia + quimioterapia	67	57,76
Histerectomia	49	42,24
<i>Escolaridade</i>		
Fundamental incompleto	47	40,52
Fundamental completo	26	22,41
Ensino médio incompleto	12	10,34
Ensino médio completo	19	16,38
Superior incompleto	2	1,72
Superior completo	9	7,76
Pós-graduação	1	0,86
<i>Estado Civil</i>		
Casada ou união estável	55	47,41
Divorciada/separada	19	16,38
Viúva	21	18,1
Solteira	21	18,1
<i>Raça</i>		
Branca	43	37,07
Negra	24	20,69
Parda/morena	46	39,66
Oriental	3	2,59
<i>Situação laboral</i>		
Com trabalho	42	36,21
Sem trabalho	74	63,79
<i>Tabagismo</i>		
Sim	11	9,48
Não	105	90,52
<i>Ingestão de bebida alcoólica nos últimos sete dias</i>		
Sim	20	17,24
Não	96	82,76

n = tamanho da amostra; IA = Histerectomia simples ou radical e linfadenectomia pélvica bilateral; IB = Histerectomia radical e linfadenectomia pélvica bilateral ou radioterapia; IIA = Radioquimioterapia ou histerectomia radical e linfadenectomia pélvica bilateral mais radioterapia ou quimioterapia adjuvante; IIB = Radioquimioterapia ou histerectomia radical e linfadenectomia pélvica bilateral mais radioterapia ou quimioterapia adjuvante; IIIA = Quimioterapia ou radioterapia; IIIB = Quimioterapia ou radioterapia

Sistema Reprodutivo foi de 96,6%. A limitação para a atividade que apresentou maior prevalência foi a tarefa de Levantar e Carregar objetos (67,2%). Os fatores ambientais não foram analisados na lógica da incapacidade, e por isso objetivou-se captar a facilitação de cada categoria na condição de saúde das mulheres estudadas na amostra. As categorias

de Serviços, Sistemas e Políticas de Saúde (97,4%) e Apoio da Família Imediata (93,5%) foram as mais frequentes. A análise descritiva da prevalência da incapacidade, de acordo com os componentes da CIF de deficiência, limitação à atividade, restrição à participação e facilitação da condição de saúde, está disposta na Tabela 3.

Tabela 2. Análise descritiva das variáveis quantitativas e do Functional Assessment of Cancer Therapy. – Cervix Cancer (FACT-Cx). Amostra de mulheres com câncer de colo de útero (n=116), Rio de Janeiro, Brasil, 2015

Variáveis clínicas e sociodemográficas	Média (Desvio-padrão)
Idade	52,51 (12,16)
Idade da 1ª menstruação	13,22 (1,91)
Idade da 1ª relação sexual	18,43 (3,30)
Número de filhos	2,97 (2,21)
IMC	27,13 (5,97)
FACT-Cx (variação possível)	Média (Desvio-padrão)
Bem estar físico (0-28)	19,3 (5,6)
Bem estar social/familiar (0-28)	18,2 (5,7)
Bem estar emocional (0-24)	16,7 (4,6)
Bem estar funcional (0-28)	17,63 (6,2)
Sub escala colo de útero (0-60)	42,8 (9,7)
FACT-Cx escore total (0-168)	114,6 (23,8)

FACT-Cx- *Functional Assessment of Cancer Therapy* - Cervical Cancer; IMC = Índice de Massa Corpórea

Tabela 3. Prevalência de incapacidade e facilitadores da condição de saúde avaliadas pela CIF em mulheres com câncer de colo de útero (n=116) e relação com componentes da escala Functional Assessment of Cancer Therapy. – Cervix Cancer (FACT-Cx). Rio de Janeiro, Brasil, 2015

