



Qualidade de vida após o tratamento do câncer do colo do útero

Quality of life after treatment for cervical cancer

Calidad de vida después del tratamiento del cáncer cervical

Rafaella Araújo Correia¹

Cristine Vieira do Bonfim^{1,2}

Daniela Karina da Silva Ferreira¹

Betise Mery Alencar Sousa Macau Furtado³

Heitor Victor Veiga da Costa²

Kéllida Moreira Alves Feitosa⁴

Solange Laurentino dos Santos¹

1. Universidade Federal de Pernambuco.

Recife, PE, Brasil.

2. Fundação Joaquim Nabuco.

Recife, PE, Brasil.

3. Universidade de Pernambuco.

Recife, PE, Brasil.

4. Instituto de Medicina Integral Professor

Fernando Figueira. Recife, PE, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Identificar a qualidade de vida de mulheres após o tratamento de câncer do colo uterino, de acordo com suas características clínicas e socioeconômicas. **Métodos:** Trata-se de um estudo analítico com mulheres com câncer que foram tratadas com cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Para avaliar a qualidade de vida, aplicou-se o questionário WHOQOL-bref. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para investigar associações entre domínios e variáveis. **Resultados:** Houve associações ($p < 0,05$) entre os domínios do WHOQOL-bref e as variáveis renda, situação conjugal, atividades de lazer e tratamento realizado. Os domínios físico e psicológico foram associados à qualidade de vida global ($R = 0,54$ e $R = 0,63$, respectivamente). **Conclusões:** Condições socioeconômicas e o tipo de tratamento influenciaram a qualidade de vida dessas mulheres após o tratamento. É preciso aumentar o alcance do rastreio do câncer de colo do útero entre as mulheres que são menos favorecidas economicamente; e, após o tratamento, oferecer medidas alternativas que minimizam os efeitos secundários.

Palavras-chave: Neoplasias do colo uterino; Enfermagem Oncológica; Qualidade de vida; Saúde da mulher.

ABSTRACT

Objective: Identify the quality of life of women treated for cervical cancer according to their clinical and socioeconomic characteristics. **Methods:** This was an analytical study on women who were treated for cervical cancer by means of surgery, radiotherapy and chemotherapy. To evaluate their quality of life, the WHOQOL-bref questionnaire was applied. The Mann-Whitney test was used to investigate associations between domains and variables. **Results:** There were associations ($p < 0.05$) between the WHOQOL-bref domains and the variables of income, conjugal situation, leisure activities and treatment undergone. The physical and psychological domains were associated with overall quality of life ($R = 0.54$ and $R = 0.63$, respectively). **Conclusions:** Socioeconomic conditions and the type of treatment undergone influenced the quality of life of these women after their treatment. There is a need to increase the reach of cervical cancer screening among women who are less economically favored; and, after treatment, to offer alternative measures that soften the secondary effects.

Keywords: Uterine cervical neoplasms; Quality of life; Oncologic Nursing; Women's health.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la calidad de vida de las mujeres tratadas por cáncer de cuello uterino según sus características clínicas y socioeconómicas. **Métodos:** Este fue un estudio analítico sobre mujeres que fueron tratadas por cáncer de cuello uterino mediante cirugía, radioterapia y quimioterapia. Para evaluar su calidad de vida, se aplicó el cuestionario WHOQOL-bref. La prueba de Mann-Whitney se utilizó para investigar asociaciones entre dominios y variables. **Resultados:** Hubo asociaciones ($p < 0.05$) entre los dominios WHOQOL-bref y las variables de ingreso, situación conyugal, actividades de ocio y tratamiento. Los dominios físicos y psicológicos se asociaron con la calidad de vida general ($R = 0.54$ y $R = 0.63$, respectivamente). **Conclusiones:** Las condiciones socioeconómicas y el tipo de tratamiento sufrido influyeron en la calidad de vida de estas mujeres después de su tratamiento. Es necesario aumentar el alcance de las pruebas de detección del cáncer cervicouterino entre las mujeres económicamente menos favorecidas; y, después del tratamiento, ofrecer medidas alternativas que suavicen los efectos secundarios.

Palabras clave: Neoplasias del cuello uterino; Calidad de vida; Enfermería Oncológica; Salud de la mujer.

Autor correspondente:

Cristine Vieira do Bonfim.

E-mail: cristine.bonfim@uol.com.br

Recebido em 28/04/2018.

