Qualidade de vida de mulheres sobreviventes ao câncer do colo do útero

RESUMO

O estudo tem por objetivo comparar a qualidade de vida de sobreviventes ao câncer de colo uterino com um grupo controle. O grupo câncer foi composto por mulheres com término do tratamento há, no mínimo, três meses da data de coleta dos dados (n= 37). O grupo controle, de base populacional, foi composto por mulheres sem história de câncer (n= 37). A qualidade de vida foi avaliada através do Instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref). Em comparação ao controle, o grupo câncer apresentou maior percentual de mulheres que viviam sem companheiro, que consideravam o relacionamento com o companheiro como ruim/regular e que apresentavam disfunções urinárias, intestinais e sexuais. Além disso, o grupo câncer apresentou piores escores nos domínios “Físico” e “Relações Sociais” do WHOQOL-bref. Foram fatores independentemente associados ao domínio “Físico”: linfedema de membros inferiores e retenção urinária; e ao domínio “Relações Sociais”: apoio social de amigos e estenose/encurtamento vaginal. Os resultados indicam impacto negativo da doença e de seu tratamento sobre a qualidade de vida das sobreviventes. Deve-se investigar a qualidade de vida e os fatores que a influenciam, visando um atendimento mais integral, direcionado às necessidades das pacientes por meio de equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Neoplasias do colo do útero. Sobreviventes. Qualidade de vida.

1 **INTRODUÇÃO**

O número de sobreviventes a longo prazo do câncer do colo do útero (CCU) está crescendo, devido à alta curabilidade quando detectado precocemente (WENZEL et al., 2005) e aos avanços científicos e terapêuticos ao longo das últimas décadas (BARKER et al., 2009). O tratamento desta neoplasia é guiado pelo estadiamento da doença e pode ser constituído por cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou pela combinação dessas modalidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Contudo, as intervenções terapêuticas também estão associadas à ocorrência de efeitos adversos tardios, destacando-se: disfunções sexuais, intestinais ou urinárias; menopausa precoce e linfedema em membros inferiores (BERNARDO et al., 2007; PFAENDLER et al., 2015; VIDAL, 2008).

Consequentemente, a maioria das mulheres com diagnóstico de CCU vive durante anos com as sequelas da doença e do seu tratamento (DONOVAN et al., 2007). Estes efeitos em longo prazo podem, então, acarretar alterações físicas, sociais e psicológicas crônicas e, por conseguinte, comprometer a qualidade de vida (QV) dessas pacientes (BARKER et al., 2009). O termo “qualidade de vida” é definido pelo The WHOQOL Group (1995) como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

A melhora da qualidade de vida passou a constituir um dos pilares do tratamento do câncer à medida que se verificou que o importante não era apenas acrescentar “anos à vida”, mas ir além, acrescentando “vida aos anos” (FLECK et al., 1999). Alguns autores, inclusive, afirmam que a QV influencia na sobrevida das sobreviventes ao CCU, que, desta forma, é vista também como um fator prognóstico (ASHING-GIWA; LIM; TANG, 2010).

Nesta perspectiva, há um interesse crescente em avaliar a QV de pacientes com câncer, almejando um tratamento alicerçado no cuidado integral e humanizado. Assim, este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de mulheres sobreviventes ao câncer do colo do útero e comparar com um grupo controle de mulheres sem história de câncer.

2 **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo observacional analítico com amostra composta por um grupo câncer e um grupo controle. O grupo câncer (Gcâncer) foi composto por mulheres tratadas para o CCU no período de 2005 a 2013, com conclusão do tratamento há, no mínimo, três meses da data de coleta dos dados. O recrutamento deste grupo foi efetuado em duas instituições públicas de referência para o tratamento oncológico na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Foram incluídas as pacientes que compareceram aos serviços, cumpriram os critérios de elegibilidade e aceitaram participar da pesquisa. Para cada sobrevivente ao câncer, foi selecionada aleatoriamente, para compor o grupo controle (Gcontrole) de base populacional, uma mulher sem história de câncer, com características socioeconômicas e demográficas semelhantes. O tamanho amostral atendeu ao referencial da literatura que considera qualidade de vida superior em mulheres sem câncer ginecológico comparado com aquelas com história da doença. Assim, admitindo-se uma proporção de satisfação entre casos de 45% e nos controles de 80%, com número de controles por caso de 1, poder de teste de 80% e nível de significância de 80%, estimou-se 36 casos e seus respectivos controles (FRUMOVITZ et al., 2005; SCHLESSELMAN, 1982).