Categoria da CIF	Descrição da categoria	n	% (IC95%)	Média da pontuação no FACT-CX referente a (s) categoria (s) afirmativa (s) (0-4)	Descrição da afirmação do Fact - Cx
<i>Prevalência de deficiência nas funções do corpo (26,3%) (23,7-32,8)</i>					
b130	Funções da energia e dos impulsos	82	70,7 (65,5-73,8)	1,5	Estou sem energia
b134	Funções do sono	65	56 (50,8-61,6)	1,69	Durmo bem
b152	Funções emocionais	82	70,7 (66,7-75,9)	2,8	Sinto-me triste, Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença, Sinto-me nervoso, Estou preocupado/a com a idéia de morrer, Estou preocupado/a que o meu estado venha a piorar
b280	Sensação de dor	65	56 (51,8-60,6)	2,25	Tenho dores
b515	Funções digestivas	52	44,8 (40,1-49,5)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	
b525	Funções de defecação	48	41,4 (37,8-46,1)	1,75	Sinto-me incomodada pela prisão de ventre
b530	Funções de manutenção do peso	54	46,6 (40,2-50,3)	2,25	Posso comer os alimentos que gosto
b555	Funções das glândulas endócrinas	71	61,2 (57,8-65,4)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	
b620	Funções urinárias	45	38,8 (34,5-42,9)	1,35	Tenho dificuldade em controlar a urina, Sinto ardor quando urino, Sinto um incômodo quando urino

Foram incluídas na tabela as categorias com prevalência de pelo menos 10%, a variação da pontuação do Fact-Cx por categoria afirmativa é de 0 a 4, onde 0 é nem um pouco e 4 é muitíssimo. n = tamanho da amostra; IC95 = intervalo de confiança a 95%

Tabela 3. Continuação...

Categoria da CIF	Descrição da categoria	n	% (IC95%)	Média da pontuação no FACT-CX referente a (s) categoria (s) afirmativa (s) (0-4)	Descrição da afirmação do Fact - Cx
b640	Funções sexuais	66	56,9 (51,8-60,3)	1,2	Sinto-me sexualmente atraente, Tenho interesse em sexo
<i>Prevalência de deficiência nas estruturas do corpo (10,6%) (7,6-13,8)</i>					
s610	Estrutura do aparelho urinário	37	31,9 (26,4-35,9)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
s630	Estrutura do aparelho reprodutivo	112	96,6 (91,8-99,2)	1,93	Sinto a vagina estreita ou curta demais
s740	Estrutura da região pélvica	66	56,9 (51,4-60,3)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
s750	Estrutura do membro inferior	39	33,6 (29,4-37,8)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
<i>Prevalência de limitação as atividades e restrições a participação (27,4%) (23,6-31,5)</i>					
d430	Levantar e transportar objetos	78	67,2 (61,5-71,8)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
d450	Andar	52	44,8 (40,1-48,7)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
d470	Utilização de transporte	43	37,1 (32,6-41,8)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
d570	Cuidar da própria saúde	54	46,6 (41,3-50,3)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
d620	Aquisição de bens e serviços	45	38,8 (34,1-42,7)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
d630	Preparar refeições	43	37,1 (33,3-40,5)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
d640	Realizar de tarefas domésticas	63	54,3 (50,2-58,9)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
d660	Ajudar os outros	54	46,6 (41,5-51,3)	1,81	Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família
d770	Relacionamentos íntimos	62	53,4 (49,3-58,0)	2,31	Sinto-me próximo/a do/a meu/ minha parceiro/a
d850	Trabalho remunerado	41	35,3 (31,3-39,4)	2,12	Sou capaz de trabalhar, Sinto-me realizado/a com o meu trabalho
d870	Autossuficiência económica	65	56 (51,4-60,6)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
d920	Recreação e lazer	56	48,3 (44,5-52,1)	2,75	Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir

Fatores ambientais -facilitadores da condição de saúde (35,5%) (32,5-49,1)

Foram incluídas na tabela as categorias com prevalência de pelo menos 10%, a variação da pontuação do Fact-Cx por categoria afirmativa é de 0 a 4, onde 0 é nem um pouco e 4 é muitíssimo. n = tamanho da amostra; IC95 = intervalo de confiança a 95%

Tabela 3. Continuação...

