UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

WANEISSA CASSEMIRO FERNANDES

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES COM
CÂNCER DE COLO UTERINO SUBMETIDAS À RADIOTERAPIA

SÃO PAULO
2009

WANESSA CASSEMIRO FERNANDES

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES COM
CÂNCER DE COLO UTERINO SUBMETIDAS À RADIOTERAPIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto – PROESA, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Miako Kimura

SÃO PAULO
2009

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: WANESSA CASSEMIRO FERNANDES

Título: QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES COM
CÂNCER DE COLO UTERINO SUBMETIDAS À RADIOTERAPIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem na Saúde do Adulto da
Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo.

Área de Concentração: Enfermagem na
Saúde do Adulto.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A todas as mulheres que participaram do estudo e que compartilharam comigo seus saberes, medos, dúvidas, suas intimidades e até alguns segredos. Dedico-lhes minha conquista, com a mais profunda admiração e respeito. Espero sempre ser útil de alguma forma.

A minha cunhada, Simone, pela sua bravura. O câncer a levou, mas os ensinamentos de vida que me proporcionou em seus últimos dias foram meu bem maior. Dedicar-lhe esse sonho, é um pouquinho do muito que gostaria de ter feito por você! Você permanecerá para sempre!

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus, o único que pode nos fazer viver além de nossos sonhos e dificuldades. A Jesus, única razão de minha adoração. Tu és aquele que me unge e capacita! Amo-te mais que todas as coisas e, por isso, louvarei teu nome para sempre!

À Prof^a. Dr^a. Miako Kimura, que é referência para minha vida acadêmica e profissional. Obrigada por investir seu tempo em minha vida e em meu sonho, não desistindo de mim.

À Prof^a. Dr^a. Kazuko Uchikawa Graziano, por suas palavras de incentivo que me impulsionaram ingressar no curso de mestrado, desde a pós-graduação quando tive a honra de ser sua aluna. A sua simples presença sempre me trouxe tranquilidade e paz. Obrigada, por acreditar em mim.

À Dr^a. Silvia Radwanski Stuart, pela confiança e crédito em meu trabalho. Obrigada, por ter disponibilizado seus pacientes para a realização desta pesquisa e por respeitar nossas ideias. Não tenho palavras para agradecer.

Ao Departamento de Enfermagem do Hospital Sírio-Libanês - HSL, sobretudo, à minha coordenadora, Enfermeira Adriana Zancheta, por sempre ter incentivado esse crescimento profissional, facilitando para que fosse possível a concretização, o que mostra sua preocupação com o aprimoramento da equipe de enfermagem, como elemento fundamental para garantia de um cuidado de excelência.

A meus colegas do setor de radioterapia do HSL, que tantas vezes reestruturaram nossa rotina de trabalho para preencher minha ausência. Alessandro, eu não tenho palavras para lhe agradecer por ter aberto mão de suas férias em família para que eu pudesse ausentar-me e terminar este estudo.

Aos colegas e amigos do serviço de radioterapia do hospital IBCC, por terem me acolhido carinhosamente e por fornecerem condições adequadas para a coleta de dado. Vocês são pessoas especiais, e eu me sinto abençoada por tê-los como parceiros.

Às enfermeiras, Débora Montezello e Marisa Ambrosio, em quem sempre encontrei acolhimento e incentivo para busca de meus ideais. Quando eu crescer, quero ser como vocês. Amo vocês demais!

A Josi, amiga que conheci no mestrado e que me ensinou a não desistir nunca. Obrigada, por sua presença amiga, compartilhando os diferentes sentimentos

vivenciados nesta caminhada e incentivando-me. Compartilhar, tornou as coisas bem mais fáceis, sua companhia foi fundamental.

A meu esposo, Marcio, com quem compartilho sonhos e esperanças, pelo incentivo e por estar a meu lado em todos os momentos, compartilhando a distância, as dificuldades, os afazeres domésticos e sempre de bom humor. Obrigada, pela paciência imensurável nos momentos em que nem eu mesma estava me suportando, você é a maior riqueza que Deus me deu, pois juntos somos uma família. Amo você!

A meus familiares, que sempre torcem por mim e, por todo amor, e à minha igreja, Templo de Oração Adventista, pelo incentivo, orações, palavras e ações. Eu os amo muito, vocês são a extensão de minha casa!

Enfim, agradeço a todos que vibraram, sorriram e emocionaram-se comigo nessa caminhada; a todas as pessoas que, com suas palavras, gestos e olhares aqueceram-me, ampararam-me e fortaleceram-me. O Deus que vê em secreto certamente os recompensará!

“(...) Penso que cumprir a vida seja simplesmente
Compreender a marcha e ir tocando em frente (...)
(...) Eu vou tocando os dias pela longa estrada, eu vou
Estrada, eu sou (...)

(...) Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si carrega o dom de ser capaz
E ser feliz.”

(“Tocando em Frente”, Almir Sater e Renato Teixeira)

RESUMO

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

Tanto o diagnóstico de câncer do colo do útero como os tratamentos propostos têm diferentes repercussões na vida da mulher. Fatores físicos e psicológicos proporcionam impacto que comprometem o bem estar e a qualidade de vida, o que justificam a necessidade de uma avaliação da Qualidade de Vida relacionada à Saúde, pois embora a cura seja de principal importância, a qualidade da sobrevivência não deve ser negligenciada. Estudos que permitem determinar e avaliar os resultados funcionais das diferentes modalidades terapêuticas sob a visão dos pacientes, como os estudos de Qualidade de Vida relacionada à Saúde, tornam-se essenciais. Podendo contribuir na melhor definição de estratégias de tratamento e nas decisões dos diferentes profissionais envolvidos no cuidar; nas ações dos programas de reabilitação e na comunicação entre as equipes de cuidado e os pacientes. Neste contexto, os objetivos deste estudo foram: avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo do uterino submetidas à radioterapia, identificando os fatores sociodemográficos, clínicos e relacionados à vida sexual, preditores de qualidade de vida. Foram estudadas 149 mulheres na faixa etária de, no mínimo 18 anos, diagnosticadas com câncer de colo uterino e submetidas à radioterapia exclusiva, adjuvante ou concomitante à quimioterapia nos últimos 2 anos, com seguimento mínimo de 3 meses na ocasião da coleta dos dados. Foram avaliadas por meio de entrevista semi-estruturada e do questionário padronizado, Functional Assessment of Cancer Therapy-cervix cancer (FACT-Cx). Os achados do estudo concluíram que a QVRS das mulheres sobreviventes ao câncer de colo uterino que compuseram a amostra foi avaliada positivamente e que ter uma boa/muito boa percepção do estado de saúde contribui para o aumento na avaliação da QVRS nessa amostra de mulheres com câncer de colo uterino

Palavras chaves: câncer de colo uterino; qualidade de vida; enfermagem

ABSTRACT

FERNANDES, WC. **Quality of life related to health of women with cervical cancer after radiotherapy.** São Paulo, 2009. 118p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Both the diagnosis of cancer of the cervix as the proposed treatments have different effects on women's lives. Factors provide physical and psychological impact that compromise the well being and quality of life, which justifies the need for an assessment of quality of life related to health, because although the cure of primary importance is the quality of survival should not be neglected. Studies to determine and evaluate the functional results of different therapeutic modalities in the vision of patients, as studies of quality of life related to health, are becoming essential. May contribute to better define strategies for treatment and the decisions of the various professionals involved in care, the actions of rehabilitation programs and communication between care teams and patients. In this context, the objectives of this study were: to evaluate the quality of life related to health of women with cancer of the uterine cervix before radiotherapy, identifying the sociodemographic factors, clinical and related to sexual life, predictors of quality of life. We studied 149 women aged from at least 18 years, diagnosed with cancer of the cervix and subjected to radiotherapy alone, adjuvant or concomitant chemotherapy in the last 2 years with follow minimum of 3 months at the time of data collection. Were assessed through semi-structured interview and standardized questionnaire, Functional Assessment of Cancer Therapy-cervix cancer (FACT-Cx). The findings of the study concluded that the HRQOL of women survivors of cervical cancer that composed the sample was evaluated positively and that have a good / very good perception of health status contributes to the increase in the assessment of HRQOL in this sample of women with cancer of the cervix.

Keywords: cancer of the cervix; quality of life, nursing

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Estudos publicados cujos objetivos foram avaliar a QVRS de mulheres com câncer de colo uterino. São Paulo, 2009.	
Quadro 2 – Domínios do FACT-Cx, variação possível dos escores e itens componentes. São Paulo, 2009.	55
Quadro 3 – Categorização das variáveis independentes utilizadas no estudo. São Paulo, 2009.	56
Quadro 4 – Categorização das variáveis independentes utilizadas na interpretação dos resultados da regressão. São Paulo, 2009.	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Características sociodemográficas e hábitos das 149 mulheres estudadas. São Paulo, 2009.	60
Tabela 2-	Características clínicas das 149 mulheres estudadas. São Paulo, 2009.	63
Tabela 3-	Características da vida sexual (prática e importância) das 149 mulheres estudadas. São Paulo, 2009.	65
Tabela 4-	Coeficiente Alfa de Cronbach dos domínios do FACT-Cx aplicado em mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia. São Paulo, 2009. (N=149)	66
Tabela 5-	Correlação item – total e coeficiente alfa de Cronbach com a eliminação de itens do FACT-Cx aplicado em mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia. São Paulo, 2009. (N=149)	67
Tabela 6-	Correlação item – total da escala e coeficiente alfa de Cronbach com a eliminação de itens do FACT-Cx aplicado em mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia. São Paulo, 2009. (N=149)	69
Tabela 7-	Estatística descritiva dos escores do FACT-Cx total e por domínios aplicado em mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia. São Paulo, 2009. (N=149)	71
Tabela 8-	Distribuição das mulheres segundo os níveis de resposta em cada item do FACT-Cx. São Paulo, 2009. (N=149)	72
Tabela 9-	Regressão linear múltipla para o escore total do FACT-Cx. São Paulo, 2009. (N=149)	74
Tabela 10-	Regressão linear múltipla entre o escore total do FACT-Cx e variáveis independentes estudadas. São Paulo, 2009. (N=149)	76
Tabela 11-	Regressão linear múltipla entre o domínio bem-estar físico e variáveis independentes estudadas. São Paulo, 2009. (N=149)	77
Tabela 12-	Regressão linear múltipla entre o domínio bem-estar social/familiar e variáveis independentes estudadas. São Paulo, 2009. (N=149)	78
Tabela 13-	Regressão linear múltipla entre o domínio emocional e variáveis independentes estudadas. São Paulo, 2009. (N=149)	79
Tabela 14-	Regressão linear múltipla entre o domínio funcional e variáveis independentes estudadas. São Paulo, 2009. (N=149)	80

Tabela 15- Regressão linear múltipla entre o domínio preocupações 81
adicionais e variáveis independentes estudadas. São Paulo,
2009. (N=149)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	Qualidade de vida	18
2.2	Fatores associados a Qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino	25
2.3	O sistema FACT	41
3	OBJETIVOS	43
4	MÉTODO	44
4.1	Tipo de pesquisa	44
4.2	Caracterização do local do estudo	44
4.3	População e amostra	44
4.3.1	Critérios de inclusão	45
4.3.2	Critérios de exclusão	46
4.4	Definição de termos	46
4.5	Descrição dos procedimentos para radioterapia	47
4.6	Coleta de dados	50
4.6.1	Instrumento de caracterização do respondente	50
4.6.2	Instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde - FACT-Cx	52
4.6.3	Procedimentos para coleta dos dados	53
4.7	Procedimentos de categorização das variáveis do estudo	54
4.7.1	Variável dependente	54
4.7.2	Variável independente	56
4.8	Tratamento e análise dos dados	57
5	RESULTADOS	60
5.1	Caracterização das respondentes	60
5.1.1	Descrição das características sociodemográficas e hábitos	60
5.1.2	Descrição das características clínicas	63
5.1.3	Descrição das características da vida sexual (prática e importância)	65
5.2	Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento de QVRS	66

5.2.1 Confiabilidade	66
5.3 Avaliação da Qualidade de vida relacionada à saúde	71
5.3.1 Estatística descritiva dos escores do FACT-Cx	71
5.4 Análise de regressão para identificação dos fatores preditivos da	74
QVRS	
6 DISCUSSÃO	82
7 CONCLUSÕES	88
8 LIMITAÇÕES	89
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICES	
Apêndice A	97
Apêndice B	100
Apêndice C	108
ANEXOS	
Anexo I	111
Anexo II	112
Anexo III	113
Anexo IV	116
Anexo V	117

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pela assistência a pacientes acometidos pelo câncer vem desde o tempo da graduação e, há 9 anos, convivo com a complexidade desse universo, exercendo atividade profissional em diversas modalidades terapêuticas clínicas e cirúrgicas, dentre elas: transplante de medula óssea, quimioterapia, cuidados paliativos e, nos últimos 4 anos, radioterapia.

Integro a equipe multidisciplinar do Centro de Oncologia do Hospital Sírio-Libanês na unidade de radioterapia e, esta oportunidade impulsionou-me a cursar o mestrado acadêmico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A experiência desafiadora leva-me a vislumbrar novos horizontes, tanto na área acadêmica como na assistencial, no âmbito da Enfermagem em Oncologia. Hoje, os sonhos renovam-se, surgem novos desejos e a necessidade de realizar outras escolhas. Assim, passei a trilhar este novo caminho da pesquisa em enfermagem no qual venho construindo minha prática profissional.

Existem inúmeros desafios profissionais e pessoais a serem vencidos na assistência de enfermagem à pessoa com câncer, que vão desde o momento da comunicação do diagnóstico ao acompanhamento nas intervenções terapêuticas, no preparo para a alta e até os cuidados paliativos.

As inúmeras dificuldades vivenciadas por aqueles a quem presto cuidados, decorrentes do impacto da doença e do tratamento nas diversas áreas da vida despertam-me grande interesse e questionamentos. No convívio diário com os pacientes, observo, acompanho e envolvo-me, não apenas com os problemas de natureza física, mas também com suas dificuldades financeiras, sua sexualidade e relacionamento familiar, sua espiritualidade e busca de um sentido para a vida. Essa vivência e os questionamentos que ela suscita motivaram-me a pesquisar a respeito do tema qualidade de vida.

Neste momento de atuação profissional, desejo encontrar respostas para o que a radioterapia e suas consequências representam no contexto mais amplo da vida dos pacientes e quem sabe descobrir como tornar melhor estar ali, como melhorar minha assistência e contribuir para melhorar a enfermagem oncológica. Não tenho dúvidas de que ninguém melhor que o próprio paciente poderá me ajudar a encontrar essas respostas, ao descrever a realidade de sua vida, suas necessidades e expectativas, enfim, sua qualidade de vida.

1 INTRODUÇÃO

Câncer é o termo empregado para designar um grupo de mais de cem doenças que podem afetar qualquer parte do corpo, sendo também denominado como neoplasia ou tumor maligno. Caracteriza-se pelo crescimento desordenado de células nos tecidos e órgãos, que podem invadir partes adjacentes do corpo e espalhar-se a outros órgãos, sendo esse processo chamado de metástase, que é a causa principal de mortalidade pelo câncer (World Health Organization, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula que o número de novos casos de câncer em todo o mundo chegará a 15,5 milhões, em 2030, influenciado em parte pelo aumento e pelo envelhecimento da população global (World Health Organization, 2008).

No Brasil, as estimativas de 2008 e válidas também para 2009, apontam que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer. Desse total, o número de casos novos de câncer de colo uterino esperado no ano é de 18.680 (Instituto Nacional de Câncer, 2008).

Estima-se que o câncer de colo uterino seja o terceiro tipo mais comum, entre as mulheres no Brasil, sendo superado pelos cânceres de pele (não melanoma) e de mama. Em todo o mundo, é a segunda maior causa de câncer em mulheres, com quase 500 mil casos novos por ano, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano (Instituto Nacional de Câncer, 2008).

Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos comparado com os mais desenvolvidos. Tornando-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco aumenta, rapidamente, até seu pico, geralmente, na faixa etária de 45 a 49 anos (Instituto Nacional de Câncer, 2008).

Sabe-se que a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) representa o principal fator de risco para o câncer de colo do uterino. Outros fatores que contribuem para a etiologia desse tumor são o tabagismo, baixa ingestão de vitaminas, multiplicidade de parceiros sexuais, iniciação sexual precoce e uso de contraceptivos orais (Koh, Moore, 2006; Coelho et al., 2006; Instituto Nacional de Câncer, 2008).

A doença precoce é assintomática e sua descoberta se faz por meio de exame citopatológico ou de colposcopia. Em sua fase inicial, o câncer invasivo pode apresentar-se com um corrimento vaginal ou discreto sangramento, particularmente, após o coito. À medida que o tumor cresce, e a doença progride outros possíveis sintomas/sinais podem ser observados, como: corrimento serossanguinolento ou purulento, dor, alteração da frequência urinária, tenesmo ou sangramento retal, edema de membros inferiores e insuficiência renal aguda. (Sultanem, Souhami, 1999; Koh, Moore, 2006; Coelho et al., 2006).

Os três principais tratamentos são: radioterapia, cirurgia e quimioterapia (Sultanem, Souhami, 1999).

De maneira geral, em doença precoce, o tratamento é cirúrgico. A radioterapia é a modalidade de tratamento-padrão para a maioria das pacientes portadoras de câncer de colo invasivo, tanto nos estádios iniciais como nos tumores localmente avançados, podendo ser adjuvante (complementar) à cirurgia ou concomitante com quimioterapia (Benedet, Bender, Jones, 2000; Gomes, Justino, 2004; Maluf, Marques, Abdo, 2007). O uso de quimioterapia, geralmente, é limitado às pacientes com doença metastática ou com fatores de risco para recidivas, sendo a cisplatina o principal agente de escolha (Koh, Moore, 2006; Coelho et al., 2006; Maluf, Marques, Abdo, 2007).

A aplicação da radioterapia é realizada basicamente de duas formas: teleterapia (aplicação de radiação a partir de uma fonte externa ao corpo, visando à esterilização de doença subclínica em linfonodos pélvicos e paramétrios, assim como controle tumoral no colo) e braquiterapia intracavitária (fonte radioativa é colocada próxima, em contato ou dentro do órgão a ser tratado, visando à esterilização da doença central em colo e vagina) (Novaes, 2003; Gomes, Justino, 2004; Salvajoli, Silva, 2006; Waldrow, O'Sullivan, 2006). Na maioria dos casos, o tratamento definitivo com radioterapia consiste na combinação destas duas modalidades (Gomes, Justino, 2004; Maluf, Marques, Abdo, 2007).

Tanto o diagnóstico de câncer do colo do útero como os tratamentos propostos têm diferentes repercussões na vida da mulher. Fatores físicos e

psicológicos proporcionam impacto que comprometem o bem-estar e a qualidade de vida.

Dentre os diferentes fatores que contribuem para o desenvolvimento de alterações na qualidade de vida encontram-se: os danos funcionais secundários às terapias oncológicas, como as cirurgias pélvicas que, frequentemente, envolvem a remoção de partes da anatomia genital feminina e a radiação que danifica a mucosa e o epitélio vaginal, conduzindo à estenose vaginal e fibrose vascular; efeitos colaterais experimentados com a quimioterapia e que, em partes, são comuns à radioterapia, também, como náusea, vômito, diarreia, constipação, mucosite, mudanças de peso (ganho ou perda), alterações hormonais; fatores psicológicos que incluem crenças errôneas sobre a origem do câncer, culpa relacionada a estas crenças, depressão, mudanças na autoimagem, baixa autoestima, tensões matrimoniais, medos e preocupações (National Cancer Institute, 2007).

Considerando essa relevância a pergunta deste estudo é: Em uma amostra de mulheres diagnosticadas com câncer de colo do uterino tratadas por radioterapia em um hospital especializado e que respondem a um questionário padronizado por meio de entrevista, como está a qualidade de vida relacionada à saúde?

A avaliação da qualidade de vida mostra-se essencial, sendo possível determinar e avaliar os resultados funcionais das diferentes modalidades terapêuticas sob a visão dos pacientes. 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 os pacientes.

Diante desse contexto, visando a obter conhecimentos que orientem o planejamento de ações que atendam às reais necessidades dessas mulheres, os objetivos deste estudo foram: avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo do uterino submetidas à radioterapia, identificando os fatores sociodemográficos, clínicos e relacionados à vida sexual, preditores de qualidade de vida.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Qualidade de Vida

O termo qualidade de vida é hoje amplamente utilizado, tanto no meio acadêmico como na população, em geral, sendo objeto de investigação em diferentes áreas.

A expressão começou a ser utilizada nos Estados Unidos da América, após a Segunda Guerra Mundial no contexto da mudança de valores e objetivos sociais e busca de indicadores capazes de refletir a noção de bem-estar social. Inicialmente vinculou-se a questões socioeconômicas e relacionadas ao meio ambiente. 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 Lyndon Johnson (Pimentel, 2006).

Na área da saúde, o emprego do termo qualidade de vida teve forte influência da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, implicitamente, introduziu esse conceito em sua afirmação de que “saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946). Nessa perspectiva ampliada, o conceito de saúde vai além do modelo biomédico centrado na integridade física e fisiológica e enfatiza sua natureza multidimensional e subjetiva, dando relevância aos fatores psicossociais envolvidos no processo saúde-doença (Pimentel, 2006).

Nas últimas décadas, observa-se um crescente interesse na mensuração da qualidade de vida, no sentido de avaliar o impacto de enfermidades, disfunções ou incapacidades e intervenções terapêuticas, assim como de programas e políticas públicas na área da saúde. As informações obtidas podem influenciar decisões e condutas, sendo utilizadas como indicadores de resultados na avaliação da efetividade de procedimentos e programas de saúde (Seidl, Zannon, 2004).

Embora existam controvérsias sobre o conceito de qualidade de vida, há concordância entre os diferentes autores quanto a inclusão de aspectos relacionados à capacidade funcional, às funções fisiológicas, ao comportamento afetivo e emocional, às interações sociais, ao trabalho e à

situação econômica, centrados na avaliação subjetiva do indivíduo (Kimura, 1999). Na ausência de um consenso conceitual, vários termos igualam a qualidade de vida a atributos como: satisfação com a vida, bem-estar, saúde, felicidade, autoestima, adaptação, valor da vida, significado da vida e estado funcional (Lino, 2004).

Ao se falar em qualidade de vida, é preciso também considerar um patamar mínimo e universal que diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana, como a alimentação, o acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. “A qualidade de vida é uma condição eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”, pressupondo a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que uma determinada sociedade considera, como seu padrão de conforto e bem-estar (Minayo, Hatz, Buss, 2000).

É, portanto, algo desejado e perseguido por todos os indivíduos, nas diferentes fases da vida. A forma como as pessoas percebem a qualidade de vida, muda ao longo do tempo e é transformada pela idade e experiência, significando diferentes aspectos para distintas pessoas e adquirindo diversos significados em função do contexto de suas aplicações (Pimentel, 2006).

Em 1994, a Organização Mundial de Saúde propôs a definição de que qualidade de vida representa *“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”*. É um conceito bastante amplo, influenciado de maneira complexa pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, suas relações sociais e com os elementos do meio ambiente (Fleck et al., 1999).

Duas tendências são identificadas quanto ao uso do termo na área da saúde: qualidade de vida como um conceito geral (QV geral) e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) (Seidl, Zannon, 2004). No primeiro caso, apresenta-se uma aceção mais ampla, sem fazer referência específica a

disfunções ou agravos à saúde. É ilustrado, com excelência, pelo conceito proposto pela Organização Mundial da Saúde. Uma característica dos estudos que partem de uma definição genérica do termo é que, em geral, as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis. No segundo caso, o conceito inclui aspectos diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde e refere-se ao impacto dos sintomas, das incapacidades ou limitações sobre o funcionamento e a percepção de bem-estar (Seidl, Zannon, 2004; Abreu, 2005).

