

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina

Gabriela Araújo Caixeta

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE MULHERES
TRATADAS DE CARCINOMA INVASOR DO COLO UTERINO

Belo Horizonte
2009

Gabriela Araújo Caixeta

**QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE MULHERES
TRATADAS DE CARCINOMA INVASOR DO COLO UTERINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Medicina – Saúde da Mulher, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Augusto Triginelli

Co-orientadores: Profa. Soraya Zhouri Costa e Silva e Profa. Emma Castro

Belo Horizonte
2009



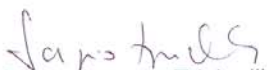
FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

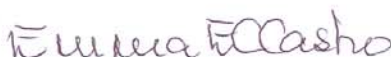
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409-9640
cpg@medicina.ufmg.br

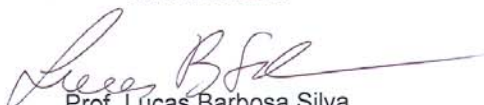


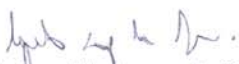
DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Sérgio Augusto Triginelli, Emma Elisa Carneiro de Castro, Lucas Barbosa Silva, Agnaldo Lopes da Silva Filho, aprovou a defesa da dissertação intitulada **“QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE MULHERES TRATADAS DE CARCINOMA INVASOR DO COLO UTERINO”** apresentada pela mestrand **GABRIELA MARTINS DE OLIVEIRA E ARAÚJO CAIXETA** para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher - Área de Concentração em Patologia Ginecológica e Reprodução da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 20 de março de 2009.


Prof. Sérgio Augusto Triginelli
Orientador


Profa. Emma Elisa Carneiro de Castro
Co-orientadora


Prof. Lucas Barbosa Silva


Prof. Agnaldo Lopes da Silva Filho



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409 9641 FAX: (31) 3409 9640
cpg@medicina.ufmg.br



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **GABRIELA MARTINS DE OLIVEIRA E ARAÚJO CAIXETA**, nº de registro 2006204160. Às quatorze horas do dia vinte do mês de janeiro de dois mil e nove, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE MULHERES TRATADAS DE CARCINOMA INVASOR DO COLO UTERINO"**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Mulher, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher - Área de Concentração em Patologia Ginecológica e Reprodução. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Sérgio Augusto Triginelli, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Sérgio Augusto Triginelli/Orientador	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>
Profa. Emma Elisa Carneiro de Castro/Co-orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>
Prof. Lucas Barbosa Silva	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>
Prof. Agnaldo Lopes da Silva Filho	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovada.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 20 de março de 2009.

Prof. Sérgio Augusto Triginelli/Orientador Sérgio Augusto Triginelli

Profa. Emma Elisa Carneiro de Castro/Co-orientadora Emma Elisa Carneiro de Castro

Prof. Lucas Barbosa Silva Lucas Barbosa Silva

Prof. Agnaldo Lopes da Silva Filho Agnaldo Lopes da Silva Filho

Prof. Antônio Carlos Vieira Cabral/Coordenador Antônio Carlos Vieira Cabral

PROF. ANTÔNIO CARLOS VIEIRA CABRAL
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher
Faculdade de Medicina / UFMG

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação

Dedico este trabalho a todas as pessoas que buscam mais qualidade de vida no corpo, na alma, na rotina e no coração.

AGRADECIMENTOS

A todas as mulheres aqui entrevistadas que concederam tempo e informações pessoais para ampliar avanços na pesquisa oncológica.

A Deus pela luz e sabedoria para pensar.

Aos meus pais Jorge Eduardo de Araújo Caixeta e Magali Martins de Oliveira e Araújo Caixeta que são fontes constantes de amor, auxílio e compreensão.

Ao Prof. Dr. Sérgio Triginelli, Dra. Soraya Zhouri e Dra. Emma Castro, pela confiança e orientação nesta pesquisa.

A todos os alunos participantes, e aos profissionais das instituições avaliadas, pela disponibilidade e excelência na qualidade do trabalho concedida a esta pesquisa.

À Psic. Denise Garófalo, à Profa. Elisabeth do Nascimento, ao Prof. Fernando Reis, Prof. Agnaldo Silva, Prof. João Gilberto de Castro e Silva, Prof. João Lúcio dos Santos Júnior, Prof. Lucas Barros, Profa. Leda Caporali de Oliveira e Prof. Rosangela Dias, pela contribuição de explicações e recomendações essenciais à qualidade deste trabalho.

À Isabela, Silvia, Fabiana, Beth, Eduvirges, Angelo, Fátima, DPES, e amigos da Escola Iniciática Aurora Sortillege, pela paciência, apoio e acolhimento durante os momentos de sobrecarga do trabalho.

À Fernanda, Sarah, Arlete, Alessandro, Sérgio, Marília, Maria Eugênia, José Ricardo, Gilmar, Mery e Beatriz, por serem companheiros exemplares na estrada acadêmica.

Ao Dr. Osvaldo Xavier, Dr. Miguel, Dra. Telma Maria Rossi Franco, Dr. Sávio Gonçalves, Dr. João Daher Filho, Dr. Henrique Vitor Leite e Dr. Marcos Antônio Rasuck, Dr. Maurício Bachara por permitirem a realização nesta pesquisa em suas instituições de trabalho diário.

“A oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida das mulheres que tinham sua sobrevida aumentada, devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos”.

Fleck et al.

RESUMO

CAIXETA, Gabriela Araújo. **Qualidade de vida e saúde mental de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino**. 102 p. 2009. Dissertação [Mestrado em Saúde da Mulher] – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

INTRODUÇÃO: O objetivo principal deste trabalho foi avaliar os níveis de qualidade de vida e saúde mental de mulheres sobreviventes de carcinoma invasor do colo uterino tratadas há mais de dois anos com tratamento cirúrgico – histerectomia radical (HR), tratamento não cirúrgico – quimioterapia/radioterapia (QT/RT), ou cirurgia mais tratamentos adjuvantes – histerectomia radical associada à quimioterapia/radioterapia (HR + QT/RT). Avaliou-se comparativamente a qualidade de vida e a saúde mental de mulheres sobreviventes desta doença em relação a mulheres sem história de neoplasia maligna, e também em relação ao tipo de tratamento oncológico realizado. O objetivo secundário foi identificar variáveis associadas aos níveis de qualidade de vida das mulheres tratadas.

METODOLOGIA: Através da entrevista de 114 mulheres (57 sobreviventes e 57 grupo controle), que cumpriram os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, aceitaram participar e assinaram Termo de Consentimento Livre Esclarecido, a pesquisa avaliou os níveis de QOL e saúde mental de mulheres tratadas com HR, QT/RT e HR + QT/RT, e de mulheres sem histórico de neoplasia maligna como grupo controle. A entrevista consistiu na aplicação do questionário Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), do Inventário de Ansiedade Traço-Estado IDATE, do questionário QSG-12, da escala de Eventos Vitais, e de um questionário geral para avaliação de dados sócio-demográficos.

RESULTADOS: A idade de toda a amostra variou de 25 a 78 anos ($51,1 \pm 13,3$). Foram entrevistadas 57 mulheres do grupo controle (50%), 11 mulheres do grupo HR (9,65%), 26 mulheres do grupo QT/RT (22,81%) e 20 mulheres do grupo HR+QT/RT (17,64%). O estágio clínico do tumor (FIGO) foi I em 23 casos (40,34%), II em 27 (47,36%) e III em sete casos (12,30%) das mulheres tratadas. Os quatro grupos de tratamento (HR; QT/RT; HR +QT/RT; Controle) foram semelhantes em relação à vida sexual ativa, estar satisfeita com a vida sexual, saber ler e escrever, renda familiar, ser fumante ou ex-fumante, reposição hormonal, ter diabetes ou outras doenças, ter crenças religiosas, achar que a qualidade de vida melhorou nos últimos 10 anos. Já as mulheres do grupo QT/RT e HR + QT/RT apresentaram índices menores de escolaridade (84,60% e 70,00% respectivamente cursaram até a 5ª série) e maiores médias de idade ($59,2 \pm 11,8$ e $59,3 \pm 11,5$ respectivamente). Mulheres do grupo QT/RT tiveram uma frequência menor de parceiros (apenas 26%) e maior prevalência de hipertensão arterial (73,1%). Já as mulheres do grupo HR apresentaram maior prevalência de doenças cardiovasculares (27,3%). Mulheres do grupo controle também apresentaram o menor percentual de mulheres sem menstruação (24,60%). Na comparação entre casos agrupados e grupo controle, não houve diferenças estatisticamente significativas em relação aos níveis de qualidade de vida avaliados pelo Sumário de Componente Físico ($p = 0,710$) e Sumário de Componente Mental ($p = 0,581$) do questionário SF-36. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de Ansiedade-Traço ($p = 0,910$), saúde mental ($p = 0,901$) ou número de eventos vitais vividos

pelas mulheres no último ano ($p = 0,079$) entre sobreviventes e controle. As mulheres sobreviventes apresentaram diferenças em relação ao grupo controle apenas a respeito da Ansiedade-Estado ($p = 0,035^*$), sendo que o Grupo Controle apresentou média mais alta de idade ($37,7 \pm 8,9$). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos de tratamento (HR; QT/RT; HR +QT/RT; Controle) em relação aos níveis de qualidade de vida avaliados pelo Sumário do Componente Físico ($p = 0,078$) e Sumário do Componente Mental ($p = 0,444$) da escala SF-36. Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de Ansiedade-Traço ($p = 0,800$), Ansiedade-Estado ($p = 0,776$), de saúde mental ($p = 0,804$) ou no número de eventos vitais vividos pelas mulheres no último ano ($p = 0,375$) entre os grupos de tratamento. A análise multivariada apresentou as variáveis idade (OR = 1,06), hipertensão arterial (OR = 3,51), Ansiedade-Traço (OR = 1,11) como sendo associadas à qualidade de vida Física de todas as sobreviventes de carcinoma invasor do colo uterino, e as variáveis idade (OR = 1,07), Hipertensão (OR = 3,51), Ansiedade-Traço (OR = 1,17) como sendo associadas à qualidade de vida mental destas mesmas mulheres. **CONCLUSÃO:** Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação à qualidade de vida geral ou saúde mental de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino, há dois anos, e de mulheres sem história de neoplasia maligna. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida e saúde mental das mulheres em relação aos grupos de tratamento cirúrgico, tratamento não-cirúrgico ou cirurgia mais tratamento adjuvante. Nossos resultados sugerem que traço de ansiedade, idade e hipertensão arterial são fatores associados à qualidade de vida de mulheres sobreviventes de carcinoma invasor do colo uterino.

Palavras-chave: Carcinoma invasor do colo uterino, Histerectomia, Radioterapia, Ansiedade, Qualidade de vida, Sobrevida, Neoplasia maligna, Câncer Ginecológico.

ABSTRACT

CAIXETA, Gabriela Araújo. **Quality of life and Mental Health in Cervical Neoplasm survivors**. 102 p. 2009. Dissertation [Master in Woman Health] – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

INTRODUCTION: The main objective of this study was to evaluate the quality of life and mental health of survivors of cervical neoplasm who had been treated more than two years ago with surgery – radical hysterectomy (RH), non-surgical treatment – chemotherapy/radiotherapy (QT/RT), or surgery and additional forms of treatment – radical hysterectomy associated with chemotherapy/radiotherapy (RH + QT/RT). It sought to compare the quality of life and mental health of female survivors of this illness with women with no history of malignant neoplasm, and in relation to the oncological treatment provided. The secondary objective of this project was to identify variables associated with the quality of life of the women treated.

METHODOLOGY: By interviewing 114 women (57 survivors and 57 control group participants), who fulfilled the criteria for inclusion and exclusion from the research, who agreed to participate and signed the Free and Informed Consent form, the research project evaluated the quality of life and mental health of the women treated with RH, QT/RT and RH + QT/RT, and women with no history of malignant neoplasm (the control group participants). The interview comprised of the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the GHQ-12 questionnaire, the Vital Events scale, and a general questionnaire to evaluate socio-demographic data.

RESULTS: The age of the participants ranged from 25 to 78 years (51.1 ± 13.3). 57 women from the control group (50%) were interviewed, 11 from the RH group (9.65 %), 26 from the QT/RT group (22.81%) and 20 women from the RH +QT/RT (17.64%). The clinical stage of the tumour (FIGO) in the women treated was level I in 23 cases (40.36%), II in 27 (40.34%) and III in seven cases (12.30%). The four treatment groups (RH; QT/RT; RH + QT/RT; Control group) had factors in common, they had an active sexual life, were satisfied with their sexual life, could read and write, had a similar family income, were smokers or former smokers, had undergone hormonal replacement therapy, had diabetes or other illnesses, were religious, thought that their quality of life had improved over the last 10 years. Women from the QT/RT e RH + QT/RT groups had lower levels of education (84.60% and 70.00%, respectively, went to school until the fifth grade) and the average age of the groups was higher (59.2 ± 11.8 and 59.3 ± 11 respectively). Women from the QT/RT group had fewer partners (only 26%) and a higher prevalence of arterial hypertension (73.1%). Women from the RH group showed a greater prevalence of cardiovascular diseases (27.3%). Women from the control group presented the lowest percentage of women post menopause (24.6%). Comparison between the treatment groups and the control group showed there were no significant differences in relation to the quality of life as evaluated by the Physical Component Summary ($p = 0.710$) and the Mental Component Summary ($p = 0.581$) on the SF-36 questionnaire. Among the survivors and control group participants no significant differences were found in the levels of Anxiety Trait ($p = 0.910$), mental health ($p = 0.901$) or the number of vital events experienced by the women over the last year ($p = 0.079$). The only difference registered between the survivors and the control group was in relation to the Anxiety State ($p = 0,035^*$), with the average age

of the control group (37.7 ± 8.9 .) higher than that of the survivors. There were no significant differences among the 4 treatment groups (RH; QT/RT; RH +QT/RT; Control group) in terms of quality of life as evaluated by the Physical Component Summary ($p = 0.078$) and the Mental Component Summary ($p = 0.444$) on the SF-36 Questionnaire. Among the treatment groups no significant differences were registered in the levels of Anxiety Trait ($p = 0.800$), Anxiety State ($p = 0.776$), mental health ($p = 0.804$) or the number of vital events experienced by the women over the last year ($p = 0.375$). The multi-varied analysis showed a link between the following variables, age (OR = 1.06), arterial hypertension (OR = 3.51) and Anxiety Trait (OR = 1.11) and the physical quality of life of all the women treated for invasive carcinoma of the cervix. It also showed a link between the variables age (OR = 1.07), arterial hypertension (OR = 3.51), Anxiety Trait (OR = 1.17) and the quality of the mental health of the same women. **CONCLUSION:** This research project found no significant differences in relation to the general quality of life or mental health of survivors of cervical neoplasm treated more than two years ago and women with no history of malignant neoplasm. No differences were found in the quality of life and mental health of the women when compared to the treatment groups: surgical treatment, non-surgical treatment or surgery and an additional form of treatment.

Key words: Invasive carcinoma of the cervix, Hysterectomy, Radiotherapy, Anxiety, Quality of life, Survival, Malignant Neoplasia, Gynaecological cancer

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	Hospitais de tratamento das mulheres entrevistadas com carcinoma invasor do colo uterino (n = 57).....	39
TABELA 2:	Comparação das informações sociodemográficas e clínicas por grupos de tratamentos (HR x QT/RT x HR+QT/RT) e grupo controle.....	40
TABELA 3:	Comparação das informações clínicas entre os grupo de tratamento das mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.	41
TABELA 4:	Comparação das informações sociodemográficas entre o grupo de mulheres sem histórico de neoplasia maligna e o grupo de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.....	42
TABELA 5:	Estatísticas descritivas do Sumário do Componente Físico e do Sumário do Componente Mental do questionário SF-36, e dos índices finais dos instrumentos IDATE, QSG-12 e número de eventos vitais por grupo de tratamento.....	43
TABELA 6:	Estatísticas descritivas do Sumário do Componente Físico e do Sumário do Componente Mental e do questionário SF-36, dos índices finais dos instrumentos IDATE, QSG-12 e número de eventos vitais por grupo de mulheres sem histórico de neoplasia maligna e mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.....	44
TABELA 7:	Comparação das informações avaliadas com os escores de qualidade de vida apresentada pelo Sumário do Componente Físico para as mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.....	45
TABELA 8:	Resultados do modelo final de regressão logística ordinal (chances proporcionais) utilizando como variável resposta os quatro quartis do Sumário do Componente Físico da escala SF-36 das mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.....	46
TABELA 9:	Comparação das informações avaliadas com os escores de qualidade de vida apresentada pelo Sumário do Componente Mental para as mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.....	48
TABELA 10:	Resultados do modelo final de regressão logística ordinal (chances proporcionais) utilizando como variável resposta os quatro quartis do Sumário do Componente Mental da escala SF-36 entre o grupo de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.....	49

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1: Etapas do recrutamento, seleção e entrevistas das mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino nas instituições participantes.....29
- FIGURA 2: Representação gráfica dos grupos avaliados no estudo.....38

SIGLAS E ABREVIATURAS

A-ESTADO	Ansiedade-Estado
A-TRAÇO	Ansiedade-Traço
CID	Código Internacional de Doenças
EORTC-QLQ	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-life Questionnaire
EORTC-QLQ-CX24	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-life Questionnaire Cervical Cancer Module
FACT-G	Functional Assessment of Cancer Therapy-general Scale
HR	histerectomia radical
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
NCI	National Cancer Institute
QSG-12	Questionário de Saúde Geral - 12
QT	quimioterapia
RT	radioterapia
SF-36	Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey
STAI-6	6-Item State Trait Anxiety Inventory
WHOQOL-100	Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde
WHOQOL-BREF	Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - Versão Reduzida

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	O CARCINOMA INVASOR DO COLO DO ÚTERO	16
1.1.1	O tratamento cirúrgico	16
1.1.2	Os tratamentos não-cirúrgicos.....	17
1.1.3	A cirurgia mais tratamentos adjuvantes.....	18
1.1.4	Complicações e impactos psicossociais dos tratamentos de carcinoma invasor do colo uterino	18
1.2	QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL.....	19
1.3	A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SAUDE MENTAL EM MULHERES SOBREVIVENTES DE CARCINOMA INVASOR DO COLO UTERINO	22
2	OBJETIVO.....	26
2.1	OBJETIVO GERAL.....	26
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
3	METODOLOGIA.....	27
3.1	CASUÍSTICA.....	27
3.1.1	Critérios de inclusão	27
3.1.2	Critérios de exclusão	28
3.2	O RECRUTAMENTO DAS MULHERES	28
3.3	A COLETA DE DADOS	30
3.4	O PROJETO PILOTO	31
3.5	QUESTIONÁRIOS DA AVALIAÇÃO.....	31
3.5.1	Aplicação do questionário geral estruturado.....	31
3.5.2	Aplicação do SF-36.....	32
3.5.3	Aplicação do IDATE.....	32
3.5.4	Aplicação da Escala de Eventos Vitais.....	33
3.5.5	Aplicação do QSG-12	33
3.6	A PRIMEIRA ETAPA: APLICAÇÃO DAS ENTREVISTAS.....	33
3.7	A SEGUNDA ETAPA: A COLETA DE DADOS NOS REGISTROS HOSPITALARES	34
3.7.1	Metodologia estatística	35
3.7.1.1	Variáveis estudadas	35
3.7.1.2	Cálculo amostral	35
3.7.2	A análise estatística dos dados	35

4	RESULTADOS	38
4.1	CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA	38
4.2	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS GRUPOS COMPARADOS	39
4.3	<i>Comparação da qualidade de vida, níveis de Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado, saúde mental e número de eventos vitais vivenciados no último ano pós-tratamento</i>	42
4.4	FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES TRATADAS DE CARCINOMA INVASOR DO COLO UTERINO	44
4.4.1.1	Análise Univariada do Sumário do Componente Físico do Questionário SF-36	44
4.4.1.2	Análise Multivariada do Sumário do Componente Físico do Questionário SF-36	46
4.4.1.3	Análise Univariada do Sumário do Componente Mental do Questionário SF-36	47
4.4.1.4	Análise Multivariada do Sumário do Componente Mental do Questionário SF-36	49
5	DISCUSSÃO	50
6	CONCLUSÕES	60
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
	ANEXO A - AUTORIZAÇÕES DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA DAS INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES	66
	ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	75
	ANEXO C - ESCALAS VISUAIS SIMPLES	77
	ANEXO D - QUESTIONÁRIO GERAL ESTRUTURADO	81
	ANEXO E - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36	88
	ANEXO F - TABELA DE OBSERVAÇÕES FINAIS	93
	ANEXO G- FICHA DE COLETA DE DADOS PARA PRONTUÁRIOS	94

1 INTRODUÇÃO

1.1 O CARCINOMA INVASOR DO COLO DO ÚTERO

Anualmente, cerca de 500.000 mulheres desenvolvem carcinoma invasor do colo uterino no mundo, sendo que 80% dos casos ocorrem em países menos desenvolvidos (WAGGONER, 2003). No Brasil, o câncer de colo de útero é a segunda neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, sendo superado apenas pelo câncer de mama (INCA, 2006). Estima-se que de cada 100.000 mulheres brasileiras, 19 mulheres apresentarão carcinoma invasor do colo uterino (BRASIL, 2008).

O carcinoma invasor do colo uterino possui um alto potencial de cura principalmente quando a doença é diagnosticada e tratada nas fases precursoras ou nos estádios iniciais (BRASIL, 2004).

Os tratamentos propostos para o carcinoma invasor do colo uterino pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), dependendo do estadiamento, são a histerectomia radical com ou sem linfadenectomia pélvica, a quimiorradiação exclusiva, a radioterapia exclusiva, a histerectomia radical com linfadenectomia pélvica combinada com quimioterapia ou radioterapia adjuvante, a quimiorradiação com histerectomia total adjuvante e a exenteração pélvica primária (WAGGONER, 2003). Estadiamento, condição clínica, idade e desejo de manter a fertilidade são fatores determinantes à escolha da intervenção clínica ideal.