Categoria da CIF	Descrição da categoria	n	% (IC95%)	Média da pontuação no FACT-CX referente a (s) categoria (s) afirmativa (s) (0-4)	Descrição da afirmação do Fact - Cx
e310	Família imediata	108	93,1 (89,5-98,3)	2,73	Recebo apoio emocional da minha família, A minha família aceita a minha doença, Estou satisfeito/a com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença
e320	Amigos	77	66,4 (62,5-69,4)	2,56	Recebo apoio dos meus amigos
e325	Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	51	44 (40,2-48,6)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
e355	Profissionais de saúde	104	89,7 (84,3-93,4)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
e360	Outros profissionais de saúde	100	86,2 (82,0-90,4)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
e410	Atitudes individuais de membros da família imediata	70	60,3 (56,7-63,9)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
e420	Atitudes individuais de amigos	42	36,2 (32,5-40,8)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
e450	Atitudes individuais de profissionais de saúde	61	52,6 (48,1-57,0)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
e455	Atitudes individuais de outros profissionais	62	53,4 (49,3-57,8)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
e570	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a previdência social	60	51,7 (47,6-55,2)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----
e580	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde	113	97,4 (95,4-99,4)	Não possui equivalência com as afirmações do instrumento	-----

Foram incluídas na tabela as categorias com prevalência de pelo menos 10%, a variação da pontuação do Fact-Cx por categoria afirmativa é de 0 a 4, onde 0 é nem um pouco e 4 é muitíssimo. n = tamanho da amostra; IC95 = intervalo de confiança a 95%

DISCUSSÃO

O presente estudo teve o objetivo de verificar a prevalência de incapacidade em mulheres com CCU utilizando um instrumento fundamentado na CIF, o *checklist*. Este estudo foi o primeiro a utilizar instrumentos com base na CIF para mensuração da prevalência de incapacidade em mulheres com câncer do colo do útero no Brasil.

Cabe destacar que anteriormente os cuidados em oncologia tinham como base os cuidados de suporte e medidas paliativas; atualmente, os programas de reabilitação envolvem equipes multidisciplinares com o intuito de prevenir agravos à saúde, restaurar a integridade, bem como viabilizar meios para a

adaptação dos usuários ao ambiente de maneira a favorecer a participação social¹⁸. No cenário atual, a avaliação da eficácia dos tratamentos ocorre por meio de medidas qualitativas e quantitativas. A expansão das intervenções oferecidas aos pacientes com câncer, durante todas as fases de tratamento e do seu acompanhamento, deve ser realizada com a aplicação adequada de medidas de resultados terapêuticos (desfechos)¹⁹. Recomenda-se a inserção e aplicação da CIF para o campo da pesquisa e da prática relacionada ao cuidado em oncologia pelo fato dessa classificação permitir a utilização de uma linguagem comum e de um modelo biopsicossocial. Ao contrário de outros modelos de saúde em oncologia, essa classificação

promove e facilita a colaboração interdisciplinar, por meio de sua terminologia comum para a classificação de saúde e de seus estados relacionados, determinantes e resultados²⁰.

Em um estudo realizado com pacientes em seguimento do tratamento do CCU, Osann et al.²¹ demonstraram que, em comparação com a população de mulheres americanas em geral, pacientes com câncer do colo do útero relataram menor qualidade de vida e níveis significativamente mais altos de depressão e ansiedade. Problemas ginecológicos persistentes, baixo apoio social, depressão, comorbidades, problemas do sono e baixa escolaridade foram associados com a qualidade de vida. Em um estudo de revisão sobre qualidade de vida e suporte social, Pfaendler et al.²² relataram que pacientes submetidas à radioterapia como parte de seu tratamento têm maior risco de aumento das disfunções de longo prazo da bexiga e do intestino, bem como da disfunção sexual e consequências psicossociais. Xie et al.²³ apontaram que no contexto do câncer do colo do útero, a qualidade de vida e a funcionalidade não se referiam apenas à sobrevida das pacientes; mas também salientaram sobre as funções social e mental, a ênfase nos sentimentos subjetivos e a capacidade funcional como fatores prognósticos importantes. Os mesmos autores, ao analisarem a qualidade de vida em pacientes com diferentes estadiamentos da doença, reforçaram que para aquelas pacientes em estadiamentos iniciais, deveria haver ênfase na realização de atividades físicas e no retorno ao trabalho. Para as pacientes em estadiamento mais avançado, participar das atividades da comunidade, além de suporte familiar e emocional são participações sociais relevantes.

