

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Camila Soares Lima Corrêa

**QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES SUBMETIDAS AO
TRATAMENTO PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO**

JUIZ DE FORA

2014

Camila Soares Lima Corrêa

**QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES SUBMETIDAS AO
TRATAMENTO PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Co-orientador: Prof. Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra

Juiz de Fora

2014

Corrêa, Camila Soares Lima.

QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES SUBMETIDAS
AO TRATAMENTO PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO / Camila Soares
Lima Corrêa. -- 2014.

188 f.

Orientador: Isabel Cristina Gonçalves Leite

Coorientador: Maximiliano Ribeiro Guerra

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de
Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva, 2014.

1. Neoplasias do colo do útero. 2. Sobreviventes. 3.
Qualidade de vida. 4. Disfunções sexuais psicogênicas. I.
Leite, Isabel Cristina Gonçalves, orient. II. Guerra,
Maximiliano Ribeiro, coorient. III. Título.

CAMILA SOARES LIMA CORRÊA

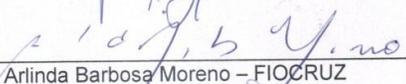
**“Qualidade de Vida e Função Sexual de Mulheres Submetidas
ao Tratamento para o Câncer do Colo do Útero.”**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte
dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

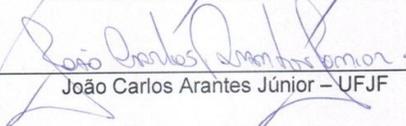
Aprovado em 19/02/2014



Isabel Cristina Gonçalves Leite – UFJF



Arlinda Barbosa Moreno – FIOCRUZ



João Carlos Arantes Júnior – UFJF

*Dedico este trabalho às
mulheres guerreiras e vitoriosas que
encararam os desafios da vida e
enfrentaram o câncer.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, por estar sempre comigo me guiando e por iluminar o meu caminho, permitindo a realização deste grande sonho!

Aos meus pais, Sérgio e Penha, pelo amor incondicional, pelos incentivos e esforços para que eu seguisse a carreira acadêmica e pelo grande apoio nesta caminhada! A minha irmã, Carina, pela amizade, carinho e incentivo! E ao meu namorado, Rodrigo, pelo amor, companheirismo, paciência, compreensão e pela força em todos os momentos. Amo muito vocês!

Aos meus queridos orientadores, Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite e Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra, por acreditarem em mim, pela amizade, carinho, competência, imensa dedicação, pelos valiosos ensinamentos, por estarem ao meu lado em todos os momentos, me incentivando sempre e por não me deixarem desistir diante das dificuldades! Este estudo é nosso! Minha gratidão e admiração por vocês serão eternas!

À professora e grande amiga, Danielle Teles, pelo exemplo, apoio e incentivo de sempre! Você é minha inspiração como profissional e como docente! Obrigada por tudo!

À amiga Adriana Ferreira, pela oportunidade de participar do seu projeto, proporcionando meu primeiro contato direto com a pesquisa científica e pelo grande incentivo no processo seletivo do mestrado.

À fisioterapeuta Daniella Paiva por despertar em mim o interesse pelo tema desta pesquisa.

À colega do mestrado, Roberta Wolp Diniz, pelo grande apoio na realização do trabalho no Instituto Oncológico.

À Dra. Jane Cintra, sempre tão disposta a ajudar, disponibilizando sua sala no hospital para a realização das entrevistas.

À Dra. Adriana de Souza Sergio Ferreira, pelo incentivo, ajuda e dedicação no recrutamento das pacientes. Sem você, a realização desse trabalho não teria sido possível. Muito obrigada!

Aos funcionários do arquivo do Instituto Oncológico, especialmente, Elton e Renata, que sempre se mostraram muito dispostos e colaborativos na busca dos prontuários.

Às acadêmicas de iniciação científica, Natália, Anna Paula e Sthéfanie, pela dedicação, competência e grande contribuição na coleta dos dados.

À Kristiane Duque por autorizar a coleta do grupo controle na UAPS do Bairro Parque Guarani e às residentes de enfermagem da unidade, Angélica, Nádia e Quéren pela acolhida atenciosa e ajuda.

À professora Simone Meira Carvalho que “abraçou esta causa” comigo e disponibilizou um projeto de extensão, sob sua responsabilidade, para atendimento fisioterapêutico destas mulheres sobreviventes ao câncer do colo do útero. Muito obrigada pela atenção, carinho e dedicação!

Às acadêmicas do curso de Fisioterapia, Nayara e Lidiane, que aceitaram o desafio e atuam no projeto de extensão de atendimento fisioterapêutico às sobreviventes ao câncer cervical...obrigada pelo grande empenho e dedicação!

Aos professores componentes da banca examinadora da qualificação e defesa, Dra. Arlinda Moreno e Dr. João Carlos Arantes Júnior pela disponibilidade e imensa contribuição.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela valorosa contribuição na minha formação acadêmica.

A todos os funcionários do NATES pelo carinho e atenção.

Às amigas, Narylle, Jô, Mari e Thaís, que foram um grande presente do mestrado e às companheiras nesta linha de pesquisa, Vívian e Priscila. Muito obrigada pela amizade, por dividirem as dúvidas, receios, ansiedade e dificuldades e por compartilharem comigo esta grande conquista! E a todos os outros colegas do

mestrado...obrigada pela convivência e ensinamentos, vocês são muito especiais para mim!

Às amigas Pollyana Teixeira, Dayana Oliveira e Marcelle Meneguelli por compreenderem minha ausência, me escutarem e por estarem sempre me apoiando e torcendo por mim!

A toda minha família, pelo amor, carinho e pelas orações. Amo vocês!

Finalmente, meus agradecimentos a todas as mulheres que participaram dessa pesquisa, pela confiança ao dividir comigo sua intimidade, angústias e dificuldades e por tanto contribuírem para a concretização deste estudo.

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes”.

Paulo Freire

RESUMO

A alta curabilidade do câncer do colo do útero (CCU), quando detectado precocemente associada aos recentes avanços científicos na terapêutica da doença têm contribuído para uma maior sobrevida das pacientes. Porém, seu tratamento pode levar a efeitos adversos tardios importantes, como disfunções sexuais, que comprometem de forma significativa a qualidade de vida (QV). Desta forma, torna-se essencial investigar a QV e a função sexual de sobreviventes ao CCU, visando verificar, de forma holística, as reais necessidades dessas pacientes e guiar as ações de equipes inter e multidisciplinares. E, com isso, oferecer um cuidado adequado, humanizado e que atenda a todas essas necessidades, pois não basta aumentar a sobrevida, é necessário ter qualidade nesta sobrevivência. Dentro deste contexto, o objetivo principal desta pesquisa foi avaliar a QV e a função sexual de mulheres submetidas ao tratamento para o CCU e comparar com um grupo controle de mulheres sem história de câncer. Trata-se de estudo epidemiológico observacional, analítico, do tipo caso-controle com amostra total de 74 mulheres divididas em grupo câncer - GCa (mulheres submetidas a tratamento para o CCU há, pelo menos três meses - n=37) e grupo controle de base populacional - GCo (mulheres sem história de câncer - n=37). Foram aplicados três questionários: um de caracterização geral da amostra; um questionário de avaliação da qualidade de vida, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-bref); e um instrumento de avaliação da função sexual (Índice de Função Sexual Feminina – FSFI). O grupo controle apresentou maior frequência de mulheres vivendo com companheiro (GCo=73%; GCa=51,4%; $p=0,05$) e de mulheres que consideravam o relacionamento com este como bom ou muito bom (GCo=93,1%; GCa=63,2%; $p=0,02$). As seguintes variáveis, que no GCa poderiam estar associadas a efeitos adversos do tratamento, foram diferentes entre os grupos ($p < 0,05$), sendo mais frequentes no GCa: menopausa (GCo=59,5%; GCa=100%; $p<0,01$); sangramento durante ou após a relação sexual (GCo=0; GCa=36,8%; $p<0,01$); aumento da frequência (GCo=0; GCa=37,8%; $p<0,01$), urgência (GCo=16,2%; GCa=37,8%; $p=0,03$), incontinência (GCo=10,8%; GCa=35,1%; $p=0,02$) e retenção urinárias (GCo=2,7%; GCa=21,6%; $p=0,02$); diarreia (GCo=0; GCa=43,2%; $p<0,01$), urgência (GCo=0; GCa=37,8%; $p<0,01$) e incontinência fecais (GCo=0; GCa=21,6%; $p<0,01$);

dor (GCo=0; GCa=21,6%; $p<0,01$) e muco anais (GCo=0; GCa=18,9%; $p=0,01$); enterorragia (GCo=0; GCa=24,3%; $p<0,01$) e linfedema em membros inferiores (GCo=0; GCa=35,1%; $p<0,01$). Além disto, o grupo câncer apresentou piores resultados quanto a variáveis relacionadas à função sexual: 64,9% relataram vagina estreita ou curta demais; a maioria não era sexualmente ativa (59,5%) e, das mulheres que tinham relação sexual, 80% apresentavam disfunção. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos nos domínios “Físico” e “Relações Sociais” do WHOQOL-bref, sendo que a média destes domínios foi superior no grupo controle. As médias do grupo câncer foram estatisticamente inferiores às do grupo controle em todos os domínios do FSFI e também no escore total do instrumento. Diante dos resultados encontrados, conclui-se que há impacto negativo do tratamento para o CCU na QV e função sexual das sobreviventes. A partir disto, pode-se contribuir para dar maior visibilidade a estes aspectos na prática clínica, buscando guiar as intervenções de forma a atender todas as necessidades destas pacientes, contribuindo para uma melhor qualidade de vida na sobrevivência.

Palavras-chave: Neoplasias do colo do útero; Sobreviventes; Qualidade de vida; Disfunções sexuais psicogênicas.

ABSTRACT

The high curability of cervical cancer (CC), when detected early, coupled with the latest scientific advances in the treatment of disease, has contributed to increased survival of patients. However, its treatment can lead to significant late adverse effects such as sexual dysfunctions that compromise significantly the quality of life (QoL). Thus, it becomes essential to investigate the QoL and sexual function of survivors at the CC in order to verify, holistically, the real needs of these patients and guide the actions of inter and multidisciplinary teams. And with that, provide a convenient and humanizing care that meets all these requirements, it is not enough to increase survival, it is necessary to have this quality survival. Within this context, the main objective of this research was to assess quality of life and sexual function in women submitted to treatment for cervical cancer, and compare with a control group of women without a history of cancer. It is, analytical, observational, epidemiological study of case-control sample with a total of 74 women divided into cancer group - CaG (women submitted to treatment for cancer of the cervix for at least three months - n = 37) and population-based control group - CoG (women without a history of cancer - n = 37). Three questionnaires were applied: a general characterization of the sample, a survey for evaluating the quality of life, developed by the World Health Organization (WHOQOL-BREF), and an instrument for assessment of sexual function (Female Sexual Function Index - FSFI). The control group had a higher frequency of women living with a partner (CoG = 73%; CaG = 51.4%, p = 0.05) and women who considered the relationship even as good or very good (CoG = 93.1%; CaG = 63.2%, p = 0.02). The following variables related to potential adverse effects of treatment were more frequent in the cancer group: menopause (CoG = 59.5%; CaG = 100%, p < 0.01), bleeding during or after intercourse (CoG = 0; CaG = 36.8%, p < 0.01) increase in the frequency (CoG = 0; CaG = 37.8%, p < 0.01), urgency (CoG = 16.2%; CaG = 37.8%, p = 0.03), incontinence (CoG = 10.8%; CaG = 35.1%, p = 0.02) and urinary retention (CoG = 2.7%; CaG = 21.6%, p = 0.02), diarrhea (CoG = 0; CaG = 43.2%, p < 0.01), urgency (CoG = 0; CaG = 37.8%, p < 0.01) and fecal incontinence (CoG = 0; CaG = 21.6%, p < 0.01), pain (CoG = 0; CaG = 21.6%, p < 0.01) and anal mucus (CoG = 0; CaG = 18.9% p = 0.01), rectal bleeding (CoG = 0; CaG = 24.3%, p < 0.01) and lower limb lymphedema (CoG = 0; CaG = 35.1%, p <

0.01). Moreover, the cancer group had worse results as related to sexual function variables: 64.9% reported narrow or too short vagina most were not sexually active (59.5%) and women who had sexual intercourse, 80 % dysfunctional. Statistically significant difference between groups in the fields "Physical" and "Social Relations" WHOQOL-BREF was found, while the average of these areas was higher in the control group. The averages of cancer group were statistically lower than the control group in all domains of FSFI, and total score of the instrument. Considering the results, it is concluded that there is negative impact of treatment for CC in QoL and sexual function of survivors. From this, one can contribute to giving greater visibility to these issues in clinical practice, seeking to guide interventions in order to attend all the needs of these patients, contributing to a better quality of life in survivors.

Keywords: Neoplasms of cervical; Survivors; Quality of life; Psychogenic sexual dysfunctions.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Recrutamento do grupo câncer.....	71
FIGURA 2	Recrutamento do grupo controle.....	72
QUADRO 1	Composição do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-bref)	76
QUADRO 2	Escores de avaliação do Índice de Função Sexual Feminina	78
QUADRO 3	Categorização das variáveis independentes após distribuição na análise descritiva.....	86

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Descrição das variáveis clínicas, terapêuticas e médicas das mulheres do grupo câncer. Juiz de Fora, MG, 2013.....	90
TABELA 2	Descrição das variáveis sociodemográficas e econômicas nos grupos estudados, Juiz de Fora, MG, 2013.....	92
TABELA 3	Descrição das variáveis relacionadas a relacionamento com o companheiro, suporte social, medo de recidiva e hábitos de vida. Juiz de Fora, MG, 2013.....	94
TABELA 4	Descrição das variáveis relacionadas à saúde, alterações/disfunções autorreferidas. Juiz de Fora, MG, 2013.....	97
TABELA 5	Descrição das variáveis relacionadas à função sexual. Juiz de Fora, MG, 2013.....	99
TABELA 6	Comparação entre os grupos quanto à qualidade de vida. Juiz de Fora, MG, 2013.....	101
TABELA 7	Comparação entre os grupos quanto à função sexual. Juiz de Fora, MG, 2013.....	102
TABELA 8	Fatores associados à qualidade de vida. Juiz de Fora, MG, 2013.....	104
TABELA 9	Fatores associados à função sexual. Juiz de Fora, MG, 2013.....	113

TABELA 10	Correlação entre os instrumentos WHOQOL-bref e FSFI. Juiz de Fora, MG, 2013.....	118
TABELA 11	Regressão linear multivariada (modelo final): influência das variáveis relacionadas a possíveis efeitos adversos tardios do tratamento sobre a função sexual (FSFI total). Juiz de Fora, MG, 2013.....	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AIS	Adenocarcinoma <i>in situ</i>
CAS/HU – UFJF	Centro de Atenção à Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
CCU	Câncer do colo do útero
DTUI	Disfunção do trato urinário inferior
EORTC	<i>European Organization for Research in the Treatment of Cancer</i>
EORTC QLQ-CX24	European Organization for Research and Treatment of Cancer-Cervical Cancer Module
Ex.	Exemplo
EUA	Estados Unidos da América
FACT	<i>The Functional Assessment of Cancer Therapy</i>
FACT-Cx	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy - Cervix</i>
FIGO	<i>The International Federation of Gynecology and Obstetrics</i>
FOSP	Fundação Oncocentro de São Paulo
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
GLOBOCAN	<i>Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide</i>
HPV	Papilomavírus humano
HR	Histerectomia radical
HSIL	Lesão intraepitelial escamosa de alto grau
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LSIL	Lesão intraepitelial de baixo grau
MAP	Musculatura do assoalho pélvico
MOS SF-36	<i>Medical Outcomes Short-form 36</i>
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
OMS	Organização Mundial da Saúde
P.	Por
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNCCC	Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero
PNI	Programa Nacional de Imunização
PRAP	Programa de Reabilitação do Assoalho Pélvico
PRO	<i>Patient Report Outcomes</i>
Q	Questão
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
RT	Radioterapia
SisRHC	Sistemas de Informação de Registro Hospitalar de Câncer
SF-36	<i>Short-Form Health Survey</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TR	Traquelectomia radical
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
WHOQOL GROUP	<i>World Health Organization Quality of Life Group</i>
WHOQOL-100	<i>World Health Organization Quality of Life Instrument</i>
WHOQOL-bref	<i>World Health Organization Quality of Life Instrument – abreviado</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

% por cento

< menor que

\leq menor ou igual a

> maior que

\geq maior ou igual a

= igual

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, FATORES DE RISCO E DE PROGNÓSTICO.....	23
2.2 CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: PREVENÇÃO, RASTREAMENTO E CONTROLE.....	29
2.3 CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: TRATAMENTO.....	34
2.3.1 Efeitos adversos tardios do tratamento para o câncer de colo de útero	36
2.3.1.1 Impacto do tratamento para o câncer do colo do útero sobre a função sexual.....	41
2.4 QUALIDADE DE VIDA.....	48
2.4.1 Câncer e Qualidade de Vida	53
2.4.2 Mensuração da Qualidade de Vida	55
2.5 QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES SOBREVIVENTES AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	59
3 OBJETIVOS	68
3.1 OBJETIVO GERAL.....	68
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	68
4 METODOLOGIA	69
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	69
4.2 SELEÇÃO E COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA.....	69
4.2.1 Critérios de inclusão	73
4.2.1.1 Grupo Câncer	73
4.2.1.2 Grupo Controle	73
4.2.2 Critérios de exclusão	73
4.3 COLETA DE DADOS.....	74
4.3.1 Questionário de caracterização da amostra	74
4.3.2 Questionário de avaliação da qualidade de vida	75

4.3.3 Questionário de avaliação da função sexual.....	77
4.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	79
4.4.1 Variáveis dependentes.....	79
4.4.1.1 Qualidade de vida.....	79
4.4.1.2 Função Sexual.....	79
4.4.2 Variáveis independentes.....	79
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	85
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	85
4.7 PROCEDIMENTOS DE CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES NA ANÁLISE BIVARIADA.....	86
5 RESULTADOS.....	89
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO CÂNCER QUANTO A VARIÁVEIS CLÍNICAS, TERAPÊUTICAS E MÉDICAS.....	89
5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES E COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS QUANTO A VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS..	91
5.3 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES E COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS QUANTO A VARIÁVEIS DE RELACIONAMENTO, SUPORTE SOCIAL, MEDO DE RECIDIVA E HÁBITOS DE VIDA.....	93
5.4 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES E COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS QUANTO A VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE, ALTERAÇÕES/DISFUNÇÕES AUTORREFERIDAS E FUNÇÃO SEXUAL.....	96
5.5 COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS QUANTO À QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-bref).....	100
5.6 COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS QUANTO À FUNÇÃO SEXUAL (FSFI).....	101
5.7 FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA.....	102
5.8 FATORES ASSOCIADOS À FUNÇÃO SEXUAL.....	112
5.9 CORRELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO SEXUAL.....	118
5.10 ANÁLISE MULTIVARIADA.....	119
6 DISCUSSÃO.....	120
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
REFERÊNCIAS.....	130
APÊNDICES.....	147

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	148
APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA (GRUPO CÂNCER).....	150
APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA (GRUPO CONTROLE – UAPS PARQUE GUARANI).....	159
APÊNDICE 4 - PARECER DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFJF.....	165
ANEXOS	167
ANEXO 1 – ESTADIAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO (FIGO) E TRATAMENTO RECOMENDADO PELO INCA.....	168
ANEXO 2 – CORRÊA, C.S.L.; GUERRA, M.R.; LEITE, I.C.G.; 2013.....	171
ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO WHOQOL-bref.....	181
ANEXO 4 – SINTAXE OFERECIDA PELO GRUPO WHOQOL PARA O CÁLCULO DO ESCORE DO WHOQOL-bref.....	184
ANEXO 5 – ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (FSFI).....	185

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU), também denominado câncer cervical, é o segundo câncer mais comum em mulheres de todo o mundo. Com cerca de 500 mil casos novos a cada ano, é responsável pelo óbito de 250 mil mulheres anualmente, sendo que, aproximadamente 80% destes ocorrem em países de baixa renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). De acordo com Franceschini, Scarlato e Cisi (2010), países em desenvolvimento apresentam maiores taxas de prevalência e mortalidade pela doença devido a fatores socioeconômicos e culturais, o que interfere no acesso a ações de prevenção e diagnóstico precoce, bem como as condições sob as quais são realizadas.

No caso do Brasil, apesar da tendência de declínio na taxa de mortalidade por esta neoplasia nos últimos anos (AZEVEDO E SILVA *et al.*, 2010; BRASIL, 2012; GUIMARÃES *et al.*, 2012), esta continua elevada em relação a países desenvolvidos (AZEVEDO E SILVA *et al.*, 2011; JEMAL *et al.*, 2010; MEDEIROS *et al.*, 2005; SCHMIDT *et al.*, 2011; THULER; BERGMANN; CASADO, 2012). O CCU constitui a quarta causa de morte em mulheres por câncer no país e é o segundo câncer mais incidente na população feminina, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma, ficando atrás apenas do câncer de mama. As estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para 2012 apontaram 17.540 casos novos, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres. Em 2009, esta neoplasia representou a terceira causa de morte por câncer em mulheres com 5.063 óbitos, com uma taxa bruta de mortalidade de 5,18 óbitos para cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2011b).

A doença é considerada um problema de saúde pública no país e seu controle é assumido como uma prioridade nacional (MACIEL *et al.*, 2011; PARADA *et al.*, 2008; THULER, 2008). Isto se deve à elevada incidência; por ser evitável e curável quando detectada precocemente através do rastreamento populacional e pela possibilidade de ser prevenida através da educação e informação da população (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009; PARADA *et al.*, 2008; SOARES *et al.*, 2010; VALE *et al.*, 2010).

Segundo Almeida, Pereira e Oliveira (2008), o CCU é uma doença temida pelas mulheres devido ao significado emocional que o órgão atingido representa,

visto que o útero envolve questões inerentes à sexualidade, feminilidade e reprodução. Com relação à faixa etária, o acometimento por esta neoplasia torna-se evidente entre 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente, na faixa de 45 a 49 anos (BRASIL, 2011c).

O tratamento é guiado pelo estadiamento da doença e pode ser constituído por cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou pela combinação dessas modalidades (BRASIL, 2002). A cirurgia é recomendada para os estádios iniciais; a radioterapia é o tratamento-padrão para a maioria das pacientes com CCU invasivo, tanto nos estádios iniciais como nos tumores localmente avançados, podendo ser adjuvante à cirurgia ou concomitante à quimioterapia. Já o tratamento quimioterápico, geralmente, é limitado às pacientes com doença metastática ou com fatores de risco para recidiva (FERNANDES, 2009).

De acordo com alguns estudos, o número de sobreviventes a longo prazo do CCU está crescendo, devido à alta curabilidade desta neoplasia quando diagnosticada precocemente (GREENWALD; MCCORKLE, 2008; WENZEL *et al.*, 2005) e aos avanços científicos e terapêuticos ao longo das últimas décadas (BARKER *et al.*, 2009; BARTOCES *et al.*, 2009; VIDAL, 2008). Porém, as intervenções terapêuticas estão associadas também a um aumento na incidência de efeitos adversos em longo prazo na região pélvica, relacionados, sobretudo, à radioterapia (BARKER *et al.*, 2009).

No que se refere aos efeitos adversos do tratamento, os efeitos agudos têm bom prognóstico (VIDAL, 2008), desaparecem dentro de um curto prazo de tempo e, geralmente, melhoram com medicações (VAZ *et al.*, 2011). Já os tardios são mais severos, de difícil controle clínico (VIDAL, 2008) e frequentemente irreversíveis (VAZ *et al.*, 2011). Além disso, podem evoluir por muitos anos após a conclusão da terapia, quando a paciente não está mais em acompanhamento no centro de oncologia (DUNBERGER *et al.*, 2010). Estes ocorrem pelo menos três meses após a conclusão do tratamento (MAHER e DENTON, 2008; NATIONAL CANCER INSTITUTE, 1999; VAZ, 2011; VIDAL, 2008) e podem se manifestar em torno de dois a três anos após o mesmo (BARKER *et al.*, 2009; VAZ *et al.*, 2011).

Dentre os efeitos adversos tardios do tratamento, destacam-se: disfunções sexuais, intestinais ou urinárias; menopausa precoce e linfedema em membro inferior (BERNARDO *et al.*, 2007; CARTER *et al.*, 2012; FITZ *et al.* 2011; PARK *et al.*, 2007; MAHER; DENTON, 2008; STILOS; DOYLE; DAINES, 2008; VIDAL, 2008).

Podem ocorrer também, repercussões psicossociais, como crenças errôneas sobre a origem do câncer, mudanças na autoimagem, baixa autoestima, tensões matrimoniais (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2012) e preocupação com a possibilidade de recorrência da doença (CAIXETA, 2009). Como consequência, a maioria das mulheres com diagnóstico de CCU vive durante anos com as sequelas da doença e do seu tratamento (DONOVAN *et al.*, 2007). Estes efeitos em longo prazo podem, então, levar a alterações físicas, sociais e psicológicas crônicas e, por conseguinte, comprometem a qualidade de vida (QV) dessas pacientes (BARKER *et al.*, 2009).

Em virtude disso, Penson e colaboradores (2006) afirmam que devem existir dois objetivos principais no tratamento do câncer: o primeiro é a cura ou o prolongamento do tempo de sobrevivência e o segundo é a melhora da qualidade de vida (QV).

O termo "qualidade de vida" é definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL GROUP) como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994).

Na área da saúde, o interesse pela QV surgiu em consonância à mudança de paradigma em relação ao entendimento do processo saúde-doença, na busca pelo conceito ampliado de saúde (SEIDL; ZANNON, 2004). E, ainda, diante da necessidade de reumanização da medicina e de avaliar como os pacientes com sobrevivência aumentada em virtude dos avanços científicos viviam estes "anos a mais" (FLECK, 2008). A oncologia, mais especificamente, verificou que o importante não era apenas acrescentar "anos à vida", mas ir além, acrescentando "vida aos anos" (FLECK *et al.*, 2009). O interesse pela avaliação da QV na pesquisa clínica é, portanto, impulsionado por uma intensa preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde (SAJID; TONSI; BAIG, 2008).

Diante deste contexto, há um interesse crescente pelo estudo da qualidade de vida das sobreviventes ao CCU, incluindo a saúde sexual (BARTOCES *et al.*, 2009; DONOVAN *et al.*, 2007), já que esta constitui um importante aspecto da QV (BERNARDO *et al.*, 2007). Como o tratamento é multimodal, a QV seria um fator adicional para guiar a escolha da melhor modalidade de tratamento (BARNAS *et al.*, 2012). Alguns autores, inclusive, afirmam que a QV influencia na sobrevivência destas

pacientes (ASHING-GIWA *etal.*, 2010), desta forma, é vista como um fator prognóstico (SEIBAEK; KJELD PETERSEN, 2007).

A avaliação da QV mostra-se, assim, essencial, sendo possível determinar e avaliar os resultados funcionais das diferentes modalidades terapêuticas sob a visão das pacientes. Além disso, pode contribuir na melhor definição da estratégia terapêutica nas decisões multidisciplinares, nas ações dos programas de reabilitação e na comunicação entre as equipes de cuidados e as pacientes (FERNANDES, 2009).

Considerando que os efeitos adversos do tratamento do CCU, como as disfunções sexuais, podem causar grande impacto na vida das mulheres, verifica-se, então, a necessidade de maior investigação da qualidade de vida de mulheres sobreviventes ao CCU. O conhecimento da qualidade de vida, assim como da função sexual, poderá auxiliar na prática clínica, visando oferecer um atendimento clínico mais integral, com programas adequados de intervenção, que abranja todas as necessidades dessas pacientes. E, ainda, poderá guiar a definição de ações para a promoção de saúde individual ou coletiva.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, FATORES DE RISCO E DE PROGNÓSTICO

Nas mulheres, o CCU é o segundo mais frequente em países em desenvolvimento, já nos países desenvolvidos, encontra-se na décima posição (BRASIL, 2010). Cabe ressaltar que mais de 85% dos casos e mortes pela doença ocorrem em países em desenvolvimento (JEMAL *et al.*, 2011). Segundo Thun e colaboradores (2010), esse fardo desproporcional de câncer cervical em países em desenvolvimento deve-se, principalmente, à falta de recursos para o rastreio.

De acordo com os dados do GLOBOCAN, este câncer é o terceiro mais diagnosticado e a quarta principal causa de morte por câncer em mulheres no mundo, respondendo por 9% (529.800) do total de novos casos de câncer e 8% (275.100) das mortes por câncer entre as mulheres em 2008. A Índia, segundo país mais populoso do mundo, contribui com 27% (77.100) do total de mortes por câncer de colo uterino. No mundo, as taxas de incidência mais elevadas estão na África (regiões sul, leste e oeste), bem como na região Centro-Sul da Ásia e América do Sul. As menores taxas são registradas na Ásia Ocidental, Austrália, Nova Zelândia, América do Norte e em partes da Europa Ocidental (JEMAL *et al.*, 2011).

No Brasil, segundo a publicação dos dados dos registros de base populacional em 2010 - RCBP (BRASIL, 2010), as dez principais localizações de câncer nas mulheres foram: pele não melanoma, mama, colo do útero, carcinoma *in situ* do colo do útero, cólon e reto, pulmão, tireóide, estômago, ovário e corpo do útero. Destacando-se a presença do carcinoma *in situ* do colo do útero como o quarto mais frequente, o que demonstra elevação nas taxas, especialmente a partir do ano 2000, refletindo a implantação, em nível nacional, do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero - PNCCC (BRASIL, 2010). Para os 17 RCBP analisados no período de 2000 a 2005, localizados em sua maioria nas capitais, os maiores valores das taxas médias de incidência anuais, ajustadas por idade por 100 mil mulheres, foram encontrados em Cuiabá (35,6), Goiânia (32,4) e Aracaju (29,1) e a menor taxa foi observada em Jaú (10,2) – (BRASIL, 2010).

As estimativas de incidência do INCA indicam, para o ano de 2012, que o câncer do colo do útero é o mais incidente em mulheres na região Norte (24/100 mil), com exceção dos tumores da pele não melanoma. Nas regiões Centro-Oeste (28/100 mil) e Nordeste (18/100 mil), ocupa a segunda posição mais frequente, na região Sudeste (15/100 mil), a terceira, e na região Sul (14/100 mil), a quarta posição (BRASIL, 2011b).

De acordo com a publicação sobre a magnitude de câncer no país, há um predomínio de queda nas taxas de incidência e mortalidade por câncer de colo uterino na maioria das cidades com RCBP. Entre as 11 cidades com pelo menos oito anos de informações consolidadas, nove demonstraram tendência de queda nas taxas de incidência e mortalidade. Curitiba apresentou a maior queda, tanto para a incidência (-9,4%) como para a mortalidade (-7,9%). São Paulo e Goiânia também demonstraram importante queda: -7,4% e -3,6% e -4,9% e -3,2, respectivamente. Em duas cidades foi registrada tendência de alta na incidência (João Pessoa e Aracaju) e, em apenas uma, tendência de alta na mortalidade (João Pessoa) - (BRASIL, 2012).

Quanto à mortalidade pela doença, Schmidt e colaboradores (2011) afirmam que houve uma diminuição nas duas últimas décadas, especialmente nas capitais brasileiras, conseqüente à melhoria dos programas para prevenção e controle deste tipo de câncer no país. Azevedo & Silva e colaboradores (2010), ao analisarem o período de 1981 a 2006, também verificaram uma tendência de queda da mortalidade por CCU no país, em contrapartida, observaram uma tendência de crescimento nos municípios do interior das regiões norte e nordeste. Entretanto, após redistribuição proporcional das mortes por “neoplasia de útero, porção não especificada”, o estudo constatou um aumento nas taxas de mortalidade por CCU em relação àquelas oficialmente divulgadas no Brasil.

Outro estudo também encontrou aumento na taxa de mortalidade por CCU no Brasil após correção das mortes por “neoplasia de útero, porção não especificada”, passando de 5,1 para 10,4 óbitos por 100.000 mulheres-ano, ajustada pela população mundial padrão, no período de 1996-2005 (GAMARRA; VALENTE; AZEVEDO & SILVA, 2010).

Guimarães e colaboradores (2012), por sua vez, realizaram um estudo de série temporal utilizando dados secundários de base populacional de 1980 a 2009 e encontraram uma tendência de diminuição da mortalidade por câncer do colo do

útero no Brasil. Corroborando esses achados, Meira e colaboradores (2012), analisando este mesmo período, encontraram redução significativa da mortalidade por esta neoplasia no estado de Minas Gerais. A taxa de mortalidade média, após redistribuição dos óbitos por “neoplasia de útero, porção não especificada”, foi de 14,70 óbitos/100.000 mulheres, sendo a maior taxa/ foi observada em 1980 (20,33 óbitos/100.000 mulheres) e a menor, em 2009 (10,43 óbitos/100.000 mulheres). Porém, os autores destacam que as taxas de mortalidade permanecem superiores às encontradas nos países desenvolvidos, usualmente em torno de 5,0 óbitos/100.000 mulheres (MEIRA *et al.*, 2012).

Observa-se, então, que, apesar da queda na mortalidade por câncer cervical no país nos últimos anos, o mesmo não acontece em todas as regiões, como em zonas rurais das regiões Norte e Nordeste, áreas com acesso restrito ao rastreamento, onde as taxas de mortalidade ainda são ascendentes (AZEVEDO & SILVA *et al.*, 2010; SCHMIDT *et al.*, 2011). Além disso, as taxas de mortalidade e incidência ainda são elevadas no Brasil em relação a países desenvolvidos (JEMAL *et al.*, 2010; SCHMIDT *et al.*, 2011).

De todos os cânceres humanos, o CCU é o melhor compreendido. Apresenta história natural longa, começando com uma infecção persistente com um ou mais tipos oncovirais de HPV, seguindo alterações celulares que resultariam em lesões intraepiteliais cervicais e, finalmente, carcinoma invasor, caso as alterações celulares não sejam revertidas (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2008). O período de evolução de uma lesão cervical inicial para a forma invasiva é cerca de 10 a 20 anos (MEDEIROS *et al.*, 2005). Em virtude desta evolução longa composta por fases pré-clínicas, detectáveis e curáveis, é o câncer que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura (ANTONIAZZI; D’ALESSANDRO; TEIXEIRA, 2008).

Assim, as neoplasias invasivas do colo do útero são precedidas por uma longa fase de doença pré-invasiva. Microscopicamente, isso se caracteriza como uma gama de eventos que progridem da atipia celular a graus variados de displasia ou neoplasia intraepitelial cervical (NIC) antes da progressão ao carcinoma invasivo. (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004). As lesões precursoras do câncer mais frequentes são de origem escamosa e incluem NIC II e III, por outro lado, as lesões histológicas pré-invasoras do epitélio glandular são mais raras. (DERCHAIN; LONGATTO FILHO; SYRJANEN, 2005). A lesão precursora originada deste epitélio é denominada de adenocarcinoma *in situ* (AIS) e pode estar associado à NIC do

epitélio escamoso em um a dois terços dos casos (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004).

A classificação das NIC em diferentes graus (I, II e III) baseia-se na acentuação da atipia celular e na fração da espessura do epitélio cervical acometido (BRASIL, 2011c; BUENO, 2008). De acordo com o manual publicado pelo INCA, em 2006, padronizando as nomenclaturas e condutas frente aos diversos achados anormais do exame citopatológico do colo do útero, o termo neoplasia intraepitelial foi substituído por lesão intraepitelial. Assim, as lesões anteriormente classificadas como NIC I passaram a ser chamadas de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL). Já as lesões correspondentes a NIC II e NIC III foram incorporadas em uma mesma categoria denominada lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) - (BRASIL, 2006), sendo esta considerada a verdadeira precursora do câncer (NAKAGAWA *et al.*, 2011).

Está bem estabelecido na literatura científica que a infecção persistente por tipos oncogênicos do HPV, as quais correspondem a menos de 10% das novas infecções (SCHIFFMAN *et al.*, 2007), exerce um papel central na carcinogênese do colo uterino. O HPV relaciona-se tanto à NIC quanto ao carcinoma invasor, sendo considerado, assim, como o agente etiológico do câncer cervical (ALI; KUELKER; WASSIE, 2012; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011; MARTEL *et al.*, 2012; NEVES *et al.*, 2011; SCHIFFMAN *et al.*, 2007; SOUTO; FALHARI; CRUZ, 2005).

Existem mais de 100 subtipos de HPV, dos quais 40 podem infectar o trato genital. De acordo com o risco de progressão para o câncer de colo, os HPV oncogênicos podem ser classificados em baixo risco (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 e CP6108), provável alto risco (26, 53 e 66) e alto risco (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 e 82) - (SILVA FILHO; LAMAITA; PEIXOTO, 2008).

Sabe-se que 100% dos cânceres cervicais são atribuíveis a 13 tipos de HPV de alto risco classificados como cancerígenos ou provavelmente cancerígenos (HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 e 68), sendo os tipos 16 e 18 mais virulentos (MARTEL *et al.*, 2012), responsáveis por 70% do câncer do colo uterino e cerca de 50% das NIC III (SCHIFFMAN *et al.*, 2007).

As infecções por HPV, clínicas e subclínicas, são as infecções sexualmente transmissíveis mais comuns em todo o mundo, a prevalência da infecção latente varia de 5 a 44% entre as mulheres sexualmente ativas em idade reprodutiva

(RIBEIRO, 2008). Apesar da exposição frequente das mulheres ao HPV, o surgimento da neoplasia cervical é pouco comum, pois a maioria das infecções é transitória ou intermitente, ou seja, benigna e eliminada espontaneamente em um período de um a dois anos (NEVES *et al.*, 2011). Porém, alguns tipos de HPV podem interagir ou agir sinergicamente para induzir o aparecimento ou a progressão de uma lesão (RIBEIRO, 2008).

A maioria das NIC de baixo grau regride em períodos relativamente curtos ou não progride a lesões de alto grau, sendo que 57% dos casos de NIC I regride, 11% progride a NIC III e apenas 1 % progride à neoplasia invasiva; já nos casos de NIC III, cerca de 32% regride e 12% progride à neoplasia invasiva (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004). Cabe ressaltar que a lesão não tem que passar obrigatoriamente por todas essas etapas para chegar ao câncer invasor (carcinoma) - (NAKAGAWA *et al.*, 2011).

Após a aquisição da infecção pelo HPV, aproximadamente 50% das mulheres desenvolvem resposta humoral com produção de anticorpos direcionados para a proteína do capsídeo viral. No entanto, ainda não se sabe se essa resposta humoral confere proteção contra reinfecção pelo mesmo tipo viral ou para seus homólogos (NEVES *et al.*, 2011).

Na ausência de tratamento, o tempo mediano entre a detecção de uma displasia leve (NIC I) e o desenvolvimento de carcinoma *in situ* é cerca de 58 meses, enquanto para as displasias moderadas (NIC II) esse tempo é de 38 meses e, nas displasias graves (NIC III), de 12 meses (BRASIL, 2006). A longa duração entre a infecção inicial e a doença manifesta indica que vários cofatores podem ser necessários à progressão da doença. Além disso, a regressão espontânea da NIC pode indicar que muitas mulheres não estão expostas a esses cofatores (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004).

Logo, mesmo sendo uma condição necessária, a infecção pelo HPV não representa uma causa suficiente para o surgimento desse câncer. Outros fatores relacionam-se com o vírus de forma a potencializar sua ação na célula hospedeira e a facilitar o desenvolvimento dos processos de imortalização e carcinogênese (SILVA FILHO; LAMAITA; PEIXOTO, 2008). Dentre eles, o início precoce da atividade sexual, a pluralidade de parceiros sexuais, tabagismo, uso prolongado de contraceptivos orais, hábitos inadequados de higiene e situações de imunossupressão como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) - (ALI;

KUELKER; WASSIE, 2012; FRIGATO; HOGA, 2003; BRASIL, 2006). Além disso, a história obstétrica da paciente possui relevante papel na etiologia desse câncer, pois quando o primeiro parto dá-se antes dos 20 anos, juntamente com multiparidade e partos vaginais, há uma maior probabilidade de desenvolvimento (MEDEIROS *et al.*, 2005).

O baixo nível socioeconômico é também considerado um fator de risco, uma vez que, o CCU está fortemente associado a condições de vida precária, baixos índices de desenvolvimento humano, ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária (promoção e prevenção em saúde) e à dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para diagnóstico precoce e tratamento das lesões precursoras. Por isto, altas taxas de incidência são observadas em países pouco desenvolvidos (BRASIL, 2006).

De acordo com Vidal (2008), a sobrevida relativa média é influenciada pelas características de malignidade, estadiamento e acesso ao tratamento eficaz, sobretudo na fase inicial da doença. Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 59% a 69%. Nos países em desenvolvimento, os casos são diagnosticados em estádios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é cerca de 50% após cinco anos (BRASIL, 2011c).

Reforçando esses dados, Carmo e Luiz (2011) realizaram um estudo em um centro de referência do Rio de Janeiro, com um total de 3.341 casos de câncer cervical entre 1999 e 2004 e encontraram uma sobrevida global em cinco anos de 48%. A sobrevida média foi de 53,4 meses e, de todos os casos analisados, 68,3% tinham doença localmente avançada no momento do diagnóstico. Após análise multivariada, o estadiamento do tumor no momento do diagnóstico foi a única variável significativamente associada ao prognóstico.

Desta forma, o principal fator prognóstico do câncer de colo do útero é o estadiamento do tumor, o qual está diretamente associado com o risco de recorrência e sobrevida global (CARMO; LUIZ, 2011). Além disso, o prognóstico é afetado pelo tipo histológico do tumor, grau de diferenciação celular e por outros fatores relacionados à paciente (TAVARES *et al.*, 2009).

Quanto à classificação histológica do tumor, o câncer de colo uterino pode ser classificado em: escamoso, mais frequente e de melhor prognóstico;

adenocarcinoma, menos comum, ocorrendo mais em jovens e com pior prognóstico e o sarcoma, raro e agressivo (SILVA FILHO; LAMAIA; PEIXOTO, 2008).

Outros fatores que também podem estar associados ao prognóstico da doença são: invasão linfovascular, invasão parametrial, comprometimento das margens cirúrgicas e faixa etária (SILVA FILHO; LAMAIA; PEIXOTO, 2008).

Confirmando isto, Tavares e colaboradores (2009) verificaram que os fatores que influenciavam a sobrevida das pacientes que se submeteram à histerectomia radical foram a presença de metástase linfonodal, tamanho do tumor, comprometimento de margens cirúrgicas e grau de necrose do tumor apresentado no exame histológico.

Em relação ao perfil das pacientes diagnosticadas com CCU no país, foi realizado um estudo com mulheres tratadas entre 2000 e 2009, através da análise de registros hospitalares de câncer (RHC) de duas fontes, SisRHC – disponibilizado no Módulo Integrador RHC e dados do Registro Hospitalar de Câncer do Estado de São Paulo, coordenado pela Fundação Oncocentro de São Paulo - FOSP. Foram incluídos 77.317 casos e verificou-se que a média de idade ao diagnóstico foi de 49,2 anos, sendo 55,3% das pacientes abaixo dos 50 anos no momento do diagnóstico. O percentual de diagnósticos em estágio avançado (III e IV) passou de 32,8% entre 2000 e 2004 para 35,5% entre 2005 e 2009. Além disso, 31% de todos os casos foram lesões *in situ*; o tipo histológico predominante foi o carcinoma tanto nas lesões *in situ* (98,7%), como nas invasivas (88%); 70% das pacientes tinham baixa escolaridade (fundamental incompleto ou menos) e 53,5% eram negras ou pardas e, ao final do primeiro tratamento, 48,9% encontravam-se sem evidência de doença ou em remissão completa (THULER; BERGMANN; CASADO, 2012).

2.2 CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: PREVENÇÃO, RASTREAMENTO E CONTROLE

Com exceção do câncer de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o tumor que apresenta maior probabilidade de prevenção (THULER; BERGMANN; CASADO, 2012). Considerando-se a longa história natural da doença e os fatores associados ao desenvolvimento do câncer do colo do útero, essa patologia oferece

duas oportunidades de prevenção. A prevenção primária está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV através de: 1) educação sexual - o uso de preservativo durante a relação sexual com penetração oferece proteção parcial ao contágio pelo HPV, que também pode ocorrer através do contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal e 2) profilaxia ao vírus HPV através da vacinação. Já a prevenção secundária é realizada através da detecção precoce das lesões precursoras pelo exame citopatológico do colo do útero (teste de Papanicolaou) – (BRASIL, 2011b; DENNY, 2005).

A possibilidade de detecção das lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma *in situ*) vários anos antes do surgimento da neoplasia cervical por meio do rastreamento e a disponibilidade de métodos de tratamento simples e eficazes de lesões pré-cancerosas fazem do rastreamento a principal estratégia de controle do câncer de colo do útero invasivo (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2008).

O método principal e mais amplamente utilizado para o rastreamento é o teste de Papanicolaou (BRASIL, 2011b), o qual, apesar de não estabelecer diagnóstico definitivo, conduz à propedêutica seguinte e é considerado como um método de rastreamento com razoável sensibilidade, seguro e de baixo custo (NAKAGAWA *et al.*, 2011). Foi introduzido no Brasil no fim da década de 1950 e início dos anos 1960, tornando-se a principal estratégia para o controle do câncer do colo do útero. A princípio, realizado de forma incipiente e com baixa cobertura, não se constituindo como uma prática coletiva (ALVES; GUERRA; BASTOS, 2009). Entretanto, são observadas quedas significativas tanto na incidência quanto na mortalidade por essa doença após sua introdução (GONÇALVES *et al.*, 2011); especialmente, a partir da década de 1980, quando as primeiras ações de rastreamento para a doença foram introduzidas pelo Ministério da Saúde no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM - 1983) – (ALVES; GUERRA; BASTOS, 2009; MEIRA *et al.*, 2012). No final da década de 1990, com a introdução do PNCCC, houve grande expansão da prevenção e controle dessa neoplasia no Brasil (MEIRA *et al.*, 2012).

A realização do exame citopatológico de Papanicolaou tem sido reconhecida mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para a detecção do câncer de colo do útero na população feminina e tem modificado as taxas de incidência e mortalidade por este câncer (BRASIL, 2006). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a

garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% da incidência do câncer cervical invasivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a).

O objetivo do rastreamento, então, é prevenir o câncer invasor, detectando e tratando mulheres com lesões precursoras. Sua efetividade é avaliada pela extensão da redução da incidência, assim como através da mortalidade. Os componentes críticos para o sucesso do rastreamento, por sua vez, são: a alta cobertura de mulheres-alvo com testes de rastreamento de qualidade, investigação diagnóstica das mulheres com teste positivo no rastreamento e tratamento e acompanhamento posterior para as mulheres com neoplasia cervical confirmada (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2008). Segundo Lorenzato (2008), se houvesse programas organizados e eficazes de prevenção, com cobertura abrangente e regular, ao menos teoricamente, não deveria haver sequer um caso de câncer cervical.

Em vários países ocidentais, onde programas de rastreio têm sido bem estabelecidos, as taxas de câncer do colo do útero têm diminuído em até 65% nas últimas quatro décadas (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011). Países como Estados Unidos da América, Islândia, Noruega, Suécia e Finlândia foram muito bem sucedidos na redução da incidência e mortalidade de câncer cervical. A maior redução da carga da doença foi atingida na Islândia, onde a mortalidade caiu em 80% (ALI; KUELKER; WASSIE, 2012).

No Brasil, as recomendações do Ministério da Saúde indicam que o intervalo entre os exames de Papanicolaou deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual e os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as que tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, podem ser dispensadas de exames adicionais (BRASIL, 2011c).