1.1.1 O tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico do carcinoma invasor do colo uterino iniciou-se com Czermey em 1878, com a realização da primeira histerectomia vaginal total. Já em 1912, Wertheim publicava 1500 histerectomias abdominais radicais (WERTHEIM, 1912) e em 1920 Schauta publicava 897 cirurgias vaginais radicais para o tratamento desta doença (REIS, 1895). Segundo Piver, Rutledge e Smith (1974), a histerectomia radical (HR) é a remoção do útero e do tecido peritumoral, constituído pelo paramétrio, paracolpos e margens vaginais. Estes autores descreveram cinco classificações de histerectomias que se diferem a respeito do local das ligaduras nas artérias uterinas e vesicais superiores, da dissecação ureteral, e da extensão da

ressecção parametrial e vaginal. A ressecção vaginal é variável e constitui um dos princípios da cirurgia radical para tratamento do carcinoma invasor de colo uterino: pode ser retirado apenas o seu terço superior (Piver II), metade superior (Piver III) ou 3/4 superiores (Piver IV) (SILVA-FILHO et al., 2004). Existem controvérsias quanto as conseqüências desse procedimento em longo prazo na função urinária, intestinal e sexual (SILVA et al., 2003). A histerectomia radical com linfadenectomia pélvica está indicada para pacientes portadoras de carcinoma invasor do colo uterino nos estádios IA2 e IIA (FIGO), com tumores < 4 cm restritos ao colo e/ou ao 1/3 superior da vagina, e que não possuem contra-indicação clínica para realização da cirurgia (WAGGONER, 2003).

1.1.2 Os tratamentos não-cirúrgicos

A radioterapia e a quimioterapia têm sido amplamente utilizadas no tratamento de neoplasias ginecológicas (SRIDHAR, SYMONDS, 2006).

A radioterapia é indicada para estadiamentos IIb-IVa de pacientes com carcinoma invasor do colo uterino e como terapia adjuvante pós-cirurgia ou quimioterapia (SRIDHAR, SYMONDS, 2006). Dois tipos de irradiação podem ser empregados na radioterapia nesta doença: a externa, ou teleterapia, e a interna ou braquiterapia, esta caracterizada pela colocação de isótopos radioativos junto ao tumor e tecidos adjacentes. Uma das vantagens deste método de irradiação a curta distancia, é a de que altas doses de irradiação são levadas até a zona tumoral central, enquanto os tecidos adjacentes recebem doses significativamente menores (BRASIL, 2007; PIVER; RUTLEDGE; SMITH, 1974). O objetivo da radioterapia é o de destruir tumores malignos com o mínimo de danos aos tecidos normais (SRIDHAR, SYMONDS, 2006). Alterações fibroelásticas e musculares na região onde é aplicada são, entretanto, efeitos deste tratamento. A radioterapia provoca lesão da mucosa da vagina e formação de bridas, que podem ocasionar aderências, atrofia vaginal, diminuição da elasticidade e encurtamento vaginal (STEAD et al., 2007; LIM et al., 2006). Além da diminuição do comprimento vaginal, a largura vaginal pode ocorrer após o tratamento radioterápico (STEAD et al., 2007).

Até 1999, a radioterapia era o tratamento exclusivo para estadiamentos IIb-IVa de carcinoma invasor do colo uterino (SRIDHAR, SYMONDS, 2006). Em 1999, um alerta do National Cancer Institute (NCI) despertou a atenção para o uso da

quimioterapia concomitante à radioterapia, devido ao impacto favorável na taxa de sobrevida das pacientes (CARMO, LUIZ, SILVA, 2008).

A quimiorradiação ajuda a obter um melhor controle locorregional, ao sensibilizar as células à radioterapia e pode ser indicada para os estadiamentos IIb-IVa do carcinoma invasor do colo uterino (SRIDHAR, SYMONDS, 2006). Um estudo avaliou as repercussões da quimiorradiação pré-operatória para câncer retal, causando prolongamento do tempo de latência do nervo pudendo (AWADALLA et al., 2007). Sabe-se que alguns quimioterápicos causam falência dos ovários e menopausa precoce, levando à diminuição da lubrificação e elasticidade vaginal (STEAD et al., 2007).

1.1.3 A cirurgia mais tratamentos adjuvantes

Esta modalidade de tratamento refere-se à combinação da cirurgia mais radioterapia ou cirurgia mais quimiorradiação. A cirurgia mais tratamentos adjuvantes é recomendada essencialmente quando existem fatores de alto risco de recorrência tumoral, com linfonodos positivos, comprometimento parametrial, margens cirúrgicas comprometidas, tamanho tumoral superior a 4 cm, invasão profunda do estroma ou invasão do espaço linfovascular. Estudos demonstram que a cirurgia mais tratamento adjuvante têm reduzido consistentemente o risco de recorrência em mulheres com estes fatores de risco (DREYER, 2005).

1.1.4 Complicações e impactos psicossociais dos tratamentos de carcinoma invasor do colo uterino

Cada modalidade de tratamento do câncer invasor de colo de útero apresenta diferentes tipos de complicações possíveis. Estas complicações, uma vez presentes e permanentes, podem representar limitações estressantes e incômodas na vida e rotina da paciente sobrevivente. Após finalizar o tratamento, uma paciente com carcinoma invasor do colo uterino poderá apresentar infertilidade, menopausa prematura, linfedema, disfunções sexuais, intestinais, hormonais ou urinárias (WAGGONER, 2003; WENZEL et al., 2005; HOLLAND, 2005; PEARMAN, 2003). Além disso, a paciente deverá se ajustar ao reatamento do seu papel na família, trabalho e sociedade e existe a preocupação com a possibilidade de recorrência da

doença (BRADLEY et al., 2006). Impactos positivos também podem ocorrer após a vivência do câncer e de seus tratamentos. A paciente sobrevivente de um câncer pode passar a se sentir grata, afortunada e útil, valorizar mais a vida, mudar valores, objetivos e orientações em relação ao futuro, fortalecer convicções religiosas ou aumentar sensação de auto-estima e controle sobre a própria vida (PINTO, PAIS-RIBEIRO, 2007).

1.2 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL

O termo qualidade de vida já está incorporado na prática profissional da área médica (MINAYO, 2000), e a temática tem sido estudada com frequência na psicologia, na enfermagem, na educação, na sociologia, na economia e na medicina (SEIDL; ZANNON, 2004).

O estudo da qualidade de vida fornece informações complementares importantes às pesquisas de sobrevida e mortalidade (STEAD et al., 2007; BRADLEY et al., 2006) e demonstra ampla utilidade na avaliação de intervenções clínicas e cirúrgicas. O estudo da Qualidade de vida se compõe de marcadores úteis à avaliação da eficácia, da eficiência e do impacto dos tratamentos de saúde, sendo, o que o torna um indicador determinante às decisões e condutas terapêuticas (SEIDL; ZANNON, 2004).

O termo qualidade de vida surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 30, nos Estados Unidos, com o propósito de descrever o impacto apresentado na vida das pessoas gerado pela aquisição de bens materiais após a guerra (FERRAZ, 1998; SEIDL; ZANNON, 2004). Após a década de 50, as pesquisas e a utilização do termo qualidade de vida foram ampliadas, em vista da necessidade defendida pelos convênios e prestadores de serviço de avaliar as inovações tecnológicas das intervenções clínicas. A partir de então, as pesquisas de qualidade de vida buscam favorecer a avaliação dos efeitos benéficos e maléficos de tratamentos, considerando a vida das pessoas de forma mais ampla (FERRAZ, 1998). A oncologia foi uma das áreas na qual o estudo da qualidade de vida se tornou essencial, não apenas por possibilitar a comparação de tipos de tratamentos, mas por permitir ainda a avaliação subjetiva do impacto das intervenções na vida das mulheres (FLECK et al., 1999). Uma pesquisa realizada na Nova Zelândia, Austrália e Hong Kong, apontou que 80%, dos 154 oncologistas entrevistados

afirmavam que a análise da qualidade de vida das mulheres deveria ser feita na maioria das situações, quer fossem os tratamentos curativos ou paliativos (MORRIS; PEREZ; McNOE, 1998).

Contudo, não é ainda unânime na ciência, o conceito de qualidade de vida. Várias definições, metodologias e questionários validados têm sido utilizados mundialmente, com diferenças valorativas e conceituais (MINAYO, 2000; SEIDL; ZANNON, 2004). Dois aspectos são frequentemente apontados pelos especialistas como comuns aos conceitos e instrumentos científicos de avaliação em qualidade de vida: a consideração da subjetividade do entrevistado e a multidimensionalidade na avaliação de aspectos da vida (SEIDL; ZANNON, 2004).

Segundo Minayo (2000), a construção de um conceito operacional mundial de qualidade de vida é um desafio dificultado por questões históricas, sócio-econômicas e culturais e pela própria amplitude dos conceitos existentes. Cada pesquisador deve portanto considerar a população alvo e os objetivos de sua pesquisa para escolher a melhor definição e instrumento de avaliação de qualidade de vida a ser utilizada (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003). Existem instrumentos de análise quantitativa ou qualitativa para avaliação da qualidade de vida geral ou qualidade de vida específica está relacionada a sintomas de doenças e tratamentos de saúde específicos (SEIDL; ZANNON, 2004).

No Brasil, o SF-36, o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) e o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - Versão Reduzida (WHOQOL-BREF) foram os mais usados, até 2005, em pesquisas para avaliação geral da qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2007).

O SF-36 é um questionário estruturado validado para a população Brasileira, através de tradução reversa e adaptação transcultural. Sendo um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, ele permite a avaliação de grupos controles, ou seja, de populações não afetadas por doenças alvo. Ele avalia, através da autopercepção do entrevistado, a qualidade de vida formada por oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (CICONELLI et al., 1999; SEIDL; ZANNON, 2004). É composto por 11 questões, 36 itens e os oito componentes podem ser resumidos em dois sumários finais: o Sumário do

Componente Físico e Sumário do Componente Mental (CONDE, 2005; WARE et al., 1994).

Ainda que a qualidade de vida seja um constructo multidimensional, há indícios de que a saúde mental, ou domínio psicológico, seja a dimensão de maior poder preditivo dos escores em qualidade de vida.

Em uma pesquisa de metanálise, Smith, Avis e Assmann (1999), afirmaram que funcionamento físico e saúde mental são os domínios mais determinantes às opiniões em qualidade de vida, mas a saúde mental é o domínio mais enfatizado na pontuação dos mulheres. Para estes autores, no contexto de uma doença crônica, a qualidade de vida será uma avaliação subjetiva da vida dessa pessoa, baseada primariamente no funcionamento psicológico, e em menor grau no funcionamento físico. Recomendam que estudos de formas de *coping* (habilidades desenvolvidas para o domínio e adaptação às situações de estresse), traços de personalidade e suporte social de mulheres, são importantes para avaliar mediadores de respostas para doenças crônicas (SMITH; AVIS; ASSMANN 1999; SEIDL, ZANNON, 2004). A avaliação de fatores relacionados à saúde mental das mulheres permite, assim, ampliar a análise dos fatores mais fortemente associados à qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental pode ser definida como “[...] um estado de bem estar no qual cada indivíduo realiza seu próprio potencial, e pode lidar com o stress normal da vida, trabalhar produtivamente, frutificamente e é capaz de contribuir para a propria comunidade” (WHO, 2008).

Dentro desta ampla definição, diversos aspectos psicológicos, como ansiedade, níveis de depressão, coping, níveis de estresse ou bem-estar psicológico são componentes importantes da saúde mental.

Um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o bem-estar psicológico é o Questionário de Saúde Geral, QSG-12, uma versão reduzida do Questionário de Saúde Geral (GOLDBERG, 1996), construído para avaliar a saúde mental e identificar a severidade de distúrbios psiquiátricos não psicóticos. Pesquisas apontam que o QSG-12 é útil para avaliar um escore geral de bem estar psicológico (GOUVEIA et al., 2003; BORGES; ARGOLO, 2002).

Para a avaliação da ansiedade em pesquisas científicas, o inventário de Ansiedade Traço-Estado, IDATE, desenvolvido por Spielberger, Gorslech e Lushene (1970), é um dos instrumentos mais utilizados (ANDRADE, GORENSTEIN, 1998). Ele avalia dois conceitos distintos de ansiedade: Ansiedade-Estado (que

corresponde ao estado de ansiedade momentâneo em que se encontra a pessoa no momento da testagem), e Ansiedade-Traço, (uma diferença individual de uma pessoa, sua disposição latente de elevar a ansiedade frente a situações estressoras) (SPIELBERGER; GORSLECH; LUSHENE, 1970).

Eventos estressores também podem gerar impactos nos níveis de bem estar, estresse, saúde mental e qualidade de vida das pessoas. A avaliação da ocorrência destes eventos permite a observação da interveniência de fatores diversos nos níveis de qualidade de vida das pessoas. A Escala de Eventos Vitais (SAVOIA, 1999) avalia a ocorrência de eventos de estresse relativamente inesperados e possivelmente envolvidos no estado psíquico atual do indivíduo, como mudanças ligadas ao trabalho, à perda de suporte social, à família, à mudança do ambiente de trabalho, às dificuldades pessoais e às finanças (SAVOIA, BERNIK, 2004). Ela permite avaliar se uma pessoa vivenciou eventos que configuram exigências de adaptação à vida no último ano, e auxilia assim a padronização de estudos do estresse (SAVOIA, 1999).

1.3 A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL EM MULHERES SOBREVIVENTES DE CARCINOMA INVASOR DO COLO UTERINO

Segundo o National Cancer Institute, a taxa relativa de sobrevida de cinco anos nos Estados Unidos, ajustada por idade, para mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino, é de aproximadamente 71,20% (NCI, 2004). Em países em desenvolvimento, esta sobrevida média é de cerca de 49,0% (BRASIL, 2008). Com a melhoria da acessibilidade aos sistemas de saúde e sistemas de rastreamento da doença em todo o mundo, a sobrevida será maior (WENZEL et al., 2005), demandando uma atenção cada vez maior aos níveis de qualidade de vida após o tratamento do câncer.

Na década de 70, a investigação da qualidade de vida de mulheres sobreviventes de câncer foi tão pequena quanto era à sobrevida nesta época (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007; PENSON et al., 2006). A partir da década de 90 é que o termo qualidade de vida suplementou a terminologia “adaptação” ou “adaptação psicológica” (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007). Hoje, a investigação da qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer é cada vez mais necessária, por representar um medidor capaz de diferenciar tratamentos que apresentam taxas de

sobrevida e de intervalo livre da doença semelhantes (SILVA; DERCHAIN, 2006). Além disso, em se tratando de carcinoma invasor do colo uterino, avaliar a qualidade de vida em ensaios clínicos têm sido uma tendência em ascensão, uma vez que cada vez mais tratamentos multimodais e de alta toxicidade têm sido utilizados (VISTAD; FOSSA; DAHL, 2006).

A variação dos instrumentos de avaliação em qualidade de vida de mulheres em câncer ginecológico, entretanto, é demasiadamente vasta e com frequência dificulta conclusões coerentes na literatura científica.

Silva e Derchain (2006) realizaram um estudo de revisão sobre os instrumentos de avaliação de qualidade de vida com mulheres de câncer ginecológico de 2000 a 2005 na base de dados MEDLINE. Apesar da grande variação metodológica das pesquisas, os questionários Functional Assessment of Cancer Therapy-general Scale (FACT-G), European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-life Questionnaire (EORTC-QLQ) e o Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) foram os questionários mais utilizados de maneira geral.

No Brasil, encontramos poucos estudos sobre a qualidade de vida de mulheres com carcinoma invasor do colo uterino e não existe pesquisa nacional publicada sobre a qualidade de vida de mulheres tratadas desta doença há mais de dois anos.

A maioria dos estudos internacionais sobre qualidade de vida de mulheres sobreviventes de câncer ginecológico tem se concentrado em amostras com diversas neoplasias malignas ginecológicas agrupadas, e a minoria parece avaliar dados da qualidade de vida de mulheres sobreviventes de neoplasia malignas específicas (SILVA; DERCHAIN, 2006; VISTAD, FOSSA; DAHL, 2006).

Diversos autores apontam que os achados da literatura científica internacional acerca da qualidade de vida de sobreviventes de câncer ginecológico são conflitantes, com algumas pesquisas apontando deteriorações, outras estabilidade e outras melhora da qualidade de vida através do tempo de mulheres com neoplasia maligna ginecológica (PEARMAN, 2003; GREIMEL et al., 2002). Entretanto, pouco se sabe ainda sobre o impacto de vários tipos de tratamentos, diagnósticos, estádios da doença, idade e outros fatores de risco para qualidade de vida desta população estudada (PEARMAN, 2003; BRADLEY et al., 2006).

Alguns estudos parecem indicar que os índices de qualidade de vida também tendem a ser afetados negativamente do período do diagnóstico até a completude

do tratamento, com tendência de melhorarem no período de seis a 12 meses após o tratamento e de se estabilizarem um a dois anos após tratamento, igualando-se aos índices de qualidade de vida de mulheres sobreviventes a outras neoplasias malignas e aos índices de mulheres saudáveis (PEARMAN, 2003). Bradley et al. (2006), porém, acreditam que no caso de mulheres sobreviventes de carcinoma invasor do colo uterino, os índices de qualidade de vida só se igualariam aos do grupo controle a partir de cinco a sete anos pós-tratamento, ainda que seja obscura a duração do tempo até a melhora completa da qualidade de vida (BRADLEY et al., 2006).

Segundo Vistad, Fossa e Dahl (2006), no contexto do carcinoma invasor do colo uterino, a qualidade de vida tem sido essencialmente definida pela autopercepção da sobrevivente sobre seu bem-estar físico, psicossocial e sexual. Comentam, porém, que há ainda pouquíssimos instrumentos pré-testados internacionalmente em mulheres sobreviventes de carcinoma invasor do colo uterino para avaliar funcionamento sexual.

Sobre avaliação da saúde mental, pesquisadores, em geral, têm observado maior incidência de transtornos em saúde mental como ansiedade, e depressão em mulheres com câncer ginecológico (PEARMAN, 2003; PENSON et al., 2006; BRADLEY et al., 2006; HERZOG; WRIGHT, 2007). A alta toxicidade do tratamento e a frequência de prognósticos negativos estariam relacionados a esta alta incidência. Os dados indicam que os problemas psicológicos não se recuperam completamente logo após o término do tratamento (GREIMEL et al., 2002; LI; SAMSIOE; IOSIF, 1999). Vistad, Fossa e Dahl (2006), em numa revisão sobre qualidade de vida de mulheres sobreviventes de carcinoma invasor do colo uterino, recomendam que mais pesquisas nesta área devem ser realizadas para avaliar a ansiedade junto a outras variáveis complementares a este estudo como, depressão, fadiga, linfedema e disfunções intestinais.

Vários fatores têm sido associados à qualidade de vida de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino, como tratamento com radioterapia, tratamento multimodal, prolongamento do tempo de tratamento, idades mais novas, coping de evitação, níveis baixos de escolaridade ou de crenças espirituais, falta de apoio em casa, são fatores de risco para desajustamento e baixa qualidade de vida. Estadiamento e localização do tumor não têm sido correlacionados à qualidade de vida (PEARMAN, 2003; TABANO; CONDOSTA; COONS, 2002). A diversidade e a

amplitude destes fatores não se deve apenas pelos diferentes achados encontrados na literatura científica, mas ainda, pela própria diversidade metodológica, nem sempre padronizada ou validada destes achados (VISTAD; FOSSA; DAHL, 2006). A avaliação padronizada da qualidade de vida e Saúde Mental de mulheres brasileiras tratadas de carcinoma invasor do colo uterino há mais de dois anos – considerando níveis de ansiedade, tipos de tratamentos, idade, tempo decorrido pós-tratamento e níveis de escolaridade, dentre outros fatores – é de grande utilidade à ampliação das informações ainda conflitantes sobre impactos de tratamentos e níveis de saúde nesta população.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os níveis de qualidade de vida e saúde mental de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar a qualidade de vida e saúde mental de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino com mulheres sem história de neoplasia maligna;
- comparar os níveis de qualidade de vida e saúde mental de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino, submetidas a tratamento cirúrgico (HR), tratamento não-cirúrgico (QT/RT), tratamento cirúrgico mais tratamento adjuvante (HR + QT/RT) e do grupo controle;
- avaliar os fatores que influenciaram a qualidade de vida de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal observacional sobre a qualidade de vida e saúde mental de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino considerando-se o procedimento oncológico realizado. O protocolo deste estudo foi previamente aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa de todas as instituições envolvidas (ANEXO A). Para participar, as mulheres assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B), e toda a equipe de pesquisa e coleta de dados assinou um Termo de Compromisso. Toda a pesquisa foi financiada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina da UFMG.

3.1 CASUÍSTICA

Foram entrevistadas 114 mulheres, de abril a setembro de 2008, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa e que eram mulheres das instituições participantes. Dentre as entrevistadas, 57 haviam sido tratadas de carcinoma invasor do colo uterino nas instituições citadas, a partir de março de 1996 até março de 2006, com tratamento cirúrgico (HR), com tratamento não-cirúrgico (QT/RT), ou com cirurgia mais tratamento adjuvante (HR + QT/RT). O grupo controle foi formado por 57 mulheres provenientes do Ambulatório Carlos Chagas do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais sem histórico de neoplasia maligna ou histerectomia.

3.1.1 Critérios de inclusão

- História de tratamento de carcinoma invasor de colo uterino no período de de março de 1996 a março de 2006;
- sem história ou evidência de neoplasia maligna ou histerectomia por qualquer indicação;
- concordar e assinar o termo de consentimento desta pesquisa.