Em seu sentido mais amplo, o termo QV apoia-se na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, tendo no conceito de promoção da saúde, seu foco mais relevante. No sentido mais focalizado (QVRS), centra-se na identificação dos aspectos do bem-estar físico, mental e social que são afetados pela presença de agravos à saúde, visando a avaliar os custos pessoais e financeiros, assim como os benefícios das intervenções em saúde (Minayo, Hatz, Buss, 2000).

A QVRS emerge, assim, como um novo critério para monitorar os resultados da assistência aos pacientes, complementando os métodos tradicionais apoiados em morbidade e mortalidade.

Em relação às características dos conceitos de QV e QVRS, destacam-se a subjetividade e a multidimensionalidade (Fleck et al., 1999; Seidl, Zannon, 2004; Pimentel, 2006).

No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção do próprio indivíduo sobre seu estado de saúde e outros aspectos não médicos de seu contexto de vida, como trabalho, amigos, lazer, renda, entre outros. A forma como a pessoa percebe sua situação pessoal em cada uma das dimensões da vida depende de crenças, sentimentos e expectativas individuais, das experiências de vida, dos valores e da cultura (Seidl, Zannon, 2004; Pimentel, 2006).

A multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que o conceito é composto por diferentes dimensões representadas pelos diversos aspectos da vida. A identificação dessas dimensões tem sido objeto de pesquisa científica em estudos empíricos, usando metodologias qualitativas e quantitativas (Seidl, Zannon, 2004; Abreu, 2005).

A Organização Mundial de Saúde reconhece seis domínios na qualidade de vida, refletidos na estrutura de seu instrumento World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-100): domínio físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais. Na versão abreviada desse instrumento, o WHOQOL-BREF, permaneceram quatro dos seis domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck et al., 1999).

Já Ferrans e Powers identificam os domínios saúde e funcionamento; social e econômico; psicológico/espiritual e familiar em seu conceito de qualidade de vida, definido como “a sensação de bem-estar de uma pessoa que deriva da sua satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que lhe são importantes” (Ferrans, 1998).

Os conceitos podem ser ainda caracterizados pelo seu dinamismo e relatividade, ou seja, são passíveis de mudanças ao longo do tempo, entre pessoas em diferentes condições, locais e épocas e pela possibilidade de serem medidos por meio de instrumentos especificamente construídos para esse fim (Pimentel, 2006).

Portanto, a qualidade de vida é um conceito multidimensional, que 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 domínio 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, raiva. A dimensão espiritual, que inclui a religiosidade, mas não depende de crença religiosa, refere-se à reflexão sobre o propósito e o significado da própria vida (Pimentel, 2006). Entre esses domínios há uma interação dinâmica e, conseqüentemente, distúrbios em qualquer um deles, poderão afetar a qualidade de vida como um todo (Sawada, 2002).

Para medir a QV/QVRS, diversos instrumentos foram desenvolvidos em forma de questionários padronizados, que podem ser classificados, como genéricos e específicos (Bertani et al., 2005). Em 2000, Minayo, Hartz e Buss classificam como genéricos os de base populacional, que não

especificam patologias, sendo mais apropriados a estudos epidemiológicos, ao planejamento e à avaliação de políticas e programas de saúde. Eles podem ser destinados, tanto à medida da QV geral como da QVRS.

Exemplos de instrumentos genéricos que medem a QV geral, são o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers e os desenvolvidos pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS (The WHOQOL Group): o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref, construídos com enfoque transcultural (Bertani et al., 2005).

Os instrumentos genéricos de medida de QVRS são empregados com a finalidade de refletir o impacto de qualquer tipo de patologia ou tratamento sobre os diferentes aspectos da vida de indivíduos sadios ou doentes. Avaliam aspectos relativos à função, à disfunção e ao desconforto, tanto físicos como emocionais. Podem ser classificados como perfis de saúde e medidas de preferência (*utility*). Os primeiros são utilizados para descrever e avaliar o estado de saúde, segundo a percepção dos próprios indivíduos. As medidas de preferência, fundadas na lógica do custo-efetividade e custo-utilidade de intervenções, combinam duração da vida e qualidade de vida, entendida como o máximo de conforto possível proporcionado ao indivíduo em um determinado estado de evolução da doença (Bertani et al., 2005; Yamada, 2006).

São exemplos de perfis de saúde: o Medical Outcomes Study 36 - item Short Form Health Survey (SF-36), o Sickness Impact Profile (SIP) e o Nottingham Health Profile (NHP). As medidas de preferência podem ser exemplificadas pelo Quality of Well-Being Scale, EuroQol Instrument (EQ-5D) e Health Utilities Index.

Os instrumentos genéricos não são sensíveis para detectar aspectos particulares de uma determinada situação clínica. Já as medidas de *utility* são úteis para determinar a sensação de melhora do paciente, mas não são capazes de identificar as dimensões específicas do estado de saúde nas quais têm obtido melhora ou piora; refletem a preferência dos pacientes por um certo estado de saúde, tratamento ou intervenção (Bertani et al., 2005).

Os instrumentos específicos destinam-se à avaliação de determinados aspectos da qualidade de vida, sendo capazes de detectar,

com maior especificidade, a melhora ou a piora na área em estudo. Podem ser específicos para uma dada função (física, sexual) ou doença (câncer, diabetes, asma), para um segmento da população (crianças, jovens, idosos); para uma determinada dimensão (social, psicológica, espiritual), ou para uma alteração sensitiva, como a dor (Bertani et al., 2005).

Na área da oncologia, os principais instrumentos para avaliação da QVRS são os desenvolvidos pela *European Organization for Research in the Treatment of Cancer Questionnaire* (EORTC) e o FACT (*The Functional Assessment of Cancer Therapy*). Atualmente, adota-se o termo "FACIT" (*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*) para designar uma coleção de questionários de QVRS voltados a pacientes com doenças crônicas, tendo o câncer como foco principal (European Organisation for Research and Treatment of Câncer, 2007; Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement, 2007).

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 comum de itens, a partir dos quais foram desenvolvidos módulos específicos para diferentes tipos de câncer.

A escolha de um instrumento depende do objetivo do estudo e da população a ser estudada (Erthal, 2003). É importante definir a que período de tempo refere-se a avaliação: o momento presente, as últimas 24 horas, a última semana ou desde a última consulta, ou qualquer outro período de tempo bem caracterizado (Pimentel, 2006).

Nessa decisão, outro aspecto a ser considerado é a forma de preenchimento recomendada pelos autores na aplicação do questionário utilizado (Bertani et al., 2005).

Existem várias formas de responder a um instrumento: colocando um sinal sobre uma linha (ex. escalas visuais analógicas), indicando uma unidade em uma escala (ex. escala de Likert), selecionando uma resposta de uma lista predefinida, habitualmente apresentada por níveis de dificuldade (ex. escalas de Guttman). Os instrumentos podem ser autoadministrados, administrados apenas com a assistência de um

entrevistador, administrado por entrevista ou por computador (Pimentel, 2006).

Existem ainda requisitos básicos extremamente relevantes em relação ao instrumento, que são as propriedades psicométricas de fidedignidade e validade. Delas, depende a confiança que se deposita na escolha do instrumento (Erthal, 2003).

O termo fidedignidade sugere confiabilidade e baseia-se na precisão e consistência dos resultados do processo de mensuração (Urbina, 2007). Atribui-se ao fato dos resultados serem reprodutíveis em diferentes ocasiões nas quais se mantiveram condições similares, inclusive, os mesmos indivíduos ou grupos de indivíduos (Erthal, 2003).

A validade de um instrumento refere-se à sua capacidade de medir aquilo que se propõe a medir (Erthal, 2003). Diz respeito à congruência do instrumento com a propriedade medida dos fenômenos ou objetos e não com a exatidão com que a mensuração foi feita (Pasquali, 2004).

Apesar de sua reconhecida importância, os conhecimentos existentes sobre a avaliação da QVRS têm ainda um impacto reduzido na prática clínica diária e no processo de tomada de decisões terapêuticas. Na avaliação do paciente, seu papel formal paralelo às consultas com profissionais e exames complementares tradicionais estão ainda longe de ser uma realidade. A medida será necessária se os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente desejarem ter a percepção do impacto da doença e do tratamento no dia-a-dia do doente. Ela será importante para monitorizar a evolução da doença, melhorar a comunicação da equipe de saúde com o doente, detectar precocemente a morbidade e mesmo prever os resultados da terapêutica instituída (Pimentel, 2006).

2.2 Fatores associados à Qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de colo do uterino

Com o intuito de fazer o levantamento de variáveis capazes de representar potenciais fatores preditivos que podem influenciar a QVRS de mulheres com câncer de colo uterino submetidas ao tratamento com radioterapia, foi realizada uma revisão da literatura de estudos publicados nos últimos 5 anos.

A busca foi feita por meio da estratégia PICO, estratégia recomenda por maximizar a recuperação de evidências nas bases de dados, focando o escopo da pesquisa e evitando a realização de buscas desnecessárias (Santos, Pimenta, Nobre, 2007).

PICO representa um acrônimo para **P**aciente ou problema, **I**ntervenção, **C**omparação ou controle e **“O**utcomes” (desfecho). Estes são elementos fundamentais na formulação adequada da pergunta de pesquisa para a busca bibliográfica de evidências (Santos, Pimenta, Nobre, 2007).

A localização dos artigos dá-se pela inserção dos descritores relacionados a cada um dos componentes da estratégia PICO combinados organizadamente nos operadores booleanos (Santos, Pimenta, Nobre, 2007). Os descritores também conhecidos por unitermos ou palavras-chave formam um vocabulário controlado que tem por finalidade permitir o uso de terminologia comum para a indexação e recuperação de artigos científicos. Os descritores mais conhecidos são o Mesh (MEDLINE/PubMed) e o DeCS (BIREME) (Santos, 2007).

Em uma primeira busca para este estudo, selecionaram-se descritores que foram inseridos nas bases de dados com a utilização da estratégia PICO da seguinte maneira:

P – Câncer de colo do uterino

I – Radioterapia

C – Radioterapia, Cirurgia, Quimioterapia

O – Qualidade de vida, Preditores, Correlação, Associação

Desta forma, foi realizada uma busca eletrônica nos bancos de dados informatizados Pubmed/Medline, LILACS, BDENF, PAHO e SciELO com as

seguintes associações de descritores do DeCS/MeSH: “(Neoplasias do Colo do Útero) OR (Displasia do Colo do Útero) OR (Neoplasia Intraepitelial Cervical) AND (Braquiterapia) OR (Radioterapia) OR (radioterapia) OR (Radioterapia de Alta Energia) OR (Radioterapia Conformal) OR (Radioterapia de Intensidade Modulada) AND (Cirurgia) OR (Quimioterapia) OR (Histectomia) OR Procedimento cirúrgico ginecológico) AND (Qualidade de vida) OR (Preditores) OR (Correlação) OR (Associação)”. As particularidades de cada base, como por exemplo, uso de parênteses, conectores ou idioma foram respeitadas.

O levantamento compreendeu artigos relacionados a humanos, originais, com resumo e disponíveis na íntegra, publicados entre 2004 e 2009, nos idiomas português, inglês e espanhol que apresentassem claramente nos objetivos a intenção de avaliar a qualidade de vida de mulheres que receberam tratamento por câncer de colo uterino.

Embora tenham sido identificados estudos nos três idiomas com os descritores, sua combinação reduzia significativamente o número de publicações, chegando a ser nulo nas bases BDENF e PAHO. O único estudo identificado na base SciELO foi também encontrado no LILACS. Em uma segunda busca, combinando-se somente dois descritores: qualidade de vida e câncer do colo do útero foi possível a recuperação de uma quantidade maior de artigos.

Para a seleção dos estudos, primeiramente, foram excluídos os artigos em duplicidade; em seguida, a partir da leitura dos resumos, foram excluídos artigos de revisão de literatura, estudos cujos objetivos foram descrever técnicas de tratamento e estudos que não circunscreviam pacientes com câncer de colo do uterino. Os artigos que atenderam aos critérios de inclusão foram 1 na base LILACS e 25 na Pubmed, totalizando 26 artigos.

O diagrama abaixo apresenta a quantidade de artigos identificados e selecionados em cada base:

Diagrama 1- Bases de dados pesquisadas e artigos selecionados.

A escassez de estudos nas literaturas latino-americana e brasileira evidencia uma lacuna de conhecimento sobre QVRS de mulheres com câncer de colo uterino em nosso meio, o que justifica a proposição do presente estudo.

A relação das variáveis com potencial poder preditivo sobre a QVRS de mulheres com câncer de colo uterino apresentada nos estudos analisados está descrita a seguir.

- **QVRS e fatores sociodemográficos**

A investigação da possível relação entre QVRS e a etnia foi objeto do estudo americano de corte transversal que envolveu 560 mulheres (287 latino-americanas e 273 euro-americanas) sobreviventes ao câncer de colo uterino, com 1-5 anos de segmento e livres de doença. Os instrumentos utilizados foram: *Functional Assessment of Cancer Therapy-cervix cancer* (FACT-Cx), *Medical Outcomes Study Short Form-12* (SF-12) adaptado e *Adherence Determinants Questionnaire* (ADQ). Em geral, mulheres de etnia latino-americanas relataram pior QVRS global, funcional, emocional e social/familiar em relação às mulheres de etnia euro-americanos. Os preditores significativos da QVRS global foram: radiação, comorbidades, limitações funcionais, percepção do estado de saúde, bem-estar psicológico, autoimagem, impacto sexual, relação médico-paciente, e relação de apoio social. Os resultados permitiram aos autores concluir que as minorias

étnicas de mulheres latino-americanas sobreviventes ao câncer de colo uterino apresentam menor QVRS devido, sobretudo, a dificuldades econômicas e de recursos (Ashing-Giwa et al., 2009).

Ao avaliar mulheres sobreviventes ao câncer de colo uterino de etnia latino-americana, o estudo americano testou a viabilidade de um possível acompanhamento assistencial via telefone em uma amostra composta por 23 mulheres com 1-3 anos livre de doença. Com a hipótese de que esse contato pudesse trazer efeitos positivos na QVRS, o atendimento abrangia atenção a preocupações com a família e parceiro, atenção psicológica, dúvidas quanto ao tratamento médico, preocupações alimentares e atividades. Os resultados foram medidos pelo *Functional Assessment of Cancer Therapy-General* (FACT-G) e permitiram observar um aumento significativo nos domínios do bem-estar físico e global da QVRS, o que demonstrou a viabilidade do acompanhamento assistencial via telefone (Ashing-Giwa, 2008).

- **QVRS e fatores relacionados ao tipo de tratamento e alterações físicas**

O impacto do tratamento foi objeto do estudo retrospectivo cujo objetivo foi analisar a QVRS de mulheres com câncer de colo uterino localmente avançado tratadas com quimioterapia (Cisplatina e Fluorouracil) e radioterapia (em região pélvica) pré-operatória, comparado com mulheres em doença inicial submetidas à cirurgia radical e linfadenectomia. Assim, 93 mulheres com idade entre 18-65 anos e com segmento mínimo de 12 meses, sem evidência de recidiva ou segunda malignidade participaram do estudo. Utilizando os instrumentos *Medical Outcomes Study Short-Form 36* (MOS SF-36) e o *Anxiety and Depression Scale* (HADS) via telefone, os pesquisadores observaram que as pacientes com tumor localmente avançado submetidas à quimioradioterapia pré-operatória apresentaram QVRS comparáveis aos pacientes com câncer inicial com exceção do funcionamento físico. Em uma análise multivariada, a presença de comorbidades, idade maior de 50 anos, baixo nível de escolaridade e taxa de desemprego apresentaram associação com pontuação mais baixas dos

domínios de QVRS das mulheres com doença localmente avançada, ao passo que o tipo de tratamento e complicações pós-operatórias não foram relevantes. Quanto à porcentagem de casos com níveis elevados de ansiedade, foram descritos nas mulheres com doença avançada (Distefano et al., 2008).

O estudo americano de corte transversal procurou investigar a QVRS de mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico que relataram incontinência urinária após tratamento. As mulheres selecionadas foram comparadas àquelas sem história oncológica na população geral. A QVRS foi avaliada pelo instrumento *Quality of Life Index* (QLI) de Ferrans e Powers. A prevalência de incontinência urinária foi de 34,5%. Mulheres com incontinência urinária tiveram menor pontuação no total QLI e em todos os domínios (saúde/funcionamento, psicológico/espiritual, socioeconômico e domínio familiar), em comparação com as mulheres continentais. Os autores concluíram que incontinência urinária tem impacto negativo na QV (Skjeldestad, Rannestad, 2009).

A relação entre as toxicidades agudas de tratamento radioterápico e a QVRS foi investigada no estudo prospectivo realizado com 107 mulheres brasileiras de idade entre 18 e 75 anos com diagnóstico de câncer de colo uterino e endométrio. Toxicidade aguda foi avaliada, segundo critérios do Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) e QVRS foi medido com o *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF). Em um período anterior ao início do tratamento radioterápico, durante o tratamento e na primeira consulta de acompanhamento clínico, 95 mulheres completaram o estudo. Foi observada incidência de toxicidade aguda em 93,5%, sendo a queixa gastrointestinal a mais comum (79,6%). Os pesquisadores identificaram uma melhora da QVRS a longo prazo e perceberam que pacientes portadoras de toxicidade gastrointestinal e história de tratamento cirúrgico correm maior risco de apresentar pior nível de QV (Vaz et al., 2008).

Efeitos colaterais dos tratamentos oncológicos de câncer de colo uterino e suas repercussões negativas sobre a QVRS a longo prazo em particular, problemas psicossociais associados com a sexualidade foram

objetos de estudo qualitativo realizado com 13 mulheres com 2-3 anos, após tratamento. Os resultados revelaram efeitos colaterais tardios descritos como alterações urinárias e intestinais. Problemas físicos levaram a experiência de dificuldades sexuais, mesmo após tratamento (Burns et al., 2007).

Um estudo transversal com objetivo de avaliar a QVRS de mulheres com câncer ginecológico em tratamento e identificar fatores associados por meio do instrumento de QVRS da Organização Mundial da Saúde, *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF), investigou 103 mulheres, 67 (65%) com diagnóstico de câncer de colo uterino e 36 (35%) com câncer endometrial com idade entre 18 e 75 anos. As pacientes apresentavam doença e estágio avançado (63,1%). As queixas mais identificadas foram: dor (49,5%), sangramento vaginal (36,9%) e (22,3%) de anemia. Anemia, náusea e/ou vômito tiveram impacto negativo no domínio físico. A dor influenciou negativamente o domínio físico, QV total e a saúde geral. Os autores concluíram que sintomas físicos são fatores determinantes que interferem na QVRS (Vaz, Conde, Moraes, 2007).

Com o intuito obter conhecimento que permita melhorar a QVRS de mulheres com câncer de colo uterino submetidas à histerectomia radical, um estudo transversal investigou 256 mulheres com história de câncer cervical comparadas com um grupo controle composto de 489 mulheres da população suéca. Quando comparadas com os controles, as mulheres tratadas com histerectomia radical apresentaram oito vezes mais sintomas, indicando linfedema (25% relataram dificuldades em razão ao linfedema), um aumento em nove vezes no que se refere à dificuldade de esvaziamento da bexiga e problema intestinal (Bergmark et al., 2006).

Um protocolo multicêntrico randomizado apresentou seus resultados cujos objetivos primários foram determinar a melhor resposta terapêutica, intervalo livre de doença ou sobrevida, comparando o tratamento oncológico com dois esquemas de quimioterapia (Cisplatina versus Cisplatina com Paclitaxel), avaliando a toxicidade, QVRS e dor em mulheres com câncer de colo uterino avançado. O estudo utilizou o *Brief Pain Inventory-Short Form* (BPI-SF), uma subescala de neurotoxicidade não específica e para a

avaliação da QVRS o *Functional Assessment of Cancer Therapy-cervix cancer* (FACT-Cx). Os pontos de avaliação foram: inicial (antes da randomização) e antes da quimioterapia ciclos 2, 3 e 4. Os resultados revelaram que os escores do FACT-Cx não diferiram significativamente entre os braços na quarta avaliação, mantiveram-se estáveis ao longo do tempo e, consideravelmente, inferiores aos da população em geral (McQuellon et al., 2006).

O BPI-SF revelou uma diminuição na dor em ambos os braços da primeira a quarta avaliação. Os braços dos pacientes que receberam a combinação do quimioterápico produziram um número significativamente maior na taxa de resposta e de sobrevida livre de doença, mas não sobrevida global. Maior mielossupressão foi relatada nesse braço também (McQuellon et al., 2006).

Os resultados clínicos e QVRS da combinação de três diferentes esquemas de tratamento quimioterápico (metotrexato, vimblastina, doxorubicina e cisplatina) com (topotecan e cisplatina) e cisplatina isolada em pacientes com câncer de colo uterino avançado foram analisados no estudo cujo objetivo primário foi determinar a melhor resposta terapêutica, intervalo livre de doença ou sobrevida e como segunda intenção avaliar a QVRS. Os pacientes foram distribuídos aleatoriamente para receber os distintos tratamentos, 60 receberam cisplatina isolada, 63 topotecan e cisplatina e 63 metotrexato, vimblastina, doxorubicina e cisplatina. O estudo utilizou o *Brief Pain Inventory-Short Form* (BPI-SF) uma escala padronizada para avaliação de neurotoxicidade, *Neurotoxicity Subscale* (FACT/GOG-NTX) e o *Functional Assessment of Cancer Therapy-cervix cancer* (FACT-Cx) para avaliar a QVRS. O protocolo envolvendo a combinação de quatro quimioterápicos produziu uma taxa de resposta terapêutica semelhante ao protocolo com duas drogas, porém, com um risco inaceitável de morte por sepse. Quanto à QVRS, não houve diferença significativa entre os protocolos (Long 3rd et al, 2006).

- **QVRS QVRS e fatores psicológicos, emocionais e adaptação a longo prazo**

Com o objetivo de descrever a QVRS de mulheres com câncer de colo uterino sobreviventes a longo prazo e os possíveis fatores que promovem sua adaptação, em um estudo qualitativo com 19 mulheres americanas, foram realizadas e gravadas entrevistas semiestruturadas, nas quais os entrevistadores solicitaram às participantes que falassem sobre sua experiência com o câncer, recuperação e a sobrevivência a longo prazo. As principais variáveis de investigação foram: significado, impacto sobre a identidade, impacto sobre a QVRS, estratégias de enfrentamento e as expectativas futuras. Surgiram três padrões de resposta, classificando as mulheres em três padrões: mulher categorizada em "movimento" padrão, sendo descrito seu câncer como um período difícil, tendo lugar no passado, mulheres na "renovada valorização da vida" padrão, centrado nos resultados positivos da sua experiência com o câncer e mulheres em padrão "lutas", que enfatizam a continuidade dos resultados negativos de suas experiências com o câncer. Apesar da distinção, algumas qualidades comuns aos padrões emergiram, incluindo o choque do diagnóstico, o papel dos profissionais de saúde, a importância do apoio da família e dos amigos. Para a maioria dos participantes do estudo, sobrevivência trouxe consigo um certo grau de complicações a longo prazo, com diferenças na QVRS atribuídas a uma capacidade de enfrentamento da experiência (Clemmens, 2008).

Para descrever a prevalência da fadiga crônica em mulheres sobreviventes ao câncer de colo uterino, após 5 anos de radioterapia, o estudo norueguês de corte transversal investigou 79 mulheres. Os dados demográficos, clínicos e psicológicos foram comparados com dados normativos, baseados em estudos populacionais de mulheres norueguesas. As mulheres sobreviventes apresentaram 30% de fadiga crônica versus 13% relatados na população geral, sendo a depressão a única variável estatisticamente significativa associada à fadiga crônica nas mulheres sobreviventes ao câncer. Observou-se menor QVRS nas mulheres

sobreviventes ao câncer que apresentaram fadiga e níveis mais elevados de ansiedade e depressão do que aqueles sem fadiga (Vistad et al., 2007).