Foram excluídas as pacientes que apresentavam: diagnóstico de transtornos psiquiátricos; doenças mentais ou neurológicas, com algum déficit cognitivo; história de outro câncer ou recidiva da doença (para as mulheres do grupo câncer) ou de morbidade importante como insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica ou distúrbios osteomioarticulares graves e incapacitantes.

A coleta de dados foi realizada de janeiro a outubro de 2013. As mulheres que cumpriram os critérios de elegibilidade foram convidadas a participar da pesquisa e devidamente informadas quanto aos procedimentos, justificativa e relevância de tal estudo. Aquelas que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e, em seguida, os dados foram coletados através de entrevista face a face com as participantes, em espaço adequado, com a utilização dos seguintes instrumentos: 1) Questionário de caracterização da amostra: composto por questões referentes a características socioeconômicas e demográficas; hábitos de vida; suporte/rede social; menopausa, sexualidade, comorbidades e sintomas autorreferidos (que no grupo câncer poderiam estar associados à doença ou ao tratamento). Para o grupo câncer, foram investigados características da doença e do tratamento realizado, e o diagnóstico de outras comorbidades, cujos dados foram obtidos por meio de busca nos prontuários. 2) Questionário de avaliação da função sexual: foi utilizado o Female Sexual Function Índexpara avaliar a função sexual das participantes sexualmente ativas– FSFI. Este instrumento apresenta fortes propriedades psicométricas para avaliar e monitorar a função sexual entre mulheres sexualmente ativas sobreviventes ao câncer, inclusive ao câncer de colo uterino (BASER; CARTER; LI, 2012). É composto por 19 questões e seu escore total pode variar de 2 a 36 pontos, sendo que valores mais elevados representam melhor função sexual. Para classificar a presença de disfunção sexual, utilizou-se o ponto de corte de 26 pontos (escore total ≤ 26 = disfunção sexual) (WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005). 3) Questionário de avaliação da qualidade de vida: foi utilizado o instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde em sua versão abreviada, o WHOQOL-bref (*World Health Organization Quality of Life Instrument* – abreviado). Este é traduzido e validado para uso na população brasileira e se propõe a avaliar a QV de forma multidimensional e subjetiva (FLECK, 2000). É composto por 26 questões: duas sobre qualidade de vida global, englobando a percepção da QV e a satisfação com a saúde, e as demais representando cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100; estas são organizadas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente (FLECK, 2000; KHALIL et al., 2015). Os resultados do WHOQOL-bref são analisados por domínio, pois não existe um escore total para esse questionário e os escores são padronizados para uma variação de 0 a 100 pontos (sendo 100 a melhor QV possível).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o parecer nº 131.805/2012.

Os dados foram armazenados e analisados no *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. A fim de comparar os grupos estudados em relação a variáveis numéricas, utilizou-se o Teste de *Mann Whitney* e, para as variáveis categóricas, foi aplicado o teste *Qui-quadrado* (χ2) ou *Exato de Fischer*, quando adequado. Foi realizada regressão linear para avaliar as variáveis associadas à qualidade de vida, sendo incluídas as variáveis explicativas que apresentaram p<0,10 na comparação entre os grupos. Aquelas que apresentaram p<0,10 na regressão linear simples foram, posteriormente, incluídas no modelo multivariado. Tal inclusão foi feita utilizando o método *Enter*. Para o modelo final multivariado, as variáveis que apresentaram p≤0,05 foram consideradas estatisticamente significativas.