De acordo com dados do VIGITEL, as maiores frequências de mulheres entre 25 e 59 anos de idade que referiram ter realizado exame de citologia oncológica para câncer de colo do útero nos últimos três anos, foram observadas em São Paulo (90,4%), Curitiba (90,0%) e Florianópolis (88,7%); e, as menores, em Maceió

(67,9%), João Pessoa (70,8%) e Teresina (71,5%). No conjunto da população de mulheres entre 25 e 59 anos de idade das 27 cidades estudadas, a frequência de realização de citologia oncológica, nos últimos três anos, foi de 80,5%. A cobertura do exame foi ligeiramente inferior à média entre os 25 e 34 anos de idade (76,2%) e aumentou com o nível de escolaridade, chegando a 89,6% no estrato correspondente a 12 ou mais anos de estudo (BRASIL, 2011d).

De maneira ideal, o rastreamento do CCU deveria seguir um conjunto de ações programadas, com população e periodicidade definidas, o que é definido como programa organizado. Todavia, ainda predomina no Brasil a realização de controles não relacionados com as normas estabelecidas, com a procura ocasional e espontânea dos serviços de saúde determinada por razões diversas que não o rastreamento do câncer de colo do útero (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011). Essa modalidade tem sido designada de rastreamento oportunístico e não tem sido eficiente em reduzir as taxas de incidência e mortalidade por este câncer. Além disso, apresenta baixa cobertura, super-rastreia um pequeno grupo de mulheres sendo, portanto, menos custo-efetivo (VALE *et al.*, 2010).

O fato de o CCU ser causado por uma infecção persistente por HPV fornece outra ótima oportunidade para prevenção através da vacinação. Entretanto, o custo elevado da vacina contra o HPV a torna impraticável na saúde pública em muitos países em desenvolvimento (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2008).

No Brasil, em julho de 2013, o Ministério da Saúde anunciou a incorporação ao Sistema Único de Saúde (SUS) da vacina contra o HPV. A vacina é a quadrivalente e estará disponível a partir de março de 2014 (1ª dose) na rede pública (BRASIL, 2013a). A previsão era de administrar a vacina em pré-adolescentes de 10 e 11 anos, entretanto, o Ministério da Saúde decidiu adotar o esquema estendido baseado em estudos recentes que comprovam a eficácia desta medida. Desta forma, a partir de 2014, começará a vacinação para o grupo de 11 a 13 anos e, em 2015, para o grupo de nove a 11 anos e em 2016 às meninas de nove anos. As três doses serão aplicadas, com autorização dos pais ou responsáveis das pré-adolescentes, de acordo com o seguinte esquema: após a aplicação da primeira dose, a segunda deverá ocorrer em seis meses e a terceira, em cinco anos (BRASIL, 2014). Para chegar com mais agilidade ao público-alvo e ampliar a adesão à proteção contra o HPV, a estratégia será mista: a imunização ocorrerá tanto nas unidades de saúde quanto nas escolas (BRASIL, 2013b). Sua incorporação pelo

Programa Nacional de Imunização (PNI) pode diminuir ainda mais as taxas de incidência de câncer do colo do útero nos estados no Brasil, servindo como ferramenta para o controle desse tipo de câncer (GUIMARÃES *et al*, 2012).

A expectativa é que as vacinas de alta eficácia contra o HPV tenham a médio e longo prazo um impacto real e expressivo nas taxas de incidência de CCU no Brasil. Portanto, a vacina é uma promissora ferramenta para o controle deste câncer. Sua implementação progressiva corresponderá a uma alteração na periodicidade da prevenção secundária entre as jovens vacinadas, com espaço ampliado e redução de custos associados a este programa a longo prazo (VILLA, 2008).

Nesta perspectiva, Sankaranarayanan e colaboradores (2008) afirmam que, ainda que a vacinação se torne uma ação de saúde pública de grande alcance, novos investimentos em rastreamento são justificáveis, ou seja, uma forma de controle da doença não deve excluir ou tornar a outra menos importante. Adiar investimentos ao rastreamento nos países em desenvolvimento significa que as mulheres continuarão a perder oportunidades de prevenir o CCU por várias décadas. Estes autores concluem, então, que “enquanto a vacinação estabelece uma esperança para o futuro, o rastreamento estabelece uma esperança para o presente.”

Apesar destas possibilidades de prevenção, a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados (III e IV) no Brasil em cerca de 50% dos casos, tornando o seu tratamento mais agressivo e diminuindo assim, as possibilidades de cura (THULER; MENDONÇA, 2005; THULER; BERGMANN; CASADO, 2012). Como consequência, ainda são registradas elevadas taxas de mortalidade por câncer de colo do útero (THULER; BERGMANN; CASADO, 2012).

Dentre outras causas, o diagnóstico tardio pode estar relacionado com: (1) a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde; (2) a baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, principalmente em municípios de pequeno e médio porte; (3) a incapacidade do Sistema Público de Saúde absorver a demanda que chega às unidades de saúde e (4) as dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial, orientado por critérios de hierarquização dos diferentes níveis de atenção, que permita o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos para investigação em outros níveis do sistema (BRASIL, 2006).

Ao encontro disto, segundo Thuler, Bergmann e Casado (2012), a desigualdade no acesso aos serviços de saúde pode justificar a alta incidência, o diagnóstico em estádios avançados e a elevada taxa de mortalidade por câncer de colo de útero no país.

2.3 CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: TRATAMENTO

O tratamento do câncer de colo uterino é indicado de acordo com a classificação de estadiamento da FIGO (*The International Federation of Gynecology and Obstetrics*) – ANEXO 1. A escolha do tratamento também pode considerar outros fatores, como: tipo histológico, idade da mulher, condição clínica, desejo e possibilidade de procriar (SILVA FILHO; LAMAITA; PEIXOTO, 2008; VIDAL, 2008).

Em estágios iniciais, IB a IIA (FIGO), o tratamento de escolha para o câncer cervical invasivo em estágios iniciais é a radioterapia exclusiva ou a histerectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral (TAVARES *et al.*, 2009). Os dois tratamentos apresentam a mesma sobrevida, no entanto, a morbidade é diferente (VIEIRA, 2008). A cirurgia radical pode levar a disfunção neural pélvica (HSU *et al.*, 2009), já a radioterapia pode reduzir o calibre e o comprimento da vagina bem como a lubrificação. Além disso, podem ocorrer cistite, enterite e retite actínicas (VIEIRA, 2008). A escolha desses tratamentos depende do estado geral da paciente, da idade biológica e das características histopatológicas do tumor (TAVARES *et al.*, 2009).

As cirurgias conservadoras são uma opção para as mulheres jovens com tumores pequenos que desejam manter a fertilidade (SCHIFFMAN *et al.*, 2007). O tratamento cirúrgico é preferível entre pacientes jovens devido à possibilidade de preservação dos ovários, manutenção da função hormonal e melhor desempenho sexual (TAVARES *et al.*, 2009). Outra vantagem desta modalidade terapêutica é o exame histopatológico da peça cirúrgica, importante na indicação de terapia adjuvante e no estabelecimento do prognóstico (SILVA FILHO; LAMAITA; PEIXOTO, 2008).

A histerectomia radical consiste na remoção do útero e do tecido peritumoral, constituído pelo paramétrio, paracolpos e margens vaginais (SILVA FILHO; LAMAITA; PEIXOTO, 2008). Os ovários podem ou não ser preservados,

dependendo do tamanho do tumor, da idade e do desejo da paciente (VIEIRA, 2008). A ressecção vaginal é variável, podendo ser retirado apenas seu terço superior (Piver II), metade superior (Piver III) ou $\frac{3}{4}$ superiores (Piver IV) – (SILVA FILHO; LAMAITA; PEIXOTO, 2008).

As pacientes que se submetem a tratamento cirúrgico e apresentam linfonodos, margens e paramétrios comprometidos pela neoplasia devem receber radioterapia adjuvante (VIEIRA, 2008). Esta modalidade terapêutica é ainda a melhor escolha para pacientes em estádios II-IV (SCHIFFMAN *et al.*, 2007), além disso, vários estudos randomizados têm mostrado melhora da sobrevida com quimioterapia concomitante (SCHIFFMAN *et al.*, 2007; VIEIRA, 2008).

Na radioterapia do câncer do colo uterino são empregados dois tipos de irradiação: a externa (teleterapia), feita à distância, e a interna (braquiterapia), em que os isótopos radioativos são colocados junto ao tumor e tecidos adjacentes (SILVA FILHO; LAMAITA; PEIXOTO, 2008).

Na teleterapia, o feixe de radiação é dirigido ao tumor, aos tecidos vizinhos e às áreas de envolvimento subclínico potencial, sendo, portanto, uma forma de tratamento loco-regional. A dose liberada à pelve varia de 40 a 50 Gy, sendo seu uso habitual de 45 Gy em 25 frações de 1,8 Gy diárias, durante cinco semanas. A irradiação pélvica constitui a etapa inicial da radioterapia do câncer de colo uterino, possibilita a redução tumoral, facilitando a realização da braquiterapia subsequente, além de promover o tratamento da enfermidade subclínica, reduzir o sangramento e o corrimento vaginais e concorrer para a melhor da condição clínica da paciente (NOVAES, 2008).

Já na braquiterapia, as fontes radioativas são colocadas em contato direto com o tumor, com a vantagem de levar altas doses de irradiação na zona tumoral central e doses significativamente menores nos tecidos subjacentes normais (SILVA FILHO; LAMAITA; PEIXOTO, 2008). Em estádios iniciais, quando a cirurgia não é realizada, pode ser aplicada de maneira exclusiva, mas é utilizada mais frequentemente em complementação à dose de teleterapia. Para os estádios IB e IIA é recomendada a dose de 4 x 6 Gy/inserção e para os estádios IIB, IIIB e IVA, 4 x 7 Gy/inserção (NOVAES, 2008).

A adição de braquiterapia à radioterapia externa é mandatória no tratamento do carcinoma de colo com intenção curativa (NOVAES, 2008). Segundo Zuliani e colaboradores (2010), desempenha um papel importante no tratamento de pacientes

com tumores em estágio avançado, melhorando a taxa de sobrevivência de quatro anos a 46% para a doença no estágio IIIB, em comparação com apenas 19% para os tumores tratados apenas com radiação externa.

A quimioterapia, por sua vez, pode ser adjuvante, quando empregada logo após o tratamento primário do tumor por cirurgia ou radioterapia ou neoadjuvante, quando realizada antes do tratamento local, com o objetivo de reduzir o tamanho tumoral e propiciar condições adequadas para o tratamento cirúrgico e/ou radioterápico subsequente (SILVA FILHO; LAMAITA; PEIXOTO, 2008). A cisplatina é o agente citotóxico mais efetivo contra o câncer do colo do útero metastático, além disso, aumenta a sensibilidade à radioterapia (FOLGUEIRA; OLIVEIRA, 2008).

2.3.1 Efeitos adversos tardios do tratamento para o câncer de colo de útero

Cada modalidade de tratamento para o câncer invasor do colo do útero apresenta diferentes tipos de complicações possíveis. Estas complicações, uma vez presentes e permanentes, podem representar limitações estressantes e incômodas na vida e rotina da paciente sobrevivente (CAIXETA, 2009).

Os efeitos adversos do tratamento são relacionados principalmente à radioterapia, causados por sua ação nos tecidos e órgãos sadios adjacentes ao tumor. Cabe ressaltar que este é o principal tratamento de escolha em países em desenvolvimento, pois a maioria dos diagnósticos de carcinoma de colo uterino nestes países ocorre em estágios mais avançados (VIDAL, 2008). As áreas mais afetadas são a vagina, o intestino/reto e a bexiga, as quais sofrem alterações na mucosa, podendo evoluir para uma série de alterações e disfunções (MAHER; DENTON, 2008; VIDAL, 2008). A frequência dos efeitos adversos desta modalidade terapêutica varia entre 5% e 20%, o que pode estar relacionado a características populacionais, clínicas e técnicas de aplicação (VIDAL, 2008).

A estenose vaginal é uma consequência frequente da radioterapia e resulta da lesão direta da mucosa vaginal, tecidos conjuntivos e vasos sanguíneos, levando a uma hipotrofia do epitélio vaginal e interrupção do fornecimento sanguíneo, com hipóxia subsequente dos tecidos vaginais e desenvolvimento de telangectasias. Ocorrem também fibroses nas fibras musculares; a atrofia posterior leva ao

afinamento da mucosa vaginal e perda de lubrificação, enquanto a cicatriz secundária e as formações fibróticas levam à perda de elasticidade (LANCASTER, 2004).

A radioterapia pode causar ainda falência ovariana, levando a queda abrupta de estrogênio e, conseqüentemente, intensa sintomatologia de menopausa, destacando-se a redução da lubrificação vaginal. Esta, juntamente com os efeitos da radiação sobre a vagina, contribui para o desenvolvimento de dispareunia. Muitas vezes, antecipando a dor sexual, é estabelecido um ciclo de vaginismo secundário, que mantém a dispareunia, levando a uma redução da satisfação sexual e a mulher passa a evitá-la (WHITE, 2008). Logo, esta modalidade terapêutica pode gerar impacto negativo na saúde sexual das sobreviventes ao CCU, contribuindo para o desenvolvimento de disfunções sexuais (BERNARDO *et al.*, 2007; FRUMOVITZ *et al.*, 2005; VIDAL, 2008; WHITE, 2008).

Segundo Andreyev e colaboradores (2012), os efeitos adversos da radioterapia sobre o intestino e o reto após o tratamento do câncer são causados por alterações na mucosa de revestimento interno, evoluindo de inflamação, fibrose, atrofia, estenose e isquemia progressiva até fístulas (ANDREYEV *et al.*, 2012; VIDAL, 2008). Agentes quimioterápicos também têm efeito direto sobre a mucosa gastrointestinal, podendo causar inflamação, edema, ulceração e atrofia. A quimioterapia, ainda, aumenta a sensibilidade dos tecidos não-cancerosos em relação à radioterapia, favorecendo seu dano, o que pode levar a disfunção gastrointestinal crônica seguida, sem pausa, de sintomas agudos induzidos pela radioterapia ou podem surgir anos, ou mesmo décadas após (ANDREYEV *et al.*, 2012).

O desenvolvimento de aderências no intestino delgado pode dar origem a episódios recorrentes de obstrução, agudos, subagudos ou crônicos e levam a dor, cólicas e vômitos. A enterite crônica reflete o grau e permanência do dano vascular e epitelial causados pela radiação pélvica. Apresenta-se um a dois anos após o término do tratamento, porém, algumas pacientes tornam-se sintomáticas até 20 anos após. A fibrose intestinal progressiva predispõe à obstrução, formação de abscessos e fístulas (MAHER; DENTON, 2008).

A retite actínica, inflamação crônica do reto induzida pela radiação, é vista em 10 a 20% das pacientes submetidas à teleterapia, sendo que, cerca de 5 a 8% das pacientes apresentam a possibilidade de desenvolver a forma grave, com

sangramento retal intenso e de difícil controle (VIDAL, 2008). Esta inflamação pode levar a tenesmo, disfunção do esfíncter anal, urgência e incontinência fecais, diarreia ou constipação, perda de muco e sangue por via retal, estenose, ulceração e formação de fístulas nos estágios avançados (MAHER; DENTON, 2008).

Maher e Denton (2008) consideram que, em geral, as complicações gastrointestinais constituem a maior fonte de angústia para as pacientes após radioterapia pélvica, em especial, diarreia, urgência e incontinência fecal, já que podem ser incapacitantes socialmente, tornando-as restritas ao domicílio. Ao encontro disto, no estudo de Vidal (2008), quando as pacientes foram indagadas sobre o efeito adverso, que, em sua percepção, mais as afetavam, a maioria respondeu a disfunção intestinal, contrastando com os efeitos registrados nos prontuários, os quais apontavam a estenose vaginal como efeito de maior frequência. Desta forma, a autora concluiu que as desordens no reto que afetam a função intestinal trazem mais sofrimento e/ou são de mais fácil referência durante as consultas.

No que se refere aos efeitos adversos tardios do tratamento sobre a bexiga, estes aparecem em torno de dois a três anos e incluem: redução da capacidade volumétrica; aumento da frequência urinária, disúria, instabilidade detrusora, urgência, incontinência urinária, hematúria, ulceração e formação de fístula (MAHER; DENTON, 2008; VIDAL, 2008). A cistite actínica está associada à necessidade de micções frequentes podendo, também, levar a restrição social e isolamento (VIDAL, 2008).

Com o objetivo de estudar os efeitos adversos tardios sobre a bexiga, o reto e a função sexual subsequentes ao tratamento radioterápico para o CCU, Vidal (2008) realizou estudo contendo uma amostra de 300 mulheres. Em relação aos efeitos registrados em prontuário, verificou-se uma frequência de 41% de estenose vaginal, 28% de retite actínica e 14% de cistite actínica. Além disso, encontrou-se sobrevida livre de estenose vaginal no período de 60 meses após 90 dias do início da radioterapia de 40%; a curva de sobrevida livre de retite actínica para este mesmo período mostrou uma probabilidade de 50%.

Em relação aos efeitos adversos do tratamento cirúrgico, a histerectomia radical pode causar lesão dos nervos autonômicos, resultando em impacto negativo na resposta do fluxo sanguíneo vaginal durante a estimulação sexual. A remoção cirúrgica de tecido, as aderências da pelve e fibrose podem, ainda, contribuir para a

falta de percepção e redução da elasticidade vaginais (LALOS; KJELLBERG; LALOS, 2009). Na literatura também são relatadas desordens funcionais do trato urinário devido à interrupção parcial das fibras nervosas autônomas da bexiga durante o procedimento cirúrgico. Complementando isto, Yang e colaboradores (2012) afirmam que a histerectomia radical pode alterar a inervação da musculatura do assoalho pélvico, causando sua disfunção, como enfraquecimento e, conseqüentemente, dificuldades de armazenamento e esvaziamento da bexiga, incontinência urinária e fecal e disfunção sexual.

Chuang e Kuo (2009) estudaram 49 mulheres que desenvolveram disfunção do trato urinário inferior (DTUI) após histerectomia radical (HR - n=33) ou histerectomia radical e radioterapia (HR+RT - n=16) para tratamento de CCU. Os sintomas urinários mais comuns foram dificuldade em urinar (69,4%), incontinência urinária (55,1%), frequente infecção do trato urinário (30,6%) e frequência e urgência urinárias (30,6%). As pacientes do grupo RH+RT apresentaram capacidade cistométrica significativamente menor e baixa complacência da bexiga (<10 mL/cmH₂O) em relação ao grupo HR. Porém não houve diferença entre os grupos quanto à incontinência urinária, disúria, hidronefrose, refluxo vesico-uretral ou infecção do trato urinário frequente. Além disso, foi verificado que apenas uma pequena parte da amostra (4,1%) apresentava função detrusora normal, a maior parte (85,7%) apresentava hipoatividade ou não-contratilidade detrusora e o restante (10,2%), hiperatividade detrusora. O que, segundo os autores, pode ocorrer devido a diferentes tipos de insultos neurológicos durante a HR e dissecação de linfonodos, resultando em denervação completa ou incompleta dos nervos autonômicos do plexo pélvico.

A excessiva mobilização do reto e a dissecação dos ligamentos útero sacrais durante o procedimento cirúrgico podem resultar em denervação parcial do plexo hipogástrico inferior, o qual envia fibras nervosas ao reto e ao esfíncter anal interno por meio do plexo retal. A estimulação dos nervos parassimpáticos no reto é responsável pela defecação, enquanto as fibras simpáticas inibem a expulsão das fezes. Desta forma, após a histerectomia radical, as mulheres podem experimentar disfunções agudas ou crônicas, caracterizadas por constipação, dificuldade de evacuação, perda do desejo evacuatório ou algum tipo de incontinência (FITZ *et al.*, 2011).

O tratamento cirúrgico com linfadenectomia pélvica está associado à maior chance de desenvolvimento de linfedema em membro inferior, o que poderia prejudicar a autoimagem, ameaçar a feminilidade e a autoestima, levando à restrição social (CARTER *et al.*, 2012). Há, também, a possibilidade de ocorrer alterações sensitivas, dor, restrição das atividades diárias e angústia, causando, em consequência, impacto negativo na QV (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2008). As taxas de incidência após cirurgia variam de 3,6 a 4,9%, subindo para 7 a 20% quando há dissecação de linfonodos pélvicos (STILOS; DOYLE; DAINES, 2008). Entre os fatores desencadeantes destacam-se: lesão ou trauma no membro inferior, inclusive picada de inseto; corte; injeção; queimadura solar; temperaturas extremas; viagens aéreas e celulite (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2008; STILOS; DOYLE; DAINES, 2008).

Em relação à quimioterapia, seus efeitos adversos ocorrem geralmente em curto prazo. São denominados mais comumente de toxicidade e estão relacionados à destruição de células saudáveis em mitose, provocadas pela ação sistêmica do antineoplásico (VIDAL, 2008). Carter e colaboradores (2012) afirmam que os efeitos secundários mais comuns desta terapêutica incluem a perda de cabelo e neuropatia periférica. Os compostos de platina, base do tratamento para a maioria das neoplasias ginecológicas, estão associados à neurotoxicidade, mielossupressão; nefrotoxicidade e outras toxicidades, como anemia, náuseas, vômitos e problemas de equilíbrio (CARTER *et al.*, 2012; (MAHER; DENTON, 2008). Segundo Herzog e Wright (2007), esta modalidade terapêutica também pode resultar em perda da função ovariana.

Dentre os efeitos adversos tardios do tratamento para o CCU destacam-se, então: fibrose, atrofia, estenose e redução da lubrificação vaginais, desejo hipotativo, anorgasmia, diminuição da excitação, dispareunia e vaginismo (BERNARDO *et al.*, 2007; CARTER *et al.*, 2012; CLEARY; HEGARTY, 2011; DONOVAN *et al.*, 2007; FRANCESCHINI; SCARLATO; CISI, 2010; HERZOG; WRIGHT, 2007; JENSEN *et al.*, 2003; MAHER; DENTON, 2008; RATNER *et al.*, 2010; STILOS; DOYLE; DAINES, 2008; SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2008; VIDAL, 2008; WHITE, 2008); menopausa precoce (BERNARDO *et al.*, 2007; VIDAL, 2008); linfedema em membros inferiores (CARTER *et al.*, 2012; PARK *et al.*, 2007; STILOS; DOYLE; DAINES, 2008; SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES

NETWORK, 2008); fibrose da bexiga, cistites transitórias ou crônicas, hematúria (MAHER; DENTON, 2008; VIDAL, 2008); aumento da frequência urinária, incontinência e retenção urinárias, disúria (FITZ *et al.*, 2011; MAHER; DENTON, 2008; VIDAL, 2008); retite actínica, dor retal, tenesmo, diarréia muco-sanguinolenta (VIDAL, 2008), constipação intestinal, urgência e incontinência fecais (DUNBERGER *et al.*, 2010; MAHER; DENTON, 2008; VIDAL, 2008); e fístulas urogenitais (vesico-vaginal, vesico-retal e reto-vaginal) (ANDREYEV *et al.*, 2012; VIDAL, 2008).

2.3.1.1 Impacto do tratamento para o câncer do colo uterino sobre a função sexual

Uma vida sexual considerada satisfatória é parte integrante da saúde e do bem-estar individual e muito importante numa relação afetiva (GOLBASI; ERENEL, 2012). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002b), a sexualidade é um dos indicadores de qualidade de vida; influencia pensamentos, sentimentos, ações, integrações e, portanto, a saúde física e mental (TOZO *et al.*, 2007). Ela é multifatorial e possui estrutura complexa, influenciada por fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, intelectuais, religiosos e socioculturais, logo, seu exercício depende da integração de todos esses fatores (ETIENNE; WAITMAN, 2009).

A função sexual é um conjunto de estágios físicos e psicológicos, através do qual uma pessoa progride durante a atividade sexual, conhecido como ciclo de resposta sexual (CLEARY; HEGARTY, 2011). Este é constituído por quatro fases: (1) desejo (inclui as fantasias sexuais e o interesse na atividade sexual); (2) excitação (caracteriza-se pelo prazer e pelas mudanças fisiológicas associadas); (3) orgasmo (o clímax do prazer); (4) resolução (sensação de bem-estar geral, relaxamento e retorno às condições fisiológicas anteriores ao início da atividade sexual) – (FLEURY; PANTAROTO; ABDO, 2011)

O tratamento para o CCU frequentemente resulta em alterações na anatomia vaginal e função sexual, o que, por sua vez, afeta uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, levando a uma alteração desta função - perturbação nos processos que formam o ciclo de resposta sexual (ABDO; FLEURY, 2006; ALMEIDA, 2010); comprometendo, assim, a QV da sobrevivente (CLEARY; HEGARTY, 2011).

Golbasi e Erenel (2012) afirmam que a sexualidade feminina é mais afetada negativamente por cânceres ginecológicos em comparação com outros tipos de cânceres e doenças crônicas. Além disso, seus efeitos adversos físicos e psicológicos tendem a diminuir com o tempo, porém as consequências sobre a vida sexual permanecem por longo período.

De acordo com Cleary e Hegarty (2011), apesar de todas as formas de tratamento poder gerar impacto negativo no funcionamento sexual, o tratamento com radioterapia leva a maior disfunção quando comparado ao tratamento cirúrgico e quimioterapêutico.

O desenvolvimento de estenose ou encurtamento vaginal após o término do tratamento é, muitas vezes, considerado como o principal mecanismo para as dificuldades sexuais entre mulheres submetidas à radioterapia pélvica (WHITE, 2008). A disfunção sexual secundária a esta modalidade terapêutica pode, também, refletir seu efeito radiotóxico sobre as glândulas localizadas no trato genital inferior, responsáveis pela lubrificação vaginal, assim como a radiosensibilidade das gônadas, responsáveis pela produção de hormônios esteróides femininos (BERNARDO *et al.*, 2007). Desta forma, a radioterapia pode tornar a mucosa vaginal seca, facilmente traumatizada, coarctada e menos distensível (HERZOG; WRIGHT, 2007). A hemorragia vaginal como resultado de telangectasias é comum, podendo causar medo de recidiva e estresse extremo, pois, para algumas mulheres, o sangramento pós-coito pode ter sido o primeiro sinal do CCU (STILOS; DOYLE; DAINES, 2008; WHITE, 2008).

A deficiência de estrogênio devido à menopausa induzida pela radiação ou por outras formas de tratamento, como algumas quimioterapias ou ooforectomia bilateral, pode, então, intensificar a perda de elasticidade e de lubrificação e adelgaçamento e atrofia da mucosa vaginal. A combinação desses efeitos, além de resultar em disfunção sexual, pode também impedir a realização de exames vaginais essenciais no acompanhamento clínico de rotina (LANCASTER, 2004).

Cerca de 70% das sobreviventes ao CCU sofrem de disfunções sexuais, (MAHER; DENTON, 2008; SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2008) como diminuição da sensibilidade vaginal, redução do desejo e excitação sexuais e anorgasmia, devido à secura, estenose e sangramento vaginais, dispareunia e vaginite atrófica secundárias ao tratamento realizado (BERNARDO *et al.*, 2007; CARTER *et al.*, 2012; CLEARY; HEGARTY, 2011; DONOVAN *et al.*, 2007;

FRANCESCHINI; SCARLATO; CISI, 2010; HERZOG; WRIGHT, 2007; MAHER; DENTON, 2008; RATNER *et al.*, 2010; STILOS; DOYLE; DAINES, 2008; SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2008; VIDAL, 2008; WHITE, 2008).

Em virtude de todas as alterações que podem ocorrer na vagina em longo prazo após o tratamento radioterapêutico, o baixo desejo sexual é particularmente prevalente em sobreviventes ao CCU e pode ocasionar dificuldades de excitação (WHITE, 2008). No estudo de Vidal (2008), 47% das mulheres que compunham a amostra se declararam sexualmente ativas antes e após a radioterapia, 66% destas relataram diminuição de libido; 49% relataram sangramento durante o ato sexual e 55%, dispareunia.

A depressão causada pelo câncer e seu tratamento, a ansiedade e o uso de antidepressivos também podem afetar o desejo e a função sexual. A perda de autoestima e alteração da percepção da autoimagem corporal levam à desvalorização da sexualidade e diminuição do desejo; fadiga após o tratamento também é associada à redução do desejo (RATNER *et al.*, 2010; STILOS; DOYLE; DAINES, 2008).

Bernardo e colaboradores (2007) estudaram 71 pacientes diagnosticadas com CCU localmente avançado, submetidas à radioterapia exclusiva com tempo de seguimento pós-tratamento variando entre 1 e 5 anos e concluíram que a disfunção sexual foi evidente em três quartos das pacientes. Os principais efeitos adversos do tratamento observados ao exame físico foram: fibrose e estenose vaginais (100 e 76,1%, respectivamente); diminuição da elasticidade e profundidade vaginais (100 e 98,6%, respectivamente) e atrofia da mucosa vaginal (71,8%). O comportamento sexual das pacientes mostrou variações temporais estatisticamente significativas nos períodos anterior e posterior à radioterapia, revelando um decréscimo da função sexual das pacientes. Os resultados mostraram, ainda, que 73,6% das pacientes estavam em abstinência sexual e 76,1% apresentavam frigidez, considerada como a falta simultânea de lubrificação, excitação e orgasmo.

A histerectomia radical pode levar a disfunção nervosa autonômica e sensorial pélvica, podendo afetar adversamente a sensação sexual (HERZOG; WRIGHT, 2007), a vasocongestão, lubrificação e expansão vaginal, particularmente, durante a fase de excitação sexual. Estas alterações também levam à secura vaginal e, conseqüentemente, à dispareunia (WHITE, 2008).

O útero tem uma importância simbólica para a mulher, já que representa feminilidade e fertilidade. Logo, após histerectomia, mulheres cuja fertilidade era importante expressão de sua feminilidade, tendem a apresentar pobre imagem corporal, baixa autoestima e um menor sentido de ser feminina. Assim, o tratamento pode diminuir sua autoavaliação de feminilidade, pois é evidência de desordem reprodutiva (HERZOG; WRIGHT, 2007).

Diminuição da lubrificação, encurtamento vaginal, redução/perda da sensibilidade vaginal, dispareunia, perda de libido, diminuição do orgasmo e redução da satisfação sexual também estão associados à histerectomia radical (CARTER *et al.*, 2012; MAHER; DENTON, 2008; GILBERT, USSHER; PERZ, 2011). Carter e colaboradores (2012) afirmam que as abordagens que não comprometem a inervação levam à redução dessas alterações e melhor QV, sem comprometer o resultado cirúrgico.

Donovan e colaboradores (2007) estudaram a saúde sexual de um grupo de pacientes (n=50) submetidas ao tratamento (cirúrgico – histerectomia com ou sem ooforectomia e/ou radioterapia) entre 1 e 5 anos e compararam os resultados obtidos com um grupo controle (n=50), constituído por mulheres sem história de câncer ou outra doença com ameaça à vida. Os grupos estudados eram semelhantes quanto a variáveis sociodemográficas e em termos de relação sexual no último ano. O tempo médio desde o diagnóstico de CCU foi de três anos e a maioria das pacientes (64%) foi submetida somente ao tratamento cirúrgico. Os resultados mostraram que as mulheres com história de CCU apresentavam pior saúde sexual, maior falta de interesse sexual, menos satisfação sexual e maior disfunção sexual quando comparadas às mulheres sem histórico de câncer. As pacientes com menor escolaridade, com pior percepção física, pior relacionamento com o parceiro e aquelas que foram diagnosticadas mais recentemente, apresentavam falta de interesse sexual significativamente maior; as que estavam atualmente em terapia hormonal apresentavam interesse significativamente maior. As pacientes submetidas à radioterapia (com ou sem cirurgia) apresentaram mais disfunção sexual quando comparadas às pacientes submetidas apenas ao tratamento cirúrgico. As variáveis preditoras mais consistentes de saúde sexual foram a radioterapia, o tempo desde o diagnóstico, o relacionamento com o parceiro, a autopercepção da aparência física e as mudanças vaginais. Estas variáveis foram

responsáveis por, aproximadamente, 50% da variância do interesse, satisfação e disfunção sexuais.

Park e colaboradores (2007) estudaram 860 mulheres com história de CCU (estadiamento: I a IV), com tempo após o tratamento variando de 1,4 a 22 anos, divididas em subgrupos cirurgia (n=624), cirurgia e radioterapia (n=101) e radioterapia (n=135), sendo os três subgrupos com pacientes que receberam ou não quimioterapia. Os desfechos de interesse (QV e função sexual) foram comparados entre os subgrupos e com um grupo controle formado por 494 mulheres sem história de câncer, selecionadas aleatoriamente. As mulheres sobreviventes ao CCU apresentavam pobre imagem corporal, maior ansiedade em relação ao desempenho sexual, baixa função sexual e vaginal, preocupação sexual mais frequente, linfedema de membros inferiores e sintomas de menopausa maiores em relação ao grupo controle. A dispareunia e a neuropatia perineal foram mais evidentes nas mulheres submetidas apenas ao tratamento radioterápico; o tratamento quimioterápico estava associado com presença de dispareunia, lubrificação insuficiente e ansiedade em relação ao desempenho sexual. O estudo mostrou, ainda, que os problemas sexuais apresentados pelas sobreviventes ao CCU, como falta de interesse por sexo, dispareunia e, especialmente, ansiedade em relação ao desempenho sexual, foram altamente associados com a QV.

Um estudo de desenho prospectivo investigou a ocorrência de sintomas urinários, climatéricos e sexuais em 39 mulheres com CCU antes e um ano após o tratamento. A média de idade das mulheres foi de 43 anos; a maioria foi diagnosticada com estágio IB (77%) e submetida à histerectomia radical e linfadenectomia pélvica. Foi verificado aumento significativo no uso de terapia hormonal após o tratamento; em relação aos sintomas urinários e climatéricos, não foram encontradas diferenças. No que se refere à função sexual, a maioria das mulheres relatou redução do desejo e acreditava que o tratamento teve impacto negativo sobre sua vida sexual. Embora a maior parte apresentasse dispareunia e redução do desejo sexual um ano após o tratamento, 82% possuía vida sexual ativa (LALOS; KJELLBERG; LALOS, 2009).

Outro estudo de desenho longitudinal investigou pacientes diagnosticadas com CCU em estágio inicial que foram submetidas à histerectomia radical (HR) e linfadenectomia. Os resultados mostraram que a HR têm efeitos adversos sobre a função sexual a curto e a longo prazos. Os problemas sexuais em curto prazo

encontrados foram: dificuldades orgásmicas, dispareunia, insatisfação sexual, aflição por um tamanho vaginal reduzido durante a relação sexual, problemas com a conclusão da relação sexual, e não se sentir relaxada na fase de resolução, bem como a insatisfação com a aparência. Estes problemas de imagem sexual, vaginal e do corpo iniciaram a partir de cinco semanas e persistiram até seis meses após a cirurgia. Os efeitos da HR em longo prazo foram o impacto negativo persistente sobre o interesse sexual da paciente e lubrificação vaginal reduzida durante os primeiros dois anos após a cirurgia. Aproximadamente, um terço das pacientes relataram redução do interesse sexual, da lubrificação e do tamanho vaginal em comparação com o período anterior ao diagnóstico de carcinoma. Entretanto, a maioria das pacientes com vida sexual ativa antes do diagnóstico de câncer mantiveram depois de 12 meses após a cirurgia (91%), apesar da significativa redução da frequência da atividade sexual após o tratamento (JENSEN *et al.*, 2003).

Percebe-se, então, que, apesar de apresentarem disfunções sexuais, muitas sobreviventes ao CCU mantêm-se sexualmente ativas, o que estaria relacionado à pressão em satisfazer os desejos do parceiro, pois em sociedades onde a ideologia patriarcal está muito presente, espera-se da mulher cumprir seu papel sócio-sexual como esposa, amante e reprodutora (GONÇALVES; JUBERG, 2007). Deste modo, a ansiedade surge, muitas vezes, a partir da pressão para satisfazer os parceiros, mas, por outro lado, muitas mulheres podem hesitar em recomeçar a atividade sexual por medo de sangramentos, dor, desconforto e de rejeição pós-coito (STILOS; DOYLE; DAINES, 2008).

Ratner e colaboradores (2010) afirmam que a dispareunia é o principal fator contribuinte para o desenvolvimento de disfunção sexual após o tratamento para CCU. Apesar do desejo em manter a atividade sexual, esta dispareunia e o vaginismo secundário, levam a paciente a sentir medo e evitar a relação sexual. Desta forma, os parceiros de mulheres submetidas à tratamento para CCU são drasticamente afetados pela perda da sexualidade e intimidade, influenciando negativamente a relação do casal, contribuindo para discussões e discórdia conjugal.

Corroborando isso, Cleary e Hegarty (2011) ressaltam que, geralmente, é difícil para o casal abordar o tema da sexualidade, a falta de comunicação sobre questões sexuais pode ser entendida como desinteresse e rejeição. Quando a

atividade sexual diminui, o mesmo acontece com a intimidade nos relacionamentos, devido à diminuição nos níveis de contato físico, comunicação de sentimentos e ações íntimas. Portanto, o tratamento do CCU pode levar à disfunção sexual das pacientes e, conseqüentemente, comprometer a QV das mesmas. Esta alteração também afetaria a relação do casal, resultando, muitas vezes, em insatisfação sexual, dúvidas e abandono pelos maridos, contribuindo assim, com a carga global do câncer para a mulher e seus familiares (BERNARDO *et al*, 2007; CLEARY; HEGARTY, 2011).

No que se refere à abordagem das complicações descritas após o tratamento para o CCU, segundo Maher e Denton (2008), em mulheres com função ovariana ausente após o tratamento, a terapia hormonal, além de reduzir os sintomas pós-menopausa, diminui as complicações tardias na vagina, melhorando a saúde sexual. A combinação de estrogênio tópico com dilatadores, hidratantes e lubrificantes vaginais é muito benéfica no manejo das principais disfunções sexuais apresentadas pelas sobreviventes, como a secura e estenose vaginal, que, por sua vez, causam dispareunia (CARTER *et al.*, 2012; RATNER *et al.*, 2010; LANCASTER, 2004). Além dos dilatadores vaginais, a estenose também é prevenida através da relação sexual normal por atuar alongando a vagina e desfazendo as aderências (LANCASTER, 2004). A abordagem fisioterapêutica deve ser sempre estimulada ao perceber que o exercício de dilatação orientado pós-tratamento não está apresentando resultado efetivo e for detectada estenose vaginal no exame ginecológico, sobretudo no primeiro ano de seguimento quando a reversão ainda é possível (VIDAL, 2008).

Yang e colaboradores (2012) realizaram um estudo prospectivo, randomizado e controlado para investigar os efeitos de um programa de reabilitação sobre a função da musculatura do assoalho pélvico (MAP), função sexual e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em sobreviventes ao câncer ginecológico (92,85% câncer de colo do útero e 7,15% câncer de endométrio). Trinta e quatro pacientes submetidas à histerectomia radical e linfadenectomia pélvica há um ano e três meses (média) foram distribuídas aleatoriamente em dois grupos: grupo de intervenção, submetido a um programa de reabilitação do assoalho pélvico - PRAP (n=17) e grupo controle (n=17), que recebeu os cuidados usuais. O PRAP foi realizado por um fisioterapeuta experiente e consistiu de uma sessão de exercícios (45 minutos) e uma sessão de orientações (30 minutos) por semana, durante quatro semanas. O grupo controle recebeu apenas o folheto de orientações para realização

de exercícios em casa. Vinte e quatro pacientes (12 em cada grupo) completaram o programa de exercícios. Não houve diferenças significativas nas medições de função da MAP e QVRS entre os grupos na avaliação inicial (T0). Após o PRAP (avaliação T1), o grupo intervenção apresentou melhorias significativas nos escores de função sexual, no número de mulheres sexualmente ativas, na força da MAP e na QVRS global e em alguns domínios (função física e sexual) em comparação ao grupo controle. Mostrando, deste modo, impacto positivo da intervenção fisioterapêutica em mulheres submetidas à histerectomia radical para tratamento de câncer ginecológico. Estes achados estão de acordo com Vidal (2008) e Fitz e colaboradores (2011), segundo os quais, o tratamento da disfunção sexual em sobreviventes ao câncer cervical deve ser realizado por equipe multidisciplinar, sendo importante a inclusão do fisioterapeuta.

2.4 QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida (QV) é um tema bastante discutido em função de sua importância individual e social com relação à melhora das condições de vida dos indivíduos (REDIVO; WERLANG; MÜLLER, 2008). O interesse está diretamente ligado às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde e refere-se à QV como indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas, nas decisões de condutas terapêuticas das equipes de saúde, além da avaliação do impacto físico e psicossocial das enfermidades (BERTAN; CASTRO, 2009).

O termo surgiu com o crescimento e o desenvolvimento econômico ocorridos após a Segunda Guerra Mundial, nos Estados Unidos da América (EUA), para descrever o efeito da aquisição de diferentes bens na vida das pessoas e pela busca por indicadores capazes de refletir a noção de bem-estar social. A expressão difundiu-se em várias partes do mundo e ganhou maior visibilidade, a partir da década de 1960, quando foi incluída no programa de governo do presidente dos EUA, Lyndon Johnson. Este declarou, em 1964, que “*os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas*” (FLECK *et al.*, 1999). Então, inicialmente, “qualidade de vida” foi vinculada a questões socioeconômicas e

relacionadas ao meio-ambiente (FONSECA *et al.*, 2005) e, posteriormente, passou a indicar que uma vida boa representava mais que bens materiais (MATOS, 2006).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito de QV está associado aos novos paradigmas em relação ao entendimento do processo saúde-doença, antes eminentemente biomédico e negligenciava aspectos socioeconômicos, psicológicos e sociais (BERTAN; CASTRO, 2009). A partir de 1948, quando a OMS passou a adotar como conceito de saúde o “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença passaram a ser considerados como multifatoriais, surgindo, então, o interesse pela QV como um conceito global de avaliação da saúde. Consoante com essa mudança de paradigma, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados das práticas assistenciais e das políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e da prevenção de doenças (SEIDL; ZANNON, 2004).

Para Fleck (2008), a introdução do conceito de QV como medida de desfecho em saúde surgiu no contexto de prolongamento da expectativa de vida no último século em função do grande progresso da medicina. Assim, muitas doenças que não tinham cura passaram a ter seus sintomas controlados ou um retardo de seu curso natural. Com isso, houve um prolongamento da vida com uma forma abrandada ou assintomática das doenças, sendo, portanto, necessário dispor de medidas que mensurassem a forma como as pessoas viviam estes anos a mais. Logo, este autor afirma que dentre as vertentes que convergiram para o desenvolvimento deste conceito estão a insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde e o movimento de humanização da medicina.

As medidas de desfecho em saúde baseadas em exames laboratoriais e na avaliação clínica são de inegável importância. No entanto, avaliam muito mais a doença do que o doente, ou seja, deixam o contexto da vida das pessoas inexplorado (PATRICK, 2008). Com isto, são insuficientes para avaliação do desfecho em doenças crônicas, que possui como objetivo de seu tratamento a redução do impacto da doença nas diferentes áreas da vida do paciente. Além disso, a utilização dos serviços de saúde está mais associada a como as pessoas percebem seu estado de saúde do que a seu estado de saúde objetivo. As medidas de desfecho em saúde (PRO – *patient report outcomes*) incluem não só a QV, mas

também, a disfunção, a interação, o apoio social, bem-estar psicológico, entre outros indicadores (FLECK, 2008).

A constatação da necessidade de reumanização do atendimento, por sua vez, surgiu em contraponto ao movimento de crescente sofisticação tecnológica da medicina. Assim, a preocupação em recolocar a relação médico-paciente como a grande responsável pelo sucesso das intervenções na área da saúde criou a necessidade de desenvolver parâmetros de avaliação que levem em conta este fenômeno (FLECK, 2008).

O Grupo de Qualidade de Vida da OMS - *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL GROUP) definiu, em 1995, o termo qualidade de vida (QV) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1995). Nesta definição, a OMS toma como base uma natureza multifatorial da QV, considerando seis domínios que objetivam demonstrar as diferentes dimensões do ser humano na determinação dos níveis de qualidade de vida de cada indivíduo. Estes domínios são categorizados na estrutura de seu instrumento *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-100) em saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e padrão espiritual (LANDEIRO *et al.*, 2011).

Diferentemente de outros instrumentos utilizados para avaliação de qualidade de vida, este questionário baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas (p. ex. mobilidade) e negativas (p. ex. dor) – (FLECK *et al.*, 1999).

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), QV é uma noção eminentemente humana, aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e à estética existencial; pressupondo a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. Portanto, o termo abrange muitos significados, sendo, para estes autores, uma construção social com a marca da relatividade cultural. Para Redivo, Werlang e Müller (2008), QV é uma noção que pressupõe ter alcançado certo grau de satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer.

Aaronson (1998) afirma que a QV é composta por dimensões física, ocupacional, psicológica, social e, ainda, por sintomas de doença, efeitos colaterais de tratamentos, condição funcional, estresse psicológico, interações sociais, sexualidade, imagem corporal e, até mesmo, da satisfação com o tratamento médico. Portanto, qualidade de vida é um conceito marcado pela complexidade, diferente de pessoa para pessoa (KLUTHCOVSKY, 2011) que, de acordo com Fernandes (2009), traduz o bem-estar subjetivo do indivíduo em relação a, pelo menos, quatro domínios: físico, social, psicológico e espiritual. O domínio físico refere-se à percepção que o indivíduo tem de sua capacidade para realizar suas atividades diárias; o social, à capacidade de se relacionar com membros da família, vizinhos, amigos e outros. O domínio psicológico incorpora aspectos do bem-estar emocional e mental, como depressão, ansiedade, medo e raiva. A dimensão espiritual inclui a religiosidade, porém não depende de crença religiosa; refere-se também sobre o propósito e o significado da própria vida.

Apesar de o conceito de QV apresentar diversas definições, não existindo uma definição única, segundo Matos (2006), existem três características comuns a todos os conceitos: 1) Subjetividade – considera a percepção do próprio indivíduo em relação a diversos aspectos de sua vida, inclusive sobre o seu estado de saúde. É expressa pelas palavras percepção, bem-estar e satisfação e depende do estilo de vida atual, de experiências passadas, de expectativas para o futuro, de sonhos e ambição. 2) Multidimensionalidade: o conceito de QV é composto por diversas dimensões representadas pelos diferentes aspectos da vida. Logo, QV não se restringe ao aspecto físico ou às condições econômicas, incorporando também as relações sociais, hábitos de vida, crenças religiosas, entre outras coisas. 3) Dinamismo: a QV é fundamentada em valores subjetivos que são modificáveis ao longo do tempo e com as circunstâncias ou contexto nos quais a avaliação é realizada. Por exemplo, a QV pode ser alterada tanto por efeitos imediatos como por consequências do tratamento a longo prazo, especialmente em doenças crônicas. Além disso, Zanei (2006) reitera que a QV varia entre pessoas de diferentes condições sociais, culturais ou de locais diversos e pode variar em um mesmo indivíduo dependendo do seu humor.

A conceituação do termo na área de saúde apresenta duas tendências: qualidade de vida como um conceito genérico (QV) e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). No primeiro caso, QV apresenta uma aceção mais ampla sem

fazer referência a disfunções ou agravos. Os estudos que partem desta definição genérica do termo apresentam amostras compostas por pessoas saudáveis da população, não se restringindo a amostras de pessoas portadoras de agravos específicos (SEIDL; ZANNON, 2004). O termo QVRS refere-se ao impacto da doença ou agravo ou do tratamento na vida dos pacientes (MATOS, 2006), ou seja, implica os aspectos diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004). De acordo com o grupo WHOQOL, a QVRS é uma estimativa subjetiva do paciente sobre o efeito da doença e variáveis de tratamento sobre as funções emocional, social, física e bem-estar (BARKER *et al.*, 2009). Representa, assim, a percepção da mudança do estado de saúde pelo indivíduo e o impacto dessa mudança na sua qualidade de vida (WHOQOL, 1997).