Os resultados de um estudo qualitativo com 26 mulheres de etnia latino-americanas diagnosticadas com câncer do colo do útero revelaram que essas mulheres vivenciavam alterações físicas incluindo dor, alterações urinárias, intestinais e problemas sexuais; preocupações persistentes referentes aos cuidados médicos, como as dificuldade de acesso a assistência médica de qualidade e ma relação médico-paciente; questões funcionais incluindo o desemprego; dificuldades e preocupações pessoais, incluindo família e relacionamento. Os pesquisadores concluíram mulheres sobreviventes ao câncer do colo do útero enfrentam uma difícil experiência de sobrevivência que tornam de suma importância o aumento na assistência médica e psicossocial nos serviços melhorando assim os resultados e a QVRS (Ashing-Giwa et al., 2006).

Analisar a QVRS e o humor de mulheres com câncer do colo do útero e endométrio sobreviventes a longo prazo foi o objetivo do estudo transversal americano que investigou 152 mulheres com período de 5-20 anos após tratamento comparando a 89 controles saudáveis. O estudo utilizou os seguintes instrumentos: *Medical Outcomes Study Short-Form 36* (MOS SF-36), *Functional Assessment of Cancer Therapy-General* (FACT-G), *Epidemiological Studies-Depression Scale* (CES-D), *Short Form of the Profile of Mood States* (POMS-SF). Não foram encontradas diferenças significativas na QVRS ou de sintomas depressivos entre os três grupos. Ansiedade, raiva e confusão foram mais predominantes nas sobreviventes ao câncer de colo uterino. Mulheres sobreviventes que se encontravam desempregadas e sem companheiro apresentaram maior risco de alterações mentais e de humor. Modalidade de tratamento, estadiamento e tempo de diagnóstico não apresentaram relação com a QVRS ou de humor (Bradley et al., 2006).

Como pacientes com câncer de colo uterino vivenciam a fadiga, outros sintomas e a QVRS foram objetos do estudo que investigou 60 mulheres em tratamento radioterápico. Para avaliar a QVRS, a fadiga e outros sintomas (dor, náusea/vômito, inapetência, insônia e diarreia) foram

utilizados o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC-QLQ-C30), fadiga, também, foi avaliada pelo *Multidimensional Fatigue Inventory* (MFI-20). Os resultados mostraram que a fadiga aumentou significativamente durante o tratamento. Outros sintomas também como a inapetência, náuseas/vômitos e diarreia aumentaram e foram significativamente correlacionados com fadiga. QV Global diminuiu de modo significante durante o tratamento em relação ao valor basal (Ahlberg, Ekman, Gastón-Johanson, 2005).

- **QVRS e fatores psicossociais**

No estudo americano, cujo objetivo foi descrever a QVRS e sequelas psicossociais de mulheres em idade fértil diagnosticadas com câncer cervical após 5-10 anos do término de tratamento (cirurgia, radiação e quimioterapia isoladas ou em combinação), foram investigadas 51 mulheres sobreviventes ao câncer cervical comparadas com um grupo controle de mulheres sem história oncológica. Os pesquisadores aplicaram o instrumento *Medical Outcomes Study Short-Form 36* (MOS SF-36) nas duas amostras e o instrumento *Quality of Life – Cancer Survivor* (QOL-CS) somente para a amostra de mulheres sobreviventes ao câncer cervical e observaram que as sobreviventes ao câncer revelaram desfrutar de uma boa QVRS, particularmente, evidente nos domínios bem-estar social e físico, porém informaram maior preocupação com as questões reprodutivas, inabilidade para falar sobre fertilidade, frustração relacionada à gravidez, tristeza e lamento pela impossibilidade de poder engravidar. Das pacientes, 39 informaram ser casadas quando diagnosticadas e 28 ainda permaneciam, 9 já não estavam com seus parceiros e atribuíram ao câncer o motivo da separação. As pacientes apresentaram maior problema sexual que o grupo controle, e das 51 sobreviventes, 16 não eram sexualmente ativas. Problemas sexuais apresentados foram: ondas de calor, secura vaginal, dispaurenia (Wenzel et al., 2005).

A QVRS de pacientes sobreviventes ao câncer e de seus cuidadores familiares foi avaliada por meio do Instrumento *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF), comparando a grupos de indivíduos

da população geral, psiquiátricos e diabéticos. Os 181 pacientes consistiram em 117 (64,6%) de mulheres com diagnóstico de câncer de mama, 42 (23,2%) com câncer cervical, 18 (9,9%) ovariano e 4 (2,2%) endometrial, com idade média de 44,6 anos. O grupo de pacientes oncológicos apresentou escores semelhantes nos domínios da QVRS, porém as contagens dos domínios foram significativamente mais baixas nos pacientes oncológicos do que em seus cuidadores, e mais elevada quando comparada ao grupo controle de pacientes psiquiátricos e diabéticos. Pacientes casadas, com nível de escolaridade superior, melhores empregos, e com maior tempo de diagnóstico apresentaram melhor QVRS. Pacientes em radioterapia e seus cuidadores também mostraram maior pontuação nos domínios de QVRS. Os autores concluíram que pacientes sobreviventes ao câncer em condições estáveis em relação à doença e com apoio psicossocial podem apreciar boa QV e que seus familiares também sofrem, sendo vulneráveis e necessitam de apoio psicológico (Awadalla et al., 2007).

Um estudo transversal com uma amostra de 309 pacientes com câncer de diferentes localizações (20 com diagnóstico de tumor uterino) procurou avaliar fatores relacionados à QVRS, utilizando o *Functional Assessment of Cancer Therapy-General* (FACT-G), o *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual well-being* (FACT-Sp) e o *Short Form of the Profile of Mood States* (POMS-SF). Cinco variáveis explicaram 32,1% de variância da pontuação total do FACT-G: estadiamento do tumor, bem-estar espiritual, renda, transtornos de humor e o modo de administração do questionário. O estudo evidencia o aspecto multidimensional da QVRS (Dapueto, 2005).

Com o intuito de analisar a relação entre infertilidade e QVRS a longo prazo em mulheres em idade fértil, sobreviventes ao câncer ginecológico ou linfoma, o estudo transversal incluiu 231 mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino, tumor trofoblástico gestacional ou linfomas (Hodgkin e não Hodgkin) e 148 controles. A QVRS foi avaliada pelo *Medical Outcomes Study Short-Form 36* (MOS SF-36), o estresse por meio do SF-36 e *Impact of Event Scale* (IES), apoio social pelo *Interpersonal Support Evaluation List* (ISEL), funcionamento sexual pelo *Gynecologic Problems*

Checklist (GPC), enfrentamento pelo *Coping Orientations to Problems Experienced scale* (COPE), questões envolvendo infertilidade e preocupações foram avaliadas por um instrumento estruturado para atender aos interesses do estudo. Os autores observaram que maior preocupação com a capacidade reprodutiva foi significativamente associada com menor QVRS. Apoio social, problemas ginecológicos, preocupações reprodutivas foram responsáveis por 63% das variâncias nos escores QV. Preocupação com a infertilidade foram significativamente maiores em mulheres que desejaram engravidar após o câncer, mas que não foram capazes, quando comparadas àquelas que foram capazes de reproduzir, após o câncer (Wenzel et al., 2005).

- **QVRS e comorbidades**

Com o objetivo de investigar a prevalência de comorbidades e identificar fatores de risco de impacto na QVRS em mulheres sobreviventes ao câncer de colo uterino em comparação à população geral, o estudo coreano investigou as atuais comorbidades e a QVRS de 860 mulheres sobreviventes ao câncer e 994 mulheres a partir da população geral por meio do instrumento *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC-QLQ-C30) e seu módulo específico para o câncer de colo uterino *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire - cervical cancer* (EORTC QLQ-CX24). Em comparação com a população feminina, em geral, as sobreviventes ao câncer de colo uterino relataram maior prevalência de comorbidades, significativamente mais doença cardíaca, doença hepática, gastrointestinal, hipertensão e doenças osteomusculares. Doença cardíaca e doença renal significativamente influenciaram a QV, também, foi observado que pacientes com diabetes ou doença vascular cerebral tiveram um aumento de problemas sexuais. Os autores concluíram que as mulheres sobreviventes ao câncer de colo uterino apresentam mais comorbidades do que a população, em geral, que, por sua vez, sofre impacto em sua QV (Shin DW et al., 2008).

- **QVRS e fatores relacionados à sexualidade e vida sexual**

Um estudo transversal, envolvendo 71 pacientes brasileiras com câncer de colo uterino localmente avançado, submetidas à radioterapia cujo objetivo do estudo foi identificar disfunções sexuais. Os dados foram coletados com questionário estruturado não validado e exame físico ginecológico, visando a investigar queixas de disfunção sexual após a radioterapia, além da avaliação de possíveis sintomas depressivos, utilizando a escala de Hamilton. Das complicações ginecológicas identificadas, destacaram-se: fibrose em 98,6%, estenose em 76,1% e atrofia vaginal em 71,8%. As disfunções sexuais identificadas foram: frigidez e falta de lubrificação, excitação e orgasmo que ocorreram em 76,1% dos casos, falta de libido em 40,8% e vaginismo em 5,6% dos casos. Permaneciam sexualmente ativas 26,4% das pacientes. Alguns fatores que puderam subsidiar esse comportamento apontam para o abandono de mulheres pelos parceiros, separação ou divórcio após o diagnóstico ou tratamento do câncer e a falta de orientação médica. Os autores evidenciaram disfunções sexuais em três quartos dos casos. Com relação ao comportamento sexual, constataram variações temporais estatisticamente significantes nos períodos anterior e posterior à radioterapia, revelando um decréscimo da função sexual. Concluíram que algumas características ginecológicas observadas ao exame físico, como a fibrose, a estenose e a atrofia vaginais podem condicionar a disfunção sexual observada e que a atenção específica deve ser dada a anamnese sexual e ao exame ginecológico durante o acompanhamento dessas pacientes (Bernardo, 2007).

O estudo americano, do tipo transversal, avaliou o funcionamento sexual e a sexualidade de 179 mulheres com idade entre 29-69 anos sobreviventes ao câncer de colo uterino após o diagnóstico e tratamento cirúrgico (Histerectomia e Ooforectomia). Foi utilizado um instrumento estruturado dos dados demográficos, itens do SF-36 foram utilizados por indicar dimensões da saúde física e mental, sexualidade e função sexual foram avaliadas, utilizando a *Sexual Adjustment Scale* (SAQ) e a depressão foi medida pelo *Epidemiological Studies-Depression Scale* (CES-D). Dentre

os principais resultados, a maioria das mulheres da amostra (81,1%) indicaram ser sexualmente ativas, (59,0%) consideraram a atividade sexual como extremamente importante, muito importante ou importante, 81,4% indicaram que, às vezes, quase sempre ou sempre desejaram ter atividade sexual. Apenas uma minoria (19,3%) disse quase sempre ou sempre experimentar tensão ou frustração, após a atividade sexual. Uma minoria (33,8%) relatou que o câncer cervical teve efeito negativo em suas relações. Nem histerectomia, nem ooforectomia apresentaram correlação com efeitos sobre a sexualidade ou a função sexual, porém as mulheres submetidas à histerectomia apresentaram-se menos propensas a relatar menor atividade sexual quando comparadas às mulheres que sofreram ooforectomia. Os resultados do estudo sugerem que sobreviventes ao câncer de colo uterino, geralmente, apresentam uma atitude positiva em relação à sexualidade e atividade sexual (Greenwald, McCorkle, 2008).

Em um estudo prospectivo destinado a avaliar o impacto emocional, sexual e a QVRS de mulheres com câncer de colo uterino submetidas à cirurgia de traquelectomia radical. A amostra constituiu-se de 30 mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino, estágio I, com idade entre 20 e 45 anos que foram acompanhadas no período pré-operatório, 3, 6, 12, 18 e 24 meses após a cirurgia. Dessas mulheres, 40% (n = 12) eram solteiras, 50% (n = 15) casadas ou viviam com alguém e 10% (n = 3) separadas ou divorciadas. A QVRS foi avaliada pelo instrumento *Functional Assessment of Cancer Therapy-cervix cancer* (FACT-Cx) e a sexualidade pelo *Female Sexual Function Index* (FSFI). Nos resultados, o estudo revelou que muitas dessas mulheres (83%, n=25) apresentavam medo de ter relações sexuais antes da cirurgia. Na primeira consulta de retorno pós-operatório, 60% (n = 18) relataram "um pouco" a "muito medo" a retomar a atividade sexual, porém, 12 meses após, esta porcentagem diminuiu para 23% (n = 7). Após 6 meses, 70% (n = 21) das mulheres eram sexualmente ativas, apesar de 47% informarem um alto nível de medo. As mulheres também relataram moderado a altos níveis de dor (30%, n = 9), em 6 meses pós-tratamento. No entanto, em 12 meses, este número diminuiu para 10% (n = 3). Em geral, observou-se que o medo da atividade sexual e o grau de dispareunia

tendem a reduzir ao longo do tempo. O estudo ainda sugeriu um modelo padronizado de avaliação para as alterações vaginais pós-operatórias, servindo como um “lembrete” ao médico, bem como permitir às pacientes oportunidades para discutir as alterações na função sexual se necessário (Carter et al., 2008).

Foram usados os instrumentos *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) e o módulo específico *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire - cervical cancer* (EORTC QLQ-CX24) para identificar problemas relacionados à QVRS e à função sexual de mulheres sobreviventes ao câncer cervical. Assim, 860 mulheres foram pesquisadas após tratamento e comparadas a um grupo controle de mulheres sem doença oncológica, em um estudo de procedência coreana. Problemas de relacionamento social, funcional, constipação, diarreia e dificuldades financeiras foram significativamente maiores nas mulheres sobreviventes ao câncer. Estas apresentaram, também, linfedema severo, sintomas de menopausa, pior autoimagem, déficit no funcionamento sexual e/ou vaginal e preocupações sexuais. A ansiedade sobre o desempenho sexual foi mais evidente nas sobreviventes do que no grupo controle, assim como a dispauremia em mulheres que receberam radioterapia. Sobreviventes que receberam cirurgia e radioterapia apresentaram menor desempenho em todos os itens de sexualidade. A quimioterapia também foi associada com problemas sexuais, como dispauremia, ansiedade quanto ao desempenho e lubrificação (Park et al., 2007).

Em um estudo de procedência americana, com o objetivo de comparar problemas sexuais de mulheres sobreviventes ao câncer vaginal e cervical com um grupo controle de mulheres sem câncer, foram estudadas 160 mulheres com câncer. Os autores concluíram que, embora as sobreviventes apresentassem maior prevalência de problemas sexuais, sua taxa de atividade sexual foi similar ao grupo controle. A satisfação com o apoio profissional recebido em relação aos problemas de ordem sexual

revelou que 62% das sobreviventes nunca receberam uma abordagem sobre o assunto (Lindau, Gavrilova, Anderson, 2007).

Para avaliar a QVRS e a função sexual de mulheres sobreviventes ao câncer cervical tratado cirurgicamente ou com radioterapia, em um estudo americano, foram entrevistadas 74 mulheres, após 5 anos de término do tratamento (37 tratadas com histerectomia radical e 37 com radioterapia), comparadas com 40 mulheres de um grupo controle, sem história oncológica. Os pesquisadores concluíram que os problemas sexuais foram significativamente maiores nas pacientes tratadas com radioterapia quando comparadas com as tratadas cirurgicamente e o grupo controle. Os problemas sexuais mais relevantes foram: menor desejo sexual, menor lubrificação vaginal, insatisfação sexual, dificuldade para atingir orgasmo e dor. Nessas pacientes houve maior predominância de sintomas depressivos, ansiedade e menor desempenho nos itens que medem saúde física do instrumento Short Form-12 (SF-12). O estudo utilizou outros instrumentos: Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES), Abbreviated Dyadic Adjustment Scale (A-DAS), Brief Symptom Index-18 (BSI-18) e o Female Sexual Function Index (FSFI), (Frumovitz et al, 2005).

No apêndice A, os dados do quadro 1 apresentam um resumo dos trabalhos que aplicam a avaliação da QVRS em mulheres com câncer de colo uterino.

2.3 O sistema FACT

Como se observa, são poucos os instrumentos disponíveis em português e validados para avaliação da QVRS de pacientes com câncer de colo uterino. Dois instrumentos são considerados os mais utilizados na avaliação da qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico (Silvia, Derchain, 2006) que possuem módulos específicos para câncer de colo uterino: o já citado EORTC QLQ-CX24 e o *Functional Assessment of Cancer Therapy* (FACT-Cx).

O *Functional Assessment of Cancer Therapy* (FACT), sistema de mensuração de qualidade de vida específico para doentes oncológicos, começou a ser desenvolvido, em 1987, nos Estados Unidos da América. O primeiro estudo de validação foi publicado, em 1993. Neste mesmo ano, foi validado o questionário multidimensional *Functional Assessment Cancer Therapy General* (FACT-G), contendo 28 itens que avaliam as dimensões física, funcional, social, emocional e a satisfação do relacionamento com o médico durante o tratamento (Cella et al., 1993). Em 1997, passou a ser denominado *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT), tendo ainda o câncer como foco principal, incorporou uma coleção de questionários voltados a outras doenças crônicas, administrados pela FACIT.org (Webster, Cella, Yost, 2003).

Todos os questionários são desenvolvidos com metodologia padronizada que passa por quatro fases: (1) geração do item (2), revisão e redução de itens (3), construção da escala e avaliação psicométrica (Cella, Mowinski, 2002). Estão disponíveis em 45 idiomas, permitindo a comparação de diferentes populações, inclusive, em português.

O instrumento está disponível em cinco diferentes categorias: medida geral, medidas câncer-específicas (ex. mama, bexiga, cólon, sistema nervoso central, esôfago, endométrio, cabeça e pescoço, hepático, leucemia, pulmão, linfoma, ovário, próstata, cervical); medidas tratamento específico (ex. transplante de medula óssea, neurotoxicidade); medidas sintoma-específicas (anorexia, diarreia, anemia / fadiga, neutropenia, trombocitopenia); medidas não câncer específicas (cuidado paliativo, bem-

estar espiritual, infecção por HIV, esclerose múltipla, satisfação com o tratamento) (Webster, Cella, Yost, 2003).

O FACT-G foi concebido originalmente em Inglês e submetido a um processo de tradução para o Português, ele foi pré-testado em 19 pacientes com câncer em Portugal e 30 no Brasil. (Arnold BJ, et al., 2000). É um instrumento multidimensional e autoaplicativo, é conciso e de fácil aplicação (cerca de 5 minutos), apresenta escores por subescalas e total da escala, assim, quanto maior o escore melhor a qualidade de vida. É considerado adequado para pacientes com qualquer tipo de câncer. (Webster, Cella, Yost, 2003).

3 OBJETIVOS

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia.

Identificar os fatores sociodemográficos, clínicos e relacionados à vida sexual preditores de qualidade de vida de mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Pesquisa

Este é um estudo de campo, descritivo com abordagem quantitativa de delineamento transversal.

4.2 Caracterização do local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de Oncologia, setor de Radioterapia do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer. O hospital está localizado na cidade de São Paulo, desde 1968, realiza prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de diversos tipos de câncer à população.

Apesar de atender a diferentes especialidades médicas: Cabeça e Pescoço, Cirurgia Plástica, Dermatologia, Ginecologia, Mastologia, Oncologia Clínica, Radioterapia e Urologia, o hospital mantém sua tradição e vocação para os cuidados com a saúde feminina, o que o torna destaque no tratamento dos cânceres de mama e ginecológico, que representam 60% do total de atendimentos do IBCC. O Sistema Único de Saúde (SUS) preenche 85% de todos os atendimentos realizados pelo hospital que tem em sua principal característica o tratamento diferenciado e humanizado com seus pacientes.

No departamento de radioterapia do IBCC, o carcinoma de colo uterino constitui a segunda patologia em frequência, são atendidas por ano cerca de 100 a 200 pacientes.

4.3 População e amostra

Este estudo foi direcionado às pacientes diagnosticadas com câncer de colo uterino e submetidas à radioterapia (teleterapia ou braquiterapia de alta taxa de dose) exclusiva, adjuvante ou concomitante à quimioterapia nos últimos 2 anos, no serviço acima mencionado.

O cálculo do tamanho de amostra foi elaborado, considerando todas as pacientes que ingressaram no serviço, entre janeiro de 2006 e agosto 2008, a partir da lista de pacientes tratadas no setor de radioterapia organizado em um banco de dados informatizado. Segundo informação do

ambulatório de Oncologia, setor de Radioterapia do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, nesse período, foram diagnosticadas com câncer de colo uterino e tratadas com algum tipo de radioterapia 246 mulheres. Desse total, foram identificados 20 óbitos, portanto, a amostra constituiu-se de 226 mulheres.

Com o número do registro hospitalar dessas pacientes tivemos acesso ao prontuário eletrônico e, por meio dele, o endereço residencial e o número de telefone para contato. Nas primeiras tentativas de contato, a falta ou incorreção de dados no registro hospitalar tornou dificultosa a localização de algumas pacientes, inviabilizando a seleção de amostra aleatória. Todos os endereços foram confirmados quanto ao logradouro e os telefones quanto às mudanças de prefixo.

As pacientes foram então selecionadas por amostragem não-probabilística, foram incluídas todas que compareceram à instituição, aceitando participar da pesquisa após o convite feito pela pesquisadora por meio de contato telefônico, envio de cartas ou ambos e que atenderam aos critérios de elegibilidade. Atendendo à solicitação de participação na pesquisa, 149 mulheres compareceram espontaneamente.

4.3.1 Critérios de Inclusão

- Ter idade igual ou maior que 18 anos;
- Ter sido diagnosticada com câncer de colo uterino e submetida à radioterapia (teleterapia ou braquiterapia de alta taxa de dose) exclusiva, adjuvante ou concomitante à quimioterapia nos últimos 2 anos;
- Ter um seguimento mínimo de 3 meses na ocasião da coleta dos dados, considerando ser esse o primeiro retorno para reavaliação clínica e colpocitopatológica estimado como ideal e seguido pela instituição (Coelho, 2006);
- Desejar participar do estudo, concordando assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**APÊNDICE B**).

4.3.2 Critérios de Exclusão

- Portadores de transtornos psiquiátricos e doenças mentais ou neurológicas, nos quais o juízo crítico da realidade e/ou capacidade cognitiva está comprometida, não estando o indivíduo orientado em relação a si próprio, ao tempo e lugar;
- Estar em tratamento por neoplasia em outro sítio anatômico ou recidiva local;
- Ter doença avançada com mau prognóstico, sendo esse de intenção paliativo.

Foram excluídas 15 pacientes que estavam em tratamento paliativo por progressão ou recidiva da doença; uma com impossibilidade de responder por apresentar sequelas de um acidente vascular cerebral (AVC) há poucos meses, conforme informação de familiares e uma paciente em tratamento por um segundo câncer, agora na mama.

As seguintes situações foram consideradas como perdas: pacientes ausentes residindo em outros estados ou municípios da Grande São Paulo; não comparecimento à instituição em resposta ao convite da pesquisa por recusa ou desistência em participar do estudo, após comparecimento à instituição ou no decorrer do estudo e não localização da paciente por telefone ou carta, por falta ou incorreção de dados no registro hospitalar. Houve 60 perdas.