É interessante ressaltar que, embora o comprometimento da qualidade de vida e funcionalidade entre mulheres com CCU seja algo demonstrado neste estudo e também na literatura, esses não são componentes pertencentes aos objetivos gerais ou específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)²⁴. Portanto, seria de interesse da população se políticas específicas como a PNAISM contemplassem claramente a qualidade de vida e a funcionalidade, considerando sua relação com o quadro de saúde das pessoas²⁵. Na esfera individual, estratégias de abordagem clínica da condição de saúde poderiam ser planejadas, objetivando a melhora ou manutenção da qualidade de vida e funcionalidade das pacientes. Por exemplo, poderiam ser aplicadas intervenções em casos de pacientes com câncer, tais como: dança²⁶; terapia manual²⁷; exercícios aeróbicos²⁸; resistidos ou supervisionados²⁹; programa de exercícios na comunidade³⁰; programas de reabilitação (fisioterapia, educação em saúde e atendimento médico)³¹; programas de autocuidado em saúde³²; mudanças no estilo de vida³³; terapias alternativas como *Qiqong*³⁴; entre outras. Dessa forma, percebe-se que as opções para tratamento individual são amplas e a adequada seleção e planejamento do tratamento poderá trazer benefícios individuais à qualidade de vida e à funcionalidade das pacientes.

Com relação à categoria de recreação e Lazer, torna-se pertinente relacionar um menor nível de atividades recreativas em mulheres que muitas vezes experimentam quadros associados de depressão como comorbidade. Em um estudo que avaliou a qualidade de vida em pacientes com CCU, Pfaendler et al.²² encontraram que 25% das mulheres entrevistadas reportaram diminuição das atividades sociais e de lazer.

Paradoxalmente ao esperado, o fator ambiental com maior frequência de relato de facilitação foi de Serviços, Sistemas e Políticas de Saúde (e580), com uma frequência maior que 90%. Em uma análise sobre o panorama das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, Stormo et al.³⁵ relataram que a sobrevida em cinco anos para pacientes com câncer de mama, de próstata e de pulmão em duas cidades brasileiras foram inferiores àquelas de países de alta renda; sugerindo assim, dificuldades ou desigualdades de acesso aos procedimentos de diagnóstico e tratamento no Brasil.

A CIF reforça um debate relevante no cenário da saúde pública e das ciências da reabilitação sobre a necessidade de mensuração da incapacidade. A ampla atividade acadêmica sobre a utilização da classificação não foi acompanhada pela sua efetiva implementação nos ambientes clínicos, seja pela persistência no enfoque biomédico da abordagem do processo saúde-doença, seja pela dificuldade de operacionalização e de suas propriedades psicométricas³⁶. As dificuldades apontadas pelos pesquisadores e pelos profissionais não se referem somente às características psicométricas da classificação, mas também ao fenômeno que a CIF se propõe a avaliar ser de difícil mensuração²⁸.

A mensuração da prevalência de incapacidade utilizando a CIF como referência contempla as diferentes dimensões que podem estar afetadas nas mulheres com câncer do colo do útero, servindo não só como ponto de partida para a concepção de planos de tratamento adequados à realidade individual de cada mulher, como também colaborando para a geração de informações que podem ser utilizadas pelos sistemas de informação em saúde sobre câncer no Brasil. Tais informações podem ser utilizadas para fins de comparação, tanto regionais quanto internacionais, considerando a linguagem universal proposta pela CIF.

Esse estudo apresentou como principais limitações o fato da amostra ser restrita a um grupo em atendimento presente em um serviço de saúde específico e também à ausência de cálculo amostral. Por isso, estudos com participantes em atendimento em diferentes serviços de saúde e com processos amostrais detalhados devem ser realizados para confirmação dos resultados encontrados. Entretanto, cabe ressaltar que esse estudo apresentou como principal diferencial o uso da CIF, algo que não se encontra na literatura atual.