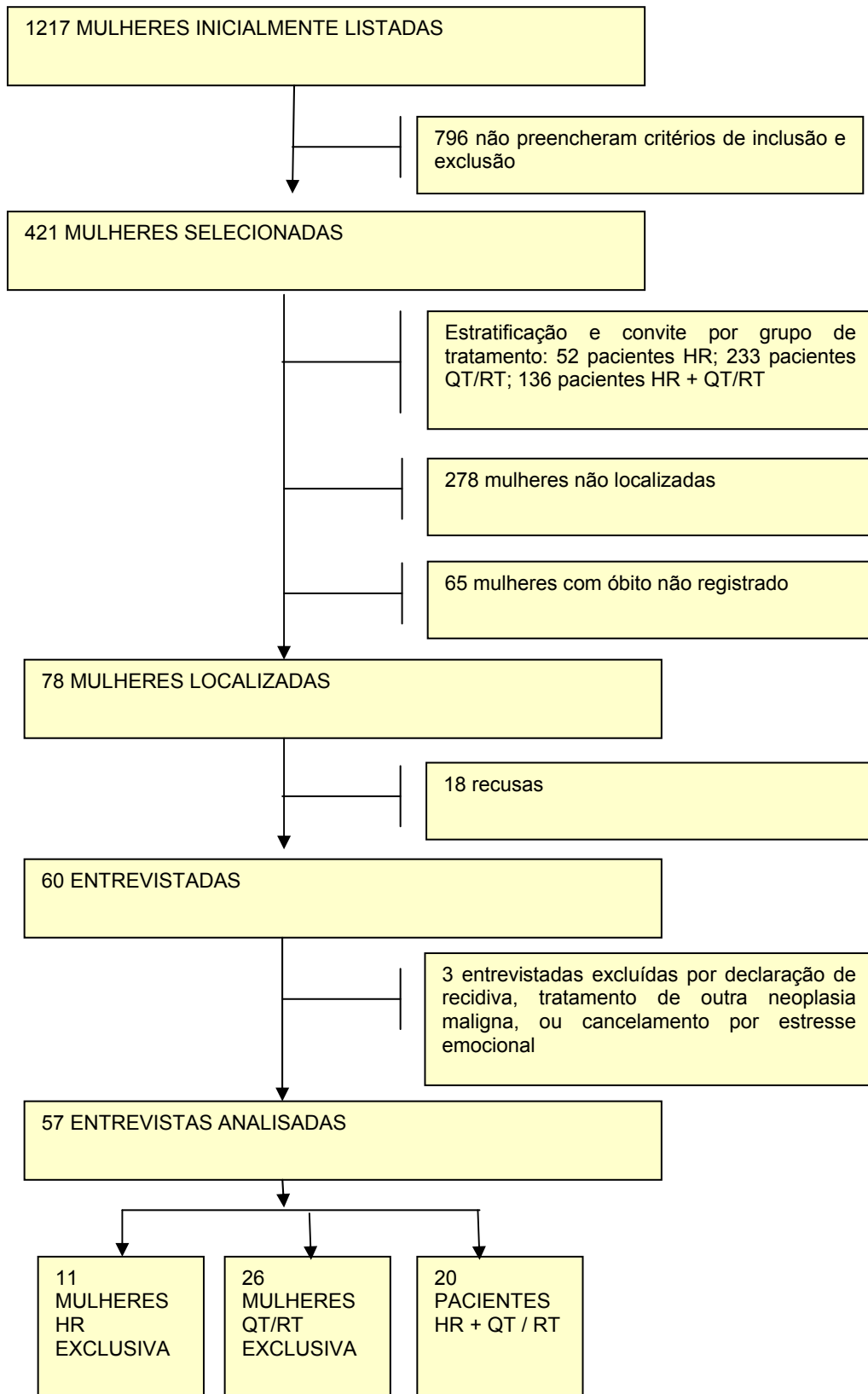
3.1.2 Critérios de exclusão

- Residência fora do município de Belo Horizonte;
- recorrência da doença neoplásica primária;
- tratamento de outra patologia maligna;
- diagnóstico de doença mental grave ou de deficiência mental.
- não concordância em participar da pesquisa.

3.2 O RECRUTAMENTO DAS MULHERES

As mulheres foram recrutadas através de uma listagem inicial gerada pela consulta aos registros hospitalares de internações e de câncer em todas as instituições. Inicialmente foram listadas 1217 mulheres tratadas de março de 1996 a março de 2006 em todas as instituições participantes, com história de tratamento de carcinoma invasor de colo uterino (Figura 1).

FIGURA 1: Etapas do recrutamento, seleção e entrevistas das mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino nas instituições participantes



FONTE: Elaborada pelo autor.

Em seguida, foram consultados os dados dos prontuários das mulheres para verificação dos critérios de inclusão e exclusão. A listagem final consistiu de 421 mulheres aprovadas para participação na pesquisa e foi estratificada por grupos de tratamento (HR), (QT/RT), (HR + QT-RT). Assim, através de amostragem aleatória estratificada por grupo de tratamento, buscou-se contactar as mulheres por telefone para participarem da pesquisa. Para assegurar a padronização do convite, todas as ligações telefônicas de convite foram feitas pela pesquisadora responsável pela pesquisa. Das 421 mulheres listadas, 278 mulheres não foram localizadas e 65 mulheres haviam ido a óbito, ainda que não constasse nos registros hospitalares. Assim, 78 mulheres foram localizadas, mas apenas 60 aceitaram participar da pesquisa. Uma vez aceito o convite pela paciente, a entrevista era agendada e realizada em sua residência. Foram excluídas da análise três entrevistas, porque uma entrevistada relatou tratamento de outra neoplasia maligna, uma relatou tratamento de recidiva e uma entrevistada apresentou desgaste emocional durante a aplicação dos questionários. Ao final, foram analisados os dados de 57 mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.

Já o recrutamento do grupo controle foi feito por amostragem de conveniência, por ordem de chegada das mulheres no ambulatório Carlos Chagas, considerando-se os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Em seguida, as mulheres selecionadas e que aceitavam participar eram entrevistadas individualmente em sala reservada no próprio Ambulatório.

3.3 A COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados em duas etapas distintas: a primeira consistiu na entrevista das mulheres e a segunda etapa na coleta de dados clínicos complementares nos Serviços de Arquivos Médicos das instituições participantes.

Para listar as mulheres, entrevistá-las no ambulatório e nas residências em toda Belo Horizonte, e coletar dados clínicos complementares nos hospitais, esta pesquisa contou com a participação de 41 estudantes universitários da Psicologia e Medicina. Todos os alunos receberam treinamento de 25 horas, com aulas e apostilas padronizadas, durante três meses e meio, para participação na pesquisa. Para favorecer a qualidade dos treinamentos, os alunos foram divididos em quatro turmas homogêneas de treinamento. Ao final, duas turmas de alunas ficaram

responsáveis exclusivamente pela entrevistas das mulheres, (as entrevistadoras deveriam ser mulheres para evitar constrangimento às mulheres), e um grupo de 20 alunos ficou responsável apenas pela coleta e seleção de informações dentro dos Serviços de Arquivos Médicos. Um projeto piloto foi realizado pelas entrevistadoras e pesquisadora responsável, para melhoria e discussão dos questionários, e para elucidação de dúvidas acerca da aplicação.

3.4 O PROJETO PILOTO

O projeto piloto constou da aplicação de todos os questionários e testes desta pesquisa, em 20 mulheres com idade superior a 40 anos e formação educacional até 2º grau (aproximando-se do perfil geral da paciente de carcinoma invasor do colo uterino no Brasil). A partir do projeto piloto, foram então realizadas correções na aplicação dos questionários, e confirmada a utilidade das escalas visuais auxiliares.

3.5 QUESTIONÁRIOS DA AVALIAÇÃO

Todos os questionários e testes psicológicos utilizados neste estudo são de caráter auto-aplicável, porém, em virtude da possibilidade de baixa compreensão, pouca escolaridade e analfabetismo da amostra, os testes foram aplicados pelas entrevistadoras, que buscaram ler todas as perguntas para todas as mulheres e auxiliar a marcação das respostas. Para a aplicação do inventário IDATE e do questionário SF-36, foram utilizadas ainda escalas visuais simples (ANEXO C), para favorecer a compreensão das entrevistadas. As escalas visuais foram desenvolvidas sob orientação da professora Elizabeth do Nascimento, professora adjunta do Departamento de Psicologia da UFMG, da disciplina técnicas de Exame Psicológico, e investigadora de adaptação e construção de instrumentos psicológicos (2008).

3.5.1 Aplicação do questionário geral estruturado

A entrevista se iniciou com a aplicação de um questionário geral, organizado em módulos que contemplam aspectos sociodemográficos, informações gerais de saúde, informações sobre rede social, crenças espirituais, auto-avaliação acerca de mudanças na qualidade de vida e sobre satisfação em relação à vida sexual, e outras questões complementares às variáveis pesquisadas. Este questionário foi

elaborado pelos pesquisadores responsáveis deste estudo com o objetivo de avaliar informações descritivas da amostra e variáveis intervenientes aos objetivos da pesquisa (ANEXO D).

3.5.2 Aplicação do SF-36

A qualidade de vida geral das mulheres foi avaliada pelo Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli et al. (1999) (ANEXO E) e adaptado para a cultura brasileira. Trata-se de um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, composto por 36 itens englobados em oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Estes componentes podem ser resumidos em dois sumários gerais: Sumário do Componente Físico e Sumário do Componente Mental. Cada sumário representa um escore final de zero a 100, sendo o zero equivalente ao pior estado geral de saúde. Para facilitar sua aplicação foi utilizada uma escala visual simples complementar.

3.5.3 Aplicação do IDATE

Para avaliação dos níveis de ansiedade das mulheres entrevistadas, foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Este inventário foi elaborado por Spielberger, Gorslech e Lushene (1970) para medir conceitos distintos: Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço. Formado por 20 perguntas para cada conceito, num total de 40 perguntas que examinam tanto os sentimentos mais freqüentemente vivenciados quanto os sentimentos momentâneos. Desta forma o inventário apresenta uma variação de escores finais de 20 pontos mínimos a 80 pontos máximos. A pontuação é feita através de escala Likert de 1 a 4 pontos, tendo porém 10 perguntas de peso invertido na Escala A-Estado (perguntas: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) e 7 perguntas de peso invertido na escala Ansiedade-Traço (perguntas: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19). O escore total é uma soma simples dos pesos normais e invertidos obtidos e os escores totais são classificados em percentiis.

3.5.4 Aplicação da Escala de Eventos Vitais

A Escala de Eventos Vitais, adaptada por Savoia (1999) a partir da Escala de Reajustamento Social de Holmes e Rahe (1967 apud SAVOIA, 1999) e o London Life Event and Difficulty Schedule de Brown (1974 apud SAVOIA, 1999), foi utilizada para avaliar a possível interveniência de maior número de eventos de estresse nos níveis de qualidade de vida das mulheres. Trata-se de uma escala que avalia somente a ocorrência ou não ocorrência de eventos vitais, categorizados em questões ligadas ao trabalho, à perda de suporte social, à família, à mudança do ambiente de trabalho, às dificuldades pessoais e às finanças e que constituem exigências de adaptação à vida dos indivíduos.

3.5.5 Aplicação do QSG-12

O QSG-12, uma versão reduzida de 12 itens do Questionário de Saúde Geral (GOLDBERG, 1996), (traduzido e adaptado para o Brasil), foi aplicado para analisar a saúde mental das entrevistadas. A versão reduzida QSG-12 é composta por 12 perguntas que cobrem sentimentos de tensão, depressão, incapacidade de lidar com situações habituais, ansiedade e falta de confiança. Segundo Gouveia et al. (2003), é um dos instrumentos mais utilizados para medir o bem-estar psicológico. Apresenta uma escala de 4 pontos referentes ao quanto uma pessoa tem experimentado os sintomas avaliados. As respostas “de jeito nenhum” são codificadas em 1 ponto, as respostas “não mais do que de costume” são codificadas em 2 pontos, as respostas “mais do que de costume” são codificadas em 3 pontos, e as respostas “muito mais do que de costume” são codificadas em 4 pontos. A soma total dos pontos é classificada em < 4 ou ≥ 4 , sendo esta última opção indicativa de probabilidade do indivíduo apresentar um transtorno mental comum (KAC et al., 2006).

3.6 A PRIMEIRA ETAPA: APLICAÇÃO DAS ENTREVISTAS

No início da entrevista residencial, era pedido à entrevistada que escolhesse o local ideal de sua casa, no qual ela não fosse interrompida nos 40 minutos seguintes e pudesse conversar com tranquilidade. Buscou-se assim salvaguardar a não interferência do ambiente de testagem. As entrevistadoras desconheciam

informações sobre o grupo de tratamento da paciente selecionada (HR, QT/RT, HR + QT/RT, Controle).

Foi realizada uma pausa padronizada de 5 minutos, após a aplicação do Questionário SF-36, em todas as entrevistas. A pausa visou amenizar possíveis desgastes ou cansaço das entrevistadas frente à aplicação extensa dos questionários e testes. As entrevistadas eram avisadas, desde o início da aplicação, que teriam uma pausa de cinco minutos para poderem beber água, ou ir ao banheiro se desejassem. Se durante a entrevista, a paciente apresentasse cansaço, desconforto ou estresse emocional, a entrevista era imediatamente interrompida.

A ocorrência de eventos interferentes durante a entrevista ou a presença de dificuldades de compreensão significativas à validação das respostas obtidas nos questionários foram registradas nas tabelas de observações sobre a aplicação (ANEXO F). Uma entrevista do grupo controle foi claramente prejudicada, de acordo com observação da aplicadora, pela dificuldade de compreensão da paciente idosa em relação às perguntas dos questionários SF-36 e QSG-12. Esta entrevista foi, portanto excluída da análise final, uma vez que as respostas apresentariam validade duvidosa.

Sendo identificada a necessidade de acompanhamento psicoterápico para a paciente entrevistada, esta era devidamente orientada sobre esta necessidade, e encaminhada para atendimento psicológico na sua instituição de origem, ou para a clínica Escola SPA, do Departamento de Psicologia da UFMG. Ao final da pesquisa, quatro mulheres foram encaminhadas para tratamento psicoterápico, a partir de demanda própria, ou da expressão emocional mais intensa destas mulheres durante a entrevista.

3.7 A SEGUNDA ETAPA: A COLETA DE DADOS NOS REGISTROS HOSPITALARES

Após a aplicação dos questionários anteriormente citados, os dados clínicos dos registros e prontuários das mulheres entrevistadas eram acessados para coleta de dados complementar (ANEXO G).

A maioria das informações clínicas referidas não pôde ser analisada estatisticamente, em função da baixa frequência de registros destas informações nos prontuários das instituições participantes. Informações registradas sobre menopausa, reposição hormonal, outras morbidades, intervenções cirúrgicas específicas,

complicações e encaminhamentos para complementações terapêuticas, foram raramente descritas nos prontuários em todas as instituições pesquisadas.

3.7.1 Metodologia estatística

3.7.1.1 Variáveis estudadas

As variáveis estudadas foram:

- Qualidade de vida geral (Sumário do Componente Físico e Sumário Mental do Componente do SF-36), Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado avaliadas pelo inventário IDATE; número de eventos vitais vivenciados no último ano; nível de saúde mental (QSG-12); grupo de tratamento (1) controle, (2) tratamento cirúrgico (HR), (3) tratamento não-cirúrgico (QT/RT), (4) cirurgia mais tratamento adjuvante (HR + QT/RT); presença de parceiro na atualidade; saber ler e escrever; escolaridade; renda; trabalho no último ano; tabagismo; menstruação; uso de reposição hormonal; outras morbidades; vida sexual ativa; satisfação com a vida sexual; ter crenças espirituais; opinião sobre a mudança na qualidade de vida nos últimos 10 anos; idade no início do tratamento oncológico; tempo decorrido desde tratamento oncológico; tipo histológico de tumor e estadiamento do tumor.

3.7.1.2 Cálculo amostral

Para calcular a amostra desse estudo foi considerado um número que permitisse a diferença de 1,6 desvios padrões em relação aos sumários totais Saúde Mental e Saúde Física da escala SF-36 entre os grupos de tratamento, com poder de 80% e nível de significância de 5%. Foram considerados os artigos de Walters (2004), Lemos (2006), Wenzel et al. (2005) e Conde (2005) para o cálculo amostral deste tipo de estudo. Assim, o número amostral ideal seria de 10 mulheres por grupo de tratamento.

3.7.2 A análise estatística dos dados

A análise descritivas das variáveis foi realizada de duas formas:

- 1ª - Por meio de estratificação dos grupos de tratamento:

- (1) Controle x
- (2) HR (Tratamento cirúrgico) x
- (3) QT/RT (Tratamento não-cirúrgico) x
- (4) HR + QT/RT (Cirurgia mais tratamento adjuvante).

2^a - Por meio da estratificação da amostra total em dois grupos:

- grupo de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino x
- grupo de mulheres sem histórico de neoplasia maligna

Para as variáveis nominais ou categóricas, foram feitas tabelas de distribuição de freqüências. Já para as variáveis contínuas foram utilizadas medidas de tendência central e variabilidade.

Os sumários totais da escala SF-36 (Sumário do Componente Físico e Sumário do Componente Mental), além das escalas Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado do inventário IDATE, o número total de eventos vitais vivenciados no último ano, e os escores do QSG-12 foram comparados entre os quatro grupos analisados. Nessa análise utilizou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis para comparação de três ou mais grupos ou teste exato de Fisher. Optou-se por utilizar testes não-paramétricos devido ao caráter assimétrico das escalas analisadas.

O Sumário do Componente Físico e o Sumário do Componente Mental da escala SF-36 foram categorizados de acordo com os quartis e considerados como variável resposta na análise dos fatores associados à qualidade de vida.

As variáveis categóricas foram analisadas através do teste Qui-quadrado de Pearson para comparação de proporções ou do teste exato de Fisher, que é apropriado quando são utilizadas amostras com pequenas freqüências.

No caso de variáveis contínuas, para se verificar diferenças entre dois grupos, foi utilizado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Os valores de $p < 0,05$ foram considerado como sendo estatisticamente significativos.

Dentre os modelos de regressão logística ordinal existentes optou-se por utilizar o modelo de chances proporcionais, mais indicado quando a variável resposta é uma variável contínua que foi agrupada, como foi nesse caso.

Na regressão logística, o procedimento consistiu em selecionar inicialmente as variáveis que na análise univariada apresentaram valor $p \leq 0,20$. Ajustou-se o modelo logístico eliminando individualmente as variáveis. Foram considerados como critério para permanência das variáveis no modelo final o valor $p \leq 0,05$. Foi estimada a razão de chances (OR) para cada covariável. Esse modelo fornece uma

única estimativa de OR para todas as categorias comparadas, devido à premissa de chances proporcionais. Essa premissa foi testada para todas as variáveis individualmente e para o modelo final. O ajuste do modelo foi avaliado por meio do teste de Deviance. Em todas as análises foi utilizado o software SPSS 12.0. Para construção do banco de dados o software Epidata 3.1 também foi usado.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA

O estudo avaliou 114 mulheres com idade variando entre 25 e 78 anos, (média $51,1 \pm 13,3$), sendo 57 mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino há mais de dois anos, e 57 mulheres sem histórico de neoplasia maligna (grupo controle). Foram entrevistadas 57 mulheres do grupo controle (50%), 11 mulheres do grupo HR (9,65%), 26 mulheres do grupo QT/RT (22,81%) e 20 mulheres do grupo HR+QT/RT (17,64%) (Figura 1).

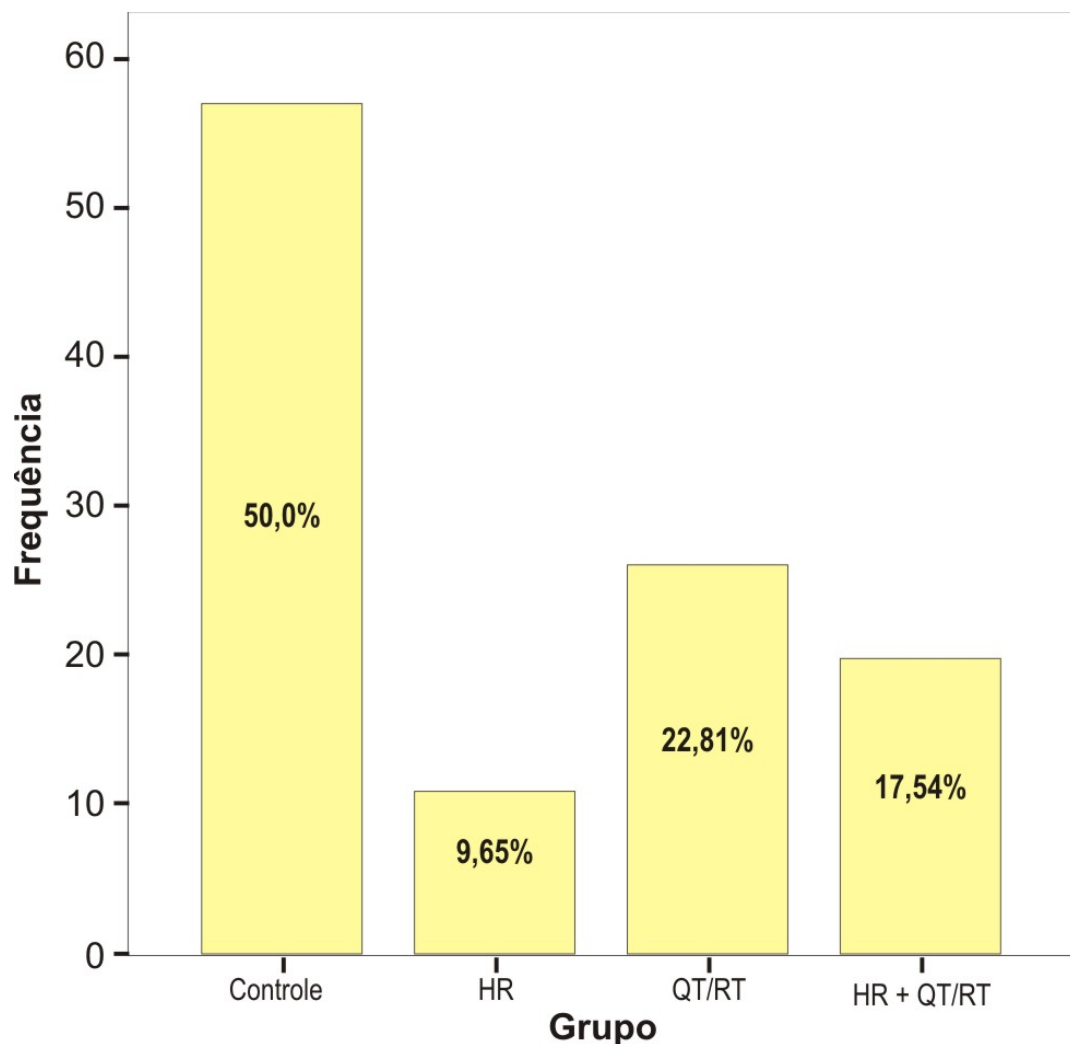


FIGURA 2: Representação gráfica dos grupos avaliados no estudo.

FONTE: Elaborada pelo autor.