4.4 Definição de termos

Visando à clareza metodológica, os principais termos utilizados neste estudo são definidos a seguir:

- Qualidade de vida, termo abrangente e multidimensional, traduz o bem-estar subjetivo do indivíduo e que, de modo geral, pode ser agrupado em quatro domínios: físico, social/familiar, psicológico (emocional) e espiritual (Sawada, 2002);
- Vida Sexual, neste estudo, o entendimento da vida sexual é composto pelos elementos da atividade sexual que é definida como sendo mais ampla que o ato sexual, incluindo todo o jogo amoroso anterior à

penetração. Portanto, podendo incluir afagos, carícias preliminares, masturbação e o ato sexual (penetração) (Pacagnella, 2007);

- Satisfação sexual, sensação de satisfação quanto à vida sexual de forma geral, no relacionamento e proximidade emocional com o parceiro (Pacagnella, 2007);

- Dor, sensação subjetiva e pessoal, sua percepção é caracterizada como uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivo-motivacionais, pode ocorrer em várias localizações, como dor na vulva, vagina, abdome inferior, ânus. O instrumento utilizado discrimina apenas a presença, frequência e intensidade da dor (Sousa, 2002).

4.5 Descrição dos procedimentos para radioterapia

O Departamento de Radioterapia do IBCC é composto por uma equipe multidisciplinar com médicos, físicos, técnicos em radioterapia que operam os equipamentos e enfermagem.

Para irradiação externa (teleterapia), o serviço dispõe de um Acelerador Linear, Primus da Siemens, com emissão de fótons de 6Mv (megavolts) e 5 energias de elétrons(5 a 14MeV), um Acelerador Linear com emissão de fótons 6MV, uma unidade de Cobalto 60 (Theratron 780), Sistema de planejamento computadorizado 3D da Prowess, Sistema de planejamento 3D Xio da CMS, Simulador virtual Focal Pro software, tomógrafo Somaton Siemens para simulação virtual, e software Volume Sim Emotion, integrado com sistema de planejamento.

Para irradiação intracavitária (braquiterapia), dispõe de uma área com centro cirúrgico próprio, equipamento de alta taxa de dose da Varian (Varisource), que utiliza uma fonte de Irídio 192, operada por controle remoto computadorizado e sistema de planejamento 3D Braquivision.

O departamento segue protocolos de tratamento definidos pelos organismos nacionais (Programa de Qualidade em Radioterapia - INCA/PQRT) e protocolos internacionais como NCCN (National Comprehensive Cancer Network- Oncology Practice Guidelines). De forma geral, a Conduta Radioterápica segue as seguintes normas:

- Carcinoma "In Situ" e Microinvasivo - A cirurgia é o tratamento preferencial, a radioterapia nessa fase é reservada às pacientes com contraindicação clínica para cirurgia. Braquiterapia é o tratamento de escolha e deve ser realizado em 6 frações, 2 vezes por semana. Devem ser utilizados aplicadores de Fletcher (aplicadores rígidos, fixados mecanicamente para manter uma posição padrão) com sonda intrauterina e colpostatos (ovóides mini, pequenos e médios), dose de 600cGy (centigrays) calculados na superfície do ponto A (definido como situado a 2cm para cima e 2cm para o lado do orifício externo do colo, anatomicamente, corresponde aos cruzamentos das artérias uterinas com os ureteres). O uso de cilindro vaginal é reservado às pacientes com infiltração vaginal.

- Carcinoma Invasivo, IB e IIA - A cirurgia é o tratamento preferencial para a paciente jovem, pois é capaz de manter ovários e preservar a função hormonal, porém a radioterapia apresenta resultados semelhantes aos da cirurgia. A radioterapia está indicada como tratamento pós-operatório, para os tumores com invasão do estroma >5mm ou presença de invasão linfovascular. Dose de 4500cGy em quatro campos pélvicos e quatro inserções de braquiterapia de 600cGy, calculados no ponto A se margens livres ou a 5mm se margens positivas.

O cronograma de realização da teleterapia segue a sequência: consulta médica para avaliação e prescrição do tratamento, regularização da parte administrativa e orçamentária, agendamento da simulação, planejamento e início do tratamento. A etapa inicial do tratamento é a simulação, suas metas incluem a determinação da posição de tratamento da paciente, identificação dos volumes-alvo, determinação da geometria do campo de tratamento e aquisição de dados da paciente para o planejamento computadorizado. As pacientes são simuladas e os campos de tratamento verificados radiologicamente.

A teleterapia é realizada na unidade de Cobalto ou com Acelerador Linear, utilizando técnica de quatro campos de tratamento, sendo estes paralelos e opostos (ântero - posterior e látero- lateral).

O volume-alvo compreende o conteúdo da pelve verdadeira, incluindo

o colo, o útero, os paramétrios, o terço superior da vagina e os linfonodos paracervicais, obturadores e ilíacos externos. O campo anterior estende-se superiormente até a junção de L4 e de L5 e inferiormente, ao polo inferior dos forâmens obturadores. Lateralmente, o campo estende-se a 1,5cm da margem óssea da pélvis. As margens laterais situam-se no segundo espaço sacro para a margem posterior e no ponto médio da sínfise púbica para o limite anterior. A altura dos campos laterais corresponde ao campo anterior.

A dose total da teleterapia antes da braquiterapia é de 4500 a 5000cGy em função da resposta local. As pacientes são, geralmente, tratadas na posição de decúbito dorsal e a dose total e a prescrição são feitas em frações de irradiação de 180cGy por dia, cinco vezes por semana. Nas pacientes em que não há resposta que permita a realização de braquiterapia, a dose totaliza 7000cGy com técnica rotatória. No campo pélvico, a dose total é respeitada a fim de se evitar complicações actínicas graves em alças intestinais, além de ser considerada dose suficiente para esterilização de doença subclínica em linfonodos.

Para a aplicação da braquiterapia de alta taxa de dose (HDR) é utilizada fonte única de Ir-192 (Iridio) de 0.343mm de diâmetro e 5mm de comprimento, acoplada a cabo de liga NiTi (de titânio e níquel – nitinol) de 0.59mm de diâmetro. Por meio de aplicadores do tipo Fletcher.

Todas as pacientes que apresentarem comprometimento parametrial prévio à braquiterapia, receberão dose complementar com irradiação externa, com bloco central após 4500cGy.

Quanto à técnica a ser utilizada para braquiterapia de alta taxa de dose, segue o seguinte protocolo, conforme o estadiamento FIGO:

Ia - Tumores de colo uterino - Radioterapia Exclusiva.

IB - Irradiação pélvica - 4500cGy. Sonda e ovoides com quatro aplicações de 600cGy - Ponto A (inserções semanais).

IIA /IIIA - Irradiação pélvica - 4500cGy . Sonda e ovoides com quatro aplicações de 600cGy - Ponto A (inserções semanais).

IIB “Bulky” - Irradiação Pélvica - 4500cGy. Sonda e ovoides com quatro aplicações de 700cGy- Ponto A (inserções semanais). Paramétrios 1000cGy.

IIIB - Irradiação Pélvica - 4500cGy. Sonda e ovoides com quatro aplicações de 750cGy - Ponto A (inserções semanais). Paramétrios 1000cGy.

IVA - Irradiação Pélvica - 4500cGy. Sonda e ovoides com quatro aplicações de 750cGy - Ponto A (inserções semanais). Paramétrios 1000cGy.

As pacientes são avaliadas semanalmente, quanto à toxicidade e resposta, para programação e planejamento da braquiterapia de alta taxa de dose. Exames laboratoriais semanais (hemograma e função renal), também, são solicitados.

A equipe de radioterapia do IBCC atende de segunda a sexta-feira, das 7 às 23 horas. O horário do tratamento é agendado conforme acordo com a preferência do paciente e do acompanhante, sempre que possível.

4.6 Coleta de dados

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (**ANEXO I**), os dados foram coletados no período de novembro de 2008 a fevereiro de 2009, por meio dos seguintes instrumentos:

4.6.1 Instrumento de caracterização do respondente (APÊNDICE C)

Um instrumento estruturado especificamente para este estudo foi elaborado. A primeira parte referia-se às características sociodemográficas e hábitos. A segunda parte, às características da doença, dos tratamentos realizados, outras comorbidades e, a terceira parte, às características da vida sexual.

Parte A - Dados de características sociodemográficas e hábitos

- Idade (em anos);
- Situação conjugal (solteira, casada, separada, viúva, união consensual);
- Número de filhos (em números);

- Nível de escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, médio, superior/pós-graduação);
- Situação de trabalho (empregado, desempregado, em licença-saúde, aposentado, trabalho doméstico);
- Religião (católica, evangélica/protestante, espírita, ortodoxa, judaica, budista, espiritualista sem religião, ateu, outras);
- Prática e frequência das atividades religiosas (não pratica/frequenta, frequenta semanal, quinzenal e mensalmente, tem uma religião, mas frequenta esporádica, ateu/agnóstico/sem religião);
- Rede social de apoio: com quem em sua família você pode realmente contar quando está em dificuldades (não tem ninguém, cônjuge/companheiro, filho (s), mãe, pai, avós, irmãos, outros); além da família, com quem pode realmente contar quando está em dificuldade (não tem ninguém, amigo (s), vizinho (s), cuidador (a), líder religioso, outros);
- Tipos de lazer: Recreativa (televisão, música, computador), Social (encontros/reunião com amigos, reunião familiar, dançar/festas, passeios/viagens), Cultural (leitura, cinema/teatro), Artesanal (trabalhos manuais, culinária), Físico (prática de esporte). Conforme classificação adaptada de Jannuzzi e Cintra (2006).

Parte B - Dados de características clínicas

- Diagnóstico médico;
- Estadiamento FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) (Instituto Nacional de Câncer, 2004) (**ANEXO II**);
- Tratamento realizado (cirurgia e radioterapia com ou sem quimioterapia, radioterapia exclusiva, radioterapia com quimioterapia);
- Tempo de radioterapia (anos completos do término da Radioterapia);

- Comorbidades (qualquer patologia crônica, além do câncer – respiratória, digestiva, renal, neurológica, metabólica, outras);
- Consumo de cigarros (nunca fumou, ex-fumante, fumante);
- Consumo de bebidas alcoólicas (nunca ingeriu, ex-etilista, etilismo);
- Autopercepção do estado de saúde (muito ruim, ruim, nem ruim nem bom, bom, muito bom).

Parte C - Dados de características da vida sexual (prática e importância)

- Prática de atividade sexual (pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação e ato sexual); e
- Grau de Importância da vida sexual (não tem importância nenhuma, pouco importante, moderadamente importante, muito importante).

4.6.2 Instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde - FACT-Cx (ANEXO III)

Para avaliação da QVRS, foi utilizado o questionário Functional Assessment of Cancer Therapy-cervix cancer (FACT-Cx), na versão 4.0 traduzido em português. Neste estudo, seu uso foi autorizado pela instituição detentora dos direitos autorais e da versão traduzida (**ANEXO IV**).

O instrumento denominado FACT-Cx e compõe-se de 27 itens do módulo geral (FACT-G) que contempla quatro domínios: bem-estar físico (sete questões), social/familiar (sete questões), emocional (seis questões), funcional (sete funcionais) (Webster, 1998) e um domínio denominado “preocupações adicionais”, composto por 15 itens que avaliam sintomas relacionados à região ginecológica, como problemas intestinais e urinários, alterações vaginais, sexualidade, autoimagem (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement, 2007).

O instrumento avalia a funcionalidade e a satisfação do paciente com os aspectos avaliados, em relação à última semana.

No FACT-Cx, a escala de resposta é do tipo Likert, com pontuações variando 0 (nem um pouco) a 4 (muito). Alguns estão construídos, como: frases negativas e, neste caso, a pontuação deverá ser invertida. Os escores das subescalas são obtidos pela soma das pontuações dos respectivos itens, e o escore total resulta da soma das pontuações das subescalas **(ANEXO V)**. Os valores mais elevados representam melhor QVRS (Webster, Cella, Yost, 2003).

A versão do FACT-Cx no Brasil ainda necessita ser validada e culturalmente adaptada. No entanto, até o momento, não foi encontrada nenhuma escala para avaliação da QVRS específica para câncer do colo do útero, validada culturalmente para a população brasileira e, também, não há um consenso sobre qual o melhor instrumento a ser usado. Optamos, assim, por utilizar neste estudo o FACT-Cx, sobretudo por este instrumento considerar o conceito multidimensional da QVRS, traduzido como o bem-estar subjetivo do indivíduo e por suas características de brevidade, facilidade e rapidez de aplicação.

O presente estudo avaliou a confiabilidade do questionário para o Português.

4.6.3 Procedimentos para coleta dos dados

Para fazer o convite às pacientes, foram realizadas duas tentativas de comunicação, por contato telefônico e/ou por carta, por meio dos dados contidos no sistema de cadastro do hospital. Neste contato, a pesquisadora identificou-se e forneceu informações sobre a pesquisa: a proposta do estudo e a metodologia, enfocando a segurança quanto ao anonimato e manutenção de seu atendimento e tratamento na instituição, sem qualquer prejuízo em caso de não participação.

Os dados foram coletados em um único momento, por meio de entrevista realizada pela pesquisadora, que considerou o melhor horário e local para as pacientes. Estas foram convidadas a responder aos instrumentos individualmente, de modo que não houvesse influência dos acompanhantes nas respostas. Ao término da entrevista, todos os acompanhantes receberam orientações sobre a pesquisa e tiveram suas

dúvidas respondidas. A entrevista foi realizada no local disponibilizado pelo hospital, sendo priorizada a garantia de inteira privacidade da paciente.

No momento da entrevista, a pesquisadora repetiu os objetivos do estudo, a metodologia e a segurança quanto ao anonimato e manutenção do atendimento e tratamento na instituição, sem qualquer prejuízo em caso de não participação. Todas aquelas que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**APÊNDICE B**). A seguir, foram aplicados o instrumento de caracterização do respondente (**APÊNDICE C**) e o instrumento para avaliação da QVRS FACT-Cx (**ANEXO III**). Os dados clínicos foram obtidos do prontuário, nos registros da avaliação médica e no término da entrevista.

Não houve cronometragem do tempo para a aplicação dos instrumentos, porém, estimou-se que o tempo médio para o preenchimento tenha sido de 20 minutos.

4.7 Procedimentos de categorização das variáveis do estudo

4.7.1 Variável dependente

- **Qualidade de vida relacionada à saúde**, conforme o questionário Functional Assessment of Cancer Therapy-cervix cancer (**FACT-Cx**)

Esta variável é medida como variável quantitativa contínua, considerando o **escore total** do instrumento e o das **cinco dimensões** que o compõe:

1. Bem-estar físico (sete questões)
2. Bem-estar social/familiar (sete questões)
3. Bem-estar emocional (seis questões)
4. Bem-estar funcional (sete questões)

5. Preocupações adicionais (15 questões) – esta parte é específica à abordagem dos sintomas relacionados à região ginecológica, como problemas intestinais e urinários, alterações vaginais, sexualidade e autoimagem.

Os dados do quadro 2 descrevem a composição do FACT-Cx, com a variação possível dos escores (por domínios e no total) e os itens componentes de cada domínio.

Quadro 2 - Domínios do FACT-Cx, variação possível dos escores e itens componentes. São Paulo, 2009.

DOMÍNIOS	NO. DE ITENS	ITENS	VARIAÇÃO DOS ESCORES
bem-estar físico	7	GP1 GP2 GP3 GP4 GP5 GP6 GP7	0-4 0-4 0-4 0-4 0-4 0-4 0-4
Total domínio bem-estar físico	1	PWB score	0-28
bem-estar social/familiar	7	GS1 GS2 GS3 GS4 GS5 GS6 GS7	0-4 0-4 0-4 0-4 0-4 0-4 0-4
Total domínio bem-estar social/familiar	1	SWB score	0-28
bem-estar emocional	6	GE1 GE2 GE3 GE4 GE5 GE6	0-4 0-4 0-4 0-4 0-4 0-4
Total domínio bem-estar emocional	1	EWB score	0-24
bem-estar funcional	7	GF1 GF2 GF3 GF4 GF5 GF6 GF7	0-4 0-4 0-4 0-4 0-4 0-4 0-4
Total domínio bem-estar funcional		FWB score	0-28
Preocupações adicionais	15	CX1 CX2 CX3 B4 CX4 BMT7 CX5 BL4 C7 CX6 C6 BL1 BL3 CX7 HN1	0-4 0-4 0-4 0-4 0-4 0-4 0-4 0-4 0-4 0-4 0-4 0-4 0-4 0-4 0-4
Total domínio Preocupações adicionais	1	CxCS score	0-60
Total - Soma de todos os domínios do instrumento	42	FACT-Cx Total score	0-168

Os escores foram obtidos, segundo as normas de pontuação (fórmula) previamente estabelecidas pelo FACT-Cx (**ANEXO V**), As escalas de resposta foram do tipo Likert, com pontuações variando de 0 (nem um pouco) a 4 (muito). Alguns estão construídos como frases negativas e, neste caso, a pontuação foi invertida. Os escores das subescalas foram obtidos pela soma das pontuações dos respectivos itens, e o escore total resultou da soma das pontuações das subescalas. Os valores mais elevados representaram melhor QVRS. Não existe nota de corte do instrumento.

4.7.2 Variável independente

O quadro 3 descreve como as variáveis independentes foram categorizadas.

Quadro 3 – Categorização das variáveis independentes utilizadas no estudo. São Paulo, 2009.

VARIÁVEL INDEPENDENTE	CATEGORIAS	TIPO DE VARIÁVEL
Características sócio-demográficos e hábitos		
Idade	Anos completos no dia da entrevista	Quantitativa discreta
Situação conjugal	1 = Com Cônjuge ou companheiro 2 = Sem Cônjuge ou companheiro	Variável dicotômica
Número de filhos	Número	Quantitativa discreta
Nível de escolaridade	1 = Analfabeto 2 = Ensino fundamental 3 = Médio 4 = Superior/pós-graduação	Qualitativa ordinal
Situação de trabalho	1 = Empregado 2 = Desempregado 3 = Em licença saúde 4 = Aposentado 5 = Trabalho doméstico "do Lar"	Qualitativa nominal
Religião	1 = Católica 2 = Evangélica/protestante 3 = Outras (Espírita, Ortodoxa, Judaica, Budista, Testemunha de Jeová, Espiritualista sem religião 4 = <u>Ateus/agnósticos/sem religião</u>	Qualitativa nominal
Crença e Religião - prática e frequência das atividades religiosas	1 = Não frequenta 2 = Semanalmente 3 = Quinzenalmente/Mensalmente 4 = Participa das festas religiosas (frequenta esporadicamente)	Qualitativa nominal
Rede social de apoio - familiar	1 = Não tenho ninguém 2 = Cônjuge/Companheiro 3 = Filho (s) 4 = Irmãos 5 = Outros	Qualitativa nominal
Rede social de apoio - sociedade	1 = Não tenho ninguém 2 = Amigo (s) 3 = Vizinho (s) 4 = Líder religioso 5 = Colega (s) de trabalho 6 = Patrão	Qualitativa nominal
Hábitos de lazer (entretenimento, recreação ou passatempo)	1 = Recreativas 2 = Sociais 3 = Artesanais, Culturais e Físicas	Qualitativa nominal

Características clínicas		
Estadiamento do tumor	1 = Doença precoce 2 = Doença localmente avançada	Qualitativa ordinal
Tratamento realizado	1 = Cirurgia e radioterapia com ou sem quimioterapia 2 = Radioterapia exclusiva 3 = Radioterapia com quimioterapia	Qualitativa nominal
Tempo de radioterapia	1 = < que 1 ano 2 = 1 à 2 anos 3 = > que 2 anos	Quantitativa discreta
Número de comorbidades	1 = Nenhuma 2 = 1 3 = 2 ou mais	Quantitativa discreta
Tipo de comorbidades	1 = Hipertensão 2 = Diabetes Mellitus 3 = Doença Cardiovascular 4 = Doença Reumática 5 = Doença Endócrina 6 = Outras	Qualitativa nominal
Tabagismo	1 = Nunca fumou 2 = Ex-fumante 3 = Fumante	Qualitativa nominal
Etilismo	1 = Nunca ingeriu 2 = Ex-etilismo 3 = Etilismo	Qualitativa nominal
Autopercepção do estado de saúde	1 = Muito ruim/Ruim 2 = Nem ruim/nem bom 3 = Bom 4 = Muito bom	Qualitativa nominal
Características da vida sexual (Prática e importância)		
Prática de atividade sexual	1 = Sim 2 = Não	Variável dicotômica
Grau de Importância atribuída à atividade sexual	1 = Não tem importância nenhuma 2 = Pouco importante 3 = Moderadamente importante 4 = Muito importante	Qualitativa ordinal

4.8 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram armazenados e analisados utilizando o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Scienses*) versão 17.0. Sob a orientação de um estatístico, foram analisados de forma descritiva e submetidos aos testes estatísticos pertinentes a consecução dos objetivos do estudo. O valor de significância adotado foi de 0,05. As seguintes análises foram realizadas:

- Estatística descritiva: para a análise dos dados sócio-demográficos, clínicos e relacionados à vida sexual e descrição dos domínios do instrumento de QVRS. Foram utilizadas medidas de tendência central (frequência simples, relativa, média, máximo e mínimo) e medidas de dispersão (desvio-padrão).

- Coeficiente Alfa de *Cronbach*: utilizado para testar a confiabilidade dos itens e domínios do instrumento de QVRS através da consistência interna. O coeficiente alfa de *Cronbach* fornece uma estimativa da confiabilidade baseada em todas as possíveis correlações entre dois conjuntos de itens. O valor de referência adotado neste estudo para analisar o grau de consistência interna como aceitável (boa confiabilidade) foi igual ou maior a 0,60 (Hair et al., 2005).

- Na avaliação da QVRS foram considerados relevantes os itens que tiveram uma frequência de resposta de pelo menos 20% do total de mulheres.

- Foi realizada análise de regressão linear múltipla, método *backward*, visando identificar preditores de QVRS em pacientes submetidas à radioterapia. O critério adotado para a determinação do modelo preditivo final, foi a retirada das variáveis que não apresentavam convergência com o escore de cada escala, ou seja, que apresentaram $p \geq 0,05$ na análise de regressão linear múltipla.

Usamos variáveis indicadoras, que recebem valores 0 e 1 para identificar as categorias de uma variável qualitativa. O quadro 4 descreve como as variáveis independentes que foram novamente categorizadas para melhor interpretação dos valores de β .

Quadro 4 – Categorização das variáveis independentes utilizadas na interpretação dos resultados da regressão. São Paulo, 2009.

VARIÁVEL INDEPENDENTE	CODIFICAÇÃO	CATEGORIAS
Situação de trabalho	Emprego formal	Sim = 1 Não = 0
Crença e Religião - prática e frequência das atividades religiosas	Pratica religiosa	Não = 1 Sim = 2
Rede social de apoio - familiar	Apoio familiar	Não = 1 Sim = 2
Rede social de apoio - sociedade	Apoio sociedade	Não = 1 Sim = 2
Tempo de radioterapia	Tempo de radioterapia	≤ de 1 ano = 1 > de 1 ano = 0
Número de comorbidades	Presença de comorbidade	Não = 1 Sim = 0
Tabagismo	Fumante	Sim = 0 Não = 1
Etilismo	Etilista	Sim = 0 Não = 1
Autopercepção do estado de saúde	Autopercepção do estado de saúde	Muito bom/boa = 1 Moderado/ruim/muito ruim = 0
Grau de Importância atribuída à atividade sexual	Importância atribuída à atividade sexual	Importante = 1 Sem importância = 0

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados em forma de tópicos, expostos a seguir.

5.1 Caracterização das respondentes

5.1.1 Descrição das características sociodemográficas e hábitos

Os dados da Tabela 1 se refere às características sociodemográficas e hábitos da amostra de mulheres na época da coleta dos dados.

Tabela 1- Características sociodemográficas e hábitos das 149 mulheres estudadas. São Paulo, 2009.