Aprovado em 06/09/2018.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0130

INTRODUÇÃO

Câncer do colo do útero é uma preocupação em saúde pública ao redor do mundo.¹ As estimativas mais recentes indicam que este é o quarto tipo de neoplasia mais diagnosticado e a quarta maior causa de morte entre as mulheres. Países subdesenvolvidos apresentam as maiores taxas de morte (17,5 óbitos para cada 100.000 mulheres) e prevalência (29,9 casos para cada 100.000 mulheres).¹

No Brasil, a prevalência dessa neoplasia foi de 19 casos para cada 100 mil mulheres, e a mortalidade foi de 7 para cada 100 mil mulheres em 2012.¹ Mais de 16 mil novos casos são esperados para o ano de 2018, e, dentre as regiões do Brasil, Nordeste e Sudeste terão maior incidência (6.030 e 4.420 casos, respectivamente).²

O maior fator de risco para desenvolvimento de câncer do colo do útero é o vírus do papiloma humano (HPV). Essa infecção persistente pelo HPV é considerada uma causa necessária, mas insuficiente para o seu desenvolvimento, o que sugere que outros fatores também estão envolvidos no processo carcinogênico.³ A formação de lesões precursoras de câncer e o próprio câncer se devem a múltiplos fatores, como idade, multiparidade, tabagismo, uso prolongado de contraceptivos, comportamento sexual de risco e coinfeção com outras doenças sexualmente transmissíveis.⁴ Lesões precursoras não tratadas podem evoluir para câncer do colo do útero a longo prazo.³

Os tipos de terapia disponíveis incluem cirurgia e radioterapia para casos diagnosticados precocemente, ou radioterapia/quimioterapia para casos mais avançados.⁵ Entretanto, os efeitos secundários e morbidade causados por essas terapias afetam profundamente a qualidade de vida dessas mulheres.

As modalidades de tratamento causam sequelas ao assoalho pélvico, levando a uma série de disfunções associadas especialmente aos sistemas urinário e genital, assim como a uma interferência na vida sexual.^{6,7} Ademais, a doença tem impacto psicossocial, o qual, junto ao dano físico, leva a uma deterioração da qualidade de vida.⁸

Maior sobrevivência e possibilidade de cura ou cronicidade têm levado a um crescimento no interesse pela avaliação da qualidade de vida de pessoas com câncer, com o objetivo de realizar o tratamento a partir de um cuidado humanizado e generalizado.^{9,10} Qualidade de vida é geralmente definida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no âmbito do sistema cultural e de valores em que vive, e em relação a suas metas, expectativas, padrões e preocupações".¹¹ O conceito de qualidade de vida como um medidor de desfecho em saúde surgiu como parte de um cenário de prolongação da expectativa de vida por meio do progresso da medicina durante o século XX.¹² Medir a forma como as pessoas estavam vivendo esses anos adicionais e com que qualidade, tornou-se necessário.¹²

Os efeitos secundários ao tratamento do câncer do colo do útero e a própria doença possuem impactos consideráveis. É, portanto, importante avaliar a qualidade de vida de mulheres tratadas dessa neoplasia como desfecho, de modo a considerar as repercussões da doença e seu tratamento.

Assim, com a intenção de adquirir conhecimento para nortear o planejamento de ações que correspondam às reais necessidades dessas pacientes após o tratamento, este trabalho teve como objetivo identificar a qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento de câncer do colo do útero, de acordo com suas características socioeconômicas e clínicas.

MÉTODOS

Este foi um estudo analítico realizado no Hospital referência para tratamento de câncer, que possui uma unidade de alta complexidade em oncologia (Unacon), assim como um serviço de hematologia.¹³ Esta instituição pertence ao Sistema Único de Saúde (SUS) e oferece terapia para aproximadamente 60 pacientes por ano, diagnosticadas com câncer do colo de útero.

A população deste estudo foi composta por mulheres submetidas à cirurgia, quimioterapia ou radioterapia como tratamento para câncer cervical entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016. As participantes foram abordadas enquanto esperavam para ser atendidas na unidade de ginecologia ou oncologia do hospital, e convidadas a participar na pesquisa. Aquelas que concordaram em participar e que tinham 18 ou mais anos de idade, para quem o tratamento havia terminado até três meses antes, foram incluídas no estudo. As seguintes foram excluídas: aquelas com escala de performance (ECOG; Eastern Cooperative Oncology Group) >2, que, por definição, são pacientes com qualidade de vida comprometida; as com histórico prévio/atual de outros cânceres ou morbidades com danos potenciais à qualidade de vida; e aquelas que estavam sendo tratadas para doenças recorrentes.

Dois instrumentos foram usados (lidos sob a compreensão das participantes selecionadas): 1) um questionário semiestruturado para caracterizar as mulheres de acordo com seus dados sociodemográficos, clínicos e relativos à saúde; 2) WHOQOL-bref para avaliar a qualidade de vida dessas mulheres. WHOQOL-bref é um instrumento genérico para avaliação da qualidade de vida, validado e culturalmente adaptado para a população brasileira. É uma versão curta do instrumento da Organização Mundial de Saúde (OMS), o WHOQOL-100.¹⁴ Ele é composto por 26 questões, dentre as quais duas são sobre qualidade de vida global e as outras 24 representam cada uma das facetas do instrumento original.

As questões são organizadas em quatro domínios: "físico" (dor e desconforto; energia e fadiga; e sono e descanso); "psicológico" (sentimentos positivos; pensar; aprender; memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; e sentimentos negativos); "social" (relações pessoais; suporte social; e atividade sexual); e "relativos ao meio" (segurança física e proteção; ambiente doméstico; recursos financeiros; saúde e cuidado social; disponibilidade e qualidade; oportunidades para obter novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico, poluição auditiva/climática; e transporte). O escore para cada questão varia de um a cinco pontos.