A maioria das entrevistadas tratadas de carcinoma invasor do útero (68,42%) foi submetida ao tratamento no Instituto de Radioterapia São Francisco. As informações clínicas de outros centros e do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte não foram acessados devido a não autorização desta pesquisa nestas instituições (Tabela 1).

TABELA 1: Hospitais de tratamento das mulheres entrevistadas com carcinoma invasor do colo uterino (n = 57).

Hospitais mencionados	Número de mulheres	%
Hospital Alberto Cavalcanti	2	3,50%
Felício Rocho	2	3,50%
São Francisco	11	19,30%
Hospital das Clínicas	12	12,28%
Hospital Mário Penna	12	21,05%
Santa Casa*	10	17,54%
Instituto de Radioterapia São Francisco	39	68,42%
Outros *	8	14,03%
Hospital da Baleia **	0	0,00%

LEGENDA: (*) Hospitais e centros não participantes da pesquisa; (**) Não informatização dos dados inviabilizou localização de participantes neste hospital.

FONTE: Dados compilados pelo autor.

4.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS GRUPOS COMPARADOS

As mulheres do grupo QT/RT e HR + QT/RT apresentaram menor escolaridade e maiores medianas de idade. Mulheres do grupo QT/RT possuíam uma frequência menor de presença de parceiro na atualidade (26%) e maior prevalência de hipertensão arterial (73,1%). Já as mulheres do grupo HR apresentaram maior prevalência de doenças cardiovasculares (27,3%). Praticamente todas as mulheres dos grupos HR, QT/RT e HR+QT/RT não apresentavam menstruação. As mulheres do grupo controle (57,90%) e do grupo HR (63,60%) apresentaram percentuais menores de vida sexual ativa.

Houve diferenças significativas na comparação entre os quatro grupos de tratamentos avaliados, nas variáveis idade, parceiro na atualidade, escolaridade, ausência de menstruação, hipertensão arterial e doença cardiovascular ($p < 0,05$). Não houve diferenças significativas entre os grupos, nas variáveis estar satisfeita com a vida sexual, saber ler e escrever, renda familiar, ser fumante ou ex-fumante,

reposição hormonal, diabetes, outras doenças, crenças religiosas, achar que a qualidade de vida melhorou nos últimos 10 anos (Tabela 2).

TABELA 2: Comparação das informações sociodemográficas e clínicas por grupos de tratamentos (HR x QT/RT x HR+QT/RT) e grupo controle.

	Grupos				Valor p
	Controle (n = 57)	HR (n = 11)	QT/RT (n = 26)	HR+ QT/RT (n = 20)	
SOCIODEMOGRÁFICAS					
Idade Atual	45,2 (±11,8)	47,5 (±9,9)	59,2 (±11,8)	59,3 (±11,5)	<0,001
Apresenta parceiro na atualidade	34 (59,60%)	10 (90,90%)	7 (26,90%)	10 (50,50%)	0,002*
Sabe ler e escrever	52 (91,20%)	10 (90,90%)	18 (69,20%)	18 (90,00%)	0,067**
Escolaridade até 5ª série	25 (43,90%)	5 (45,50%)	22 (84,60%)	14 (70%)	0,002*
Trabalhou no último ano	46 (80,70%)	6 (54,50%)	17 (65,40%)	17 (85,00%)	0,129**
Renda familiar de até dois salários mínimos	23 (41,10%)	6 (54,50%)	13 (50,00%)	8 (40,00%)	0,754
INFORMAÇÕES DE SAUDE					
Fumante atual	7 (12,30%)	1 (9,10%)	4 (15,40%)	0 (0,00%)	0,425**
Ex-fumante	12 (21,10%)	2 (18,20%)	9 (34,60%)	6 (30,00%)	0,425**
Ausência de Menstruação	14 (24,60%)	11 (100%)	25 (96,20%)	20 (100,00%)	<0,001*
Faz reposição hormonal	5 (8,80%)	2 (18,20%)	1 (3,80%)	0 (0,00%)	0,239**
Hipertensão arterial	20 (35,10%)	2 (18,20 %)	19 (73,10%)	20 (35,10%)	0,002*
Diabetes	2 (3,50%)	1 (9,10%)	2 (7,70%)	3 (15,00%)	0,250**
Doença cardiovascular	3 (5,30%)	3 (27,30%)	6 (23,10%)	3 (15,00%)	0,034**
Outras doenças	22 (39,30%)	3 (27,30%)	9 (36,00%)	11 (61,10%)	0,236*
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES					
Tem crenças religiosas ou espirituais	56 (98,2%)	10 (90,9%)	24 (93,3%)	20 (100,0%)	0,176**
Vida sexual ativa	33 (57,90%)	7 (63,60%)	21 (84,00%)	14 (77,80%)	0,555**
Esta satisfeita com a vida sexual	46 (80,70%)	6 (54,50%)	13 (50,00%)	10 (50,00%)	0,352**
Acredita que a qualidade de vida melhorou nos últimos 10 anos	41 (44,6%)	6 (28,6%)	13 (37,1%)	10 (30,3%)	0,352**

LEGENDA: (*) Teste Qui-quadrado; (**) Teste exato de Fisher

FONTE: Dados compilados pelo autor.

Cerca de 40,30 % das mulheres entrevistadas tratadas de carcinoma invasor do colo uterino foram avaliadas no estadiamento I, e 59,70% nos estadiamentos I e II. Na comparação dos grupos de tratamento (Tabela 3), as variáveis idade na época do tratamento, estadiamento e tipo histológico ($p < 0,05$) apresentaram diferenças significativas entre os grupos. As mulheres que realizaram apenas tratamento cirúrgico (HR) demonstraram menor média de idade na época do tratamento, e predominância de estadiamento I (90,90%). Além disso, o tipo histológico não informado foi mais freqüente neste grupo, do que nos outros grupos.

TABELA 3: Comparação das informações clínicas entre os grupo de tratamento das mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.

Informações clínicas	Grupos			Valor p
	HR (n = 11)	QT/RT (n = 26)	HR + QT/RT (n = 20)	
Idade na época do tratamento	40,9 ± 7,8	55,5 ± 11,9	55,1 ± 11,9	0,012*
Tempo pós Tratamento	4,7 ± 1,6	3,7 ± 1,3	4,2 ± 2,1	0,350*
Estadiamento I	10 (90,90%)	4 (15,40%)	9 (45,00%)	< 0,001**
Estadiamento II	1 (9,10%)	17 (65,40%)	9 (45,00%)	
Estadiamento III	0 (0,00%)	5 (19,20%)	2 (10,00%)	
Adenocarcinoma	1 (9,10%)	4 (15,40%)	8 (40,00%)	0,035**
Carcinoma células escamosas	8 (72,70%)	21 (80,80%)	11 (55,00%)	
Tipo Histológico não informado	2 (18,20%)	1 (3,80%)	1 (5,00%)	

LEGENDA: (*) Teste de Kruskal-Wallis; (**) Teste exato de Fisher.

FONTE: Dados compilados pelo autor.

A idade média das mulheres sobreviventes foi de 57 anos ($\pm 12,1$) e das mulheres sem histórico de neoplasia maligna 45,2 ($\pm 11,8$) (Tabela 4). Entre as mulheres tratadas, 71,90% estudou apenas até a 5ª série, 70,20% trabalhou no último ano, 94,70% relatou apresentar crenças religiosas/espirituais e 80,00% estava satisfeita com a vida sexual atual, ainda que apenas 35,10% apresentasse vida sexual ativa. 8,80% das mulheres sobreviventes era fumante, 5,30% fazia reposição hormonal e 32,6% acreditavam que a qualidade de vida melhorou nos últimos 10 anos. 47,00% das sobreviventes entrevistadas relatou apresentar parceiro na atualidade e 47,40%, renda familiar de até dois salários mínimos.

Na comparação de mulheres sobreviventes e grupo controle, houve diferenças significativas para as variáveis idade, escolaridade, ausência de menstruação, doença cardiovascular e vida sexual ativa ($p < 0,05$). A média de idade do grupo de mulheres tratadas de carcinoma invasor do útero foi maior do que a média do grupo controle. A proporção de mulheres com baixa escolaridade, ausência de menstruação e doença cardiovascular foi também maior neste grupo de mulheres tratadas. Já o grupo controle apresentou uma proporção maior de mulheres com vida sexual ativa (57,9%) em relação ao grupo de sobreviventes de carcinoma invasor do colo uterino. Não houve diferença estatisticamente significativa entre estes dois grupos nas variáveis apresentar parceiro na atualidade, saber ler e escrever, trabalho no último ano, renda familiar, ser fumante ou ex-fumante, reposição hormonal, hipertensão arterial, diabetes, outras doenças, ter crenças

religiosas ou espirituais, estar satisfeita com a vida sexual e acreditar que a qualidade de vida melhorou nos últimos 10 anos.

TABELA 4: Comparação das informações sociodemográficas entre o grupo de mulheres sem histórico de neoplasia maligna e o grupo de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.

	Grupos		Valor p
	Controle (n = 57)	Tratadas de carcinoma invasor do colo uterino (n = 57)	
Sociodemográficas			
Idade Atual	45,2 ± 11,8	57 ± 12,1	< 0,001
Apresenta parceiro na atualidade	34 (59,6%)	27 (47,4%)	0,189*
Sabe ler e escrever	52 (91,20%)	46 (80,70%)	0,106*
Escolaridade até 5ª série	25 (43,90%)	41 (71,90%)	0,002*
Trabalhou no último ano	46 (80,70%)	40 (70,20%)	0,192**
Renda familiar de até 2 salários mínimos	23 (41,10%)	27 (47,40%)	0,500*
Informações de saúde			
Fumante atual	7 (12,30%)	5 (8,80%)	0,517*
Ex-fumante	12 (21,10%)	17 (29,80%)	0,517*
Ausência de Menstruação	14 (24,60%)	56 (98,20%)	<0,001*
Faz reposição hormonal	5 (8,80%)	3 (5,30%)	0,716**
Hipertensão arterial	20 (35,10%)	29 (50,90%)	0,089*
Diabetes	2 (3,50%)	6 (10,50%)	0,142*
Doença Cardiovascular	3 (5,30%)	12 (21,10%)	0,013**
Outras doenças	22 (39,30%)	23 (42,60%)	0,724*
Informações complementares			
Tem crenças religiosas ou espirituais	56 (98,20%)	54 (94,70%)	0,618**
Vida sexual ativa	33 (57,90%)	20 (35,10%)	0,015*
Está satisfeita com a vida sexual	46 (80,70%)	42 (77,80%)	0,740**
Acredita que a qualidade de vida melhorou nos últimos 10 anos	41 (44,6%)	29 (32,6%)	0,055**

LEGENDA: (*) Teste de Kruskal-Wallis; (**) Teste exato de Fisher.

FONTE: Dados compilados pelo autor.

4.3 Comparação da qualidade de vida, níveis de Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado, saúde mental e número de eventos vitais vivenciados no último ano pós-tratamento

Não houve diferenças significativas entre os grupos de tratamento (Tabela 5) no Sumário do Componente Físico e no Sumário do Componente Mental da escala SF-36, nos escores das escalas Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado do inventário IDATE, no número de eventos vitais vivenciados no último ano ou nos níveis de saúde mental avaliados pelo questionário QSG-12 ($p > 0,05$).

TABELA 5: Estatísticas descritivas do Sumário do Componente Físico e do Sumário do Componente Mental do questionário SF-36, e dos índices finais dos instrumentos IDATE, QSG-12 e número de eventos vitais por grupo de tratamento.

		Controle (n = 57)	HR (n = 11)	QT/RT (n = 26)	HR+QT/RT (n = 20)	Valor p
Sumário do Componente Físico	Mediana (1° - 3° quartis)	46,0 (39,0 - 51,2)	50,2 (48,9 - 53,1)	41,9 (32,8 - 51,8)	46,3 (35,8 - 53,2)	0,099
	média ± DP	44.3 ± 10.1	50.7 ± 4.0	42.2 ± 11.4	44.6 ± 9.3	
Sumário do Componente Mental	Mediana (1° - 3° quartis)	52,4 (38,0 - 55,4)	47,7 (35,1 - 52,3)	52,6 (37,8 - 60,3)	52,7 (44,3 - 56,8)	0,482
	média ± DP	46.9 ± 12.4	45.0 ± 11.7	49.6 ± 12.7	50.1 ± 9.1	
Valores IDATE						
Ansiedade-Estado	Mediana (1° - 3° quartis)	37,0 (32,0 - 44,5)	35,0 (27,0 - 45,0)	33,5 (25,0 - 43,5)	33,5 (27,2 - 36,7)	0,146
	média ± DP	37.7 ± 8.9	36,0 ± 10,4	36,3 ± 13,6	32,5 ± 5,4	
Ansiedade-Traço	Mediana (1° - 3° quartis)	41,0 (33,5 - 51,5)	46,0 (32,0 - 54,0)	39,0 (33,0 - 54,0)	40,0 (35,5 - 46,5)	0,942
	média ± DP	42.4 ± 11.4	44,6 ± 11,9	43,0 ± 14,4	41,1 ± 9,5	
Eventos Vitais	Mediana (1° - 3° quartis)	6,0 (3,5 - 8,0)	6,0 (3,0 - 8,0)	4,0 (3,0 - 6,0)	4,0 (2,0 - 7,7)	0,141
	média ± DP	5,8 ± 3,2	6,0 ± 3,4	4,3 ± 2,3	5,1 ± 3,8	
QSG-12 (≥ 4)	n (%)	20 (35,7%)	5 (45,4%)	9 (34,6 %)	7 (35,0 %)	0,929

LEGENDA: (*) Teste de Kruskal-Wallis; (**) Teste exato de Fisher.

FONTE: Dados compilados pelo autor.

A variável Ansiedade-Estado apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino e mulheres sem histórico de neoplasia maligna (Tabela 6). A maior mediana de Ansiedade-Estado ocorreu para o grupo controle, que parece ter apresentado maiores índices de ansiedade no momento da entrevista. O Sumário do Componente Físico e o Sumário do Componente Mental da escala SF-36, os escores da escala Ansiedade-Traço, de números totais de eventos vitais vivenciados ou do questionário QSG-12 ($p > 0,05$) não mostraram diferenças significativas entre os grupos de mulheres sem histórico de neoplasia maligna e mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.

TABELA 6: Estatísticas descritivas do Sumário do Componente Físico e do Sumário do Componente Mental e do questionário SF-36, dos índices finais dos instrumentos IDATE, QSG-12 e número de eventos vitais por grupo de mulheres sem histórico de neoplasia maligna e mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.

		Controle (n = 57)	Tratadas de carcinoma invasor do colo uterino (n = 57)	Valor p
Sumário do Componente Físico	Mediana (1° - 3° quartis)	46,0 (39,0 - 51,2)	48 (36,0 - 52,8)	0,710*
	média ± DP	44,3 ± 10,1	44,7 ± 10,0	
Sumário do Componente Mental	Mediana (1° - 3° quartis)	52,4 (38,0 - 55,4)	51,1 (43,7 - 57,4)	0,581*
	média ± DP	46,9 ± 12,4	48,9 ± 11,3	
Valores IDATE				
Ansiedade-Estado	Mediana (1° - 3° quartis)	37,0 (32,0 - 44,5)	34 (27,0 - 39,0)	0,035*
	média ± DP	37,7 ± 8,9	34,9 ± 10,7	
Ansiedade-Traço	Mediana (1° - 3° quartis)	41,0 (33,5 - 51,5)	40,0 (34,0 - 50,5)	0,910*
	média ± DP	42,4 ± 11,4	42,6 ± 12,3	
Eventos Vitais	Mediana (1° - 3° quartis)	6,0 (3,5 - 8,0)	4,0 (3,0 - 7,0)	0,079*
	média ± DP	5,8 ± 3,2	4,9 ± 3,1	
QSG-12 (≥ 4)	n (%)	20 (35,7%)	21 (36,8%)	0,901**

FONTE: Dados compilados pelo autor.

4.4 FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES TRATADAS DE CARCINOMA INVASOR DO COLO UTERINO

4.4.1.1 Análise Univariada do Sumário do Componente Físico do Questionário SF-36

As variáveis estatisticamente associadas à qualidade de vida apresentada pelo Sumário do Componente Físico do questionário SF-36 ($p < 0,05$), foram idade, hipertensão arterial, Ansiedade-Traço, e os escores do QSG-12 para as mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino (Tabela 7).

A mediana de idade foi maior entre as mulheres do 1° quartil de qualidade de vida no Sumário do Componente Físico. As mulheres com hipertensão arterial têm pior qualidade de vida analisada pelo Sumário do Componente Físico. As medianas dos escores para Ansiedade-Traço são menores para o 4° quartil e qualidade de vida e maiores para o 1° quartil. Quem tem escores maiores ou iguais a 4 na escala QSG-12 tem pior qualidade de vida no Sumário do Componente Físico. A variável ausência de menstruação não foi avaliada por existir apenas uma paciente que declarou ter menstruação na atualidade (Tabela 7).

TABELA 7: Comparação das informações avaliadas com os escores de qualidade de vida apresentada pelo Sumário do Componente Físico para as mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.

	Qualidade de vida apresentada pelo Sumário do Componente Físico SF-36				Valor p
	1º quartil	2º quartil	3º quartil	4º quartil	
Idade	62,9 ± 11,1	53 ± 9,1	61,5 ± 10,6	49,9 ± 11,9	0,008*
Apresentar Parceiro na atualidade	11 (36,7%)	5 (16,7%)	8 (26,7%)	6 (20,0%)	0,355**
Etnia Branca	6 (26,1%)	6 (26,1%)	6 (26,1%)	5 (21,7%)	0,954**
Etnia Preta	4 (30,8%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	4 (30,8%)	
Etnia Parda	6 (31,6%)	2 (10,5%)	4 (21,1%)	7 (36,8%)	
Outras Etnias	1 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	
Saber ler e escrever	11 (23,9%)	9 (19,6%)	11 (23,9%)	15 (32,6%)	0,371**
Escolaridade até 5ª. série	15 (36,6%)	7 (17,1%)	10 (24,4%)	9 (22,0%)	0,141**
Trabalho no último ano	11 (27,5%)	8 (20,0%)	7 (17,5%)	14 (35,0%)	0,335**
Renda Familiar acima de 2SM	9 (30,0%)	3 (10,0%)	7 (23,3%)	11 (36,7%)	0,403**
Ser Fumante	0 (0,0%)	1 (20,0%)	2 (40,0%)	2 (40,0%)	0,191**
Ser ex-fumante	9 (52,9%)	1 (5,9%)	3 (17,6%)	4 (23,5%)	
Usa reposição hormonal	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0,464**
Hipertensão arterial	12 (41,4%)	6 (20,7%)	7 (24,1%)	4 (13,8%)	0,047**
Diabetes	4 (66,7%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	0,138**
Doença Cardiovascular	4 (33,3%)	5 (41,7%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	0,059**
Outras doença	10 (43,5%)	4 (17,4%)	3 (13,0%)	6 (26,1%)	0,191**
Ter crenças religiosas ou espirituais	16 (29,6%)	10 (18,5%)	13 (24,1%)	15 (27,8%)	0,773**
Vida sexual ativa	3 (15,0%)	4 (20,0%)	3 (15,0%)	10 (50,0%)	0,067**
Satisfação com a vida sexual	9 (21,4%)	7 (16,7%)	12 (28,6%)	14 (33,3%)	0,241**
Grupo de Tratamento HR	0 (0,0%)	2 (20,0%)	4 (30,8%)	5 (29,4%)	0,202**
Grupo de Tratamento QT/RT	11 (64,7%)	3 (30,0%)	6 (46,1%)	6 (35,3%)	
Grupo de Tratamento HR+QT/RT	6 (35,3%)	5 (50,0%)	3 (23,1%)	6 (35,3%)	
Tempo pós Tratamento	3,9 ± 1,6	4,6 ± 1,9	3,3 ± 1,1	4,4 ± 2,0	0,374*
Estadiamento I	6 (26,1%)	4 (17,4%)	6 (26,1%)	7 (30,4%)	0,989**
Estadiamento II	8 (29,6%)	5 (18,5%)	6 (22,2%)	8 (29,6%)	
Estadiamento III	3 (42,8%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	
Tipo Histológico - Adenocarcinoma	5 (35,7%)	2 (14,3%)	1 (7,1%)	6 (42,9%)	0,239**
Tipo Histológico - Carcinoma	11 (27,5%)	8 (20,0%)	12 (30,0%)	9 (22,5%)	
Numero de Eventos Vitais	6,1 ± 3,6	5,2 ± 3,3	4,2 ± 3,2	3,9 ± 2,2	0,214*
Ansiedade-Estado	37,4 ± 10,6	31,7 ± 8,5	35 ± 14,6	34,2 ± 8,7	0,619*
Ansiedade-Traço	51,1 ± 14,0	41,9 ± 5,4	38,3 ± 10,0	37,9 ± 11,2	0,010*
QSG-12	11 (52,4%)	4 (19,0%)	2 (9,5%)	4 (19,0%)	0,023**

LEGENDA: (*) Teste de Kruskal-Wallis; (**) Teste exato de Fisher.

FONTE: Dados compilados pelo autor.

4.4.1.2 Análise Multivariada do Sumário do Componente Físico do Questionário SF-36

Todas as variáveis significativas ao nível de 20% de significância ($p < 0,20$) foram introduzidas no modelo multivariado (idade, escolaridade, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes, doença cardiovascular, outras doenças, vida sexual ativa, Ansiedade-Traço e QSG). Mas foram consideradas no modelo final apenas aquelas significativas ao nível de 5%.

TABELA 8: Resultados do modelo final de regressão logística ordinal (chances proporcionais) utilizando como variável resposta os quatro quartis do Sumário do Componente Físico da escala SF-36 das mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino

	OR	IC 95% para OR		Valor p
		Limite Inferior	Limite Superior	
Ansiedade-Traço (diminuição de 1 unidade no escore)	1,11	1,05	1,17	< 0,001
Idade (diminuição de 1 ano de idade)	1,06	1,002	1,11	0,040
Hipertensão arterial	3,51	1,08	11,4	0,037
Teste da suposição de chances proporcionais	0,818			
Teste de Deviance (ajuste do modelo)	0,988			

LEGENDA: OR = Odds ratio (razão de chances).

FONTE: Dados compilados pelo autor.