Características	n	%	Média ± dp	Min	Máx
Idade			53,13 ±11,527	19	88
18 — 30	3	2,0			
31 — 45	33	22,1			
46 — 60	81	54,4			
61 — 75	27	18,1			
≥ 76	5	3,4			
Número de filhos			3,83 ±2,697	0	15
Situação conjugal					
Com Cônjuge ou companheiro	83	55,7			
Sem Cônjuge ou companheiro	66	44,3			
Nível de escolaridade					
Analfabeto	16	10,7			
Ensino fundamental	90	60,4			
Ensino médio	36	24,2			
Superior/pós-graduação	7	4,7			
Situação de Trabalho					
Trabalho doméstico	57	38,3			
Empregado	50	33,6			
Aposentado	30	20,1			
Desempregado	7	4,7			
Em licença saúde	5	3,4			
Crença e Religião					
Católica	88	59,5			
Evangélica/protestante	44	29,7			
Outras ¹	16	10,8			
Prática e frequência das atividades religiosas					
Não freqüenta	28	18,8			
Semanalmente	77	51,7			
Quinzenalmente/ Mensalmente	34	22,8			
Participo das festas religiosas	10	6,7			
Rede social de apoio – familiar					
Não tenho ninguém	10	6,7			
Cônjuge/Companheiro	40	26,8			
Filho (s)	74	49,7			
Irmãos	19	12,8			
Outros ²	6	4,0			

Tabela 1 Características sociodemográficas e hábitos das 149 mulheres estudadas. São Paulo, 2009.
(Continuação)

Características	n	%	Média $\pm$ dp	Min	Máx
Rede social de apoio – sociedade					
Não tenho ninguém	55	36,9			
Amigo (s)	61	40,9			
Vizinho (s)	12	8,1			
Líder religioso	6	4,0			
Colega (s) de trabalho	4	2,7			
Patrão	6	4,0			
Cunhada (o)	5	3,4			
Hábitos de lazer					
Recreativas	71	47,6			
Sociais	39	26,2			
Artesanais, Culturais e Físicas	39	26,2			

¹ – (6 = espiritualista sem religião; 5 = espírita; 3 = testemunha de Jeová; 1 = budista; 1 = adventista;

1 = ateu/agnóstico/sem religião)

² – (4 = pais; 1 = primo; 1 = sobrinho)

Observa-se que na amostra a idade variou de 19 a 88 anos, com média de 53,1 ($\pm$ 11,527) anos. A média do número de filhos foi 3,83 filhos por mulher, com desvio padrão de 2,6 filhos, mínimo de nenhum e máximo de 15 filhos. No momento da entrevista 83 mulheres encontravam-se em união no momento da entrevista informando ter um cônjuge ou companheiros e 66 não têm (55,7% versus 44,3%).

Quanto à escolaridade 16 mulheres eram analfabetas, dentre as mulheres alfabetizadas, grande parte, 90 (60,4%) mulheres possuía até o ensino fundamental e somente sete mulheres (4,7%) possuíam o nível superior.

No momento da entrevista 55 mulheres (37%) encontravam-se empregadas, porém, 5 mulheres (3,4%) se diziam empregadas. Das restantes 57 (38,3%) dedicavam-se aos serviços domésticos, 30 (20,1%) eram aposentadas e 7 (4,7%) estavam desempregadas.

Sobre crenças e religião, 88 (59,1%) mulheres disseram ser católicas e 44 (29,5%) declararam-se evangélicas/protestantes. Apenas 1 mulher se disse ateu/agnóstico/sem religião. Quanto à prática religiosa, cerca da metade das mulheres disseram frequentar encontros religiosos semanalmente 77 (51,7), enquanto 28 (18,8%) não frequentava encontros religiosos tendo ou não alguma crença ou religião.

Sobre a rede social de apoio 10 (6,7%) mulheres referiram não ter nenhum familiar fornecendo qualquer tipo de apoio. Os filhos foram referidos por 74 (49,7%) das mulheres, os cônjuges/companheiros por 40 (26,8%), irmãos por 19 (12,8%) e 6 mulheres (4,0%) informaram outros familiares, sendo estes os pais, um primo e e um sobrinho. Fora do âmbito familiar, a maioria das mulheres (55%) disseram não ter ninguém fora da família que ofereça qualquer tipo de apoio, 61 (40,9%) mulheres informaram receberem apoio de pessoas consideradas amigas apoio de pessoas, 12 (8,1%) informaram receber apoio de pessoas residentes próximas de seus domicílios, os vizinhos. O restante informou serem apoiadas por um líder religioso, colegas de trabalho, patrão e cunhada (4,0%, 2,7%, 4,0%, 3,4%) respectivamente.

Sobre os hábitos de lazer (entretenimento, recreação ou passatempo), atividades do tipo recreativas foram informadas pela maioria das mulheres, entre elas, ver televisão foi informado por 62 (41,6%) das mulheres entrevistadas. Das atividades sociais, 12 (8,1%) mulheres informaram passeios e viagens, 11 (7,4%) encontros/reunião familiar e 11 (7,4%) mulheres também informaram atividade de lazer artesanais, do tipo trabalhos manuais.

As características clínicas apresenta-se resumida na Tabela 2.

5.1.2 Descrição das características clínicas

Tabela 2- Características clínicas das 149 mulheres estudadas. São Paulo, 2009.

Características	n	%
Estadiamento do tumor		
Doença precoce ¹	63	42,3
Doença localmente avançada ²	86	57,7
Tratamento realizado		
Cirurgia e radioterapia com ou sem quimioterapia	72	48,3
Radioterapia exclusiva	42	28,2
Radioterapia com quimioterapia	35	23,5
Tempo de radioterapia		
< que 1 ano	36	24,2
1 à 2 anos	81	54,4
> que 2 anos	32	21,5
Número de Comorbidades		
Nenhuma	72	48,3
1	43	28,9
2 ou mais	34	22,8
Tipo de comorbidades		
Hipertensão	51	43,6
Diabetes Mellitus	25	21,3
Doença Cardiovascular	7	6,0
Doença Reumática	7	6,0
Doença Endócrina	7	6,0
Outras ³	20	17,1
Tabagismo		
Nunca fumou	84	56,4
Ex-fumante	41	27,5
Fumante	24	16,1
Etilismo		
Nunca ingeriu	92	61,7
Ex-etilismo	23	15,4
Etilismo	34	22,8
Auto-percepção do estado de saúde		
Muito ruim/Ruim	3	2,0
Nem ruim/nem bom	14	9,4
Bom	45	30,2
Muito bom	87	58,4

¹ – (46 = IB; 10 = IB2; 7 = IIA)

² – (41 = IIB; 33 = IIIB; 6 = IV; 3 = IVA; 3 = IVB)

³ – (4 = Obesidade; 4 = gastrointestinal; 3 = Fístula vesico-vaginal; 2 = Colostomia; HIV/AIDS,

1 = Insuficiência renal; 1 = depressão; 1 = alergias; 1 = perda da audição unilateral e 1 = catarata)

Quanto ao estadiamento, 63 (42,3%) apresentavam doença com estadiamento precoce, sendo 46 (30,9%) em estágio IB, 10 (6,7%) em estágio IB2 e 17 (4,7%) em estágio IIA. O restante, 86 (57,7%) encontravam-

se com doença em estágio avançado, 41 (27,5%) em IIB, 33 (22,1%) em estágio IIIB, 6 (4,0%) em estágio IV, 3 (2,0%) em IVA e 3 (2,0%) em IVB.

Cirúrgico e radioterapia com ou sem quimioterapia foram o tratamento de escolha para 72 (48,3%) das mulheres. Outras 42 (28,2%) mulheres receberam radioterapia exclusiva e 35 (23,5%) uma combinação de radioterapia com quimioterapia. Em relação ao tempo de término do tratamento, 81 (54,4%) estavam entre 1 à 2 anos do término do tratamento, 36 (24,2%) estavam a menos de um ano do término do tratamento e 32 (21,5%) encontravam-se a mais de 2 anos do término do tratamento.

A caracterização clínica evidenciou 72 (48,3%) mulheres sem comorbidades, enquanto 77 (51,7%) referiam uma ou mais comorbidades. Houve o predomínio de duas comorbidades: Hipertensão (43,6%) e Diabetes Mellitus (21,3%). Do restante, 7 (6%) pacientes apresentavam doença cardiovascular, 7 (6%) doença reumática e outros 7 (6%) doença endócrina. Ainda 23 (19,7) mulheres apresentavam outras comorbidades, tais como: 4- gastrointestinais, 4- obesidade, 3- fistula vesico-vaginal, 2- colostomia permanente, 2- HIV/AIDS, 1- insuficiência renal, 1- depressão, 1- alergias, 1- perda da audição unilateral e 1 – catarata.

Em relação ao tabagismo 84 mulheres (56,4%) informaram nunca ter fumado e 24 (16,1%) informaram serem fumantes. A maioria 92 (61,7%) informou nunca ter ingerido bebidas com teor alcoólico e 34 (22,8%) informam ingerir bebida alcoólica com frequência até o momento da entrevista.

A maioria das mulheres 87 (58,4%) avaliaram a sua saúde nas últimas quatro semanas como muito boa, 45 (30,2%) boa, 14 (9,4%) nem ruim nem boa e 3 (2%) avaliaram como ruim e muito ruim .

5.1.3 Descrição das características da vida sexual (prática e importância)

Tabela 3- Características da vida sexual (prática e importância) das 149 mulheres estudadas. São Paulo, 2009.

Características	n	%
Prática de atividade sexual		
Sim	61	40,9
Não	88	59,1
Grau de Importância atribuída à atividade sexual		
Não tem importância nenhuma	58	38,9
Pouco importante	34	22,8
Moderadamente importante	29	19,5
Muito importante	28	18,8

Quanto a prática de atividade sexual a maioria das mulheres 88 (59,1%) informaram não ter nenhuma atividade sexual nas últimas quatro semanas, sendo que 58 (38,9%) atribuíram nenhuma importância e 34 (22,8%) pouca importância a atividade sexual em sua vida enquanto 57 (38,3%) atribuíram moderada (19,5%) a muita importância (18,8%).

5.2 Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento de QVRS

Os resultados apresentados a seguir referem-se às propriedades psicométricas do instrumento aplicado.

5.2.1 Confiabilidade

Na Tabela 4 estão apresentados os valores do alfa de Cronbach obtidos com a aplicação do FACT-Cx (total e por dimensão) na amostra.

Tabela 4- Coeficiente Alfa de Cronbach dos domínios do FACT-Cx aplicado em mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia. São Paulo, 2009. (N=149)

Domínios	Nº de itens	Coeficiente Alfa de Cronbach
Bem-estar físico	7	0,847
Bem-estar social/familiar	7	0,847
Bem-estar emocional	6	0,784
Bem-estar funcional	7	0,778
Preocupações adicionais	15	0,651
FACT-Cx Total	42	0,900

Observa-se que o coeficiente de consistência interna do FACT-Cx foi satisfatório ($\alpha \geq 0,6$) em todos os domínios.

A Tabela 5 mostra os resultados de consistência interna (alfa de Cronbach) dos itens totais do instrumento.

Tabela 5- Correlação item – total e coeficiente alfa de Cronbach com a eliminação de itens do FACT-Cx aplicado em mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia. São Paulo, 2009. (N=149)

Item	Correlação item – total da escala	Alfa se item eliminado
Coeficiente total	0,900	
GP1	0,471	0,897
GP2	0,261	0,899
GP3	0,562	,896
GP4	0,411	0,898
GP5	0,485	0,897
GP6	0,538	0,897
GP7	0,533	0,897
GS1	0,504	0,896
GS2	0,559	0,896
GS3	0,514	0,896
GS4	0,505	0,897
GS5	0,498	0,897
GS6	0,621	0,895
GS7	0,474	0,897
GE1	0,675	0,893
GE2	0,431	0,898
GE3	0,323	0,899
GE4	0,549	0,895
GE5	0,350	0,898
GE6	0,467	0,897
GF1	0,541	0,896
GF2	0,704	0,894
GF3	0,499	0,898
GF4	0,336	0,899
GF5	0,489	0,896
GF6	0,598	0,897
GF7	0,658	0,895
Cx1	0,098	0,900
Cx2	0,104	0,900
Cx3	0,236	0,903
B4	0,288	0,902
Cx4	0,296	0,901
BMT7	-0,033	0,901
Cx5	0,467	0,897
BL4	0,077	0,907
C7	0,668	0,894

Tabela 5 Correlação item – total e coeficiente alfa de Cronbach com a eliminação de itens do FACT-Cx aplicado em mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia. São Paulo, 2009. (N=149)

(Continuação)

Item	Correlação item – total da escala	Alfa se item eliminado
Cx6	0,352	0,899
C6	0,401	0,898
BL1	0,352	0,899
BL3	0,405	0,898
Cx7	0,396	0,898
HN1	0,367	0,898

Os dados da Tabela 5 revelam que o item BMT7 “Estou preocupada com a minha capacidade de ter filhos” apresentou correlação negativa (-0,033) Observa-se também que o item BL4 ‘Tenho interesse em sexo’ foi o que apresentou menor correlação (0,077) com o escore total da escala. O comportamento destes itens sugere a sua exclusão, entretanto, se excluídos a contribuição para o alfa seria inexpressiva.

Tabela 6- Correlação item – total da escala e coeficiente alfa de Cronbach com a eliminação de itens do FACT-Cx aplicado em mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia. São Paulo, 2009. (N=149)

Domínio (alfa)	Item	Correlação item – total da escala	Alfa se item eliminado
Bem-estar físico (0,847)	GP1	0,599	0,831
	GP2	0,570	0,833
	GP3	0,756	0,804
	GP4	0,354	0,873
	GP5	0,562	0,832
	GP6	0,764	0,802
	GP7	0,791	0,799
Bem-estar social/familiar (0,847)	GS1	0,646	0,820
	GS2	0,754	0,813
	GS3	0,648	0,820
	GS4	0,708	0,815
	GS5	0,714	0,815
	GS6	0,652	0,821
	GS7	0,389	0,882
Bem-estar emocional (0,784)	GE1	0,598	0,739
	GE2	0,390	0,787
	GE3	0,393	0,785
	GE4	0,673	0,715
	GE5	0,543	0,756
	GE6	0,737	0,693
Bem-estar funcional (0,778)	GF1	0,524	0,746
	GF2	0,661	0,721
	GF3	0,562	0,757
	GF4	0,400	0,788
	GF5	0,386	0,783
	GF6	0,614	0,744
	GF7	0,679	0,714
Preocupações adicionais (0,651)	Cx1	0,149	0,651
	Cx2	0,159	0,650
	Cx3	0,260	0,643
	B4	0,261	0,641
	Cx4	0,262	0,639
	BMT7	0,013	0,655
	Cx5	0,365	0,623
	BL4	-0,002	0,695

Tabela 6 Correlação item – total da escala e coeficiente alfa de Cronbach com a eliminação de itens do FACT-Cx aplicado em mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia. São Paulo, 2009. (N=149)

(Continuação)

Domínio (alfa)	Item	Correlação item – total da escala	Alfa se item eliminado
Preocupações adicionais			
	C7	0,484	0,604
	Cx6	0,417	0,611
	C6	0,338	0,631
	BL1	0,371	0,618
	BL3	0,494	0,607
	Cx7	0,459	0,610
	HN1	0,264	0,640

Observa-se que os itens BMT7 e BL4 do domínio “Preocupações adicionais” foram os que apresentaram respectivamente a menor correlação (0,013) e correlação negativa (-0,002) com o domínio a que pertencem. A exclusão destes dois itens não aumentaria substancialmente a consistência interna do domínio, além de descaracterizar a composição do instrumento original. Optou-se, assim por mantê-los nas análises subseqüentes.

5.3 Avaliação da Qualidade de vida relacionada à saúde

5.3.1 Estatística descritiva dos escores do FACT-Cx

Na Tabela 7 estão apresentados os escores obtidos pela aplicação do FACT-Cx.

Tabela 7- Estatística descritiva dos escores do FACT-Cx total e por domínios aplicado em mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia. São Paulo, 2009. (N=149)

Domínios	Média $\pm$ dp	Mín	Mediana	Percentil 25 %	Percentil 75 %	Máx
Bem-estar físico	25,62 $\pm$ 3,58	3	27,0	25,0	28,0	28
Bem-estar social/familiar	25,17 $\pm$ 4,41	1	28,0	24,0	28,0	28
Bem-estar emocional	21,42 $\pm$ 3,86	5	23,0	21,0	24,0	24
Bem-estar funcional	25,77 $\pm$ 3,74	9	28,0	25,0	28,0	28
Preocupações adicionais	50,05 $\pm$ 6,73	24	52,0	46,0	55,0	60
FACT-Cx Total	148,03 $\pm$ 17,31	68	154,0	142	159,0	168,0

As médias obtidas nos domínios e no total mostram que, em geral, as avaliações foram satisfatórias, considerando os valores das médias em relação aos valores máximos possíveis. Observa-se que, proporcionalmente, as menores médias foram obtidas nos domínios bem-estar emocional (21,42/24), bem-estar social/familiar (25,17/28) e domínio preocupações adicionais (50,05/60).

Na Tabela 8 é apresentada a frequência das mulheres em cada nível de resposta dos itens do FACT-Cx.

Tabela 8- Distribuição das mulheres segundo os níveis de resposta em cada item do FACT-Cx. São Paulo, 2009. (N=149)

Item	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)
Sem energia	86 (57,7)	45 (30,2)	10 (12,1)	6 (5,4)	2 (1,3)
Náuseas	133 (89,3)	13 (8,7)	1 (0,7)	1 (0,7)	1 (0,7)
Dificuldade em atender às necessidades da família	131 (87,9)	10 (6,7)	5 (5,4)	1 (0,7)	2 (1,3)
Dores	64 (43,0)	62 (41,6)	14 (15,4)	8 (6,0)	1 (0,7)
Incomodo pelos efeitos secundários do tratamento	125 (83,9)	18 (12,1)	3 (4,0)	2 (2,0)	1 (0,7)
Sente-se doente	136 (91,3)	5 (3,4)	2 (1,3)	5 (3,4)	1 (0,7)
Forçada a passar tempo deitada	133 (89,3)	7 (4,7)	5 (3,4)	3 (2,0)	1 (0,7)
Boa relação com os amigos	2 (1,3)	5 (3,4)	11 (7,4)	17 (11,4)	114 (76,5)
Apoio emocional da família	2 (1,3)	—	6 (4,0)	17 (11,4)	124 (83,2)
Apoio dos amigos	5 (3,4)	3 (2,0)	15 (10,1)	17 (11,4)	109 (73,2)
A família aceita a doença	2 (1,3)	2 (1,3)	5 (3,4)	17 (11,4)	123 (82,6)
Satisfeita com a maneira como a família fala sobre a doença	3 (2,0)	—	5 (3,4)	15 (10,1)	126 (84,6)
Proximidade com parceiro (ou da pessoa que dá maior apoio)	1 (0,7)	2 (1,3)	14 (9,4)	16 (10,7)	116 (77,9)
Satisfação com a vida sexual	9 (6,0)	9 (6,0)	21 (14,1)	10 (6,7)	100 (67,1)
Triste	94 (63,1)	31 (20,8)	9 (6,0)	4 (2,7)	11 (7,4)
Satisfeita com a maneira como enfrenta a doença	—	1 (0,7)	3 (2,0)	14 (9,4)	131 (87,9)
Perdendo a esperança na luta contra a doença	141 (94,6)	4 (2,7)	2 (1,3)	—	2 (1,3)
Nervosa	87 (58,4)	37 (24,8)	7 (4,7)	7 (4,7)	11 (7,4)
Preocupada com a idéia de morrer	130 (87,2)	13 (8,7)	2 (1,3)	1 (0,7)	3 (2,0)
Preocupada que o estado de saúde venha piorar	105 (70,5)	20 (13,4)	10 (6,7)	4 (2,7)	10 (6,7)
Capaz de trabalhar	2 (1,3)	3 (2,0)	11 (7,4)	13 (8,7)	120 (80,5)
Sente-se realizada com o trabalho	2 (1,3)	2 (1,3)	8 (5,4)	14 (9,4)	123 (82,6)
Prazer em viver	—	1 (0,7)	3 (2,0)	8 (5,4)	137 (91,9)
Aceita sua doença	8 (5,4)	5 (3,4)	12 (8,1)	9 (6,0)	115 (77,2)
Dorme bem	4 (2,7)	7 (4,7)	14 (9,4)	10 (6,7)	114 (76,5)
Gosto das coisas que faz para se divertir	1 (0,7)	1 (0,7)	3 (2,0)	7 (4,7)	137 (91,9)
Satisfeita com a qualidade da vida	3 (2,0)	4 (2,7)	4 (2,7)	12 (8,1)	126 (84,6)
Corrimento ou sangramento vaginal	143 (96,0)	5 (3,4)	1 (0,7)	—	—
Odor vaginal	143 (96,0)	4 (2,7)	2 (1,3)	—	—
Medo de ter relações sexuais	73 (49)	23 (15,4)	10 (6,7)	9 (6,0)	34 (22,8)
Sente-se sexualmente atraente	28 (18,8)	16 (10,7)	23 (15,4)	18 (12,1)	64 (43,0)
Vagina estreita ou curta demais	81 (54,4)	27 (18,1)	10 (6,7)	12 (8,1)	19 (12,8)
Preocupada com a capacidade de ter filhos	148 (99,3)	1 (0,7)	—	—	—
Receio que o tratamento seja prejudicial para o corpo	127 (85,2)	5 (3,4)	7 (4,7)	5 (3,4)	5 (3,4)
Interesse em sexo	65 (43,6)	12 (8,1)	28 (18,8)	11 (7,4)	33 (22,1)
Gosta da aparência do seu corpo	6 (4,0)	3 (2,0)	17 (11,4)	24 (16,1)	99 (66,4)
Incomodo pela prisão de ventre	100 (67,1)	22 (14,8)	10 (6,7)	9 (6,0)	8 (5,4)
Bom apetite	1 (0,7)	1 (0,7)	13 (8,7)	15 (10,1)	119 (79,9)
Dificuldade em controlar a urina	112 (75,2)	13 (8,7)	6 (4,0)	4 (2,7)	14 (9,4)
Ardor quando urina	137 (91,9)	2 (1,3)	1 (0,7)	2 (1,3)	7 (4,7)
Incomodo ao urinar	125 (83,9)	13 (8,7)	1 (0,7)	2 (1,3)	8 (5,4)
Poder comer os alimentos que gosta	1 (0,7)	—	7 (4,7)	19 (12,8)	122 (81,9)

0 = nem um pouco; 1 = um pouco; 2 = mais ou menos; 3 = muito; 4 = muitíssimo

Os itens GP1 (Estou sem energia), GP2 (Fico enjoado/a), GP3 (Dificuldade em atender às necessidades da família), GP4 (Tenho dores) GP5 (Incomodo pelos efeitos secundários do tratamento), GP6 (Sente-se

doente), GP7 (Forçada a passar tempo deitada), GE1(Triste), GE3 (Perdendo a esperança na luta contra a doença), GE4 (Nervosa), GE5 (Preocupada com a idéia de morrer), GE6 (Preocupada que o estado de saúde venha piorar), Cx1 (Corrimento ou sangramento vaginal), Cx2 (Odor vaginal), Cx3 (Medo de ter relações sexuais), Cx4 (Vagina estreita ou curta demais), BMT7 (Preocupada com a capacidade de ter filho), Cx5 (Receio que o tratamento seja prejudicial para o corpo), Cx6 (Incomodo pela prisão de ventre), BL1 (Dificuldade em controlar a urina), BL3 (Ardor quando urina) e Cx7 (Incomodo ao urinar) tem valores invertidos, os valores maiores indicar pior QVRS.

A análise dos dados da Tabela 8 mostram que de forma geral as mulheres avaliaram positivamente os diferentes aspectos da sua vida.