Os dados foram armazenados e analisados usando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 15,0. Na análise descritiva, as variáveis foram representadas por distribuição de frequência e por tendência central e medidas de dispersão. O teste Kolmogorov-Smirnov foi usado para verificar a normalidade das variáveis, e o teste Mann-Whitney foi usado na análise bivariada. Algumas variáveis foram registradas em duas categorias para facilitar a análise bivariada.

Na análise do WHOQOL-bref, calcularam-se os escores de faceta e domínio em uma escala de 0 a 100, em que, quanto mais próximos os escores estivessem de 100, melhor seria a qualidade de vida. A pontuação foi feita de forma independente, considerando a suposição de que qualidade de vida é um construto multi-dimensional.^{14,15} O coeficiente de correlação de Pearson foi usado para certificar a intensidade das associações lineares que existiam entre os escores das dimensões do WHOQOL-bref (domínios e questões sobre a qualidade de vida global).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética. As entrevistas começaram apenas após as participantes concederem seu consentimento ao assinar um termo de consentimento livre e esclarecido, tendo sido realizadas em salas reservadas com tempo médio de quarenta minutos.

RESULTADOS

Em relação à caracterização sociodemográfica, as mulheres afetadas por câncer do colo do útero tinham entre 26 e 69 anos de idade (média = 45,72 anos; DP = 12,49 anos). A maior parte delas havia frequentado a escola por oito anos ou mais (n = 27; 58,70%), sendo predominantemente mestiças (n = 30; 65,22%) e desempregadas (n = 20; 43,48%), e a maioria possuía um cônjuge (n = 27; 58,70%). Além disso, a maior parte delas ganhava até um salário mínimo (n = 37; 80,43%) e vivia em municípios no interior do estado de Pernambuco (n = 25; 54,35%) (Tabela 1).

Em relação às variáveis clínicas, o principal tipo histológico foi o carcinoma de células escamosas (n = 42; 91,30%), diagnosticado já em estado avançado em 29 casos (63,00%). O tratamento inicial mais comum foi a radioterapia associada à quimioterapia (n = 28; 60,88%). O tempo necessário para concluir o tratamento variou de 3 a 20 meses (mediana = 5 meses; Q1 = 3; Q3 = 9) (Tabela 1).

Sobre as características relativas aos hábitos de vida, 36 (78,26%) não consumiam bebidas alcoólicas, 29 (63,04%) não fumavam e 24 (52,17%) relataram algum tipo de comorbidade. As principais atividades de lazer deste grupo de mulheres incluíam atividades recreativas (36,96%) (assistir televisão/vídeos, ouvir música ou usar o computador) e atividades sociais (69,57%) (reunião/encontro com amigos, atividades artísticas em grupo, trabalho voluntário, reuniões de família, dançar/festas e viagens).

Na análise sobre a qualidade de vida das mulheres após o tratamento, entre os domínios do WHOQOL-bref, aqueles com as melhores médias foram o domínio "social" (63,52 ± 16,69) e o "psicológico" (61,48 ± 14,87); os domínios "físico" e "relativo ao meio" apresentaram os piores escores (56,75 ± 21,32 e

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas das mulheres submetidas ao tratamento do câncer do colo do útero

Variáveis sociodemográficas	n (46)	%
Anos de escolaridade		
Menos de oito anos de escolaridade	19	41,30
Oito anos de escolaridade ou mais	27	58,70
Raça/cor		
Mestiça	30	65,22
Branca	11	23,91
Negra	4	8,70
Amarela	1	2,17
Situação conjugal		
com cônjuge	27	58,70
sem cônjuge	19	41,30
Situação de trabalho		
Desempregada	20	43,48
Trabalhando em casa	11	23,91
Empregada	7	15,22
Em licença médica	5	10,87
Outros	3	6,52
Localização da casa		
Recife e sua região metropolitana	21	45,65
Interior do estado de Pernambuco	25	54,35
Renda familiar mensal		
Até um salário mínimo	37	80,43
Mais de um salário mínimo	9	19,57
Variáveis clínicas		
n (46) %		
Tipo histológico do tumor		
Carcinoma de células escamosas	42	91,30
Adenocarcinoma	3	6,53
Outros	1	2,17
Estágio		
Avançado	29	63,0
Inicial	17	37,0
Tratamento realizado		
Não cirúrgico (CT/RT)	28	60,88
Cirúrgico + Adjuvante (CT/RT)	9	19,56
Cirúrgico	9	19,56

53,06 ± 12,75, respectivamente), conforme indicado na Tabela 2. Os domínios "físico" e "psicológico" tiveram a mais alta correlação entre si (r = 0,57), e também a maior associação com qualidade de vida global (r = 0,54 e r = 0,63, respectivamente) (Tabela 3).