As variáveis que permaneceram no modelo final foram: Ansiedade-Traço, idade e hipertensão arterial. Mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino com menores índices de traço de ansiedade têm maior chance (OR = 1,11) de ter uma melhor qualidade de vida apresentada pelo Sumário do Componente Físico. Além disso, idades mais novas na sobrevivida também estão associadas a uma melhor qualidade de vida do componente físico. Mulheres com hipertensão arterial têm quase quatro vezes mais chance de ter uma pior qualidade de vida do que aquelas sem essa doença. Ainda é importante afirmar que o modelo demonstrou bom ajuste de acordo com o teste de Deviance ($p = 0,988$) e que a suposição de chances proporcionais foi válida para o modelo ($p = 0,818$) (Tabela 8).

4.4.1.3 Análise Univariada do Sumário do Componente Mental do Questionário SF-36

As variáveis idade, número de eventos vitais, Ansiedade-Traço, Ansiedade-Estado e nível de saúde mental (QSG-12) foram estatisticamente associadas à qualidade de vida das mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino, avaliada pelo Sumário do Componente Mental da escala SF-36 ($p < 0,05$). A maior mediana de idade ocorreu para aquelas mulheres com melhor qualidade de vida no Sumário do Componente Mental. As menores medianas dos escores da Escala de Eventos Vitais, Escala Ansiedade-Traço e Escala Ansiedade-Estado ocorreram para o 4º quartil do Sumário do Componente Mental, e o maior escore para o 1º quartil. Quem tem escores maiores ou iguais a 4 na escala QSG, tem pior qualidade de vida no Sumário do Componente Mental (Tabela 9).

TABELA 9: Comparação das informações avaliadas com os escores de qualidade de vida apresentada pelo Sumário do Componente Mental para as mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.

	Qualidade de vida apresentada pelo Sumário do Componente Mental SF-36				Valor p
	1º quartil	2º quartil	3º quartil	4º quartil	
Idade	55,5 ± 14,8	53 ± 9,6	54,8 ± 12,1	63,9 ± 10,0	0,038*
Apresentar parceiro na atualidade	6 (20,0%)	8 (26,7%)	6 (20,0%)	10 (33,3%)	0,784**
Etnia branca	4 (17,4%)	6 (26,1%)	5 (21,7%)	8 (34,8%)	0,422**
Etnia preta	5 (38,5%)	5 (38,5%)	2 (15,4%)	1 (7,7%)	
Etnia parda	4 (21,1%)	4 (21,1%)	4 (21,1%)	7 (36,8%)	
Outras etnias	0 (0,0%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Saber ler e escrever	9 (19,6%)	13 (28,3%)	10 (21,7%)	14 (30,4%)	0,511**
Escolaridade até 5ª. série	7 (17,1%)	14 (34,1%)	7 (17,1%)	13 (31,7%)	0,278**
Trabalho no último ano	8 (20,0%)	12 (30,0%)	10 (25,0%)	10 (25,0%)	0,370**
Renda familiar acima de dois salários mínimos	7 (23,3%)	6 (20,0%)	7 (23,3%)	10 (33,3%)	0,374**
Ser fumante	1 (20,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	3 (60,0%)	0,821**
Ser ex-fumante	5 (29,4%)	5 (29,4%)	3 (17,6%)	4 (23,5%)	
Usa reposição hormonal	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,307**
Hipertensão arterial	6 (20,7%)	8 (27,6%)	6 (20,7%)	9 (31,0%)	0,915*
Diabetes	2 (33,3%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)	0,884**
Doença do Cardiovascular	3 (25,0%)	3 (25,0%)	5 (41,7%)	1 (8,3%)	0,109**
Outras doença	6 (26,1%)	7 (30,4%)	7 (30,4%)	3 (13,0%)	0,260**
Ter crenças religiosas ou espirituais	11 (20,4%)	17 (31,5%)	10 (18,5%)	16 (29,6%)	0,112**
Vida sexual ativa	5 (25,0%)	6 (30,0%)	5 (25,0%)	4 (20,0%)	0,737**
Satisfação com a vida sexual	9 (21,4%)	11 (26,2%)	8 (19,0%)	14 (33,3%)	0,318**
Grupo de tratamento HR	3 (23,1%)	5 (29,4%)	2 (18,2%)	1 (6,2%)	0,608**
Grupo de tratamento QT/RT	7 (53,8%)	6 (35,3%)	4 (36,4%)	9 (56,2%)	
Grupo de tratamento HR + QT/RT	3 (23,1%)	6 (35,3%)	5 (45,4%)	6 (37,5%)	
Tempo pós-tratamento	3,9 ± 1,6	4,7 ± 1,6	4,0 ± 2,0	3,7 ± 1,7	0,342*
Estadiamento I	6 (26,1%)	8 (34,8%)	5 (21,7%)	4 (17,9%)	0,626**
Estadiamento II	5 (18,5%)	7 (25,9%)	4 (14,8%)	11 (40,7%)	
Estadiamento III	2 (28,6%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)	
Tipo histológico - adenocarcinoma	4 (28,6%)	3 (21,4%)	4 (28,6%)	3 (21,4%)	0,526**
Tipo histológico - carcinoma	8 (20,0%)	13 (32,5%)	6 (15,0%)	13 (32,5%)	
Número de eventos vitais	5,8 ± 3,2	6,4 ± 3,4	3,0 ± 2,1	3,9 ± 2,6	0,012*
Ansiedade-Traço	56,3 ± 11,9	43,2 ± 7,5	37,5 ± 9,5	34,3 ± 8,6	<0,001*
Ansiedade-Estado	42,8 ± 10,1	31,8 ± 6,9	32,6 ± 7,5	33,4 ± 13,7	0,020*
QSG-12	11 (52,4%)	6 (28,6%)	3 (14,3%)	1 (4,8%)	<0,001**

LEGENDA: (*) Teste de Kruskal-Wallis; (**) Teste exato de Fisher.

FONTE: Dados compilados pelo autor.

4.4.1.4 Análise Multivariada do Sumário do Componente Mental do Questionário SF-36

Todas as variáveis significativas ao nível de 20% de significância ($p < 0,20$) foram introduzidas no modelo multivariado (idade, doença cardiovascular, crenças religiosas, eventos vitais, IDATE traço e estado, QSG), mas foram consideradas no modelo final apenas aquelas significativas ao nível de 5%.

TABELA 10: Resultados do modelo final de regressão logística ordinal (chances proporcionais) utilizando como variável resposta os quatro quartis do Sumário do Componente Mental da escala SF-36 entre o grupo de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino.

	OR	IC 95% para OR		Valor p
		Limite Inferior	Limite Superior	
Ansiedade-Traço (diminuição de 1 unidade nos escores)	1,17	1,1	1,25	< 0,001
Idade (aumento de 1 ano de idade)	1,07	1,02	1,13	0,004
Teste da suposição de chances proporcionais	0,615			
Teste de Deviance (ajuste do modelo)	0,999			

LEGENDA: R = Odds ratio (razão de chances).

FONTE: Dados compilados pelo autor.

As variáveis que permaneceram no modelo final (Tabela 10) foram: Ansiedade-Traço e idade. As mulheres com menores escores de traço de Ansiedade têm maior chance (OR = 1,17) de ter uma melhor qualidade de vida. Assim, com a diminuição de 1 unidade nos escores da escala Ansiedade-Traço, a chance de se ter uma melhor qualidade de vida no Sumário do Componente Mental, entre as mulheres sobreviventes de carcinoma invasor do colo uterino, aumenta em 1,17 vezes. Por outro lado, mulheres mais velhas têm maior chance de ter uma melhor qualidade de vida no Sumário do Componente Mental. É importante afirmar que o modelo demonstrou bom ajuste de acordo com o teste de Deviance ($p = 0,999$) e que a suposição de chances proporcionais foi válida para o modelo ($p = 0,615$).

5 DISCUSSÃO

No Brasil, estima-se que cerca de 49% das mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino irão apresentar sobrevida de cinco anos (BRASIL, 2008). Nos Estados Unidos, esta taxa é de aproximadamente 71,20% (NCI, 2004). Muitas mulheres poderão ser favorecidas por meio de estudos sobre a qualidade de vida durante a sobrevida.

No Brasil, ainda existem poucos estudos sobre a qualidade de vida de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino. A literatura científica internacional apresenta diversas publicações na área, entretanto, grande parte avalia grupos de mulheres sobreviventes de diversas neoplasias ginecológicas agrupadas, e não apenas mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino. Revisões sistematizadas internacionais observaram que ainda não é possível afirmar se existem diferenças significativas entre os níveis de qualidade de vida geral de mulheres tratadas desta doença e mulheres sem história de neoplasia maligna. A dificuldade de uma comparação segura dos resultados das pesquisas tem sido causada pela grande variabilidade dos instrumentos de avaliação em qualidade de vida e pela baixa qualidade dos delineamentos das pesquisas (GREIMEL et al., 2002; VISTA, FOSSA; DAHL, 2006). Diversos autores recomendam que a ansiedade, a saúde mental, o impacto de vários tipos de tratamentos, estádios da doença, idade e outros fatores associados à qualidade de vida sejam avaliados de forma padronizada nas pesquisas, para tornar mais claras as informações existentes sobre a qualidade de vida na sobrevida destas mulheres (PEARMAN, 2003; BRADLEY et al., 2006; VISTAD; FOSSA; DAHL, 2006). Neste trabalho buscamos atender a estas recomendações e para garantir a padronização adequada da avaliação da qualidade de vida geral, foi utilizado o questionário SF-36, que apresenta sensibilidade para distinguir grupos clínicos diferentes através do tempo (VISTA, FOSSA; DAHL, 2006).

Foram entrevistadas 114 mulheres no total, sendo 57 mulheres tratadas há mais de dois anos de carcinoma invasor do colo uterino localizadas através das instituições participantes. Diversas dificuldades foram enfrentadas nesta pesquisa, uma vez que não foram encontrados estudos prévios publicados sobre a avaliação desta população no Brasil. Da mesma maneira como ocorre em pesquisas de seguimento, este estudo encontrou obstáculos significativos para a obtenção das informações clínicas e para a localização das pacientes já tratadas. Observou-se

grande mobilidade social e amplo número de residentes em cidades do interior na população de mulheres sobreviventes de carcinoma invasor do colo uterino atendidas em instituições de Belo Horizonte. Além disso, no Brasil, trata-se de uma população caracteristicamente de baixa renda e baixa escolaridade, fatores que exigiram adaptações metodológicas na pesquisa, como a utilização das escalas visuais auxiliares.

Para minimizar estas dificuldades, e para ampliar a qualidade das informações clínicas, optou-se pela pesquisa em várias instituições hospitalares. Entretanto, a maioria (68,42%) das mulheres sobreviventes entrevistadas, entretanto, foi localizada a partir dos registros do Instituto de Radioterapia São Francisco. Diversos fatores influenciaram a predominância de mulheres localizadas neste centro. Estes fatores também significaram grande atraso na coleta de dados. Diversos comitês de ética das instituições demoraram consideravelmente para aprovar a pesquisa. A maioria das instituições participantes não apresentava informatização adequada dos registros de pacientes tratadas há mais de dois anos, e não permitiam filtragem do banco de dados por CID, ou códigos para a histerectomia radical, quimioterapia, ou radioterapia. Uma vez que não foi possível utilizar bancos de dados computadorizados em vários centros, algumas instituições apresentaram ao final de buscas ativas por prontuários, percentual baixo de pacientes que se adequavam aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Além disso, a terceirização do setor de prontuários médicos, a disponibilização limitada de tempo para pesquisa dos registros dentro da instituição, e a não atualização dos telefones de contato ou endereços das pacientes já tratadas, prejudicou muito a seleção e a localização da amostra. As instituições que apresentaram telefones extras de contato anotados, como o telefone de parentes ou vizinhos das mulheres atendidas, facilitaram muito a localização das pacientes e foram favorecidas na participação desta pesquisa. A baixa frequência de registros de informações clínicas gerais e específicas nos prontuários das instituições participantes também afetou negativamente a análise de diversos fatores clínicos relacionados à qualidade de vida na sobrevivida.

Este estudo optou ainda pela realização de entrevistas residenciais, visando assim diminuir possíveis impedimentos econômicos de participação na pesquisa. Esta metodologia pode ter influenciado na diferença entre os índices de Ansiedade-Estado das mulheres sobreviventes e das mulheres do grupo controle. As mulheres do grupo controle haviam sido entrevistadas no ambiente ambulatorial, antes da

consulta ginecológica, uma situação que pode ter sido estressora. Algumas entrevistadas deste grupo declararam que estavam nervosas, com receio de perderem a consulta, ou preocupadas com resultados de exames ginecológicos realizados. Uma vez que a escala Ansiedade-Estado do IDATE avalia a ansiedade momentânea apresentada no momento da testagem, o ambiente residencial da entrevista pode ter influenciado favoravelmente o estado de ansiedade das pacientes sobreviventes participantes, gerando-lhes maior relaxamento durante a entrevista. Este fato relembra a importância de se avaliar atentamente fatores de interveniência às avaliações da ansiedade em pesquisas científicas, antes do estabelecimento de qualquer conclusão sobre diferenças nos níveis de ansiedade de grupos pesquisados.

É importante lembrar ainda, que a pesquisa em diversas instituições hospitalares e a metodologia de entrevista residencial em toda grande BH, só foram possíveis por meio da participação e treinamento adequado da equipe.

Esta pesquisa não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os escores finais de qualidade de vida geral de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino e mulheres sem histórico de neoplasia maligna. Não foram encontradas tampouco diferenças estatisticamente significativas nos sumários de qualidade de vida geral entre os grupos de tratamento cirúrgico (HR), não-cirúrgico (QT/RT), cirurgia mais tratamento adjuvante (HR + QT/RT) e controle. Em relação aos níveis de saúde mental, Ansiedade-Traço, números de eventos vitais vivenciados no último ano, também não foram observadas diferenças significativas entre os grupos em nenhuma das comparações realizadas. Apenas a variável Ansiedade-Estado se diferenciou significativamente ($p = 0,035$) entre as mulheres sem histórico de neoplasia maligna e as mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino. Nossos achados indicam que, diferentemente das conclusões de Bradley et al. (2006), os índices de qualidade de vida geral de mulheres sobreviventes desta doença se igualariam aos da população feminina sem histórico de neoplasia maligna, antes do período de cinco anos pós-tratamento.

Nossos achados sobre a qualidade de vida geral das entrevistadas são semelhantes aos de outras pesquisas, ainda que existam diferenças metodológicas entre as pesquisas. Li, Samsioe e Losif (1999) em um estudo com 46 mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino nos estadiamentos I e II, consideraram a qualidade de vida das mulheres sobreviventes satisfatória quando comparada aos

índices do grupo controle. Klee, Thranov e Machin (2000) observaram que os sumários de bem-estar físico das mulheres, tratadas de carcinoma invasor do colo uterino e câncer vaginal, se aproximavam dos escores do grupo controle em apenas 18 meses pós-tratamento, ainda que a maioria das mulheres apresentasse efeitos colaterais agudos e crônicos dos tratamentos no período de dois anos de acompanhamento. Uma pesquisa realizada com 51 mulheres, sobreviventes de carcinoma invasor do colo uterino tratadas há mais de cinco anos, com o questionário SF-36, não encontrou diferenças significativas entre os sumários de qualidade de vida física e mental destas mulheres e os escores de mulheres do grupo controle (WENZEL et al., 2005).

Um estudo comparativo longitudinal com 248 mulheres tratadas de neoplasias malignas ginecológicas, demonstrou que as mulheres de carcinoma invasor do colo uterino mostraram escores significativamente menores no domínio funcional em qualidade de vida apenas nos primeiros seis meses pós-tratamento. Após um ano de finalização do tratamento, não havia mais diferenças entre estes escores entre os grupos de neoplasia ginecológica maligna (GREIMEL et al., 2002).

Korfage (2008), em estudo de base populacional, avaliou a qualidade de vida de 291 mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino, há mais de dois anos, através do questionário geral SF-36 e do questionário para qualidade de vida específica European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-life Questionnaire Cervical Cancer Module (EORTC-QLQ-CX24). Segundo Korfage (2008) este questionário foi recentemente validado na Holanda, para avaliar qualidade de vida específica de mulheres com carcinoma invasor do colo uterino. Neste estudo, os pesquisadores concluíram que a qualidade de vida geral é relativamente boa mesmo quando várias mulheres apresentam sintomas relacionados ao tratamento (KORFAGE et al., 2008).

Entretanto, Klee, Thranov e Machin (2000) observaram, que mulheres tratadas com radioterapia tinham a possibilidade de apresentar diarreia e aumento da frequência urinária como sintomas crônicos, dois anos após o tratamento.

Korfage et al. (2008) acreditam que as mulheres podem considerar os efeitos colaterais e sintomáticos duradouros dos tratamentos como sendo inevitáveis e resultantes do controle de uma condição ameaçadora, de forma que estes não são considerados pelas mulheres na pontuação das medidas de qualidade de vida gerais. Vistad, Fossa e Dahl (2006) lembram que mudanças internas de valores das

mulheres através do tempo podem significar pontuações semelhantes nas avaliações gerais de qualidade de vida em relação à população normal, ainda que estas apresentem diversos sintomas estressores pós-tratamento. Ainda que em nossa pesquisa, sintomas e complicações específicos, ou qualidade de vida específica não tenham sido avaliados, concordamos com as idéias destes autores, baseados também em afirmações das mulheres entrevistadas. Ao serem questionadas sobre a razão da melhora da qualidade de vida nos últimos dez anos, entrevistadas afirmaram frases que indicam mudanças de valores internos, gratidão pelo controle de uma situação ameaçadora e desconsideração de sintomas físicos específicos na avaliação da qualidade de vida: “Hoje eu cuido mais da minha alimentação, de mim mesma, voltei a estudar e tenho mais consciência”; “Estar vivendo a cada dia já é bom demais. Só por Deus ter me dado a saúde, já estou feliz”; “Além de problemas na coluna e na bexiga, não sinto mais nada. Antes eu tinha mais problemas de saúde, pois eu não me cuidava”.

Alguns autores entretanto, encontraram diferenças nos níveis de qualidade de vida entre os grupos de tratamento de carcinoma invasor do colo uterino. Klee, Thranov e Machin (2000) observaram que os escores de qualidade de vida geral de mulheres sobreviventes de carcinoma invasor do colo uterino tratadas com radioterapia eram mais baixos do que o grupo controle, no período de 24 meses avaliados.

Frumovitz et al. (2005) avaliaram 114 mulheres sobreviventes de carcinoma invasor do colo uterino tratadas há mais de cinco anos. Em seu estudo, as mulheres irradiadas reportaram significativamente mais ansiedade do que as submetidas à cirurgia, mas não se diferenciavam significativamente do grupo controle. As mulheres tratadas exclusivamente com radioterapia apresentaram também maior somatização de sintomas depressivos, maior frequência de sintomas da menopausa e pior funcionamento sexual mesmo após ajustamento das variáveis de confusão.

Alguns autores lembram que embora na atualidade exista a tendência nas pesquisas científicas de apontar para a existência de mais problemas psicossociais e sexuais em sobreviventes tratadas com radioterapia do que em mulheres tratadas com tratamento cirúrgico, ainda é cedo para estas conclusões (VISTAD, FOSSA; DAHL, 2006).

Na pesquisa de Frumovitz et al. (2005), por exemplo, a análise multivariada revelou que as variáveis associadas aos níveis de ansiedade e depressão, eram

apenas religião e números de maços de cigarros consumidos. O tipo de tratamento não se associou à ansiedade e depressão. Além disso, o estudo não apresentou grupo de tratamentos combinados para ampliação da comparação, nem avaliação dos índices de qualidade de vida e ansiedade antes do tratamento, ou controle da variável terapia de controle hormonal.

Korfage et al. (2008), em um estudo de base populacional, aplicaram o 6-Item State Trait Anxiety Inventory (STAI-6) (versão reduzida da escala ansiedade-estado do IDATE) na amostra de mulheres sobreviventes. As médias do STAI-6 foram piores para as mulheres sobreviventes quando comparadas às médias do grupo controle. Ao contrário de nossa pesquisa, 18% das sobreviventes apresentaram índices mais altos no ponto de corte do IDATE-6 para alta ansiedade (KORFAGE et al., 2008). Contudo, é importante a observação de que o questionário STAI-6 apresenta sensibilidade essencial para avaliar flutuações no estado de ansiedade, que podem ser causadas por diversos fatores na vida de uma pessoa ou no estado momentâneo durante a entrevista. A análise multivariada de fatores associados à Ansiedade-Estado destas pacientes se faz importante para serem estabelecidas conclusões sobre associações dos níveis de Ansiedade-Estado e tratamento de carcinoma invasor do colo uterino, por exemplo. Em nosso estudo, as mulheres sem histórico de neoplasia maligna apresentaram níveis de Ansiedade-Estado mais altos, mostrando-se mais ansiosas na época da entrevista do que as pacientes sobreviventes. O traço de ansiedade das mulheres sobreviventes também não foi avaliado na pesquisa de Korfage (2008), não se excluindo assim, a hipótese do grupo de mulheres sobreviventes ter sido composto por uma amostra de mulheres naturalmente mais ansiosas. Em nosso estudo, algumas mulheres tratadas afirmaram durante a entrevista, que se consideravam naturalmente muito ansiosas e que este fato atrapalhava suas vidas como um todo, além de acentuar as preocupações específicas da sobrevivida.

No nosso estudo, os principais fatores associados aos níveis de qualidade de vida de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino há mais de dois anos, após o ajuste das variáveis de confusão, foram o traço de ansiedade, a idade e a hipertensão arterial.

Na literatura científica internacional, vários fatores como tratamento com radioterapia, tratamento multimodal, prolongamento do tempo de tratamento, idades mais novas, coping de evitação, níveis baixos de escolaridade ou de crenças

espirituais, falta de apoio em casa, têm sido associados a baixos escores de qualidade de vida de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino. Estadiamento e localização do tumor, entretanto, não têm sido associados à qualidade de vida (PEARMAN, 2003; TABANO; CONDOSTA; COONS, 2002), fato também observado nesta pesquisa.

Já para Wenzel et al. (2005), melhores escores no sumário de qualidade de vida física têm sido associados a menores índices de estresse específico de sobrevivência do câncer, e a menores índices de *coping* não-adaptativo (estratégias não adaptativas de domínio ou adaptação ao estresse). Já melhores escores no sumário de qualidade de vida mental têm sido associados a menores escores de estresse específico de sobrevivência do câncer, e a melhores escores de apoio social, bem-estar espiritual, funcionamento sexual, e menores escores de preocupações reprodutivas (WENZEL et al., 2005).