Considerando como relevantes os itens que tiveram uma frequência de resposta de pelo menos 20% do total de mulheres, podemos observar que apresentaram avaliação negativa os itens: BL4 “Tenho interesse em sexo” (nem um pouco/um pouco - 51,7%), B4 “Sinto-me sexualmente atraente” (nem um pouco/um pouco - 29,5%), Cx3 “Tenho medo de ter relações sexuais” (nem um pouco/pouco - 28,8%) e Cx4 “Sinto a vagina estreita ou curta demais” (muito/muitíssimo - 20,9%).

5.4 Análise de regressão para identificação dos fatores preditivos da QVRS

Após a dicotomização de algumas variáveis, a regressão linear múltipla foi processada, pelo método *backward*, nível de significância $\geq 0,10$ para retirada das variáveis. A Tabela 9 apresenta o modelo inicial e final da regressão linear múltipla para o escore total do instrumento FACT-Cx.

Tabela 9- Regressão linear múltipla para o escore total do FACT-Cx. São Paulo, 2009. (N=149)

Modelo	Variáveis que permaneceram	Coeficiente β	P valor (significância)
1	(Constante)	93,438	0,000
	Situação conjugal	7,759	0,023
	Escolaridade	-1,133	0,616
	Emprego formal	5,733	0,049
	Prática religiosa	0,741	0,816
	Apoio social - sociedade	-0,347	0,896
	Apoio social - família	2,433	0,638
	Lazer	4,634	0,006
	Estadiamento	3,361	0,299
	Tratamento	3,313	0,108
	Tempo de radioterapia	-3,151	0,294
	Presença de comorbidade	-4,440	0,119
	Tabagismo	7,805	0,041
	Etilismo	-0,947	0,774
	Autopercepção do estado de saúde	20,271	0,000
	Prática de atividade sexual	9,526	0,018
	Importância atribuída à atividade sexual	-5,353	0,115
	Idade	-0,029	0,834
	Número de filhos	0,253	0,649
13	(Constant)	103,121	0,000
	Situação conjugal	7,295	0,023
	Lazer	4,415	0,004
	Tabagismo	6,510	0,055
	Autopercepção do estado de saúde	21,782	0,000
	Prática de atividade sexual	9,322	0,010
	Importância atribuída à atividade sexual	-5,412	0,087

Variável dependente escore Total FACT-Cx

Como se observa, inicialmente todas as variáveis foram incorporados no modelo e retiradas pelo método *backward*. No final do processo do

backward o modelo foi rodado somente com as que apresentaram $p \leq 0,05$ (isso aconteceria naturalmente se o critério de exclusão fosse $p \geq 0,05$ e não $p \geq 0,10$). Procuramos analisar o modelo final e depois rodar mais uma vez, pois alguma variável importante poderia ser excluída. Repetimos o processo com todos os domínios do instrumento FACT-Cx.

A Tabela 9 mostra as variáveis que permaneceram no modelo final da Regressão Linear Múltipla. Observa-se que a variável que mais influenciou a variação no escore total foi a Autopercepção do estado de saúde (β 21,782).

Nas Tabelas a seguir, são apresentados os modelos finais que foram novamente processados somente com as variáveis que apresentaram $p \leq 0,05$.

Tabela 10- Regressão linear múltipla entre o escore total do FACT-Cx e variáveis independentes estudadas. São Paulo, 2009. (N=149)

R ²	Variáveis que permaneceram	Coefficiente β	p valor (significância)	Durbin-Watson
0,255	Lazer	4,275	0,005	2,127
	Autopercepção do estado de saúde	23,969	0,000	
Variável dependente escore Total FACT-Cx				

O R² ajustado diz o quanto da variabilidade do escore total do FACT-Cx é explicada pela variabilidade das variáveis independentes que resultaram no modelo final. Ao processar a análise de regressão linear múltipla, encontrou-se um coeficiente R² ajustado de 0,255 sendo que as variáveis que permaneceram no modelo final com $\leq 0,05$ foram: lazer (0,005) e autopercepção do estado de saúde (0,000). Isso significa que 25,5% da variabilidade do escore total é explicada pela variabilidade das variáveis lazer e autopercepção de saúde.

Os indicadores lazer e autopercepção do estado de saúde apresentaram coeficientes β positivos, mostrando uma relação diretamente proporcional com o escore total do FACT-Cx de mulheres sobreviventes ao câncer de colo uterino submetidas à radioterapia.

Observa-se que a autopercepção do estado de saúde foi a variável que mais influenciou a variação no escore total (β 23,969). O que significa que ter uma boa/muito boa percepção do estado de saúde aumenta o escore total de QVRS nessa amostra de mulheres com câncer de colo uterino.

O coeficiente de Durbin-Watson = 2,127 indica que não existe correlação serial.

Tabela 11- Regressão linear múltipla entre o domínio bem-estar físico e variáveis independentes estudadas. São Paulo, 2009. (N=149)

R ²	Variáveis que permaneceram	Coeficiente β	p valor (significância)	Durbin-Watson
0,277	Autopercepção do estado de saúde	5,434	0,000	2,152
	Prática de atividade sexual	1,272	0,014	

Variável dependente domínio bem-estar físico

Na análise de regressão linear múltipla, encontrou-se um coeficiente R² ajustado de 0,277 sendo que as variáveis que permaneceram no modelo final foram: autopercepção do estado de saúde (0,000) e prática de atividade sexual (0,014).

Os indicadores autopercepção do estado de saúde e prática de atividade sexual apresentaram coeficientes β positivos, mostrando uma relação diretamente proporcional com o domínio bem-estar físico do FACT-Cx.

Observa-se que a autopercepção do estado de saúde foi a variável que mais influenciou a variação no escore total (β 5,434). O que significa que ter uma boa/muito boa percepção do estado de saúde aumenta o bem-estar físico nessa amostra de mulheres com câncer de colo uterino.

O coeficiente de Durbin-Watson = 2,152 indica que não existe correlação serial.

Tabela 12- Regressão linear múltipla entre o domínio bem-estar social/familiar e variáveis independentes estudadas. São Paulo, 2009. (N=149)

R²	Variáveis que permaneceram	Coefficiente β	p valor (significância)	Durbin-Watson
0,136	Autopercepção do estado de saúde	4,689	0,000	2,020
	Importância atribuída à atividade sexual	-1,836	0,009	

Variável dependente domínio bem-estar social/familiar

Na análise de regressão, encontrou-se um coeficiente R^2 ajustado de 0,136, sendo que as variáveis que permaneceram no modelo final foram: autopercepção do estado de saúde (0,000) e importância atribuída à atividade sexual (0,009).

O indicador autopercepção do estado de saúde apresentou coeficiente β positivo, mostrando uma relação diretamente proporcional com o bem-estar social/familiar. Mais uma vez, a autopercepção do estado de saúde, foi a variável que mais influenciou a variação no escore total (β 4,689). O que significa que ter uma boa/muito boa percepção do estado de saúde aumenta o bem-estar social/familiar nessa amostra de mulheres com câncer de colo uterino.

Por outro lado, o indicador importância atribuída à atividade sexual apresentou um valor de β negativo, mostrando uma relação inversamente proporcional com o indicador bem-estar social/familiar.

O coeficiente de Durbin-Watson = 2,020 indica que não existe correlação serial.

Tabela 13- Regressão linear múltipla entre o domínio emocional e variáveis independentes estudadas. São Paulo, 2009. (N=149)

R²	Variáveis que permaneceram	Coefficiente β	p valor (significância)	Durbin-Watson
0,114	Lazer	0,983	0,007	2,146
	Tempo de radioterapia	-1,522	0,031	
	Tabagismo	2,587	0,002	

Variável dependente domínio bem-estar emocional

Ao processar a análise de regressão linear múltipla, encontrou-se um coeficiente R^2 ajustado de 0,114, sendo que as variáveis que permaneceram no modelo final com $\leq 0,05$ foram: lazer (0,007), tempo de radioterapia (0,031) e tabagismo (0,002). Isso significa que apenas 11,4% da variabilidade do escore total é explicada pela variabilidade dessas variáveis.

O indicador lazer e tabagismo apresentou coeficiente β positivos, mostrando uma relação diretamente proporcional com o bem-estar emocional. Por outro lado, o indicador tempo de radioterapia apresentou um valor de β negativo, mostrando uma relação inversamente proporcional com o indicador bem-estar social/familiar.

O coeficiente de Durbin-Watson = 2,146 indica que não existe correlação serial.

Tabela 14- Regressão linear múltipla entre o domínio funcional e variáveis independentes estudadas. São Paulo, 2009. (N=149)

R²	Variáveis que permaneceram	Coefficiente β	p valor (significância)	Durbin-Watson
0,100	Autopercepção do estado de saúde	4,505	0,000	1,987
Variável dependente domínio funcional				

Encontrou-se um coeficiente R^2 ajustado de 0,100, sendo que a variável que permaneceu no modelo final foi autopercepção do estado de saúde (0,000). Indicando que 10% da variabilidade do domínio funcional é explicada pela variabilidade dessas variáveis.

O indicador autopercepção do estado de saúde apresentou coeficiente β positivo, mostrando uma relação diretamente proporcional com o bem-estar funcional.

O coeficiente de Durbin-Watson = 1,987 indica que não existe correlação serial.

Tabela 15- Regressão linear múltipla entre o domínio preocupações adicionais e variáveis independentes estudadas. São Paulo, 2009. (N=149)

R ²	Variáveis que permaneceram	Coeficiente β	p valor (significância)	Durbin-Watson
0,226	Situação conjugal	3,310	0,011	1,824
	Lazer	1,660	0,006	
	Presença de comorbidade	-2,374	0,032	
	Tabagismo	2,960	0,029	
	Autopercepção do estado de saúde	5,583	0,001	
	Prática de atividade sexual	2,843	0,035	
Variável dependente domínio preocupações adicionais				

Ao processar a análise de regressão linear múltipla, encontrou-se um coeficiente R² ajustado de 0,226 sendo que as variáveis que permaneceram no modelo final com $\leq 0,05$ foram: situação conjugal (0,011), lazer (0,006), presença de comorbidade (0,032), tabagismo (0,029), autopercepção do estado de saúde (0,001) e prática de atividade sexual (0,035). Isso significa que 22,6% da variabilidade do domínio preocupações adicionais é explicada pela variabilidade dessas variáveis.

O indicador situação conjugal, lazer, tabagismo, autopercepção do estado de saúde e prática de atividade sexual apresentaram coeficiente β positivos, mostrando uma relação diretamente proporcional com o domínio preocupações adicionais. Por outro lado, o indicador presença de comorbidade apresentou um valor de β negativo, mostrando uma relação inversamente proporcional com o domínio preocupações adicionais. A autopercepção do estado de saúde foi a variável que mais influenciou a variação no escore total (β 5,583).

O coeficiente de Durbin-Watson = 1,824 indica que não existe correlação serial.

Das 18 variáveis que compuseram o modelo de regressão, apenas 8 foram preditores ($p \leq 0,05$) dos escores, sendo a autopercepção do estado de saúde presente e que mais influenciou a variação em todos os domínios com exceção do domínio emocional.

6 DISCUSSÃO

Este estudo teve o objetivo de avaliar a QVRS de mulheres com câncer do colo do útero submetidas à radioterapia e identificar os fatores sociodemográficos, clínicos e relacionados à vida sexual preditores de QVRS dessas mulheres.

A discussão será apresentada da seguinte forma: caracterização da amostra, apresentação dos escores obtidos pela aplicação do FACT-Cx e análise das variáveis preditivas identificadas por meio da análise multivariada.

6.1 Caracterização das respondente

Ao relacionarmos as características da nossa amostra com os dados da literatura, encontramos concordância no que tange a idade, estadiamento e tratamento recomendado, já que segundo as estatísticas do Brasil, o pico de incidência desse tipo de câncer situa-se entre mulheres de 45 a 49 (Instituto Nacional de Câncer, 2008) e a forma de tratamento cirúrgico com radioterapia adjuvante combinado ou não com quimioterapia é o mais recomendado para os estádios precoces (Novaes, Fagundes, 2008; Gomes, Justino, 2004). Encontrar a maior parte das pacientes com doença em estadiamento avançado 86 (57,7%) também pode ser justificando pela literatura quando esta nos diz que nos países em desenvolvimento os casos de câncer do colo uterino são encontrados em estádios relativamente avançados com sobrevida média de cerca de 49% após cinco anos (Instituto Nacional de Câncer, 2008).

Quanto ao número de filhos e a situação conjugal, a média de filhos foi de 3,83 ($\pm 2,69$) e 83 (55,7%) das mulheres informaram ter um cônjuge/companheiro. O número de filhos e a situação conjugal são importantes aspectos a serem observados uma vez que ao investigar a presença de apoio social e familiar encontramos que esse apoio é obtido pela maioria das mulheres, através de familiares, filhos (49,7%) e cônjuge/companheiros (26,8%) ou amigos (40,9%).

A respeito dos anos de estudo, constatou-se que a grande maioria 90 (60,4%) das mulheres tinha estudado até o ensino fundamental, sendo que

mais 16 (10,7%) não sabiam ler ou escrever. Um estudo cujo objetivo foi analisar a QVRS de mulheres com câncer de colo uterino localmente avançado tratadas com quimioterapia e radioterapia pré-operatória, comparado com mulheres em doença inicial submetidas à cirurgia radical e linfadenectomia, observou dentre as variáveis em uma análise multivariada, que o baixo nível de escolaridade apresentaram associação com pontuação mais baixas dos domínios de QVRS das mulheres com doença localmente avançada (Distefano et al., 2008).

Em relação ao trabalho observamos que poucas mulheres encontravam-se desempregadas ou em licença saúde 7 (4,7%) e 5 (3,4%) respectivamente, enquanto 57 (38,3%) dedicavam-se aos serviços domésticos e 50 (33,6%) estavam empregadas. No estudo citado anteriormente a taxa de desemprego também apresentaram associação com pontuação mais baixas dos domínios de QVRS das mulheres com doença localmente avançada (Distefano et al., 2008).

Quanto ao tempo de tratamento, no momento da entrevista a maioria delas, 81 (54,4%) estavam entre o primeiro e o segundo ano pós-tratamento. Esse período é de grande importância para o enfrentamento das dificuldades decorrentes do procedimento cirúrgico ou radioterápico, pois espera-se que no decorrer dele as mulheres recuperem-se dos efeitos agudos do tratamento e retornem a sua rotina de vida diária.

Em relação à vida sexual, 88 (59,1%) das mulheres informaram não ter atividade sexual, enquanto 61 (40,9%) permaneciam sexualmente ativas. Os dados são semelhantes aos encontrados na literatura. Um estudo americano, com o objetivo de comparar problemas sexuais de mulheres sobreviventes ao câncer vaginal e cervical com um grupo controle de mulheres sem câncer, os autores concluíram que, embora as sobreviventes apresentassem maior prevalência de problemas sexuais, sua taxa de atividade sexual foi similar ao grupo controle. (Lindau, Gavrilova, Anderson, 2007).

Quanto à importância atribuída prática de atividade sexual, 58 (38,9%) mulheres atribuíram nenhuma importância a atividade sexual e 34 (22,8%) pouca importância. Um estudo transversal, realizado com 71 mulheres

brasileiras sobreviventes ao câncer de colo uterino submetidas à radioterapia exclusiva, identificou disfunções sexuais como frigidez e falta de lubrificação, excitação e orgasmo que ocorreram em 76,1% dos casos, falta de libido em 40,8% e vaginismo em 5,6% dos casos. E somente, 26,4% das pacientes permaneciam sexualmente ativas, revelando um decréscimo da função sexual (Bernardo, 2007).

Quanto ao tempo de tratamento, em um estudo prospectivo destinado a avaliar o impacto emocional, sexual e a QVRS de mulheres com câncer de colo uterino submetidas à cirurgia de traquelectomia radical, observou-se que de forma geral, o medo de ter atividade sexual presente desde antes da cirurgia e o grau de dispareunia tenderam a reduzir ao longo do tempo. (Carter et al., 2008).

6.2 Análise da Consistência Interna do instrumento de QVRS

A confiabilidade da escala foi verificada através da consistência interna, analisada por meio do alfa de Cronbach. Está é a medida mais amplamente usada para avaliar a consistência interna das escalas de medida. Praticamente todos os itens apresentaram correlações positivas e significativamente diferente de zero, o que indica que faz sentido compor uma escala com estes itens, pois eles medem um mesmo atributo: QVRS. Com exceção do item BMT7 (Estou preocupado/a com a minha capacidade de ter filhos) que apresentou correlação negativa (-0,033) em relação a todos os outros itens. No entanto, pode-se observar que a exclusão desse item elevaria muito pouco o alfa (iria de 0,900 para 0,901), não justificando sua eliminação.

Quando agrupado no do domínio preocupações adicionais o item apresentou correlação (0,013). É possível que esse comportamento do item seja porque as 149 mulheres não apresentaram preocupações com a capacidade de ter filhos nesse período de avaliação, uma vez que 148 mulheres disserem estar nem um pouco preocupada e apenas 1 disse ter um pouco de preocupação.

Ainda no domínio preocupações adicionais, o item BL4 (Tenho interesse em sexo), apresentou correlação negativa (-0,002) com o escore

total desse domínio, sua exclusão aumentaria de 0,651 para 0,695. Observa-se que a exclusão desse item não elevaria muito a consistência a ponto de justificar sua eliminação.

O item BL4 avalia o interesse dessas mulheres por sexo. É possível que esse item tenha relação negativa ao escore domínio porque as mulheres não apresentaram importante atribuição a atividade sexual (tabela 3) onde 92 (61,7%) mulheres atribuíram nenhuma a pouca importância.

O FACT-Cx alcançou em todos os domínios, valores $\geq 0,6$ indicando boa consistência interna, pois um valor de pelo menos 0,60 reflete uma confiabilidade aceitável (Hair et al., 2005). Embora a eliminação dos itens com correlação negativa (BMT7 e BL4) fizessem subir o alfa global das respectivas subescalas, decidimos mantê-los uma vez que se apresentam como itens significativos a nível clínico, quando eliminados, não alterando significativamente o coeficiente.

Não foram encontrados estudos que apresentassem o valor de alfa do instrumento específico FACT-Cx. Para o instrumento original, os seguintes valores de alfa são relatados: bem-estar físico (0,82), bem-estar funcional (0,80), bem-estar social/familiar (0,69), bem-estar emocional (0,74), e total FACT-G (0,89) (Cella et al., 1993).

6.3 Avaliação da Qualidade de vida relacionada à saúde

Considerando os valores das médias em relação aos valores máximos possíveis na avaliação da QVRS por meio do instrumento FACT-Cx, observamos que em geral as avaliações de QVRS foram satisfatórias. Com a finalidade de detectar quais aspectos da QVRS das pacientes com câncer de colo uterino não eram satisfatórios, calculamos a frequência e a porcentagem das respostas em cada item da escala FACT-Cx.

No domínio preocupações adicionais, os dados revelaram que o medo de ter relações sexuais, sentir-se menos sexualmente atraente e ter a vagina estreita ou curta demais foram os aspectos que mais comprometeram a QVRS. Por meio do exame clínico de mulheres brasileiras sobreviventes ao câncer de colo uterino submetidas à radioterapia exclusiva, Bernardo et al (2007) também identificou em seu estudo a presença de fibrose em 76,1%

das mulheres e atrofia vaginal em 71,8%. Estes achados sugerem preocupações e atenção quanto à sexualidade dessas mulheres.

A literatura nos diz que a presença de disfunção sexual é comum em mulheres acometidas pelo câncer, mesmo após término do tratamento. Cerca de 40 a 100% dos indivíduos portadores de câncer tem disfunção sexual após o diagnóstico e tratamento (National Cancer Institute, 2008). Isso se deve porque o câncer e os diferentes tratamentos oncológicos afetam as mesmas áreas que determinam a resposta sexual: o corpo, a mente e a relação entre eles (Auchincloss, 2000), trazendo forte impacto sobre a sexualidade de uma pessoa. Contudo, é improvável que o aparecimento de uma disfunção seja apenas resultado do câncer, pois problemas sexuais anteriores a doença são também exacerbados com o diagnóstico oncológico (Depetrillo, Trompson, 1998).

6.4 Análise das variáveis preditivas identificadas por meio da análise multivariada

Ao se analisar as 18 variáveis de forma multivariada em reação aos escores do instrumento de QVRS, constatou-se que 8 foram capazes de influenciar nos escores, sendo a variável autopercepção do estado de saúde a mais presente e de maior influencia.

A autopercepção do estado de saúde foi fator preditivo para o escore total e os domínios bem-estar físico, bem-estar social/familiar, bem-estar funcional e preocupações adicionais. Estes resultados indicam que ter uma boa/muito boa percepção do estado de saúde contribui para o aumento na avaliação da QVRS nessa amostra de mulheres com câncer de colo uterino. Ashing-Giwa et al (2009) em seu estudo também, encontrou a percepção do estado de saúde entre os valores preditivos da QVRS de mulheres sobreviventes ao câncer de colo uterino.

Em nossos resultados observamos também que uma minoria das mulheres 14 (9,4%) avaliaram a sua saúde nas últimas quatro semanas como nem ruim nem boa e 3 (2%) avaliaram como ruim e muito ruim .

A variável lazer foi fator preditivo para o escore total e os domínios bem-estar emocional e preocupações adicionais.

A variável Prática de atividade sexual foi fator preditivo para os domínios bem-estar físico e preocupações adicionais. Isso significa que ter atividade sexual contribui para uma melhor avaliação da QVRS nos domínios bem-estar físico e preocupações adicionais nessa amostra de mulheres sobreviventes ao câncer de colo uterino.

A variável Importância atribuída à atividade sexual foi fator preditivo do domínio bem-estar social/familiar. Quanto menos importância se atribuiu a atividade sexual (pouca/nenhuma importância) menor a avaliação da QVRS no domínio bem-estar social/familiar nessa amostra.

Tempo de radioterapia foi fator preditivo para o domínio bem-estar emocional. O que significa que nessa amostra ter menos de um ano de tratamento diminuiu o bem-estar emocional.

Tabagismo foi fator preditivo para o domínio bem-estar emocional e preocupações adicionais. Não ser fumante contribui para uma melhor avaliação da QVRS nos domínios bem-estar emocional e preocupações adicionais nessa amostra.

A variável situação conjugal foi fator preditivo para o domínio preocupações adicionais. Ter um conjugue/companheiro contribui para uma melhor avaliação da QVRS neste domínio.

A variável presença de comorbidade foi fator preditivo para o domínio preocupações adicionais. O que significa que a ausência de comorbidade contribui para uma melhor avaliação da QVRS no domínio preocupações adicionais nessa amostra de mulheres. Distefano et al (2008), observaram que a presença de comorbidade apresentou associação com pontuação mais baixas dos domínios de QVRS das mulheres com doença localmente avançada com quimioterapia e radioterapia pré-operatória.

7 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitiram concluir que a QVRS das mulheres sobreviventes ao câncer de colo uterino que compuseram a amostra foi avaliada positivamente.

Os fatores preditivos a variável QVRS nos diferentes domínios do FACT-Cx foram identificados por meio da análise multivariada.

Forma variáveis associadas ao FACT-Cx total: lazer e autopercepção do estado de saúde.

A variável autopercepção do estado de saúde foi fator preditivo para o os domínios bem-estar físico, bem-estar social/familiar, bem-estar funcional e preocupações adicionais. Estes resultados indicam que ter uma boa/muito boa percepção do estado de saúde contribui para o aumento na avaliação da QVRS nessa amostra de mulheres com câncer de colo uterino.

8 LIMITAÇÕES

Algumas limitações podem ser apontadas neste estudo, como a seleção de uma amostra não probabilística, que não garante à representatividade da população, o tamanho da amostra, a inclusão de apenas um hospital e a utilização do instrumento FACT-Cx sem um estudo prévio de adaptação transcultural e validação em nossa população, fazendo-se necessário outro estudo com essa finalidade.

Apesar dessas limitações os resultados deste estudo trazem informações relevantes sobre a QVRS de mulheres pesquisadas, fornecendo subsídios para o atendimento das necessidades reveladas no estudo.