3 **RESULTADOS**

Setenta e quatro mulheres participaram do estudo, divididas em dois grupos: câncer (n=37) e controle (n=37). A idade média das participantes foi 50,88 anos (mínimo=24 anos; máximo=85 anos, desvio-padrão=12,97 anos) e o tempo médio de conclusão do tratamento foi 36,78 meses (variando de três a 92 meses, desvio-padrão=25,25 meses), sendo que a maioria (59,5%) concluiu o tratamento há menos de três anos da data de coleta dos dados. Como mostra a tabela 1, a maioria das sobreviventes ao câncer teve tumor classificado histologicamente como escamoso; foi diagnosticada com estadiamento IB – FIGO; submetida a tratamento cirúrgico e radioterapia adjuvante, sem quimioterapia (51,4%).

Os grupos foram semelhantes em relação às variáveis socioeconômicas e demográficas, exceto para a “situação conjugal” (p=0,05), para a qual o grupo controle apresentou maior frequência de mulheres vivendo com companheiro (Gcontrole=73%; Gcâncer=41,4%). Quanto às variáveis psicossociais, de suporte social e de hábitos de vida, 51,4% do grupo controle relatou suporte social do marido/companheiro, enquanto no grupo câncer, 32,4% apresentou tal apoio (p=0,09). O “relacionamento com o marido/companheiro” foi diferente entre os grupos (p=0,02), sendo maior no grupo controle a frequência de mulheres que o consideravam como bom ou muito bom (Gcontrole=93,1%; Gcâncer=63,2%). Além disso, o grupo câncer apresentou maior frequência de mulheres que relataram apoio social de líderes religiosos (Gcâncer: 18,9%; Gcontrole: 2,7%, p=0,05) e de amigos (Gcâncer: 40,5%; Gcontrole: 21,6%), p=0,07). As variáveis relacionadas à saúde (tabagismo; consumo de bebida alcoólica; diagnóstico de alguma doença crônica, como hipertensão arterial, diabetes, depressão; uso de medicamento de forma contínua) foram semelhantes entre os grupos.

Algumas variáveis, que no grupo câncer poderiam estar associadas a efeitos adversos do tratamento, foram mais frequentes neste grupo: menopausa; “fogachos”; estenose ou encurtamento vaginais; sangramento durante ou após a relação sexual; aumento da frequência, urgência, incontinência e retenção urinárias; diarreia, urgência e incontinência fecais; dor e muco anais; enterorragia e linfedema em membros inferiores (tabela 2). A maioria das mulheres do grupo câncer (64,9%) apresentava menopausa relacionada ao tratamento.

Em relação à função sexual, a maioria das mulheres no grupo câncer relatou que o câncer interferiu na vida sexual (59,5%) e que não era sexualmente ativa (59,5%). Das mulheres sexualmente ativas, 80% apresentavam disfunção sexual no grupo câncer, enquanto este percentual foi de 7,1% no grupo controle (p<0,01). Não houve diferença quanto à frequência sexual entre os grupos. Além disso, o grupo câncer apresentou menor escore total no questionário FSFI (Gcâncer: média=21,72, desvio-padrão=7,40; Gcontrole: média=30,76; desvio-padrão=2,95; p<0.01)

A qualidade de vida foi diferente entre os grupos nos domínios “Físico” e “Relações Sociais”, sendo estes superiores no grupo controle (p=0,03 e 0,01, respectivamente) – Tabela 3. Na regressão linear simples, apresentaram associação com o domínio “Físico” as variáveis grupo (p=0,03), situação conjugal (p=0,07), dor/ardência ao urinar (p=0,09), incontinência urinária (p=0,06), urgência urinária (p=0,02), retenção urinária (p=0,006), urgência fecal (p=0,01), linfedema (p=0,001), atividade sexual (p=0,07) e escore total do FSFI (p=0,02). E, com o domínio “Relações Sociais”, grupo (p=0,02), amigo como suporte social (p=0,002), fogachos (p=0,005), estenose/encurtamento vaginais (p<0,001), dor/ardência ao urinar (p=0,02), aumento da frequência urinária (p=0,003), urgência urinária (0,02), incontinência urinária (p=0,05), diarreia (p=0,003), urgência fecal (0,003), incontinência fecal (p=0,04), retenção urinária (p=0,04) e escore total do FSFI (p<0,001). Essas variáveis foram, então, incluídas no modelo de regressão linear multivariada para cada domínio (Físico e Relações Sociais). A tabela 4 descreve as variáveis que permaneceram no modelo final.