Contudo, há uma controvérsia associada ao uso da QVRS. Alguns autores defendem enfoques mais específicos da QV, pois podem contribuir para uma melhor identificação das características relacionadas a um determinado agravo. Outros ressaltam que algumas medidas de QVRS têm abordagem eminentemente restrita aos sintomas e às disfunções, contribuindo pouco para uma visão abrangente dos aspectos não-médicos associados à qualidade de vida (SEILD; ZANNON, 2004).

Assim, QVRS e estado subjetivo de saúde são conceitos afins, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. Já a QV é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições, podendo afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas (FLECK *et al.*, 1999).

Desta forma, a introdução do conceito de QV na área da saúde encontrou outros construtos presentes afins, como *status* de saúde, *status* funcional, incapacidade/deficiência, bem-estar, satisfação e felicidade. Estes tiveram desenvolvimento independente, cujos limites não são claros e apresentam várias intersecções. Assim, ainda que saúde e QV já tenham sido enxergadas como sinônimos, cabe ressaltar que saúde é um dos domínios do construto QV. Logo, saúde está associada à QV, no entanto, seu conceito transcende a sinonímia de saúde, sendo mais abrangente e incluindo aspectos do meio-ambiente que podem ou não ser afetados pela saúde (FLECK, 2008).

2.4.1 Câncer e Qualidade de Vida

Paralelamente ao processo global de industrialização, ocorrido, principalmente, no século passado, houve significativa alteração na demografia mundial, devido à redução nas taxas de mortalidade e natalidade com aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional. Com isso, aconteceu grande modificação nos padrões de saúde-doença no mundo, sendo esta denominada transição epidemiológica e caracterizada pela mudança no perfil de mortalidade com diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares e o câncer. Nos países da América Latina, entretanto, essa transição epidemiológica ainda não se completou devido a diferentes fatores como, por exemplo, a desigualdade social (GUERRA; MOURA GALLO; MENDONÇA, 2005).

Os avanços científicos possibilitaram tratamentos efetivos de controle das doenças crônico-degenerativas, acarretando o aumento da sobrevida e/ou a vida longa das pessoas acometidas por esses agravos (GOMES *et al.*, 2011; SEIDL; ZANNON, 2004). Desta forma, com o avanço na terapêutica oncológica, as características dos pacientes foram alteradas (GOMES *et al.*, 2011) e a oncologia passou a verificar a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados (FLECK *et al.*, 1999). A abordagem terapêutica, então, deixou de ser voltada apenas para a cura ou para prolongar a sobrevida (GOMES *et al.*, 2011 e AVELAR *et al.*, 2006) na medida em que foi verificada a necessidade de se acrescentar “vida aos anos” (FLECK *et al.*, 1999), ou seja, da valorização da qualidade de vida.

O câncer afeta dimensões da saúde e bem-estar (PINTO; RIBEIRO, 2005), bem como as dimensões social e psicológica. Tem um custo social altíssimo, considerando-se o sofrimento do indivíduo e de sua família e a perda de anos de vida, o que afeta, conseqüentemente, sua produção (NUCCI, 2003). Desta forma, há uma preocupação com a dimensão social envolvida na recuperação completa do estado de saúde e na integração do indivíduo à sociedade. Idealmente, o tratamento deve também potencializar a capacidade de a pessoa retomar a sua vida normal, buscando, portanto, o atendimento às várias necessidades do paciente (NUCCI, 2003).

Neste contexto, há um interesse crescente em avaliar a QV de pacientes com câncer almejando um tratamento alicerçado no cuidado integral e humanizado (AVELAR *et al.*, 2006; GOMES *et al.*, 2011; KLUTHCOVSKY, 2011; MAKLUF; DIAS; BARRA, 2005; PINTO; RIBEIRO, 2005). Esta avaliação vem sendo utilizada dentro da área da saúde como um desfecho importante para avaliar o impacto da doença sentido pelo paciente, criar indicadores da gravidade e progressão da doença e prever a influência dos tratamentos sobre a condição da mesma (MAKLUF; DIAS; BARRA; 2005).

Pinto e Ribeiro (2005) afirmam que a emergência do interesse pela avaliação da QV nos contextos de saúde não é importante apenas por uma questão humanitária, como também por uma questão da avaliação da eficácia dos serviços de saúde. Pois o bem-estar ou mal-estar psicológico parecem influenciar de alguma forma o funcionamento do organismo e a evolução da doença, o efeito da terapêutica e até a própria longevidade.

Segundo Avelar e colaboradores (2006), a QV deve ser considerada durante todas as fases do tratamento de um paciente com câncer. De fato, vários sintomas e problemas próprios ao câncer e ao seu tratamento podem afetá-la, tais como limitações na atividade diária, toxicidade advinda do tratamento e perda da autoestima. Para a maioria das pessoas, o diagnóstico do câncer representa um evento catastrófico a partir do qual terão de lidar com um estresse associado a uma doença fatal e aos efeitos colaterais do seu tratamento. Muitos pacientes, ainda, acabam experimentando mudanças de *status* no seu emprego, nas relações sociais, na sua capacidade física e no seu papel dentro da família (AVELAR *et al.*, 2006).

Em estudo de revisão sobre qualidade de vida em sobreviventes ao câncer, foi verificado que o apoio social adequado está associado a baixos níveis de ansiedade e depressão e melhores níveis de QV; a prática regular de exercícios físicos também está associada a melhores escores de QV. A idade na época do diagnóstico pode interferir no processo de adaptação, pois pessoas mais jovens evidenciam sentimento maior de perda, com repercussões na autoimagem e, conseqüentemente, na QV, apresentando maior sentimento de vulnerabilidade. Além disso, a coexistência de condições de morbidade, não relacionadas ao câncer, e condições socioeconômicas precárias têm forte influência na QV, sendo mais intensa, inclusive, que os fatores relacionados ao próprio câncer (PINTO; RIBEIRO, 2005).

Portanto, é de suma importância que os profissionais de saúde conheçam as formas de avaliar a QV (GOMES *et al.*, 2011), pois seus questionários representam uma maneira de mensurar o problema e ajudá-los a conhecer as necessidades funcionais, psicológicas e sociais de seus pacientes (AVELAR *et al.*, 2006). E demonstrar de que forma o tratamento está influenciando o dia a dia daqueles que passam por procedimentos como cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (GOMES *et al.*, 2011).

2.4.2 Mensuração da Qualidade de Vida

Os instrumentos de mensuração da QV são uma forma útil para transformar as medidas subjetivas em dados objetivos que possam ser quantificados e analisados (SCHULZ *et al.*, 2008). A avaliação pode ser feita através de instrumentos genéricos ou específicos para uma determinada função (capacidade funcional, função sexual), doença (diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, câncer) ou para um segmento da população (pacientes idosos, adolescentes) – (WINKELMANN; MANFROI, 2008).

Os questionários genéricos são idealizados para aplicação em populações saudáveis ou doentes e indicados para estudos populacionais ou epidemiológicos, planejamentos e avaliação geral do sistema de saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Como exemplos de instrumentos genéricos destacam-se o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100), sua versão abreviada (WHOQOL-bref) e o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*- SF-36 (KLUTHCOVSKY, 2011). Segundo Cella e Nowinski (2002), os instrumentos genéricos podem ser comparados com a lente maior de uma máquina fotográfica, pois capturam uma imagem ampla. Porém, os detalhes podem ser perdidos, ou seja, devido ao caráter genérico, não focalizam nas especificidades de cada doença abordada, e com isso, não é sensível a determinadas mudanças (WINKELMANN; MANFROI, 2008).

O Grupo de Qualidade de Vida da OMS (*The World Health Organization Quality of Life Group* - WHOQOL) buscou desenvolver medidas que avaliassem a QV a partir de uma perspectiva internacional, através da qual diferentes países e

culturas pudessem ter um padrão de comparação por meio de um único instrumento. Então, esse grupo organizou um projeto colaborativo multicêntrico com a participação inicial de 15 centros simultaneamente, os quais foram selecionados de forma a incluir países com diferentes níveis de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde, importância da família e religião dominante, entre outros, a fim de garantir que a colaboração fosse genuinamente internacional. Inicialmente, foi desenvolvido o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100)*, instrumento composto por seis domínios (físico; psicológico; nível de independência; relações sociais; meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais), com um total de cem questões (FLECK, 2000).

Power e colaboradores (1999) realizaram um estudo de meta-análise, utilizando o banco de dados dos estudos de validação do WHOQOL-100 em 15 países, com amostra total de 4.802 sujeitos. A pesquisa concluiu que o WHOQOL-100 tem boa capacidade psicométrica para mensurar a qualidade de vida e que a estrutura do construto é comparável nas diferentes culturas, reforçando a sua importância como ferramenta transcultural.

A necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse as características do instrumento original, de caráter abrangente e transcultural e que mantivesse também as propriedades psicométricas, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse, posteriormente, uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (FLECK *et al.*, 2000).

O WHOQOL-bref consta de 26 questões, as quais são dispostas em 24 facetas organizadas em quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente) e uma faceta sobre QV geral (THE WHOQOL GROUP, 1998; FLECK *et al.*, 2000). Diferente do WHOQOL-100, em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-bref, cada faceta é avaliada através de uma pergunta, correspondente a um item, à exceção da faceta sobre QV geral, avaliada através de dois itens, um correspondente à qualidade de vida em geral e outro sobre a percepção da saúde (CANAVARRO, 2010). As respostas para todas as questões do WHOQOL- são obtidas através de escala tipo Likert de cinco pontos, na qual a pontuação pode variar de 1 a 5. De acordo com o conteúdo das perguntas, estas são respondidas através de quatro tipos de escalas: intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca –

sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom). Tanto os domínios, assim como a faceta sobre QV geral, são medidos em direção positiva, ou seja, escores mais altos denotam melhor qualidade de vida (FIEDLER, 2008; FLECK, 1999; JORGE; SILVA, 2010).

Os instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-bref foram traduzidos e validados no Brasil segundo a metodologia preconizada pelo grupo de QV da OMS, tendo sido realizado teste de campo em 300 indivíduos para cada um dos dois instrumentos. As características psicométricas preencheram os critérios de desempenho exigidos: consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério e fidedignidade de teste-reteste. A versão em português de ambos os instrumentos foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (GRUPO WHOQOL BRASIL, 2012). Atualmente, o WHOQOL nas versões longo e abreviada está disponível em mais de 40 idiomas diferentes e é um dos instrumentos genéricos mais utilizados internacionalmente para avaliar a QV (CANAVARRO *et al.*, 2010).

O *Medical Outcomes Short - form 36* (MOS SF-36) foi desenvolvido para avaliar a qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas (FERREIRA, 2011), com o objetivo de alcançar padronizações mínimas para possibilitar comparações entre diferentes grupos, não sendo específico para determinada doença, idade ou grupo de tratamento (SF-36, 2012). Este questionário deriva-se de um instrumento que constava de 149 itens denominado *149 - item Functioning and Well-Being Profile* (FWBP), testado em pacientes americanos, como parte de um estudo de avaliação de saúde – *The Medical Outcomes Study* (MOS). O instrumento final, SF-36, é formado por oito domínios, com 36 itens, os quais podem ser agrupados em duas dimensões: física e mental. A primeira engloba os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e saúde geral, enquanto a segunda agrupa vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (ZANEI, 2006).

O SF-36, assim como o WHOQOL-100 e WHOQOL-bref, não possui um escore global, sua análise é realizada separadamente em cada domínio. Há subitens em que as respostas variam de forma dicotômica (sim e não) e há outros com graduação de seis pontos. Os escores dos subitens são padronizados e variam de 0 a 100, da pior para a melhor QV (VELOSO, 2001). Ware e Sherbourne (1992)

afirmam que, embora o SF-36 avalie oito domínios de grande relevância para a QV, alguns conceitos não estão presentes, como funcionamento familiar e sexual, funções cognitivas e alterações do sono.

Ciconelli e colaboradores (1999) traduziram e validaram esse instrumento no Brasil utilizando uma amostra de 50 pacientes com artrite reumatoide. Este trabalho permitiu evidenciar a utilidade de medidas gerais para a investigação do impacto da doença crônica sobre a vida das pessoas acometidas (SELD e ZANNON, 2004).

Na oncologia, os principais instrumentos específicos para avaliação da QV, mais especificamente da QVRS, são os desenvolvidos pela *European Organization for Research in the Treatment of Cancer* (EORTC) e o FACT (*The Functional Assessment of Cancer Therapy*) – (FERNANDES, 2009; LUCKETT *et al.*, 2011; MAKLUF; DIAS; BARRA, 2005). Esses instrumentos foram elaborados por grupos cooperativos da Europa e dos Estados Unidos da América que estudam os efeitos dos tratamentos na QVRS de pacientes com câncer. São sistemas de mensuração constituídos por um núcleo de questionário geral, ou seja, um núcleo comum de itens para qualquer tipo de câncer, seguido de módulo específico para um tipo de câncer (FERNANDES, 2009; MAKLUF; DIAS; BARRA, 2005). Para avaliar a QVRS de pacientes com câncer de colo uterino, foram desenvolvidos os módulos específicos: EORTC QLQ-CX24 e FACT-Cx (FERNANDES, 2009), porém estes ainda não foram validados no Brasil.

Os instrumentos específicos, como os descritos anteriormente, podem detectar particularidades em determinadas doenças e efeitos de tratamentos, podendo fornecer informações detalhadas de relevância clínica para o manejo dos pacientes (KLUTHCOVSKY, 2011). Entretanto, possuem as desvantagens de não permitirem comparações entre as diversas situações, serem limitados em termos de população e intervenções e estarem restritos aos domínios relevantes à doença, população ou função (WINKELMANN; MANFROI, 2008). Além disso, podem não ser o mais apropriado para avaliar pacientes após anos de tratamento, pois são desenhados para investigar os efeitos imediatos do câncer e de seu tratamento - efeitos agudos (AVIS *et al.*, 2005; VAZ, 2011; ZENG; CHING; LOKE, 2010).

2.5 QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES SOBREVIVENTES AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Com o objetivo de verificar o impacto da doença e/ou do seu tratamento na QV de sobreviventes ao CCU, assim como os fatores associados, realizou-se uma revisão sistematizada da literatura através de busca nas bases de dados bibliográficos *Medline* e LILACS, com os seguintes descritores: “*Cervical Cancer*” e “*Quality of Life*”. A busca compreendeu artigos relacionados a humanos, originais, com resumo e disponíveis na íntegra, publicados entre 2005 a 2012, no idioma inglês e que avaliaram a QV de mulheres submetidas a tratamento para o câncer do colo do útero; sendo a qualidade de vida considerada como o assunto principal (filtro).

Foram identificados um estudo na base LILACS e 15 na base *Medline*, totalizando 16 artigos cujos principais resultados encontram-se descritos a seguir. A revisão completa dos estudos identificados, bem como a discussão sobre o tema pode ser verificada em CORRÊA, C.S.L.; GUERRA, M.R.; LEITE, I.C.G. Qualidade de vida em mulheres submetidas a tratamento para o câncer do colo do útero: uma revisão sistemática da literatura. *FEMINA*, v.41, n. 3, p. 131-140, 2013 (ANEXO 2).

Um estudo brasileiro visou identificar variáveis preditoras de QVRS em uma amostra de 149 mulheres submetidas à radioterapia (exclusiva, adjuvante ou concomitante à quimioterapia) para tratamento do câncer do colo do útero e que estavam em seguimento mínimo de três meses. Considerando que os valores das médias e medianas aproximaram-se das pontuações máximas possíveis do instrumento utilizado, as pesquisadoras acreditam que, de forma geral, as pacientes avaliaram positivamente sua QVRS. Os itens “interesse por sexo”, “medo de ter relações sexuais”, “sentir-se sexualmente menos atraente” e “ter a vagina estreita ou curta demais” foram os que concentraram o maior percentual de avaliações negativas. Concluiu-se, através de regressão linear múltipla, que ter boa/muito boa percepção do estado de saúde, realizar atividades de lazer, ter atividade sexual, não ser fumante, ter cônjuge/companheiro e não ter comorbidades contribuíram para uma melhor avaliação da QVRS. Além disso, menor importância atribuída à atividade sexual e ter menos de um ano de tratamento estavam associadas a uma pior avaliação da QVRS. Assim, as autoras destacam que atenção especial deve ser

dada às disfunções sexuais dessas pacientes após a radioterapia (FERNANDES; KIMURA, 2010).

Wenzel e colaboradores (2005) avaliaram a QV de 51 mulheres, sobreviventes ao CCU, em idade fértil no momento do diagnóstico (até 45 anos), após cinco a 10 anos do término do tratamento. Os resultados foram comparados a um grupo controle (n=51) de mulheres sem história de câncer. A QV foi avaliada pelo SF-36 e a função sexual pelos instrumentos *The Gynecologic Problems Checklist* e *Sexual Activity Questionnaire*. Os resultados mostraram que as mulheres sobreviventes ao CCU tinham boa QV, particularmente evidente nos domínios físico e social. Este grupo relatou “desconforto sexual”, “ondas de calor”, “secura vaginal” e “dispareunia” significativamente superiores em relação ao grupo controle; estes problemas na função sexual estavam associados a um menor escore de QV. As sobreviventes ao câncer cervical apresentaram, ainda, maior preocupação em relação a questões reprodutivas, as quais estavam relacionadas à inabilidade para falar sobre fertilidade, tristeza e lamento pela impossibilidade de engravidar. Estas preocupações estavam associadas a piores escores de QV, menor apoio social, menor bem-estar espiritual e pior função sexual. Na população de estudo, 76,5% das mulheres informaram ser casadas quando diagnosticadas, tendo a maioria permanecido casada no momento da entrevista (72%). Entre as mulheres que se separaram após o diagnóstico, 44% atribuíram ao câncer o motivo da separação, indicando o estresse que a doença pode causar ao relacionamento.

Um estudo italiano foi realizado por Distefano e colaboradores (2008) com objetivo de verificar o impacto do estágio da doença na QV. A amostra foi composta por 93 mulheres sobreviventes ao câncer do colo do útero submetidas ao tratamento há pelo menos 12 meses e dividida em dois grupos: 1) pacientes com doença em fase inicial, tratadas com cirurgia radical associada à linfadenectomia (n=35) e 2) pacientes com doença localmente avançada, tratadas com quimiorradioterapia neoadjuvante (n=58). O tempo mediano desde o tratamento foi de 30 meses, variando de 12 a 120 meses. Foi encontrada diferença entre os grupos quanto à QV somente no domínio “funcionamento físico”, cuja pontuação foi significativamente menor em pacientes com doença localmente avançada. Através de análise multivariada, foi verificado que, independente da modalidade de tratamento, a presença de comorbidades e o baixo nível de escolaridade apresentavam associação negativa com a escala do componente físico do SF-36; enquanto idade

superior a 50 anos, desemprego e baixo nível de escolaridade mostraram impacto negativo na escala de componente mental do instrumento. Concluiu-se, então, que pacientes em estágio avançado submetidas à quimiorradioterapia pré-operatória apresentaram escore de QV inferior às pacientes com doença em fase inicial no domínio físico e possuíam maior proporção de transtornos de ansiedade.

Quanto à influência do tipo de tratamento na QV, estudo transversal chinês comparou as complicações tardias e a QV de pacientes com estágio IB-IIA de câncer do colo uterino submetidas ao tratamento cirúrgico ou radioterapêutico há, pelo menos, dois anos. A amostra do estudo foi composta por 202 mulheres divididas em dois grupos: 1) pacientes submetidas à histerectomia radical e linfadenectomia pélvica (n=91) e 2) pacientes submetidas à radioterapia pélvica externa (n=111). Verificou-se, através de análise fatorial dos efeitos adversos do tratamento, que as pacientes submetidas à histerectomia apresentavam mais disfunção neural pélvica (constipação intestinal, disúria e incontinência urinária), enquanto as pacientes submetidas à radioterapia exibiram mais disfunção intestinal (diarreia, dor abdominal e sangue nas fezes), após controle de variáveis condicionais. Não foi encontrada diferença entre os grupos em relação à função sexual. Apesar das diferentes complicações pós-tratamento entre os dois grupos, a QV foi semelhante, exceto no domínio “funcionamento social”, o qual foi superior no grupo submetido à radioterapia. Diante destes resultados, o estudo concluiu que pacientes com câncer do colo uterino em estágios iniciais, tratadas com cirurgia ou radioterapia, apresentam diferentes complicações, enquanto a QV mostrou poucas diferenças entre estas duas modalidades (HSU *et al.*, 2009).

Também com o objetivo de verificar a possível influência do tipo de tratamento, um estudo norte-americano investigou mulheres que tiveram câncer cervical (estadiamento I) e foram submetidas ao tratamento cirúrgico ou radioterápico há pelo menos cinco anos. A amostra foi composta por 114 mulheres divididas em grupo cirurgia (n=37), grupo radioterapia (n=37) e grupo controle (n=40) - mulheres sem histórico de câncer, pareadas às pacientes submetidas ao tratamento para o câncer de colo uterino quanto à idade e raça. A QV foi avaliada através do instrumento SF-12 e a função sexual, através do instrumento *Female Sexual Function Index*. Os resultados mostraram que o grupo radioterapia apresentou QV (componente “saúde física” do SF-12) e função sexual estatisticamente pior em relação ao grupo cirurgia e ao grupo controle. Com isto, os

autores concluíram que a radioterapia teve impacto negativo na função sexual e na QV, e mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico apresentam escores de função sexual e QV semelhantes a mulheres sem história de câncer (FRUMOVITZ *et al.*, 2005).

Corroborando os achados anteriores, um estudo holandês investigou a QVRS de 291 sobreviventes ao câncer do colo uterino, dois a dez anos após o diagnóstico e comparou os resultados obtidos a um grupo controle (mulheres sem câncer cervical, selecionadas aleatoriamente da população geral). Após ajuste por variáveis sociodemográficas, a “saúde mental” do SF-36 e os escores de ansiedade foram significativamente piores nas sobreviventes. Em comparação por subgrupos de sobreviventes, segundo o tempo após o diagnóstico (2-5 anos e 6-10 anos), foi encontrado maior nível de ansiedade, pior imagem corporal e maior preocupação sexual no primeiro subgrupo. Já segundo o tipo de tratamento, verificou-se piores escores nas mulheres tratadas com radioterapia primária em relação às dimensões “experiência de sintomas”, “função sexual/vaginal” e “preocupação sexual”. Assim, os autores concluíram que a radioterapia leva a maior frequência de efeitos colaterais em longo prazo em comparação ao tratamento cirúrgico e que as sobreviventes ao câncer de colo uterino apresentam QV (“saúde mental”) inferior ao grupo controle (KORFAGE *et al.*, 2009).

Nessa mesma direção, Greimel e colaboradores (2009) investigaram os efeitos adversos tardios do tratamento sobre a QV e a função sexual de sobreviventes de câncer do colo uterino. A amostra do estudo foi composta por 121 mulheres, divididas em grupo cirurgia (GC - n=63), cirurgia e quimioterapia (GCQ - n=38) e cirurgia e radioterapia (GCR - n=20). Foi verificado que o GCR apresentou QV significativamente pior em vários domínios da escala de função; nível mais elevado de “náusea/vômito”, “dor” e “perda de apetite” e mais “dificuldades financeiras”. Além disto, este grupo apresentou mais problemas de frequência e incontinência urinária e sensação de vagina estreita. Os resultados de QV foram comparados com dados normativos de referência de 1.139 mulheres sem história de câncer e o grupo GCR apresentou menores escores médios em todas as escalas de função e maiores escores em seis escalas de sintomas. Quanto à função sexual, o grupo GCR também apresentou menor taxa de atividade sexual. O estudo conclui, então, que as mulheres tratadas com radioterapia adjuvante são mais propensas a uma pior QV em longo prazo.

Um estudo chinês foi realizado por Lai, Tang e Chung (2009) com o objetivo de avaliar a QV de mulheres que tiveram CCU em diferentes faixas etárias, através do instrumento WHOQOL-bref em sua versão chinesa. A amostra do estudo foi composta por 173 mulheres com idade média de 54,76 anos, com tempo médio desde o diagnóstico de 2,4 anos e foi dividida em três grupos de acordo com a faixa etária: 1) Grupo de adultas jovens – 18 a 45 anos (n=50); 2) Grupo de adultas de meia-idade – 46-65 anos (n=79) e 3) Grupo de mulheres idosas - \geq 66 anos (n=44). Não houve diferença em relação à QV entre os grupos, exceto no domínio “relações sociais”, o qual mostrou deteriorar-se com o avançar da idade. No entanto, houve diferenças substanciais em termos de fatores associados à QV nos diferentes grupos etários. Para as pacientes do grupo 1, o *status* de estar trabalhando, o maior grau de escolaridade e a ausência de morbidade psiquiátrica foram positivamente associados com a QV. No grupo 2, maior tempo desde o término do tratamento; estadiamento mais avançado do câncer; ter uma crença religiosa, estar empregada, ter um parceiro e ausência de morbidade psiquiátrica foram positivamente associados com a QV. No grupo 3, as pacientes mais jovens, sem história de aborto, vivendo com um parceiro e que têm uma crença religiosa apresentaram melhor QV. Segundo os autores, o conhecimento destes fatores pode direcionar as intervenções em cada faixa etária, visando melhorar a QV de mulheres sobreviventes ao CCU.

Com o objetivo de investigar fatores sociodemográficos associados à QVRS, Ashing-Giwa e colaboradores (2009) realizaram estudo transversal com uma amostra de 560 mulheres sobreviventes ao câncer cervical (273 euro-americanas e 287 latino-americanas, das quais 88 falavam inglês e 199, espanhol), 1 a 5 anos após o diagnóstico. Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação à renda: as mulheres europeias apresentavam a maior renda enquanto as latino-americanas falantes de espanhol, a menor. A média dos escores de QVRS diferiu entre os grupos tanto em relação à etnia, quanto em relação ao idioma, sendo que as mulheres latinas de língua espanhola apresentaram o menor escore e as europeias o maior. Além disso, as latino-americanas de língua espanhola apresentaram o maior impacto negativo na função sexual, o pior apoio social, a pior relação médico-paciente e a maior espiritualidade. Estas diferenças persistiram após o controle de covariáveis. Observou-se, assim, que as mulheres latino-americanas de língua espanhola

possuem pior QVRS, devido, sobretudo, à falta de suporte social e dificuldades socioeconômicas e de recursos.

Em 2011, também foi publicado um estudo que investigou a associação entre etnia e idioma com a QVRS. A amostra foi composta por 273 mulheres europeias e 287 latino-americanas sobreviventes ao câncer do colo uterino. Quanto à etnia, as mulheres latino-americanas apresentaram piores escores de QVRS, de estado geral de saúde e de bem-estar psicológico em relação às europeias. Quanto ao idioma, as latino-americanas que falavam espanhol tiveram piores escores de QVRS. A relação médico-paciente foi melhor para as mulheres europeias e latino-americanas falantes de inglês; a espiritualidade foi maior nestas últimas. Foi verificado que a radioterapia estava associada negativamente à QVRS (europeias e nas latino-americanas de língua inglesa) e à função sexual (exceto para as latino-americanas que falavam inglês). Assim, os autores concluíram que a influência dos componentes dos níveis individual e sistêmico sobre o desfecho “QVRS global” parece variar de acordo com a etnia, o que evidencia a necessidade de maior atenção da equipe de saúde aos grupos étnicos mais vulneráveis (ASHING-GIWA; LIM, 2011).

Com o intuito de investigar a possível associação entre QVRS e sobrevida, Ashing-Giwa, Lim e Tang, no ano de 2010, realizaram um estudo de coorte com uma amostra multiétnica de 353 mulheres submetidas ao tratamento para o câncer cervical. A variável dependente do estudo foi o tempo de sobrevida de cinco anos, a partir da data de avaliação da QVRS. A amostra foi composta por pacientes com estágio de I a III, sendo a maioria (56,4%) em estágio I ao diagnóstico. No momento da avaliação da QVRS e da sobrevida, a idade média da amostra foi, respectivamente, de 51 (24-89 anos) e 57 anos (31-96 anos). Em relação à QVRS, a dimensão “funcional” e os itens de “preocupações adicionais” do FACT-Cx, assim como o escore global deste instrumento e os componentes físico e mental do SF-12 foram significativamente associados à sobrevida. Na análise multivariada, esta associação entre QVRS e sobrevida permaneceu positiva após o controle de covariáveis. O estudo destaca a relevância da avaliação da QVRS, uma vez que permite identificar os problemas apresentados pelas pacientes e guiar a intervenção, visando aumentar a sobrevida nas mulheres acometidas pela doença.

Também com o objetivo de verificar a associação da QVRS pré-tratamento com sobrevida livre de doença e sobrevida global em mulheres com CCU, uma pesquisa norte-americana foi conduzida com 938 mulheres inscritas em três estudos

de intervenção, cujos critérios de elegibilidade eram: doença em estágio avançado (IVB), recorrente; ou doença persistente com histologia escamosa, adenoescamosa ou adenocarcinoma. A avaliação da QVRS ocorreu antes da randomização e do início do primeiro ciclo de tratamento. A maioria das pacientes era branca não-hispânica, com idade entre 40-69 anos e com o câncer cervical recorrente tratado com quimiorradioterapia antes da inclusão no estudo. Apenas o domínio físico permaneceu significativamente associado à sobrevida global de forma independente podendo, assim, prever a sobrevida no câncer de colo do útero avançado e ser usado como um indicador clínico de problemas que são passíveis de cuidados (CHASE *et al.*, 2012).

Com a finalidade de avaliar a QV em pacientes durante e após o tratamento, de acordo com o *status* menopausal e aspectos terapêuticos, um estudo transversal foi realizado com 346 pacientes de 14 países. A maioria teve o diagnóstico da doença em estágios precoces e o tempo médio de seguimento foi de 2,5 anos. Quanto ao *status* menopausal, foi verificado que as mulheres na pré-menopausa apresentavam mais “perda de apetite” e “dificuldades financeiras”; já as mulheres com menopausa decorrente do tratamento apresentaram piores escores de “funcionamento vaginal/sexual”, “linfedema” e “neuropatia periférica”. No momento da avaliação da QV, 40,8% das pacientes estavam em tratamento ativo e 59,2%, em seguimento. As primeiras apresentaram impacto negativo na QV. O domínio “funcionamento vaginal/sexual” mostrou-se melhor durante o tratamento, mais problemas com linfedema foram relatados por pacientes em acompanhamento. Quanto à modalidade de tratamento, o prejuízo principal na QV foi relatado por pacientes submetidas à cirurgia e tratamento adjuvante. As pacientes tratadas com radioterapia apresentaram forte impacto negativo no “funcionamento emocional”, “diarreia”, “náuseas e vômitos”, além de mais problemas na “atividade sexual” e no “funcionamento vaginal/sexual” (BJELIC-RADISIC *et al.*, 2012).

Barnas e colaboradores (2012) avaliaram prospectivamente a QV de 100 mulheres em estágio inicial de câncer cervical (FIGO IA2-IIA). Os instrumentos de avaliação foram aplicados no momento da hospitalização para o tratamento cirúrgico (T1), três (T2) e seis meses após (T3). Foi observada QV global semelhante entre T2 e T3, a qual foi significativamente superior em relação ao T1. Houve melhora nos domínios de “função emocional” e “cognitiva” em T2 e T3 em relação ao T1. O domínio de “função desempenho” também foi melhor em T3, quando comparado a

T1 e T2. A diarreia foi um sintoma muito mais frequente em T1 e T3. Houve deterioração significativa da QV nos domínios sobre “imagem corporal”, “neuropatia periférica” e “preocupações sexuais” em T2 e T3, em comparação com os valores pré-tratamento, observando-se, em contrapartida, melhora nos “sintomas de menopausa”, “função sexual”, “insônia”, “perda de apetite” e “dificuldades financeiras”. A significativa melhora na QV global e nas funções “cognitiva” e “emocional”, segundo os autores, pode ter resultado da menor frequência de sintomas como insônia ou perda de apetite e dificuldades financeiras durante o período de tempo avaliado. Os autores concluem que o câncer, seu tratamento e os efeitos do tratamento, tiveram em conjunto um efeito sobre a QV (BARNAS *et al.*, 2012).

Outro estudo, também com desenho longitudinal, dividiu as sobreviventes ao câncer do colo do útero em dois grupos: 1) estadiamento precoce, tratadas com histerectomia radical e linfadenectomia pélvica (n=105) e 2) pacientes com doença localmente avançada, submetidas à cirurgia radical e quimiorradioterapia (n=122). A QV foi avaliada dentro de uma semana após o diagnóstico (“*baseline*”) e após 3, 6 e 12 meses do término do tratamento. No grupo 2, houve uma avaliação após o término da quimiorradioterapia (antes do tratamento cirúrgico). Na linha de base (“*baseline*”), atividade e satisfação sexuais foram significativamente melhores no grupo 1. Ao final de 12 meses, houve uma melhora da imagem corporal no grupo 1, enquanto o grupo 2 apresentou uma súbita deterioração na avaliação após a quimiorradioterapia e, posteriormente, retornou aos valores basais. Ambos os grupos apresentaram uma gradual e progressiva melhora no escore de QV global ao longo do tempo, embora a pontuação dos sintomas de menopausa e de linfedema tenha aumentado consideravelmente em relação aos valores basais. A atividade sexual e os escores de ansiedade também melhoraram em ambos os grupos. O estudo concluiu, então, que linfedema e sintomas de menopausa foram as sequelas mais incapacitantes relacionadas ao tratamento (FERRANDINA *et al.*, 2012).

Carter e colaboradores (2010) avaliaram prospectivamente as preocupações emocionais, sexuais e a QV de mulheres que tiveram câncer do colo do útero em estágio inicial (IA–IB2), submetidas à traquelectomia radical (TR) ou à histerectomia radical (HR), sem tratamento adjuvante. As avaliações foram realizadas em um momento pré-operatório e 3, 6, 12, 18 e 24 meses após a cirurgia. Cinquenta e duas mulheres, com idade entre 18 e 45 anos, compuseram a amostra, sendo 33

submetidas à TR e 19 à HR (das quais, 74% foram submetidas à salpingooforectomia bilateral). Os escores de humor, angústia, função sexual e QV não diferiram significativamente em relação ao tipo de cirurgia. Quanto aos sintomas depressivos no pré-operatório, ambos os grupos apresentaram pontuações médias sugestivas de depressão; já no pós-operatório, as pontuações permaneceram na faixa subclínica. Apesar da redução ao longo do tempo, os dois grupos apresentaram níveis clínicos persistentes de angústia relacionada ao câncer e seu tratamento. Em relação à QV, houve uma melhora nos grupos de tratamento, e, considerando toda a amostra estudada, a QV melhorou durante o primeiro ano, atingindo um platô entre o primeiro e segundo ano. Quanto à função sexual, foi verificado que a maior parte da amostra apresentava disfunção ao longo dos 2 anos (71% na avaliação inicial e 55% após 24 meses), independente do tipo de cirurgia. Diante destes resultados, os autores destacam que, mesmo as pacientes submetidas a tratamentos mais conservadores em relação à histerectomia, como a traquelectomia radical, merecem atenção especial no que se refere à sexualidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida e a função sexual de mulheres submetidas ao tratamento para o câncer de colo do útero e comparar com um grupo controle de mulheres sem história de câncer.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar características socioeconômicas, demográficas, de saúde autorreferidas, qualidade de vida e função sexual das sobreviventes ao CCU com um grupo controle;
- Verificar a presença de possíveis efeitos adversos do tratamento e sua associação com a qualidade de vida e com a função sexual;
- Verificar a proporção de mulheres sexualmente ativas, bem como a proporção de mulheres que apresentam disfunção sexual no grupo de estudo;
- Correlacionar a função sexual com os domínios de qualidade de vida.
- Identificar fatores clínicos, terapêuticos, demográficos, socioeconômicos e hábitos de vida associados à qualidade de vida e à função sexual.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo epidemiológico observacional, analítico, do tipo caso-controle.

4.2 SELEÇÃO E COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra do presente estudo é composta por dois grupos: câncer (casos) e controle.

O grupo câncer foi composto por mulheres submetidas ao tratamento para CCU, no Instituto Oncológico de Juiz de Fora, no período de 2005 a 2013, ou que estavam em acompanhamento nesta instituição ou no Centro de Atenção à Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (CAS-HU/UFJF).

Já o grupo controle, de base populacional, foi formado por mulheres adscritas à Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do bairro Parque Guarani, que realizaram o exame de Papanicolau (preventivo) nesta unidade no último ano, no momento da entrevista.

O recrutamento dos casos foi efetuado, inicialmente, através do registro hospitalar de câncer (RHC) do Instituto Oncológico. Em seguida, a amostra do grupo caso foi selecionada por meio de busca ativa nos prontuários, através dos quais foram obtidos dados de endereço residencial e telefone para contato. A partir destes dados, a pesquisadora responsável fez o convite de participação na pesquisa àquelas mulheres que atenderam aos critérios de elegibilidade do estudo por meio de contato telefônico. Em vista da grande dificuldade em contactar as pacientes, devido à desatualização dos dados dos prontuários e ao fato de que muitas pacientes contactadas moravam fora da cidade, optou-se por acompanhar também o Serviço de Oncologia do Hospital Universitário. Assim, as pacientes elegíveis que

compareciam a este serviço eram convidadas a participar da pesquisa após a consulta de acompanhamento.

O recrutamento do grupo controle foi realizado, inicialmente, por meio de convite às mulheres que iam à UAPS Parque Guarani realizar o preventivo para participar da pesquisa. Posteriormente, através do livro de registro de preventivo da unidade, foram obtidos os dados de mulheres que realizaram o exame de Papanicolau (preventivo) na unidade no último ano. Então, a pesquisadora responsável entrou em contato com estas mulheres e fez o convite de participação.

Portanto, a seleção de ambos os grupos foi feita por amostragem não-probabilística, por conveniência, sendo incluídas as pacientes que compareciam aos serviços e aceitaram participar. As figuras 1 e 2 ilustram o recrutamento em cada grupo.

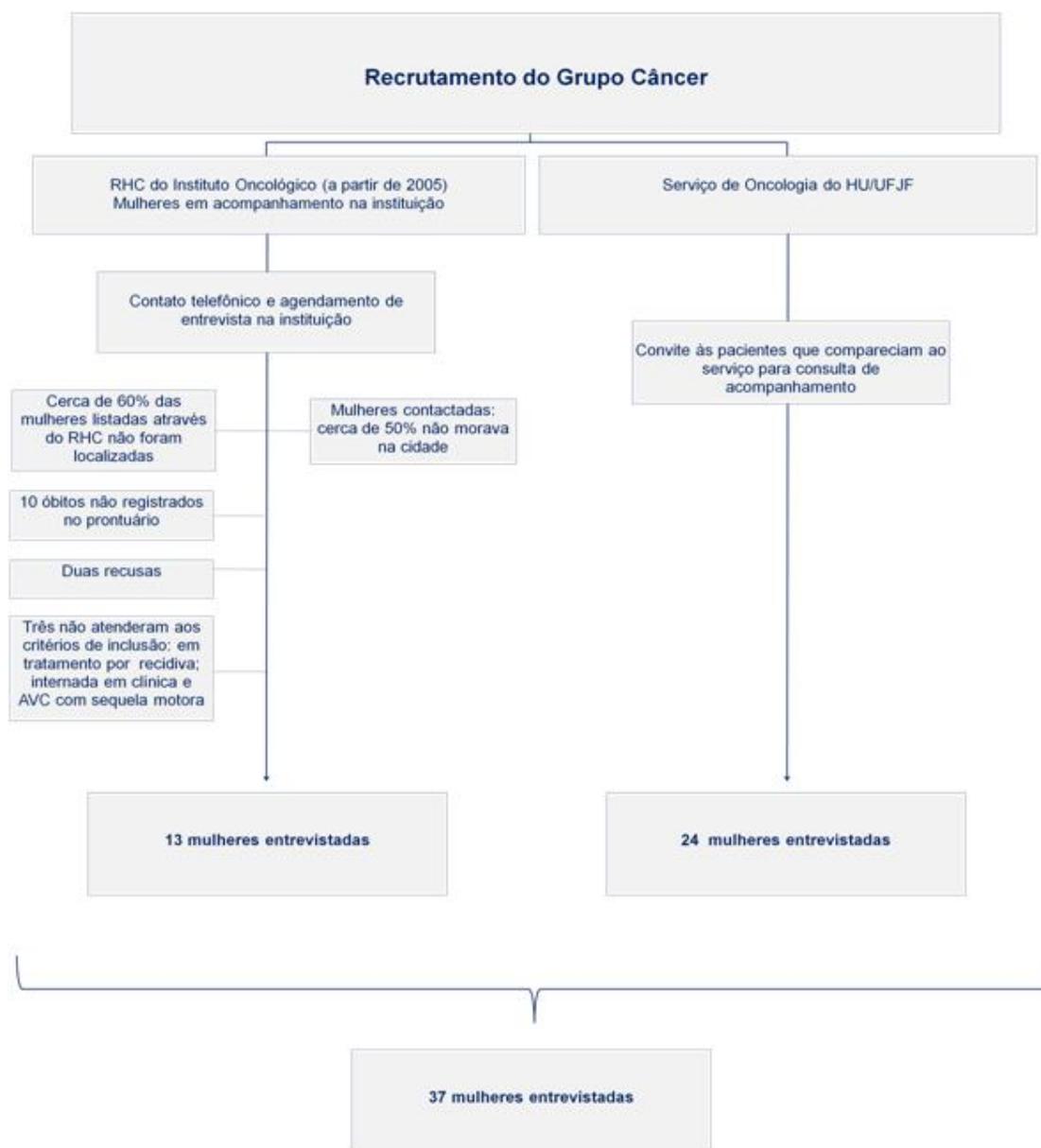


FIGURA 1 - Recrutamento do grupo câncer

Fonte: Dados da pesquisa.

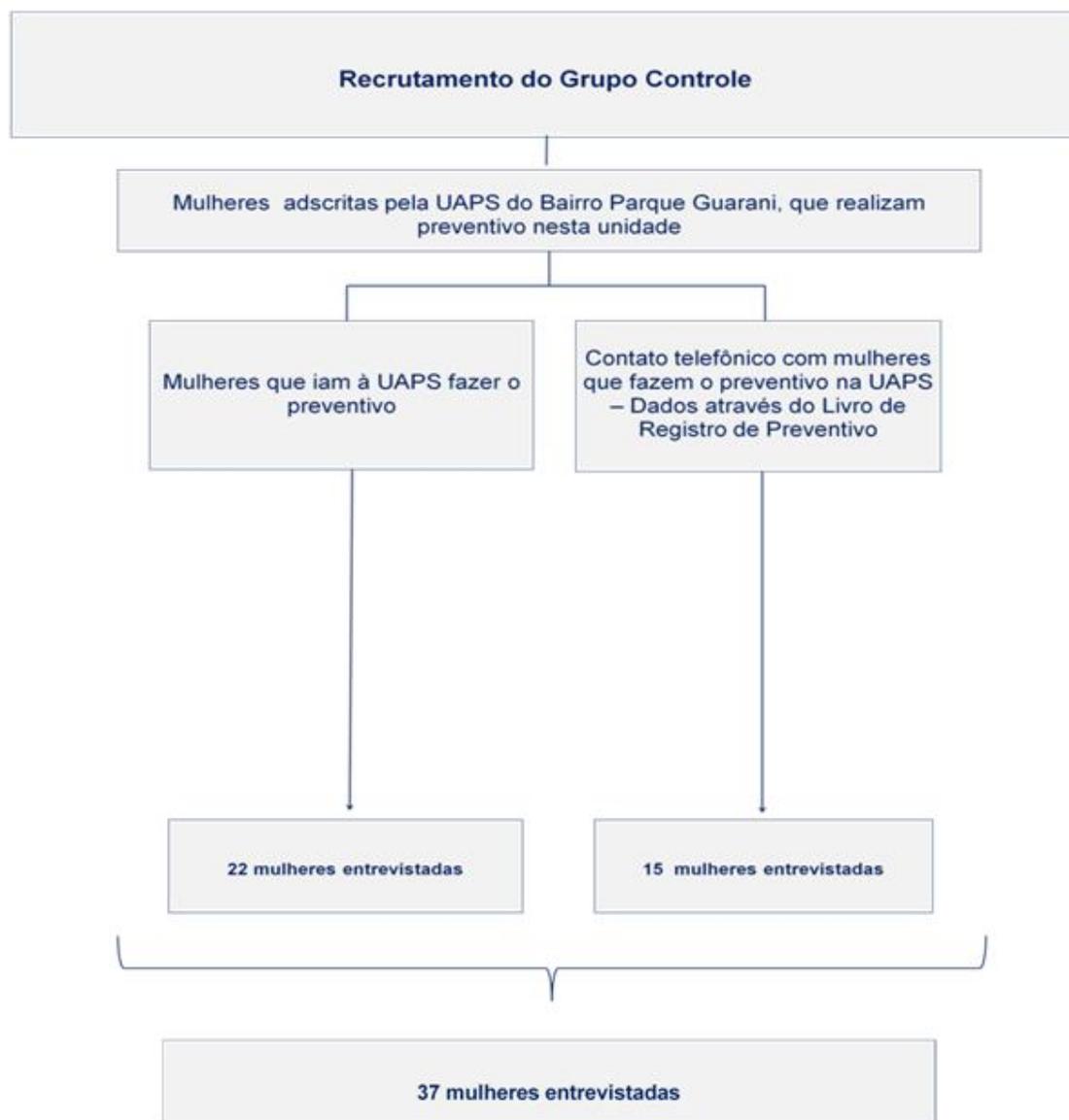


FIGURA 2 – Recrutamento do grupo controle

Fonte: Dados da pesquisa.

4.2.1 Critérios de Inclusão

4.2.1.1 Grupo Câncer

- Mulheres diagnosticadas com CCU invasivo;
- Término do tratamento de, no mínimo, três meses na data da coleta de dados - tempo definido para o início dos efeitos adversos tardios (MAHER; DENTON, 2008; NATIONAL CANCER INSTITUTE, 1999; VAZ *et al.*, 2011; VIDAL, 2008);
- Idade igual ou superior a 18 anos.

4.2.1.2 Grupo Controle

- Mulheres sem história de câncer, adscritas à APS do Bairro Parque Guarani, que realizaram preventivo nesta unidade no período estabelecido para a coleta deste estudo.
- Idade igual ou superior a 18 anos.

4.2.2 Critérios de Exclusão

- Apresentar diagnóstico de transtornos psiquiátricos, doenças mentais ou neurológicas, com algum déficit cognitivo e, conseqüente, comprometimento da avaliação da QV pelo WHOQOL-bref;
- História de outro câncer (para as mulheres do grupo câncer) ou de morbidade importante com prejuízo potencial na qualidade de vida, como insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica ou distúrbios osteomioarticulares graves e incapacitantes;

- Estar em tratamento de recidiva da doença para o grupo câncer.

4.3 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados do presente estudo foi realizada de janeiro a outubro de 2013. As mulheres que cumpriram os critérios de elegibilidade foram convidadas a participar da pesquisa e devidamente informadas quanto aos procedimentos, justificativa e relevância de tal estudo.

Aquelas que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 1) e, então, os dados foram coletados, através de entrevista face a face com as participantes, em espaço adequado, no Instituto Oncológico, no CAS-HU/UFJF e na UAPS Parque Guarani, através dos seguintes instrumentos:

4.3.1 Questionário de caracterização da amostra

Foi elaborado um questionário estruturado para caracterização de cada grupo.