Tabela 2. Escores obtidos para qualidade de vida e nos domínios do WHOQOL-bref entre as mulheres após o tratamento para câncer do colo do útero

Domínios	Média (IC 95%)	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Físico	56,75 (50,34-63,15)	21,32	60,71	14,29	100,00
Psicológico	61,48 (57,01-65,95)	14,87	62,50	20,83	83,33
Social	63,52 (58,50-68,53)	16,69	58,33	8,33	91,67
Relativo ao meio	53,06 (49,22-56,89)	12,75	56,25	25,00	81,25
Qualidade de vida global	59,72 (54,48-64,97)	17,45	62,50	25,00	100,00

Tabela 3. Correlação entre os domínios do WHOQOL-bref e entre estes e a qualidade de vida global das mulheres após tratamento para câncer do colo do útero

Domínios e qualidade de vida global	Domínios			
	Físico	Psicológico	Social	Relativo ao meio
Físico	-	-	-	-
Psicológico	0,57*	-	-	-
Social	0,30†	0,57*	-	-
Relativo ao meio	0,25	0,30†	0,04	-
Qualidade de vida global	0,54*	0,63*	0,32†	0,47*

* $p < 0,01$; † $p < 0,05$.

Na correlação dos domínios do WHOQOL-bref com as variáveis sociodemográficas, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (Tabela 4). Renda familiar foi associada ao domínio "físico" ($p = 0,04$); e situação conjugal foi associada ao domínio "qualidade de vida global" ($p = 0,05$). Também houve correlação significativa entre os domínios do WHOQOL-bref com hábitos de vida e com as variáveis clínicas (Tabela 5). Atividade de lazer recreativa foi associada ao domínio "social" ($p = 0,01$); e o tipo de tratamento realizado e comorbidades foram associados ao domínio "relativo ao meio" ($p = 0,01$ e $p = 0,02$, respectivamente).

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas das mulheres tratadas de câncer do colo do útero foram similares ao que havia sido previamente identificado em outros estudos em relação a idade, raça/cor, situação conjugal e escolaridade.^{16,17} Tem sido observado mais frequentemente que mulheres afetadas possuem níveis mais baixos de escolaridade.^{16,17} Baixo nível de escolaridade, considerado um indicador de estratificação social, tem sido relacionado a hábitos de vida não saudáveis¹⁸ e comportamento sexual de risco,¹⁹ que são determinantes para ocorrências dessa neoplasia.

A idade média de 45 anos corrobora as atuais recomendações para realização de exames preventivos em mulheres que têm entre 25 e 64 anos de idade (população alvo).²⁰ Mulheres mestiças com baixa renda e baixo nível de escolaridade que estão desempregadas são mais vulneráveis a doenças como

o câncer do colo do útero, dado que condições econômicas e sociais decisivamente influenciam as condições de saúde.²¹ O câncer do colo do útero é associado a condições de vida precárias²² e a programas de prevenção ineficientes, pois a triagem com Papanicolaou não é muito efetiva para alcançar mulheres em situação de exclusão social ou para melhor conscientizá-las.²³

Os achados deste estudo, que identificou o carcinoma como o principal tipo histológico e constatou que a doença foi diagnosticada em estado avançado, estão de acordo com os resultados de outros trabalhos.^{16,17} Mulheres em situação de pobreza têm menos acesso aos serviços de saúde e, portanto, recebem menos diagnósticos. Ademais, há obstáculos que as impedem de receber tratamento especializado em tempo oportuno.²⁴ O principal tratamento é uma consequência de diagnóstico tardio, uma vez que, para doenças em estado avançado, a principal estratégia terapêutica consiste em usar radioterapia associada à quimioterapia, para obtenção de melhores resultados terapêuticos.⁵

Mais da metade das mulheres diagnosticadas moravam em municípios no interior do estado de Pernambuco. Isso pode ser explicado pelo menor alcance de ações preventivas em municípios no interior e/ou pela dificuldade de acesso ao diagnóstico e a unidades de tratamento entre a população que vive fora dos centros urbanos.²⁵ Além disso, foi mostrado que, no Brasil, o declínio da mortalidade associada ao câncer do colo do útero tem sido maior entre as mulheres que vivem em capitais de estados do que entre aquelas que vivem em algum outro lugar destes mesmos estados. Isso reforça a hipótese de desigualdade de acesso aos serviços.²⁵

Tabela 4. Avaliação dos domínios e qualidade de vida global em função das variáveis sociodemográficas das mulheres após tratamento para câncer do colo do útero