Tabela 1 - Descrição das variáveis clínicas, terapêuticas e médicas das mulheres do grupo câncer.

|  |  |
| --- | --- |
| Variáveis | n (%) |
| Histologia  Escamoso  Adenocarcinoma | 29 (82,9)  6 (17,1) |
| Estadiamento (FIGO)  IA  IB  IIA  IIB  IIIA  IIIB  IVA | 3 (8,5)  14 (40)  3 (8,5)  10 (27)  1 (3)  4 (11)  1 (3) |
| Tratamento Local  Cirurgia  Cirurgia e radioterapia  Radioterapia exclusiva | 6 (16,2)  17 (45,9)  14 (37,8) |
| Tratamento Sistêmico (Quimioterapia)  Não  Sim | 19 (51,4)  18 (48,6) |

Legenda: *n*=número absoluto.

Fonte: dos autores (2017)

Tabela 2 - Descrição das variáveis relacionadas à saúde, alterações/disfunções autorreferidas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Variáveis | Grupo Câncer  n (%) | Grupo Controle  n (%) | p-valor |
| Menopausa  Não  Sim | 0 (0)  37 (100) | 15 (40,5)  22 (59,5) | ˂ 0,01 |
| Menopausa relacionada ao tratamento  Não  Sim | 13 (35,1)  24 (64,9) | -------- | ------ |
| Fogachos  Não  Sim | 7 (18,9)  30 (81,1) | 22 (59,5)  15 (40,5) | ˂ 0,01 |
| Vagina estreita/curta  Não  Sim | 13 (35,1)  24 (64,9) | 37 (100)  0 (0) | ˂ 0,01 |
| Sexualmente ativa  Não  Sim | 22 (59,5)  15 (40,5) | 9 (24,3)  28 (75,7) | ˂ 0,01 |
| Sangramento durante relação sexual  Não  Sim | 12 (63,2)  7 (36,8) | 37 (100)  0 (0) | ˂ 0,01 |
| Dor/ardência ao urinar  Não  Sim | 25 (67,6)  12 (32,4) | 35 (94,6)  2 (5,4) | ˂ 0,01 |
| Aumento frequência urinária  Não  Sim | 23 (62,2)  14 (37,8) | 37 (100)  0 (0) | ˂ 0,01 |
| Urgência urinária  Não  Sim | 23 (62,2)  14 (37,8) | 31 (83,8)  6 (16,2) | 0,03 |
| Incontinência urinária  Não  Sim | 24 (64,9)  13 (35,1) | 33 (89,2)  4 (10,8) | 0,02 |
| Incontinência urinária aos esforços  Não  Sim | 25 (67,6)  12 (32,4) | 22 (59,5)  15 (40,5) | 0,46 |
| Retenção urinária  Não  Sim | 29 (78,4)  8 (21,6) | 36 (97,3)  1 (2,7) | 0,02 |
| Hematúria  Não  Sim | 33 (89,2)  4 (10,8) | 37 (100)  0 (0) | 0,11 |
| Diarreia  Não  Sim | 21 (56,8)  16 (43,2) | 37 (100)  0 (0) | ˂ 0,01 |
| Urgência fecal  Não  Sim | 23 (62,2)  14 (37,8) | 37 (100)  0 (0) | ˂ 0,01 |
| Incontinência fecal  Não  Sim | 29 (78,4)  8 (21,6) | 37 (100)  0 (0) | ˂ 0,01 |
| Constipação intestinal  Não  Sim | 21 (56,8)  16 (43,2) | 26 (70,3)  11 (29,7) | 0,22 |
| Tenesmo  Não  Sim | 33 (89,2)  4 (10,8) | 37 (100)  0 (0) | 0,11 |
| Dor anal  Não  Sim | 29 (78,4)  8 (21,6) | 37 (100)  0 (0) | ˂ 0,01 |
| Muco anal  Não  Sim | 30 (81,1)  7 (18,9) | 37 (100)  0 (0) | 0,01 |
| Enterorragia  Não  Sim | 28 (75,7)  9 (24,3) | 37 (100)  0 (0) | ˂ 0,01 |
| Linfedema membro inferior  Não  Sim | 24 (64,9)  13 (35,1) | 37 (100)  0 (0) | ˂ 0,01 |