Para o grupo câncer, o questionário foi dividido em três partes. A primeira refere-se às características da doença e do tratamento realizado e ao diagnóstico de outras comorbidades, cujos dados foram obtidos por meio de busca nos prontuários; já a segunda parte refere-se a características socioeconômicas, demográficas, hábitos de vida, suporte/rede social e comorbidades autorreferidas; a terceira parte é composta por alterações relacionadas a possíveis efeitos adversos do tratamento (APÊNDICE 2).

Para o grupo controle, o questionário foi composto por questões referentes a características socioeconômicas, demográficas, hábitos de vida, suporte/rede social, doenças e sintomas autorreferidos, menopausa e sexualidade (APÊNDICE 3).

4.3.2 Questionário de avaliação da qualidade de vida

Para avaliar a QV, foi utilizado o questionário genérico desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, em sua versão abreviada - WHOQOL-bref (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996 – ANEXO 3).

Os questionários de avaliação da QV específicos para câncer, como o EORTC QLQ-30 e o FACT, têm maior especificidade, já que podem detectar particularidades da qualidade de vida e efeitos de tratamentos (KLUTHCOVSKY, 2011). Porém, podem não ser os mais apropriados para avaliar pacientes após anos de tratamento, pois são desenhados para avaliar os efeitos imediatos do câncer e de seu tratamento (efeitos agudos); logo, não abordam as sequelas em longo prazo (AVIS *et al.*, 2005; VAZ, 2011; ZENG; CHING; LOKE, 2010), que são um dos objetos de estudo do presente projeto de pesquisa. Além disso, até o momento, não foi encontrado nenhum instrumento de mensuração da QV específico para câncer de colo de útero validado para a população brasileira. Desta forma, optou-se por utilizar a versão abreviada do instrumento desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, o WHOQOL-bref, instrumento traduzido e validado para ser utilizado na população brasileira (FLECK *et al.*, 2000), de ampla utilização em estudos nacionais e internacionais, que avalia a QV de forma multidimensional e subjetiva (CANAVARRO *et al.*, 2010).

O WHOQOL-bref é composto por 26 questões: duas sobre qualidade de vida global, englobando a percepção da QV e a satisfação com a saúde e as demais representando cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100. Estas são organizadas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1998; FLECK *et al.*, 2000) – Quadro 1.

WHOQOL-bref	
Domínios	Facetas (questão)
1 Físico	“Dor e desconforto” (Q3); “Energia e fadiga” (Q10); “Sono e repouso” (Q16); “Mobilidade” (Q15); “Atividades da vida cotidiana” (Q17); “Dependência de medicação ou de tratamentos” (Q4) e “Capacidade de trabalho” (Q18).
2 Psicológico	“Sentimentos positivos” (Q5); “Pensar, aprender, memória e concentração” (Q7); “Autoestima” (Q6); “Imagem corporal e aparência” (Q11); “Sentimentos negativos” (Q26) e “Espiritualidade/religião/crenças pessoais” (Q19).
3 Relações Sociais	“Relações pessoais” (Q20); “Suporte (Apoio) social” (Q22) e “Atividade sexual” (Q21).
4 Meio Ambiente	“Segurança física e proteção” (Q8); “Ambiente no lar” (Q23); “Recursos financeiros” (Q12); “Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade” (Q24); “Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades” (Q13); “Participação em, e oportunidades de recreação/lazer” (Q14); “Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima” (Q9) e “Transporte” (Q25).
QV global	Duas perguntas: Percepção QV (Q1) e Satisfação com a saúde (Q2).

QUADRO 1 – Composição do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-bref)

Fonte: POWER, 2008; THE WHOQOL GROUP, 1998.

As respostas para as questões do WHOQOL-bref são obtidas através de quatro tipos de escalas: intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito

satisfeito; muito ruim – muito bom), com pontuação podendo variar de 1 a 5. Tanto os domínios como a faceta sobre QV geral são medidos em direção positiva, ou seja, escores mais altos denotam melhor qualidade de vida (FLECK, 1999; JORGE; SILVA, 2010).

Para o cálculo dos escores utilizou-se a sintaxe oferecida pelo Grupo WHOQOL para ser usada no programa de *software Statistical Package for Social Science* (SPSS) – ANEXO 4. Com esta sintaxe, o programa considera o número de questões respondidas em cada um dos domínios do instrumento e padroniza os escores para que estes, em todos os domínios, variem de 0 a 100 pontos (sendo 100 a melhor QV possível). Além disso, os valores das questões Q3, Q4 e Q26, formuladas na direção oposta (quanto maior o escore, pior QV) são invertidos para a composição do escore de cada domínio (MORENO *et al.*, 2006). Os resultados do WHOQOL-bref são analisados dentro de cada domínio, pois não existe um escore total para esse questionário (FIEDLER, 2008).

4.3.3 Questionário de avaliação da função sexual

Para avaliar a função sexual das participantes sexualmente ativas foi utilizado o *Female Sexual Function Index* – FSFI (ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA - ANEXO 5) (PACAGNELLA *et al.*, 2008). Este questionário foi traduzido para o português e adaptado culturalmente, sendo considerado válido para avaliação da resposta sexual das mulheres brasileiras (THIEL *et al.*, 2008). Cumpre todos os requisitos propostos para o protocolo de validação internacional, é breve e de fácil compreensão e aplicação (PACAGNELLA *et al.*, 2008). Além disso, o instrumento apresenta fortes propriedades psicométricas para avaliar e monitorar a função sexual entre mulheres sexualmente ativas sobreviventes ao câncer, inclusive ao câncer de colo uterino. Porém, não é considerado válido para avaliar a função sexual de sobreviventes que não são sexualmente ativas (BASER; LI; CARTER, 2012).

O FSFI é um questionário específico, desenvolvido para ser autoaplicado e que se propõe a avaliar a resposta sexual feminina nos domínios (fases ou componentes da resposta sexual): desejo sexual, excitação sexual, lubrificação

vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Para isso, são apresentadas 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e apresentam escores em cada componente (THIEL *et al.*, 2008).

Para cada questão, existe um padrão de resposta, e as respostas recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor, a pontuação é definida de forma invertida. Cabe ressaltar que, se o escore de algum domínio for igual a zero, isso significa que não foi referida pela entrevistada relação sexual nas últimas quatro semanas. Ao final, é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que torna homogênea a influência de cada domínio no escore total. Assim, para chegar ao escore total, deve-se proceder à soma dos valores das questões, multiplicar essa soma pelo fator de correção e, então, somar os valores de cada domínio. Logo, os escores finais podem variar de 2 a 36 (Quadro 2), sendo os escores mais altos indicadores de melhor grau de função sexual (PACAGNELLA *et al.*, 2008).

Domínio	Questões	Variação do escore	Fator de multiplicação	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1,2	1-5	0,6	1,2	6
Excitação	3,4,5,6	0-5	0,3	0	6
	Lubrificação	7,8,9,10	0-5	0,3	0
Orgasmo	11,12,13	0-5	0,4	0	6
Satisfação	14,15,16	0 (ou 1)-5*	0,4	0,8	6
Dor	17,18,19	0-5	0,4	0	6
Escore total				2	36

QUADRO 2 – Escores de avaliação do Índice de Função Sexual Feminina

Legenda:* Questão 14 varia de 0-5; Questões 15 e 16 de 1-5.

Fonte: PACAGNELLA *et al.*, 2008.

Com base no valor do escore total, é possível discriminar as populações com maior e menor risco de apresentar disfunção sexual (PACAGNELLA *et al.*, 2008).

Mulheres que apresentam escore menor ou igual a 26 devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual (BASER; LI; CARTER, 2012; PRADO; MOTA; LIMA, 2010; WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005).

4.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS

4.4.1 Variáveis dependentes

4.4.1.1 Qualidade de vida

Mensurada através do questionário WHOQOL-bref. Esta variável é medida como variável numérica contínua, considerando o escore de cada um de seus domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente) e as duas perguntas sobre QV geral (percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde).

4.4.1.2 Função Sexual

Mensurada através do questionário FSFI. Esta variável é medida como variável numérica contínua, considerando o escore total e de cada dimensão (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) do instrumento.

4.4.2 Variáveis independentes

➤ Variáveis clínicas e terapêuticas (grupo câncer):

- Tipo histológico do tumor: categorizada como escamoso; adenocarcinoma e outros.

- Estadiamento, segundo a classificação TNM/FIGO (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2012): categorizada em T1/I; T1a/IA1; T1a2/IA2; T1b/IB; T1b1/IB; T1b2/IB2; T2/II; T2a/IIA; T2b/IIB; T4/IVA; NX; N0; N1; MX; M0 e M1/IVB.
 - Tratamento local: categorizada em cirurgia; cirurgia e radioterapia; radioterapia exclusiva.
 - Tratamento sistêmico (quimioterapia): categorizada em sim ou não.
 - Modalidade radioterapia: categorizada em teleterapia; braquiterapia ou ambas.
 - Dose total radioterapia: em cGy.
 - Número de sessões de radioterapia.
 - Tempo de término do tratamento: será categorizada em ≤ 1 ano; 1-2 anos; 2-3 anos; 3-4 anos e ≥ 4 anos.
 - Comorbidades: categorizada em nenhum outro problema de saúde; hipertensão arterial; diabetes; infarto do miocárdio; insuficiência cardíaca congestiva; doença vascular periférica; acidente vascular encefálico; doença renal; doença pulmonar obstrutiva crônica; hepatite; HIV/AIDS; artrite ou reumatismo; doença de pele; demência; doença de Parkinson; depressão; fraturas; problemas com álcool ou drogas; problemas visuais; outros.
- **Variáveis socioeconômicas, demográficas, psicossociais, hábitos de vida, suporte/rede social:**
- Região onde mora: categorizada em área urbana e área rural (grupo câncer).
 - Idade: anos completos na data da entrevista.
 - Cor ou raça autodeclarada: categorizada em preta; amarela; parda, morena, mulata; branca e indígena.
 - Filhos: categorizada em sim ou não.
 - Número de filhos.
 - Preocupação com a capacidade de ter filhos: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito (grupo câncer).
 - Situação conjugal antes do tratamento: categorizada em solteira, casada, divorciada, viúva e vivendo em união estável (grupo câncer).

- Situação conjugal na data da entrevista: categorizada em solteira, casada, divorciada, viúva e vivendo em união estável.
- Relacionamento com marido/companheiro: categorizada em muito ruim, ruim, regular, bom e muito bom.
- Motivo do divórcio/separação relacionado ao diagnóstico de câncer/tratamento: categorizada em sim ou não (grupo câncer).
- Situação de trabalho antes do tratamento: categorizada em emprego formal; autônoma; desempregada; em licença saúde; aposentada e trabalho doméstico (“do lar”) – (grupo câncer).
- Situação de trabalho na data da entrevista: categorizada em emprego formal; autônoma; desempregada; em licença saúde; aposentada e trabalho doméstico (“do lar”).
- Relação entre o motivo de não estar trabalhando atualmente com o câncer e/ou seu tratamento: categorizada em sim ou não (grupo câncer).
- Plano de saúde privado: categorizada em sim ou não.
- Renda familiar: categorizada em até um salário mínimo; 2-3 salários mínimos; 4-5 salários mínimo e mais de 5 salários mínimos.
- Nível de escolaridade: categorizada em analfabeto; 1ª a 4ª série do primeiro grau – incompleto; 1ª a 4ª série do primeiro grau – completo; 5ª a 8ª série do primeiro grau - incompleto ; 5ª a 8ª série do primeiro grau – completo; 1ª a 3ª série do segundo grau (ensino médio) – incompleto; 1ª a 3ª série do segundo grau (ensino médio) – completo; ensino superior incompleto; ensino superior em andamento; ensino superior completo e pós-graduação.
- Religião: categorizada em sim ou não.
- Tipo de religião: categorizada em católica; evangélica/protestante; espírita; ortodoxa; judaica; budista; sem religião; ateu e outras - conforme classificação de Fernandes (2009).
- Frequência da prática de atividades religiosas: categorizada em diariamente; semanalmente; quinzenalmente; mensalmente; esporadicamente e sem religião/ateu - conforme classificação de Fernandes (2009).

- Rede social de apoio – familiar: categorizada em não tem ninguém; cônjuge/companheiro; filhos(s); mãe - pai; irmãos e outros - conforme classificação de Fernandes (2009).
- Rede social de apoio – sociedade: categorizada em não tem ninguém; amigo (s); vizinho (s); líder religioso e outros - conforme classificação de Fernandes (2009).
- Rede social de apoio - apoio familiar durante o tratamento: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito (grupo câncer).
- Hábitos de lazer (entretenimento, recreação, passatempo): categorizada em recreativa (televisão, música, computador); social (encontros/reunião com amigos; atividades artísticas em grupo - grupo musical, coral, outras; atividade de trabalho voluntário não remunerado; reunião familiar; dançar/festas; passeios/viagens); cultural (leitura, cinema/teatro), artesanal (trabalhos manuais, culinária) e físico (prática de esportes) - conforme classificação adaptada de Fernandes (2009).
- Medo de recidiva: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito (grupo câncer).

➤ **Variáveis relacionadas à saúde, comorbidades, *status* menopausal, sexualidade, alterações/disfunções autorreferidas:**

- Tabagismo: categorizada como nunca fumou; ex-fumante e fumante.
- Etilismo (consumo de bebida alcoólica): categorizada em não etilista; ex-etilista e etilista.
- Comorbidades autorreferidas: categorizadas em pressão alta; diabetes; doença do coração; depressão e artrose/artrite ou reumatismo.
- Outra comorbidade autorreferida: categorizada em sim ou não.
- Uso regular de medicamento: categorizada em sim ou não.
- Menopausa: categorizada em sim ou não.
- Menopausa relacionada ao tratamento: categorizada em sim ou não (grupo câncer).
- “Fogachos”/Ondas de calor atualmente: categorizada em nunca, raramente, eventualmente, quase sempre e sempre.

- Terapia hormonal (TH): categorizada em sim ou não.
- Tempo de TH: em meses.
- Atividade sexual antes do tratamento: categorizada em sim (sexualmente ativa) e não (não era sexualmente ativa) – (grupo câncer).
- Atividade sexual atualmente: categorizada em sim (sexualmente ativa) e não (não é sexualmente ativa).
- Frequência das relações sexuais: categorizada em mais de 3 vezes/semana; 2-3 vezes/semana; 1 vez/semana; 3 vezes/mês; 2 vezes/mês; 1 vez/mês.
- Motivo da inatividade sexual: categorizada em não tem parceiro (solteira; separação – grupo câncer: antes ou após o tratamento; abandono após o tratamento – grupo câncer; viúva); não tem interesse; parceiro não tem interesse; estenose/encurtamento/colapso vaginal; dor; sangramento; parceiro tem problemas físicos; fadiga, parceiro tem fadiga e outro motivo.
- Interferência do câncer e/ou seu tratamento na vida sexual: categorizada em não, um pouco, mais ou menos e muito (grupo câncer).
- Sensação de estenose ou encurtamento vaginal: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito.
- Perda de sangue durante/após as relações sexuais: categorizada em não; um pouco; mais ou menos; muito e não é sexualmente ativa.
- Disúria: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito.
- Perda involuntária de urina (incontinência urinária): categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito.
- Urgência urinária: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito.
- Aumento da frequência urinária: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito.
- Incontinência urinária aos esforços: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito.
- Retenção urinária: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito.
- Hematúria: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito (grupo câncer).
- Tenesmo: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito (grupo câncer).
- Diarreia: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito.

- Constipação intestinal: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito.
- Urgência fecal: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito.
- Incontinência fecal: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito.
- Dor anal: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito (grupo câncer).
- Muco anal: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito (grupo câncer).
- Enterorragia: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito (grupo câncer).
- Saída de fezes pela vagina (fístula): categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito (grupo câncer).
- Linfedema em membros inferiores: categorizada em não; um pouco; mais ou menos e muito (grupo câncer).
- Disfunção sexual: mensurada através do questionário FSFI. Esta variável é medida como variável categórica dicotômica, considerando o ponto de corte de 26 para escore total (≤ 26 pontos = disfunção sexual; > 26 = sem disfunção sexual) - (BASER; LI; CARTER, 2012; PRADO; MOTA; LIMA, 2010; WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005).

➤ **Variáveis relacionadas à abordagem dos possíveis efeitos adversos tardios do tratamento (grupo câncer)**

- Abordagem da sexualidade/vida sexual e/ou orientação sobre o retorno à prática de atividade sexual pelo médico: categorizada em sim ou não.
- Uso anterior de dilatador vaginal: categorizada em sim ou não.
- Tempo de uso de dilatador vaginal.
- Uso atual de dilatador vaginal: categorizada em sim ou não.
- Encaminhamento para tratamento de efeitos adversos do tratamento: categorizada em sim ou não.
- Profissional de saúde ao qual foi realizado encaminhamento: categorizada em ginecologista; urologista; gastroenterologista; psicólogo; fisioterapeuta e outro.

- Realização de tratamento para os efeitos adversos: categorizada em sim ou não.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o parecer nº 131.805 (APÊNDICE 4).

As participantes foram orientadas quanto aos objetivos do estudo e a entrevista foi realizada após a assinatura do TCLE, em duas vias, ficando uma via com a entrevistada e a outra, anexada aos dados da pesquisa. Neste termo, foram descritas as características do estudo e estratégia de coleta dos dados através da aplicação e preenchimento dos questionários acima descritos. Além disso, foi assegurado aos indivíduos o anonimato e o fato de que sua participação poderia ser interrompida a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão adequadamente destruídos. Além disso, as participantes não serão identificadas em nenhuma publicação resultante do estudo.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram digitados, organizados e analisados utilizando o *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 15.0.

Inicialmente, foi realizada análise descritiva: as variáveis numéricas foram expressas em média e desvio padrão e as variáveis categóricas, em frequências absolutas e relativas.

Através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, verificou-se que algumas variáveis não satisfaziam ao critério de normalidade. Desta forma, testes não-paramétricos foram utilizados para verificar a significância das associações.

A análise bivariada foi conduzida a fim de verificar diferenças entre os grupos: para as variáveis numéricas utilizou-se o Teste de *Mann Whitney*; e, para as nominais foi aplicado o teste *Qui-quadrado* (χ^2) ou Exato de Fischer, quando necessário. A fim de verificar a associação entre as dimensões de QV e de função sexual com as variáveis independentes, foi utilizado o Teste de *Mann Whitney*. Para interpretação dos achados, foram considerados estatisticamente significativos valores de $p < 0,05$ e tendências de diferenciação para valores de $p < 0,10$.

Utilizou-se a correlação de *Pearson* para verificar a correlação entre os escores das dimensões do WHOQOL (domínios e perguntas sobre QV geral) e do FSFI (domínios e escore total).

Para determinar a influência das variáveis relacionadas a possíveis efeitos adversos tardios do tratamento sobre a função sexual (FSFI total) foi conduzida uma análise de regressão linear múltipla, com Método Enter, para entrada das variáveis segundo a significância estatística das mesmas e do modelo final. Foram incluídas no modelo variáveis que alcançaram um nível de significância $< 0,20$ na análise bivariada. Após análise multivariada, foram mantidas no modelo final variáveis com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

4.7 PROCEDIMENTOS DE CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES NA ANÁLISE BIVARIADA

De acordo com a distribuição das variáveis independentes na análise descritiva, estas foram reagrupadas em apenas duas categorias, visando facilitar a análise bivariada (Quadro 3).

Variável	Categorias
Idade	1 = ≤ 50 anos 2 = > 50 anos
Estadiamento	1 = FIGO I (estágio inicial) 2 = FIGO II, III ou IV (estágios mais avançados)
Tratamento local	1 = Sem radioterapia 2 = Com radioterapia

Tempo de conclusão do tratamento	1 = \leq 36 meses 2 = $>$ 36 meses
Raça	1 = Branca 2 = Não-branca
Situação Conjugal	1 = Com companheiro 2 = Sem companheiro
Relacionamento com companheiro	1 = Ruim/Regular 2 = Bom/Muito bom
Situação de trabalho	1 = Trabalho remunerado 2 = Não tem trabalho remunerado
Renda	1 = \leq 1 salário mínimo 2 = $>$ 1 salário mínimo
Escolaridade	1 = baixa escolaridade (até a 4ª série) 2 = média/alta escolaridade (\geq 5ª série)
Frequência da prática de atividades religiosas	1 = Maior frequência (diária/semanal) 2 = Menor frequência (quinzenal, mensal, esporádica)
Medo de recidiva	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Consumo de bebida alcoólica	1 = Não 2 = Sim
Ondas de calor	1 = Nunca 2 = Sim (raramente, eventualmente, sempre)
Interferência do câncer da vida sexual	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Estenose/encurtamento vaginal	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Sangramento durante/após relação sexual	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Disúria	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Incontinência urinária	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Urgência urinária	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Aumento da frequência urinária	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)

Incontinência urinária aos esforços	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Retenção urinária	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Hematúria	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Tenesmo	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Diarreia	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Constipação intestinal	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Urgência fecal	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Incontinência fecal	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Dor anal	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Retite	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Enterorragia	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Fístula	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)
Linfedema em membros inferiores	1 = Não 2 = Sim (um pouco/mais ou menos/muito)

QUADRO 3 – Categorização das variáveis independentes após distribuição na análise descritiva.

Fonte: Dados da pesquisa.

5 RESULTADOS

A amostra total do estudo foi composta por 74 mulheres, divididas em grupo câncer - sobreviventes ao CCU que concluíram o tratamento há, pelo menos, três meses (n=37) e grupo controle - mulheres sem história de câncer (n=37).

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO CÂNCER QUANTO A VARIÁVEIS CLÍNICAS, TERAPÊUTICAS E MÉDICAS

O tempo de conclusão do tratamento variou de três a 92 meses, com média de 36,78 meses (desvio-padrão de 25,25). A maioria das sobreviventes ao câncer teve tumor classificado histologicamente como escamoso (82,9%); foi diagnosticada com estadiamento IB – FIGO (40%); submetida ao tratamento cirúrgico e radioterapia adjuvante (45,9%); não realizou tratamento com quimioterapia (51,4%) e estava em acompanhamento clínico no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora – HU/CAS (75%). Quanto às orientações relacionadas à vida sexual pós-tratamento, 56,8% das mulheres do grupo câncer relataram ter recebido; apenas cinco fizeram uso de dilatador vaginal, porém, este uso não foi contínuo e na data da entrevista nenhuma delas ainda usava. Duas mulheres foram encaminhadas pelos médicos assistentes à fisioterapia para tratamento de efeitos adversos do tratamento, como incontinência urinária e fecal; uma paciente foi encaminhada à psicologia e outra a um cirurgião para avaliar a possibilidade de “neovagina” (Tabela 1).

Tabela 1 - Descrição das variáveis clínicas, terapêuticas e médicas das mulheres do grupo câncer. Juiz de Fora, MG, 2013.

Variáveis	Grupo Câncer
	Média ± DP N (%)
Tempo de conclusão do tratamento	36,78 ± 25,25 meses
Histologia	
Escamoso	29 (82,9)
Adenocarcinoma	6 (17,1)
Estadiamento (FIGO)	
IA	3 (8,5)
IB	14 (40)
IIA	3 (8,5)
IIB	10 (27)
IIIA	1 (3)
IIIB	4 (11)
IVA	1 (3)
Tratamento Local	
Cirurgia	6 (16,2)
Cirurgia e radioterapia	17 (45,9)
Radioterapia exclusiva	14 (37,8)
Tratamento Sistêmico (Quimioterapia)	
Não	19 (51,4)
Sim	18 (48,6)
Local acompanhamento médico	
Instituto Oncológico	7 (19,4)
Hospital Universitário da UFJF (HU/CAS)	27 (75)
Outros	2 (5,6)
Orientação médica quanto ao retorno da vida sexual pós-tratamento	
Não	16 (43,2)
Sim	21 (56,8)
Uso de dilatador vaginal após o tratamento	
Não	32 (86,5)
Sim	5 (13,5)
Encaminhamento após o tratamento	
Fisioterapia	2 (5,4)
Psicologia	1(2,7)
Cirurgião	1(2,7)

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: DP=desvio-padrão.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES E COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS QUANTO A VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS

Em relação às variáveis sociodemográficas e econômicas (Tabela 2), no grupo câncer, a idade variou de 24 a 85 anos (média de 51,4, desvio-padrão 13,04). A maioria das sobreviventes ao CCU encontrava-se na faixa etária acima dos 50 anos (59,5%); tinha filhos (91,9% - média de 3,26 filhos, desvio-padrão de 2,14); vivia com um companheiro (51,4%); apresentava renda familiar acima de um salário mínimo mensal (64,9%); declarou sua raça como não-branca (70,3%); tinha baixa escolaridade (54,1%); não possuía trabalho remunerado (70,3%) e não tinha plano de saúde (81,1%). Quatro sobreviventes ao CCU relataram divórcio após o diagnóstico e/ou tratamento, dentre estas duas atribuíram à doença o motivo da separação. Das mulheres que não trabalhavam, oito estavam em licença saúde em virtude do câncer.

O grupo controle, por sua vez, apresentou idade variando de 24 a 81 anos (média de 50,51, desvio padrão 13,09); a maioria das participantes encontrava-se na faixa etária abaixo dos 50 anos (54,1%); tinha filhos (83,8% - média de 3,13 filhos, desvio-padrão de 2,25); vivia com um companheiro (73%); apresentava renda familiar acima de um salário mínimo mensal (75,7%); declarou sua raça como não-branca (62,2%); tinha baixa escolaridade (62,2%); não possuía trabalho remunerado (67,6%) e não tinha plano de saúde (78,4%).

Como pode ser observado na tabela 2, casos e controles tiveram distribuições semelhantes nas variáveis acima descritas, exceto para a “situação conjugal” ($p = 0,05$), na qual o grupo controle apresentou maior frequência de mulheres vivendo com companheiro.

Tabela 2 - Descrição das variáveis sociodemográficas e econômicas nos grupos estudados. Juiz de Fora, MG, 2013.

Variável	Grupo Câncer (n=37)	Grupo Controle (n=37)	p
	Média ± DP n (%)	Média ± DP n (%)	
Idade	51,24± 13,04	50,51 ± 13,09	0,80
Filhos			
Não	3 (8,1)	6 (16,2)	0,28
Sim	34 (91,9)	31 (83,8)	
Número de filhos	3,26 ± 2,14	3,13 ± 2,25	0,49
Faixa etária			
≤50 anos	15 (40,5)	20 (54,1)	0,24
> 50 anos	22 (59,5)	17 (45,9)	
Situação conjugal			
Com companheiro	19 (51,4)	27 (73,0)	0,05
Sem companheiro	18 (48,6)	10 (27,0)	
Separação após diagnóstico/tratamento			
Relacionado à doença/tratamento	2 (5,4)		
Outro motivo	2 (5,4)	-----	-----
Total	4 (10,8)		-
Raça			
Branca	11 (29,7)	14 (37,8)	0,46
Não-branca	26 (70,3)	23 (62,2)	
Renda			
≤ 1 salário	13 (35,1)	9 (24,3)	0,31
> 1 salário	24 (64,9)	28 (75,7)	
Escolaridade			
Baixa escolaridade	20 (54,1)	23 (62,2)	0,48
Média/Alta escolaridade	17 (45,9)	14 (37,8)	

Situação de trabalho			0,80
Trabalho remunerado	11 (29,7)	12 (32,4)	
Não possui trabalho remunerado	26 (70,3)	25 (67,6)	
Licença saúde			
Motivo câncer	8 (21,6)	-----	
Outros motivos	2 (5,4)	1 (2,7)	-----
Total	10 (27)	1 (2,7)	
Plano de saúde			
Não	30 (81,1)	29 (78,4)	0,77
Sim	7 (18,9)	8 (21,6)	

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: DP=desvio-padrão.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES E COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS QUANTO A VARIÁVEIS DE RELACIONAMENTO, SUPORTE SOCIAL, MEDO DE RECIDIVA E HÁBITOS DE VIDA

Quanto ao relacionamento com o companheiro, a maioria das sobreviventes ao CCU considerou como bom ou muito bom (63,2%). Sobre a rede social de apoio, três mulheres do grupo câncer (8,1%) referiram não ter nenhum familiar fornecendo qualquer tipo de apoio; 54,1% mencionaram os filhos como fonte de apoio, 43,2%, os irmãos; 32,4%, o companheiro, 21,6%, os pais e 5,4% outros, como sobrinhos ou tios. Além disso, a maioria disse ter recebido muito apoio da família durante o tratamento (70,6%). Fora do âmbito familiar, a maioria disse receber algum tipo de apoio (67,6%): 40,5% referiu apoio de amigos, 18,9% de líderes religiosos; 16,2% de vizinhos e 5,4% de outros, como, por exemplo, sogros. A maioria das sobreviventes ao CCU (41,7%) relatou sentir muito medo de recidiva da doença (Tabela 3).

Já no grupo controle, 93,1% considerou como bom ou muito bom seu relacionamento com o companheiro; a maioria relatou receber apoio familiar (91,9%), sendo o companheiro referido como fonte de apoio por 51,4% das participantes deste grupo. Com relação ao apoio extrafamiliar, 48,6% disse poder contar com alguém, sendo que a maioria referiu os amigos (21,6%).

No tocante aos hábitos de vida, a maioria das mulheres do grupo câncer (70,3%) relatou praticar atividades religiosas com maior frequência (diariamente ou semanalmente); ter atividades de lazer recreativas (83,8%) e sociais (62,2) e não praticar atividades culturais (75,7%), artesanais (78,4%) e físicas (70,3%). A maioria das mulheres do grupo controle também praticava atividades religiosas com maior frequência (58,3%) e tinha atividades de lazer recreativas (78,4%), no entanto, não tinha atividades sociais (51,4%), culturais (73%), artesanais (83,8%) e físicas (62,2%).

Destas variáveis, apenas o “relacionamento com o marido/companheiro” ($p = 0,02$) foi diferente entre os grupos, sendo maior no grupo controle a frequência de mulheres que o consideravam como bom ou muito bom. Além disso, uma frequência maior de mulheres do grupo câncer relatou receber apoio de líderes religiosos ($p=0,05$) - Tabela 3.

Tabela 3 - Descrição das variáveis relacionadas a relacionamento com o companheiro, suporte social, medo de recidiva e hábitos de vida. Juiz de Fora, MG, 2013.

Variáveis	Grupo Câncer n (%)	Grupo Controle n (%)	<i>p</i>
Relacionamento marido/companheiro			
Bom/Muito bom	12 (63,2)	27 (93,1)	0,02
Ruim/Regular	7 (36,8)	2 (6,9)	
Apoio familiar			
Não tem ninguém	3 (8,1)	3 (8,1)	1,00
Companheiro	12 (32,4)	19 (51,4)	0,09
Filhos	20 (54,1)	15 (40,5)	0,24
Irmãos	16 (43,2)	9 (24,3)	0,08
Pais	8 (21,6)	7 (18,9)	0,77
Outros	2 (5,4)	3 (8,1)	0,64
Apoio da família durante o tratamento			
Não	3 (8,8)		
Um pouco	1 (2,9)	-----	-----

Mais ou menos	6 (17,6)		
Muito	24 (70,6)		
Apoio extrafamiliar			
Não tem ninguém	12 (32,4)	19 (51,4)	0,10
Amigos	15 (40,5)	8 (21,6)	0,07
Vizinhos	6 (16,2)	7 (18,9)	0,76
Líderes religiosos	7 (18,9)	1 (2,7)	0,05
Outros	2 (5,4)	4 (10,8)	0,67
Medo de recidiva			
Não	12 (33,3)		
Um pouco	2 (5,6)	-----	-----
Mais ou menos	7 (19,4)		
Muito	15 (41,7)		
Atividades lazer			
Recreativa			
Não	6 (16,2)	8 (21,6)	0,55
Sim	31 (83,8)	29 (78,4)	
Cultural			
Não	28 (75,7)	27 (73,0)	0,79
Sim	9 (24,3)	10 (27,0)	
Social			
Não	14 (37,8)	19 (51,4)	0,24
Sim	23 (62,2)	18 (48,6)	
Artesanal			
Não	29 (78,4)	31 (83,8)	0,55
Sim	8 (21,6)	6 (16,2)	
Atividade física			
Não	26 (70,3)	23 (62,2)	0,46
Sim	11 (28,7)	14 (37,8)	

Fonte: Dados da pesquisa

5.4 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES E COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS QUANTO A VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE, ALTERAÇÕES/DISFUNÇÕES AUTORREFERIDAS E FUNÇÃO SEXUAL

A tabela 4 mostra que a maioria das mulheres, em ambos os grupos, nunca fumou, não consome bebida alcoólica, não possui diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes, doença do coração ou depressão; não possui algum tipo de reumatismo, como artrose, ou outro problema de saúde. Além disso, a maioria faz uso de algum medicamento regularmente e não realiza terapia hormonal. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação a estas variáveis.

As seguintes variáveis, que no grupo câncer poderiam estar associadas a efeitos adversos do tratamento, foram diferentes entre os grupos ($p < 0,05$), sendo mais frequentes no grupo câncer: menopausa; sangramento durante ou após a relação sexual; aumento da frequência, urgência, incontinência e retenção urinárias; diarreia, urgência e incontinência fecais; dor e muco anais; enterorragia e linfedema em membros inferiores.

Na data da entrevista, todas as mulheres do grupo câncer estavam na menopausa, sendo que 35,1% já estavam antes de iniciar o tratamento e 64,9% apresentaram menopausa relacionada ao mesmo. No grupo controle, a maioria das participantes (59,5%) também relatou estar na menopausa. Em relação ao “fogacho”, a frequência no grupo câncer foi de 81,1%, já no grupo controle, foi de 40,5%.

Quanto aos possíveis efeitos adversos do tratamento, foi verificada uma frequência de 36,8% de sangramento durante ou após a relação sexual e 32,4% de dor ou ardência ao urinar; 37,8% das sobreviventes relataram aumento da frequência urinária e urgência após o tratamento; 35,1%, incontinência urinária; 32,4%, incontinência urinária aos esforços; 21,6%, retenção urinária; 10,8%, hematúria; 43,2%, diarreia; 37,8%, urgência fecal; 21,6%, incontinência fecal e dor anal; 18,9%, muco anal; 10,8%, tenesmo; 43,2%, constipação intestinal; 24,3%, enterorragia e 35,1%, linfedema em membros inferiores.

Tabela 4 - Descrição das variáveis relacionadas à saúde, alterações/disfunções autorreferidas. Juiz de Fora, MG, 2013.

Variáveis	Grupo Câncer	Grupo Controle	p
	n (%)	n (%)	
Tabagismo			
Nunca fumou	15 (40,5)	21 (56,8)	0,35
Ex-fumante	14 (37,8)	11 (29,7)	
Fumante	8 (21,6)	5 (13,5)	
Consumo bebida alcoólica			
Não	26 (70,3)	31 (83,8)	0,16
Sim	11 (29,7)	6 (16,2)	
Hipertensão arterial			
Não	22 (59,5)	21 (56,8)	0,81
Sim	15 (40,5)	16 (43,2)	
Diabetes			
Não	31 (83,8)	32 (86,5)	0,74
Sim	6 (16,2)	5 (13,5)	
Doença do coração			
Não	32 (86,5)	36 (97,3)	0,19
Sim	5 (13,5)	1 (2,7)	
Depressão			
Não	30 (81,1)	30 (81,1)	1,00
Sim	7 (18,9)	7 (18,9)	
Artrose/Reumatismo			
Não	24 (64,9)	25 (67,6)	0,80
Sim	13 (35,1)	12 (32,4)	
Outro problema de saúde			
Não	28 (75,7)	24 (64,9)	0,30
Sim	9 (24,3)	13 (35,1)	
Uso de medicamento			
Não	17 (45,9)	13 (35,1)	0,34
Sim	20 (54,1)	24 (64,9)	
Menopausa			
Não	0 (0)	15 (40,5)	< 0,01
Sim	37 (100)	22 (59,5)	
Menopausa relacionada ao tratamento			
Não		-----	-----
Sim	13 (35,1)		
	24 (64,9)		
Terapia Hormonal			
Não	36 (97,3)	37 (100)	0,31
Sim	1 (2,7)	0 (0)	
Fogachos			
Não	7 (18,9)	22 (59,5)	< 0,01
Sim	30 (81,1)	15 (40,5)	

Sangramento sexual			
Não	12 (63,2)	37 (100)	< 0,01
Sim	7 (36,8)	0 (0)	
Dor/ardência ao urinar			
Não	25 (67,6)	35 (94,6)	< 0,01
Sim	12 (32,4)	2 (5,4)	
Aumento frequência urinária			
Não	23 (62,2)	37 (100)	< 0,01
Sim	14 (37,8)	0 (0)	
Urgência urinária			
Não	23 (62,2)	31 (83,8)	0,03
Sim	14 (37,8)	6 (16,2)	
Incontinência urinária			
Não	24 (64,9)	33 (89,2)	0,02
Sim	13 (35,1)	4 (10,8)	
Incontinência urinária aos esforços			
Não	25 (67,6)	22 (59,5)	0,46
Sim	12 (32,4)	15 (40,5)	
Retenção urinária			
Não	29 (78,4)	36 (97,3)	0,02
Sim	8 (21,6)	1 (2,7)	
Hematúria			
Não	33 (89,2)	37 (100)	0,11
Sim	4 (10,8)	0 (0)	
Diarreia			
Não	21 (56,8)	37 (100)	< 0,01
Sim	16 (43,2)	0 (0)	
Urgência fecal			
Não	23 (62,2)	37 (100)	< 0,01
Sim	14 (37,8)	0 (0)	
Incontinência fecal			
Não	29 (78,4)	37 (100)	< 0,01
Sim	8 (21,6)	0 (0)	
Constipação intestinal			
Não	21 (56,8)	26 (70,3)	0,22
Sim	16 (43,2)	11 (29,7)	
Tenesmo			
Não	33 (89,2)	37 (100)	0,11
Sim	4 (10,8)	0 (0)	
Dor anal			
Não	29 (78,4)	37 (100)	< 0,01
Sim	8 (21,6)	0 (0)	
Muco anal			
Não	30 (81,1)	37 (100)	0,01
Sim	7 (18,9)	0 (0)	

Enterorragia	28 (75,7)	37 (100)	< 0,01
Não	9 (24,3)	0 (0)	
Sim			
Linfedema membro inferior			
Não	24 (64,9)	37 (100)	< 0,01
Sim	13 (35,1)	0 (0)	

Fonte: Dados da pesquisa

O grupo câncer apresentou piores resultados quanto a variáveis relacionadas à função sexual (tabela 5): 64,9% relatou vagina estreita ou curta demais; a maioria não era sexualmente ativa (59,5%) e, das mulheres que tinham relação sexual, 80% apresentavam disfunção. Quando indagadas sobre o motivo da inatividade sexual, 32,4% relataram que não tinham parceiro (21,6% = viuvez); 29,7% que não tinham interesse; 13,5% atribuíram às alterações vaginais pós-tratamento e 2,7%, à dispareunia. Cabe destacar que a maioria das sobreviventes ao CCU disse que o diagnóstico e/ou o tratamento interferiram na sua vida sexual. A frequência sexual entre as mulheres sexualmente ativas foi semelhante entre os dois grupos, sendo que a maioria relatou frequência de uma a três vezes por semana.

Tabela 5 - Descrição das variáveis relacionadas à função sexual. Juiz de Fora, MG, 2013.

Variáveis	Grupo Câncer	Grupo Controle	p
	n (%)	n (%)	
Vagina estreita/curta			
Não	13 (35,1)	37 (100)	< 0,01
Sim	24 (64,9)	0 (0)	
Atividade sexual			
Não	22 (59,5)	9 (24,3)	< 0,01
Sim	15 (40,5)	28 (75,7)	
Frequência sexual			
> 3 vezes/semana	0 (0)	2 (7,1)	0,43
1-3 vezes/semana	10 (66)	20 (71,4)	
1-3 vezes/mês	5 (34)	6 (21,4)	

Disfunção sexual			
Não	3 (20,0)	26 (92,9)	< 0,01
Sim	12 (80,0)	2 (7,1)	
Motivo inatividade sexual			
Não tem parceiro	12 (32,4)	6 (66,7)	
Separação pré-tratamento	2 (5,4)	----	
Separação	2 (5,4)	1 (11,1)	
Viuvez	8 (21,6)	4 (44,4)	> 0,10
Falta de interesse	11 (29,7)	5 (55,6)	
Alterações vaginais	5 (13,5)	----	
Dor	1 (2,7)	----	
Outros motivos	4 (10,8)	3 (33,3)	
Câncer interferiu na vida sexual			
Não	15 (40,5)	----	-----
Sim	22 (59,5)	-----	

Fonte: Dados da pesquisa

5.5 COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS QUANTO À QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-bref)

No grupo câncer, a “Percepção de QV” variou de 25 a 100 pontos; a “Satisfação com a Saúde”, de 0 a 100; o domínio “Físico”, de 25 a 100; o “Psicológico”, de 8,31 a 95,81; o domínio “Relações Sociais”, de 16,62 a 100 e o “Meio Ambiente”, de 37,50 a 96,87. Já no grupo controle, esta variação foi, respectivamente de: 50-100; 0-100; 35,70-100; 25-100; 41,62-100 e 21,87-100 (dados não apresentados).

Como mostra a tabela 6, a menor média em ambos os grupos foi no domínio “Meio Ambiente” do WHOQOL-bref (Grupo câncer: 64,42; Grupo controle: 68,84), já a maior média do grupo câncer foi na “Satisfação com a Saúde” (78,37) e, no grupo controle, foi no domínio “Relações Sociais” (82,64).

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos nos domínios “Físico” e “Relações Sociais” do WHOQOL-bref, sendo estes superiores no grupo controle ($p= 0,03$ e $0,01$, respectivamente).

Tabela 6 – Comparação entre os grupos quanto à qualidade de vida. Juiz de Fora, MG, 2013.

WHOQOL-bref	Grupo Câncer Média ± DP	Grupo Controle Média ± DP	<i>p</i>
Percepção QV	77,70 ± 19,35	76,35 ± 17,62	0,65
Satisfação Saúde	78,37 ± 25,11	75,67 ± 23,19	0,41
Domínio Físico	69,18 ± 19,25	78,24 ± 17,05	0,03
Domínio Psicológico	71,93 ± 19,78	74,08 ± 17,95	0,75
Domínio Relações Sociais	73,62 ± 18,66	82,64 ± 15,01	0,01
Domínio Meio Ambiente	64,42 ± 14,25	68,84 ± 14,16	0,11

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: DP=desvio-padrão

5.6 COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS QUANTO À FUNÇÃO SEXUAL (FSFI)

O escore total do FSFI variou de 9,60 a 35,10 no grupo câncer e 23,90 a 36,00 no grupo controle. Observa-se na tabela 7 que as médias do grupo câncer foram estatisticamente inferiores ($p<0,05$) às do grupo controle em todos os domínios do FSFI e também no escore total do instrumento. Em ambos os grupos, o domínio “Desejo” foi o de menor média e o domínio “Satisfação” foi o de maior média. O escore total médio do FSFI foi de 21,72 no grupo câncer, sendo classificado como disfunção sexual, considerando o ponto de corte de 26 (Tabela 7).

Tabela 7 – Comparação entre os grupos quanto à função sexual. Juiz de Fora, MG, 2013.

FSFI	Grupo Câncer Média ± DP	Grupo Controle Média ± DP	p
Desejo	2,96 ± 1,41	4,16 ± 1,08	< 0,01
Excitação	3,52 ± 1,46	4,62 ± 1,02	0,02
Lubrificação	3,72 ± 1,77	5,40 ± 0,90	< 0,01
Orgasmo	3,84 ± 1,61	5,29 ± 0,82	< 0,01
Satisfação	4,34 ± 1,38	5,73 ± 0,45	< 0,01
Dor	3,33 ± 1,69	5,55 ± 0,72	< 0,01
Escore Total	21,72 ± 7,40	30,76 ± 2,95	< 0,01

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: DP=desvio-padrão

5.7 FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA

No grupo câncer, as mulheres com estádios mais avançados (a partir de II - FIGO) apresentaram melhor média no domínio “Meio Ambiente” (69,24) em relação aos estádios mais iniciais, cuja média foi de 59,00. As pacientes submetidas à quimioterapia apresentaram média superior no domínio “Meio Ambiente” em relação àquelas que não foram (69,61 e 58,81, respectivamente). O tempo de conclusão do tratamento foi associado ao domínio “Físico”, que se mostrou inferior para as mulheres com mais de três anos (tempo após o tratamento igual ou inferior a três anos: média de 73,18; tempo superior a três anos: média de 63,30).

O *status* de trabalho apresentou associação com o domínio “Físico” do WHOQOL-bref, sendo a maior média neste domínio para as mulheres que possuem trabalho remunerado (81,80) em relação àquelas que não possuem (70,06). Mulheres com renda superior a um salário mínimo apresentaram maior média na

questão sobre “Percepção da Qualidade de Vida” e aquelas com média ou alta escolaridade tiveram melhor média no domínio “Físico”.

A média no domínio “Psicológico” foi superior para as mulheres que relataram a prática de atividades de lazer culturais e sociais em relação às que não apresentavam tal prática. Além disso, a prática de atividades de lazer sociais estava associada a maiores médias também na “Percepção sobre a qualidade de vida” e no domínio “Meio Ambiente” e a prática de atividades físicas, a maiores médias no domínio “Físico”. As participantes que consideravam o companheiro como fonte de apoio familiar apresentaram melhores médias no domínio “Psicológico” e aquelas que referiram os amigos no âmbito extrafamiliar tiveram média superior na “Percepção da QV” e nos domínios “Relações Sociais” e “Meio Ambiente”.

O relato de depressão mostrou associação com piores escores nos domínios “Físico” e “Psicológico”. Mulheres que relataram “ondas de calor” apresentaram menor média no domínio “Relações Sociais” (73,68) em relação àquelas sem este relato (85,04); as sobreviventes ao CCU que consideraram que a doença e/ou seu tratamento interferiram na vida sexual apresentaram médias menores na “Satisfação com a saúde” e no domínio “Relações Sociais”. A percepção de vagina curta ou estreita demais apresentou associação com o domínio “Relações Sociais” do WHOQOL-bref: a média neste domínio para as mulheres que relataram esta alteração foi de 68,38, já para as que não apresentavam foi de 82,81.

Apresentar dor ou ardência ao urinar e relato de aumento da frequência urinária associou-se a menor escore médio no domínio “Relações Sociais”. Mulheres com relato de incontinência urinária apresentaram menores escores em todas as dimensões do WHOQOL-bref (exceto “Domínio psicológico”), inclusive nas questões sobre QV geral. Urgência e retenção urinárias, hematúria e tenesmo apresentaram associação com média inferior no domínio “Físico”. Mulheres que relataram diarreia apresentaram escores inferiores nos domínios “Psicológico”, “Relações Sociais” e “Meio Ambiente” em relação àquelas que não relataram; o relato de urgência fecal associou-se a menores média nos domínios “Físico” e “Relação Social” e mulheres com percepção de linfedema em membros inferiores apresentaram médias inferiores nos domínios “Físico”, “Relações Sociais” e “Meio Ambiente”. A tabela 8 exhibe as variáveis independentes associadas à qualidade de vida (WHOQOL-bref) na amostra estudada.

Tabela 8 – Fatores associados à qualidade de vida. Juiz de Fora, MG, 2013.