REFERÊNCIAS

Abreu IS. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava-PR [dissertação na internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005 [citado em 2007 nov. 01] [cerca de 97p]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-12062006-172938/publico/IsabellaSchroederAbreu.pdf>

Ahlberg K, Ekman T, Gaston-Johansson F. The experience of fatigue, other symptoms and global quality of life during radiotherapy for uterine cancer. *International journal of nursing studies*. 2005;42(4):377-86.

Arnold BJ, Eremenco E, Chang CH, Odom L, Ribaud JM, Cella 20. D. Development of a single portuguese language version of the functional assessment of cancer therapy general (FACT G) scale. *Qual Life Rev*. 2000; 9:316.

Ashing-Giwa KT. Enhancing physical well-being and overall quality of life among underserved Latina-American cervical cancer survivors: feasibility study. *J Cancer Surviv*. 2008; 2(3):215-23.

Ashing-Giwa KT, Padilla G V, Bollorquez DE, Tejero JS, Garcia M, Meyers EA. Survivorship : A qualitative investigation of latinias diagnosed with cervical cancer. *Journal of psychosocial oncology*. 2006; 24(4): 53-88.

Ashing-Giwa KT, Tejero JS, Kim J, Padilla GV, Kagawa-Singer M, Tucker MB, *et al*. Cervical cancer survivorship in a population based sample. *Gynecol Oncol*. 2009;112(2):358-64.

Auchincloss S. Sexual Problems Common in Women After Cancer Therapy. [texto na internet]. 2000 [citado 2008 jun. 22]. Disponível em: <http://www.cancernetwork.com/display/article/10165/101698>

Awadalla AW, Ohaeri JU, Gholoum A, Khalid AOA, Hamad HMA, Jacob A. Factors associated with quality of life of outpatients with breast cancer and gynecologic cancers and their family caregivers: a controlled study. *BMC Cancer*. 2007; 7:102-15.

Benedet JL, Bender H, Jones H 3rd, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classification and clinical practice guidelines in the management of gynecological cancers [texto na internet]. 2000 [citado 2008 jun. 22]; 70: [cerca de 13p]. Disponível em: http://www.figo.org/docs/staging_booklet.pdf.

Bergmark K, Åvall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningsohn L, Steineck G. Lymphedema and bladder-emptying difficulties after radical hysterectomy for early cervical cancer and among population controls. *Int J Gynecol Cancer*. 2006;16(3):1130-1139.

Bernardo BC, Lorenzo FRB, Figueira JN, Kitoko PM. Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo do uterino avançado submetidas a radioterapia exclusiva. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2007; 29(2):85-90.

Bertani IF, Rezende RM, Parzewski CCF, Lourenço EAS. Instrumentos e métodos para medir qualidade de vida. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo.* 2005; 15 (5) supl A: 8-16.

Bradley S, Rose S, Lutgendorf S, Costanzo E, Anderson B. Quality of life and mental health in cervical and endometrial cancer survivors. *Gynecologic Oncology.* 2006; 100(3): 479-86.

Burns M, Costello J, Ryan-Woolley M, Davidson S. Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. *European Journal of Cancer Care*, 2007; 16(4): 364-72.

Carter J, Sonoda Y, Chi DS, Raviv L, Abu-Rustum N. Radical trachelectomy for cervical câncer: Postoperative physical and emotional adjustment concerns. *Gynecologic Oncology.* 2008: 151-57.

Cella D; Mowinski CJ. Measuring quality of life in chronic illness: The functional assessment of chronic illness therapy measurement system. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002; 83(suppl 2):s10-s17.

Cella D, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993; 11:570-79.

Clemmens DA, Knafl K, Lev EL, McCorkle R. Cervical cancer: patterns of long-term survival. *Oncol Nurs Forum.* 2008; 35(6):897-903.

Coelho FRG, Guimarães APG, Hanriot RM, Aguiar KDC, Fukazawa EM, Vespa Jr N, *et al.* Câncer do Colo do Útero. In: Kowalski LP, Guimarães GC, Salvajoli JV, Feher O, Antonelli CBG. *Manual de Condutas Diagnósticas e Terapêuticas em Oncologia.* São Paulo: Âmbito Editores, 2006. p.702-13.

Dapuelto JJ, Servente L, Francolino C, Hahn EA. Determinantes da qualidade de vida em pacientes com câncer. *Cancer.* 2005; 103 (5) :1072-81.

Depetrillo AD, Trompson LJ. Sexual Rehabilitation in Gynecologic Oncology. In: J.J. Kavanagh, S.E. Singletary, N. Einhorn, A.D. DePetrillo. *Cancer in Women.* Malden, MA: Blackwell Science, 1998. chapter 42, p603-09.

Distefano 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. *Gynecologic Oncology.* 2008; 144-50.

EORTC group for research into Quality of Life [texto na internet]. [citado 2007 nov. 01]. Disponível em: <http://groups.eortc.be/qol/>.

Erthal, T.C. Manual de Psicometria. 7^a. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2003. p.114-30.

Ferrans CE. Quality of Life Index (QLI) Chicago [IL]: Department of Medical Surgical Nursing College of Nursing. University of Illinois. [texto na internet]. 1998 [citado em 2007 nov. 01]. Disponível em: <http://www.uic.edu/orgs/qli/overview/overviewhome.htm>.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, *et al*. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev. Bras. Psiquiatr. 1999; 21 (1): 19-28.

Frumovitz M, Sun CC, Schover LR, Munsell MF, Jhingran A, Wharton JT, *et al*. Quality of life and Sexual Functioning in Cervical Cancer Survivors. J Clin Oncol. 2005; 23(30):7428-36.

Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement System [texto em inglês]. [citado 2007 nov. 01]. Disponível em: <http://www.facit.org/>.

Gomes HC, Justino PB. Papel da Radioterapia no Tratamento dos Tumores de Colo Uterino. In: Guimarães JRQ. Manual de Oncologia. São Paulo: BBS Editora, 2004. Cap 30, p. 339-48.

Greenwald HP, McCorkle R. Sexuality and Sexual Function in Long-Term Survivors of Cervical Câncer. Journal of Women's Health. 2008; 17(6): 955-63.

Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Bookman, 2005. Cap 3, p89-127.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2008: Incidência de câncer no Brasil [texto na internet]. 2009 [citado 2009 fev. 23]; [cerca de 94p]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). TNM: Classificação de tumores malignos. Traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg [texto na internet]. 2004 [citado em 2008 jun. 22]; 6ed: [cerca de 60p]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tratamento/tnm/tnm2.pdf>

Jannuzzi FF, Cintra FA. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(2):179-87.

Kimura M. Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index” de Ferrans e Powers. São Paulo, 1999. 85p. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Koh WL, Moore DH. Cervical Câncer. In: Gunderson LL, Tepper JE. Clinical Radiation Oncology. 2nd edition: Elsevier - Churchill Livingstone, 2006. Chapter 55, p.1323-57.

Lindau ST, Gavrilova N, Anderson D. Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: a comparison to national norms. *Gynecol Oncol*. 2007; 106(2):413-8.

Lino MM. Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de unidades de terapia intensiva [tese na Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004 [citado em 2007 nov. 01] [cerca de 223p]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7138/tde-12112004-163915/publico/DissertMML.pdf>

Long HJ 3rd, Monk BJ, Huang HQ, Grendys EC Jr, McMeekin DS, Sorosky J, *et al*. Clinical results and quality of life analysis for the MVAC combination (methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin) in carcinoma of the uterine cervix: A Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol*. 2006; 100(3):537-43.

Lohr KN; Aaronson NK; Alonso J; Burnam MA; Patrick DL; Perrin EB *et al*. Evaluating quality-of-life and health status instruments: development of scientific review criteria. *Clin Ther*. 1996; 18(5): 979-92.

Maluf FC, Marques R, Abdo Filho E. Câncer Ginecológico - Cérvix. In: Buzaid AB, Holf PM. Manual Prático de Oncologia Clínica do Hospital Sírio-Libanês [texto na internet]. 2007 [citado 2008 jun. 22]; 5ed: [cerca de 60p]. Disponível em: www.mochsl.com.br.

McQuellon RP, Thaler HT, Cella D, Moore DH. Quality of life (QOL) outcomes from a randomized trial of cisplatin versus cisplatin plus paclitaxel in advanced cervical cancer: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol*. 2006. 101(2):296-304.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5 (1):7-18.

National Cancer Institute. Sexuality and Reproductive Issues - Factors Affecting Sexual Function in People With Cancer. [texto na internet]. 2007 [citado 2008 out. 06]. Disponível em: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/sexuality/HealthProfessional/page3>

National Cancer Institute. Sexuality and Reproductive Issues - The Prevalence and Types of Sexual Dysfunction in People With Cancer. [texto na internet]. 2007 [citado 2008 jun. 22]. Disponível em: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/sexuality/HealthProfessional/page2>

Novaes PERS. Radioterapia. In: Brentani MM, Coelho FRG, Kowalski. Bases da Oncologia. São Paulo: Marina e Tecmed Editora, 2003. Cap 21, p. 341-53.

Novaes PERS, Fagundes LA. Tumores Ginecológicos. In: Pellizzon ACA, Castro DG, Salvajoli JV, Maia MACM, Novaes PERS, Fogardi RC *et al.* Rotinas e Condutas em Radioterapia. 3^a ed. São Paulo: Lemar, 2008. Cap 3, p69-88.

Koh WL, Moore DH. Cervical Câncer. In: Gunderson LL, Tepper JE. Clinical Radiation Oncology. 2nd edition: Elsevier - Churchill Livingstone, 2006. Chapter 55, p.1323-57.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). [texto na internet]. [citado em 2009 fev. 28]. Disponível em: <http://www.promocaodesaude.unifran.br/docs/ConstituicaodaWHO1946.pdf>

Pacagnella RC. Ocorrência de disfunção sexual entre mulheres submetidas à laqueadura tubária no município de Ribeirão Preto (São Paulo – Brasil). [dissertação na internet]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007 [citado em 2008 jun. 22] [cerca de 194p]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-04032008-155259/>

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.

Pasquali, L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. 2^a. ed. Petrópolis, R.J: vozes, 2004. 397 p.

Pimentel FL. Qualidade de vida em oncologia. Coimbra: Almedina, 2006, 206p.

Salvajoli JV, Silva MLG. Radio-Oncologia. In: Kowalski LP, Anelli A, Salvajoli JV, Lopes LF. Manual de Condutas Diagnósticas e Terapêuticas em Oncologia. 3^a edição. São Paulo: Âmbito Editores, 2006, p. 86-91.

Santos CMC. Revisão sistemática sobre tratamento tópico de lesões vegetantes malignas. [dissertação na internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007 [citado em 2009 fev. 28] [cerca de 171p]. Disponível em: http://www.teses.usp.br/download.php/teses/disponiveis/7/7139/tde-11062007-165009/publico/Cristina_Mamedio.pdf

Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev Lat Am Enfermagem. 2007; 15(3): 508-11.

Sawada NO. Qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Ribeirão Preto, 2002. 104p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2): 580-599.

Shin DW, Nam JH, Kwon YC, Park SY, Bae DS, Park CT, *et al.* Comorbidity in Disease-Free Survivors of Cervical Cancer Compared with the General Female Population. *Oncology* 2008;74:207-215.

Silva CHD, Derchain SFM. Qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*. [periódico na internet]. 2006 [citado em 2008 jun. 22]; 52(1): [cerca de 15p]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao1.pdf

Skjeldestad FE, Rannestad T. Urinary incontinence and quality of life in long-term gynecological cancer survivors: A population-based cross-sectional study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2009; 88(2): 192 – 99.

Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Latino-am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2002 [citado em 2009 fev. 23]; 10(3): [cerca de 2p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13355.pdf>

Sultanem K, Souhami L. Tumores de Colo do Útero. In: Salvajoli JV, Souhami L, Faria SL. *Radioterapia em Oncologia*. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. Cap. 27, p.709-735.

Urbina, S. Fundamentos da testagem psicológica. Tradução de Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed. 2007;320p.

Vaz AF, Conde DM, Morais SS. Quality of life of women with gynecologic cancer: associated factors. *Arch Gynecol Obstet*. 2007; 276:583-89.

Vaz AF, Pinto-Neto AM, Conde DM, Costa-Paiva L, Morais SS, Esteves SB. Quality of life and acute toxicity of radiotherapy in women with gynecologic cancer: a prospective longitudinal study. *Arch Gynecol Obstet*. 2008;278(3):215-23.

Vistad I, Fosså SD, Kristensen GB, Dahl AA. Chronic fatigue and its correlates in long-term survivors of cervical cancer treated with radiotherapy. *BJOG*. 2007;114(9):1150-8.

Waldrow JN, O'Sullivan B. Princípios da Radioterapia Oncológica. In: Pollock RE, Doroshov JH, Khayat D, Nakao A, O'Sullivan B. *União Internacional Contra o Câncer Manual de Oncologia*. 8.ed. São Paulo: Fundação Oncocentro, 2006. Cap10B, p. 225-42.

Webster K, Cella D, Yost K. The functional assessment of chronic illness therapy (FACIT) measurement system: Properties, applications, and interpretation. *Health Qual Life Outcomes* [periodico na internet].200 [citado em 2009 fev. 23] ; 79(1): [cerca de 7p]. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-1-79.pdf>

World Health Organization. Health topics . Cancer. Fact Sheets. WHAT IS CANCER? [texto na internet]. [citado 2008 jun. 22]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

Wenzel L, DeAlba I, Habbal R, Kluhsman BC, Fairclough D, Krebs LU, *et al*. Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Gynecol Oncol*. 2005; 97(2):310-7.

Wenzel L, Dogan-Ates A, Habbal R, Berkowitz R, Goldstein DP, Bernstein M, *et al*. Defining and measuring reproductive concerns of female cancer survivors. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2005; (34):94-8.

World Health Organization. Health topics. Cancer. Features. Online Q&A: Are the number of cancer cases increasing or decreasing in the world? [texto na internet]. 2008 [citado 2008 jun. 22]. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/15/en/index.html>.

Yamada BFA. Índice de Qualidade de vida de Ferrans e Powers: construção e validação da versão feridas [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2006.

APÊNDICE A

Quadro 1 – Estudos publicados cujos objetivos foram avaliar a QVRS de mulheres com câncer de colo uterino. São Paulo, 2009.

Estudo	Tipo de estudo	Objetivo	Forma de avaliação da QVRS	Comentário
Ashing-Giwa et al., 2009	Transversal	Avaliar a QVRS e seus preditores em uma amostra de base populacional.	FACT-Cx	Dificuldades econômicas e de recursos são preditores de uma má QVRS de mulheres latino-americanas.
Ashing-Giwa, 2008	Longitudinal	Testar a viabilidade de assistência via telefone.	FACT-G	Os resultados permitiram observar um aumento significativo nos domínios do bem-estar físico e global da QVRS.
Distefano et al., 2008	Transversal	Impacto do tratamento na QVRS.	MOS SF-36	A presença de comorbidades, idade maior de 50 anos, baixo nível de escolaridade e taxa de desemprego apresentaram associação com pontuação mais baixa dos domínios de QVRS.
Skjeldestad, Rannestad, 2009	Transversal	Investigar a QVRS de mulheres com câncer ginecológico que relatam incontinência urinária após tratamento.	QLI	Incontinência urinária tem impacto negativo na QV.
Vaz et al., 2008	Longitudinal	Avaliar a relação entre as toxicidades agudas do tratamento radioterápico e a QVRS	WHOQOL-BREF	Pacientes portadoras de toxicidade gastrointestinal e história de tratamento cirúrgico correm um maior risco de apresentar pior nível de QV
Burns et al., 2007	Transversal	Avaliar os efeitos colaterais dos tratamentos oncológicos do câncer de colo uterino e suas repercussões negativas sobre a QVRS	—	Problemas físicos levaram a experiência de dificuldades sexuais mesmo anos após tratamento
Vaz, Conde, Morais, 2007	Transversal	Avaliar a QVRS de mulheres com câncer ginecológico.	WHOQOL-BREF	Sintomas físicos são fatores determinantes que interferem na QVRS.
Bergmark et al., 2006	Transversal	QVRS de mulheres com câncer de colo uterino submetidas à histerectomia radical.	—	Comparadas com os controles, as mulheres tratadas com histerectomia radical apresentaram maior dificuldade de esvaziamento da bexiga e problema intestinal.
McQuellon et al., 2006	Protocolo clínico randomizado fase III	Comparar dois regimes de quimioterapia em resposta terapêutica, intervalo livre de doença, sobrevida e QV	FACT-Cx	O braço de pacientes que receberam a combinação de quimioterápico produziu um número significativamente maior na taxa de resposta e de sobrevida livre de doença, mas não sobrevida global.
Long 3rd et al, 2006	Protocolo clínico randomizado	Comparar três regimes de quimioterapia em	FACT-Cx FACT/GOG-NTX	O protocolo envolvendo a combinação de quatro quimioterápicos produziu uma taxa

	fase III	resposta terapêutica, intervalo livre de doença, sobrevida e QV		de resposta terapêutica semelhante ao protocolo com duas drogas, porém com um risco inaceitável de morte por sepse.
Clemmens, 2008	Qualitativo	Descrever a QVRS de mulheres com câncer de colo uterino e os possíveis fatores que promovem sua adaptação.	estruturado para entrevista	O choque do diagnóstico, o papel dos profissionais de saúde, a importância do apoio da família e dos amigos e sobrevivência, trouxe consigo um certo grau de complicações a longo prazo, com diferenças na QVRS atribuídos a uma capacidade de enfrentamento da experiência
Vistad et al., 2007	Transversal	Descrever a prevalência da fadiga crônica em mulheres câncer cervical.	—	Foi observada menor QVRS nas mulheres sobreviventes ao câncer que apresentaram fadiga e níveis mais elevados de ansiedade e depressão.
Ashin-Giwa et al., 2006	Qualitativo	Avaliar a QVRS de mulheres com câncer de colo uterino.	estruturado para entrevista	mulheres sobreviventes ao câncer de colo uterino enfrentam uma difícil experiência de sobrevivência.
Bradley et al., 2006	Transversal	Analisar a QVRS e o humor de mulheres com câncer de colo uterino e endométrio.	FACT-G MOS SF-36	Mulheres sobreviventes que se encontravam desempregadas e sem companheiro apresentaram maior risco de alterações mentais e de humor.
Ahlberg, Ekman, Gastón-Johanson, 2005	Transversal	Investigar a vivência de fadiga, outros sintomas e QVRS de mulheres com câncer de colo uterino.	EORTC-QLQ-C30	Inapetência, náuseas/vômitos e diarreia foram significativamente correlacionados com fadiga.
Wenzel et al., 2005	Transversal	Descrever a QVRS e seqüelas psicossociais de mulheres com câncer cervical.	MOS SF-36 QOL-CS	As pacientes apresentaram problemas sexuais como ondas de calor, secura vaginal e dispareunia.
Awadalla et al., 2007	Transversal	Avaliar a QVRS de pacientes sobreviventes ao câncer e de seus cuidadores familiares	WHOQOL-BREF	Pacientes sobreviventes ao câncer em condições estáveis em relação à doença e com apoio psicossocial podem apreciar boa QVRS.
Dapuetto, 2005	Transversal	Avaliar fatores relacionados à QVRS de mulheres com câncer cervical.	FACT-G	Estadiamento do tumor, bem-estar espiritual, renda, transtornos de humor, e o modo de administração questionário explicaram 32,1% da variância da pontuação total do FACT-G.
Wenzel et al., 2005	Transversal	Analisar a relação entre infertilidade e QVRS em mulheres sobreviventes ao câncer ginecológico ou linfoma.	MOS SF-36	Preocupação com a capacidade reprodutiva foi significativamente associados com menor QVRS.
Shin DW et al., 2008	Transversal	Investigar a prevalência de comorbidades e identificar fatores de risco de impacto na QVRS em mulheres	EORTC QLQ-C30 EORTC QLQ-CX24	Mulheres sobreviventes ao câncer de colo uterino apresentam mais comorbidades do que a população, em geral, e que, por sua vez, sofrem impacto na QVRS.

		com câncer cervical.		
Bernardo, 2007	Transversal	identificar disfunções sexuais após câncer cervical.		características ginecológicas observadas ao exame físico, como a fibrose, a estenose e a atrofia vaginais podem condicionar a disfunção sexual
Greenwald, McCorkle, 2008	Transversal	Avaliar o funcionamento sexual de mulheres sobreviventes ao câncer de colo uterino.	SF-36	33,8% das participantes relataram que o câncer teve efeito negativo em suas relações.
Carter et al., 2008	Longitudinal	Avaliar o impacto emocional, sexual e a QVRS de mulheres com câncer de colo uterino.	FACT-Cx	O medo da atividade sexual e o grau de dispareunia tendem a reduzir ao longo do tempo.
Park et al., 2007	Transversal	Identificar problemas relacionados à QVRS e função sexual de mulheres sobreviventes ao câncer cervical.	EORTC QLQ-C30 EORTC QLQ-CX24	Problemas de relacionamento, social, funcional, constipação, diarreia e dificuldades financeiras foram significativamente maiores nas mulheres sobreviventes ao câncer, estas apresentaram também.
Lindau, Gavrilova, Anderson, 2007	Transversal	Comparar problemas sexuais de mulheres sobreviventes ao câncer vaginal e cervical com um grupo controle.		Mulheres sobreviventes ao câncer apresentaram prevalência de problemas sexuais, porém atividade sexual foi similar ao grupo controle.
Frumovitz et al, 2005	Transversal	Avaliar a QVRS e a função sexual de mulheres sobreviventes ao câncer cervical e diferentes tratamentos.	SF-12	Problemas sexuais foram significativamente maiores nas pacientes tratadas com radioterapia quando comparadas com as pacientes tratadas cirurgicamente e o grupo controle.

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES COM
CÂNCER DE COLO UTERINO SUBMETIDAS À RADIOTERAPIA**

Investigador: Wanessa Cassemiro Fernandes

Telefone: (11) 9282-7808/ 27468602

INTRODUÇÃO :

Gostaria de convidá-la a participar como voluntária desta pesquisa, referente ao meu trabalho de dissertação de mestrado, requisito para a obtenção do Título de Mestre do curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Você deverá ler esse documento de consentimento juntamente com a pesquisadora e se tiver alguma dúvida, deve perguntar a ela antes de assiná-lo. A assinatura desse documento é a certeza de que você aceitou participar voluntariamente dessa pesquisa após os devidos esclarecimentos por parte da pesquisadora responsável. Caso aceite participar, será entregue a você uma cópia do documento de consentimento assinado e datado.

O termo qualidade de vida é hoje amplamente utilizado, tanto no meio acadêmico como na população em geral, sendo objeto de investigação em diferentes áreas de estudo. Em seu sentido mais amplo, o termo Qualidade de Vida apóia-se na compreensão das necessidades humanas fundamentais, necessidades materiais e espirituais. Quando relacionada à saúde o termo centra-se na identificação dos aspectos do bem-estar físico, mental e social que são afetados pela presença de agravos à saúde, visando

avaliar os custos pessoais e financeiros, assim como os benefícios das intervenções em saúde.

Qualidade de Vida é, portanto, um conceito que traduz a percepção do próprio indivíduo sobre seu estado de saúde e outros aspectos não-médicos do seu contexto de vida, como trabalho, amigos, lazer, renda, entre outros. Em outras palavras, é a forma como o indivíduo avalia sua situação pessoal em cada aspecto da vida, dependente de crenças, sentimentos e expectativas individuais, das experiências de vida, valores e cultura.

Tanto o diagnóstico de câncer do colo do útero como os tratamentos propostos têm diferentes repercussões na vida da mulher. Fatores físicos e psicológicos proporcionam impacto que comprometem o bem estar e a qualidade de vida, o que justificam a necessidade de uma avaliação da Qualidade de Vida relacionada à Saúde, pois embora a cura seja de principal importância, a qualidade da sobrevivência não deve ser negligenciada.