Fonte: dos autores (2017)

Tabela 3 – Comparação entre os grupos quanto à qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL-bref

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

Legenda: DP=desvio-padrão

Fonte: dos autores (2017)

Tabela 4 – Regressão linear multivariada (modelo final): influência das variáveis que apresentaram diferença entre os grupos na análise bivariada sobre os domínios “Físico” e “Relações Sociais” do WHOQOL-bref.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Variáveis independentes | R2 | Coeficiente β | Intervalo de confiança | p-valor |
| Domínio Físico | 0,29 |  |  | <0,001 |
| Linfedema em membros inferiores |  | -18,985 | -29,358 /-8,612 | 0,001 |
| Retenção urinária |  | -13,046 | -24,836 /-1,257 | 0,031 |
| Urgência fecal |  | -5,312 | -15,577 /4,952 | 0,306 |
| Domínio Relações Sociais | 0,39 |  |  | <0,001 |
| Apoio social de amigos |  | 13,713 | 6,685 /20,740 | <0,001 |
| “Fogachos” |  | -5,533 | -12,872 /1,805 | 0,137 |
| Estenose ou encurtamento vaginais |  | -9,807 | -17,611 /-2,002 | 0,015 |
| Aumento da frequência urinária |  | -7,740 | -17,163 /1,683 | 0,106 |
| Diarreia |  | -4,041 | -13,008 /4,925 | 0,372 |

Fonte: dos autores (2017

4 **DISCUSSÃO**

Os resultados do presente estudo mostraram um maior percentual de mulheres no grupo câncer que viviam sem companheiro, que consideravam o relacionamento com o companheiro como ruim/regular e que apresentavam disfunções urinárias, intestinais e sexuais que podem estar relacionadas com o tratamento do câncer. O grupo câncer apresentou pior escore nos domínios “Físico” e “Relações Sociais” da QV. Ademais, verificou-se associação entre estes domínios de QV com alterações que poderiam representar consequências do tratamento, bem como com a rede social de apoio dos amigos, mostrando a importância destes fatores para a QV de sobreviventes do CCU.

A pior QV para o Gcâncer nos domínios “Físico” e “Relações Sociais” sugere algum impacto negativo do CCU e/ou seu tratamento sobre a QV das sobreviventes, o que está de acordo com outras pesquisas encontradas na literatura (FLECK, 2000; OSANN et al., 2014; PFAENDLER et al., 2015). Neste sentido, é importante destacar que o domínio “Físico” possui um item sobre a necessidade de tratamento médico e o domínio “Relações Sociais”, um item que avalia a satisfação da vida sexual. Desta forma, os resultados observados podem estar relacionados, em parte, à necessidade de acompanhamento médico especializado após o tratamento, aos efeitos adversos tardios do tratamento e à insatisfação com a vida sexual devido às disfunções sexuais secundárias à terapia.

Deve-se considerar também a possibilidade de relação entre estes resultados e a falta de orientação e suporte adequados da equipe de saúde que assiste a paciente, no que se refere à abordagem precoce dos potenciais efeitos adversos do tratamento da doença (BERNARDO et al., 2007). Além disso, destaca-se o ainda existente estigma do câncer

e o fato de que a doença acomete órgão de simbologia tão importante para o sexo feminino, extremamente vinculado à atividade sexual (PENGA; RUMIN, 2008).

Variáveis relacionadas a possíveis efeitos adversos do tratamento para o grupo câncer mostraram impacto negativo na QV, como estenose ou encurtamento vaginais, linfedema em membros inferiores e retenção urinária. O desenvolvimento de estenose ou encurtamento vaginal após o término do tratamento é, muitas vezes, considerado como o principal mecanismo para as dificuldades sexuais (WHITE, 2008). Da mesma forma, Osann e outros (2014) também verificaram que problemas ginecológicos decorrentes do tratamento para o CCU estão associados à pior QV. Corroborando com os presentes achados, Park e outros (2007) encontraram QV significativamente inferior em mulheres sobreviventes ao câncer do colo uterino em comparação às mulheres do grupo controle. As sobreviventes apresentaram pobre imagem corporal, maior ansiedade em relação ao desempenho sexual, baixa função sexual, preocupação sexual mais frequente, linfedema de membros inferiores e maior frequência de sintomas de menopausa em relação ao grupo controle. Segundo Bae e Park (2016) e Park e outros (2007), sobreviventes ao CCU tendem a apresentar disfunção sexual, o que está correlacionado à pior qualidade de vida e maiores níveis de depressão.