(continua)

	Percepção QV Média ± DP	Satisfação saúde Média ± DP	Domínio Físico Média ± DP	Domínio Psicológico Média ± DP	Domínio Relações Sociais Média ± DP	Domínio Meio Ambiente Média ± DP
Idade ≤50 anos > 50 anos	80,00 ± 16,93 74,36 ± 19,44 p= 0,16	75,00 ± 27,11 78,84 ± 21,10 p= 0,72	76,29 ± 19,05 71,40 ± 18,17 p= 0,16	73,29 ± 19,05 71,40 ± 18,17 p= 0,93	76,40 ± 16,11 79,68 ± 18,12 p= 0,28	67,31 ± 15,69 66,01 ± 13,07 p= 0,72
Estadiamento * I II, III e IV	72,05 ± 21,43 82,89 ± 16,77 p= 0,15	70,58 ± 33,34 85,52 ± 12,68 p= 0,36	65,72 ± 20,82 73,27 ± 17,50 p= 0,37	66,41 ± 25,42 77,61 ± 11,55 p= 0,17	69,58 ± 19,97 77,61 ± 16,44 p= 0,23	59,00 ± 12,39 69,24 ± 14,74 p= 0,05
Tratamento * Sem radioterapia Com radioterapia	66,66 ± 25,82 79,83 ± 17,58 p= 0,26	75,00 ± 31,62 79,03 ± 24,23 p= 0,95	67,83 ± 25,84 69,44 ± 18,25 p= 0,85	67,34 ± 24,92 72,82 ± 19,00 p= 0,73	79,14 ± 13,70 72,56 ± 18,90 p= 0,50	61,45 ± 15,76 65,00 ± 14,15 p= 0,67
Quimioterapia * Não Sim	73,61 ± 21,85 81,94 ± 16,72 p= 0,25	69,44 ± 31,57 86,11 ± 12,78 p= 0,13	64,65 ± 20,27 72,39 ± 17,57 p= 0,33	66,87 ± 25,26 77,06 ± 11,63 p= 0,37	69,42 ± 19,38 77,76 ± 16,91 p= 0,20	58,81 ± 11,73 69,61 ± 15,07 p= 0,03
Tempo pós-tratamento * ≤ 3 anos > 3 anos	77,27 ± 20,28 78,33 ± 18,58 p= 0,96	80,68 ± 21,72 75,00 ± 29,88 p= 0,68	73,18 ± 19,73 63,30 ± 17,52 p= 0,04	73,08 ± 21,43 70,25 ± 17,67 p= 0,34	74,99 ± 20,90 71,64 ± 13,65 p= 0,34	65,05 ± 13,52 63,49 ± 15,69 p= 0,53
Raça Branca Não-branca	81,00 ± 18,08 75,00 ± 18,39 p= 0,18	83,00 ± 22,50 73,98 ± 24,45 p= 0,08	77,53 ± 17,20 71,76 ± 19,19 p= 0,32	75,98 ± 15,84 71,49 ± 20,11 p= 0,54	78,65 ± 15,61 77,87 ± 18,05 p= 0,99	69,25 ± 16,25 65,29 ± 13,14 p= 0,15
Situação Conjugal Com companheiro Sem companheiro	78,80 ± 17,45 74,10 ± 19,82 p= 0,34	76,63 ± 25,50 77,68 ± 21,88 p= 0,95	76,75 ± 18,02 68,72 ± 18,86 p= 0,06	75,70 ± 18,62 68,58 ± 18,55 p= 0,06	79,51 ± 17,55 75,87 ± 16,56 p= 0,32	67,46 ± 15,88 65,27 ± 11,33 p= 0,46

Tabela 8 – Fatores associados à qualidade de vida. Juiz de Fora, MG, 2013.

(continua)

	Percepção QV Média ± DP	Satisfação saúde Média ± DP	Domínio Físico Média ± DP	Domínio Psicológico Média ± DP	Domínio Relações Sociais Média ± DP	Domínio Meio Ambiente Média ± DP
Relacionamento com companheiro Bom/Muito bom Ruim/Regular	80,77 ± 15,67 69,44 ± 20,83 p= 0,09	79,49 ± 22,85 63,88 ± 30,90 p= 0,11	78,08 ± 17,07 70,20 ± 20,20 p= 0,31	76,69 ± 17,09 69,88 ± 23,09 p= 0,39	80,54 ± 16,49 74,99 ± 20,41 p= 0,32	68,99 ± 15,30 60,10 ± 15,40 p= 0,10
Situação de trabalho Trabalho remunerado Não possui trabalho remunerado	76,08 ± 17,64 77,45 ± 18,88 p= 0,82	76,08 ± 24,40 77,45 ± 24,11 p= 0,77	81,80 ± 17,75 70,06 ± 18,01 p < 0,01	77,15 ± 20,41 71,14 ± 17,91 p= 0,07	76,79 ± 17,77 78,74 ± 17,02 p= 0,49	65,75 ± 14,27 67,02 ± 14,41 p= 0,50
Renda ≤ 1 salário > 1 salário	70,45 ± 16,61 79,70 ± 18,54 p= 0,03	73,86 ± 28,32 78,36 ± 22,15 p= 0,68	67,83 ± 20,55 76,20 ± 17,36 p= 0,10	68,15 ± 22,59 75,06 ± 16,76 p= 0,23	79,91 ± 15,77 77,38 ± 17,81 p= 0,56	62,07 ± 13,68 68,56 ± 14,21 p= 0,06
Escolaridade Baixa escolaridade Média/Alta escolaridade	75,58 ± 17,66 79,03 ± 19,47 p= 0,33	78,49 ± 22,21 75,00 ± 26,61 p= 0,66	70,39 ± 18,20 78,31 ± 18,53 p= 0,03	71,49 ± 20,77 75,11 ± 15,72 p= 0,60	78,47 ± 18,30 77,67 ± 15,72 p= 0,65	67,94 ± 12,58 64,81 ± 16,39 p= 0,22
Prática de atividades religiosas Maior frequência Menor frequência	77,65 ± 19,66 75,00 ± 15,81 p= 0,44	78,72 ± 25,52 74,03 ± 21,77 p= 0,20	74,21 ± 19,00 72,90 ± 18,64 p= 0,76	73,83 ± 18,18 71,93 ± 20,40 p= 0,81	78,53 ± 17,09 77,55 ± 17,92 p= 0,93	66,14 ± 13,90 67,90 ± 15,27 p= 0,80
Atividades de lazer Recreativa Não Sim	 71,43 ± 21,61 78,33 ± 17,51 p= 0,20	 66,07 ± 28,77 79,58 ± 22,31 p= 0,06	 69,87 ± 21,23 74,61 ± 18,05 p= 0,55	 65,75 ± 22,42 74,70 ± 17,62 p= 0,22	 77,36 ± 15,13 78,32 ± 17,72 p= 0,81	 59,82 ± 15,83 68,22 ± 13,55 p= 0,13

Tabela 8 – Fatores associados à qualidade de vida. Juiz de Fora, MG, 2013.

(continua)

	Percepção QV Média ± DP	Satisfação saúde Média ± DP	Domínio Físico Média ± DP	Domínio Psicológico Média ± DP	Domínio Relações Sociais Média ± DP	Domínio Meio Ambiente Média ± DP
Atividades de lazer						
Cultural	76,36 ± 17,62	75,45 ± 25,68	72,11 ± 17,54	70,58 ± 19,24	77,26 ± 17,38	66,48 ± 14,75
Não	78,95 ± 0,85	81,58 ± 18,34	78,35 ± 21,31	80,02 ± 15,88	80,68 ± 19,69	67,07 ± 13,20
Sim	p= 0,45	p= 0,50	p= 0,10	p= 0,02	p= 0,48	p= 0,97
Social	72,73 ± 14,47	73,48 ± 24,95	68,91 ± 22,24	65,63 ± 22,90	76,49 ± 15,38	62,78 ± 11,52
Não	80,49 ± 20,55	79,88 ± 23,20	77,58 ± 14,26	78,94 ± 12,00	79,46 ± 18,55	69,73 ± 15,62
Sim	p= 0,03	p= 0,23	p= 0,12	p= 0,01	p= 0,34	p= 0,03
Artesanal	77,50 ± 18,81	77,50 ± 23,78	75,03 ± 19,60	72,41 ± 20,15	76,93 ± 17,19	66,25 ± 14,65
Não	75,00 ± 16,98	75,00 ± 25,94	68,09 ± 12,79	75,57 ± 11,43	83,32 ± 16,67	68,26 ± 12,97
Sim	p= 0,57	p= 0,70	p= 0,06	p= 0,81	p= 0,18	p= 0,74
Atividade física	75,00 ± 18,40	73,47 ± 26,22	69,07 ± 18,85	70,47 ± 20,50	76,00 ± 17,65	64,72 ± 13,78
Não	81,00 ± 18,08	84,00 ± 17,50	82,82 ± 14,65	77,98 ± 13,95	82,32 ± 15,65	70,38 ± 14,77
Sim	p= 0,18	p= 0,10	p < 0,01	p= 0,19	p= 0,10	p= 0,08
Apoio familiar – irmãos						
Não	77,04 ± 17,56	72,95 ± 26,92	71,32 ± 20,20	70,81 ± 21,14	76,85 ± 17,29	64,99 ± 14,50
Sim	77,00 ± 20,31	85,00 ± 14,43	78,40 ± 14,30	77,31 ± 12,27	80,65 ± 16,97	69,85 ± 13,54
	p= 0,86	p= 0,08	p= 0,21	p= 0,43	p= 0,55	p= 0,19
Apoio extrafamiliar – amigos						
Não	74,50 ± 17,67	74,50 ± 26,21	71,40 ± 19,56	70,73 ± 20,08	74,00 ± 17,54	64,57 ± 14,81
Sim	82,60 ± 19,12	82,60 ± 17,57	78,85 ± 15,56	78,06 ± 14,72	87,30 ± 12,28	71,19 ± 12,10
	p= 0,04	p= 0,26	p= 0,14	p= 0,22	p < 0,01	p= 0,05

Tabela 8 – Fatores associados à qualidade de vida. Juiz de Fora, MG, 2013.

(continua)

	Percepção QV Média ± DP	Satisfação saúde Média ± DP	Domínio Físico Média ± DP	Domínio Psicológico Média ± DP	Domínio Relações Sociais Média ± DP	Domínio Meio Ambiente Média ± DP
Apoio extrafamiliar – líder religioso						
Não	75,75 ± 18,59	75,75 ± 24,79	74,37 ± 18,12	71,82 ± 19,39	77,51 ± 17,85	66,81 ± 14,95
Sim	87,50 ± 13,36	87,50 ± 13,36	68,28 ± 23,09	82,79 ± 8,17	83,30 ± 8,90	65,15 ± 6,97
	p= 0,08	p= 0,21	p= 0,45	p= 0,09	p= 0,35	p= 0,73
Medo de recidiva *						
Não	77,08 ± 24,90	79,16 ± 20,87	66,05 ± 18,30	79,12 ± 22,18	78,44 ± 13,97	64,53 ± 14,31
Sim	78,12 ± 16,99	78,12 ± 27,89	69,91 ± 19,92	72,71 ± 19,35	72,21 ± 19,61	64,05 ± 14,74
	p= 0,88	p= 0,77	p= 0,54	p= 0,96	p= 0,39	p= 0,72
Hipertensão arterial						
Não	79,65 ± 17,47	80,23 ± 23,50	76,87 ± 17,96	73,91 ± 17,04	78,08 ± 15,64	65,84 ± 14,40
Sim	73,39 ± 19,29	72,58 ± 24,46	69,33 ± 18,94	71,75 ± 21,21	78,20 ± 19,34	67,73 ± 14,27
	p= 0,12	p= 0,12	p= 0,06	p= 0,84	p= 0,86	p= 0,72
Diabetes						
Não	76,98 ± 18,67	76,98 ± 23,88	75,42 ± 17,47	72,80 ± 18,54	78,29 ± 15,95	66,41 ± 14,46
Sim	77,27 ± 17,51	77,27 ± 26,11	63,93 ± 22,71	74,21 ± 21,07	77,25 ± 23,90	67,90 ± 13,77
	p= 0,98	p= 0,88	p= 0,09	p= 0,54	p= 0,84	p= 0,73
Depressão						
Não	77,92 ± 19,02	79,17 ± 22,62	77,35 ± 17,56	76,44 ± 15,50	78,46 ± 17,85	66,18 ± 14,57
Sim	73,21 ± 15,39	67,86 ± 28,47	58,13 ± 15,04	58,30 ± 24,62	76,76 ± 14,33	68,54 ± 13,29
	p= 0,31	p= 0,15	p < 0,01	p < 0,01	p= 0,65	p= 0,77
Artrose/artrite						
Não	75,51 ± 18,03	75,51 ± 25,76	74,96 ± 19,88	72,25 ± 19,97	76,00 ± 17,07	66,26 ± 14,66
Sim	80,00 ± 19,09	80,00 ± 20,41	71,26 ± 15,98	74,48 ± 16,51	82,32 ± 16,90	67,34 ± 13,77
	p= 0,31	p= 0,59	p= 0,19	p= 0,80	p= 0,12	p= 0,77
Uso de medicamento						
Não	80,00 ± 19,03	77,50 ± 24,87	77,70 ± 17,83	75,81 ± 15,69	77,76 ± 16,86	64,58 ± 15,66
Sim	75,00 ± 17,88	76,70 ± 23,74	70,99 ± 18,87	71,09 ± 20,60	78,38 ± 17,55	68,03 ± 13,26
	p= 0,18	p= 0,84	p= 0,07	p= 0,37	p= 0,84	p= 0,46

Tabela 8 – Fatores associados à qualidade de vida. Juiz de Fora, MG, 2013.

(continua)

	Percepção QV Média ± DP	Satisfação saúde Média ± DP	Domínio Físico Média ± DP	Domínio Psicológico Média ± DP	Domínio Relações Sociais Média ± DP	Domínio Meio Ambiente Média ± DP
Menopausa						
Não	81,67 ± 14,84	73,33 ± 25,82	78,77 ± 17,78	73,87 ± 17,72	83,32 ± 13,73	64,58 ± 15,25
Sim	75,85 ± 19,12	77,97 ± 23,71	72,42 ± 18,77	72,79 ± 19,20	76,82 ± 17,79	67,15 ± 14,11
	p= 0,30	p= 0,44	p= 0,17	p= 0,99	p= 0,17	p= 0,74
“Fogachos”						
Não	76,72 ± 16,27	77,58 ± 23,47	77,06 ± 17,79	75,84 ± 16,65	85,04 ± 13,05	68,31 ± 13,66
Sim	77,22 ± 19,81	76,67 ± 24,65	71,55 ± 19,03	71,18 ± 20,02	73,68 ± 18,12	65,54 ± 14,71
	p= 0,78	p= 0,94	p= 0,22	p= 0,36	p < 0,01	p= 0,20
Atividade sexual						
Não	75,00 ± 20,41	78,22 ± 22,11	69,21 ± 19,39	70,00 ± 19,29	76,32 ± 16,11	65,00 ± 12,38
Sim	78,49 ± 16,89	76,16 ± 25,56	76,96 ± 17,57	75,17 ± 18,35	79,44 ± 17,95	67,81 ± 15,54
	p= 0,51	p= 0,85	p= 0,06	p= 0,27	p= 0,29	p= 0,32
Câncer interferiu na vida sexual *						
Não	83,33 ± 18,09	86,66 ± 20,84	72,11 ± 16,64	74,70 ± 16,55	84,42 ± 15,06	67,70 ± 11,85
Sim	73,86 ± 19,63	72,72 ± 26,62	67,17 ± 20,98	70,05 ± 21,89	66,27 ± 16,56	62,18 ± 15,54
	p= 0,14	p= 0,05	p= 0,54	p= 0,48	p < 0,01	p= 0,17
Disfunção Sexual						
Não	79,31 ± 16,46	76,72 ± 24,02	79,03 ± 17,23	75,41 ± 17,94	83,61 ± 13,46	69,30 ± 15,06
Sim	76,78 ± 18,25	75,00 ± 29,42	72,67 ± 18,14	74,67 ± 19,86	70,81 ± 23,05	64,73 ± 16,65
	p= 0,66	p= 0,93	p= 0,20	p= 0,88	p= 0,06	p= 0,25
Vagina curta/estreita						
Não	76,00 ± 18,18	75,50 ± 23,95	73,82 ± 19,04	70,81 ± 21,26	82,81 ± 14,63	67,30 ± 14,81
Sim	79,17 ± 19,03	80,20 ± 24,43	73,48 ± 18,14	77,58 ± 11,18	68,38 ± 18,22	65,23 ± 13,30
	p= 0,39	p= 0,30	p= 0,86	p= 0,31	p < 0,01	p= 0,32
Sangramento relação sexual						
Não	78,06 ± 17,40	78,06 ± 22,02	76,64 ± 16,46	74,47 ± 17,55	79,91 ± 18,00	68,12 ± 13,93
Sim	78,57 ± 17,25	78,57 ± 26,73	70,37 ± 21,21	68,42 ± 24,99	73,79 ± 14,78	66,51 ± 19,98
	p= 0,96	p= 0,80	p= 0,49	p= 0,51	p= 0,24	p= 0,68

Tabela 8 – Fatores associados à qualidade de vida. Juiz de Fora, MG, 2013.

(continua)

	Percepção QV Média ± DP	Satisfação saúde Média ± DP	Domínio Físico Média ± DP	Domínio Psicológico Média ± DP	Domínio Relações Sociais Média ± DP	Domínio Meio Ambiente Média ± DP
Dor/ardência urinar						
Não	77,92 ± 17,28	76,67 ± 23,40	75,44 ± 18,43	73,87 ± 17,78	80,26 ± 15,65	67,34 ± 14,86
Sim	73,21 ± 22,92	78,57 ± 27,48	66,30 ± 18,25	69,32 ± 23,03	69,02 ± 20,79	63,56 ± 11,40
	p= 0,54	p= 0,52	p= 0,08	p= 0,59	p= 0,03	p= 0,17
Incontinência Urinária						
Não	80,26 ± 16,86	79,38 ± 24,60	75,91 ± 17,96	74,83 ± 17,07	80,25 ± 17,87	68,80 ± 14,32
Sim	66,17 ± 19,64	69,12 ± 20,78	66,35 ± 19,49	66,89 ± 23,22	71,06 ± 12,54	59,33 ± 11,82
	p < 0,01	p= 0,03	p= 0,05	p= 0,23	p= 0,01	p < 0,01
Urgência Urinária						
Não	77,78 ± 18,60	78,70 ± 21,39	76,62 ± 17,21	74,36 ± 16,58	80,85 ± 14,99	67,48 ± 14,91
Sim	75,00 ± 18,14	72,50 ± 30,24	65,86 ± 20,45	69,35 ± 23,89	70,81 ± 20,68	64,34 ± 12,47
	p= 0,50	p= 0,65	p= 0,02	p= 0,62	p= 0,07	p= 0,32
Aumento frequência urinária						
Não	77,92 ± 18,46	76,67 ± 23,86	75,03 ± 18,64	72,62 ± 20,20	80,95 ± 15,20	67,40 ± 14,86
Sim	73,21 ± 18,25	78,57 ± 25,67	68,09 ± 18,17	74,68 ± 11,26	66,05 ± 20,27	63,34 ± 11,32
	p= 0,46	p= 0,70	p= 0,16	p= 0,91	p < 0,01	p= 0,23
Incontinência urinária de esforço						
Não	77,65 ± 16,68	75,53 ± 26,31	73,83 ± 20,08	71,70 ± 19,33	77,29 ± 15,32	66,42 ± 14,31
Sim	75,92 ± 21,35	79,63 ± 19,65	73,51 ± 16,16	75,28 ± 17,94	79,61 ± 20,20	66,99 ± 14,48
	p= 0,85	p= 0,72	p= 0,58	p= 0,36	p= 0,31	p= 0,85
Retenção urinária						
Não	76,92 ± 18,91	78,08 ± 21,87	75,90 ± 17,33	75,04 ± 15,88	79,60 ± 15,60	67,11 ± 14,80
Sim	77,78 ± 15,02	69,44 ± 37,03	57,90 ± 21,03	58,30 ± 30,47	67,57 ± 24,46	63,19 ± 9,72
	p= 0,97	p= 0,87	p= 0,01	p= 0,15	p= 0,12	p= 0,28
Hematúria						
Não	77,14 ± 18,43	77,85 ± 22,74	75,02 ± 18,08	73,67 ± 17,50	78,55 ± 17,42	67,05 ± 14,49
Sim	75,00 ± 20,41	62,50 ± 43,30	50,85 ± 13,79	61,42 ± 36,85	70,81 ± 10,76	59,37 ± 7,66
	p= 0,79	p= 0,62	p= 0,01	p= 0,64	p= 0,26	p= 0,18

Tabela 8 – Fatores associados à qualidade de vida. Juiz de Fora, MG, 2013.

(continua)

	Percepção QV Média ± DP	Satisfação saúde Média ± DP	Domínio Físico Média ± DP	Domínio Psicológico Média ± DP	Domínio Relações Sociais Média ± DP	Domínio Meio Ambiente Média ± DP
Tenesmo						
Não	77,50 ± 18,62	78,21 ± 22,88	74,76 ± 18,57	73,07 ± 19,31	78,79 ± 17,19	67,01 ± 14,18
Sim	68,75 ± 12,50	56,25 ± 37,50	55,34 ± 6,16	71,86 ± 4,01	66,63 ± 13,59	60,00 ± 16,55
	p= 0,30	p= 0,14	p= 0,02	p= 0,40	p= 0,11	p= 0,28
Diarreia						
Não	78,45 ± 18,99	76,72 ± 25,15	75,58 ± 17,53	75,70 ± 16,67	81,16 ± 15,27	68,42 ± 14,16
Sim	71,87 ± 15,48	78,12 ± 20,15	66,93 ± 21,40	63,25 ± 23,09	67,17 ± 19,60	60,15 ± 13,18
	p= 0,15	p= 0,93	p= 0,15	p= 0,03	p= 0,01	p= 0,03
Constipação intestinal						
Não	75,53 ± 17,67	76,06 ± 24,98	72,91 ± 19,27	73,74 ± 19,55	78,00 ± 17,85	66,94 ± 15,07
Sim	79,63 ± 19,65	78,70 ± 22,68	75,10 ± 17,72	71,74 ± 17,69	78,37 ± 16,23	66,08 ± 13,05
	p= 0,26	p= 0,68	p= 0,58	p= 0,67	p= 0,91	p= 0,52
Urgência fecal						
Não	77,92 ± 19,58	77,08 ± 24,04	76,34 ± 17,13	75,12 ± 16,95	80,95 ± 15,28	67,55 ± 14,87
Sim	73,21 ± 11,86	76,78 ± 24,93	62,46 ± 21,17	63,96 ± 23,89	66,05 ± 20,01	62,67 ± 10,98
	p= 0,28	p= 0,97	p= 0,02	p= 0,08	p < 0,01	p= 0,19
Incontinência fecal						
Não	77,27 ± 18,98	75,75 ± 24,79	73,88 ± 18,95	73,40 ± 18,55	79,52 ± 15,42	66,71 ± 14,31
Sim	75,00 ± 13,36	87,50 ± 13,36	72,28 ± 16,83	69,76 ± 21,80	66,64 ± 26,36	66,01 ± 14,98
	p= 0,64	p= 0,21	p= 0,69	p= 0,76	p= 0,24	p= 0,96

Tabela 8 – Fatores associados à qualidade de vida. Juiz de Fora, MG, 2013.

(conclusão)

	Percepção QV Média ± DP	Satisfação saúde Média ± DP	Domínio Físico Média ± DP	Domínio Psicológico Média ± DP	Domínio Relações Sociais Média ± DP	Domínio Meio Ambiente Média ± DP
Dor anal						
Não	76,89 ± 18,76	76,89 ± 24,14	74,27 ± 18,85	74,03 ± 18,14	78,13 ± 17,59	66,42 ± 14,42
Sim	78,12 ± 16,02	78,12 ± 24,77	69,15 ± 17,07	64,56 ± 23,14	78,11 ± 14,03	68,35 ± 13,82
	p= 0,91	p= 0,85	p= 0,33	p= 0,13	p= 0,98	p= 0,74
Muco anal						
Não	76,12 ± 18,68	75,37 ± 24,42	73,69 ± 19,13	73,05 ± 19,30	78,71 ± 17,07	66,13 ± 14,68
Sim	85,71 ± 13,36	92,86 ± 12,20	73,94 ± 13,93	72,60 ± 13,99	72,60 ± 18,45	71,42 ± 9,09
	p= 0,19	p= 0,03	p= 0,77	p= 0,71	p= 0,38	p= 0,33
Enterorragia						
Não	75,77 ± 18,73	76,15 ± 23,97	74,36 ± 19,13	72,92 ± 19,56	78,18 ± 17,48	66,29 ± 14,68
Sim	86,11 ± 13,18	83,33 ± 25,00	69,01 ± 14,51	73,58 ± 12,68	77,76 ± 15,58	69,09 ± 11,31
	p= 0,11	p= 0,25	p= 0,22	p= 0,81	p= 1,00	p= 0,66
Linfedema membro inferior						
Não	78,69 ± 17,58	79,10 ± 21,49	77,66 ± 16,08	74,91 ± 16,97	79,49 ± 17,72	68,44 ± 14,53
Sim	69,23 ± 20,80	67,30 ± 32,89	55,19 ± 19,14	64,08 ± 24,57	71,77 ± 12,96	58,12 ± 9,46
	p= 0,13	p= 0,27	p < 0,01	p= 0,20	p= 0,05	p < 0,01

Legenda: * Variáveis analisadas apenas no grupo câncer

Fonte: Dados da pesquisa

5.8 FATORES ASSOCIADOS À FUNÇÃO SEXUAL

Como mostra a tabela 9, das variáveis sociodemográficas e econômicas, apenas a escolaridade apresentou associação com os domínios de função sexual: mulheres com baixa escolaridade apresentaram média significativamente menor de “desejo” e “excitação” em relação a mulheres com média ou alta escolaridade.

As participantes do estudo que consideraram o relacionamento com seu companheiro como ruim ou regular apresentaram menor média nos domínios “orgasmo” e “dor” e no escore total do FSFI. Nenhuma variável clínica ou terapêutica mostrou associação com o FSFI.

As sobreviventes ao câncer que consideraram que a doença e/ou seu tratamento interferiram na vida sexual, apresentaram médias inferiores no domínio “excitação” e no escore total em relação àquelas que não relataram esta interferência. Foi observada na amostra associação entre menopausa e menores pontuações médias nos domínios “lubrificação”, “orgasmo”, “dor” e no escore total. Com relação a sinais/sintomas autorreferidos, “fogachos” associou-se a menores pontuações nos domínios “lubrificação” e “dor” e no escore total. A sensação de vagina estreita ou curta demais apresentou associação com menores médias em todos os domínios de (exceto “excitação”) e com o escore total do FSFI. Mulheres com relato de sangramento durante ou após a relação sexual apresentaram médias inferiores nos domínios “desejo”, “satisfação” e “dor”, bem como no escore total.

Observou-se, ainda, associação entre apresentar urgência urinária e menores médias nos domínios “orgasmo” e “satisfação” e no escore total do FSFI; aumento da frequência urinária, urgência fecal e linfedema de membros inferiores com médias inferiores em todos os domínios e escore total; diarreia e incontinência fecal com pontuações menores no escore total e em todos os domínios (exceto “lubrificação” e “dor”); dor anal com médias inferiores no escore total e domínios “lubrificação” e “dor”; enterorragia com menores pontuações no escore total e todos os domínios (exceto “excitação” e “orgasmo”).

Tabela 9 – Fatores associados à função sexual. Juiz de Fora, MG, 2013.

(continua)

	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	Escore total
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
Idade							
≤50 anos	3,95 ± 1,11	4,53 ± 1,04	5,11 ± 1,36	5,00 ± 1,08	5,48 ± 0,70	4,98 ± 1,34	29,07 ± 5,43
> 50 anos	3,42 ± 1,57	3,78 ± 1,51	4,36 ± 1,61	4,44 ± 1,62	4,89 ± 1,48	4,47 ± 1,84	25,37 ± 7,59
	p= 0,28	p= 0,14	p= 0,09	p= 0,33	p= 0,30	p= 0,37	p= 0,10
Estadiamento *							
I	2,57 ± 1,65	3,21 ± 1,65	4,07 ± 2,16	3,54 ± 2,12	3,88 ± 1,78	3,77 ± 1,90	21,05 ± 9,36
II, III, IV	3,30 ± 1,15	3,79 ± 1,32	3,41 ± 1,44	4,10 ± 1,06	4,75 ± 0,84	2,95 ± 1,49	22,30 ± 5,78
	p= 0,46	p= 0,40	p= 0,46	p= 0,95	p= 0,46	p= 0,53	p= 0,69
Tratamento Local *							
Sem radioterapia	5,40 ± 0,00	5,70 ± 0,00	6,00 ± 0,00	6,00 ± 0,00	6,00 ± 0,00	6,00 ± 0,00	35,10 ± 0,00
Com radioterapia	2,79 ± 1,28	3,36 ± 1,38	3,55 ± 1,72	3,68 ± 1,54	4,22 ± 1,35	3,14 ± 1,57	20,76 ± 6,65
	p= 0,13	p= 0,13	p= 0,26	p= 0,13	p= 0,13	p= 0,13	p= 0,13
Quimioterapia *							
Não	2,70 ± 1,57	3,26 ± 1,54	4,23 ± 2,05	3,65 ± 1,98	4,00 ± 1,68	3,80 ± 1,76	21,65 ± 8,83
Sim	3,25 ± 1,24	3,81 ± 1,42	3,12 ± 1,29	4,05 ± 1,14	4,74 ± 0,90	2,80 ± 1,54	21,80 ± 6,05
	p= 0,69	p= 0,39	p= 0,23	p= 0,95	p= 0,46	p= 0,39	p= 1,00
Tempo pós-tratamento *							
≤ 3 anos	3,18 ± 1,50	3,54 ± 1,45	4,20 ± 1,50	4,12 ± 1,63	4,28 ± 1,44	3,84 ± 1,42	23,16 ± 6,90
> 3 anos	2,52 ± 1,22	3,48 ± 1,65	2,76 ± 2,06	3,28 ± 1,55	4,48 ± 1,39	2,32 ± 1,86	18,84 ± 8,30
	p= 0,51	p= 0,95	p= 0,20	p= 0,31	p= 0,59	p= 0,25	p= 0,37
Raça							
Branca	3,69 ± 1,11	4,22 ± 1,23	4,47 ± 1,74	4,86 ± 1,24	5,29 ± 0,91	4,55 ± 1,92	27,10 ± 7,05
Não-branca	3,76 ± 1,41	4,24 ± 1,32	4,96 ± 1,37	4,75 ± 1,38	5,22 ± 1,18	4,88 ± 1,39	27,82 ± 6,42
	p= 0,82	p= 0,80	p= 0,39	p= 0,90	p= 0,88	p= 0,78	p= 0,99
Situação Conjugal							
Com companheiro	3,75 ± 1,35	4,23 ± 1,27	4,72 ± 1,51	4,73 ± 1,35	5,20 ± 1,12	4,69 ± 1,57	27,31 ± 6,67
Sem companheiro	4,20 ± 0,60	4,20 ± 1,82	6,00 ± 0,00	5,46 ± 0,92	5,60 ± 0,69	6,00 ± 0,00	31,46 ± 2,65
	p= 0,54	p= 0,87	p= 0,10	p= 0,32	p= 0,66	p= 0,12	p= 0,25
Relacionamento com companheiro							
Bom/Muito bom	3,94 ± 1,22	4,45 ± 1,16	4,80 ± 1,47	4,96 ± 1,17	5,37 ± 1,00	4,97 ± 1,45	28,52 ± 6,23
Ruim/Regular	2,74 ± 1,54	3,42 ± 1,43	4,67 ± 1,71	3,71 ± 1,67	4,68 ± 1,52	3,65 ± 1,76	22,90 ± 6,96
	p= 0,06	p= 0,07	p= 0,92	p= 0,03	p= 0,44	p= 0,04	p= 0,02

Tabela 9 – Fatores associados à função sexual. Juiz de Fora, MG, 2013.

(continua)

	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	Escore total
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
Situação de trabalho							
Trabalho remunerado	3,63 ± 1,26	4,10 ± 1,20	4,87 ± 1,44	4,62 ± 1,38	5,24 ± 0,95	5,13 ± 1,34	27,60 ± 6,01
Não possui trabalho remunerado	3,81 ± 1,38	4,33 ± 1,35	4,78 ± 1,55	4,90 ± 1,31	5,25 ± 1,21	4,52 ± 1,68	27,61 ± 7,02
	p= 0,68	p= 0,36	p= 0,86	p= 0,37	p= 0,69	p= 0,20	p= 0,57
Renda							
≤ 1 salário	3,60 ± 1,52	3,80 ± 1,48	5,33 ± 1,60	4,53 ± 1,94	5,07 ± 1,25	5,11 ± 1,57	27,44 ± 7,62
> 1 salário	3,77 ± 1,28	4,35 ± 1,22	4,67 ± 1,45	4,85 ± 1,14	5,29 ± 1,07	4,69 ± 1,56	27,65 ± 6,36
	p= 0,89	p= 0,38	p= 0,09	p= 0,78	p= 0,73	p= 0,43	p= 0,75
Escolaridade							
Baixa escolaridade	3,36 ± 1,30	3,90 ± 1,34	4,75 ± 1,57	4,58 ± 1,45	5,07 ± 1,27	4,83 ± 1,64	26,50 ± 6,70
Média/Alta escolaridade	4,26 ± 1,18	4,70 ± 1,08	4,90 ± 1,41	5,06 ± 1,12	5,49 ± 0,76	4,71 ± 1,47	29,13 ± 6,18
	p= 0,02	p= 0,04	p= 0,99	p= 0,25	p= 0,34	p= 0,61	p= 0,14
Menopausa							
Não	4,16 ± 0,83	4,78 ± 0,95	5,80 ± 0,55	5,34 ± 0,79	5,68 ± 0,50	5,63 ± 0,67	31,41 ± 2,48
Sim	3,51 ± 1,48	3,94 ± 1,36	4,29 ± 1,57	4,48 ± 1,47	5,01 ± 1,26	4,33 ± 1,71	25,57 ± 7,15
	p= 0,17	p= 0,06	p < 0,01	p= 0,04	p= 0,06	p < 0,01	p < 0,01
“Fogachos”							
Não	3,98 ± 1,00	4,61 ± 1,09	5,46 ± 1,21	5,06 ± 0,86	5,60 ± 0,52	5,39 ± 1,44	30,11 ± 3,98
Sim	3,55 ± 1,52	3,93 ± 1,37	4,30 ± 1,51	4,57 ± 1,59	4,97 ± 1,35	4,30 ± 1,51	25,62 ± 7,51
	p= 0,47	p= 0,11	p < 0,01	p= 0,55	p= 0,15	p < 0,01	p= 0,04
Câncer interferiu na vida sexual *							
Não	4,60 ± 1,38	5,10 ± 1,03	5,00 ± 0,91	5,20 ± 0,69	5,47 ± 0,61	4,67 ± 1,22	30,03 ± 5,00
Sim	2,55 ± 1,11	3,12 ± 1,29	3,4 ± 1,81	3,50 ± 1,60	4,06 ± 1,39	3,00 ± 1,66	19,64 ± 6,44
	p= 0,10	p = 0,03	p= 0,18	p= 0,07	p= 0,10	p= 0,13	p= 0,01
Vagina curta/estreita							
Não	4,01 ± 1,11	4,47 ± 1,06	5,24 ± 1,03	5,11 ± 1,05	5,55 ± 0,71	5,41 ± 0,85	29,81 ± 3,82
Sim	2,94 ± 1,59	3,54 ± 1,65	3,57 ± 1,94	3,82 ± 1,61	4,36 ± 1,54	2,94 ± 1,72	21,19 ± 8,59
	p= 0,04	p= 0,11	p < 0,01	p < 0,01	p= 0,01	p < 0,01	p < 0,01
Sangramento relação sexual							
Não	3,98 ± 1,26	4,41 ± 1,28	5,00 ± 1,41	5,00 ± 1,20	5,45 ± 0,99	5,05 ± 1,45	28,90 ± 6,08
Sim	2,91 ± 1,00	3,60 ± 1,03	4,37 ± 1,24	4,17 ± 1,38	4,51 ± 1,12	3,94 ± 1,31	23,51 ± 3,70
	p= 0,04	p= 0,08	p= 0,18	p= 0,06	p= 0,01	p= 0,03	p < 0,01

Tabela 9 – Fatores associados à função sexual. Juiz de Fora, MG, 2013.

(continua)

	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	Escore total
	Média ± DP						
Dor/ardência urinar							
Não	3,80 ± 1,21	4,30 ± 1,20	4,85 ± 1,43	4,81 ± 1,25	5,36 ± 0,87	4,87 ± 1,52	28,01 ± 5,86
Sim	3,15 ± 2,26	3,52 ± 2,08	4,42 ± 2,26	4,50 ± 2,22	4,10 ± 2,34	3,90 ± 1,82	23,60 ± 11,87
	p= 0,64	p= 0,47	p= 0,88	p= 0,88	p= 0,50	p= 0,24	p= 0,61
Aumento frequência urinária							
Não	4,01 ± 1,21	4,54 ± 1,11	5,23 ± 1,13	5,10 ± 1,04	5,55 ± 0,77	5,17 ± 1,36	29,63 ± 4,43
Sim	2,55 ± 1,14	2,88 ± 1,17	2,96 ± 1,50	3,40 ± 1,64	3,90 ± 1,36	3,05 ± 1,15	18,75 ± 7,15
	p < 0,01						
Urgência Urinária							
Não	3,98 ± 1,07	4,46 ± 1,06	4,96 ± 1,29	5,10 ± 0,99	5,53 ± 0,70	4,86 ± 1,46	29,92 ± 5,09
Sim	2,94 ± 1,77	3,48 ± 1,70	4,32 ± 2,02	3,72 ± 1,77	4,28 ± 1,60	4,52 ± 1,90	23,26 ± 8,96
	p= 0,07	p= 0,14	p= 0,58	p= 0,02	p= 0,01	0,72	p= 0,05
Incontinência Urinária							
Não	3,79 ± 1,22	4,27 ± 1,21	4,66 ± 1,54	4,87 ± 1,27	5,31 ± 1,03	4,77 ± 1,55	27,69 ± 6,54
Sim	3,40 ± 1,96	4,00 ± 1,79	5,75 ± 0,61	4,26 ± 1,71	4,80 ± 1,47	4,87 ± 1,72	27,08 ± 7,14
	p= 0,62	p= 0,93	p= 0,07	p= 0,36	p= 0,59	p= 0,82	p= 0,82
Incontinência urinária aos esforços							
Não	3,64 ± 1,26	4,18 ± 1,21	4,86 ± 1,44	4,76 ± 1,34	5,20 ± 1,00	4,57 ± 1,73	27,22 ± 6,45
Sim	3,97 ± 1,46	4,36 ± 1,48	4,70 ± 1,65	4,83 ± 1,35	5,35 ± 1,33	5,26 ± 0,95	28,48 ± 6,94
	p= 0,48	p= 0,44	p= 0,99	p= 0,88	p= 0,35	p= 0,38	p= 0,47
Retenção urinária							
Não	3,85 ± 1,22	4,30 ± 1,19	4,85 ± 1,42	4,87 ± 1,23	5,39 ± 0,87	4,83 ± 1,51	28,10 ± 5,89
Sim	2,70 ± 1,99	3,52 ± 2,08	4,42 ± 2,26	3,92 ± 2,14	3,90 ± 2,07	4,30 ± 2,12	22,75 ± 11,20
	p= 0,16	p= 0,46	p= 0,86	p= 0,39	p= 0,07	p= 0,62	p= 0,35
Hematúria							
Não	3,80 ± 1,27	4,27 ± 1,27	4,82 ± 1,51	4,77 ± 1,34	5,29 ± 1,06	4,86 ± 1,49	27,83 ± 6,45
Sim	1,20	2,40	4,50	5,20	3,20	1,60	18,10
	p=0,09	p= 0,23	p= 0,69	p= 0,93	p= 0,18	p= 0,14	p= 0,18

Tabela 9 – Fatores associados à função sexual. Juiz de Fora, MG, 2013.

(continua)

	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	Escore total
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
Tenesmo							
Não	3,80 ± 1,27	4,27 ± 1,27	4,90 ± 1,39	4,86 ± 1,25	5,29 ± 1,06	4,86 ± 1,47	28,00 ± 6,06
Sim	1,20	2,40	1,20	1,60	3,20	1,20	10,80
	p= 0,09	p= 0,23	p= 0,09	p= 0,14	p= 0,18	p= 0,09	p= 0,14
Diarreia							
Não	3,95 ± 1,21	4,46 ± 1,07	4,96 ± 1,33	5,08 ± 0,96	5,47 ± 0,73	4,93 ± 1,49	28,87 ± 5,22
Sim	2,16 ± 1,09	2,52 ± 1,62	3,72 ± 2,26	2,48 ± 1,58	3,52 ± 1,88	3,60 ± 1,70	18,00 ± 8,16
	p < 0,01	p= 0,01	p= 0,25	p < 0,01	p= 0,01	p= 0,07	p < 0,01
Constipação Intestinal							
Não	3,71 ± 1,48	4,23 ± 1,49	4,84 ± 1,68	4,71 ± 1,59	5,11 ± 1,31	4,76 ± 1,76	27,38 ± 7,81
Sim	3,79 ± 1,04	4,24 ± 0,89	4,76 ± 1,14	4,90 ± 0,74	5,47 ± 0,58	4,82 ± 1,18	27,89 ± 3,71
	p= 0,90	p= 0,44	p= 0,34	p= 0,48	p= 0,80	p= 0,63	p= 0,40
Urgência fecal							
Não	4,05 ± 1,15	4,52 ± 1,05	5,06 ± 1,30	5,05 ± 0,99	5,56 ± 0,62	5,00 ± 1,45	29,22 ± 5,02
Sim	2,10 ± 1,18	2,45 ± 1,23	3,30 ± 1,77	3,13 ± 2,00	3,26 ± 1,37	3,40 ± 1,55	17,65 ± 6,28
	p < 0,01	p < 0,01	p= 0,02	p= 0,02	p < 0,01	p= 0,01	p < 0,01
Incontinência fecal							
Não	3,88 ± 1,27	4,37 ± 1,20	4,95 ± 1,39	4,98 ± 1,11	5,44 ± 0,84	4,82 ± 1,60	28,44 ± 5,99
Sim	2,40 ± 1,09	2,85 ± 1,43	3,52 ± 2,05	2,90 ± 1,97	3,40 ± 1,74	4,40 ± 1,13	19,47 ± 6,92
	p= 0,03	p= 0,05	p= 0,15	p= 0,01	p < 0,01	p= 0,34	p < 0,01

Tabela 9 – Fatores associados à função sexual. Juiz de Fora, MG, 2013.

(conclusão)

	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	Escore total
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
Dor anal							
Não	3,76 ± 1,36	4,28 ± 1,32	4,93 ± 1,48	4,80 ± 1,37	5,28 ± 1,13	4,91 ± 1,52	27,97 ± 6,63
Sim	3,40 ± 0,35	3,60 ± 0,60	3,30 ± 0,52	4,53 ± 0,61	4,80 ± 0,00	3,07 ± 0,92	22,70 ± 2,06
	p= 0,50	p= 0,25	p= 0,03	p= 0,34	p= 0,09	p= 0,02	p= 0,05
Muco anal							
Não	3,74 ± 1,33	4,23 ± 1,30	4,86 ± 1,47	4,79 ± 1,34	5,25 ± 1,11	4,81 ± 1,57	27,70 ± 6,59
Sim	3,60 ± 0,00	4,20 ± 0,00	2,70 ± 0,00	4,40 ± 0,00	4,80 ± 0,00	3,60 ± 0,00	23,30 ± 0,00
	p= 0,87	p= 0,87	p= 0,14	p= 0,43	p= 0,30	p= 0,22	p= 0,25
Enterorragia							
Não	3,92 ± 1,26	4,38 ± 1,24	5,06 ± 1,33	4,88 ± 1,32	5,40 ± 1,04	5,13 ± 1,23	28,78 ± 5,92
Sim	2,60 ± 1,11	3,35 ± 1,32	3,30 ± 1,65	4,20 ± 1,30	4,26 ± 1,00	2,60 ± 1,69	20,31 ± 5,70
	p= 0,02	p= 0,06	p < 0,01	p= 0,13	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01
Linfedema membro inferior							
Não	3,87 ± 1,23	4,37 ± 1,20	4,96 ± 1,34	4,96 ± 1,16	5,37 ± 1,01	4,96 ± 1,42	28,50 ± 5,52
Sim	2,00 ± 1,38	2,40 ± 1,20	2,80 ± 2,27	2,53 ± 1,61	3,60 ± 1,05	2,40 ± 1,44	15,73 ± 8,71
	p= 0,04	p= 0,02	p= 0,05	p= 0,02	p= 0,01	p= 0,01	p= 0,02

Legenda: * Variáveis analisadas apenas no grupo câncer

Fonte: Dados da pesquisa

5.9 CORRELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO SEXUAL

Observou-se correlação positiva entre a “Percepção da QV” e o domínio “excitação” do FSFI; entre o domínio “Físico” e o escore total do FSFI, assim como, os domínios “desejo”, “orgasmo” e “satisfação”. O domínio “Psicológico” do WHOQOL-bref correlacionou-se positivamente com “desejo” e “orgasmo”; já o domínio “Relações sociais”, com o escore total e todos os domínios da função sexual (exceto “Dor”). E, finalmente, o domínio “Meio ambiente” apresentou correlação positiva com a dimensão “excitação” do FSFI (Tabela 10).

Tabela 10 – Correlação entre os instrumentos WHOQOL-bref e FSFI. Juiz de Fora, MG, 2013.

CORRELAÇÃO r (p)	Percepção QV	Satisfação Saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio ambiente
Desejo	0,28 (0,08)	0,27 (0,08)	0,37 (0,01)	0,32 (0,03)	0,47 (< 0,01)	0,26 (0,08)
Excitação	0,35 (0,01)	0,12 (0,43)	0,20 (0,19)	0,20 (0,19)	0,52 (< 0,01)	0,33 (0,03)
Lubrificação	-0,08 (0,57)	0,06 (0,67)	0,16 (0,29)	-0,05 (0,74)	0,34 (0,02)	-0,14 (0,36)
Orgasmo	0,22 (0,14)	0,12 (0,42)	0,34 (0,02)	0,38 (0,01)	0,50 (< 0,01)	0,28 (0,06)
Satisfação	0,15 (0,31)	0,10 (0,49)	0,35 (0,01)	0,27 (0,07)	0,70 (< 0,01)	0,26 (0,08)
Dor	-0,06 (0,69)	0,15 (0,33)	0,23 (0,13)	-0,00 (0,97)	0,25 (0,10)	0,00 (0,97)
Escore total	0,16 (0,29)	0,17 (0,27)	0,33 (0,02)	0,21 (0,16)	0,55 (< 0,01)	0,19 (0,20)

Fonte: Dados da pesquisa

5.10 ANÁLISE MULTIVARIADA

O modelo final da regressão linear múltipla apresentou coeficiente R^2 de 0,83 e valor de $p < 0,01$. A tabela 11 apresenta as variáveis relacionadas a possíveis efeitos adversos do tratamento que permaneceram no modelo final. Destas, apenas “sangramento durante/após relações sexuais”, “hematúria” e “diarreia” não foram significativas ($p > 0,05$).

Tabela 11 – Regressão linear multivariada (modelo final): influência das variáveis relacionadas a possíveis efeitos adversos tardios do tratamento sobre a função sexual (FSFI total). Juiz de Fora, MG, 2013.