A literatura científica indica as variáveis grupo de tratamento, presença de parceiro na atualidade, saber ler e escrever, escolaridade, renda, trabalho no último ano, tabagismo, uso de reposição hormonal, doença cardiovascular, outras morbidades, vida sexual ativa, satisfação com a vida sexual, ter crenças espirituais, opinião sobre mudança na qualidade de vida nos últimos 10 anos, idade no início do tratamento oncológico, tempo decorrido desde tratamento oncológico, tipo histológico de tumor e estadiamento do tumor não foram associadas aos níveis de qualidade de vida geral de mulheres com sobrevivência superior a dois anos. Mais uma vez, a variabilidade metodológica das pesquisas dificulta a comparação e conclusão sobre os fatores associados à qualidade de vida geral da população avaliada.

Nosso estudo indica que mulheres sobreviventes com hipertensão arterial têm quase quatro vezes mais chance de ter uma qualidade de vida física pior do que aquelas sem essa doença. A cada 10 anos de aumento na idade, uma mulher sobrevivente tem 10,6 vezes mais chance de ter uma melhor qualidade de vida mental, ao mesmo tempo em que passa a ter 10,7 vezes mais chance de ter uma pior qualidade de vida física. Algumas afirmações feitas durante as entrevistas pelas mulheres sobreviventes parecem confirmar estes achados. Frases como “Minha qualidade de vida melhorou porque amadureci, fiquei mais tranqüila”; “Agora que estou mais velha, mudei meu pensamento, não fico nervosa mais com as mesmas coisas”, “O tempo passou e estou com mais calma e mais experiente para enfrentar

os problemas”, foram verbalizadas pelas entrevistadas quando perguntadas sobre as razões de acreditarem que sua qualidade de vida melhorou nos últimos dez anos.

A independência ou crescimento dos filhos pode também ser um fator associado ao envelhecimento e à na melhora da qualidade de vida mental desta população. Diversas pacientes afirmaram que sua qualidade de vida havia melhorado nos últimos 10 anos, porque “os filhos estavam criados”, ou “os filhos estavam crescidos e independentes”, ou “os filhos haviam se casado”, ou “os filhos estavam mais velhos haviam se mudado”.

Nosso estudo também indica que a cada 10 pontos de elevação nos escores de traço de ansiedade (IDATE), a qualidade de vida física e a qualidade de vida mental de uma mulher sobrevivente podem ser 11,1 vezes piores. Mulheres mais ansiosas, podem ter grande dificuldade de lidar com questões específicas da sobrevivência como preocupações de recorrência, morte e estresse frente a complicações físicas. Fayers et al. (1997), em seu estudo sobre indicadores causais da pesquisa em qualidade de vida, lembram que uma paciente sob tensão pode perceber um episódio de vômito, por exemplo, como tendo um efeito muito maior em sua qualidade de vida, do que a o usual.

Afirmações das entrevistadas corroboram este dado: “Devido ao tumor, qualquer pinta ou dor que aparece, fico preocupada. Tenho muitos casos de câncer na família. Fico paranóica sempre, com medo de ter alguma coisa”; “O tratamento foi longo e doloroso. Passei a freqüentar mais hospitais. Fico "atacada" quando escuto a respeito de pessoas que faleceram ou estão em estado terminal, pois me enxergo às vezes na mesma situação.”

O envelhecimento (aumento da variável idade), a presença de outras morbidades e níveis mais altos de ansiedade já foram verificados na literatura científica como fatores associados aos níveis de qualidade de vida de mulheres sobreviventes de outras neoplasias malignas, como no câncer de mama, por exemplo (VACEK et al., 2003; GANZ et al., 2002).

Em um estudo com 323 mulheres pós-menopáusicas de 45 a 60 anos, Lorenzi et al. (2006) também encontraram associação entre outras morbidades clínicas prévias e piores índices de qualidade de vida.

A hipertensão arterial parece exercer efeito negativo sobre a qualidade de vida na população geral, como um todo. Roca-Cusachs et al. (2001) e Li et al. (2005) apontam que hipertensos apresentavam diminuição significativa de qualidade de

vida quando comparados a normotensos. Li et al. (2005) verificaram ainda que pacientes hipertensos em tratamento, mas com níveis pressóricos não controlados, apresentam piores índices de qualidade de vida, do que aqueles com índices pressóricos controlados. Gandarillas, Câmara e Scarparo (2005) acreditam que a vida possa parecer uma eterna ameaça para pessoas hipertensas, pois estas costumam relatar preocupação excessiva e contínua com eventos da própria vida. Brito et al. (2008) lembram ainda que embora a hipertensão tenda a ser considerada uma doença assintomática e silenciosa, pacientes relatam a vivência de tonturas, dor no peito, agitações, alterações no batimento do ritmo cardíaco, entre outros sintomas, em suas rotinas. Este autor acredita que o fato de uma pessoa ser rotulada como hipertensa pode conduzi-la a manifestações de ansiedade e insegurança. Roca-Cusachs et al. (2001) e Battersby et al. (1995) afirmam que o déficit de qualidade de vida em hipertensos não ocorreria apenas devido ao conhecimento do diagnóstico da doença, mas ainda pelos efeitos adversos dos agentes usados no tratamento anti-hipertensivo. Assim, a presença de hipertensão influenciaria negativamente a qualidade de vida tanto por significar alterações físicas (advindas da doença, dos efeitos do tratamento, ou do não controle dos índices pressóricos), quanto por alterações emocionais (insegurança, ansiedade, preocupações com a saúde e com eventos da própria rotina).

Os nossos resultados são limitados devido ao tamanho amostral reduzido, devido à ausência de avaliação da qualidade de vida específica relacionada à saúde das mulheres sobreviventes, devido ao não pareamento ideal do grupo controle por idade e local de entrevista, e à seleção significativa de mulheres com menor mobilidade social. Futuros trabalhos transversais devem procurar abranger uma amostra maior, com menor amplitude de faixa etária, parear adequadamente o grupo controle por idade, avaliar os níveis de Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado e aplicar questionários validados para avaliação de sintomas específicos ou da qualidade de vida específica. A validação do questionário EORTC-QLQ-CX24 para a população brasileira também representará avanços às pesquisas de qualidade de vida destas mulheres. Estudos longitudinais, que avaliem a sobrevivência das mulheres por mais de 24 meses, e que atendam às observações citadas acima, também são necessários para obter evidências mais significativas sobre diferenças de níveis de qualidade de vida geral de mulheres sobreviventes, grupos de tratamento e população sem história de neoplasia maligna.

É muito importante ainda que as instituições de atendimento a pacientes oncológicos organizem adequadamente os dados de pacientes atendidas a longo prazo, para que programas e avaliações de qualidade de vida possam ser melhor desenvolvidos e aplicados. As dificuldades de coletar dados, analisar e acompanhar pacientes tratadas de carcinoma invasor do colo uterino, que apresentam considerável mobilidade social, são talvez os maiores obstáculos à execução de programas de qualidade de vida para estas pacientes.

Até a presente data, esta parece ser a primeira publicação nacional sobre a qualidade de vida e saúde mental de mulheres tratadas há mais de dois anos de carcinoma invasor do colo uterino.

Concluimos, que qualidade de vida das mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino não significa avaliar apenas o impacto do tipo de tratamento realizado, mas observar ainda características individuais como ansiedade geral ou a presença de outras morbidades, como hipertensão arterial. O objetivo principal das consultas de seguimento não é apenas pesquisar evidências de recorrência e aliviar sintomas pós-tratamento, mas também avaliar aspectos emocionais da sobrevida. Este é o grande diferencial da avaliação da qualidade de vida, pois permite à equipe de saúde avaliar a paciente realmente de forma integral. Na qualidade de vida, a percepção pessoal e aspectos da saúde mental são tão importantes para sobrevida quanto os aspectos físicos. Como observamos em nossa pesquisa, a qualidade de vida na sobrevida de mulheres com carcinoma invasor do colo uterino, aspectos da subjetividade podem ser determinantes. Uma mulher mais ansiosa pode avaliar sua qualidade de vida no pós-tratamento de forma consideravelmente mais negativa, independentemente do tratamento aplicado. Cabe à equipe de saúde encaminhá-la para o atendimento psicoterapêutico adequado e reafirmar assim seu compromisso com a qualidade de vida global de uma pessoa, que, além de todas as dificuldades cotidianas da vida, enfrentou a experiência desafiadora de um câncer.

6 CONCLUSÕES

1. A qualidade de vida geral e os níveis de saúde mental de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino há dois anos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação à qualidade de vida de mulheres sem histórico de neoplasia maligna de câncer.
2. Não há diferenças estatisticamente significativas nos níveis de qualidade de vida geral e saúde mental de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino há dois anos que fizeram tratamento cirúrgico, tratamento não-cirúrgico, cirurgia mais tratamento adjuvante e grupo controle.
3. Traço de ansiedade, idade e hipertensão arterial são fatores que influenciam a qualidade de vida de mulheres sobreviventes de carcinoma invasor do colo uterino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 25, n. 6, p. 285-290, nov.-dez. 1998.

AWADALLA, A. W. et al. Factors associated with quality of life of outpatients with breast cancer and gynecologic cancers and their family caregivers: a controlled study. **BMC Cancer**, v. 7, p. 102, 2007.

BATTERSBY, C. et al. Quality of life in treated hypertension: a case-control community based study. *J Hum Hypertens.*, v. 9, n. 12, p. 981-986, 1995.

BORGES, L. O.; ARGOLO, J. C. T. Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. **Aval. psicol.**, v. 1, n. 1, p. 17-27, jun. 2002.

BRADLEY, S. et al. Quality of Life and Mental Health in Cervical and Endometrial Cancer Survivors. **Gynecol Oncol.**, v. 100, n. 3, p. 479-486, mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2006, incidência de câncer no Brasil**. 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 31 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 18 nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 30 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

BRITO, D. M. S. et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 933-940, abr. 2008.

CARMO, C. C.; LUIZ, R. R.; SILVA, G. The effect of addition of chemotherapy to radiotherapy in the treatment of women with cervical cancer: a survival analysis using propensity score. **Gynecol Oncol.**, v. 111, n. 2, p. 271-275, 2008.

CICONELLI, R. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

- CONDE, D. M. **Câncer de mama, menopausa e qualidade de vida**. 125 p. 2005. Tese [Doutorado em Tocoginecologia] - Faculdade de Ciências M[edicas da Universidade Estadual de Campinas, 2005.
- DANTAS, R. A.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Research on quality of life: review of the scientific production of public universities from the state of São Paulo. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 532-538, jul./ago. 2003.
- DREYER, G. Operative management of cervical cancer. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.**, v. 19, n. 4, p. 563-576, ago. 2005.
- FAYERS, P. M. et al. Causal indicators in quality of life research. **Qual Life Res.**, v. 6, n. 5, p. 393-406, jul. 1997.
- FERRAZ, M. B. Qualidade de vida: conceito e um breve histórico. **Jovem Médico**, v. 4, p. 219-222, 1998.
- FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 1, p. 19-28, jan.-mar. 1999.
- FRUMOVITZ, M. et al. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. **J Clin Oncol.**, v. 23, p. 30, p. 7428-7436, out. 2005.
- GANDARILLAS, M. A., CÂMARA, S. G.; SCARPARO, H. Estressores Sociais da Hipertensão em Comunidades Carentes. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 18, n. 1, jan./apr. 2005.
- GANZ, P. A. et al. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. **J Natl Cancer Inst.**, v. 94, n. 1, p. 39-49, 2002.
- GOLDBERG, D. et al. **Questionário de Saúde Geral de Goldberg**: manual técnico QSG. São Paulo. Casa do psicólogo, 1996.
- GOUVEIA, V. V. et al. A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 19, n. 3, p. 241-248, 2003.
- GREIMEL, E. et al. Prospective assessment of quality of life of female cancer patients. **Gynecol Oncol.**, v. 85, n. 1, p. 140-147, abr. 2002.
- HERZOG, T. J.; WRIGHT, J. D. The impact of cervical cancer on quality of life--the components and means for management. **Gynecol Oncol.**, v. 107, n. 3, p. 572-7, dez. 2007.
- HOLLAND, C. M.; SHAFI, M. I. Radical hysterectomy. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.**, v. 19, n. 3, p. 387-401, 2005.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Síntese de Resultados e Comentários**. 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5>. Acesso em: 18 jan. 2009.

KAC, G. et al. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 999-1007, maio 2006.

KLEE, M.; THRANOV, I.; MACHIN, D. The patients' perspective on physical symptoms after radiotherapy for cervical cancer. **Gynecol Oncol.**, v. 76, n. 1, p. 14-23, jan. 2000.

KORFAGE, I. J. et al. Health-related quality of life in cervical cancer survivors: a population-based survey. **Int J Radiat Oncol Biol Phys.**, 25 set. 2008.

LEMOS, M. C. D. et al. Quality of life in patients with osteoporosis: correlation between OPAQ and SF-36. **Rev Bras Reumatol.**, v. 46, n. 5, p. 323-328, set/out, 2006

LI, C.; SAMSIOE, G.; IOSIF, C. Quality of life in long-term survivors of cervical cancer. **Maturitas**, v. 32, n. 2, p. 95-102, jun 1999.

LI, W. et al. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. **J Hypertens.**, v. 23, n. 9, p. 1667-1676, 2005.

LIM, J. F. et al. Preoperative chemoradiation for rectal cancer causes prolonged pudendal nerve terminal motor latency. **Dis Colon Rectum.**, v. 49, n. 1, p. 12-19, 2006.

LORENZI, D. R. S. et al. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 52, n. 5, p. 312-317, 2006.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. Z.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORRIS, J.; PEREZ, D.; McNOE, B. The use of quality of life data in clinical practice. **Qual Life Res.**, v. 7, n. 1, p. 85-91, 1998.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Dictionary of Cancer Terms**. Disponível em: <http://www.cancer.gov/templates/db_alpha.aspx?expand=S>. Acesso em: 18 jan. 2009.

NCI. NATIONAL CANCER INSTITUTE. AGE - Adjusted seer incidence and U.S. death rates and 5-year relative survival rates. 2004. Disponível em: <http://seer.cancer.gov/csr/1975_2005/results_merged/topic_survival.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2009.

OLIVEIRA, C. J. et al. Análise da produção científica na área da saúde sobre qualidade de vida no Brasil entre 2000 e 2005: um estudo bibliográfico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 9, n. 2, p. 496-505, mai.-ago. 2007.

PEARMAN, T. Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer survivors. **Health Qual Life Outcomes**, v. 20, p. 1-33, ago. 2003.

- PENSON, R. T. et al. Quality of life considerations in gynecologic cancer. **Int J Gynaecol Obstet.**, v. 95, Supl. 1, p. S247-57 nov. 2006.
- PINTO, C. A. S.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Sobrevivente de cancro: uma outra realidade! **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 142-148, jan.-mar. 2007.
- PIVER, M. S.; RUTLEDGE, F. N.; SMITH, P. J. Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer. **Obstet Gynecol**, v. 44, n. 2, p. 265-272, ago. 1974.
- REIS, E. Modern treatment of carcinoma of the uterus. **Chicago Med Res**, v. 9, p. 284-289, 1895.
- ROCA-CUSACHS, A. et al. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. **J Hypertens.**, v. 19, n. 10, p. 1913-1919, out. 2001.
- SAVOIA, M. G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 26, n. 2, p. 57-67, mar.-abr. 1999.
- SAVOIA, M. G.; BERNIK, M. Adverse life events and coping skills in panic disorder. **Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo**, v. 59, n. 6, p. 337-340, dez. 2004.
- SEIDL, E.; ZANNON, C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.
- SILVA, C. H. D.; DERCHAIN, S. F. M. Qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico: uma revisão da literatura. **Rev. bras. Cancerol.**, v. 52, n. 1, p. 33-47, jan.-mar. 2006.
- SILVA, G. M. et al. Histologic analysis of the irradiated anal sphincter. **Dis Colon Rectum**, v. 46, n. 11, p. 1492-1497, 2003.
- SILVA-FILHO, A. L. et al. Expression of p53, Ki-67 and CD31 in the vaginal margins of radical hysterectomy in patients with stage IB carcinoma of the cervix. **Gynecologic Oncology**, v. 95, p. 646-654, 2004.
- SMITH, K. AVIS, N. ASSMANN, S. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. **Qual Life Res.**, v. 8, n. 5, p. 447-459, ago. 1999.
- SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **Manual for the State-Trait Anxiety Inventory**. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1970.
- SRIDHAR, T.; SYMONDS, R. P. Principles of chemotherapy and radiotherapy. **Current Obstetrics & Gynaecology**, v. 16, n. 2, p. 100-106, abr. 2006.
- STEAD, M. L. et al. Psychosexual function and impact of gynaecological cancer. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.**, v. 21, n. 2, p. 309-320, abr. 2007.
- STEAD, M. L. Sexual function after treatment for gynecological malignancy. **Curr Opin Oncol.**, v. 16, n. 5, p. 492-495, set. 2004.

TABANO, M.; CONDOSTA, D.; COONS, M. Symptoms affecting quality of life in women with gynecologic cancer. **Semin Oncol Nurs.**, v. 18, n. 3, p. 223-30, ago. 2002.

VACEK, P. M. et al. Factors influencing quality of life in breast cancer survivors. **Qual Life Res.**, v. 12, n. 5, p. 527-537, 2003.

VISTAD, I.; FOSSA, S. D.; DAHL, A. A. A critical review of patient-rated quality of life studies of long-term survivors of cervical cancer. **Gynecologic oncology**, v. 102, n. 3, p. 563-572, 2006.

WAGGONER, S. E. Cervical cancer. **Lancet**, v. 361, n. 9376, p. 2217-2225, jun. 2003.

WALTERS, S. Sample size and power estimation for studies with health related quality of life outcomes: a comparison of four methods using the SF-36. **Health Qual Life Outcomes**, v. 25, p. 2-26, maio 2004.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. K. **SF-36® Physical and Mental Health Summary Scales**: a user's manual. Boston, MA: The Health Institute, 1994.

WENZEL, L. et al. Quality of life in long-term cervical cancer survivors. **Gynecol Oncol.**, v. 97, n. 2, p. 310-317, maio 2005.

WERTHEIM, E. The extended operation for carcinoma of the cervix. **Am J Obstet. Gynecol**, v. 6, p. 169-181, 1912.

WHO. World Health Organization. **Mental health**. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/topics/mental_health/en/>. Acesso em: 18 jan. 2009.

ANEXO A - AUTORIZAÇÕES DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA DAS INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

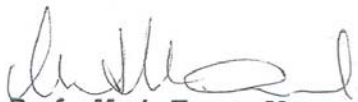
Parecer nº. ETIC 44/08

Interessado(a): **Prof. Sérgio Augusto Triginelli**
Departamento de Ginecologia e Obstetria
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 16 de abril de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Qualidade de vida e ansiedade em pacientes tratadas de câncer de colo do útero**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG



CE-CEP-0208


Belo Horizonte, 22 de julho de 2008.

De: CEP/HSFA

Para: Drº. Sérgio Augusto Triginelli

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Francisco de Assis analisou e aprovou, em reunião realizada em 02 de julho de 2008, o Projeto de Pesquisa "Qualidade de vida e Ansiedade em pacientes que receberam tratamento para Cancer de Colo do Útero.", por meio da Universidade Federal de Minas Gerais (GPES/UFMG), coordenado pelo Drº. Sérgio Augusto Triginelli.

Atenciosamente,


Drª. Sônia Boechat e Oliveira
Coordenadora do CEP/HSFA



Belo Horizonte, 25 de Fevereiro de 2008.

Ref. : *"Qualidade de Vida e Ansiedade em Pacientes tratadas de câncer de colo do útero"*.

Ref. CEP: **12/2007** (favor citar este número em todas as correspondências referentes a este protocolo, dirigidas ao CEP Fundação Mário Penna)

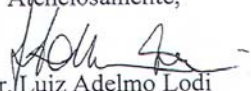
Prezado Pesquisador,
Dra. Telma Maria Rossi

Informamos que o protocolo registro CEP 12/2007 *"Qualidade de Vida e Ansiedade em Pacientes tratadas de câncer de colo do útero"* foi analisado por este CEP, tendo sido **APROVADO COM RECOMENDAÇÕES**.

Recomendações:

- Na folha de rosto o tamanho da população para a instituição é de 180 pacientes . No projeto os 180 pacientes serão recrutados de 8 instituições participantes. Solicitar aos pesquisadores a definição do número de sujeitos de pesquisa a serem recrutados no centro. Solicitar aos investigadores as adequações ao TCLE.
- Definir quem será o PI; Sérgio Triginelli ou Gabriela Caixeta.

Atenciosamente,


Dr. Luiz Adelmo Lodi

Coordenador CEP Fundação Mário Penna

Rua Gentios, 1350 • Luxemburgo
CEP 30380-490 • BH • MG
Fone (31) 3299-9000 • Fax (31) 3299-9931
www.mariopenna.org.br

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-FHEMIG)

PARECER CONSUBSTANCIADO Nº45/2008

PROJETO: "Qualidade de Vida e Ansiedade em Pacientes Tratadas de Câncer de Colo do Útero."

PESQUISADOR: Sérgio Augusto Triginelli – Doutor em Ginecologia – Orientação Mestrado em Psicologia.

UNIDADE: HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI.

OBJETIVOS: COMPARAR OS ÍNDICES DE QUALIDADE DE VIDA E ANSIEDADE ENTRE PACIENTES QUE REALIZARAM HISTERECTOMIA RADICAL + LINFADECTOMIA (T1) PACIENTES QUE REALIZARAM TRATAMENTO DE RADIOTERAPIA (T2); HISTERECTOMIA RADICAL + LINFADECTOMIA E RADIOTERAPIA (T3) E GRUPO CONTROLE (SEM CA DE ÚTERO) (T0).

OBJETIVO SECUNDÁRIO: VARIÁVEIS ENTRE A QUALIDADE DE VIDA E ANSIEDADE DESTES PACIENTES DOS TRÊS TIPOS DE TRATAMENTO E COMPARAR COM ÍNDICE DE OUTRAS POPULAÇÕES JÁ PESQUISADOS NO BRASIL.