De acordo com Pfaendler e outros (2015), tanto o tratamento cirúrgico como a radioterapia, mas particularmente a combinação destas modalidades, aumenta o risco de sequelas a longo prazo para o sistema urinário, como hipoatividade detrusora, diminuição da sensibilidade da bexiga, capacidade vesical reduzida e incontinência urinária, que podem afetar significativamente a QV. Além disso, segundo estes autores, o linfedema de membros inferiores pode ser a sequela mais incapacitante do tratamento, com efeitos físicos que incluem sensação de peso na perna, desconforto e tensão da pele e possível associação com disfunção sexual, ansiedade, depressão e diminuição da autoestima, levando a uma importante diminuição da QV (TIWARI et al., 2013). Lee e outros (2016) também verificaram que o linfedema de membros inferiores foi o efeito adverso do tratamento que apresentou maior impacto na QV de sobreviventes ao CCU.

No que se refere à sexualidade, observou-se alta frequência de disfunção sexual (80%) nas sobreviventes ao CCU, indo ao encontro de outros estudos (BERNARDO; FIGUEIROA; LORENZATO, 2007; ZHOU et al., 2016; WHITE, 2008). Segundo White (2008), as dificuldades sexuais após o tratamento para o CCU apresentam uma prevalência de 50 a 80%. É importante destacar que a disfunção sexual secundária ao tratamento pode levar a problemas na relação com o companheiro e, consequentemente, afetar a QV. Ratner e outros (2010) afirmam que a dispareunia é o principal fator contribuinte para o desenvolvimento de disfunção sexual após o tratamento para o CCU. Apesar do desejo em manter a atividade sexual, a dispareunia decorrente, principalmente, da estenose/encurtamento vaginal e da redução da lubrificação vaginal leva a paciente a sentir medo e evitar a relação sexual (RATNER et al., 2010). Quando atividade sexual diminui, o mesmo acontece com a intimidade nos relacionamentos, devido à diminuição nos níveis de contato físico, comunicação de sentimentos e ações íntimas. Essa situação pode resultar, muitas vezes, em abandono pelos maridos, contribuindo assim, com a carga global do câncer para a mulher e seus familiares (BERNARDO et al., 2007; CLEARY; HEGARTY, 2011).

Como as sobreviventes ao CCU são relativamente jovens, a disfunção sexual decorrente do tratamento pode ter maior impacto na QV em relação a outros tipos de cânceres com maior prevalência em mulheres mais velhas (PFAENDLER et al., 2015). Neste contexto, alguns autores afirmam que a atividade sexual constitui um dos índices pelo qual se mede o nível de QV, porém, ressaltam que, muitas vezes, a anamnese e o exame físico mais detalhado, enfocando aspectos sexuais, não são realizados de forma rotineira, o que pode contribuir para a persistência de dúvidas e insatisfação sexual (BERNARDO et al., 2007). Estes aspectos podem explicar, em parte, o maior percentual de disfunção sexual e o menor percentual de mulheres vivendo com companheiro e que classificam o relacionamento com o mesmo como bom/muito bom, observado no grupo câncer em relação ao grupo controle. Cabe destacar ainda que, no presente estudo, a maioria das sobreviventes ao CCU relatou que o câncer e/ou seu tratamento teve impacto na sua vida sexual.

Neste sentido, de acordo com Khalil e outros (2015), as sobreviventes ao CCU cujo status de estado civil muda após o diagnóstico de câncer de colo do útero, são mais propensas a ter QV inferiores. Os autores verificaram, em uma amostra de 110 mulheres, que 39% das mulheres casadas ​​quando diagnosticadas estavam divorciadas no momento da entrevista, sendo que 72% atribuiu seu divórcio ao CCU. O principal motivo relatado pelas sobreviventes para não ser sexualmente ativa foi o medo de desenvolver uma recaída ou uma infecção (41%), o que sugere a falta de orientação da equipe em relação à sexualidade (KHALIL et al., 2015).