Estudos que permitem determinar e avaliar os resultados funcionais das diferentes modalidades terapêuticas sob a visão dos pacientes, como os estudos de Qualidade de Vida relacionada à Saúde, tornam-se essenciais. Podendo contribuir na melhor definição de estratégias de tratamento e nas decisões dos diferentes profissionais envolvidos no cuidar; nas ações dos programas de reabilitação e na comunicação entre as equipes de cuidado e os pacientes.

OBJETIVO DO ESTUDO:

Os objetivos deste estudo são:

- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres submetidas à radioterapia por câncer do colo de útero.
- Identificar os fatores sociodemográficos, clínicos e relacionados à vida sexual preditores de qualidade de vida de mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:

Este estudo será realizado no Ambulatório de Oncologia, Setor de Radioterapia do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer. Farão parte do estudo, mulheres que foram diagnosticadas com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia (teleterapia ou braquiterapia de alta taxa de dose) exclusiva, adjuvante ou concomitante a quimioterapia, tratadas nos últimos 2 anos. Com um seguimento mínimo de 3 meses na ocasião da coleta dos dados e que não são portadoras de nenhuma neoplasia em outro sítio anatômico.

Os dados serão coletados em um único momento, por meio de entrevista realizada pela pesquisadora. As pacientes identificadas serão convidadas a participar do projeto, através de contato telefônico.

A entrevista acontecerá em local disponibilizado pelo hospital, sendo priorizada a garantia de inteira privacidade do paciente.

A pesquisadora explicará a proposta do estudo, fornecerá informações quanto à segurança ao anonimato e manutenção de seu atendimento e tratamento na instituição, sem qualquer prejuízo em caso de não participação. Após entender e concordar em participar, você será entrevistado pela pesquisadora que inicialmente colherá informações que caracterizem você dentro da pesquisa, um questionário elaborado pela

pesquisadora denominado, “Instrumento de Caracterização do Respondente”.

Você também responderá ao questionário de avaliação da Qualidade de Vida (FACT-Cx), composto por 27 questões.

Esse questionário possibilita obtermos informações de sua percepção sobre a interferência do tratamento na sua qualidade de vida de forma geral e em alguns aspectos da vida como: físico e funcional, atividade social, trabalho e econômico, rotina e convívio familiar, emocional, espiritual/religioso, sexualidade, lazer e outros.

A pesquisadora lerá as questões e todas as alternativas de respostas, para que você possa assinalar aquela que julgar ser a melhor resposta parecida com o que você sente e pensa.

PROVÁVEIS RISCOS / EVENTOS ADVERSOS:

Para a realização da pesquisa não será realizado nenhum tipo de intervenção ou tratamento. As informações serão obtidas através das respostas dos questionários utilizados. Não havendo riscos aos pacientes.

Não haverá nenhum prejuízo ou punição para as mulheres que convidadas decidirem não participar desta pesquisa, ou para aquelas que, mesmo depois de terem decidido participar, desistirem.

Quaisquer novas informações que possam afetar a sua segurança ou influenciar na sua decisão de continuar a participação no estudo serão fornecidas a você por escrito. Se você decidir continuar neste estudo, terá que assinar um novo (revisado) Termo de Consentimento informado para documentar seu conhecimento sobre novas informações.

Em caso de dúvida, o telefone para contato é 9282-7808 ou 2746-8602, com a pesquisadora: Wanessa Cassemiro Fernandes.

PROVÁVEIS BENEFÍCIOS:

Visando obter conhecimentos que orientem o planejamento de ações que atendam as reais necessidades de pacientes diagnosticadas com câncer do colo do útero submetidas ao tratamento de radioterapia, acreditamos que os resultados desta pesquisa poderão beneficiar outras mulheres, caso seja possível utilizar os dados em programas de orientação e aconselhamento voltados para ajudar mulheres com câncer de colo uterino em fase diagnóstica, em tratamento ou após alta. Portanto, os prováveis benefícios deste estudo serão:

- Identificação de aspectos que devem ser trabalhados com maior ênfase pelas equipes de cuidado através da avaliação do impacto físico, psicológico e social que doenças, como o câncer de colo uterino, podem acarretar às pessoas acometidas e;
- Melhor conhecimento do paciente e de suas adaptações às novas condições, sendo esse capaz de influenciar decisões e condutas terapêuticas dos profissionais de cuidados.

CONFIDENCIALIDADE:

Os registros médicos que trazem a sua identificação, esse termo de consentimento e todos os dados obtidos durante as entrevistas, serão tratados como confidenciais e apenas revelados às autoridades legais. Nenhuma informação envolvendo seu nome será fornecida a qualquer pessoa. Você não será identificada, pessoalmente, em qualquer relatório

baseado nesta avaliação. Os dados de seu caso serão computadorizados e anonimamente utilizados em um relatório final sobre os resultados obtidos. Poderão ser controlados, de acordo com os regulamentos legais, atualmente, em vigência.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

PROTEÇÃO DA PACIENTE :

Este estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética cuja atividade é verificar se as condições exigidas para sua proteção e o respeito a seus direitos vêm sendo cumpridos.

O Comitê forneceu sua aprovação, antes de iniciar o trabalho de pesquisa. Em caso de dúvida, entrar em contato com o Dr. Edison Mantovani Barbosa – Coordenador do CEP através do telefone: 3474.4264.

SEUS DIREITOS:

Sua participação neste estudo é completamente voluntária. Não haverá remuneração financeira pela sua participação no estudo. Você tem toda a liberdade para decidir se deseja ou não participar da entrevista deste estudo. Poderá recusar e, se aceitar, poderá abandonar a qualquer momento sem precisar fornecer qualquer razão que justifique sua decisão.

Sua recusa ou abandono subsequente não terá efeito em seu relacionamento com seu médico ou qualquer profissional. Seu relacionamento com a equipe não será afetado pela sua decisão. Se você tiver quaisquer perguntas sobre este trabalho, por favor, exponha-as à pesquisadora, enfermeira.

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PACIENTE

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES COM CÂNCER DE COLO UTERINO SUBMETIDAS À RADIOTERAPIA

SEÇÃO DA INVESTIGADORA:

Nome do investigador: Wanessa Cassemiro Fernandes

Local: IBCC

Pessoa de contato: Wanessa

Número do telefone: (11) 2746-8602

Confirmo que expliquei o estudo clínico detalhadamente à paciente. Forneci uma folha de informações e respondi a todas as perguntas que a paciente tinha em relação ao estudo.

Assinatura..... **Data**.....

SEÇÃO DA PACIENTE: (a ser preenchida pela paciente)

Código da paciente* .....

Nome da paciente.....

Endereço .....

Telefone.....

SEÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL DA PACIENTE:

(quando necessário à autorização através de outra pessoa que não a paciente. A ser preenchida por este representante).

Grau de parentesco com a paciente:.....

Nome do representante legal.....

Recebi, li e entendi a **Folha de Informação do Paciente** para o estudo acima. Também recebi uma explicação adequada sobre esta pesquisa, seus propósitos, riscos e sobre meus direitos como paciente e o que será feito por mim. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas antes de tomar qualquer decisão. Poderei solicitar a pesquisadora informações adicionais a qualquer momento.

Sei que a decisão de tomar parte deste estudo é só minha e que tenho o direito de mudar de idéia a qualquer momento durante o curso do estudo sem que isto afete meu tratamento futuro. Deverei informar, em seguida, a pesquisadora.

Também entendi que o acesso às informações relevantes a partir de meus registros poderá ser solicitado como parte da pesquisa e que os dados reunidos durante o mesmo poderão ser verificados pelas Autoridades de Saúde, de acordo com a atual legislação.

Estou certa de que não serei identificada a partir dos dados extraídos de meus registros e que todos estes serão processados com o máximo de confidencialidade.

Com base nisso, autorizo minha participação nesta pesquisa.

Assinatura da paciente ou representante legal:.....

Datado pela paciente ou representante legal: ____/____/____

APÊNDICE C**Questionário de Caracterização sociodemográfica e clínica****Parte A - Dados sociodemográficos e hábitos**

1 Data de Nascimento: |__| |__| |__|

Idade em anos:

2 Situação conjugal: (1) Solteira

(2) Casada

(3) Separada

(4) Viúva

(5) União consensual

|__|

3 Número de filhos: _____

|__|

4 Escolaridade:

(1) Analfabeto

(2) Ensino fundamental

(3) Ensino médio

(4) Superior

(5) Pós-graduação

|__|

5 Situação de trabalho:

(1) Empregado

(2) Desempregado

(3) Em licença saúde

(4) Aposentado

(5) Trabalho doméstico

|__|

6 Religião:

(1) Católica

(2) Evangélica/Protestante

(3) Espírita

(4) Ortodoxa

(5) Judaica

(6) Budista

(7) Espiritualista sem religião

(8) Ateu/agnóstico/sem religião

(9) Outras

|__|

6.1 Prática e freqüência das atividades religiosas:

(1) Não freqüento

(2) Semanalmente

(3) Quinzenalmente

(4) Mensalmente

(5) Participo das festas religiosas (Freqüenta esporadicamente)

|__|

7 Rede social de apoio:

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

(1) Não tenho ninguém

(2) cônjuge/companheiro

(3) Filho (s)

(4) Mãe

(5) Pai

(6) Avós

- (7) Irmãos _____
 (8) Outros _____ | ____|

7.2 Além de sua família com quem você pode realmente contar quando está em dificuldade?

- (1) Não tenho ninguém
 (2) Amigo (s)
 (3) Vizinho (s)
 (4) Cuidador (a)
 (5) Líder religioso
 (6) Outros _____ | ____|

8 Atividades de lazer:

(1) TV	(8) Passeios/Viagens
(2) Vídeo	(9) Prática de esporte
(3) Leitura	(10) Encontros/reunião com amigos
(4) Música	(11) Trabalhos manuais
(5) Computador	(12) Serviços voluntários
(6) Cinema/teatro	(13) Reunião familiar
(7) Dançar/festas	(14) Outros _____ ____

- 9 Consumo de cigarros: (1) Nunca fumou
 (2) Ex-fumante
 (3) Fumante | ____|

- 10 Consumo de bebidas alcoólicas (Etilismo): (1) Nunca ingeriu
 (2) Ex-etilismo
 (3) Etilismo | ____|

Parte B - Dados clínicos

1 Diagnóstico médico: _____

2 Estadiamento TNM/FIGO:

(1) TX	(18) NX	(21) MX
(2) T0	(19) N0	(22) M0
(3) Tis Carcinoma <i>in situ</i> /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		____ ____ ____

- 3 Tratamento realizado: (1) Cirurgia + radioterapia
 (2) Radioterapia exclusiva
 (3) Radioterapia + quimioterapia | ____|

4 Data do início da Radioterapia: |__|__|__|

5 Data do término da Radioterapia: |__|__|__|

6 Comorbidades:

(0) Nenhum outro problema de saúde	(13) Linfoma
(1) Infarto do Miocárdio	(14) Doença do fígado
(2) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	(15) HIV/AIDS
(3) Insuficiência Cardíaca Congestiva	(16) Artrite ou Reumatismo
(4) Úlcera	(17) Doença de pele
(5) Doença Vascular periférica	(18) Doença de Parkinson
(6) Demência	(19) Depressão
(7) Doença cerebro-vascular	(20) Fraturas
(8) Diabetes	(21) Problema de álcool ou drogas
(9) Hemiplegia	(22) Catarata
(10) Doença renal	(23) Pressão alta
(11) Leucemia	(24) Outros _____

(12) Problema emocional crônico ou nervoso |__|__|__|

7 Como você avalia o seu estado de saúde nesse momento?

- (1) Muito ruim
 (2) Ruim
 (3) Nem ruim/nem bom
 (4) Bom
 (5) Muito bom

|__|

ANEXO I

INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DO CÂNCER
Sociedade Beneficente São Camilo

Centro de Estudos "Prof. Dr. João Sampaio Góes Júnior."

São Paulo, 03 de novembro de 2008.

Pesquisadora: **Wanessa Casseiro Fernandes**

Ref.: Projeto de Pesquisa "**Qualidade de vida e sexualidade de pacientes submetidas a radioterapia por câncer de colo do útero**".

Vimos informar que sua solicitação para execução do projeto de pesquisa supracitado foi analisada e **aprovada** pela Comissão de Trabalhos Científicos – CTC do IBCC em **31/10/2008**.

Fica estabelecido que o pesquisador responsável deve se comprometer pelo bom andamento dessa pesquisa quanto a:

1. Cumprir as determinações impostas pela CTC em Orientações Gerais, formulário recebido na inscrição do Projeto.
2. Veracidade dos dados obtidos e a qualidade técnica.
3. Conclusão do estudo.
4. Fornecimento de relatórios ^{semestrais} trimestrais a CTC (Informar data de início e de término).
5. Utilização do material apenas para o fim especificado no projeto aprovado.
6. Arcar com qualquer **despesa** referente à execução do trabalho.
7. Incluir o nome do IBCC em qualquer publicação ou apresentação de resultados em eventos científicos especificando que o trabalho foi realizado na Instituição.
8. No trabalho deverão constar referências bibliográficas de autores do IBCC caso haja publicações na área.
9. Incluir o nome do Diretor Técnico Científico do IBCC, Prof. Dr. João Carlos Guedes Sampaio Góes como co-autor do trabalho, sendo citado no final da relação de autores como representante da instituição.
10. Enviar cópia do trabalho quando apresentado / publicado para o CEJSG – Coordenadoria de Pesquisa.

Atenciosamente,

Dra. Célia Tosello de Oliveira
 Coordenadora de Pesquisa do CEJSG

Ciente:

Data: 05/11/08

ANEXO II

Estadiamento FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics)

Resumo Esquemático

TNM	Colo uterino	FIGO
Tis	<i>In situ</i>	0
T1	Confinado ao útero	I
T1a	Diagnosticado somente pela microscopia	IA
T1a1	Profundidade ≤ 3 mm, extensão horizontal ≤ 7 mm	IA1
T1a2	Profundidade $>3-5$ mm, extensão horizontal ≤ 7 mm	IA2
T1b	Clinicamente visível ou lesão microscópica maior que T1a2	IB
T1b1	≤ 4 cm	IB1
T1b2	> 4 cm	IB2
T2	Além do útero, mas não parede pélvica ou terço inferior da vagina	II
T2a	Sem invasão do paramétrio	IIA
T2b	Com invasão do paramétrio	IIB
T3	Terço inferior da vagina/parede pélvica/hidronefrose	III
T3a	Terço inferior da vagina	IIIA
T3b	Parede pélvica/hidronefrose	IIIB
T4	Mucosa da bexiga/reto; além da pélvis verdadeira	IVA
N1	Regional	– IVB
M1	Metástase à distância	

ANEXO III**FACT-Cx (Versão 4)**

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

<u>BEM-ESTAR FÍSICO</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GP1	Estou sem energia	0	1	2	3	4
GP2	Fico enjoado/a	0	1	2	3	4
GP3	Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família	0	1	2	3	4
GP4	Tenho dores	0	1	2	3	4
GP5	Sinto-me incomodado/a pelos efeitos secundários do tratamento.....	0	1	2	3	4
GP6	Sinto-me doente	0	1	2	3	4
GP7	Sinto-me forçado (a) a passar tempo deitado(a) ..	0	1	2	3	4

<u>BEM-ESTAR SOCIAL/FAMILIAR</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GS1	Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos	0	1	2	3	4
GS2	Recebo apoio emocional da minha família	0	1	2	3	4
GS3	Recebo apoio dos meus amigos	0	1	2	3	4
GS4	A minha família aceita a minha doença	0	1	2	3	4
GS5	Estou satisfeito/a com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença.....	0	1	2	3	4
GS6	Sinto-me próximo/a do/a meu/minha parceiro/a (ou da pessoa que me dá maior apoio)	0	1	2	3	4
Q1	<i>Independentemente do seu nível a(c)tual de a(c)tividade sexual, favor de responder à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrículo ☐ e passe para a próxima seção</i>					
GS7	Estou satisfeito/a com a minha vida sexual	0	1	2	3	4

FACT-Cx (Versão 4)

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

<u>BEM-ESTAR</u>		Nem um pouc o	Um pouc o	Mais ou meno s	Muit o	Muitís -simo
<u>EMOCIONAL</u>						
GE 1	Sinto-me triste	0	1	2	3	4
GE 2	Estou satisfeito/a com a maneira como enfrento a minha doença	0	1	2	3	4
GE 3	Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença.....	0	1	2	3	4
GE 4	Sinto-me nervoso/a.....	0	1	2	3	4
GE 5	Estou preocupado/a com a idéia de morrer ...	0	1	2	3	4
GE 6	Estou preocupado/a que o meu estado venha a piorar	0	1	2	3	4

<u>BEM-ESTAR FUNCIONAL</u>		Nem um pouc o	Um pouc o	Mais ou meno s	Muit o	Muitís -simo
GF 1	Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa).....	0	1	2	3	4
GF 2	Sinto-me realizado/a com o meu trabalho (inclusive em casa)	0	1	2	3	4
GF 3	Sou capaz de sentir prazer em viver	0	1	2	3	4
GF 4	Aceito a minha doença	0	1	2	3	4
GF 5	Durmo bem.....	0	1	2	3	4
GF 6	Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	0	1	2	3	4
GF 7	Estou satisfeito/a com a qualidade da minha vida neste momento	0	1	2	3	4

FACT-Cx (Versão 4)

	<u>PREOCUPAÇÕES</u>	Nem um pouc	Um pouc o	Mais ou meno	Muit o	Muitís -simo
	ADICIONAIS					
Cx1	O corrimento ou sangramento vaginal incomoda-me.....	0	1	2	3	4
Cx2	Sinto-me incomodada pelo odor que vem da minha vagina	0	1	2	3	4
Cx3	Tenho medo de ter relações sexuais ...	0	1	2	3	4
B4	Sinto-me sexualmente atraente	0	1	2	3	4
Cx4	Sinto a vagina estreita ou curta demais	0	1	2	3	4
BM T 7	Estou preocupado/a com a minha capacidade de ter filhos	0	1	2	3	4
Cx5	Tenho receio que o tratamento seja prejudicial para o meu corpo	0	1	2	3	4
BL4	Tenho interesse em sexo	0	1	2	3	4
C7	Gosto da aparência do meu corpo	0	1	2	3	4
Cx6	Sinto-me incomodado/a pela prisão de ventre.....	0	1	2	3	4
C6	Tenho bom apetite	0	1	2	3	4
BL1	Tenho dificuldade em controlar a urina	0	1	2	3	4
BL3	Sinto ardor quando urino	0	1	2	3	4
Cx7	Sinto incômodo/incomodo quando urino.....	0	1	2	3	4
HN1	Posso comer os alimentos que gosto ..	0	1	2	3	4

Por favor, verifique se não deixou nenhuma pergunta sem resposta.

Sinceramente, sou muito grata por sua colaboração.

ANEXO IV

Data: Wed, 20 Aug 2008 12:38:49 -0500 [20-08-08 14:38 14:38:49 BR1]
De: Helen Morrow <hmorrow@facit.org>
Para: wacasemiro@usp.br
Assunto: Re: your facit.org request

Parte(s):

2 FACT-Cx_POR_Final_Ver4_16Oct07.pdf	[application/pdf]	24 KB	
3 FACT-Cx_POR_Final_Ver4_16Oct07.doc	[application/msword]	138 KB	
4 ScoringFACT-Cx v4-REVISED.doc	[application/msword]	32 KB	
5 Administration Guidelines.doc	[application/msword]	37 KB	

Baixar todos anexos (em arquivo .zip)

Cabeçalhos: Exibir Todos os Cabeçalhos

1 sem nome [text/html] 8,36 KB

Hello Wanessa Cassemiro:

Thank you for your interest in the FACT/FACIT Measurement system. Please accept my apologies for the extended delay in responding to your original email. I was out of town for a few weeks and had hoped to check email while away. It proved to be a larger problem than anticipated. I appreciate your patience as I make my way through the emails.

After reviewing your request, and speaking with Ben Arnold, Manager of the Translation Project, he has granted you permission to use the FACT-Cx in Portuguese for this study only, waiving the standard licensing fee normally associated with the use of translated questionnaires.

Please take a moment to review the documents I have provided. The "License" document specifies our licensing terms and spells out the agreement. This document is for your records and does not need to be signed. Also please find attached a copy of the most current version of the FACT-Cx questionnaire (Version 4) in Portuguese for your review and possible use. With your agreement to a few simple requests, we ask that you review our user's agreement that can be found on our website at www.facit.org (See Requests & Registration: User's Agreement). Should you actually decide to include the questionnaire in your research, we would also request that you take the time to complete a Collaborator's Project Information Form on line to submit for our files. We are in the process of updating our website, so, many areas of the site are under construction. We appreciate your patience as we continue to create an efficient and user friendly site.

Please keep in mind that the questionnaire has a copyright attached and can not be altered without strict permission from Ben Arnold. I have attached the scoring and administration guidelines as well as the raw scoring template for the FACT-Cx. The raw scoring templates will eventually be available on our new website; however, a fee will be associated with this downloadable form. These documents are only available in English. During this transition, we will not be charging a fee. Please accept them now with our compliments.

We wish you the best.

Thank you,

Helen

(EWB) Score range: 0-24	GE3	4	-	_____	= _____
	GE4	4	-	_____	= _____
	GE5	4	-	_____	= _____
	GE6	4	-	_____	= _____

Sum individual item scores: _____

Multiply by 6: _____

Divide by number of items answered: _____ = **EWB**

subscale score

FUNCTIONAL	GF1	0	+	_____	= _____
	GF2	0	+	_____	= _____
(FWB) Score range: 0-28	GF3	0	+	_____	= _____
	GF4	0	+	_____	= _____
	GF5	0	+	_____	= _____
	GF6	0	+	_____	= _____
	GF7	0	+	_____	= _____

Sum individual item scores: _____

Multiply by 7: _____

Divide by number of items answered: _____ = **FWB**

subscale score

FACT-Cx Scoring Guidelines (Version 4) – Page 2

<u>Subscale</u>	<u>Item Code</u>	<u>Reverse item?</u>		<u>Item response</u>	<u>Item Score</u>
CERVIX	Cx1	4	-	_____	= _____
CANCER SUBSCALE (CxCS) Score range: 0-60	Cx2	4	-	_____	= _____
	Cx3	4	-	_____	= _____
	B4	0	+	_____	= _____
	Cx4	4	-	_____	= _____
	BMT7	4	-	_____	= _____
	Cx5	4	-	_____	= _____
	BL4	0	+	_____	= _____
	C7	0	+	_____	= _____
	Cx6	4	-	_____	= _____
	C6	0	+	_____	= _____
	BL1	4	-	_____	= _____
	BL3	4	-	_____	= _____
	Cx7	4	-	_____	= _____
	HN1	0	+	_____	= _____

Sum individual item scores: _____

Multiply by 15 : _____

Divide by number of items answered: _____ = **CxC**

Subscale score

To derive a FACT-Cx Trial Outcome Index (TOI):

Score range: 0-116

$$= \frac{\text{_____} + \text{_____} + \text{_____}}{\text{(PWB score)} \quad \text{(FWB score)} \quad \text{(CxCS score)}} = \text{FACT-Cx TOI}$$

To Derive a FACT-G total score:

Score range: 0-108

$$\text{_____} + \text{_____} + \text{_____} + \text{_____} = \text{_____} = \text{FACT-G Total score}$$

(PWB score) (SWB score) (EWB score) (FWB score)

To Derive a FACT-Cx total score:

Score range: 0-168

$$\text{_____} + \text{_____} + \text{_____} + \text{_____} + \text{_____} = \text{_____} = \text{FACT-Cx Total score}$$

(PWB score) (SWB score) (EWB score) (FWB score) (CxCS score)

*For guidelines on handling missing data and scoring options, please refer to the Administration and Scoring Guidelines in the manual or on-line at www.facit.org.