JUSTIFICATIVA: A CADA ANO 500.000 MULHERES DESENVOLVEM CÂNCER DE ÚTERO, SENDO QUE 80% EM PAÍSES MENOS DESENVOLVIDOS. O CÂNCER DE ÚTERO POSSUI ALTO POTENCIAL DE CURA, PODENDO CHEGAR A 100% QUANDO A DOENÇA É TRATADA NAS FASES PRECURSORAS. PORTANTO, MAIS MULHERES PODERÃO SOBREVIVER, DEMANDANDO UMA MAIOR ATENÇÃO AOS NÍVEIS DE QUALIDADE DE VIDA PÓS CÂNCER.

TIPO DE ESTUDO: CORTE TRANSVERSAL QUE OBJETIVA OBTER DADOS SOBRE POSSÍVEIS DIFERENÇAS NOS NÍVEIS DE QUALIDADE DE VIDA E ANSIEDADE DE PACIENTES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO, DIAGNOSTICADAS HÁ 5 ANOS OU MAIS. SÃO MULHERES DE 25 A 75 ANOS ATENDIDAS EM HOSPITAIS DE BH NO PERÍODO DE JULHO/97 A JULHO/2002.

- REGISTROS NOS PRONTUÁRIOS DE PACIENTES COM CÂNCER DE COLO UTERINO.
- APLICAÇÃO:
- QUESTIONÁRIO
- APLICAÇÃO ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA;
- APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO DE ANSIEDADE;
- APLICAÇÃO DE ESCALA DE EVENTOS VITAIS;
- APLICAÇÃO DO GHQ – 12 (QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL);

PREVALÊNCIA: PROPORCIONAR MELHOR QUALIDADE DE VIDA ÀS PACIENTES PORTADORAS DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.

T.C.L.E.: ADEQUADO, EXPLICATIVO.

ORÇAMENTO: PRESENTE, PELO DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA/ UFMG.

CURRÍCULO / BIBLIOGRAFIA: PRESENTE

PARECER: SOMOS FAVORÁVEIS A APROVAÇÃO DA PESQUISA.

Belo Horizonte, 08 de Maio de 2008.

Sérgio Augusto Triginelli

PARECER Nº45/08

Registro CEP/FHEMIG: 45/08(este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)

CAAE: 0032.0.287.203-08

Pesquisador responsável: Sergio Augusto Triginelli

DECISÃO:

O Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG (CEP/FHEMIG) **aprovou no dia 08 de Maio de 2008**, o projeto de pesquisa intitulado: **“QUALIDADE DE VIDA E ANSIEDADE EM PACIENTES TRATADAS DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.”** Relatórios parciais e final devem ser encaminhados ao CEP/FHEMIG com um intervalo mínimo de seis meses (entre os relatórios), a partir da data de início do estudo.

Formulário CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – deverá ser assinado, pelo pesquisador responsável, nos espaços apropriados, e em seguida o NEP deverá destacar e encaminhar a este CEP/FHEMIG 02 (duas) vias devidamente assinadas, enquanto a outra restante deverá ser entregue ao pesquisador responsável.

Atenciosamente,



Inês Ferreira e Mello Teixeira Dias
Coordenadora do Comitê de Ética em pesquisa

44970/5



Hospital da Baleia

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Belo Horizonte 15 de abril de 2008.

Autorizamos a **Faculdade de Medicina da UFMG** – Grupo de Pesquisa composto por **Sérgio Augusto Triginelli, Soraya Zhouri Costa e Silva, Emma Elisa Carneiro Castro e Gabriela Araújo Caixeta**, sob a coordenação do primeiro – a realizar o Projeto de Pesquisa sob o título: **QUALIDADE DE VIDA E ANSIEDADE EM PACIENTES TRATADAS DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**, no Setor SAME, SAP, CACI, INTERNAÇÃO – SUS/CONVÊNIO e AMBULATORIO (Marcação de Consultas) localizado na Unidade Baeta Viana – Hospital da Baleia, para consulta a prontuários médicos de pacientes que atenda ao título da pesquisa acima, sob prévio envio de relação nominal a ser consultada.

Atenciosamente,

Dr. Gustavo Pinto M. Machado
CRM-MG/44241 - CPF 414.953.956-00
Superintendente Técnico

Superintendência Técnica
FBG - Hospital da Baleia

Valdir Gomes de Oliveira
Coord. de Ensino e Pesquisa
FBG - Hospital da Baleia

Núcleo de Ensino e Pesquisa
FBG - Hospital da Baleia

CEP - 003/2008

Fundação Benjamin Guimarães
Rua Juramento, 1464 • Bairro Saudade • BH • MG
CEP 30285-000 • Tel. (31) 3489-1500
www.hospitaldabaleia.org.br



Unidade Funcional Ginecologia,
Obstetrícia e Neonatologia

A Unidade Funcional Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia tem como parecer favorável à realização da pesquisa intitulada **“QUALIDADE DE VIDA E ANSIEDADE EM PACIENTES QUE RECEBERAM TRATAMENTO PARA CÂNCER DE COLO DO ÚTERO”**.

Reiteramos que a sua realização não implica custos para esta Unidade Funcional.

Belo Horizonte, 09 de janeiro de 2008.


Dr. Henrique Vitor Leite
CRM 20.249
Prof. Henrique Vitor Leite
Gerente UF GONeo

Av. Alfredo Balena, 110/ 4º Andar - Stª. Efigênia - BH - MG - CEP30. 130-100
Telefones: 3248-9421/22/23/24 fax: 3248-9996
otocirne@hc.ufmg.br



Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Felício Rocho
Telefax: (31) 3514-7492 / Ramal: 3415-7626
Presidente Selme Silqueira de Matos

Belo Horizonte, 19 de dezembro de 2007

Pesquisador Principal: Dr. Sérgio Augusto Triginelli


Numero do Protocolo CEP: 226/07

(Este nº. Deverá ser citado nas correspondências referentes a este processo)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Felício Rocho analisou e aprovou sem restrições, em reunião realizada em 19 de dezembro de 2007, o projeto intitulado: **“QUALIDADE DE VIDA E ANSIEDADE EM PACIENTES QUE RECEBERAM TRATAMENTO PARA CÂNCER DE COLO ÚTERO.”**.

Deverá se encaminhado semestralmente relatório sobre o andamento do Projeto.

Aproveitando a oportunidade para renovar nossos protestos de estima e consideração, subscrevemo-nos.

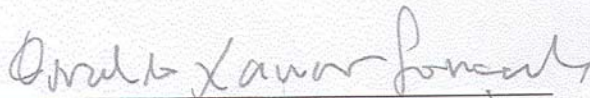

Selme Silqueira de Matos
Presidente do CEP/HFR

ANEXO III

**AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO INSTITUTO DE
RADIOTERAPIA SÃO FRANCISCO**

Autorizo a realização e desenvolvimento da pesquisa ***Qualidade de Vida e Ansiedade em Pacientes que Receberam Tratamento para Câncer de Colo do Útero*** no Instituto de Radioterapia São Francisco, localizado na Rua Itagipe, 762, bairro Concórdia, sob aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte, 26 de março de 2007.



Dr. OSVALDO XAVIER GONÇALVES
Médico Radioterapeuta do Instituto de Radioterapia São Francisco

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Cara Senhora,

A senhora está sendo convidada para participar da pesquisa *Qualidade De Vida E Saúde Mental Em Pacientes Tratadas de Cancer De Colo Do Útero*. Esta pesquisa irá estudar a ansiedade e a qualidade de vida e saúde mental de algumas mulheres pacientes tratadas nas instituições Hospital São Francisco, Hospital Felício Rocho, Fundação Benjamin Guimarães-Hospital da Baleia, Hospital Mario Penna, Hospital Alberto Cavalcanti, Hospital das Clínicas UFMG e no Instituto de Radioterapia São Francisco. As participantes da pesquisa poderão ser mulheres que fizeram tratamento de câncer de colo do útero e mulheres que não fizeram este tipo de tratamento e que não tiveram esta doença. Assim, a pesquisa pode estudar se o tipo de tratamento médico tem alguma influencia na qualidade de vida e na ansiedade das pacientes.

No Brasil existem poucos estudos como este. Temos ainda poucos estudos sobre a qualidade de vida e saúde mental de mulheres que foram tratadas de câncer de colo do útero. Assim esta é uma importante pesquisa para melhorar o tratamento e o atendimento de pacientes que tem, pacientes que tiveram, e pacientes que poderão um dia ter esta doença.

Se a senhora concordar em participar desta pesquisa, a senhora será entrevistada pessoalmente e individualmente em sua própria residência ou no Ambulatório Carlos Chagas por uma das entrevistadoras participante desta pesquisa. O Ambulatório Carlos Chagas é um anexo do Hospital das Clínicas e se localiza na Alameda Álvaro Celso, 117, bairro Santa Efigênia.

A entrevista que a senhora fará irá durar cerca de 90 minutos. A primeira parte da entrevista perguntará questões sobre seus dados pessoais (idade, profissão, número de filhos) e sobre a sua saúde atual. A segunda parte da entrevista é feita de questionários específicos para avaliar questões relacionadas à qualidade de vida, ansiedade, mudanças de vida e saúde mental.

Não serão realizados nenhum exame físico nem nenhuma coleta de material para exame de laboratório nesta pesquisa.

Todas as informações da entrevista e dos registros do hospital, são sigilosas e serão estudadas em conjunto. A senhora será identificada por um número e o seu nome não será divulgado. Assim, sua identidade e participação não será revelada nos dados da pesquisa. Todas as informações serão guardadas em segurança e utilizadas somente para fins desta pesquisa científica. Apenas os pesquisadores envolvidos na pesquisa que terão acesso às informações recolhidas.

Se a senhora apresentar durante a entrevista cansaço, desconforto ou stress emocional, poderá ser realizada uma pequena pausa, ou a entrevista poderá ser imediatamente interrompida.

Interromper ou cancelar a entrevista não muda em nada a qualidade do seu atendimento e tratamentos nas instituições Hospital São Francisco, Hospital Felício Rocho, Fundação Benjamin Guimarães-Hospital da Baleia, Hospital Mario Penna, Hospital Alberto Cavalcanti, Hospital das Clínicas UFMG e no Instituto de Radioterapia São Francisco

Sua participação neste estudo é voluntária; você pode a qualquer momento deixar de responder a qualquer pergunta, pode se recusar a fazer qualquer um dos questionários e pode deixar de participar da pesquisa, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo no atendimento nas instituições Hospital São Francisco, Hospital Felício Rocho, Fundação Benjamin Guimarães- Hospital da Baleia, Hospital Mario Penna, Hospital Alberto Cavalcanti, Hospital das Clínicas UFMG e no Instituto de Radioterapia São Francisco.

DATA, LOCAL E ASSINATURA DA PARTICIPANTE:

Local e data:

Nome:

RG:

Assinatura do responsável pela pesquisa:

O projeto também não irá trazer à senhora nenhuma remuneração, nenhum pagamento, nem nenhuma vantagem especial para sua pessoa.

Mas caso seja identificada a necessidade de acompanhamento psicológico ou médico para a melhoria da sua qualidade de vida, ansiedade ou saúde mental, a senhora será informada e encaminhada para atendimento em seu hospital de origem ou para a clínica-escola SPA, do Departamento de Psicologia da UFMG (que se localiza na Avenida Antônio Carlos, 6.627, 2º andar, sala 2062, na Pampulha, Telefone (031) 499-5070).

Caso tenha qualquer dúvida ou necessite obter outras informações, por favor entre em contato com a pesquisadora principal :

- **Gabriela Araújo Caixeta** **Tel: (031) 32831732 ou (031) 88685205.**

Você também poderá entrar em contato com os seguintes Comitês de Ética e Pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - COEP - no endereço Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, Campus Pampulha, Belo Horizonte, ou pelo telefone **(031) 3499-4592;**

Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital São Francisco no endereço Rua Itamaracá, 535, Bairro Concórdia, Belo Horizonte, ou pelo telefone **(031) 3238-8838;**

Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Felício Rocho no endereço Av. do Contorno, 9530, Barro Preto, Belo Horizonte, ou pelo telefone **(031) 33397626, ou 32953795;**

Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Benjamin Guimarães – Hospital da Baleia no endereço Rua Juramento, 1464, Bairro Saudade, Belo Horizonte ou pelo telefone **(031) 34891633;**

Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Mario Penna no endereço R. Gentios, 1350, Luxemburgo, Belo Horizonte , ou pelo telefone **(031) 3299-9980;**

Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Alberto Cavalcanti - NEP - no endereço R. Álvaro Celso, 100, Centro, Belo Horizonte , ou pelo telefone **(031) 34691807;**

Declaro que li e entendi todas as informações contidas neste Termo de Consentimento, que concordo com as propostas aqui descritas e que recebi uma cópia do mesmo com a minha assinatura. Decido participar do estudo *Qualidade De Vida e Saúde Mental Em Pacientes Tratadas de Câncer De Colo Do útero* ciente de que posso interromper a minha participação no momento em que desejar.

DATA, LOCAL E ASSINATURA DA PARTICIPANTE:

Local e data:

Nome:

RG:

Assinatura:

Assinatura do responsável pela pesquisa:

ANEXO C - ESCALAS VISUAIS SIMPLES

ESCALA A-TRAÇO

A senhora pode sentir algo (mostrar a régua):

Agora é a segunda parte.

A senhora pode sentir algo (mostrar a régua):

Quase sempre4

Freqüentemente... 3

Às vezes..... 2

Quase nunca.....1

4 QUASE SEMPRE	3 FREQUENTEMENTE	2 ÀS VEZES	1 QUASE NUNCA
--------------------------	----------------------------	----------------------	-------------------------

(SEGUE APLICAÇÃO E MARCAÇÃO DAS PERGUNTAS IDATE A-TRAÇO)

ESCALAS VISUAIS AUXILARES PARA APLICACAO DO IDATE

Adaptada para o estudo *Qualidade de Vida e Saúde Mental em Pacientes Tratadas de Câncer de Colo do Útero*, exclusivamente para fins de pesquisa

INSTRUÇÕES

Eu vou ler várias frases para a senhora. As frases ajudam a senhora a falar de seus sentimentos pessoais. A senhora vai me responder o quanto que a senhora vivencia estes sentimentos. Não tem nenhuma resposta certa ou errada: apenas a sua opinião será considerada.

ESCALA 1: A-ESTADO

A senhora pode sentir algo (mostrar a régua):

Muitíssimo --- 4

Bastante--- 3

Um pouco--- 2

Absolutamente não--- 1

<p>4 MUITÍSSIMO</p>	<p>3 BASTANTE</p>	<p>2 UM POUCO</p>	<p>1 ABSOLUTAMENTE NÃO</p>
--------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

(SEGUE APLICAÇÃO E MARCAÇÃO DAS PERGUNTAS IDATE A-ESTADO)

ESCALA VISUAL AUXILIAR PARA APLICACAO DO SF-36

Adaptada para o estudo *Qualidade De Vida E Saude Mental Em Pacientes Tratadas De Câncer De Colo Do Útero*, exclusivamente para fins de pesquisa

PERGUNTA 1 -



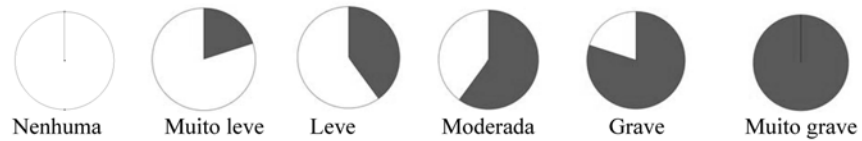
PERGUNTA 2 -



PERGUNTA 6 -



PERGUNTA 7 -



PERGUNTA 8 -



De maneira
alguma



Um pouco



Moderadamente



Bastante



Extremamente

PERGUNTA 9- a, b, c, d, e, f, g, h, i



Todo tempo



A Maior parte
do tempo



Uma boa parte
do tempo



Alguma parte
do tempo



Uma Pequena
parte
do tempo



Nunca

PERGUNTA 10-



Todo o tempo



A maior parte
do tempo



Alguma parte
do tempo



Uma Pequena
parte
do tempo



Nenhuma parte
do tempo

PERGUNTA 11 – a, b, c, d



Definitivamente
Verdadeiro



A maioria das
vezes verdadeiro



Não sei



A maioria das vezes
falsa



Definitivamente
falsa

ANEXO D - QUESTIONÁRIO GERAL ESTRUTURADO

QUESTIONÁRIO GERAL ESTRUTURADO	
IDENTIFICAÇÃO	ETIQUETA
DATA DA ENTREVISTA ___/___/___	
ENTREVISTADOR: _____	

INSTRUÇÃO:

-Iremos começar a entrevista fazendo perguntas sobre a sua vida em geral, sobre várias características da sua vida. Não há respostas certas ou erradas. São apenas informações sobre a sua vida como um todo. Em nenhum momento o seu nome, a sua identidade, será revelada na análise das informações desta pesquisa.

É muito importante que a senhora tente responder a todas as

perguntas com o máximo de honestidade possível. Procure sempre dar a resposta que mais se aproxima da verdade. Assim que acabarmos as perguntas do segundo questionário, nós faremos uma pausa de 5 minutos, para que a senhora possa descansar, respirar, e ir ao banheiro se desejar, certo? Obrigada mais uma vez pela sua participação. Vamos começar:

INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

IDADE

1- Qual é a sua data de Nascimento:

___/___/___

Dia Mês Ano (4 dígitos)

Estado Civil

2- Qual é o seu estado civil atual?

1 Solteira

2 Casada

3 Desquitada/Divorciada/Separada

4 Viúva

5 União Estável

Etnia

3- A senhora considera que a sua cor ou raça é:

1 Branca

2 Preta

3 Amarela

4 Parda

5 Indígena

IMC

4- Qual é o seu peso atual?

5- Qual é a sua altura?

Escolaridade

6- A senhora sabe ler e escrever?

1 Sim 2 Não

7- A senhora estudou até que série?

0 Não frequentou escola.

1 Ensino Fundamental **Incompleto até 5ª série** (primário / grupo escolar / admissão)

2 Ensino Fundamental **Incompleto (de 5ª série à 8ª série)** (ginásio incompleto)

3 Ensino Fundamental **Completo (Terminou a 8ª série)** (Ginásio completo)

4 Ensino Médio **Incompleto** (científico incomp / normal incomp Técnico incomp)

5 Ensino Médio **Completo** (científico COMP / normal COMP/ Técnico COMP)

6 Ensino Superior Incompleto

7 Ensino Superior Completo

8 Pós graduação

Informações sobre Trabalho

8- Teve algum trabalho neste último ano, neste ano que se passou??

1 Sim

2 Não -**Passa a 10** -

9- Qual era o trabalho que a senhora exercia ?

1 Funcionária

2 Dona de casa

3 Autônoma /conta-própria

4 Empregadora

5 Outros _____

INFORMAÇÕES GERAIS DE SAÚDE

10- A senhora realiza alguma atividade física com frequência (caminhadas, exercícios, prática de esportes, etc.?) -Quantas vezes por semana?

1 nenhuma atividade física **PASSE P/ 12**

2 1 ou 2 vezes por semana

3 3 ou mais vezes por semana

11- Quanto tempo a senhora gasta geralmente para realizar esta atividade física?

12- Com que frequência a senhora consome bebidas alcoólicas?

1 nunca

2 raramente ou socialmente

3 nos fins-de-semana

4 diariamente

13- A senhora já fumou pelo menos 5 maços de cigarro na vida ou 100 cigarros? A senhora ainda fuma?

1 Não fumante - **Passa para 16-**

2 Ex-fumante

3 Fumante atual

14. Quantos cigarros a senhora **fuma/ fumava** por dia?:

15. Por quanto tempo a senhora **fumou / há quanto tempo a senhora fuma?**:

Climatério

16. A senhora ainda tem menstruações?

1 Sim - **Passe para 18-** 2 Não

17. Desde quando a senhora não tem mais menstruações?

____ / ____
Mês Ano (4 dígitos)

18. A senhora usa reposição hormonal? (A senhora toma hormónios para evitar os sintomas da menopausa) ?

1 Sim 2 Não - **Passe para 20-**

19. Desde quando a senhora faz reposição hormonal?

____ / ____
Mês Ano (4 dígitos)

Cobertura por plano de saúde

20. A senhora tem algum plano de saúde (médico ou odontológico), particular, de empresa ou órgão público?

1 Sim, 2 Não

Acesso e Utilização dos serviços de saúde

21. Quanto tempo tem desde a última vez que a senhora fez uma consulta com o ginecologista ?

- 1 menos de 1 ano
2 de 1 ano a 2 anos
3 De 2 anos a 3 anos
4 De 3 anos a 4 anos
5 De 4 anos a 5 anos
6 mais de 5 anos

Tratamentos de Saúde Mental

22. A senhora realiza ou já realizou nos últimos 10 anos algum tratamento com médico psiquiatra ou psicólogo?

1 Sim 2 Não - **Passe para 24-**

23. A senhora se tratou por quanto tempo?

Internação

24. Nos doze últimos meses a senhora esteve internada?

1 Sim 2 Não (**passe para 26**)

25. Quantas vezes a senhora esteve internada nos últimos doze meses,?

COMORBIDADES

26- A senhora tem alguma destas doenças?

	1- Sim	2- Não
a-Hipertensão / Pressão alta?		
b- Diabetes?		
c -Doença do Coração / Doença Cardiovascular		
d - Alguma outra doença? (A senhora tem alguma outra doença?) Qual		

27- A senhora toma medicação ou faz tratamento para alguma destas doenças? Para qual?

	1- Sim	2- Não
a-Hipertensão / Pressão alta?		
b- Diabetes?		
c -Doença do Coração / Doença Cardiovascular		
d - Alguma outra doença? Qual		

28- A senhora toma alguma outra medicação?

1 Sim.

A) Qual medicação? _____

b) Para quê? _____

c) Com qual frequência a senhora toma esta medicação? -

2 Não.

FUNÇÃO URINÁRIA

29- A senhora tem hoje alguma dificuldade com a bexiga, ou na hora de fazer xixi?

1 Sim 2 Não (**passa para 30**)

29 – 1 – Qual?

VIDA SEXUAL

30- A senhora tem vida sexual ativa hoje em dia?

1 Sim (**Passa para a 32**) 2 Não

31- Desde quando a senhora não tem vida sexual ativa?

Desde _____ / _____ /
Mês Ano (4 dígitos)

32- A senhora está satisfeita com a sua vida sexual na atualidade?