Variáveis independentes	Coeficiente β	Intervalo de Confiança	p
Câncer interferiu na vida sexual	-1,561	-2,720 – -0,402	0,02
Estenose/encurtamento vaginal	-6,746	-9,445 – -4,048	<0,01
Sangramento durante/após relações sexuais	1,081	-1,683 – 3,844	0,339
Aumento da frequência urinária	-7,552	-9,730 – -5,373	<0,01
Hematúria	6,460	-0,301 – 13,222	0,06
Diarreia	1,117	-0,625 – 2,859	0,15
Incontinência fecal	-9,769	-13,646 – -5,893	<0,01
Enterorragia	-7,292	-9,130 – -5,453	<0,01
Tenesmo	-10,753	-14,798 – -6,709	<0,01
Linfedema membros inferiores	21,147	15,489 – 26,806	<0,01

Fonte: Dados da pesquisa

6 DISCUSSÃO

Verificou-se o impacto negativo do câncer e/ou seu tratamento na qualidade de vida, especificamente nos domínios “Físico” e “Relações Sociais”. Este resultado pode estar relacionado, em parte, à necessidade de acompanhamento médico após o tratamento, aos efeitos adversos tardios do mesmo e à insatisfação com a vida sexual devido às disfunções sexuais secundárias à terapia. A função sexual das sobreviventes também foi inferior em relação ao grupo controle em todos os domínios e no escore global, apontando o impacto negativo do tratamento na sexualidade destas mulheres.

Destaca-se, ainda, a possibilidade de relação do impacto negativo observado tanto na QV como na função sexual com a falta de orientação e suporte adequados do profissional assistente, no que se refere à abordagem precoce dos potenciais efeitos adversos do tratamento da doença (BERNARDO *et al*, 2007; VIDAL, 2008). Além disso, o baixo suporte social identificado nas pacientes com QV mais prejudicada, incluindo, inclusive, o ainda existente estigma do câncer e o fato de que a doença tenha acometido órgão de simbologia tão importante para o sexo feminino, extremamente vinculado à atividade sexual (PENGA; RUMIN, 2008).

As características das mulheres sobreviventes ao CCU coincidem com a literatura no que se refere à idade, raça, escolaridade, classificação histopatológica do tumor e tipo de tratamento (FERNANDES; KIMURA, 2010; THULER; BERGMANN; CASADO, 2012). Quanto ao estadiamento, vale destacar que, embora a maioria da amostra (52%) apresentasse estágios mais avançados (II a IV - FIGO), uma grande parte foi diagnosticada no estágio IB (40%), o que pode estar relacionado ao abandono do seguimento ou óbito de mulheres com doença em fases mais avançadas.

Os grupos estudados foram semelhantes quanto às variáveis sociodemográficas, econômicas, de hábitos de vida e de saúde, diferindo apenas quanto à situação conjugal, relacionamento com o marido e quanto a alterações autorrelatadas de possíveis efeitos adversos do tratamento para o CCU. A diversidade de alterações e seu impacto na qualidade de vida e na função sexual enfatizam a necessidade de investigação abrangente da sobrevivente ao câncer. A despeito disso, observou-se um subregistro destes possíveis efeitos do tratamento

nos prontuários analisados e apenas uma mínima parcela (10,8%) destas mulheres receberam encaminhamento para outras especialidades ou profissionais, reforçando, assim, a impressão de uma abordagem fragmentada e incompleta por parte dos profissionais assistentes nestes casos.

Maior escolaridade mostrou impacto positivo na função sexual. Huguet e colaboradores (2009), também constataram esta associação em amostra de mulheres submetidas ao tratamento para o câncer de mama. Uma possível justificativa, segundo estes autores, seria o fato de mulheres com maior escolaridade apresentarem mais recursos internos para lidar com a doença e uma noção mais aproximada da extensão da enfermidade.

Em relação às variáveis psicossociais, 36,8% das mulheres do grupo câncer classificaram o relacionamento conjugal como ruim ou regular e apenas 32,4% mencionaram o companheiro como fonte de apoio familiar. Isto pode estar associado ao fato de que grande parte das mulheres do grupo câncer não tinha companheiro. Outro fator que também pode estar relacionado a estes achados refere-se ao impacto do tratamento na função sexual. A disfunção sexual, observada em 80% das sobreviventes sexualmente ativas, segundo alguns estudos, afeta negativamente a relação do casal, podendo resultar até mesmo em abandono da mulher pelo marido ou companheiro (BERNARDO *et al.*, 2007; CLEARY; HEGARTY, 2011).

Segundo Lara e colaboradores (2008), é cada vez mais reconhecida a importância da saúde sexual para a longevidade das relações afetivas e como parte da saúde global e bem-estar do indivíduo. Atualmente, independente do gênero, o aspecto prazeroso do sexo tem demonstrado maior importância do que sua finalidade reprodutiva.

A maioria das sobreviventes não era sexualmente ativa (59,5%) e grande parte atribuiu esta condição ao fato de não ter parceiro (32,4%), sendo importante destacar que 27% do grupo câncer relatou ser viúva no momento da entrevista. Estudo realizado por Bernardo e colaboradores (2007) encontrou uma maior frequência de abstinência sexual (73,6%) em mulheres acometidas pela doença com relação aos presentes resultados. O abandono pelos parceiros, a separação ou divórcio após o diagnóstico ou tratamento do câncer e a falta de orientação médica foram os principais motivos apontados (BERNARDO *et al.*, 2007).

Quanto aos efeitos adversos tardios do tratamento sobre a função sexual, 64,9% relatou estenose ou encurtamento vaginais e, conseqüentemente, a maioria

considerou que o câncer e/ou seu tratamento interferiram na sua vida sexual (59,5%). Apesar disso, não houve diferença quanto à frequência da prática sexual em relação ao grupo controle. Dentro deste contexto, segundo White (2008), para muitas mulheres a frequência sexual é determinada mais por interesse sexual do parceiro e pela motivação em manter as relações sexuais, apesar da ausência de desejo, visando preservar a harmonia e reduzir a possibilidade de perdê-lo.

Semelhante aos resultados da presente pesquisa, Rodrigues e colaboradores (2012) observaram prejuízo maior no domínio “desejo” da função sexual. Já o domínio “satisfação”, apresentou melhor escore médio, podendo demonstrar a tendência de adaptação das mulheres à relação sexual, a fim de torná-la satisfatória à medida que consegue dar prazer ao parceiro, mesmo com pouco ou nenhum desejo e diante de todas as dificuldades.

O impacto do tratamento do CCU observado na função sexual está de acordo com diversos estudos. Segundo White (2008), as dificuldades sexuais após o tratamento para o CCU apresentam uma prevalência de 50 a 80%. Bernardo e colaboradores, por sua vez, encontraram uma frequência de 70% de disfunção sexual. Lalos, Kjellberg e Lalos (2009) também verificaram que a maioria das sobreviventes ao CCU apresentava distúrbios sexuais, principalmente dispareunia e redução do desejo sexual um ano após o tratamento. Além disso, a maioria acreditava que o tratamento teve impacto negativo na sua vida sexual. Em estudo longitudinal realizado por Jensen e colaboradores (2004), observou-se que, no período de dois anos após a radioterapia, 50% das sobreviventes ao câncer cervical relataram estenose vaginal; 85% tinham baixo ou nenhum interesse sexual e 30% estavam insatisfeitas com sua vida sexual.

Apesar da literatura apontar o tratamento com radioterapia tendo maior impacto sobre a função sexual em relação à cirurgia (FRUMOVITZ *et al.*, 2005; GREIMEL *et al.*, 2009; KORFAGE *et al.*, 2009; CLEARY; HEGARTY, 2011; DONOVAN *et al.*, 2007), isto não foi observado no presente estudo, provavelmente, devido ao número reduzido de mulheres submetidas apenas ao tratamento cirúrgico. Embora a prevalência de disfunção sexual aumente com a idade (LARA *et al.*, 2008; MENDONÇA *et al.*, 2012), esta associação também não foi encontrada, uma vez que os grupos câncer e controle não diferiram em relação a essa variável, indicando, provavelmente, nessa amostra, que o impacto negativo observado na função sexual está mais relacionado ao tratamento para o CCU.

O relacionamento com o companheiro mostrou associação com a função sexual (escore total e domínios “orgasmo” e “dor”) e tendência de associação com a QV (“Percepção da QV”). As mulheres que referiram o companheiro como fonte de apoio familiar apresentaram pontuação maior no domínio “psicológico”, indicando impacto positivo do apoio do cônjuge. Dentro deste contexto, Fernandes e Kimura (2010) afirmam que, para as sobreviventes ao CCU, a presença do parceiro sexual é altamente importante, para criar um ambiente saudável. No entanto, deve-se reconhecer que um bom relacionamento após o diagnóstico de câncer é mais provável em mulheres que já apresentavam relacionamento saudável antes da doença (CLEARY; HEGARTY, 2011).

Biffi e Mamede (2004) também enfatizam o parceiro sexual como uma das fontes de apoio social mais importante na assistência à saúde da mulher com câncer. Para estes autores, a relação de reciprocidade e ajuda pode favorecer recursos psicológicos e físicos, tornando a mulher capaz para enfrentar as dificuldades encontradas com sucesso. Porém, seguindo um padrão cultural do comportamento sexual, o parceiro pode entender que o corpo de sua parceira está para servi-lo, e, quando isso não acontece, cria-se um distanciamento.

Desta forma, os profissionais de saúde devem compreender o papel do companheiro como provedor de afeto e de apoio físico, emocional e social essenciais para uma boa qualidade de vida e função sexual (FERNANDES; KIMURA, 2010). Além disso, os fatores de apoio social devem ser estimulados e aconselhamento sobre a doença e sexualidade, dados à mulher e ao seu parceiro, visando uma melhor assistência às pacientes (FERNANDES; KIMURA, 2010; GOLBALSI; ERENEL, 2012). Através da abordagem de questões sexuais, o casal pode desenvolver aceitação e adaptação às alterações provocadas pelo câncer e às sequelas do seu tratamento (FLEURY; PANTAROLO; ABDO, 2011).

Em relação a esta abordagem, embora seja de extrema importância, é observada negligência pela maioria dos profissionais de saúde no acompanhamento de rotina pós-tratamento (BERNARDO *et al.*, 2007; HERZOG; WRIGHT, 2007; LINDAU *et al.*, 2007; WHITE, 2008; RUTLEDGE *et al.*, 2010; STILOS; DOYLE; DANES, 2008). Esta negligência pode ser reflexo de uma visão fragmentada por parte de algumas equipes médicas envolvidas no tratamento de pacientes oncológicos, concentrando-se mais em aspectos comprometedores da saúde, como a presença de tumor residual ou recidiva, deixando em segundo plano a

sexualidade, importante aspecto da qualidade de vida da paciente (BERNARDO *et al.*, 2007).

Tozo e colaboradores (2007) afirmam que as mulheres, de forma geral, sentem-se pouco à vontade em levar suas dificuldades sexuais ao médico, pois o contexto cultural continua a marginalizar a sexualidade feminina. Por outro lado, quando se queixam, alguns profissionais demonstram falta de interesse, como se a sexualidade não fosse parte imprescindível da QV e, conseqüentemente, da saúde. Grande parte dos profissionais da área da saúde não se encontra adequadamente preparado na abordagem de queixas sexuais. Isto pode estar relacionado ao pouco conhecimento, devido à falta de disciplinas na grade curricular dos cursos de graduação que abordem a sexualidade humana de forma desvinculada da função de reprodução. Desta forma, não há suporte necessário na formação acadêmica (TOZO *et al.*, 2007) refletindo em um atendimento fragmentado que não aborda todas as necessidades das pacientes.

Quanto aos fatores associados à qualidade de vida, estádios mais avançados e quimioterapia apresentaram impacto positivo no domínio “Meio Ambiente”. Como este domínio possui uma faceta que avalia “Cuidados de saúde: disponibilidade e qualidade”, esta associação pode ser justificada pelo fato de que pacientes com quadros mais graves, geralmente são submetidas à quimioterapia e exigem intervenções mais intensas. Com isso, há uma maior frequência nos serviços de saúde e maior proximidade com a equipe, levando a uma satisfação maior por parte da paciente neste sentido.

O tempo de conclusão do tratamento inferior a três anos mostrou associação com melhor média no domínio “Físico”. Fernandes e Kimura (2010) constataram que ter menos de um ano de tratamento aumentava o bem-estar emocional. Logo, mulheres com mais tempo de conclusão do tratamento tendem a ter uma pior QV. Esta constatação pode ter relação com os efeitos adversos tardios do tratamento que, geralmente, aparecem em torno de dois a três anos após a conclusão e têm impacto negativo na QV (BARKER *et al.*, 2009; VAZ *et al.*, 2011). Além disso, a fase inicial, geralmente, caracteriza-se por gratidão e enorme satisfação em estar viva após uma doença tão estigmatizada como o câncer. Há, portanto, uma mudança nos valores das sobreviventes logo após enfrentar uma doença grave (BARKER *et al.*, 2009). Gonçalves, Canella e Juberg (2007), por sua vez, afirmam que, no início, a questão da sobrevivência evidencia-se de tal forma que a necessidade sexual se

torna insignificante. Entretanto, com o passar do tempo, surgem questões relacionadas à sexualidade e à relação conjugal, que têm forte impacto sobre a QV.

Corroborando outros estudos (DISTEFANO *et al.*, 2008; FERNANDES; KIMURA, 2010), inclusive com amostra de mulheres saudáveis (DE LORENZI *et al.*, 2006), possuir trabalho remunerado, ter renda superior a um salário mínimo, possuir média/alta escolaridade e praticar atividade física mostraram associação positiva com a QV na amostra estudada. Por outro lado, as comorbidades hipertensão arterial e diabetes mostraram tendência de associação com piores escores no domínio “físico” e depressão teve impacto negativo nos domínios físico e psicológico. Assim, a coexistência do câncer com outros problemas de saúde tem efeitos cumulativos e deletérios sobre a QV (FERNANDES; KIMURA, 2010),

A referência dos amigos como fonte de apoio extrafamiliar mostrou impacto positivo na “Percepção da QV” e nos domínios “Relações Sociais” e “Meio ambiente”, destacando a importância deste suporte para a mulher. Logo, esta questão deve fazer parte de uma avaliação holística da paciente e, caso esta não tenha este tipo de apoio, outras fontes devem ser estimuladas a fim de oferecer suporte adequado. Quanto mais suporte social um indivíduo obtém, mais apto estará para evitar situações de estresse ou desenvolver condições para enfrentá-las ou obstruí-las (BIFFI; MAMEDE, 2004).

Variáveis relacionadas a possíveis efeitos adversos do tratamento mostraram impacto negativo tanto na qualidade de vida como na função sexual, especialmente a sensação de estenose ou encurtamento vaginais, incontinência urinária, aumento da frequência urinária, diarreia, urgência e incontinência fecais e linfedema de membros inferiores. Isto mostra a importância de uma investigação completa envolvendo estas alterações e a necessidade de assistência multiprofissional no acompanhamento destas pacientes após o câncer (JORGE; SILVA, 2010; VIDAL, 2008). Visa, assim, proporcionar atendimento integral voltado a todas estas necessidades que, na maioria das vezes, são negligenciadas.

Observou-se correlação importante entre os instrumentos utilizados para avaliação da QV e da função sexual, expressa, principalmente, através do domínio “Relações Sociais” do WHOQOL-bref. Uma explicação potencial pode ser o fato de este domínio possuir uma faceta de avaliação da satisfação quanto à vida sexual, apresentando correlação positiva com o escore total e todos os domínios do FSFI (exceto “dor”).

Através de análise de regressão linear múltipla, observou-se que variáveis relacionadas aos efeitos adversos do tratamento, como interferência na vida sexual, presença de estenose/encurtamento, aumento de frequência urinária, presença de incontinência urinária, enterorragia e tenesmo, são fatores inversamente associados com escore total do FSFI, ou seja, quando presentes contribuem para pior função sexual. Estes achados reforçam a necessidade de criação de um modelo assistencial interdisciplinar com ações voltadas para a detecção e intervenção precoces dos efeitos adversos do tratamento durante o seguimento, bem como orientações e referência pós-alta institucional (VIDAL, 2008). Esta conduta permite proporcionar melhor qualidade de vida após o câncer, já que a função sexual constitui um dos índices pelo que se mede o nível de qualidade de vida (BERNARDO *et al.*, 2007).

Como principal limitação desta pesquisa, destaca-se a grande dificuldade no recrutamento das sobreviventes ao câncer, devido, principalmente, à desatualização dos prontuários, abandono de seguimento e ao fato de que muitas moravam em cidades vizinhas. Estas dificuldades levaram a um recrutamento por conveniência, não probabilístico, não garantindo, assim, representatividade da população. Além disso, como não houve avaliação prévia, não se pode afirmar com certeza, que as alterações observadas no grupo câncer são decorrentes exclusivamente do tratamento. Apesar do pequeno tamanho da amostra, pode-se demonstrar com significância estatística a hipótese de que mulheres submetidas a tratamento para o CCU apresentam impacto negativo na qualidade de vida e função sexual, devendo, portanto, ser foco de intervenções.

Verifica-se na literatura nacional uma escassez de estudos que avaliem a qualidade de vida e função sexual de sobreviventes ao CCU. Na literatura científica internacional há diversas publicações na área, porém, grande parte avalia sobreviventes ao câncer ginecológico de forma geral, não se limitando ao câncer cervical. A grande variabilidade dos instrumentos de avaliação e das metodologias adotadas, a investigação de diferentes fatores associados e a multidimensionalidade tanto da QV como da função sexual dificulta a comparação direta com outros estudos. Até o momento, esta parece ser a primeira publicação brasileira que discute a qualidade de vida e função sexual de sobreviventes ao câncer cervical, comparando os resultados com um grupo controle.

Os resultados obtidos neste estudo trazem informações relevantes sobre o impacto do tratamento do CCU na vida das mulheres. A partir disto, pode-se contribuir para dar maior visibilidade a estes aspectos na prática clínica, buscando guiar as intervenções de forma a atender todas as necessidades destas pacientes, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo verificou que a qualidade de vida, assim como a função sexual de sobreviventes ao CCU, são inferiores a de mulheres sem história de câncer, indicando impacto negativo da doença e de seu tratamento na vida dessas pacientes.

Quanto às alterações autorrelatadas de possíveis efeitos adversos do tratamento para o CCU, verificou-se na amostra estudada: estenose/encurtamento vaginal; disúria; aumento da frequência urinária; urgência, incontinência e retenção urinárias; diarreia, urgência e incontinência fecais; dor e muco anais; enterorragia e linfedema em membros inferiores.

Os principais aspectos que influenciaram ou apresentaram tendência de associação com a qualidade de vida, podendo ser relevantes na prática clínica, foram: estadiamento; quimioterapia; tempo de conclusão do tratamento; situação conjugal; relacionamento com o companheiro; situação de trabalho; renda; escolaridade; atividades de lazer, inclusive atividades físicas; apoio do companheiro e dos amigos; comorbidades; ondas de calor; atividade sexual; disfunção sexual; interferência do câncer na vida sexual; vagina estreita ou curta demais, disfunções urinárias e fecais e linfedema em membros inferiores.

Já os principais aspectos que interferiram na função sexual e devem ser foco de atenção no acompanhamento das sobreviventes foram: relacionamento com o companheiro; escolaridade; menopausa; “ondas de calor”; relato de encurtamento ou estenose vaginal; disfunções urinárias e fecais e linfedema de membros inferiores.

Diante destes achados, percebe-se que o objetivo principal das consultas de seguimento após o tratamento para o CCU não deve ser apenas avaliar a cura ou monitorar a recidiva tumoral. Deve-se também investigar a qualidade de vida e a função sexual, assim como os fatores que as influenciam, antes mesmo da intervenção terapêutica, com vistas a facilitar a adoção, na prática clínica, de estratégias que possam possibilitar um atendimento mais integral, direcionado às necessidades das pacientes, por meio de equipe multi e interdisciplinar.

A qualidade de vida, portanto, deve ser cada vez mais valorizada, em detrimento do aumento do tempo de vida em condição limitada ou incapacitada, uma vez que,

não basta aumentar a sobrevida, é necessário ir mais além, acrescentando “vida aos anos”.

Quanto à função sexual, componente significativo da qualidade de vida, é importante destacar que as pacientes, geralmente, não expressam suas preocupações ou dificuldades, deixando que o profissional tome a iniciativa de perguntar. Cabe à equipe de saúde, então, proporcionar durante as consultas um ambiente favorável e estimular que as pacientes expressem as condições atuais de sua vida sexual. Ressalta-se, ainda, a extrema importância da orientação médica quanto ao retorno à prática de atividade sexual após o tratamento, ao uso de dilatador visando evitar o desenvolvimento de estenose vaginal e a abordagem multi e interdisciplinar no tratamento da disfunção sexual.

Cumprе salientar um importante desdobramento clínico desta pesquisa. Diante dos possíveis efeitos adversos tardios do tratamento relatados pelas sobreviventes ao câncer do colo do útero, como estenose/encurtamento vaginal, disfunções urinárias e fecais e o impacto verificado na QV e função sexual, buscou-se parceria com um projeto de extensão fisioterapêutico para oferecer atendimento a estas pacientes. Este projeto, dentro da área de fisioterapia uroginecológica é realizado no HU/CAS da Universidade Federal de Juiz de Fora, no setor de fisioterapia e, a partir de então, terá como foco pacientes submetidas ao tratamento para o CCU. Visa orientá-las quanto às possíveis alterações decorrentes do tratamento e como prevenir e tratar tais alterações. Além disso, tem como objetivo ser referência na prestação de atendimento fisioterapêutico às sobreviventes que apresentem disfunções urinárias, fecais e sexuais, buscando, assim, uma melhora da QV.

REFERÊNCIAS

AARONSON, N.K. Quality of life assessment in clinical trials. Methodologic issues. **Controlled Clinical Trials**, v.10, 1998.

ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n.3, p. 162-167, 2006.

ALBUQUERQUE, K. M.; FRIAS, P.G.; ANDRADE, C.L.T.; AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G.; SZWARCOWALD, C. L. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 25 Sup 2:S301-S309, 2009

ALI, F; KUELKER, R; WASSIE, B. Understanding cervical cancer in the context of developing countries. **Annals of Tropical Medicine and Public Health** [serial online]; v. 5; p. 3-15, 2012. Disponível em: <http://www.atmph.org/text.asp?2012/5/1/3/92871>

ALMEIDA, D. M. B. **SEXUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM FALÊNCIA OVARIANA PREMATURA**. Campinas, 2010. 91 p. Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Tocoginecologia, Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

ALMEIDA, L.H.R.B; PEREIRA, Y.B.A.S.; OLIVEIRA, T.A. Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.4, p. 482-7, 2008.

ALVES, C.M.M.; GUERRA, M.R.; BASTOS, R. R. Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.8, p.1693-1700, 2009.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures 2011**. Atlanta: American Cancer Society; 2011. Disponível em: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-029771.pdf>

ANDREYEV, H.N.; DAVIDSON, S.E.; GILLESPIE, C.; ALLUM, W.H.; SWARBRICK, E. Practice guidance on the management of acute and chronic gastrointestinal problems arising as a result of treatment for cancer. **GUT, A International Journal of Gastroenterology and Hepatology**; 61:179-192, 2012.

ANTONIAZZI, B.N; D'ALESSANDRO, T.A.L; TEIXEIRA, R.A.T. Epidemiologia do câncer de colo do útero. **Prática Hospitalar**, ano X, n.60, nov-dez, 2008.

ASHING-GIWA, K.T.; LIM, J. Health-related quality of life outcomes among cervical cancer survivors: Examining ethnic and linguistic differences. **Cancer Epidemiology**, v.35, p.194–201, 2011.

ASHING-GIWA, K.T.; LIM, J.; TANG, J. Surviving cervical cancer: Does health-related quality of life influence survival? **Gynecologic Oncology**, v.118, p.35–42, 2010.

ASHING-GIWA, K. T. ; TEJERO, J. S.; KIM, J. ; PADILLA, G. V.; KAGAWA-SINGER, M.; TUCKER, M. B.; LIM, J. Cervical cancer survivorship in a population based sample. **Gynecologic Oncology**, v.112, p. 358–364, 2009.

AVELAR, A.M.A.; DERCHAIN, S. F. M.; CAMARGO, C.P.P.; LOURENÇO, L.S.; SARIAN, L.O.Z.; YOSHIDA, A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v.15, n.1, p.11-20, jan./fev., 2006.

AVIS, N.E.; SMITH, K.W.; MCGRAW S; SMITH, R.G.; PETRONIS, V.M., CARVER, C.S. Assessing quality of life in adult cancer survivors (QLACS). **Quality of Life Research**, v.14, p. 1007-23, 2005.

BARKER, CL; ROUTLEDGE, JA; FARNELL, DJJ; SWINDELL, R; DAVIDSON, SE. The impact of radiotherapy late effects on quality of life in gynaecological cancer patients. **British Journal of Cancer**, v.100, p.1558 – 1565, 2009.

BARNAS, E.; SKRET-MAGIERLO, J.; SKRET, A., BIDZINSKI, M. The quality of life of women treated for cervical cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v.16, p. 59-63, 2012.

BARTOCES, M.G. SEVERSON, R.K. RUSIN, B.A.; SCHWARTZ, K. L.; RUTERBUSCH, J.J.; NEALE A.V. Quality of Life and Self-Esteem of Long-Term Survivors of Invasive and Noninvasive Cervical Cancer. **Journal of Women's Health**, v. 18, n. 5, 2009.

BASER, R.E.; LI, Y.; CARTER, J. Psychometric Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Cancer Survivors. **Cancer**, September 15, 2012.

BERNARDO, B.C.; LORENZATO, F.R. B.; FIGUEIROA, J.N.; KITOKO, P.M. Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n.2, p. 85-90, 2007.

BERTAN, F. C.; CASTRO, E. K. Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. **Revista Psico**, v. 40, n. 3, p. 366-372, 2009.

BIFFI, R.G.; MAMEDE, M.V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.38, n.3, p.262-9, 2004.

BIFULCO, G.; DE ROSA, N.; TORNESELLO, M.L.; PICCOLI, R.; BERTRANDO, A.; LAVITOLA, G.; MORRA, I.; DI SPIEZIO SARDO, A.; BUONAGURO, F.M.; NAPPI, C.. Quality of life, lifestyle behavior and employment experience: A comparison between young and midlife survivors of gynecology early stage cancers. **Gynecologic Oncology**, v. 124, p. 444–451, 2012.

BODURKA, D.C.; SUN, C.C. Sexual Function after Gynecologic Cancer. **Obstetrics & Gynecology Clinics of North America**, v. 33, p.621–630, 2006.

BRADLEY, S.; ROSE, S.; LUTGENDORF, S.; COSTANZO, E.; ANDERSON, B. Quality of Life and Mental Health in Cervical and Endometrial Cancer Survivors. **Gynecologic Oncology**, v. 100, n. 3, p. 479-486, mar. 2006.

BRASIL. Ministério de Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Falando sobre o câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional**, v.4. Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012 : incidência de câncer no Brasil – Rio de Janeiro** : Inca, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA; 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; (Série G. Estatística e informação em saúde); 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Informativo vigilância do câncer**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/informativo_vigilancia_cancer_n_2_2012_internet.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde incorpora vacina contra HPV ao SUS**. [texto na internet] Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/11613/162/ministerio-da-saude-incorpora-vacina-contrahpv-ao-sus.html> Acesso em: agosto de 2013 (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério aumenta faixa etária da vacina contra HPV**. [texto na internet] Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/13360/162/ministerio-da-saude-amplia-faixa-etaria-da-vacina-contrahpv.html> Acesso em: agosto de 2013 (b)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Em Minas Gerais, devem ser vacinadas 509 mil meninas contra HPV.** [texto na internet]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/8858-em-minas-gerais-devem-ser-vacinadas-509-mil-meninas-contrahpv> Acesso em janeiro de 2014.

BUENO, K.S. Atipias escamosas de significado indeterminado: novas qualificações e importância na conduta clínica. **RBAC**, v. 40, n.2, p.121-128, 2008.

BURNS, M.; COSTELLO, J.; RYAN-WOOLLEY, B.; DAVIDSON, S. Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. **European Journal of Cancer Care**, v.16, p.364–372, 2007.

CAIXETA, G.A. **Qualidade de vida e saúde mental de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.** Belo Horizonte, 2009. 103 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de pós-graduação em Medicina – Saúde da Mulher, Universidade Federal de Minas Gerais.

CANAVARRO, M.C.; PEREIRA, M.; MOREIRA, H.; PAREDES, T. Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. **Alicerces**, v.III, n.3, p.243-68, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/770>.

CARMO, C.C.; LUIZ, R. R. Survival of a cohort of women with cervical cancer diagnosed in a Brazilian cancer center. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.4, p. 661-7, 2011.

CARTER, J.; PENSON, R.; BARAKAT, R.; WENZEL, L. Contemporary Quality of Life Issues Affecting Gynecologic Cancer Survivors. **Hematology/Oncology Clinics of North America**, v.26, n.169–194, 2012.

CELLA, D.; NOWINSKI, C.J. Measuring quality of life in chronic illness: The functional assessment of chronic illness therapy measurement system. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.83 (suppl. 2), p. 510-517, 2002.

CELLA, D., TULSKY, D.S., GRAY, G.; SARAFIAN, B.; LINN, E.; BONOMI, A.; SILBERMAN, M.; YELLEN, S.B.; WINICOUR, P.; BRANNON, J.; ECKBERG, K.; LLOYD, S.; PURL, C.; BLENDOWSKI, C.; GOODMAN, M.; BARNICLE, M.; STEWART, I.; MCHALE, M.; BONOMI, P.; KAPLAN, E.; TAYLOR IV, S.; THOMAS JR, C. R.; HARRIS, J. The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) scale: Development and validation of the general measure. **Journal of Clinical Oncology**, v.11, n.3, p.570-579, 1993.

CHUANG, F.C.; KUO, H.C. Management of Lower Urinary Tract Dysfunction After Radical Hysterectomy With or Without Radiotherapy for Uterine Cervical Cancer. **Journal of the Formosan Medical Association**, v.108, n.8, p.619–626, 2009.

CICONELLI, R.M. FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

CLEARY, V.; HEGARTY, J. Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v.15; n.38-45, 2011.

DE LORENZI, D.R.S; BARACAT, E.C.; SACILOTO, B.; PADILHA JR, I. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 52, n.5, p. 312-7, 2006.

DENNY, L. The prevention of cervical cancer in developing countries. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology**, Oxford, v. 112, n. 9, p. 1204-1212, 2005.

DERCHAIN, S.F.M.; LONGATTO FILHO, A.; SYRJANEN, K. J. Neoplasia intra-epitelial cervical: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.2, n.7, p. 425-33, 2005.

DISTEFANO, M.; RICCARDI, S.; CAPELLI, G.; COSTANTINI, B.; PETRILLO, M.; RICCI, C.; SCAMBIA, G.; FERRANDINA, G. Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemoradiotherapy. **Gynecologic Oncology**, v.111, p.144–150, 2008.

DONOVAN, K.A.; TALIAFERRO, L.A.; ALVAREZ, E.M.; JACOBSEN, P.B.; ROETZHEIM, R.G.; WENHAM, R.M. Sexual health in women treated for cervical cancer: Characteristics and correlates. **Gynecologic Oncology**, v.104, p. 428–434, 2007.

DUNBERGER, G.; LINDA, H.; STEINECK, G.; WALDENSTRO, A.; NYBERG A, T.; AL-ABANY, M. ; NYBERGE, U.; AVALL –LUNDQVIST, E. Self-reported symptoms of faecal incontinence among long term gynaecological cancer survivors and population-based controls. **European Journal of Cancer**, v. 46, p. 606 – 615, 2010.

EORTC GROUP FOR RESEARCH INTO QUALITY OF LIFE [texto na internet]. Disponível em: <http://groups.eortc.be/qol/questionnaires>. Acesso em: 04/05/2012

ETIENNE, M.A; WAITMAN, M.C. Fisioterapia nas disfunções sexuais femininas. In: MORENO, A.L. **Fisioterapia em uroginecologia**. 2ª Ed. rev. e ampl. – Barueri, SP: Manole, 2009.

FERNANDES, W.C. **Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia**. São Paulo, 2009. 118 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

FERNANDES, W.C.; KIMURA, M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18; n.3; 2010.

FERRANDINA, G.; MANTEGNA, G.; PETRILLO, M.; FUOCO, G.; VENDITTI, L.; TERZANO, S.; MORUZZI, C.; LORUSSO, D.; MARCELLUSI A.; SCAMBIA, G. Quality of life and emotional distress in early stage and locally advanced cervical cancer patients: A prospective, longitudinal study. **Gynecologic Oncology**, v.124, p.389–394, 2012.

FERREIRA, D.B. **Qualidade de vida em pacientes em tratamento de câncer de mama - associação com rede social, apoio social e atividade física.** Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

FIEDLER, P.T. **Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica.** Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FLECK, M.P.A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. *et al.* **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.

FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.33-38, 2000.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, n.1, 1999.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E. ; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.2, p.178-83, 2000.

FLECK, M.P.A. **A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para Profissionais da Saúde.** 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 28, 2008.

FLEURY, H.J.; PANTAROTO, H.S.C.; ABDO, C.H.N. Sexualidade em oncologia. **Diagnóstico e Tratamento**, v.16, n.2, p.86-90, 2011.

FITZ, F.F.; SANTOS, A.C.C.; STÜPP, L.; BERNARDES, A.P.M.R.; MARX, A.G. Impacto do tratamento do câncer de colo uterino no assoalho pélvico. **Revista Femina**, v. 39, n. 7, Julho 2011.

FOLGUEIRA, M.A.A.K; OLIVEIRA, C.T. Princípios da quimioterapia. In: COELHO, F.R.G.; SOARES, F.A.; FOCCHI, J.; FREGNANI, J.H.T.G; ZEFERINO, L.C.; VILLA, L.L.; FEDERICO, M.H.; NOVAES, P.E.R.S; COSTA, R.L.R. **Câncer do colo do útero.** Tecmedd, São Paulo – SP, 2008.

FONSECA, E.S.M.; AMARGO, A.L.M.; CASTRO, R.A.; SARTORI, M.G.F.; FONSECA, M.C.M.; RODRIGUES DE LIMA, G.; GIRÃO, M.J.B.C. Validação do questionário de qualidade de vida (*King's Health Questionnaire*) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.27, n.5, p. 235-42, 2005

FRANCESCHINI, J.; SCARLATO, A.; CISI, M.C. Fisioterapia nas Principais Disfunções Sexuais Pós-Tratamento do Câncer do Colo do Útero: Revisão Bibliográfica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.56, n.4, p. 501-506, 2010.

FRIGATO, S.; HOGA, L. A. K. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2003, 49(4): 209-214.

FRUMOVITZ, M.; SUN, C.C.; SCHOVER, L.R.; MUNSELL, M.F.; JHINGRAN, A.; WHARTON, J. T.; EIFEL, P.; BEVERS, T.B.; LEVENBACK, C.F.; GERSHENSON, D.M.; BODURKA, D.C. Quality of Life and Sexual Functioning in Cervical Cancer Survivors. **Journal of Clinical Oncology**, v. 23; n.30; 2005.

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY MEASUREMENT SYSTEM [texto na internet]. Disponível em: <http://www.facit.org>. Acesso em: 04/05/2012.

GASPERIN, S.I.; BOING, A.F.; KUPEK, E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.7, p.1312-1322, 2011.

GILBERT, E.; USSHER, J.M.; PERZ, J. Sexuality after gynaecological cancer: a review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. **Maturitas**, v.70, n.1, p.42-57, 2011.

GOLBASI, Z.; ERENEL, A.S. The quality of sexual life in women with gynaecological cancers. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v.285, p.1713-1717; 2012.

GOMES, J. S.; LICHTENFELS, H.; KOLANKIEWICZ, A.C.B.; LORO, M.M.; ROSANELLI, C.L.S.P.; STUMM, E.M.F. Qualidade de vida na oncologia: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista Contexto & Saúde**, v.10, n.20, 2011.

GONÇALVES, C.V.; SASSI, R.M.; NETTO, I.O.; CASTRO, N.B.; BORTOLOMEDI, A.P. Cobertura do citopatológico do colo uterino em Unidades Básicas de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.33, n.9, p.258-63, 2011.

GONÇALVES, W.C.; CANELLA, P.R.B.; JURBERG, M. Câncer do colo uterino e sexualidade: influências do diagnóstico e do tratamento. **Femina**, v.35, n.10, p.:635-641, 2007.

GROVER, S.; HILL-KAYSER, C.E.; VACHANI, C.; HAMPSHIRE, M.K.; DILULLO, G.A.; METZ, J.M. Patient reported late effects of gynecological cancer treatment. **Gynecologic Oncology**, v.124, p. 399-403, 2012.

GRUPO WHOQOL BRASIL. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)** [texto na internet]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>. Acesso em: junho de 2012.

GREENWALD, H.P.; MCCORKLE, R.R.N. Sexuality and Sexual Function in Long-Term Survivors of Cervical Cancer. **Journal of Women's Health**, v. 17, n. 6, 2008.

GREIMEL, E.R.; WINTER, R.; KAPP, K.S.; HAAS, J. Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. **Psycho-Oncology**, v.18, p. 476–482, 2009.

GUERRA, MR; MOURA GALLO, CV; MENDONÇA, GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.51, n.3, p. 227-234, 2005.

GUIMARÃES, R.M.; MUZI, C.D.; AYRES, A.R.G.; RIBEIRO, M.S.; CHAGAS, C.C.; OLIVEIRA, J.S.C. Aplicação de Três Técnicas para Avaliação de Tendência de Mortalidade por Câncer do Colo do Útero em Série Temporal no Brasil, 1980-2009. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.3, p.359-367, 2012.

HERZOG, T.J.; WRIGHT, J.D. The impact of cervical cancer on quality of life—The components and means for management. **Gynecologic Oncology**, v.107, p. 572–577, 2007.

HÖFELMANN, D.A.; ANJOS, J.C. Autoavaliação de Saúde e Câncer de Mama em Mulheres de Cidade do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.2, p. 209-222, 2012.

HSU, W.; CHUNG, N.; CHEN, Y.; TING, L.; WANG, P.; HSIEH, P.; CHAN, S. Comparison of surgery or radiotherapy on complications and quality of life in patients with the stage IB and IIA uterine cervical cancer. **Gynecologic Oncology**, v.115, p.41–45, 2009.

HUGUET,P.R.; MORAIS, S.S.; OSIS, M.J.D; PINTO-NETO, A.M.; GURGEL, M.S.C. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.2, p.61-67, 2009.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. IARC ScreeningGroup. **Classification TNM/FIGO** [texto na internet]. Disponível em: <http://screening.iarc.fr/atlasclassiftnm.php?lang=1>. Acesso em: junho/2012.

JEFFERIES, H.; HOY, S.; MCCAILL, R.; CRICHTON, A. Guidelines on vaginal dilator use after pelvic radiotherapy. **Nursing Times**, v.103, n.30, p.28-29, 2007. [texto na internet] Disponível em: <http://www.nursingtimes.net/guidelines-on-vaginal-dilator-use-after-pelvic-radiotherapy/200164.article>

JEMAL, A.; BRAY, F.; CENTER, M.M.; FERLAY, J.; WARD, E.; FORMAN, D. GLOBOCAN - Global Cancer Statistics. **CA: Cancer Journal for Clinicians**, v.61, n.2, 2011.

JENSEN, P.T.; GROENVOLD, M.; KLEE, M.C.; THRANOV, I.; PETERSEN, M.A.; MACHIN, D. Early-Stage Cervical Carcinoma, Radical Hysterectomy, and Sexual Function. A Longitudinal Study. **Cancer**, American Cancer Society, v.100, n.1, 2004.

JORGE, L.L.R.; SILVA, S.R. Avaliação da qualidade de vida de portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.5, set-out 2010.

JYLHÄ, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Social Science & Medicine**, v.69, n.3, p.307–316, 2009.

KORFAGE, I.J.; ESSINK-BOT, M.; MOLS, F.; POLL-FRANSE, L.V.; KRUITWAGEN, R., BALLEGOOIJEN, M.V. Health-Related quality of life in cervical cancer survivors: a population-based survey. **International journal of radiation oncology, biology, physics**, v.73, n. 5, p.1501–1509, 2009.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C. **Fadiga e qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama após um ano do diagnóstico**. 2011. 158 f. Tese (Doutorado em Medicina Interna) - Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde. Curitiba, 2011.

LAI, B.P.; TANG, C.S.; CHUNG, T.K. Age-specific correlates of quality of life in Chinese women with cervical cancer. **Support Care Cancer**, v.17, n.3, p.:271-8, 2009.

LALOS, O.; KJELLBERG, L.; LALOS, A. Urinary, climacteric and sexual symptoms 1 year after treatment of cervical cancer without brachytherapy. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v.30, n.4, p. 269–274, 2009.

LANCASTER, L. Preventing vaginal stenosis after brachytherapy for gynaecological cancer: an overview of Australian practices. **European Journal of Oncology Nursing**, v.8, p.30–39, 2004.

LANDEIRO, G.M.B.; PEDROZO, C.C.R.; GOMES, M.J.; OLIVEIRA, E.R. A. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.10, p.4257-4266, 2011.

LARA, L.A.S.; SILVA, A.C.J.S.R.; ROMÃO, A.P.M.S.; JUNQUEIRA, F.R.R. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.30, n.6, p.312-21, 2008.

LINDAU, S.T.; GAVRILOVA, N.; ANDERSON, D. Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: A comparison to national norms. **Gynecologic Oncology**, v.106, p. 413–418, 2007.

LORENZATO, F.R.B. Organização do rastreamento do câncer do colo do útero em países desenvolvidos. In: COELHO, F.R.G.; SOARES, F.A.; FOCCHI, J.; FREGNANI, J.H.T.G; ZEFERINO, L.C.; VILLA, L.L.; FEDERICO, M.H.; NOVAES, P.E.R.S; COSTA, R.L.R. **Câncer do colo do útero**. Tecmeddd, São Paulo – SP, 2008.

LOUIE, K.S.; SANJOSE, S; DIAZ, M; CASTELLSAGUÉ, X; HERRERO, R; MEIJER, C.J.; SHAH, K; FRANCÉSCHI, S; MUÑOZ, N; BOSCH, F.X. **British Journal of Cancer**, v.100 , p. 1191-1197, 2009.

LUCKETT, T.; KING, M. T.; BUTOW, P. N.; OGUCHI, M.; RANKIN, N.; PRICE, M. A.; HACKL, N. A.; HEADING, G.. Choosing between the EORTC QLQ-C30 and FACT-G for measuring health-related quality of life in cancer clinical research: issues, evidence and recommendations. **Annals of Oncology** 22: 2179–2190, 2011.

MACIEL, S.S.S.V.; MACIEL, W.V.; FONTES JÚNIOR, W.S.; LOPES, A.L.C.; SOBRAL, H.V.; LUCENA, C.H.; SOBRAL, L.V.. Mortalidade por câncer de colo do útero em Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco, Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.55, n.1, p.11-19, 2011.

MAHER, E.J.; DENTON, A. Survivorship, Late Effects and Cancer of the Cervix. **Clinical Oncology**, v.20, p. 479-487, 2008.

MAKLUF, A.S.D.; DIAS, R.C.; BARRA, A.A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n.1, p. 49-58, 2006.

MARTEL, C.; FERLAY, J.; FRANCESCHI, S.; VIGNAT, J.; BRAY, F.; FORMAN, D.; PLUMMER, M. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. **The Lancet Oncology**, v.13, n.6, p. 607-615, 2012.

MATOS, D.R. **Qualidade de vida e reabilitação: casos cirúrgicos de artroplastia total do quadril**. 2006. 186p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

MACMILLAN CANCER SUPPORT. Vida sexual após radioterapia pélvica, 2009 [texto na internet]. Disponível em: <http://www.macmillan.org.uk/Cancerinformation/Cancertreatment/Treatmenttypes/Radiotherapy/Pelvicradiotherapyinwomen/Yoursexlife.aspx#dilators> Acesso em: julho/2012.

MEDEIROS, V.C.R.D.; MEDEIROS, R.C.; MORAES, L.M.; MENEZES FILHO, J.B.; RAMOS, E.S.N.; SATURNINO, A.C.R.D. Câncer de Colo de Útero: Análise Epidemiológica e Citopatológica no Estado do Rio Grande do Norte. **RBAC**, v. 37, n.4, p. 227-231, 2005.

MEIRA, K.C.; FERREIRA, A.A.; SILVA, C.M.F.P.; VALENTE, J.G.; SANTOS J. Mortalidade por câncer do colo do útero no estado de Minas Gerais, análise do efeito da idade-período-coorte de nascimento. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 20, n.3, p. 381-8, 2012.

MENDONÇA, C.R.; SILVA, T.M.; ARRUDAI, J.T.; ZAPATA, M.T.A.G.; AMARAL, W.N. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. **FEMINA**, v. 40, n. 4, 2012.

MINAYO, M.C.S.; HATZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MORENO, A.B.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G.L.; LOPES, C.S.; CHOR, D. Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p.2585-2597, 2006.

NAKAGAWA, J.T.; ESPINOSA, M.M.; BARBIERI, M., SCHIRMER, J. Carcinoma do colo do útero: taxa de sobrevida e fatores prognósticos em mulheres no Estado de Mato Grosso. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.24, n.5, p. 631-7, 2011.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. Cancer Therapy Evaluation Program. **Common Toxicity Criteria Manual, Version 2.0**, 1999. Disponível em: http://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/ctcmanual_v4_10-4-99.pdf

NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Sexuality and Reproductive Issues – Factors Affecting Sexual Function in People With Cancer**. [texto na internet]. Acesso em abril de 2012. Disponível em: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/sexuality/HealthProfessional/page2>

NATIONAL FORUM OF GYNAECOLOGICAL ONCOLOGY NURSES. **Best Practice guidelines on the use of vaginal dilators in women receiving pelvic radiotherapy**. July, 2005. Disponível em: http://www.ukons.org/storage/dilators_guidelines.pdf

NEVES, N.A.; ANDRADE, L.; NEVES, R.A.; ABADE, B. História natural da infecção pelo papilomavírus humano. **Revista Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior**, v. 1, n.1, p.9-12, 2011.

NOBRE, M.R.C. Qualidade de Vida. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 64; n. 4; 1995.

NOVAES, P.E.R.S.; FERRIGNO, R.; FERREIRA, P.R.F.; ROSA, D.D. Radioterapia. In: COELHO, F.R.G.; SOARES, F.A.; FOCCHI, J.; FREGNANI, J.H.T.G.; ZEFERINO, L.C.; VILLA, L.L.; FEDERICO, M.H.; NOVAES, P.E.R.S.; COSTA, R.L.R. **Câncer do colo do útero**. Tecmeddd, São Paulo – SP, 2008.

NUCCI, N.A.G.N. **Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo**. 2003. 225 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto - São Paulo, 2003.

PACAGNELLA, R.C.; VIEIRA, E.M.; RODRIGUES JR, O. M.; SOUZA, C. Adaptação transcultural do *Female Sexual Function Index*. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.416-426, fev., 2008

PATRICK, D. L. A qualidade de vida pode ser medida? Como?. In: FLECK, M. P. A. *et al.* **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 29-39.

PARADA, R.; ASSIS, M.; SILVA, R.C.F.; ABREU, M.F.; SILVA, M.A.F.; DIAS, M.B.K.; TOMAZELLI, J.G. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Revista de APS**, v.11, n.2, p.199-206, 2008.

PARK, S.Y.; BAE, D.S.; NAM, J.H.; PARK, C.T.; CHO, C.H.; LEE, J.M.; LEE, M.K.; KIM, S.H.; PARK, S.M.; YUN, Y.H. Quality of Life and Sexual Problems in Disease-Free Survivors of Cervical Cancer Compared With the General Population. **Cancer**, American Cancer Society, v. 110, n.12, 2007.