A maior prevalência de incapacidade para as mulheres com câncer do colo do útero incluídas no estudo foi encontrada para a categoria das Estruturas do Sistema Reprodutivo (96,6%), seguido de problemas nas Funções da Energia e do Impulso (70,3%), Funções Emocionais (70,7%) e limitação para Carregar e Transportar Objetos (67,2%). Em relação à qualidade de vida, parece haver uma deterioração especialmente com base nas manifestações específicas do

CCU, como temores em relação à vida sexual e problemas relacionados à função urinária.

Com referência aos prejuízos à funcionalidade em mulheres com câncer do colo do útero, medidas guiadas para as reais necessidades podem ser orientadas pelo modelo biopsicossocial proposto pela OMS. A adoção do modelo da CIF na prática dos serviços de cuidado oncológico é um caminho para a construção de planos terapêuticos individualizados e para o fortalecimento de sistemas de informação sobre a funcionalidade.

REFERÊNCIAS

- Campbell C, Curado M, Harlow S, Soliman A. Variation of cervical cancer incidence in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(6):492-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000600007>. PMID:22858816.
- Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010;127(12):2893-917. <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.25516>. PMID:21351269.
- Fonseca AJ, Ferreira LP, Dalla-Benetta AC, Roldan CN, Ferreira MLS. Epidemiology and economic impact of cervical cancer in Roraima, a Northern state of Brazil: the public health system perspective. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(8):386-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010000800005>. PMID:21180875.
- Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(2):69-90. <http://dx.doi.org/10.3322/caac.20107>. PMID:21296855.
- Sankaranarayanan R, Ferlay J. Worldwide burden of gynaecological cancer: the size of the problem. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006;20(2):207-25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2005.10.007>. PMID:16359925.
- Wilson CM, Tobin S, Young RC. The exploding worldwide cancer burden: the impact of cancer on women. *Int J Gynecol Cancer*. 2004;14(1):1-11. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1048-891x.2004.14178.x>. PMID:14764024.
- Forouzanfar MH, Foreman K, Delossantos AM, Lozano R, Lopez AD, Murray C, et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet*. 2011;378(9801):1461-84. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61351-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61351-2). PMID:21924486.
- Bae H, Park H. Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer. *Support Care Cancer*. 2016;24(3):1277-83. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-015-2918-z>. PMID:26306521.
- Einstein MH, Rash J, Chappell R, Swietlik J, Hollenberg J, Connor JP. Quality of life in cervical cancer survivors: Patient and provider perspectives on common complications of cervical cancer and treatment. *Gynecol Oncol*. 2012;125(1):163-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.10.033>. PMID:22063460.
- Gilchrist LS, Galantino M, Wampler M, Marchese G, Morris GS, Ness KK. A framework for assessment oncology rehabilitation. *Phys Ther*. 2009;89(3):286-306. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20070309>. PMID:19147708.
- World Health Organization. The International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.
- Stucki G. International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): a promising framework and classification for rehabilitation medicine. *Am J Phys Med Rehabil*. 2005;84(10):733-40. <http://dx.doi.org/10.1097/01.phm.0000179521.70639.83>. PMID:16205428.
- Stucki G, Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017;53(1):134-8. PMID:28118696.
- Castaneda L, Bergmann A, Castro S, Koifman R. Functioning in women with cervical cancer in Brazil: the perspective of experts. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018;40(5):260-5. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1646921>. PMID:29742760.
- Organização Pan Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade [Internet]. Brasília: OPAS/OMS; 2004. 238 p. [citado em 2018 Jan 10]. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_2004.pdf
- Ewert T, Fuessl M, Cieza A, Andersen A, Chatterji S, Kostanjsek N, et al. Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. *J Rehabil Med*. 2004;36(44 Suppl 44):22-9. <http://dx.doi.org/10.1080/16501960410015362>. PMID:15370744.
- Fernandes W, Kimura M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(3):8-15.
- Greenwald HP, McCorkle R. Sexuality and sexual function in long-term survivors of cervical cancer. *J Womens Health*. 2008;17(6):955-63. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2007.0613>. PMID:18681816.
- Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersen MA, Machin D. Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2003 Jul;56(4):937-49. [http://dx.doi.org/10.1016/S0360-3016\(03\)00362-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0360-3016(03)00362-6). PMID:12829128.
- Brockow T, Duddeck K, Geyh S, Schwarzkopf S, Weigl M, Franke T, et al. Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on breast cancer using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference. *J Rehabil Med*. 2004;36(44 Suppl):43-8. <http://dx.doi.org/10.1080/16501960410015434>. PMID:15370747.
- Osann K, Hsieh S, Nelson EL, Monk BJ, Chase D, Cella D, et al. Factors associated with poor quality of life among cervical cancer survivors: implications for clinical care and clinical trials. *Gynecol Oncol*. 2014;135(2):266-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.08.036>. PMID:25192629.
- Pfaendler KS, Wenzel L, Mechanic MB, Penner KR. Cervical cancer survivorship: long-term quality of life and social support. *Clin Ther*. 2015;37(1):39-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2014.11.013>.
- Xie Y, Zhao FH, Lu SH, Huang H, Pan XF, Yang CX, et al. Assessment of quality of life for the patients with cervical cancer at different clinical stages. *Chin J Cancer*. 2013;32(5):275-82. <http://dx.doi.org/10.5732/cjc.012.10047>. PMID:22692072.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
25. Noronha DD, Martins AMEBL, Dias DS, Silveira MF, Paula AMBD, Haikal DSA. Factors in adult health-related quality of life: a population-based study. *Cien Saude Colet*. 2016;21(2):463-74. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.01102015>. PMID:26910154.
26. Frison FS, Shimo A, Gabriel M. Dança circular e qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: um estudo piloto. *Saúde Debate*. 2014;38(101):277-84. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140025>.
27. Ferraz BB, Martins M, Foss M. Impacto da terapia manual visceral na melhora da qualidade de vida de pacientes com dor abdominal crônica. *Rev Dor*. 2013;14(2):124-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000200010>.
28. Shobeiri F, Masoumi SZ, Nikravesh A, Heidari Moghadam R, Karami M. The impact of aerobic exercise on quality of life in women with breast cancer: a randomized controlled trial. *J Res Health Sci*. 2016;16(3):127-32. PMID:27840340.
29. Segal R, Evans W, Johnson D, Smith J, Colletta S, Gayton J, et al. Structured exercise improves physical functioning in women with stages I and II breast cancer: results of a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2001;19(3):657-65. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2001.19.3.657>. PMID:11157015.
30. Norris MK, Bell GJ, North S, Courneya KS. Effects of resistance training frequency on physical functioning and quality of life in prostate cancer survivors: a pilot randomized controlled trial. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2015;18(3):281-7. <http://dx.doi.org/10.1038/pcan.2015.28>. PMID:26078203.
31. Poorkiani M, Abbaszadeh A, Hazrati M, Jafari P, Sadeghi M, Mohammadianpanah M. The effect of rehabilitation on quality of life in female breast cancer survivors in Iran. *Indian J Med Paediatr Oncol*. 2010;31(4):105-9. <http://dx.doi.org/10.4103/0971-5851.76190>. PMID:21584214.
32. Shahsavari H, Matory P, Zare Z, Taleghani F, Kaji MA. Effect of self-care education on the quality of life in patients with breast cancer. *J Educ Health Promot*. 2015;4:70. PMID:27462612.
33. Smits A, Lopes A, Das N, Bekkers R, Massuger L, Galaal K. The effect of lifestyle interventions on the quality of life of gynaecological cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol*. 2015;139(3):546-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2015.10.002>. PMID:26441008.
34. Oh B, Butow PN, Mullan BA, Clarke SJ, Beale PJ, Pavlakis N, et al. Effect of medical Qigong on cognitive function, quality of life, and a biomarker of inflammation in cancer patients: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2012;20(6):1235-42. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-011-1209-6>. PMID:21688163.
35. Stormo AR, Moura L, Saraiya M. Cervical cancer-related knowledge, attitudes, and practices of health professionals working in Brazil's network of primary care units. *Oncologist*. 2014;19(4):375-82. <http://dx.doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0318>. PMID:24668334.
36. Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, Raggi A, Cieza A, Bickenbach JE, et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disabil Rehabil*. 2011;33(4):281-309. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2010.529235>. PMID:21073361.

Recebido em: Jan. 10, 2018

Aprovado em: Jan. 03, 2019