1 Sim 2 Não

33- Na sua opinião, nos últimos 10 anos, de 1997 até 2007, a sua qualidade de vida mudou? (*Aguarde e pergunte: Ela melhorou ou piorou?*)

1 Sim, a qualidade de vida melhorou nos últimos 10 anos.

2 Sim, a qualidade de vida piorou dos últimos 10 anos.

3 Não, a qualidade de vida não mudou muito nos últimos 10 anos. (**passa para 35**)

AUTO AVALIAÇÃO QOL

34- Qual ou quais as razões da sua qualidade de vida ter **melhorado/piorado** nos últimos 10 anos?

ASPECTOS FINANCEIROS / SÓCIO-ECONOMICOS

35- Qual é a sua renda familiar atual (Qual é a renda de toda a família junta)?

- 1 Até um salário mínimo
- 2 De 1 a 2 salários mínimos
- 3 De 2 a 3 salários mínimos
- 4 De 3 a 4 salários mínimos
- 5 De 4 a 5 salários mínimos
- 6 De 5 a 6 salários mínimos
- 7 Mais de 6 salários mínimos

(Espaço para facilitar cálculo)
SALÁRIO MÍNIMO = R\$380,00

Número ou etiqueta: _____

Aplicador: _____

PC- PERGUNTAS COMPLEMENTARES FINAIS -- PARA CHECAGEM CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO – Estudo *Qualidade De Vida E Saúde Mental Em Pacientes Tratadas De Câncer De Colo Do Útero*

Senhora _____ vou fazer agora últimas perguntas sobre doenças e tratamentos que a senhora pode ter feito ou não.

01- A senhora já retirou o útero?

1 sim 2 não

02- A senhora já teve algum tipo de câncer ou tumor maligno?

1 sim 2 não (*Encerrar a entrevista aqui*).

03- Qual câncer que a senhora teve?

(Aguarde e pergunte: - Apenas esse tipo de câncer ou a senhora teve outro?)

1 Apenas câncer de colo do útero

2 Câncer de colo do útero e outro tipo de câncer. Qual? _____

3 Outro tipo de câncer. Qual? _____

04- A senhora já teve esta doença, quantas vezes na sua vida?

1 1 vez

2 mais de 1 vez (-Então a senhora fez outro tratamento mais de 3 meses depois do primeiro tratamento?)

05- A senhora se tratou desta doença em qual ou em quais hospitais e clínicas?

1-HOSPITAL DAS CLINICAS UFMG 2- HC - AMBULATÓRIO CARLOS CHAGAS

3-HOSPITAL SÃO FRANCISCO 4- INSTITUTO DE RADIOTERAPIA SÃO FRANCISCO

-5 - HOSPITAL DA BALEIA 6-HOSPITAL MARIO PENA

7 – HOSPITAL FELÍCIO ROCHO 8– HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI

9- OUTRO – QUAL? _____

Encerrar entrevista: - Senhora _____ muito obrigada. A senhora foi muito atenciosa comigo.- Há alguma dúvida que posso lhe esclarecer, ou alguma coisa que a senhora gostaria de falar? Se a senhora desejar, a senhora pode ligar para mim no telefone _____ ou para qualquer um destes telefones aqui. – (Mostrar novamente telefones de contato no Termo de Consentimento Livre Esclarecido.) – CONFIRA SE TODAS AS PERGUNTAS FORAM RESPONDIDAS -

ANEXO E - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36

FOLHA DE RESPOSTA – SF-36

Estudo : Qualidade De Vida E Saúde Mental Em Pacientes Tratadas De Câncer De Colo Do Útero

- VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36 -

Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente quão bem você é capaz de fazer as suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.



1- Em geral você diria que a sua saúde é:

(circule uma)

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5



2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora:

(circule uma)

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido à sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	SIM. Dificulta muito	SIM. Dificulta Um pouco	NÃO. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos			
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa			
c. Levantar ou carregar mantimentos			
d. Subir vários lances de escada			
e. Subir um lance de escada			
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se			
g. Andar mais de 1 quilômetro			
h. Andar vários quarteirões			
i. Andar um quarteirão			
j. Tomar banho ou vestir-se			

4- Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência da sua saúde física** ?

(circule um número em cada linha):

Atividades	SIM	NÃO
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex: necessitou de um esforço extra?)	1	2

5- Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)** ?
(circule um número em cada linha):

Atividades	SIM	NÃO
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

⊕ 6- Durante **as últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos, ou em grupo?
(circule uma)

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante Ruim	Extremamente
1	2	3	4	5

⊕ 7- Quanta dor no corpo você teve durante as **últimas 4 semanas**?
(circule uma)

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

⊕ 8- Durante **as últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)?
(circule uma):

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

- ⊕ 9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às **últimas 4 semanas**. (circule um número em cada linha):

Atividades	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

- ⊕ 10- Durante **as últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)? (circule uma):

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

- 11- O quanto **verdadeiro ou falso** é cada uma das afirmações para você?. (circule um número em cada linha):

⊕

	Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	Definitivamente falsa	A maioria das vezes falsas
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.					
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço					
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.					
d. Minha saúde é excelente.					

ANEXO F - TABELA DE OBSERVAÇÕES FINAIS

1- Numero da paciente	2- Hora de inicio da entrevista	3- Hora de termino da	4- Tempo total da entrevista	5- paciente se mostrou cooperativa	6- paciente teve dificuldade de compreensao	7- impressoes gerais da entrevistadora sobre o entrevistada
8- Local da aplicacao	9- data da aplicacao	10- Consentimento ok?	11- Monitor que recebeu material			
12- Eventos ocorridos ou observados significativos durante a entrevista				13- Algum comentario relevante que a paciente fez		14- Observacao
15- Resposta da questao 34				16- Sugestao de categoria		17- Outras observacoes, comentarios gerais
Entrevistadora						

ANEXO G- FICHA DE COLETA DE DADOS PARA PRONTUÁRIOS

ANEXO XIV

FICHA E DE COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIOS PARA GRUPOS - PARA GRUPO CONTROLE:

ETIQUETA

E1-TIPO DE CONSULTA E RAZÃO DO AGENDAMENTO NO AMBULATÓRIO CARLOS CHAGAS:

E2- DATA DA ÚLTIMA CONSULTA REALIZADA: ____/____/____
Dia Mês Ano (4 dígitos)

E3- IDADE ATUAL DA PACIENTE:

E4- A PACIENTE APRESENTA OUTRAS MORBIDADES NA ATUALIDADE?

1 DOENÇA DE COLUNA OU COSTAS 2 ARTRITE OU REUMATISMO
3 DIABETES 4 ASMA
5 ENXAQUECA 6 HIPERTENSÃO / PRESSÃO ALTA
7 DOENÇA DO CORAÇÃO 8 DEPRESSÃO
9 FIBROMIALGIA 10 LABIRINTITE
11 HIPOTIREOIDISMO 12 SEQUELAS DE AVC
13 ALGUMA DOENÇA MENTAL OU PSIQUIATRICA
14 ALGUMA OUTRA DOENÇA ESPECÍFICA? QUAL _____

E5--A PACIENTE SE ENCONTRA:

1 PRÉ-MENOPAUSAL 2 EM INÍCIO DA MENOPAUSA 3 PÓS-MENOPAUSAL 9 NÃO HÁ
INFORMAÇÕES REGISTRADAS

E6- TRATAMENTOS REGISTRADOS QUE A PACIENTE REALIZOU QUE POSSAM TER AFETADO MAIS SIGNIFICATIVAMENTE OS INDICES DE QOL E ANSIEDADE DA ATUALIDADE: TRATAMENTO:

DATA: _____ / ____ / ____
_____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____

OBSEVAÇÕES: (MEDICAÇÕES SIGNIFICATIVAS UTILIZADAS PELA PACIENTE):

CORREÇÃO 2

FICHA A DE IDENTIFICAÇÃO E COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIOS
PARA TODOS OS GRUPOS * (será separada de todas as outras fichas)

A00- Local da entrevista?

1- RESIDENCIA 2- AMBULATÓRIO 3 -AA03- OUTRO: _____

A1- IDENTIFICAÇÃO

ETIQUETA

A2- NOME COMPLETO:

A3- HOSPITAL OU CENTRO DE ORIGEM

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1-HOSPITAL DAS CLINICAS UFMG | <input type="checkbox"/> 2- HC - AMBULATÓRIO CARLOS CHAGAS |
| <input type="checkbox"/> 3-HOSPITAL SÃO FRANCISCO | <input type="checkbox"/> 4- INSTITUTO DE RADIOTERAPIA SÃO FRANCISCO |
| <input type="checkbox"/> 5-HOSPITAL DA BALEIA | <input type="checkbox"/> 6- HOSPITAL MARIO PENNA |
| <input type="checkbox"/> 7-HOSPITAL FELÍCIO ROCHO | <input type="checkbox"/> 8 - HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI |
| <input type="checkbox"/> 9 - HOSPITAL BORGES DA COSTA | |

A4- NÚMERO DE REGISTRO NO HOSPITAL DE ORIGEM:

Nº REGISTRO

A5- GRUPO:

- 0- CONTROLE
 1- HR-TRATAMENTO CIRURGICO
 2- QT/RT- TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO
 3- HR+QT/RT- TRATAMENTO CIRURGICO MAIS TRATAMENTO ADJUVANTE

FICHA A DE IDENTIFICAÇÃO E COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIOS *

(será separada de todas as outras fichas)

ETIQUETA

IDENTIFICAÇÃO

A6- RUA: _____ Nº _____

A7- BAIRRO: _____ CIDADE: _____ EST: _____

A8-TEL: _____

A9-Data da última consulta no hospital de origem: ____/____/____

A10-Data da 1ª consulta no hospital de origem: ____/____/____

A11- Foi encaminhada ou atendida em outros centros ?

1- SIM 2- NÃO CONSTA NO PRONTUÁRIO

A12-Para qual (is) centro (s) e quando ?

A12a-CENTROS: _____ A12b-DATAS: _____

A12a1-CENTROS: _____ A12b1-DATAS _____

A17-DATA DE HOJE: ____/____/____

A18-RESPONSÁVEL: _____
Responsável pelo preenchimento desta ficha de coleta de dados

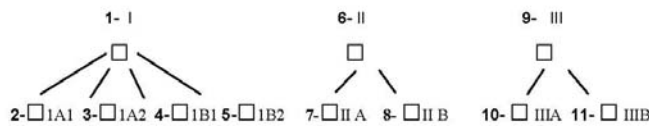
FICHA B DE COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIOS
- GRUPOS HR , QT/RT , HR+QT/RT

ETIQUETA

B1- TIPO DE TUMOR:

B2- TAMANHO DO TUMOR:

B3- ESTADIAMENTO DO TUMOR:



77 NÃO CONSTA NO PRONTUÁRIO

B4- IDADE DA PACIENTE NA ÉPOCA DO TRATAMENTO:

B5- NA ÉPOCA DO TRATAMENTO, A PACIENTE SE ENCONTRAVA:

1 PRÉ-MENOPAUSAL 2 EM INÍCIO DA MENOPAUSA 3 PÓS-MENOPAUSAL

77 NÃO CONSTA NO PRONTUÁRIO

B6- IDADE ATUAL DA PACIENTE:

B7A- HOJE A PACIENTE SE ENCONTRA:

1 PRÉ-MENOPAUSAL 2 EM INÍCIO DA MENOPAUSA 3 PÓS-MENOPAUSAL (Pan
 Histerectomia/ Oofectomia bilateral/ Falência ovariana)

77 NÃO CONSTA NO PRONTUÁRIO

B7.B – FAZ REPOSIÇÃO HORMONAL?

1 SIM 2 NÃO CONSTA NO PRONTUÁRIO

B8- A PACIENTE APRESENTA OUTRAS MORBIDADES?

1 SIM 2 NÃO CONSTA NO PRONTUÁRIO

B9- QUAIS OUTRAS MORBIDADES A PACIENTE APRESENTA HOJE EM DIA?

1 HIPERTENSÃO/PRESSÃO ALTA 2 DIABETES 3 DOENÇA DO CORAÇÃO/DOENÇA CARDIOVASCULAR

4 ALGUMA OUTRA DOENÇA ESPECÍFICA? B94A – QUAL?

(2em todos) NÃO CONSTAM INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO

**FICHA C DE COLETA DE DADOS DE
PRONTUÁRIOS PARA GRUPOS HR,
HR+QT/RT**

ETIQUETA

C6- HÁ ALGUMA COMPLICAÇÃO A LONGO PRAZO, PÓS- OPERATORIA, REGISTRADA?

1 SIM 2 NÃO CONSTAM INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO

C7- QUAL COMPLICAÇÃO A LONGO PRAZO, PÓS- OPERATORIA FOI REGISTRADA?

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Estenose vaginal (diâmetro da vagina diminui) | 13 <input type="checkbox"/> Diminuição lubrificação vaginal/ seca |
| 2 <input type="checkbox"/> Sangramento / Hemorragia pós operatório | 14 <input type="checkbox"/> - Dificuldades no funcionamento sexual (diminuição da libido / dificuldades de excitação / dificuldades de orgasmo / insatisfação sexual): |
| 3a) <input type="checkbox"/> Fistula (não especificada) | 15 <input type="checkbox"/> Dispareunia |
| 3b) <input type="checkbox"/> Fistula vesicovaginal | 16 <input type="checkbox"/> Quadro de ansiedade. Qual? _____ |
| 3c) <input type="checkbox"/> Fistula retovaginal; | 17 <input type="checkbox"/> Depressão |
| 4 <input type="checkbox"/> Hidronefrose | 18 <input type="checkbox"/> Complicações Pulmonares/ Embolia |
| 5 <input type="checkbox"/> Infecção Urinária | 19 <input type="checkbox"/> Tromboses De Veias Profundas (TVP) |
| 6 <input type="checkbox"/> Encurtamento vaginal (comprimento diminui) | 20 <input type="checkbox"/> Perda De Sangue / Transfusão Necessária |
| 7a) <input type="checkbox"/> Disfunção Pós-Operatória Da Bexiga (não especificada) | 21 <input type="checkbox"/> Morbidades febris |
| 7b) <input type="checkbox"/> Incontinência Urinária por Esforço; | 22 <input type="checkbox"/> - Outras _____ |
| 7c) <input type="checkbox"/> Incontinência Urinária por Urgência; | _____ |
| 8 <input type="checkbox"/> Hematuria | 23 <input type="checkbox"/> Linfocistos pêmicos |
| 9 <input type="checkbox"/> Linfedema dos membros inferiores | <input type="checkbox"/> NÃO CONSTAM INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO (2 EM TODAS) |
| 10 <input type="checkbox"/> Obstrução intestinal / constipação / Disfunção intestinal | |
| 11 <input type="checkbox"/> Cistite | |
| 12 <input type="checkbox"/> Retite | |

C8- PACIENTE FOI ENCAMINHADA PARA ALGUMA COMPLEMENTAÇÃO TERAPEUTICA PÓS-OPERATÓRIA?

1 SIM 2 NÃO CONSTAM INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO

C9- PARA QUAL(is)?

- | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA | 2 <input type="checkbox"/> PSICOTERAPIA | 3 <input type="checkbox"/> psiquiatria | 4 <input type="checkbox"/> Sexologia |
| 5 <input type="checkbox"/> OUTRA - _____ | _____ | 7 <input type="checkbox"/> NÃO CONSTAM INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO | |

C10- FOI RECEITADA À PACIENTE ALGUMA MEDICAÇÃO PARA AS COMPLICAÇÕES APRESENTADAS ?

1 SIM 2 NÃO CONSTAM INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO

C11- QUAL?

C12- OBSERVAÇÕES GERAIS:

**FICHA D DE COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIOS PARA GRUPOS QT/RT ,
HR+QT/RT:**

ETIQUETA

TRATAMENTO RADIOTERÁPICO

D1- TIPO DE RADIOTERAPIA:

D1A BRAQUITERAPIA (RAM)

D1B TELETERAPIA

(2 PARA TODAS) NÃO HÁ INFORMAÇÕES REGISTRADAS

D2- DOSE: (CGY):

	DIÁRIA	TOTAL
1 <input type="checkbox"/> Braquiterapia	_____	_____
2 <input type="checkbox"/> Teleterapia	_____	_____

7777 NÃO HÁ INFORMAÇÕES REGISTRADAS

D3- DATA DE INICIO DA RADIOTERAPIA:

1 BRAQUITERAPIA ____/____/____ 2 TELETERAPIA ____/____/____
DIA MÊS ANO (4 DÍGITOS) DIA MÊS ANO (4 DÍGITOS)

D4- DATA DE FINALIZAÇÃO DA RADIOTERAPIA:

1 BRAQUITERAPIA ____/____/____ 2 TELETERAPIA ____/____/____
DIA MÊS ANO (4 DÍGITOS) DIA MÊS ANO (4 DÍGITOS)

D5- FREQUÊNCIA DAS APLICAÇÕES:

D5A- -Braquiterapia:

1 Internação/Baixa dosagem: 48 Horas. 2 Alta dosagem/ 4 aplicações

3 OUTRA - TIPO: _____ FREQUENCIA: _____

7 Não constam informações no prontuário

D5B- -Teleterapia:

1 Diária 2 - Outra _____

7 NÃO CONSTAM INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO

D6- NÚMERO TOTAL DE SESSÕES:

1 BRAQUITERAPIA _____ 777- Não constam info

2 Teleterapia _____ 777- Não constam info

D7- - HÁ ALGUMA COMPLICAÇÃO A CURTO PRAZO (30 dias), PÓS-TERAPIA DE RADIAÇÃO REGISTRADA?

1 SIM 2 NÃO CONSTAM INFORMAÇÕES NO PRONTUARIO

**FICHA D DE COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIOS PARA GRUPOS QT/RT ,
HR+QT/RT::**

ETIQUETA

D8- - QUAL COMPLICAÇÃO A CURTO PRAZO (30dias), PÓS-TERAPIA DE RADIAÇÃO FOI REGISTRADA?

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Estenose vaginal (diâmetro da vagina diminui) | 11 <input type="checkbox"/> Cistite: |
| 2 <input type="checkbox"/> Sangramento / Hemorragia pós radioterapia | 12 <input type="checkbox"/> Retite |
| 3a) <input type="checkbox"/> Fistula (não especificada) | 13 <input type="checkbox"/> Diminuição lubrificaçãoVaginal/ secura |
| 3b) <input type="checkbox"/> Fistula vesicovaginal | 14 <input type="checkbox"/> - Dificuldades no funcionamento sexual
(diminuição da libido / dificuldades de excitação /
dificuldades de orgasmo / insatisfação sexual): |
| 3c) <input type="checkbox"/> Fistula retovaginal; | 15 <input type="checkbox"/> Dispareunia |
| 4 <input type="checkbox"/> Hidronefrose | 16 <input type="checkbox"/> Quadro de ansiedade. Qual? _____ |
| 5 <input type="checkbox"/> Infecção Urinária | 17 <input type="checkbox"/> Depressão |
| 6 <input type="checkbox"/> Encurtamento vaginal (comprimento diminui) | 18 <input type="checkbox"/> - Outras _____ |
| 7a) <input type="checkbox"/> Disfunção Pós-Radioterapia da Bexiga (não especificada) | _____ |
| 7b) <input type="checkbox"/> Incontinência Urinária por Esforço; | 19 <input type="checkbox"/> - Perfurações |
| 7c) <input type="checkbox"/> Incontinência Urinária de Urgência; | 20 <input type="checkbox"/> - Radiodermite |
| 7D) <input type="checkbox"/> Espasmo da Bexiga; | 21 <input type="checkbox"/> - Irritação da mucosa |
| 8 <input type="checkbox"/> Hematuria | |
| 9 <input type="checkbox"/> Linfedema dos membros inferiores | <input type="checkbox"/> NÃO CONSTAM INFO NO PRONTUARIO (2 em todos) |
| 10 <input type="checkbox"/> Obstrução intestinal / constipação / Disfunção intestinal | |

D9- HÁ ALGUMA COMPLICAÇÃO PÓS-RADIOTERAPIA A LONGO PRAZO REGISTRADA?

- 1 SIM 2 NÃO constam informações no prontuario

D10- QUAL COMPLICAÇÃO PÓS-RADIOTERAPIA A LONGO PRAZO FOI REGISTRADA?

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Estenose vaginal (diâmetro da vagina diminui) | 4 <input type="checkbox"/> Hidronefrose |
| 2 <input type="checkbox"/> Sangramento / Hemorragia pós operatório | 5 <input type="checkbox"/> Infecção Urinária |
| 3a) <input type="checkbox"/> Fistula (não especificada) | 6 <input type="checkbox"/> Encurtamento vaginal (comprimento diminui) |
| 3b) <input type="checkbox"/> Fistula vesicovaginal | 7a) <input type="checkbox"/> Disfunção Pós-Operatória Da Bexiga (não especificada) |
| 3c) <input type="checkbox"/> Fistula retovaginal; | 7b) <input type="checkbox"/> Incontinência Urinária por Esforço; |

7c) Incontinência Urinária por Urgência;

7D) Espasmo da Bexiga;

8 Hematuria

9 Linfedema dos membros inferiores

10 Obstrução intestinal / constipação / Disfunção intestinal

11 Cistite:

12 Retite

13 Diminuição lubrificação Vaginal/ seca

14 - Dificuldades no funcionamento sexual (diminuição da libido / dificuldades de excitação / dificuldades de orgasmo / insatisfação sexual):

15 Dispareunia

16 Quadro de ansiedade. Qual? _____

17 Depressão

18 - Outras _____

19 - Perfurações

NÃO CONSTAM INFO NO PRONTUÁRIO (2 em todos)

D11- PACIENTE FOI ENCAMINHADA PARA ALGUMA COMPLEMENTAÇÃO TERAPEUTICA PÓS-TERAPIA DE RADIAÇÃO?

1 SIM

2 NÃO CONSTAM INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO

D12- PARA QUAL(is)?

1 FISIOTERAPIA

2 PSICOTERAPIA

3 psiquiatria

4 Sexologia

5 OUTRA -

_____ -

7 NÃO CONSTAM INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO

D13-FOI RECEITADA À PACIENTE ALGUMA MEDICAÇÃO PARA AS COMPLICAÇÕES APRESENTADAS ?

1 SIM

2 NÃO CONSTAM INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO

D14- QUAL?

D15- OBSERVAÇÕES

GERAIS: _____