PENGA, V.M.; RUMIN, C.R. Vivências afetivas e o sofrimento de mulheres hysterectomizadas. **Omnia Saúde**, v.5, n.2, p.1-14, 2008.

PENSON, R.T.; WENZEL, L.B.; VERGOTE, I.; CELLA, D. Quality of life considerations in gynecologic cancer. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 95, Supl. 1, p. S247-57, 2006.

PINTO, C.; RIBEIRO, J.L.P. A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, janeiro/junho – 2006.

POWER, M.; BULLINGER, M.; HARPER, A. The World Health Organization WHOQOL-100 tests of the universality of quality of life in 15 different cultures groups worldwide. **Health Psychology**, v.18, p.495-505, 1999 .

POWER, M. Qualidade de vida: visão geral do Projeto WHOQOL. In: FLECK, M. P. A. *et al.* **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.48-58.

PRADO, D.S.; MOTA, V.P.L.P.; LIMA, T.I.A. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.32, n.3, p.139-43, 2010.

RANNESTAD, T.; SKJELDESTAD, F.E.; PLATOU, T.F.; HAGEN, B. Quality of life among long-term gynaecological cancer survivors. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v.22; p.472–477; 2008.

RANNESTAD, T. Factors related to quality of life in long-term survivors of gynecological cancer. **Expert Review of Obstetrics & Gynecology**, v.5, n.1, p.105–113, 2010.

RATNER, E.S.; FORAN, K.A.; SCHWARTZ, P.E.; MINKIN, M. J. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. **Maturitas**, n. 66, p. 23–26, 2010.

REDIVO, L.B.; WERLANG, B. S. G.; MÜLLER, M. C. Qualidade de vida em mulheres que procuram atendimento ginecológico. **Psicologia, saúde e doenças**, v.9, n.1, p.113-129, 2008.

RIBEIRO, K.C.B. Epidemiologia do Câncer do colo do útero. In: COELHO, F.R.G.; SOARES, F.A.; FOCCHI, J.; FREGNANI, J.H.T.G.; ZEFERINO, L.C.; VILLA, L.L.;

FEDERICO, M.H.; NOVAES, P.E.R.S; COSTA, R.L.R. **Câncer do colo do útero**. Tecmeddd, São Paulo – SP, 2008.

RODRIGUES, A.C.; TEIXEIRA, R.; TEIXEIRA, T.; CONDE, S.; SOARES, P.; TORRAL, I. Impact of pelvic radiotherapy on female sexuality. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v.285, p. 505–514, 2012.

RUTLEDGE, T. L.; HECKMAN, S.R.; QUALLS, C.; MULLER, C.Y.; ROGERS, R.G. Pelvic floor disorders and sexual function in gynecologic cancer survivors: a cohort study. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v.203, n.5, 2010.

SAJID, M.S.; TONSI, A.; BAIG, M.K. Health-related quality of life measurement. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 21, p. 365-373, 2008.

SANKARANARAYANAN, R.; SOMANATHAN, T.; SANTOS, C.; MUWONGE, R.; TWALIB, N. O desafio de controlar o cancer do colo do útero no mundo em desenvolvimento. In: COELHO, F.R.G.; SOARES, F.A.; FOCCHI, J.; FREGNANI, J.H.T.G; ZEFERINO, L.C.; VILLA, L.L.; FEDERICO, M.H.; NOVAES, P.E.R.S; COSTA, R.L.R. **Câncer do colo do útero**. Tecmeddd, São Paulo – SP, 2008.

SCHIFFMAN, M.; CASTLE, P.; JERONIMO, J.; RODRIGUEZ, A.C; WACHOLDER, S. Human papillomavirus and cervical cancer. **The Lancet**, v.370, p. 890–907, 2007.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A., BARRETO, S.M.; CHOR, D.; MENEZES, P.R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, Saúde no Brasil, Publicado *Online* 9 de maio de 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/the_lancet_05_2011.pdf

SCHULZ, R. B.; ROSSIGNOLI, P.; CORRER, C.J.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; TONI, P. M. Validação do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) para o Português (Brasil). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.90, n.2, p.139-144, 2008.

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. Management of cervical cancer. A national clinical guideline. January, 2008. Disponível em: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign99.pdf>

SEIBAEK, L.; KJELD PETERSEN, L. Self-valued health in Danish women after cervix cancer surgery—A retrospective questionnaire study. **European Journal of Oncology Nursing**, v.11, p.183–186, 2007.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-588, mar- abr, 2004.

SELLORS, J.W; SANKARANARAYANAN, R. **Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical: manual para principiantes**. OPAS, 2004.

SF-36. A community for measuring health outcomes using SF tools. [texto na internet]. Acesso em junho, 2012. Disponível em: <http://www.sf-36.org/>

SHADBOLT, B.; BARRESI, J.; CRAFT, P. Self-Rated Health as a Predictor of Survival Among Patients With Advanced Cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v.20, n.10, p.2514-2519, 2002.

SILVA FILHO, A.L.; LAMAITA, R.M.; PEIXOTO, F.C. Câncer do colo uterino. In: CAMARGOS, A.F. **Ginecologia Ambulatorial Baseada em Evidências**. 2ª edição, Belo Horizonte, COOPMED. 1018 p, 2008.

SKJELDESTAD, F.E.; RANNESTAD, T. Urinary incontinence and quality of life in long-term gynecological cancer survivors: A population-based cross-sectional study. **Acta Obstetrica et Gynecologica**, v.88, p.192-199, 2009.

SOARES, M.C.; MISHIMA, S.M.; MEINCKE, S.M.K.; SIMINO, G.P.R. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.14, n.1, p. 90-96, 2010.

SOUTO, R.; FALHARI, J.P.B.; CRUZ, A.D. O Papilomavírus Humano: um fator relacionado com a formação de neoplasias. **Revista Brasileira de Cancerologia**; v.51, n.2, p.155-160, 2005.

STAFFORD, L.; JUDD, F. Long-term quality of life in Australian women previously diagnosed with gynaecologic cancer. **Support Care Cancer**, v.19, p.2047–2056, 2011.

STILOS, K.; DOYLE, C.; DAINES, P. Addressing the Sexual Health Needs of Patients With Gynecologic Cancers. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 12, n. 3, 2008.

TAVARES, M.B.A.C.; SOUSA, R.B.; SILVA, T.O.; MOREIRA, L.A.; SILVA, L.T.T.L.; TAVARES, C.B.A.C.; VIEIRA, S.C. Prevalence of prognostic factors for cancer of the uterine cervix after radical hysterectomy. **Sao Paulo Medical Journal**, v.127, n.3, 2009.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v.10, p.1403-1409, 1995.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, v.28, p.551-8, 1998.

THIEL, R.R.C.; DAMBROS, M.; PALMA, P.C.R.; THIEL, M.; RICCETTO, C.L.Z.; RAMOS, M.F. Tradução para português, adaptação cultural e validação do *Female Sexual Function Index*. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.30, n.10, p.504-10, 2008.

THUN, M.J.; DELANCEY, J. O.; CENTER, M.M.; JEMAL, A.; WARD, E.M. The global burden of cancer: priorities for prevention. **Carcinogenesis**, v.31, n.1 p.100–110, 2010.

THULER, L.C.S. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 5, p. 216-8, 2008.

THULER, L.C.S., BERGMANN, A., CASADO, L. Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Utero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.3, p. 351-357, 2012.

TORNATTA, J.M.; CARPENTER, J.S.; SCHILDER, J.; CARDENES, H.R. Representations of vaginal symptoms in cervical cancer survivors. **Cancer Nursing**, v.32, n.5, p.378-84, 2009.

TOZO, I.M.; LIMA, S.M.R.R.; GONÇALVES, N.; MORAES, J.C.; AOKI, T. Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (Online)**, v.52, n.3, p.94-9, 2007.

VALE, D.B.A.P.; MORAIS, S.S.; PIMENTA, A. L.; ZEFERINO, L.C. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n.2, p.383-390, 2010.

VAZ, A.F. **Qualidade de vida e eventos adversos após a radioterapia em mulheres com câncer ginecológico: um estudo de coorte**. 2011. 166 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, SP.

VAZ, A.F.; PINTO-NETO, A.M.; CONDE, D.M.; COSTA-PAIVA, L.; MORAIS, S.S.; PEDRO, A.O.; ESTEVES, S.B. Quality of life and menopausal and sexual symptoms in gynecologic cancer survivors: a cohort study. **Menopause**, v.18, n.6, p.662-9, 2011.

VELOSO, M.M.X. **Qualidade de vida subsequente ao tratamento para câncer de mama**. 2001. 100p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Federal do Pará, 2001.

VIDAL, M.L.B. **Efeitos adversos tardios subsequentes ao tratamento radioterápico para câncer de colo uterino na bexiga, reto e função sexual**. 2008. 94 p. Dissertação (Mestrado em Ciência) – Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2008.

VIEIRA, S.C. Tratamento cirúrgico do carcinoma cervical invasor. In: COELHO, F.R.G.; SOARES, F.A.; FOCCHI, J.; FREGNANI, J.H.T.G.; ZEFERINO, L.C.; VILLA, L.L.; FEDERICO, M.H.; NOVAES, P.E.R.S.; COSTA, R.L.R. **Câncer do colo do útero**. Tecmeddd, São Paulo – SP, 2008.

VILLA, L.L. Vacinas contra o Papilomavírus humano (HPV). In: COELHO, F.R.G.; SOARES, F.A.; FOCCHI, J.; FREGNANI, J.H.T.G; ZEFERINO, L.C.; VILLA, L.L.; FEDERICO, M.H.; NOVAES, P.E.R.S; COSTA, R.L.R. **Câncer do colo do útero**. Tecmeddd, São Paulo – SP, 2008.

WARE, J.E.JR; SHERBOURNE, C.D.The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medicine and Care**, v.30, n.6, p.473-83, 1992.

WENZEL, L.; DEALBA, I.; HABBAL, R.; KLUHSMAN, B.C.; FAIRCLOUGH, D.; KREBS, L.U.; ANTON-CULVER, H.; BERKOWITZ, R.; AZIZ, N. Quality of life in long-term cervical cancer survivors. **Gynecologic Oncology**, v.97, p.310-317, 2005.

WHITE, I. D. The Assessment and Management of Sexual Difficulties after Treatment of Cervical and Endometrial Malignancies. **Clinical Oncology**, v.20, n. 488-496, 2008.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v.31, p.1-20, 2005.

WINKELMANN, E.R.; MANFROI, W.C. Qualidade de vida em cardiologia. **Revista HCPA**, v.28, n.1, p.49-53, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Field Trial WHOQOL-100 February 1995. The 100 questions with response scales. Geneva: WHO; 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment**.Field Trial Version. Geneva: 1996 – WHO, 1996a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments**. Copenhagen: WHO, 1996. p.49-53. WHO Regional Publications, European Series, n.58 – WHO, 1996b.

WORLD HEALTH ORGAZINATION. **Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation**. Geneva: 2002a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Gender and reproductive rights**.Glossary. [on line] Geneva: World Health Organization. 2002b. Available from: <http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexual and reproductive health.Prevention and control. **Cancer of the cervix**. [texto na internet], citado em 07/2012, disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers/en/index.html>

YANG, E.J.; LIM, J.; RAH, U.W.; KIM, Y. B. Effect of a pelvic floor muscle training program on gynecologic cancer survivors with pelvic floor dysfunction: A randomized controlled trial. **Gynecologic Oncology**, v.125, p. 705–711, 2012.

ZANEI, S.S.V. **Análisedos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares.** São Paulo, 2006. P.135. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

ZENG, Y.C.; CHING, S.S.Y.; LOKE, A.Y. Quality of life measurement in women with cervical cancer: implications for Chinese cervical cancer survivors. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.8, n.1, 2010.

ZULIANI, A.C. ; CUNHA, M.O.; ESTEVES, S.C.B.; TEIXEIRA, J.C. Brachytherapy for stage IIIb squamous cell carcinoma of the uterine cervix: survival and toxicity. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.56, n.1, p. 37-40, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA- CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vimos através deste, convidá-la a participar, como voluntária, da pesquisa “QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES SUBMETIDAS A TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO”, que será realizada no Instituto Oncológico, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF) e na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do Bairro Parque Guarani – Juiz de Fora (MG).

O objetivo do tratamento do câncer, atualmente, não é apenas a cura ou prolongamento da sobrevida, mas também a melhora da qualidade de vida, já que, esta pode ser afetada por alterações físicas, sexuais, sociais e emocionais secundárias ao tratamento, as quais geram um grande impacto na vida das mulheres. Desta forma, essa pesquisa tem como objetivo principal avaliar a qualidade de vida e fatores associados de pacientes submetidas a tratamento para câncer de colo de útero e comparar com mulheres sem história de câncer. Com isso, pretendemos conhecer melhor os efeitos adversos do tratamento para o câncer do colo uterino, seu impacto na qualidade de vida, bem como outros fatores que a influenciam, e, assim, verificar as reais necessidades dessas pacientes, visando guiar a escolha do melhor tratamento para um cuidado adequado, humanizado e que atenda a todas essas necessidades.

Caso concorde em participar, você responderá a três questionários: um que aborda aspectos clínicos, terapêuticos, sociodemográficos, econômicos e sobre seus hábitos de vida; um questionário de avaliação da qualidade de vida, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-bref); e um instrumento de avaliação da função sexual (Índice de Função Sexual Feminina). Além disso, seu prontuário médico será avaliado e as informações obtidas serão utilizadas no estudo.

A sua participação envolverá riscos mínimos, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Você será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, não havendo penalizações para tal. Sua participação será voluntária, você não receberá qualquer vantagem financeira e não terá nenhum custo.

Os dados obtidos na pesquisa serão armazenados em total sigilo, sua identidade não será revelada em hipótese alguma e os dados coletados serão de uso exclusivo dos pesquisadores envolvidos. Os resultados da pesquisa serão apresentados ao Instituto Oncológico quando finalizada a pesquisa e poderão ser apresentados em reuniões científicas e congressos ou publicados em revistas nacionais e internacionais. Entretanto, nenhuma informação permitirá a identificação das participantes do estudo.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Eu, _____,
portadora do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 201__.

Assinatura do participante

Assinatura Pesquisadora Responsável

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF - CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF (FONE: 3220-3788; E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br).

Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre o estudo, pode contatar a pesquisadora responsável:

Camila Soares Lima Corrêa

Endereço: Rua Marechal Deodoro, 1019/401, Centro – Juiz de Fora (MG)

CEP: 36015-460 Fone: 8878-3808

E-mail: milacorrea@yahoo.com.br

APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA
GRUPO CÂNCER

Nome Completo: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Parte A: Dados de características clínicas (coletados no prontuário):

Número Prontuário: _____

Data da coleta dos dados: ____/____/____

1. Tipo histológico do tumor: _____

2. Data do diagnóstico: ____/____/____

3. Estadiamento TNM/FIGO:

- | | | |
|----------------------------|--------|------------|
| 1) TX | 18) NX | 21) MX |
| 2) T0 | 19) N0 | 22) M0 |
| 3) Tis Carcinoma in situ/0 | 20) N1 | 23) M1/IVB |
| 4) T1/I | | |
| 5) T1a/IA | | |
| 6) T1a1/IA1 | | |
| 7) T1a2/IA2 | | |
| 8) T1b/IB | | |
| 9) T1b1/IB1 | | |
| 10) T1b2/IB2 | | |
| 11) T2/II | | |
| 12) T2a/IIA | | |
| 13) T2b/IIB | | |
| 14) T3/III | | |
| 15) T3a/IIIA | | |
| 16) T3b/IIIB | | |
| 17) T4/IVA | | |

4. Tratamento realizado:

Local:

- 1) Cirurgia,
- 2) Cirurgia e radioterapia,
- 3) Radioterapia;

Sistêmico:

- 4) Quimioterapia

➤ Tipo de cirurgia: _____

4.1. Data

Cirurgia	Radioterapia	Quimioterapia
Data: ___/___/___	Início: ___/___/___	Início: ___/___/___
	Término: ___/___/___	Término: ___/___/___

4.2. Radioterapia:

Teleterapia 1) sim 2) não Dose total: _____ Número total de sessões: _____

Braquiterapia 1) sim 2) não Dose total: _____ Número de aplicações: _____

5. Comorbidades:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1) Nenhuma; | 11) Hepatite; |
| 2) Hipertensão arterial; | 12) HIV/AIDS; |
| 3) Diabetes; | 13) Artrite ou reumatismo; |
| 4) Obesidade; | 14) Doença de pele; |
| 5) Infarto do miocárdio; | 15) Demência; |
| 6) Insuficiência cardíaca congestiva; | 16) Doença de Parkinson; |
| 7) Doença vascular periférica; | 17) Depressão; |
| 8) Acidente vascular encefálico; | 18) Problemas com álcool ou drogas; |
| 9) Doença renal; | 19) Problemas visuais; |
| 10) Doença pulmonar obstrutiva crônica; | 20) Outras: _____ |

Parte B: Entrevista com a paciente:

Data da entrevista: ____/____/____

Entrevistador: _____

B.1 Dados gerais (clínicos, sociodemográficos, econômicos, hábitos de vida)

1. Em que cidade você mora? _____

Você mora em área: 1) urbana 2) rural

2. De modo geral, como você considera sua saúde?

1) muito boa 2) boa 3) regular 4) ruim 5) muito ruim

3. Qual sua cor ou raça?

1) preta 2) amarela 3) parda, morena, mulata 4) branca 5) indígena

4. Você tem filhos? 1) sim (quantos? ____) 2) não

5. Mulheres que não têm filhos → Você está preocupada com sua capacidade de ter filhos?

1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

6. Qual a sua situação conjugal antes do tratamento?

1) solteira 2) casada 3) divorciada 4) viúva 5) vivendo em união estável

7. Qual a sua situação conjugal atualmente?

1) solteira 2) casada 3) divorciada 4) viúva 5) vivendo em união estável

7.1 Para as mulheres casadas/vivendo em união estável → Como você considera seu relacionamento com seu marido/companheiro?

1) muito ruim 2) ruim 3) regular 4) bom 5) muito bom

7.2 Para as mulheres que eram casadas/viviam em união estável antes do tratamento e atualmente não estão casadas/vivendo em união estável → O motivo do divórcio/separação está relacionado ao câncer e/ou seu tratamento?

1) sim 2) não

8. Você mora com quantas pessoas?

1) sozinha 2) 1-2 3) 3-4 4) mais de 4 pessoas

9. Qual a sua situação de trabalho antes de iniciar o tratamento?

- 1) empregada 2) autônoma 3) desempregada 4) em licença saúde (motivo:_____)
5) aposentada 6) trabalho doméstico

10. Qual a sua situação de trabalho atualmente?

- 1) empregada 2) autônoma 3) desempregada 4) em licença saúde (motivo:_____)
5) aposentada 6) trabalho doméstico

10.1 Para as mulheres que não trabalham atualmente → O motivo de não estar trabalhando atualmente, está relacionado ao câncer e/ou seu tratamento?

- 1) sim 2) não

11. Você possui plano de saúde privado? 1) sim 2) não

12. No último mês, qual foi a renda da sua família (somando os ganhos de todas as pessoas que trabalham ou recebem benefícios em sua casa)?

- 1) até um salário mínimo 2) 2-3 salários mínimos
3) 4-5 salários mínimos 4) mais de 5 salários mínimos

13. Qual a sua escolaridade?

- 1) nunca estudou
2) 1ª a 4ª série do primeiro grau - incompleto
3) 1ª a 4ª série do primeiro grau - completo
4) 5ª a 8ª série do primeiro grau - incompleto
5) 5ª a 8ª série do primeiro grau - completo
6) 1ª a 3ª série do segundo grau (ensino médio) - incompleto
7) 1ª a 3ª série do segundo grau (ensino médio) - completo
8) ensino superior incompleto
9) ensino superior em andamento
10) ensino superior completo
11) pós graduação

14. Qual a sua religião?

- 1) católica 2) evangélica/protestante 3) espírita 4) ortodoxa
5) judaica 6) budista 7) sem religião 8) ateu
9) outras

15. Com que frequência você pratica as atividades religiosas:

- 1) diariamente 2) semanalmente 3) quinzenalmente 4) mensalmente,
5) esporadicamente 6) sem religião/ateu

16. Rede social de apoio:**16.1** Com quem em sua família você pode realmente contar quando está em dificuldades?

- 1) não tem ninguém
- 2) cônjuge/companheiro
- 3) filhos(s)
- 4) mãe
- 5) pai
- 6) irmãos
- 7) outros _____

16.2 Além da sua família, com quem você pode realmente contar quando está em dificuldades:

- 1) não tem ninguém
- 2) amigo (s)
- 3) vizinho (s)
- 4) cuidador (a)
- 5) líder religioso
- 6) outros _____

16.3 Durante o tratamento para o câncer do colo do útero, você recebeu apoio de sua família?

- 1) não
- 2) um pouco
- 3) mais ou menos
- 4) muito

17. Atividades de lazer/rede social:

- 1) televisão
- 2) música
- 3) computador
- 4) leitura
- 5) cinema/teatro
- 6) encontros/reunião com amigos
- 7) atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, outras)
- 8) atividades artesanais (trabalho manual, culinária)
- 9) serviço voluntário não remunerado
- 10) reunião familiar
- 11) dançar/festas
- 12) passeios/viagens
- 13) prática de esportes ou atividades físicas (como caminhada)
- 14) outros _____

18. Tabagismo:

- 1) nunca fumou
- 2) ex-fumante
- 3) fumante

19. Consumo de bebidas alcoólicas:

- 1) não etilista 2) ex-etilismo 3) etilista

20. Algum médico já disse que você tem:

- | | | | |
|--------------------------------|--------|--------|-------------|
| Pressão alta? | 1) sim | 2) não | 3) não sabe |
| Diabetes? | 1) sim | 2) não | 3) não sabe |
| Doença do coração? | 1) sim | 2) não | 3) não sabe |
| Depressão? | 1) sim | 2) não | 3) não sabe |
| Artrose/artrite ou reumatismo? | 1) sim | 2) não | 3) não sabe |

21. Você tem alguma outra doença?

- 1) não 2) sim (qual? _____)

22. Você faz uso de algum medicamento regularmente (uso crônico)?

1) não

2) sim

2.1)Quais? _____

23. Você faz terapia de reposição hormonal? 1) não 2)sim (há quanto tempo?_____)

24. Você tem medo de recidiva?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

B.2 Efeitos adversos tardios do tratamento

25. Você menstruava antes de iniciar o tratamento? 1) não 2) sim 3) não lembro

26. A sua menstruação parou após o tratamento (Menopausa relacionada ao tratamento)?

- 1) não 2) sim

27. Atualmente, você sente “fogachos”/ondas de calor?

- 1) nunca 2) raramente 3) eventualmente 4) quase sempre 5) sempre

28. Você era sexualmente ativa antes do tratamento? 1) não 2) sim 3) não lembro

29. E atualmente, você é sexualmente ativa? 1) não 2) sim

29.1. Mulheres sexualmente ativas → Durante o último mês, com qual frequência você teve relações sexuais com seu parceiro?

- 1) mais de 3 vezes/semana
- 2) 2-3 vezes/semana
- 3) 1 vez/semana
- 4) 3 vezes/mês
- 5) 2 vezes/mês
- 6) 1 vez/mês

29.2. Mulheres que não são sexualmente ativas → qual o(s) motivo(s):

- 1) Não tem parceiro:
() solteira () separação antes do tratamento () separação após o tratamento () abandono após o tratamento () viuvez
 - 2) Não tem interesse
 - 3) Parceiro não tem interesse
 - 4) Estenose/encurtamento/colapamento vaginal
 - 5) Dor
 - 6) Sangramento
 - 7) Parceiro tem problemas físicos
 - 8) Fadiga
 - 9) Parceiro tem fadiga
 - 10) Outro motivo:
-

30. Você acha que o câncer e/ou o seu tratamento interferiram na sua vida sexual?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

Perguntas 31 a 49 → No último mês (atualmente):

31. Você sentiu a vagina estreita ou curta de mais?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

32. Você apresentou perda de sangue durante/após as relações sexuais?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito 5) não sou sexualmente ativa

33. Você sentiu dor ou ardência ao urinar (disúria)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

34. Você teve dificuldade de controlar e tem perda involuntária de urina (incontinência urinária)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

35. Você teve vontade forte de urinar e muito difícil de controlar (urgência urinária)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

36. Houve aumento do número de vezes que você urina por dia (aumento da frequência urinária)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

37. Você perdeu urina aos esforços como tossir, espirrar ou correr (incontinência urinária aos esforços)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

38. Você teve retenção urinária (sente vontade de urinar, mas a urina não sai)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

39. Você percebeu presença de sangue em sua urina (hematúria)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

40. Você sentiu vontade de evacuar sem conseguir eliminar as fezes (tenesmo)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

41. Você teve diarreia?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

42. Você teve prisão de ventre? (constipação intestinal - fica um grande período sem evacuar)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

43. Você teve vontade forte de evacuar e muito difícil de controlar (urgência fecal)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

44. Você teve dificuldade de controlar o intestino e apresentou perda involuntária de fezes (incontinência fecal)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

45. Você sentiu dor no ânus (dor anal)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

46. Você apresentou eliminação de muco, líquido ou tipo clara de ovo no ânus (retite)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

47. Você notou presença de sangue vivo nas fezes (enterorragia)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

48. Você percebeu saída de fezes pela vagina (fístula)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

49. Você notou uma perna ou ambas inchadas (linfedema)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

50. Seu(sua) médico(a) conversou com você sobre sexualidade/sua vida sexual e/ou deu alguma orientação sobre o retorno à prática de atividade sexual após o término do tratamento?

- 1) não 2) sim

51. Você usou dilatador vaginal após o tratamento?

- 1) não 2) sim (por quanto tempo? _____ ainda usa? _____)

52. Após o término do tratamento, você foi encaminhada a outro profissional de saúde para tratamento dos efeitos adversos tardios?

1) não

2) sim

a) Ginecologista

b) Urologista

c) Gastroenterologista

d) Psicólogo

e) Fisioterapeuta

f) Outro: _____

52. Você realizou/realiza tratamento/acompanhamento com esse ou outro profissional para os efeitos tardios adversos?

- 1) não 2) sim (qual: _____)

APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA
GRUPO CONTROLE – UAPS PARQUE GUARANI

Data da entrevista: ____/____/____

Entrevistador: _____

Nome Completo: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Data do último preventivo: _____

Resultado preventivo:

1. Qual sua cor ou raça?

1) preta 2) amarela 3) parda, morena, mulata 4) branca 5) indígena

2. Você tem filhos? 1) sim (quantos? ____) 2) não

3. Qual a sua situação conjugal atual?

1) solteira 2) casada 3) divorciada 4) viúva 5) vivendo em união estável

3.1 Para as mulheres casadas/vivendo em união estável → Como você considera seu relacionamento com seu marido/companheiro?

1) muito ruim 2) ruim 3) regular 4) bom 5) muito bom

4. Você mora com quantas pessoas?

1) sozinha 2) 1-2 3) 3-4 4) mais de 4 pessoas

5. Qual a sua situação de trabalho atual?

1) empregada 2) autônoma 3) desempregada 4) em licença saúde (motivo: _____)

5) aposentada 6) trabalho doméstico

6. Você possui plano de saúde privado? 1) sim 2) não

7. No último mês, qual foi a renda da sua família (somando os ganhos de todas as pessoas que trabalham ou recebem benefícios em sua casa)?

- 1) até um salário mínimo 2) 1-2 salários mínimos
 3) 2-3 salários mínimos 4) 3-4 salários mínimos
 5) 4-5 salários mínimos 6) mais de 5 salários mínimos

8. Qual a sua escolaridade?

- 1) nunca estudou
 2) 1ª a 4ª série do primeiro grau - incompleto
 3) 1ª a 4ª série do primeiro grau - completo
 4) 5ª a 8ª série do primeiro grau - incompleto
 5) 5ª a 8ª série do primeiro grau - completo
 6) 1ª a 3ª série do segundo grau (ensino médio) - incompleto
 7) 1ª a 3ª série do segundo grau (ensino médio) - completo
 8) ensino superior incompleto
 9) ensino superior em andamento
 10) ensino superior completo
 11) pós graduação

9. Você tem religião?

- 1) não 2) sim

9.1. Qual a sua religião?

- 1) católica 2) evangélica/protestante 3) espírita 4) ortodoxa
 5) judaica 6) budista 7) umbanda 8) candomblé
 9) outras

9.2. Com que frequência você pratica as atividades religiosas:

- 1) diariamente 2) semanalmente 3) quinzenalmente 4) mensalmente,
 5) esporadicamente 6) sem religião/ateu

10. Rede social de apoio:

10.1 Com quem em sua família você pode realmente contar quando está em dificuldades?

- 1) não tem ninguém
 2) cônjuge/companheiro
 3) filhos(s)
 4) mãe
 5) pai
 6) irmãos
 7) outros _____

10.2 Além da sua família, com quem você pode realmente contar quando está em dificuldades:

- 1) não tem ninguém
- 2) amigo (s)
- 3) vizinho (s)
- 4) cuidador (a)
- 5) líder religioso
- 6) outros _____

11. Atividades de lazer/rede social:

- 1) televisão
- 2) música
- 3) computador
- 4) leitura
- 5) cinema/teatro
- 6) encontros/reunião com amigos
- 7) atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, outras)
- 8) atividades artesanais (trabalho manual, culinária)
- 9) serviço voluntário não remunerado
- 10) reunião familiar
- 11) dançar/festas
- 12) passeios/viagens
- 13) prática de esportes ou atividades físicas (como caminhada)
- 14) outros _____

12. Tabagismo:

- 1) nunca fumou 2) ex-fumante 3) fumante

13. Consumo de bebidas alcoólicas:

- 1) não etilista 2) ex-etilismo 3) etilista

14. Algum médico já disse que você tem:

- | | | | |
|--------------------------------|--------|--------|-------------|
| Pressão alta? | 1) sim | 2) não | 3) não sabe |
| Diabetes? | 1) sim | 2) não | 3) não sabe |
| Doença do coração? | 1) sim | 2) não | 3) não sabe |
| Depressão? | 1) sim | 2) não | 3) não sabe |
| Artrose/artrite ou reumatismo? | 1) sim | 2) não | 3) não sabe |

23. Mulheres que não são sexualmente ativas → qual o(s) motivo(s):

- 1) Não tem parceiro:
() solteira () separação () viuvez
 - 2) Não tem interesse
 - 3) Parceiro não tem interesse
 - 4) Estenose/encurtamento/colapamento vaginal
 - 5) Dor
 - 6) Sangramento
 - 7) Parceiro tem problemas físicos
 - 8) Fadiga
 - 9) Parceiro tem fadiga
 - 10) Outro motivo:
-

Perguntas 24 a 40 → No último mês (atualmente):

24. Você sentiu a vagina estreita ou curta de mais?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

25. Você apresentou perda de sangue durante/após as relações sexuais?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito 5) não sou sexualmente ativa

26. Você sentiu dor ou ardência ao urinar (disúria)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

27. Você teve dificuldade de controlar e tem perda involuntária de urina (incontinência urinária)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

28. Você teve vontade forte de urinar (difícil de controlar), acompanhada pelo temor da perda urinária (urgência urinária)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

29. Houve aumento do número de vezes que você urina por dia (aumento da frequência urinária)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

30. Você perdeu urina aos esforços como tossir, espirrar ou correr (incontinência urinária aos esforços)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

31. Você teve retenção urinária (sente vontade de urinar, mas a urina não sai)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

32. Você percebeu presença de sangue em sua urina (hematúria)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

34. Você teve diarreia?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

35. Você teve prisão de ventre? (constipação intestinal - fica um grande período sem evacuar)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

36. Você teve vontade forte de evacuar e muito difícil de controlar (urgência fecal)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

37. Você teve dificuldade de controlar o intestino e apresentou perda involuntária de fezes (incontinência fecal)?

- 1) não 2) um pouco 3) mais ou menos 4) muito

APÊNDICE 4 - PARECER DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES TRATADAS PARA CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Pesquisador: Maximiliano Ribeiro Guerra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05670112.3.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 131.805

Data da Relatoria: 19/09/2012

Apresentação do Projeto:

Projeto bem elaborado e detalhado, com fundamentação adequada

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos claros e bem definidos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos descritos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem elaborado. Sem mais considerações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE apresentado

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 38.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.proesq@uff.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Considerações Finais a critério do CEP:

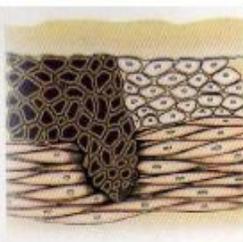
O colegiado opina pela Aprovação do referido projeto por estar em consonância com as normas éticas.

JUIZ DE FORA, 28 de Outubro de 2012

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

ANEXOS

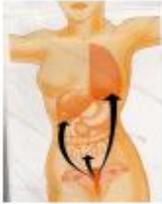
ANEXO 1 – ESTADIAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO (FIGO) E
TRATAMENTO RECOMENDADO PELO INCA

ESTADIAMENTO		DESCRIÇÃO	TRATAMENTO	
Estadio 0		Carcinoma in situ	Biópsia/ Conização.	
Estádio I Carcinoma restrito a cérvis, somente diagnosticado pela microscopia.		IA1	Invasão do estroma menor que 3mm com extensão superficial até 7 mm.	Conização de colo uterino/ histerectomia abdominal tipo I, ou via vaginal, ou via laparoscópica/ braquiterapia.
		IA2	Invasão do estroma de 3mm a 5mm com extensão horizontal até 7mm	Histectomia radical modificada tipo II/ traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica/ radioterapia exclusiva.
		IB1	Lesões clinicamente visíveis, limitadas ao colo com até 4cm.	- Lesões menores que 4 cm IB1 – histerectomia abdominal radical tipo III; - Lesões menores que 2cm – histerectomia radical tipo II (em estudo);
IB2		Lesão clinicamente visível, com mais de 4cm.	- Traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica (em caso de a cliente desejar engravidar); - Lesões maiores que 2cm e menores que 4cm - IB1 – histerectomia	

Fonte: Vidal, 2008

<p>Estádio II</p> <p>Tumor que invade além do útero, mas não atinge a parede pélvica ou terço inferior da vagina.</p>		<p>IIA</p> <p>Invasão do terço superior e médio da vagina sem infiltração parametrial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - histerectomia abdominal radical tipo III; - Quimioterapia concomitante com teleterapia e braquiterapia ou radioterapia exclusiva; - Traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica; - Histerectomia radical vaginal com linfadenectomia pélvica; - Radioterapia externa e braquiterapia.
		<p>IIB</p> <p>Tumor invade além do útero, mas não atinge a parede pélvica ou terço inferior da vagina. Infiltração do paramétrio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quimioterapia e radioterapia (teleterapia + braquiterapia) concomitantes.

Fonte: Vidal, 2008

<p>Estádio III Tumor que se estende à parede pélvica e ou compromete o terço inferior da vagina e/ ou causa hidronefrose ou exclusão renal.</p>		<p>IIIA</p>	<p>Tumor que compromete o terço inferior da vagina, sem extensão à parede pélvica.</p>	<p>- Quimioterapia e radioterapia (teleterapia + braquiterapia) concomitantes.</p>
		<p>IIIB</p>	<p>Tumor que se estende a parede pélvica e/ ou causa hidronefrose ou exclusão renal.</p>	
<p>Estádio IV Tumor fora da pelve.</p>		<p>IIVA</p>	<p>Invade a mucosa vesical ou retal e/ ou se estende além da pelve verdadeira.</p>	<p>- Tratamento cirúrgico paliativo</p>
		<p>IVB</p>	<p>Metástase à distância</p>	<p>- Neste estágio a doença é incurável. Tratamentos são controversos, sendo a quimioterapia, radioterapia e a cirurgia consideradas paliativas e indicadas em cada caso.</p> <p>- Considerar radioterapia anti-hemorrágica.</p> <p>- Tratamentos com quimioterapia e radioterapia devem ser considerados somente inclusos em protocolos de estudo.</p>

Fonte: Vidal, 2008

ARTIGO DE REVISÃO

Qualidade de vida em mulheres submetidas a tratamento para o câncer do colo do útero: uma revisão sistemática da literatura

Quality of life in women undergoing treatment for cervical cancer: a systematic review of the literature

Camila Soares Lima Cordeiro¹
 Maximiliano Ribeiro Guerra²
 Isabel Cristina Gonçalves Leite³

Palavras-chave

Neoplasias do colo do útero
 Qualidade de vida
 Literatura de revisão como assunto

Keywords

Uterine cervical neoplasms
 Quality of life
 Review literature as topic

Resumo

Tem sido observado o aumento do número de sobreviventes ao câncer do colo do útero, o que também está associado aos avanços científicos na abordagem terapêutica da doença. Porém, o tratamento desta neoplasia pode, por outro lado, levar a efeitos adversos tardios, como disfunções sexuais, intestinais e urinárias, que podem comprometer a qualidade de vida (QV) destas mulheres. O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática a respeito da QV em mulheres submetidas ao tratamento para o câncer do colo uterino. Realizou-se, então, busca nas bases de dados bibliográficos Medline e LILACS para identificar artigos originais, disponíveis na íntegra, publicados entre 2005 e 2012, no idioma inglês. A partir da análise dos artigos considerados, percebe-se o impacto negativo das intervenções terapêuticas, especialmente da radioterapia e suas sequelas na função sexual e QV. Além disso, destacam-se outros fatores associados à QV relacionados às características individuais, à rede social de apoio, à gravidade da doença e ao tratamento instituído. Verifica-se, então, a importância da avaliação da QV e do conhecimento dos fatores associados, visando auxiliar na adoção de estratégias que possam propiciar um atendimento mais integral, a ser realizado por equipe interdisciplinar e direcionado às necessidades específicas destas pacientes.

Abstract

It has been observed the increase of the number of cervical cancer survivors, which is also associated with scientific advances in the therapeutic management of the disease. However, the treatment of this malignancy can lead to late adverse effects such as sexual, intestinal and urinary dysfunctions, which can compromise women's quality of life. The present study aims to conduct a systematic review about life quality in women undergoing treatment for cervical cancer. We searched the bibliographic databases Medline and LILACS to identify full original articles, published between 2005 and 2012, in English. One realizes the negative impact of therapeutic interventions, especially radiotherapy and its sequelae in sexual function and quality of life. In addition, we highlight other factors associated to quality of life related to individual characteristics, the social support network, the severity of disease and treatment. Thus, it is important to assess quality of life and to know the associated factors, to aid in the adoption of strategies that can provide a more comprehensive, to be conducted by an interdisciplinary team and targeted to the specific needs of these patients.

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil.
¹Mestranda em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF – Juiz de Fora (MG), Brasil; Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CNPQ).
²Quiror em Saúde Coletiva, Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF – Juiz de Fora (MG), Brasil.
³Doutora em Saúde Pública, Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF – Juiz de Fora (MG), Brasil.
 Endereço para correspondência: Camila Soares Lima Cordeiro – Rua Maranhão Dourado, 10194-011 – CEP: 38015-400 – Juiz de Fora (MG), Brasil.
 E-mail: mlacordeiro@ufjf.edu.br
 Conflito de interesses: não há.

Introdução

O câncer do colo do útero, também denominado câncer cervical, é o segundo mais comum em mulheres em todo o mundo, com cerca de 500 mil casos novos a cada ano, sendo responsável pelo óbito de 250 mil mulheres por ano; onde, aproximadamente 80% dos casos, ocorrem em países de baixa renda¹ (D).

O tratamento dessa neoplasia é guiado pelo estadiamento da doença, podendo ser constituído por cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou a combinação dessas modalidades¹ (D). De acordo com alguns estudos, o número de sobreviventes em longo prazo do CC está crescendo, devido à alta curabilidade quando detectado precocemente^{1,2} (B) e aos avanços científicos^{3,4} (B,C). Porém, as intervenções terapêuticas estão associadas também a um aumento na incidência de efeitos adversos prolongados na região pélvica, relacionados, sobretudo, à radioterapia⁵ (B), e causados pela ação desta na área sadia adjacente à área irradiada⁶ (C).

Os efeitos agudos do tratamento têm bom prognóstico⁶ (C), desaparecem dentro de um curto prazo de tempo e, geralmente, melhoram com medicações⁶ (B). Já os tardios, são mais severos, de difícil controle clínico⁷ (C), frequentemente irreversíveis⁸ (B) e podem evoluir por muitos anos após a conclusão da terapia, quando a paciente não está mais em acompanhamento no centro de oncologia⁹ (B). Estes ocorrem a partir de três meses após a conclusão do tratamento^{10,11,12} (C,B,D,D) e, geralmente, se manifestam em torno de dois a três anos após o mesmo¹³ (B).

Dentre os efeitos adversos tardios do tratamento, destacam-se: disfunções sexuais^{14,15,16} (C,D,B,D,D,B,D,D,B,D,D,B,D,B,D,B,D,D,A), intestinais^{17,18,19,20} (C,B,D,B,D,A), urinárias^{19,21,22,23,24} (D,B,A,B,C), e hormonais^{25,26} (D); menopausa precoce^{7,13,24} (B,D,D,D) e linfedema em membro inferior^{27,28,29,30} (D,D,D,B). Como consequência, a maioria das mulheres com diagnóstico de câncer cervical vive durante anos com as sequelas da doença e do seu tratamento¹² (B), sendo que esses efeitos adversos tardios do tratamento levam a alterações físicas, sociais, psicológicas crônicas e, por conseguinte, comprometem a qualidade de vida (QV) dessas pacientes³ (B).

Em virtude disso, Penson et al.³² (D) afirmam que devem existir dois objetivos principais no tratamento do câncer: o primeiro é a cura ou o prolongamento do tempo de sobrevivência e o segundo é a melhora da QV. Assim, a mensuração da QV nessas pacientes é de suma importância, pois, como o tratamento é multimodal, a QV pode ser um fator adicional para guiar a escolha da melhor modalidade de tratamento³³ (B).

A qualidade de vida é definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) (The WHOQOL Group) como "a percepção do indivíduo, de sua posição na

vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"³⁴ (D). Já a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), conceito afim de estado subjetivo de saúde, é centrada na avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente ligada ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. Desta forma, o termo "qualidade de vida" é mais geral e inclui uma maior variedade potencial de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, a sua condição de saúde e às intervenções médicas³⁵ (D).

A avaliação da QV mostra-se, assim, essencial, sendo possível determinar e avaliar os resultados funcionais das diferentes modalidades terapêuticas sob a visão das pacientes. Além disso, pode contribuir para a melhor definição da estratégia terapêutica nas decisões multidisciplinares, nas ações dos programas de reabilitação e na comunicação entre as equipes de cuidados e as pacientes⁶ (C).

Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática a respeito da QV em mulheres submetidas ao tratamento para o câncer do colo do útero, com o propósito de verificar a abordagem atual desta temática na literatura científica, apontando os principais instrumentos utilizados para mensuração da QV nestas condições, assim como os principais fatores associados.

Métodos

Realizou-se busca para identificar artigos relacionados à temática em questão nas bases de dados bibliográficos Medline e LILACS, com os seguintes descritores: "Cervical Cancer" e "Quality of Life". A busca compreendeu artigos relacionados a humanos, originais, com resumo e disponíveis na íntegra, publicados entre 2005 a 2012, no idioma inglês e que avaliaram a QV de mulheres submetidas a tratamento para o câncer do colo do útero; sendo a qualidade de vida considerada como o assunto principal (filtro).

Para a seleção dos estudos, foi realizada, inicialmente, leitura dos resumos, sendo excluídos artigos de revisão de literatura, estudos com metodologia qualitativa, de validação de instrumentos ou com amostra que não se restringia a mulheres que tiveram câncer do colo do útero. Posteriormente, os artigos que atenderam aos critérios de elegibilidade foram acessados na íntegra e foram extraídas as seguintes informações para compilação dos resultados: características da amostra estudada; grupos de comparação; instrumentos utilizados; principais achados e conclusões.

Resultados e Discussão

Entre os artigos que atenderam aos critérios de elegibilidade deste estudo, 1 foi identificado na base LILACS e 16 foram identificados na base Medline, totalizando 17 artigos, cujos principais resultados estão sintetizados na Tabela 1.

Quanto à influência do tipo de tratamento na QV, estudo transversal chinês comparou as complicações tardias e a QV de pacientes com estágio IB-IIA de câncer do colo uterino submetidas a tratamento cirúrgico ou radioterápico há, pelo menos, dois anos. A amostra do estudo foi composta por 202 mulheres divididas em dois grupos: 1) pacientes submetidas à histerectomia radical e linfadenectomia pélvica (n=91) e 2) pacientes submetidas à radioterapia pélvica externa (n=111). Verificou-se, através de análise fatorial dos efeitos adversos do tratamento, que as pacientes submetidas à histerectomia apresentavam mais disfunção neural pélvica (constipação intestinal, disúria e incontinência urinária), enquanto as pacientes submetidas à radioterapia exibiram mais disfunção intestinal (diarreia, dor abdominal e sangue nas fezes), após controle de variáveis condicionais. Não foi encontrada diferença entre os grupos de tratamento em relação à função sexual, contrastando com os resultados de outros estudos^{11,18,41} (B). Apesar das diferentes complicações pós-tratamento entre os dois grupos, a QV foi semelhante, exceto no domínio "funcionamento social", o qual foi superior no grupo submetido à radioterapia. Diante destes resultados, o estudo concluiu que pacientes com câncer do colo uterino em estádios iniciais, tratadas com cirurgia ou radioterapia, apresentam diferentes complicações, enquanto a QV mostrou poucas diferenças entre estas duas modalidades de tratamento¹⁷ (B). Em ambos os grupos, sob comparação, foram verificados efeitos adversos do tratamento instituído, que podem ter exibido impactos semelhantes na QV, o que poderia justificar o fato de não ter sido constatada diferença em relação a esta variável. A utilização de um grupo controle nesse estudo talvez permitisse uma melhor avaliação do impacto desses efeitos na QV.

Também com o objetivo de verificar a possível influência do tipo de tratamento, estudo norte-americano investigou mulheres que tiveram câncer cervical (estadiamento I) e foram submetidas a tratamento cirúrgico ou radioterápico há pelo menos cinco anos. A amostra foi composta por 114 mulheres divididas em grupo cirurgia (n=37), grupo radioterapia (n=37) e grupo controle (n=40) – mulheres sem histórico de câncer, pareadas às pacientes que foram submetidas a tratamento para o câncer de colo uterino quanto à idade e raça. Os resultados mostraram que o grupo radioterapia apresentou QV (componente "saúde física") e função sexual estatisticamente pior em relação ao grupo cirurgia

e ao grupo controle. Diante disto, os autores concluíram que a radioterapia teve impacto negativo na função sexual e na QV, e mulheres submetidas a tratamento cirúrgico apresentam escores de função sexual e QV semelhantes a mulheres sem história de câncer¹⁸ (B). Apesar de apresentar metodologia bem estruturada, os resultados desta pesquisa devem ser vistos com cautela, pois como se trata de estudo transversal, não houve avaliação prévia da QV e função sexual. Logo, a associação verificada pode não ser de natureza causal.