Qualidade de vida (média ± desvio padrão)										
Variáveis sociodemográficas	Domínio físico	p*	Domínio psicológico	p*	Domínio social	p*	Domínio relativo ao meio	p*	Qualidade de vida global	p*
Faixa etária										
≤ 50 anos (n = 31)	57,62 ± 18,33	0,63	62,23 ± 13,84	0,73	64,17 ± 19,1	0,48	52,19 ± 10,26	0,39	57,92 ± 14,86	0,31
> 50 anos (n = 15)	55 ± 27		60 ± 17,17		62,23 ± 10,86		54,8 ± 16,99		63,34 ± 21,89	
Nível de escolaridade										
< 8 anos de escolaridade (n = 19)	56,21 ± 20,82	0,82	62,94 ± 10,48	0,96	65,36 ± 10,86	0,77	53,46 ± 13,94	0,68	59,22 ± 19,48	0,94
≥ 8 anos de escolaridade (n = 27)	57,15 ± 22,09		60,42 ± 17,53		62,18 ± 20,04		52,77 ± 12,1		60,1 ± 16,21	
Raça/cor										
Branca (n = 11)	67,21 ± 19,16	0,09	62,13 ± 13,37	0,94	63,64 ± 20,51	0,94	55,12 ± 13,79	0,68	63,64 ± 19,73	0,59
Não branca (n = 35)	53,37 ± 21,14		61,28 ± 15,51		63,49 ± 15,63		52,39 ± 12,55		58,46 ± 16,78	
Situação conjugal após o tratamento										
com cônjuge (n = 27)	61,41 ± 21,51	0,08	64,91 ± 14,3	0,07	64,43 ± 17,25	0,45	53,25 ± 11,03	0,63	64,43 ± 16,85	0,05
sem cônjuge (n = 19)	50,38 ± 19,89		56,8 ± 14,72		62,29 ± 16,29		52,8 ± 15,13		53,29 ± 16,59	
Situação de trabalho após o tratamento										
Trabalhando (n = 7)	63,27 ± 21,6	0,30	67,86 ± 9,84	0,30	70,24 ± 14,32	0,26	58,04 ± 5,37	0,14	66,08 ± 6,1	0,33
Não trabalhando (n = 39)	55,55 ± 21,35		60,31 ± 15,44		62,29 ± 16,98		52,14 ± 13,54		58,56 ± 18,64	
Localização da casa										
Recife e sua região metropolitana (n = 21)	59,36 ± 22,89	0,37	61,91 ± 17,65	0,56	63,5 ± 17,18	0,82	55,81 ± 12,24	0,21	63,7 ± 17,64	0,22
Interior do estado (n = 25)	54,47 ± 20,08		61,12 ± 12,33		63,55 ± 16,64		50,66 ± 12,97		56,25 ± 16,9	
Renda familiar mensal										
Até 1 salário mínimo (n = 37)	53,28 ± 20,32	0,04	59,96 ± 15,6	0,28	62,5 ± 17,54	0,47	51,13 ± 12,73	0,06	57,64 ± 17,24	0,15
Mais de 1 salário mínimo (n = 9)	70,64 ± 20,58		67,6 ± 9,95		67,6 ± 12,81		60,77 ± 10,14		68,06 ± 16,67	

... continuação Tabela 4.

Hábitos de vida	Qualidade de vida (média ± desvio padrão)						Qualidade de vida global	p*		
	Domínio físico	p*	Domínio psicológico	p*	Domínio social	p*			Domínio relativo ao meio	
Consumo de bebidas alcoólicas										
Sim (n = 10)	66,08 ± 19,44	0,08	64,17 ± 13,36	0,65	70 ± 13,15	0,20	52,5 ± 13,16	1	61,25 ± 10,95	0,89
Não (n = 36)	54,09 ± 21,35		60,72 ± 15,37		61,67 ± 17,3		53,22 ± 12,83		59,29 ± 19,02	
Fumar										
Fumante (n = 1)	82,15 ± 0		75 ± 0		83,34 ± 0		31,25 ± 0		50 ± 0	
Ex-fumante (n = 16)	62,5 ± 14,53	0,24	63,81 ± 13,24	0,29	66,67 ± 20,42	0,16	52,74 ± 10,46	0,17	65,63 ± 15,48	0,54
Nunca fumou (n = 29)	52,56 ± 23,71		59,68 ± 15,8		61,02 ± 14		54,02 ± 13,64		56,7 ± 18,16	
Atividade de lazer recreativa										
Sim (n = 17)	60,3 ± 18,73	0,46	61,52 ± 12,11	0,73	72,06 ± 12,48	0,01	49,45 ± 13,5	0,21	59,56 ± 16,85	0,8
Não (n = 29)	54,6 ± 22,82		61,46 ± 16,54		58,34 ± 16,98		55,25 ± 12		59,83 ± 18,12	
Atividade de lazer social										
Sim (n = 32)	57,26 ± 21,76	0,77	62,77 ± 15,1	0,35	63,45 ± 14,23	0,73	53,63 ± 11,92	0,79	60,49 ± 17,71	0,86
Não (n = 14)	55,62 ± 21,1		58,64 ± 14,48		63,7 ± 21,84		51,79 ± 14,85		58,04 ± 17,41	
Atividade de lazer cultural										
Sim (n = 5)	52,86 ± 25,93	0,74	55 ± 18,5	0,42	61,67 ± 32,06	0,62	48,13 ± 15,72	0,34	57,5 ± 14,26	0,69
Não (n = 41)	57,24 ± 21,03		62,3 ± 14,44		63,75 ± 14,44		53,68 ± 12,44		60 ± 17,95	
Atividade de lazer artesanal										
Sim (n = 7)	51,54 ± 26,32	0,52	58,34 ± 18,33	0,66	53,58 ± 24,47	0,21	52,68 ± 12,43	0,81	57,15 ± 15,91	0,63
Não (n = 39)	57,71 ± 20,56		62,07 ± 14,37		65,36 ± 14,57		53,13 ± 12,98		60,2 ± 17,89	
Atividade de lazer física										
Sim (n = 1)	50 ± 0	0,65	37,5 ± 0	0,15	33,34 ± 0	0,11	53,13 ± 0	0,76	37,5 ± 0	0,21
Não (n = 45)	56,9 ± 21,55		62,03 ± 14,58		64,21 ± 16,24		53,06 ± 12,91		60,23 ± 17,32	