Em contraste com os nossos resultados, Fernandes e Kimura (2010) verificaram que a situação conjugal foi fator preditivo para o domínio “preocupações adicionais” da QV, indicando que a presença de um companheiro gera maior conforto e suporte emocional à paciente com diagnóstico de câncer de colo uterino. Biffi e Mamede (2004) também enfatizam o parceiro sexual como uma das fontes de apoio social mais importante na assistência à saúde da mulher com câncer. Para estes autores, a relação de reciprocidade e ajuda pode favorecer recursos psicológicos e físicos, tornando a mulher mais capaz para enfrentar as dificuldades encontradas com sucesso.

No presente estudo, a referência dos amigos como fonte de apoio extrafamiliar foi fator independentemente associado à QV. Em estudo realizado por Khalil e outros (2015), apoio social e bem-estar espiritual foram os preditores de QV em mulheres sobreviventes ao CCU. Desta forma, estes resultados reforçam a importância deste tipo de apoio para a mulher. Nesta perspectiva, tal questão deve fazer parte de uma avaliação holística da paciente e, caso esta não tenha este tipo de apoio, outras fontes devem ser estimuladas a fim de oferecer suporte adequado. Quanto mais suporte social um indivíduo obtém, melhor será o enfrentamento de situações de estresse (BIFFI; MAMEDE, 2004).

Os resultados deste estudo indicam a importância de uma investigação completa envolvendo os efeitos adversos do tratamento e a rede de suporte social da paciente em um contexto no qual a QV deve ser cada vez mais valorizada, em detrimento do tempo de vida em condição limitada ou incapacitada (FLECK, 2000). Neste sentido, destaca-se a necessidade de assistência multiprofissional no acompanhamento destas pacientes após o diagnóstico do câncer (VIDAL, 2008), com o intuito de proporcionar atendimento integral voltado a todas estas necessidades que, na maioria das vezes, são negligenciadas.

Como principal limitação desta pesquisa, destaca-se a dificuldade no recrutamento das sobreviventes ao câncer, devido, principalmente, à desatualização dos prontuários, abandono de seguimento e ao fato de que muitas moravam em cidades vizinhas. Além disso, como não houve avaliação prévia, não se pode afirmar, com certeza, que as alterações observadas no grupo câncer são decorrentes exclusivamente do tratamento. Apesar do pequeno tamanho da amostra, pode-se demonstrar com significância estatística a hipótese de que mulheres submetidas a tratamento para o CCU apresentam algum impacto negativo na qualidade de vida, devendo, portanto, os fatores associados serem foco de intervenções.

5 **CONCLUSÃO**

Diante dos achados, percebe-se que o objetivo principal das consultas de seguimento após o tratamento para o CCU não deve ser apenas avaliar a cura ou monitorar a recidiva tumoral. Deve-se também investigar a qualidade de vida, assim como os fatores que a influência, antes mesmo da intervenção terapêutica, com vistas a facilitar a adoção, na prática clínica, de estratégias que possam possibilitar um atendimento mais integral, direcionado às necessidades das pacientes. Logo, a equipe multiprofissional faz-se necessária no tratamento das pacientes com CCU.

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

Quality of life of women surviving cervical cancer

ABSTRACT

The present study aims to compare the quality of life between cervical cancer survivors and control group. Women undergoing treatment for cervical cancer from a minimum of three months were included in the cancer group (n = 37). In the control group, which is population-based, were included women without history of cancer (n = 37). The quality of life was evaluated using WHOQOL-bref. In comparison to control group, the cancer group presented higher proportion of women who lived without a partner and who considered the relationship with their partner as poor / regular. In addition, cervical cancer survivors have urinary, intestinal and sexual dysfunctions. Besides, the cancer group exhibited poor score in the "Physical" and "Social Relations" domains of WHOQOL-bref. The factors independently associated with "Physical" domain were lower limb lymphedema and urinary retention, and with "Social Relations" domain were social support of friends and vaginal stenosis / shortening. The results indicate negative impact of the disease and its treatment on QOL of cervical cancer survivors. Thus, it should be investigated the quality of life and the factors associated with it in order to improve patient’s care, which should be performed by multiprofessional team.