Corroborando os achados anteriores, estudo holandês investigou a QVRS de 291 sobreviventes ao câncer do colo uterino, 2 a 10 anos após o diagnóstico, e comparou os resultados obtidos a um grupo controle (mulheres sem câncer cervical, selecionadas aleatoriamente da população geral). Após ajuste por variáveis sociodemográficas, a "saúde mental" do SF-36 e os escores de ansiedade foram significativamente piores nas sobreviventes. Na comparação por subgrupos de sobreviventes, segundo o tempo após o diagnóstico (2–5 anos e 6–10 anos), foi encontrado maior nível de ansiedade, pior imagem corporal e maior preocupação sexual no primeiro subgrupo. Na comparação por subgrupos segundo o tipo de tratamento, verificaram-se piores escores nas mulheres tratadas com radioterapia primária em relação às dimensões "experiência de sintomas", "função sexual/vaginal" e "preocupação sexual". Assim, os autores concluíram que a radioterapia leva a maior frequência de efeitos colaterais a longo prazo em comparação ao tratamento cirúrgico e que as sobreviventes ao câncer de colo uterino apresentam QV ("saúde mental") inferior ao grupo controle¹⁹ (B). Embora a taxa de resposta do estudo tenha sido considerada como boa (69%), a generalização desses resultados encontra-se prejudicada, já que o estágio TNM era pior em não-respondentes e a recorrência da doença no acompanhamento foi significativamente mais frequente em não-respondentes do que nos entrevistados (4% versus 1%).

Nessa mesma direção, Greimel et al.⁴¹ (B) investigaram os efeitos adversos tardios do tratamento sobre a QV e a função sexual de sobreviventes de câncer do colo uterino. A amostra do estudo foi composta por 121 mulheres, divididas em grupo cirurgia (GC - n=63), cirurgia e quimioterapia (GCQ - n=38) e cirurgia e radioterapia (GCR - n=20). Foi verificado que o GCR apresentou QV significativamente pior em vários domínios da escala de função; nível mais elevado de "náusea/vômito", "dor" e "perda de apetite" e mais "dificuldades financeiras". Além disso, este grupo apresentou mais problemas de frequência e incontinência urinária e sensação de vagina estreita. Os resultados de QV foram comparados com dados normativos de referência de 1.139 mulheres sem história de câncer e o grupo GCR apresentou menores escores médios em todas as escalas de função e maiores

Tabela 1 - Principais características dos artigos selecionados sobre qualidade de vida em mulheres submetidas a tratamento para o câncer do colo do útero, 2005–2012

Estudo	Instrumentos	Principais resultados
Fransvitz et al. ²⁸ (B)	SF-12 <i>Female Sexual Function Index</i>	Mulheres submetidas apenas ao tratamento cirúrgico apresentam função sexual e QV semelhantes ao grupo controle. Mulheres submetidas à radioterapia apresentam impacto negativo na função sexual e na QV.
Wenzel et al. ²⁹ (B)	SF-36 <i>Gynecologic Problems Checklist Sexual Activity Questionnaire</i>	Sobreviventes ao CCU com disfunções sexuais exibem menor escore de QV, maior preocupação em relação a questões reprodutivas, as quais estão associadas a pior escore de QV, menor apoio social e bem-estar espiritual e pior função sexual.
Park et al. ³⁰ (B)	EORTC Q10-C30 e Q10-CX24 Versão coreana do <i>National Health and Social Life Survey</i>	Sobreviventes ao CCU apresentam piores escores de QV, em relação ao grupo controle. Problemas sexuais altamente associados à QV.
Distefano et al. ³¹ (B)	SF-36 <i>Anxiety and Depression Scale</i>	Pacientes com doença localmente avançada apresentam menor QV (domínio "funcionamento físico") em relação ao grupo de pacientes com doença em fase inicial.
Ashing-Giwa et al. ³² (B)	FACT-Cx SF-12 <i>Adherence Determinants Questionnaire</i>	Diferenças entre os grupos quanto à renda, etnia e idioma. Variáveis preditoras de QVRS: radioterapia, comorbidades, limitações funcionais, auto percepção do estado de saúde, bem-estar psicológico, imagem corporal, impacto na função sexual, relação médico-paciente e apoio social.
Greiner et al. ³³ (B)	EORTC Q10-C30 e Q10-CX24 <i>Sexual Activity Questionnaire</i>	Grupo de pacientes submetidas à cirurgia e radioterapia apresentaram mais disfunções similares e sexuais. Mulheres tratadas com radioterapia adjuvante são mais propensas a pior QV em longo prazo.
Hsu et al. ³⁴ (B)	EORTC Q10-C30	Tratamento cirúrgico associado à disfunção renal pélica e tratamento radioterápico associado à disfunção intestinal. Domínio "funcionamento social" significativamente maior no grupo radioterapia.
Korlage et al. ³⁵ (B)	SF-36; EORTC Q10-CX24 <i>EuroQol classification 8-item State Anx Inventory</i>	Mulheres tratadas com radioterapia primária apresentaram pior QV em algumas dimensões. Sobreviventes ao CCU apresentaram pior QV na escala de saúde mental e maior ansiedade em relação ao grupo controle.
Lai, Tang e Chung ³⁶ (B)	WHOQOL-Bref	Domínio relações sociais da QV mostrou deteriorar-se com o avançar da idade. Diferentes grupos étnicos apresentam diferentes fatores associados à QV.
Ashing-Giwa, Lin e Tang ³⁷ (B)	FACT-G e FACT-Cx SF-12	QVRS significativamente associada à sobrevivência após controle de comorbidades.
Carter et al. ³⁸ (B)	FACT-Cx e FACT-Cx <i>Center Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)</i> e outros instrumentos*	Mulheres submetidas à traquelectomia radical ou à histerectomia radical apresentaram níveis clínicos persistentes de angústia. Em relação à QV houve uma melhora nos dois grupos de tratamento ao longo do período avaliado. A maior parte da amostra apresentava disfunção sexual ao longo dos dois anos.
Fernandes e Kimura ³⁹ (B)	FACT-Cx	Variáveis preditoras de QVRS: percepção do estado de saúde; atividades de lazer; atividade sexual; tabagismo; ter conjuge/companheiro; comorbidades; importância à atividade sexual e tempo após o tratamento.
Ashing-Giwa e Lin ⁴⁰ (B)	FACT-G ⁴¹ , <i>Physical component summary (PCS)</i> e outros instrumentos**	Mulheres latino-americanas (língua espanhola) apresentaram pior QVRS. Radioterapia associada a impacto negativo na função sexual (escore para latino-americanas de língua inglesa) e na QVRS (nas europeias e latino-americanas de língua inglesa).
Barnas et al. ⁴² (B)	EORTC Q10-C30 e Q10-CX24	Deterioração da QV três e seis meses após o tratamento nos domínios imagem corporal, neuropatia periférica e preocupações sexuais; melhora nos sintomas de menopausa, na função sexual, na QV global e nos domínios de função emocional e cognitiva.
Bjelic-Radivica et al. ⁴³ (B)	EORTC Q10-C30 e Q10-CX24	Mulheres submetidas ao tratamento para o CCU apresentam efeitos colaterais do tratamento com diferentes impactos sobre a QV, dependendo do status menopausal e das modalidades terapêuticas.
Chase et al. ⁴⁴ (B)	FACT-G e FACT-Cx <i>Brief Pain Inventory-Short Form (BPI-SF)</i>	Domínio físico da QV associado à sobrevivência global, podendo, assim, prever a sobrevivência ao câncer de colo do útero avançado.
Ferrandina et al. ⁴⁵ (B)	EORTC Q10-C30 e Q10-CX24	Gradual e progressiva melhora no escore de QV global ao longo do tempo, embora escores referentes a sintomas de menopausa e ao infarto tenham aumentado consideravelmente em relação aos valores basais.

SF-36: Medical Outcomes Study – 36-Item Short Form Survey; SF-12: versão abreviada do SF-36; EORTC Q10-C30: The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30; EORTC Q10-CX24: The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Cervical Cancer Module; FACT-Cx: Functional Assessment of Cancer Therapy – Cervical Cancer; WHOQOL-Bref: versão abreviada do instrumento de avaliação de QV desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (The WHOQOL Group); FACT-G: Functional Assessment of Cancer Therapy – General; DV: Qualidade de Vida; CCU: Câncer do Colo do Útero; QVRS: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde; *Impact of Being Sick (IBS): Female Sexual Function Index (FSFI) e formulário de informações médicas; **Subscale do BREF: 8-Item Health Survey (SF-12); 6-Item Physical component summary (PCS); 6-Item SF-12; 8-Item scale assessing sexual impact following cervical cancer treatment composta por itens de estudos anteriores do Dr. Ashing-Giwa e itens relevantes do FACT-Cx (5-itens); 28-item Adherence Determinants Questionnaire.

escores médios em 6 escalas de sintomas. Quanto à função sexual, o grupo GCR também apresentou menor taxa de atividade sexual. O estudo conclui, então, que as mulheres tratadas com radioterapia adjuvante são mais propensas a uma pior QV a longo prazo. Os autores destacam como pontos fortes do estudo a alta taxa de resposta (80%); a inclusão da modalidade de tratamento como potencial variável da QV; a heterogeneidade da amostra em termos de idade (20–75 anos) e de tempo de diagnóstico (3–14 ano) e a utilização de instrumentos padronizados, válidos e confiáveis. Uma limitação importante do estudo é a não disponibilidade de informações anteriores sobre qualidade de vida e função sexual das participantes, o que, apesar de os 3 grupos serem semelhantes em termos de idade, *status* socioeconômico e comorbidade, não permite descartar a possibilidade de existência prévia de diferenças na QV antes do tratamento.

Percebe-se, assim, que o tratamento para o câncer do colo do útero pode levar a disfunções sexuais, que por sua vez, comprometem a QV das sobreviventes. Ao encontro desta constatação, dois estudos analisados identificaram o impacto negativo das disfunções sexuais na QV. O primeiro avaliou a QV e a função sexual de 51 sobreviventes ao câncer cervical, em idade fértil no momento do diagnóstico, após 5 a 10 anos do término do tratamento. A maioria das sobreviventes era casada, branca não-hispânica, com nível universitário, com idade média ao diagnóstico de 57 anos (variação 23–45) e uma média de idade no momento da entrevista de 45 anos (intervalo 31–55). Os resultados mostraram que as sobreviventes tinham boa QV, particularmente evidente nos domínios físico e social. Este grupo relatou “desconforto sexual”, “ondas de calor”, “secura vaginal” e “dispareunia” significativamente superiores em relação ao grupo controle; e estes problemas na função sexual estavam associados a um menor escore de QV. Além disso, as sobreviventes ao câncer cervical apresentaram maior preocupação em relação a questões reprodutivas, as quais estavam relacionadas à inability para falar sobre fertilidade, tristeza e lamento pela impossibilidade de engravidar. Essas preocupações estavam associadas a piores escores de QV, menor apoio social, menor bem-estar espiritual e pior função sexual. Na população de estudo, 76,5% das mulheres informaram ser casadas quando diagnosticadas, sendo que a maioria permaneceu casada no momento da entrevista (72%). Entre as mulheres que se separaram após o diagnóstico, 44% atribuíram ao câncer o motivo da separação, indicando o estresse que a doença pode causar no relacionamento⁴ (B). O percentual relativamente alto de mulheres que não eram sexualmente ativas no momento da entrevista (31%) pode ter prejudicado o resultado da avaliação da função sexual verificado na população de estudo.

O segundo estudo, coreano, conduzido por Park et al.¹¹ (B), investigou a QV e a função sexual de 860 mulheres com história de câncer do colo do útero (estadiamento I a IV), com tempo após o tratamento entre 1,4 e 22 anos, submetidas ou não à quimioterapia e divididas em 3 subgrupos: cirurgia (n=624), cirurgia e radioterapia (n=101) e radioterapia (n=135). Os resultados foram comparados a um grupo controle, selecionado aleatoriamente a partir de uma amostra representativa de mulheres coreanas. Foi verificado que, independente do tipo de tratamento local, a QV foi significativamente inferior nas mulheres sobreviventes ao câncer do colo uterino em comparação às mulheres do grupo controle. As sobreviventes apresentaram pobre imagem corporal, maior ansiedade em relação ao desempenho sexual, baixa função sexual/vaginal, preocupação sexual mais frequente, linfedema de membros inferiores e sintomas de menopausa maiores em relação ao grupo controle. A dispareunia e a neuropatia perineal foram mais evidentes nas mulheres submetidas apenas ao tratamento radioterápico, e o tratamento quimioterápico esteve associado à dispareunia, à lubrificação insuficiente e à ansiedade em relação ao desempenho sexual. O estudo mostrou também que os problemas sexuais apresentados pelas sobreviventes ao câncer do colo uterino foram altamente associados à QV. Embora a taxa de resposta do estudo tenha sido de apenas 14,5%, trata-se de um estudo de caso-controle de base populacional, com amostra bem heterogênea e representativa, que incluiu todos os estágios da doença e uma grande variação de tempo após o tratamento, diferentemente dos estudos anteriores.

Já em relação ao impacto do estágio da doença na QV, foi realizado estudo italiano com 95 mulheres sobreviventes ao câncer do colo do útero que haviam sido submetidas a tratamento há pelo menos 12 meses. A amostra deste estudo foi dividida em dois grupos: 1) pacientes com doença em fase inicial, as quais foram tratadas com cirurgia radical associada à linfadenectomia (n=35) e 2) pacientes com doença localmente avançada, tratadas com quimiorradioterapia neoadjuvante (n=58). O tempo mediano desde o tratamento foi de 30 meses, variando de 12 a 120 meses. Foi encontrada diferença entre os grupos quanto à QV somente no domínio “funcionamento físico”, cuja pontuação foi significativamente menor em pacientes com doença localmente avançada. Através de análise multivariada, foi verificado que, independente da modalidade de tratamento, a presença de comorbidades e o baixo nível de escolaridade apresentavam associação negativa com a escala do componente físico do SF-36; enquanto idade superior a 50 anos, desemprego e baixo nível de escolaridade mostraram impacto negativo na escala de componente mental do SF-36. Concluiu-se, então, que pacientes em estágio avançado submetidas à quimiorradioterapia pré-operatória apresentaram

escore de QV inferior às pacientes com doença em fase inicial no domínio físico e possuíam maior propensão de transtornos de ansiedade¹¹ (B). Apesar de apresentar amostra pequena, não possuir um grupo controle e exibir limitações inerentes a um estudo de desenho transversal, não possibilitando, assim, a generalização dos resultados, estes são de grande relevância, pois mostram que a doença tem impacto diferente na QV, dependendo do seu estágio e, conseqüentemente, do tipo de tratamento. Neste sentido, os profissionais da equipe multidisciplinar devem estar preparados para efetuar a avaliação da QV dessas pacientes, a fim de realizarem as intervenções necessárias.

Com o objetivo de investigar fatores sociodemográficos associados à QV, Ashing-Giwa et al.¹² (B) realizaram estudo transversal com uma amostra de 560 mulheres sobreviventes ao câncer cervical (273 euro-americanas e 287 latino-americanas, das quais 88 falavam inglês e 199, espanhol), 1 a 5 anos após o diagnóstico. Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação à renda: as mulheres europeias apresentavam a maior renda enquanto as latino-americanas que falavam espanhol, a menor. A média dos escores de QVRS diferiu entre os grupos tanto em relação à etnia, quanto em relação ao idioma, sendo que as mulheres latinas de língua espanhola apresentaram o menor escore e as europeias o maior. Além disso, as latino-americanas de língua espanhola apresentaram o maior impacto negativo na função sexual, o pior apoio social, a pior relação médico-paciente e a maior espiritualidade. Estas diferenças persistiram após o controle de covariáveis. Concluiu-se que as mulheres latino-americanas de língua espanhola possuem pior QVRS, devido, sobretudo, à falta de suporte social e dificuldades socioeconômicas e de recursos. Diante destes resultados, fica clara a natureza multidimensional da QV, não sendo influenciada apenas pelo impacto da doença na vida da paciente, mas também por diversas variáveis socioeconômicas e demográficas, reforçando, portanto, a importância da visão holística da paciente por parte da equipe de saúde.

Em 2011, também foi publicado estudo que investigou a associação entre etnia e idioma com a QVRS de uma amostra de 273 mulheres europeias e 287 latino-americanas sobreviventes ao câncer do colo uterino. Quanto à etnia, as mulheres latino-americanas apresentaram piores escores de QVRS, de estado geral de saúde e de bem estar psicológico, em relação às europeias. Quanto ao idioma, as latino-americanas que falavam espanhol tiveram piores escores de QVRS. A relação médico-paciente foi melhor para as mulheres europeias e latino-americanas que falavam inglês, e a espiritualidade foi maior nestas últimas. Além disso, foi verificado que a radioterapia estava associada negativamente à QVRS nas europeias e nas latino-americanas de língua inglesa e à função

sexual (exceto para as latino-americanas que falavam inglês). Assim, os autores concluíram que a influência dos componentes dos níveis individual e sistêmico sobre o desfecho "QVRS global" parece variar de acordo com a etnia, o que evidencia a necessidade de maior atenção da equipe de saúde aos grupos étnicos mais vulneráveis¹¹ (B). Corroborando os achados do estudo anterior¹², verifica-se a multidimensionalidade da QV e, portanto, a importância da avaliação abrangente e da intervenção multi e interdisciplinar na abordagem das mulheres submetidas a tratamento para o câncer do colo do útero.

Visando identificar como diferentes faixas etárias poderiam estar associadas à QV em sobreviventes ao câncer cervical, um estudo chinês foi realizado com uma amostra de 173 mulheres com idade média de 54,8 anos e tempo médio desde o diagnóstico de 2,4 anos. A amostra foi dividida em três grupos de acordo com a faixa etária: 1) Grupo de adultas jovens – 18 a 45 anos (n=50); 2) Grupo de adultas de meia-idade – 46-65 anos (n=79) e 3) Grupo de mulheres idosas – ≥ 66 anos (n=44). Não houve diferença em relação à QV entre os grupos, exceto no domínio "relações sociais", o qual mostrou deteriorar-se com o avançar da idade. Isto pode estar relacionado à estigmatização da doença, levando ao isolamento social, especialmente em pacientes mais velhas, mais conservadoras e com baixo nível de instrução. Além disso, verificou-se diferenças substanciais em termos de fatores associados à QV nos diferentes grupos etários. Para as pacientes do grupo 1, o status de estar trabalhando, o maior grau de escolaridade e a ausência de morbidade psiquiátrica foram positivamente associados à QV. No grupo 2, maior tempo desde o término do tratamento, estadiamento mais avançado do câncer, ter uma crença religiosa, estar empregada, ter um parceiro e ausência de morbidade psiquiátrica foram positivamente associados à QV. No grupo 3, as pacientes mais jovens, sem história de aborto, vivendo com um parceiro e que tinham uma crença religiosa apresentaram melhor QV¹³ (B). Tais resultados devem ser vistos com cautela por se tratar de um estudo transversal e, também, tendo em vista a possibilidade de viés de seleção, já que a amostra possuía menor nível educacional e maior taxa de desemprego em relação à população feminina de Hong Kong, cidade de origem da população de estudo. Mesmo assim, o conhecimento desses fatores pode direcionar as intervenções em cada faixa etária, visando melhorar a QV destas mulheres sobreviventes ao câncer do colo do útero.

Com o intuito de investigar a possível associação entre QVRS e sobrevivência, Ashing-Giwa, Lim e Tang, no ano de 2010¹⁴, realizaram um estudo de coorte com uma amostra multiétnica de 353 mulheres que haviam sido submetidas a tratamento para o câncer cervical. A variável dependente do estudo foi o

tempo de sobrevivida de cinco anos, a partir da data de avaliação da QVRS. A amostra foi composta por pacientes com estágio de I a III, sendo que a maioria (56,4%) apresentava o estágio I ao diagnóstico. No momento da avaliação da QVRS e da sobrevivida, a idade média da amostra foi, respectivamente, de 51 (24–89 anos) e 57 anos (31–96 anos). Em relação à QVRS, a dimensão “funcional” e os itens de “preocupações adicionais” do FACT-Cx, bem como o escore global do FACT-Cx, e os componentes físico e mental do SF-12 foram significativamente associados à sobrevivida. Na análise multivariada, esta associação entre QVRS e sobrevivida permaneceu positiva, após o controle de covariáveis. Embora a amostra tenha sido de base populacional, deve-se considerar que 87% dos casos apresentavam doença em estágio I ou II e que a maior parte da amostra foi composta por mulheres latinas de baixa renda, o que pode impossibilitar a generalização destes achados para outras populações. Apesar desta limitação, o estudo destaca a relevância da avaliação da QVRS, uma vez que permite identificar os problemas apresentados pelas pacientes e guiar a intervenção, visando aumentar a sobrevivida nas mulheres acometidas pela doença¹⁰ (B).

Com o mesmo objetivo de verificar a associação entre QVRS pré-tratamento e sobrevivida livre de doença e sobrevivida global em mulheres com câncer do colo do útero, pesquisa norte-americana foi conduzida com 958 mulheres inscritas em 3 estudos de intervenção, cujos critérios de elegibilidade eram: doença em estágio avançado (IVB), recorrente; ou doença persistente com histologia escamosa, adenocarcinoma ou adenocarcinoma. A avaliação da QVRS ocorreu antes da randomização e do início do primeiro ciclo de tratamento. A maioria das pacientes era branca não-hispânica, com idade entre 40–69 anos, e com o câncer cervical recorrente tratado com quimiorradiação antes da inclusão no estudo. Apenas o domínio físico permaneceu significativamente associado à sobrevivida global, de forma independente, podendo, assim, prever a sobrevivida no câncer de colo do útero avançado e ser usado como um indicador clínico de problemas que são passíveis de cuidados¹¹ (B). Apesar da composição da amostra ter sido diferente do estudo anterior¹⁰ (B) no que se refere ao estágio da doença, vai ao seu encontro ao verificar a associação entre QVRS e sobrevivida. Desta forma, pode-se inferir que, independentemente de variáveis clínicas, a QVRS é um fator relacionado à sobrevivida de pacientes com câncer de colo uterino.

Estudo brasileiro visou identificar variáveis preditoras de QVRS em uma amostra de 149 mulheres submetidas à radioterapia (exclusiva, adjuvante ou concomitante à quimioterapia) para tratamento do câncer do colo do útero e que estavam em seguimento mínimo de 3 meses. Considerando que os valores

das médias e medianas se aproximaram das pontuações máximas possíveis e tendo em vista as variações possíveis do instrumento, as pesquisadoras acreditam que, de forma geral, as pacientes avaliaram positivamente sua QVRS. Os itens “interesse por sexo”, “medo de ter relações sexuais”, “sentir-se sexualmente menos atraente” e “ter a vagina estreita ou curta demais” foram os que concentraram o maior percentual de avaliações negativas. Concluiu-se, através de regressão linear múltipla, que ter boa/muito boa percepção do estado de saúde, realizar atividades de lazer, ter atividade sexual, não ser fumante, ter cônjuge/companheiro e não ter comorbidades contribuíram para uma melhor avaliação da QVRS. Além disso, menor importância atribuída à atividade sexual e ter menos de um ano de tratamento estavam associadas a uma pior avaliação da QVRS. Assim, as autoras destacam que atenção especial deve ser dada às disfunções sexuais dessas pacientes após a radioterapia. Uma limitação a ser considerada neste estudo é o delineamento transversal, que não permite estabelecer relação de causalidade entre os fatores investigados e a QVRS dessas mulheres¹² (B). Contudo, os achados são muito relevantes, pois enfatizam os fatores associados à QVRS que devem ser foco de maior atenção na prática assistencial.

Com a finalidade de avaliar a QV em pacientes durante e após o tratamento, de acordo com o *status* menopausal e aspectos terapêuticos, estudo transversal foi realizado com 346 pacientes de 14 países. A maioria teve o diagnóstico da doença em estágios precoces e o tempo médio de seguimento foi de 2,5 anos. Quanto ao *status* menopausal, foi verificado que as mulheres na pré-menopausa apresentavam mais “perda de apetite” e “dificuldades financeiras”; já as mulheres com menopausa decorrente do tratamento apresentaram piores escores de “funcionamento vaginal/sexual”, “linfedema” e “neuropatia periférica”. No momento da avaliação da QV, 40,8% das pacientes estavam em tratamento ativo e 59,2% estavam em seguimento. As primeiras apresentaram impacto negativo na QV. O domínio “funcionamento vaginal/sexual” mostrou-se melhor durante o tratamento, e mais problemas com linfedema foram relatados por pacientes em acompanhamento. Quanto à modalidade de tratamento, o prejuízo principal na QV foi relatado por pacientes submetidas à cirurgia e tratamento adjuvante. As pacientes tratadas com radioterapia apresentaram forte impacto negativo no “funcionamento emocional”, “diarreia”, “náuseas e vômitos”, além de mais problemas na “atividade sexual” e no “funcionamento vaginal/sexual”¹³ (B). Estes achados corroboram os de outros estudos^{13,38-43} (B), que também verificaram associação entre o tratamento radioterápico e disfunção sexual, reforçando que atenção específica deve ser dada à anamnese sexual e ao exame ginecológico durante o acompanhamento destas pacientes¹³ (B).

Carlini CC, Guerra NR, Lally KD

Por fim, em relação à avaliação longitudinal da QV, foram identificados três estudos. O primeiro, polonês, que avaliou prospectivamente a QV de 100 mulheres em estágio inicial de câncer cervical (FIGO IA2-IIA). Os instrumentos de avaliação foram aplicados no momento da hospitalização para o tratamento cirúrgico (T1), três (T2) e seis meses após (T3). Foi observada QV global semelhante entre T2 e T3, a qual foi significativamente superior em relação a T1. Houve melhora nos domínios de "função emocional" e "cognitiva" em T2 e T3 em relação à T1. O domínio de "função desempenho" também foi melhor em T3, quando comparado a T1 e T2. Diarreia foi um sintoma muito mais frequente em T1 e T3. Houve deterioração significativa da QV nos domínios sobre "imagem corporal", "neuropatia periférica" e "preocupações sexuais" em T2 e T3, em comparação com os valores pré-tratamento, observando-se, em contrapartida, melhora nos "sintomas de menopausa", "função sexual", "insônia", "perda de apetite" e "dificuldades financeiras". A significativa melhora na QV global e nas funções "cognitiva" e "emocional", segundo os autores, pode ter resultado da menor frequência de sintomas como insônia ou perda de apetite e dificuldades financeiras durante o período de tempo avaliado. Os autores concluem que o câncer, seu tratamento, bem como os efeitos do tratamento, tiveram em conjunto um efeito sobre a QV^{13(B)}, sendo necessário considerar que este estudo foi realizado em um período de maior vulnerabilidade para as pacientes, ou seja, até seis meses a partir do início do tratamento.

O segundo, um estudo italiano^{14(B)}, dividiu as sobreviventes ao câncer do colo do útero em dois grupos: 1) estadiamento precoce, tratadas com histerectomia radical e linfadenectomia pélvica (n=105) e 2) pacientes com doença localmente avançada, submetidas à cirurgia radical e quimiorradioterapia (n=122). A QV foi avaliada dentro de 1 semana após o diagnóstico ("baseline") e após 3, 6 e 12 meses do término do tratamento. No grupo 2, houve uma avaliação após o término da quimiorradioterapia (antes do tratamento cirúrgico). Na linha de base ("baseline"), atividade e satisfação sexuais foram significativamente melhores no grupo 1. Ao final de 12 meses, houve uma melhora da imagem corporal no grupo 1, enquanto o grupo 2 apresentou uma súbita deterioração na avaliação após a quimiorradioterapia e, posteriormente, retornou aos valores basais. Ambos os grupos apresentaram uma gradual e progressiva melhora no escore de QV global ao longo do tempo, embora a pontuação dos sintomas de menopausa e de linfedema tenha aumentado consideravelmente em relação aos valores basais. A atividade sexual e os escores de ansiedade também melhoraram em ambos os grupos. O estudo concluiu, então, que linfedema e sintomas

de menopausa foram as sequelas mais incapacitantes relacionadas ao tratamento. Considerando o aspecto multidimensional da QV, faz-se necessária a atuação de equipes interdisciplinares no cuidado às pacientes submetidas a tratamento para o câncer do colo uterino.

Já no terceiro estudo, foram avaliadas prospectivamente as preocupações emocionais, sexuais e a QV de mulheres que tiveram câncer do colo do útero em estágio inicial (IA-IB2) e que foram submetidas à traquelectomia radical (TR) ou à histerectomia radical (HR), sem tratamento adjuvante. As avaliações foram realizadas em um momento pré-operatório e 3, 6, 12, 18 e 24 meses após a cirurgia. Cinquenta e duas mulheres, com idade entre 18 e 45 anos, compuseram a amostra, sendo que 33 foram submetidas à TR e 19 à HR (das quais, 74% foram submetidas à salpingooforectomia bilateral). Os escores de humor, angústia, função sexual e QV não diferiram significativamente em relação ao tipo de cirurgia. Quanto aos sintomas depressivos no pré-operatório, ambos os grupos apresentaram pontuações médias sugestivas de depressão; já no pós-operatório, as pontuações permaneceram na faixa subclínica. Apesar da redução ao longo do tempo, ambos os grupos apresentaram níveis clínicos persistentes de angústia relacionada ao câncer e seu tratamento. Em relação à QV, houve uma melhora nos dois grupos de tratamento, e, considerando toda a amostra estudada, a QV melhorou durante o primeiro ano, atingindo um platô entre o primeiro e segundo ano. Quanto à função sexual, foi verificado que a maior parte da amostra apresentava disfunção ao longo dos 2 anos (71% na avaliação inicial e 55% após 24 meses), independente do tipo de cirurgia. Constataram-se pontos de vulnerabilidade que podem fornecer informações úteis para melhorar as discussões pré-operatórias ou de suporte pós-operatório imediato, ajudando as pacientes a ter expectativas claras relativas ao processo de recuperação^{15(B)}.

De forma geral, no tocante à avaliação prospectiva da QV de mulheres que tiveram câncer cervical, percebe-se uma melhora com o passar do tempo. Esses achados reforçam o impacto inicial do diagnóstico da doença e a possível resiliência ou "teoria da mudança de resposta", de acordo com a qual as pacientes podem aprender a lidar com os problemas e sintomas que apresentam. Desta forma, mantém QV considerada aceitável, adaptando-se às sequelas da doença e do tratamento. Portanto, os resultados encontrados nestes estudos podem estar relacionados a uma mudança nos valores das sobreviventes depois de ter enfrentado uma doença grave, já que, desta forma, o que é considerado importante na vida pode ter mudado também^{13,14(B)}.

Considerações finais

Muito embora os avanços no tratamento do câncer do colo do útero tenham propiciado um significativo aumento da sobrevida em mulheres acometidas pela doença, percebe-se também o impacto negativo das intervenções terapêuticas, especialmente da radioterapia e suas sequelas na função sexual e na QV de sobreviventes ao câncer do colo do útero. Vários fatores também têm sido frequentemente associados à QV, como autopercepção do estado de saúde; comorbidades; crença religiosa; *status* de emprego; atividade de lazer; tabagismo; estado civil; apoio social; relação médico-paciente; limitações funcionais; *status* menopausal; aspectos terapêuticos; tempo após o término do tratamento; estágio da doença; imagem corporal; nível socioeconômico; etnia/idioma; escolaridade e sobrevida, o que ilustra as várias dimensões envolvidas neste contexto.

Considera-se como importante limitação do presente estudo a dificuldade verificada na compilação dos principais resultados dos artigos considerados, uma vez que tais artigos apresentavam distintas metodologias e investigaram diferentes variáveis associadas à QV, em diferentes momentos após o diagnóstico da doença. Neste sentido, cabe ressaltar novamente a natureza multidimensional da QV, podendo ser influenciada por diversas

variáveis ao mesmo tempo, o que pode dificultar as comparações. Apesar disso, acredita-se que esta revisão possa representar o "estado da arte" atual da temática abordada, haja vista que foram utilizadas duas importantes bases de dados bibliográficos (Medline e LILACS) e foi adotada metodologia sistematizada de busca e análise dos artigos incluídos.

Verifica-se, portanto, a importância da avaliação da QV em mulheres submetidas ao tratamento para o câncer do colo do útero e do conhecimento dos fatores associados, com vistas a facilitar a adoção, na prática clínica, de estratégias que possam possibilitar um atendimento mais integral, direcionado às necessidades das pacientes, por meio de equipe multi e interdisciplinar. A QV, portanto, deve ser cada vez mais valorizada, em detrimento do aumento do tempo de vida em condição limitada ou incapacitada uma vez que, conforme Fleck et al.¹⁹(D), não basta acrescentar "anos à vida", é necessário ir mais além, acrescentando "vida aos anos".

Agradecimento

Agradecimento à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela concessão de bolsa de estudo à mestranda Camila Soares Lima Corrêa.

Leituras suplementares

- World Health Organization. [Internet]. Sexual and reproductive health: prevention and control. Cancer of the cervix. [cited 2012 Jul]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancer/en/index.html>
- Brazil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). [Internet]. Falando sobre o câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2002. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf>
- Greenwald HF, Micozkie RRN. Sexuality and Sexual Function in Long-Term Survivors of Cervical Cancer. *J Womens Health*. 2008;17(6):955-63.
- Wenzel L, Dewhirst I, Habbal R, Kuhnmann BC, Faircloth D, Kato LJ, et al. Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Gynecol Oncol*. 2005;97(2):310-7.
- Barnson MG, Swanson RE, Ruan BA, Schwartz KL, Buterbach JJ, Niska AU. Quality of Life and Self-Esteem of Long-Term Survivors of Invasive and Noninvasive Cervical Cancer. *J Womens Health*. 2009;18(5):655-61.
- Vidal MB. Efeitos adversos tardios subsequentes ao tratamento radioterápico para câncer de colo uterino na bexiga, reto e função sexual [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2008.
- Baker CL, Roulledge JA, Farrell DJ, Swindell R, Davidson SE. The impact of radiotherapy late effects on quality of life in gynaecological cancer patients. *Br J Cancer*. 2005;103(10):1558-65.
- Xu AJ, Conde DM, Costa-Paiva L, Moroi SS, Esteves SB, Pinto-Neto AM. Quality of life and adverse events after radiotherapy in gynecologic cancer survivors: a cohort study. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;284(6):1523-31.
- Dunberger G, Lind H, Ståneck G, Waldenström AC, Nyberg T, Al-Ahary M, et al. Self-reported symptoms of faecal incontinence among long-term gynaecological cancer survivors and population-based controls. *Eur J Cancer*. 2010;46(3):606-15.
- Maher EL, Denton A. Survivorship, Late Effects and Cancer of the Cervix. *Clin Oncol*. 2008;20(6):479-87.
- National Cancer Institute (1999). [Internet]. Cancer Therapy Evaluation Program. Common Toxicity Criteria Manual, Version 2.0. Available from: <http://tepp.cancer.gov/tepp/Development/electronic_applications/doc/cctc_manual_v4_10-4-99.pdf>
- Dorovan KA, Takkenro LA, Alvarez EM, Jacobsen PB, Roetzheim RG, Winham RM. Sexual health in women treated for cervical cancer: Characteristics and correlates. *Gynecol Oncol*. 2007;104(2):428-34.
- Kutner ES, Fagan KA, Schwartz PE, Minkin ML. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas*. 2010;66(1):23-6.
- Stros K, Doyle C, Daines P. Addressing the Sexual Health Needs of Patients With Gynecologic Cancers. *Clin J Oncol Nurs*. 2008;12(3):457-63.
- Bernardo BC, Lorenzato FRB, Figueiras JM, Kitoko PM. Distúrbio sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(2):85-90.
- Carter J, Fenson R, Barakat R, Wenzel L. Contemporary Quality of Life Issues Affecting Gynecologic Cancer Survivors. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2012;26(1):169-94.
- Cheung V, Hegarty J. Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *Eur J Nurs Oncol*. 2011;15(1):38-45.
- Itz FF, Santos ACC, Stapp L, Bernardo APMB, Mars AG. Impacto do tratamento do câncer de colo uterino no assoalho pélvico. *Temas*. 2011;39(7):403-9.
- Franceschini J, Scarlato A, Cili MC. Fisioterapia nas Principais Distúrbios Sexuais Pós-Tratamento do Câncer do Colo do Útero: Revisão Bibliográfica. *Rev Bras Cancerol*. 2010;56(4):501-6.
- Herzog TJ, Wright JD. The impact of cervical cancer on quality of life - The components and means for management. *Gynecol Oncol*. 2007;107(1):572-9.
- Jefferies H, Hoy S, McCall R, Crichton A. [Internet]. Guidelines on vaginal dilator use after pelvic radiotherapy. *Nursing Times* 2007;103(30):28-9. Available from: <http://www.nursingtimes.net/guidelines-on-vaginal-dilator-use-after-pelvic-radiotherapy/200764.article>
- Jensen PT, Groenwold M, Klee MC, Thranos I, Petersen MA, Machin D. Early-Stage Cervical Carcinoma, Radical Hysterectomy, and Sexual Function: A Longitudinal Study. *Cancer*. 2004;100(1):97-106.
- Latos S, Kjelberg L, Latos A. Urinary, clonetric and sexual symptoms 1 year after treatment of cervical cancer without brachytherapy. *Psychosom J Obstet Gynecol*. 2009;30(4):269-74.

Canta CL, Barros MR, Leite IG

24. Lancaster L. Preventing vaginal stenosis after brachytherapy for gynaecological cancer: an overview of Australian practices. *Eur J Nurs Oncol*. 2004;8(1):30-9.
25. Rodrigues AC, Teixeira R, Teixeira T, Conde S, Soares P, Torral J. Impact of pelvic radiotherapy on female sexuality. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;285(2):505-14.
26. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. [Internet]. Management of cervical cancer. A national clinical guideline; 2008. Available from: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign99.pdf>.
27. White ID. The Assessment and Management of Sexual Difficulties after Treatment of Cervical and Endometrial Malignancies. *Clin Oncol*. 2008;20(6):488-96.
28. Yang EJ, Lim JY, Rah UW, Kim YB. Effect of a pelvic floor muscle training program on gynecologic cancer survivors with pelvic floor dysfunction: A randomized controlled trial. *Gynecol Oncol*. 2012;125(3):705-11.
29. Andreyev HN, Davidson SE, Gillespie C, Altum WH, Swarbrick E. Practice guidance on the management of acute and chronic gastrointestinal problems arising as a result of treatment for cancer. *Gut*. 2012;61(2):179-92.
30. Chuang FC, Kuo HC. Management of Lower Urinary Tract Dysfunction After Radical Hysterectomy With or Without Radiotherapy for Uterine Cervical Cancer. *J Formos Med Assoc*. 2009;108(8):619-26.
31. Park SY, Bae DS, Nam JH, Park CT, Cho CH, Lee JM, et al. Quality of Life and Sexual Problems in Disease-Free Survivors of Cervical Cancer Compared With the General Population. *Cancer*. 2007;110(12):2716-25.
32. Penton HT, Wenzel LB, Vergote I, Cella D. Quality of life considerations in gynecologic cancer. *Int J Gynecol Obstet*. 2006;95(1):247-57.
33. Barnali E, Skjot-Majnerlo J, Skjot A, Bidzisko M. The quality of life of women treated for cervical cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2012;16(1):59-63.
34. The WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. 1995;41(11):1403-9.
35. Fleck MPA, Laai OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida do OMS WHOQOL-100L. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):19-28.
36. Fernandes WC. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
37. Hsu WC, Chung NN, Chen YC, Ting LL, Wang PM, Hsieh PC, et al. Comparison of surgery or radiotherapy on complications and quality of life in patients with the stage IB and IIA uterine cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2009;115(1):41-5.
38. Trumboitz M, Sun CC, Schover JR, Munsell ME, Brangan A, Wharton JT, et al. Quality of Life and Sexual Functioning in Cervical Cancer Survivors. *J Clin Oncol*. 2005;23(30):7428-36.
39. Korfafe IJ, Essink Bot-ML, Mols F, Van de Pol-Franse L, Krutwagen R, Van Ballegooyen M. Health-Related quality of life in cervical cancer survivors: a population-based survey. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2009;73(3):1501-9.
40. Gremel EH, Winter R, Kapp KS, Haas J. Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. *Psychosomatics*. 2009;18(5):476-82.
41. Diatenno M, Riccardi S, Capelli G, Costantini B, Petrillo M, Ricci C, et al. Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemoradiotherapy. *Gynecol Oncol*. 2008;111(1):144-50.
42. Ashing-Gwa KT, Tejero JS, Kim J, Padilla GY, Kagawa-Singer M, Tucker MB, et al. Cervical cancer survivorship in a population-based sample. *Gynecol Oncol*. 2009;112(2):359-64.
43. Ashing-Gwa KT, Lim JW. Health-related quality of life outcomes among cervical cancer survivors: Examining ethnic and linguistic differences. *Cancer Epidemiol*. 2011;35(2):194-01.
44. Lai BP, Tang CS, Chung TK. Age-specific correlates of quality of life in Chinese women with cervical cancer. *Support Care Cancer*. 2009;17(3):271-8.
45. Ashing-Gwa KT, Lim JW, Tang J. Surviving cervical cancer: Does health-related quality of life influence survival? *Gynecol Oncol*. 2010;118(1):35-42.
46. Chase DM, Huang HQ, Wenzel I, Cella D, McQuellon R, Long HT, et al. Quality of life and survival in advanced cervical cancer: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol*. 2012;125(2):315-9.
47. Fernandes WC, Elmusa M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(2):65-72.
48. Bjelic-Radic V, Jeman PT, Vlaisnik K, Walkstrom AC, Singer S, Chien W, et al. Quality of life characteristics in patients with cervical cancer. *Eur J Cancer*. 2012;48(16):3029-18.
49. Fernandez G, Mantegna G, Petrillo M, Fucio G, Venditti L, Tezzone S, et al. Quality of life and emotional distress in early stage and locally advanced cervical cancer patients. A prospective, longitudinal study. *Gynecol Oncol*. 2012;124(3):389-94.
50. Carter J, Sonoda Y, Baser RE, Raviv L, CHDS, Barakat RR, et al. A 2-year prospective study assessing the emotional, sexual, and quality of life concerns of women undergoing radical trachelectomy versus radical hysterectomy for treatment of early-stage cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2010;119(2):358-65.
51. Rannestad T, Sjaeldestad FE, Petrus T, Hagen B. Quality of life among long-term gynecological cancer survivors. *Scand J Caring Sci*. 2008;22(3):472-7.

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO WHOQOL-bref

Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – ABREVIADO) 1998.

Este questionário é sobre como a senhora se sente em relação à sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida nas duas últimas semanas. Eu vou ler cada pergunta com suas respostas a senhora deverá escolher a resposta que lhe parecer mais adequada para o seu caso.

Q1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

Q2 - Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
--------------------	--------------	------------------------------------	------------	------------------

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas duas últimas semanas.

Q3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede de fazer o que você precisa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Q4 - Quanto você precisa de um tratamento médico para levar sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Q5 - O quanto você aproveita a sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Q6 - Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Q7 - O quanto você consegue se concentrar?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Q8 - Quão seguro você se sente em sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Q9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas duas últimas semanas.

Q10 - Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

Q11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

Q12- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

Q13 - Quão disponíveis estão para você as informações que precisa no seu dia a dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

Q14 - Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem** ou **satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

Q15 - Quão bem você é capaz de se locomover?

muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

Q16 - Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q17 - Quão satisfeito (a) você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q18 - Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q19 - Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q20 - Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q21 - Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q22 - Quão satisfeito (a) você está com o apoio que recebe dos seus amigos?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q23 - Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q24 - Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q25 - Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

Q26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, e depressão?

nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
1	2	3	4	5

ANEXO 4 – SINTAXE OFERECIDA PELO GRUPO WHOQOL PARA O CÁLCULO DO ESCORE DO WHOQOL-bref

STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING DOMAIN SCORES FOR THE WHOQOL-BREF

(prepared by Alison Harper and Mick Power on behalf of the WHOQOL Group)

Steps	SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores
Check all 26 items from assessment have a range of 1-5	<pre>RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS). (This recodes all data outside the range 1-5 to system missing)</pre>
Reverse 3 negatively phrased items	<pre>RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) (This transforms negatively framed questions to positively framed questions)</pre>
Compute domain scores	<pre>COMPUTE PHYS= MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH= MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4. (These equations calculate the domain scores. All scores are multiplied by 4 so as to be directly comparable with scores derived from the WHOQOL-100. The ".6" in "MEAN.6" specifies that 6 items must be endorsed for the domain score to be calculated.)</pre>
Transform scores to 0-100 scale	<pre>COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16)</pre>
Delete cases with > 20% missing data	<pre>COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5) (This command creates a new column "total". "Total" contains a count of the WHOQOL-BREF items with values 1-5 that have been endorsed by each subject. The "Q1 TO Q26" means that consecutive columns from "Q1", the first item, to "Q26", the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the assessment.) SELECT IF (TOTAL>21). EXECUTE (This second command selects only those cases where "total", the "total number" of items completed, is greater than or equal to 80%. It deletes the remaining cases from the dataset.)</pre>

ANEXO 5 – ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (FSFI)

PARA CADA ITEM, MARQUE APENAS UMA RESPOSTA

O desejo ou interesse sexual é um sentimento que abrange a vontade de ter uma experiência sexual, a receptividade às iniciativas sexuais do parceiro, e pensamentos ou fantasias sobre o ato sexual.

1. Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência você sentiu desejo ou interesse sexual?

- Sempre ou quase sempre Muitas vezes (mais da metade do tempo)
 Às vezes (aproximadamente a metade do tempo) Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
 Nunca ou quase nunca

2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

- Muito alto Alto Moderado Baixo Muito baixo ou nenhum

A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?

- Sem atividade sexual Sempre ou quase sempre Muitas vezes (mais da metade do tempo)
 Algumas vezes (metade das vezes) Poucas vezes (menos da metade do tempo) Nunca ou quase nunca

4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual Muito alto Alto Moderado Baixo Muito baixo ou nenhum

5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual Altíssima confiança Alta confiança
 Moderada confiança Baixa confiança Baixíssima ou nenhuma confiança

6. Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual Sempre ou quase sempre Muitas vezes (mais da metade do tempo)
 Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo) Poucas vezes (menos da metade do tempo) Nunca ou quase nunca

7. Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual Sempre ou quase sempre Muitas vezes (mais da metade do tempo)
 Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo) Poucas vezes (menos da metade do tempo) Nunca ou quase nunca

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual Extremamente difícil ou impossível Muito difícil
 Difícil Pouco difícil Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

- Sem atividade sexual Sempre ou quase sempre Muitas vezes (mais da metade do tempo)
 Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo) Poucas vezes (menos da metade do tempo) Nunca ou quase nunca

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?		
<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual	<input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível	<input type="checkbox"/> Muito difícil
<input type="checkbox"/> Difícil	<input type="checkbox"/> Pouco Difícil	<input type="checkbox"/> Nada Difícil
11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?		
<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual	<input type="checkbox"/> Sempre ou quase sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes (mais da metade do tempo)
<input type="checkbox"/> Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)	<input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo)	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
12. Durante as últimas 4 semanas, , na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?		
<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual	<input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível	<input type="checkbox"/> Muito difícil
<input type="checkbox"/> Difícil	<input type="checkbox"/> Pouco Difícil	<input type="checkbox"/> Nada Difícil
13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?		
<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual	<input type="checkbox"/> Muito satisfeita	<input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita
<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeita
14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?		
<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual	<input type="checkbox"/> Muito satisfeita	<input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita
<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeita
15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?		
<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual	<input type="checkbox"/> Muito satisfeita	<input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita
<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeita
16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?		
<input type="checkbox"/> Sem atividade sexual	<input type="checkbox"/> Muito satisfeita	<input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita
<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeita
17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?		
<input type="checkbox"/> Não houve tentativa de penetração	<input type="checkbox"/> Sempre ou quase sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes (mais da metade do tempo)
<input type="checkbox"/> Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)	<input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo)	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
18. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?		
<input type="checkbox"/> Não houve tentativa de penetração	<input type="checkbox"/> Sempre ou quase sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes (mais da metade do tempo)
<input type="checkbox"/> Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)	<input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos da metade do tempo)	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?		
<input type="checkbox"/> Não houve tentativa de penetração	<input type="checkbox"/> Altíssimo	<input type="checkbox"/> Alto
<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Baixo	<input type="checkbox"/> Baixíssimo ou nenhum