Tabela 5. Avaliação dos domínios e qualidade de vida global em função dos hábitos de vida e variáveis clínicas das mulheres após tratamento para câncer do colo do útero

Variáveis clínicas	Qualidade de vida (média ± desvio padrão)									
	Domínio físico	p*	Domínio psicológico	p*	Domínio social	p*	Domínio relativo ao meio	p*	Qualidade de vida global	p*
Estágio										
Avançado (n = 29)	57,91 ± 23,78	0,70	61,02 ± 14,8	0,73	64,59 ± 17,66	0,33	52,8 ± 14,77	0,92	62,5 ± 18,01	0,18
Inicial (n = 17)	54,84 ± 17,04		62,26 ± 15,42		61,77 ± 15,33		53,5 ± 8,9		55,15 ± 15,98	
Tratamento realizado										
Cirúrgico (n = 9)	56,75 ± 15,82		65,75 ± 10,99		65,75 ± 11,37		56,6 ± 9,04		56,95 ± 14,13	
Não-cirúrgico (CT/RT) (n = 28)	56,35 ± 24,93	0,90	60,96 ± 15,26	0,45	63,28 ± 18,09	0,66	55,44 ± 12,97	0,01	61,12 ± 19,72	0,82
Cirúrgico + Adjuvante (CT/RT) (n = 9)	57,94 ± 15,13		58,8 ± 17,61		62,04 ± 18,22		42,37 ± 10,26		58,34 ± 13,98	
Tempo transcorrido entre o fim do tratamento e a entrevista										
≤ 9 meses (n = 36)	55,52 ± 22,99	0,54	60 ± 16,12	0,33	61,67 ± 17,65	0,16	52,5 ± 13	0,65	58,58 ± 18,64	0,37
> 9 meses (n = 10)	61,08 ± 14,14		66,67 ± 7,86		70 ± 11,25		55 ± 12,35		63,75 ± 12,44	
Comorbidades										
Algumas comorbidades (n = 22)	56,11 ± 22,68	0,98	60,42 ± 15,84	0,56	62,85 ± 19,35	0,98	58,08 ± 8,94	0,02	61,46 ± 18,03	0,5
Nenhuma comorbidade (n = 24)	57,49 ± 20,21		62,7 ± 13,98		64,29 ± 13,48		47,33 ± 14,2		57,74 ± 17	

Em relação aos hábitos de vida, uma grande porção das mulheres declarou não consumir bebidas alcoólicas e não fumar. Dentre as atividades de lazer, atividades recreativas e sociais foram aquelas relatadas mais frequentemente. É sabido que o estilo de vida possui uma grande influência sobre a qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer do colo de útero²⁶ e que atividades de lazer promovem melhoras nesta, pois proporcionam a manutenção da saúde e do bem-estar.²⁷

A qualidade de vida das mulheres tratadas de câncer do colo do útero no presente estudo sofreu maior influência dos domínios físico e psicológico. Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores ao estudarem a qualidade de vida de pacientes tratados por meio de quimioterapia.²⁸ De fato, quanto maiores os danos físicos e psicológicos causados pela doença e pelo tratamento, pior a qualidade de vida.⁸

O domínio "físico", que apresentou o menor escore médio total, é representado no WHOQOL-bref por facetas que se referem a dor, desconforto, energia e fadiga, sono e descanso, dependência em medicamentos e dependência no tratamento, dentre outras. Os escores mais baixos nestas facetas mostram o impacto físico causado pelo tratamento, que pode inclusive continuar por vários anos após o fim deste.²⁹ Por sua vez, os escores menores no domínio "relativo ao meio" podem ser explicados pelo fato de a amostra ser predominantemente composta por mulheres vivendo em condições de pobreza. Nessas situações, a falta de recursos financeiros pode tornar as condições de lazer, vida e saúde precárias. É sabido que dificuldades econômicas se relacionam a escores menores para qualidade de vida.³⁰

As associações evidenciadas pelas variáveis socioeconômicas (renda, atividades de lazer e situação conjugal), por aquelas relativas à saúde (comorbidade) e pelas variáveis clínicas (tipo de tratamento realizado) em relação aos domínios do WHOQOL-bref reafirmam a ligação entre a qualidade de vida das mulheres após o tratamento e sua situação socioeconômica e clínica.^{26,30,31}

Os seguintes fatores apresentaram relação negativa com qualidade de vida entre as mulheres tratadas de câncer do colo do útero: situação conjugal (suporte social é um fator protetivo e recuperativo para saúde, pois auxilia o enfrentamento das doenças e seu tratamento);³² piores condições socioeconômicas;³⁰ falta de oportunidades para lazer (o lazer possibilita o alívio da tensão, promovendo assim efeitos benéficos à qualidade de vida);³³ associações entre câncer e outra condição crônica pré-existente; e submeter-se a tipos de terapia que incluem radioterapia (desfechos físicos, funcionais e sociais piores foram correlacionados com radioterapia).³¹