Keywords: Uterine Cervical Neoplasms; Survivors; Quality of Life

**REFERÊNCIAS**

ASHING-GIWA, K. T.; LIM, J. W.; TANG, J. Surviving cervical cancer: Does health-related quality of life infuence survival? **Gynecologic Oncology**,v.118, n.1, p.35-42, jul. 2010.

BAE, H.; PARK, H. Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer. **Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, v.24, n.3, p.1277-1283, mar. 2016.

BARKER, C. L. et al. The impact of radiotherapy late effects on quality of life in gynaecological cancer patients. **British Journal of Cancer**, v.100, n.10, p.1558-1565, may. 2009.

BASER, R. E.; CARTER, J.; LI, Y. Psychometric validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in cancer survivors. **Cancer**. v.118, n.18, p.4606-4618, sep. 2012.

BERNARDO, B. C. et al. Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.29, n.2, p.85-90, 2007.

BIFFI, R. G.; MAMEDE, M. V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.38, n.3, p.262-269, 2004.

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

CLEARY, V.; HEGARTY, J. Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. **European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society**, v.15, n.1, p.38-45, feb. 2011.

DONOVAN, K. A. et al. Sexual health in women treated for cervical cancer: Characteristics and correlates. **Gynecologic Oncology**. v.104, n.2, p.428-434, feb. 2007.

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

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, n.1, p.19-28, 1999.

FERNANDES, W. C.; KIMURA, M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. **Revista latino-americana de enfermagem**, v.18, n.3, p.360-367, may./jun. 2010.

FRUMOVITZ, M. et al. Quality of Life and Sexual Functioning in Cervical Cancer Survivors. **Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology**,v.23, n.30, p.7428-7436, oct. 2005.

KHALIL, J. et al. Impact of cervical cancer on quality of life: beyond the short term (Results from a single institution). **Gynecologic oncology research and practice**, v.2, n.7, p.192-197, sep. 2015.

LEE, Y. et al. Comparison of Quality of Life and Sexuality between Cervical Cancer Survivors and Healthy Women. **Cancer research and treatment**: **official journal of Korean Cancer Association**, v.48, n.4, p.1321-1329, oct. 2016.

PARK, S. Y. et al. Quality of Life and Sexual Problems in Disease-Free Survivors of Cervical Cancer Compared With the General Population. **Cancer**. v.110, n.12, p.2716-2725, dec. 2007.

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

PFAENDLER, K. S. et al. Cervical cancer survivorship: long-term quality of life and social support. **Clinical therapeutics**,v.37, n.1, p.39-48, jan. 2015.

RATNER, E. S. et al. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. **Maturitas**, v.66, n.1, p.23-26, may. 2010.

SCHLESSELMAN, J. J. **Case-control studies:** design, conduct, analysis. **New York: Oxford University Press**. 1982.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**,v.41, n.10, p.1403-1409, nov. 1995.

TIWARI, P. et al. Breast and gynecologic cancer-related extremity lymphedema: a review of diagnostic modalities and management options. **World journal of surgical oncology**, v.11, p.237, sep. 2013.

VIDAL, M. L. B. Instituto Nacional de Câncer. **Efeitos adversos tardios subsequentes ao tratamento radioterápico para câncer de colo uterino na bexiga, reto e função sexual**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2008.

WENZEL, L. et al. Quality of life in long-term cervical cancer survivors. **Gynecologic Oncology**, v.97, n.2, p.310-17, may. 2005.

WHITE, I. D. The Assessment and Management of Sexual Difficulties after Treatment of Cervical and Endometrial Malignancies. **Clinical oncology (Royal College of Radiologists (Great Britain))**, v.20, n.6, p.488-496, aug. 2008.

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

ZHOU, W. et al. Survey of cervical cancer survivors regarding quality of life and sexual function. **Journal of Cancer Research and Therapeutics**, v.12, n.2, p.938-944, apr./jun. 2016.