CONCLUSÕES

A qualidade de vida das mulheres estudadas neste trabalho foi associada a suas condições clínicas, socioeconômicas e de saúde. Além disso, foi também associada ao tipo de tratamento a que elas foram submetidas (diagnóstico tardio refletiu em

tratamento com radioterapia e quimioterapia). Assim, é imperativo que se tenha consciência da importância do diagnóstico precoce mediante triagem eficaz, especialmente entre mulheres em condições econômicas menos favoráveis. Ademais, é importante incluir medidas de qualidade de vida na prática clínica, pois estas podem ser cruciais na avaliação de certas intervenções terapêuticas e nas consequências da doença na vida dessas mulheres. Por meio da medição da qualidade de vida, pode ser possível oferecer alternativas para atenuar os efeitos secundários do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). International Agency For Research On Cancer. Cervical cancer. Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. [Internet] 2012. [cited 2017 Dec 4]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância/ Divisão de Vigilância. Estimativa de Câncer no Brasil. [Internet] 2018. [cited 2018 Jul 7]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-brasil-consolidado.asp>
3. Stanley MA. Epithelial cell responses to infection with human papillomavirus. Clin Microbiol Rev [Internet]. 2012 Apr; [cited 2017 Dec 8]; 25(2):215-22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3346303/>
4. Santos Filho MV, Gurgel AP, Lobo CD, Freitas AC, Silva-Neto JC, Silva LA. Prevalence of human papillomavirus (HPV), distribution of HPV types, and factors for infection in HPV-positive women. Genet Mol Res [Internet]. 2016 Jul; [cited 2018 Jul 9]; 15(2). Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Prevalence+of+human+papillomavirus+\(HPV\)%2C+distribution+of+HPV+types%2C+and+factors+for+infection+in+HPV-positive+women.+Genet+Mol+Res.+2016+jul%3B15\(2\)%3A1-9](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Prevalence+of+human+papillomavirus+(HPV)%2C+distribution+of+HPV+types%2C+and+factors+for+infection+in+HPV-positive+women.+Genet+Mol+Res.+2016+jul%3B15(2)%3A1-9)
5. Touboul C, Skalli D, Guillo E, Martin M, Mallaurie E, Mansouri D, et al. Treatment of cervical cancer. Rev Prat [Internet]. 2014 Jun; [cited 2018 Jul 10]; 64(6):802-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25090765>
6. Ros C, Espuña M. Impact of cervical cancer treatment on micturition and sexual function. Actas Urol Esp [Internet]. 2013 Jan; [cited 2018 Jul 10]; 37(1):40-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=.6.%09Ros+C%2C+Espu%C3%B1a+M.+Impact+of+cervical+cancer+treatment+on+micturition+and+sexual+function.+Actas+Urol+Esp>
7. Corrêa CSL, Leite ICG, Andrade APS, Ferreira ASS, Carvalho SM, Guerra MR. Sexual function of women surviving cervical cancer. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2016 May; [cited 2018 Jul 10]; 293(5):1053-63. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3857-0>
8. Ye S, Yang J, Cao D, Lang J, Shen K. A Systematic Review of Quality of Life and Sexual Function of Patients with Cervical Cancer after Treatment. Int J Gynecol Cancer [Internet]. 2014 Sep; [cited 2017 Dec 26]; 24(7):1146-57. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=25033255>
9. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Organização Mundial de Saúde (OMS). Prevenção e controle de amplo alcance do câncer de colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres [Internet]. [cited 2017 Dec 26]. Washington: Organização Pan-Americana de Saúde; 2013. Available from: <http://iris.paho.org/xmllui/handle/123456789/3587>
10. Garcia SN, Jacowski M, Castro GC, Galdino C, Guimarães PRB, Kaline LP. Os domínios afetados na qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2015 Apr/Jun; [cited 2018 Jul 8]; 36(2):89-96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.45718>

11. World Health Organization (WHO). Field Trial WHOQOL-100. Geneva: World Health Organization; 1995. [cited 2017 Dec 26]. Available from: http://www.who.int/mental_health/who_qol_field_trial_1995.pdf
12. Fleck MPA. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. [cited 2017 Dec 26]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n1/v30n1a19>
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 140, de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. [cited 2017 Dec 26]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html
14. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the portuguese version of the instrument for the assessment of the quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1999 Apr; [cited 2018 Jan 6]; 33(2):198-205. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910199900200012
15. World Health Organization (WHO). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version 6 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1996. [cited 2018 Jan 6] Available from: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
16. Renna Junior NL, Silva GA. Temporal trend and associated factors to advanced stage at diagnosis of cervical cancer: analysis of data from hospital based cancer registries in Brazil, 2000-2012. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2018 May; [cited 2018 Jul 8]; 27(2):e2017285. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222018000200302&script=sci_arttext&lng=en
17. Ribeiro JF, Silva ARV, Campelo V, Santos SLD, Coêlho DMM. Sociodemographic and clinical profile of women with cancer of the cervix in a city of North. *Rev Eletrônica Gestão Saúde* [Internet]. 2015; [cited 2018 Jan 12]; 5(4):2406-20. Available from: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewFile/13799/9733>
18. Iser BPM, Yokota RTC, Sá NNB, Moura L, Malta DC. Protection from chronic diseases and the prevalence of risk factors in Brazilian state capitals - main results from Vigitel 2010. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 Sep; [cited 2018 Jan 12]; 17(9):2343-56. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700023&lng=en&nrm=iso&tlng=en
19. Cruzeiro ALS, Souza LDM, Silva RA, Pinheiro RT, Rocha CLA, Horta BL. Sexual risk behavior: factors associated to the number of sexual partners and condom use in adolescents. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 Jun; [cited 2018 Jan 13]; 15(Suppl. 1):1149-58. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700023&lng=en&nrm=iso&tlng=en
20. World Health Organization (WHO). Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002. [cited 2018 Jan 13]. Available from: http://www.who.int/cancer/media/en/cancer_cervical_37321.pdf
21. Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/pea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos estratégicos da presidência da República; 2013. p. 19-38. [cited 2018 Jan 15]. Available from: <http://books.scielo.org/id/8pmmj/pdf/noronha-9788581100166-03.pdf>
22. Tadesse SK. Socio-economic and cultural vulnerabilities to cervical cancer and challenges faced by patients attending care at Tikur Anbessa Hospital: a cross sectional and qualitative study. *BMC Women Health* [Internet]. 2015; [cited 2018 Jan 21]; 15:75. Available from: <http://doi.org/10.1186/s12905-015-0231-0>
23. Fonseca AJ, Ferreira LP, Dalla-Benetta AC, Roldan CN, Ferreira MLS. Epidemiology and economic impact of cervical cancer in Roraima, a Northern state of Brazil: the public health system perspective. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2010; [cited 2018 Jan 15]; 32(8):386-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n8/a05v32n8.pdf>
24. Madeiro A, Rufino AC, Brandão NS, Santos IS. Cervical cancer mortality trends in Piauí, 2000-2011. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2016 Jul/Sep; [cited 2018 Jan 18]; 24(3):282-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000300282
25. Silva GA, Gamarra CJ, Girianelli VR, Valente JG. Cancer mortality trends in Brazilian state capitals and other municipalities between 1980 and 2006. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 Oct; [cited 2018 Jan 18]; 45(6):1009-18. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000600002&script=sci_arttext&lng=en
26. Iyer NS, Osann K, Hsieh S, Tucker JA, Monk BJ, Nelson EL, et al. Health Behaviors in Cervical Cancer Survivors and Associations with Quality of Life. *Clin Ther* [Internet]. 2016 Mar; [cited 2018 Feb 1]; 38(3):467-75. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149-2918\(16\)30058-3](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149-2918(16)30058-3)
27. Rocha FN, Bartholo MEC, Lima BD, Santos DO, Souza NE, Silva BGS. Leisure and quality of life as perceived by people over 60 years. *Rev Mosaico* [Internet]. 2016 Jun/Dec; [cited 2018 Feb 1]; 7(2):4-9. Available from: <http://editorauss.uss.br/index.php/RM/article/download/303/pdf>
28. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Quality of life of cancer patients during the chemotherapy period. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 Jul/Sep; [cited 2018 Feb 5]; 21(3):600-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07022012000300015
29. Soares MLCA, Trezza MCSF, Oliveira SMB, Melo GC, Lima KRS, Leite JL. The healing cost: comfort and discomfort experiences of women undergoing brachytherapy. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 Apr/Jun; 20(2):317-23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200317&script=sci_arttext&lng=en
30. ACTION Study Group. Health-related quality of life and psychological distress among cancer survivors in Southeast Asia: results from a longitudinal study in eight low- and middle-income countries. *BMC Med* [Internet]. 2017 Jan; [cited 2018 Feb 6]; 15(1):10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Health-related+quality+of+life+and+psychological+distress+among+cancer+survivors+in+Southeast+Asia%3A+results+from+a+longitudinal+study+in+eight+low+and+middle-income+countries>
31. Derks M, Van Lonkhuijzen LR, Bakker RM, Stiggelbout AM, Kroon CD, Westerveld H, et al. Long-term morbidity and quality of life in cervical cancer survivors: a multicenter comparison between surgery and radiotherapy as primary treatment. *Int J Gynecol Cancer* [Internet]. 2017 Feb; [cited 2018 Feb 6]; 27(2):350-6. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=27984376>
32. Moraes LP, Echevarría-Guanilo ME, Martins CL, Logaray TM, Nascimento L, Braz DL, et al. Apoio social e qualidade de vida na perspectiva de pessoas que sofreram queimaduras. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2016; [cited 2018 Jul 07]; 15(3):142-7. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/summary/35>
33. Romão RLS. A importância do Lazer na promoção do Envelhecimento Bem-Sucedido [dissertação]. Portugal: Universidade do Algarve; 2013. Available from: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/6670/1/Tese%20Raquel%20Rom%C3%A3o.pdf>