

Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com Câncer do Colo do Útero em Tratamento Radioterápico

Assessing Quality of Life Related to Health in Patients with Cervical Cancer in Radiotherapy

Evaluación de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud en Pacientes con Cáncer del Cuello del Útero en la Radioterapia

Andrezza Layane Alves Santos¹; José Fernando do Prado Moura²; Candice Amorim de Araújo Lima Santos³; José Natal Figueiroa⁴; Ariani Impieri Souza⁵

Resumo

Introdução: O câncer do colo do útero é um grave problema de saúde pública, com elevada mortalidade nos países em desenvolvimento. A radioterapia, uma das modalidades utilizadas no tratamento, pode provocar efeitos adversos capazes de comprometer a qualidade de vida das pacientes. **Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em mulheres com câncer do colo do útero em tratamento radioterápico, com ênfase na função sexual. **Método:** Foi realizado um estudo exploratório, longitudinal, do tipo antes e depois, com 34 mulheres portadoras de câncer do colo do útero tratadas com radioterapia adjuvante, exclusiva ou concomitante à quimioterapia em um hospital de ensino entre agosto e dezembro de 2011. As pacientes foram submetidas a duas entrevistas para QVRS, através do escore FACT-Cx (*Functional Assessment of Cancer Therapy- Cervix*). Os escores médios, correspondentes ao pré-tratamento e a última semana, foram comparados através do teste t de *Student* para amostras pareadas, com nível de significância de 5%. **Resultados:** A média de idade das mulheres foi 50 anos. A maioria era solteira ou viúva (58,8%) e apenas 2,9% estavam empregadas. Cerca de 75% eram analfabetas ou haviam cursado apenas o ensino fundamental. A média dos escores FACT-Cx pré-tratamento foi de 110,9 e na última semana foi de 110,8, sem diferença estatisticamente significativa entre elas ($p=0,966$). **Conclusão:** A ausência de diferença entre as médias dos escores de QVRS obtidos pré-tratamento e na última semana pode indicar que o tratamento radioterápico não modificou a QVRS dessas mulheres. **Palavras-chave:** Neoplasias do Colo do Útero/radioterapia; Radioterapia/efeitos adversos; Qualidade de Vida; Fatores Sexuais; Estudos Longitudinais

¹ Médica Clínica. Residente de Cancerologia Clínica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). E-mail: andrezalayane@hotmail.com.

² Mestre em Oncologia pelo Hospital AC Camargo. Médico Oncologista Clínico do IMIP. E-mail: jfpmoura@hotmail.com.

³ Médica Especialista em Oncologia pelo Hospital AC Camargo. Oncologista Clínica do IMIP. E-mail: candicel.s@terra.com.br.

⁴ Doutor em Saúde Materno Infantil. Professor de Bioestatística do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil do IMIP. E-mail: natal@imip.org.br.

⁵ Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Médica Ginecologista e Pesquisadora do IMIP. E-mail: ariani@imip.org.br.
Endereço para correspondência: IMIP. Rua dos Coelho, 300 - Boa Vista. Recife (PE), Brasil. CEP: 50.070-550.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é um grave problema de saúde pública mundial, sendo que 85% da mortalidade por essa doença concentram-se nos países em desenvolvimento. No Brasil, é a segunda neoplasia mais frequente entre as mulheres, superada apenas pelo câncer da mama, quando excluídos os tumores de pele não melanoma¹. Estima-se a ocorrência de 18 mil novos casos de câncer cervical no Brasil em 2012. A doença manifesta-se a partir da faixa etária de 20 e 29 anos e o risco aumenta com a idade atingindo seu pico entre 50 e 60 anos¹. Tem como principal causa a infecção pelo *Papilomavírus humano* (HPV) que é uma condição necessária, mas não suficiente para o seu desenvolvimento².

Apesar dos avanços em termos de tratamento e controle da doença, ainda é comum o diagnóstico do câncer do colo do útero em estágio avançado³. A radioterapia tem sido utilizada de forma adjuvante, exclusiva ou concomitante à quimioterapia no tratamento do câncer do colo do útero invasivo^{4,5}. Os efeitos adversos mais comumente associados à radioterapia são os sintomas agudos, sendo diarreia, fadiga e irritação vesical as queixas mais frequentes. Complicações tardias como sangramento, estenose e ulcerações retais, além de encurtamento e estreitamento da vagina, são mais raras e ocorrem geralmente nos três primeiros anos após o tratamento⁴.

Embora já tenham sido estabelecidos os benefícios na sobrevida e no controle local proporcionados pela radioterapia, os efeitos adversos, agudos ou tardios parecem impactar de forma negativa na qualidade de vida das pacientes, principalmente no que diz respeito à função sexual⁶⁻⁸.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁹.

A avaliação da qualidade de vida é um passo importante para uma abordagem mais humanista no tratamento do câncer e vem sendo muito utilizada com o intuito de avaliar o impacto da doença e do tratamento na vida do paciente, e criar indicadores de gravidade e progressão da doença, permitindo o desenvolvimento de estratégias para a palição dos transtornos ocasionados pelo tratamento¹⁰.

Nos últimos anos, duas tendências são identificadas quanto ao uso do termo qualidade de vida na área de saúde: qualidade de vida como um conceito geral (QV) e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)¹¹. No primeiro caso, é utilizado como um conceito mais amplo sem fazer referência específica a disfunções ou agravos à saúde. No segundo caso, inclui aspectos diretamente relacionados às enfermidades e intervenções em saúde e refere-se ao impacto dos sintomas, das incapacidades

ou limitações sobre o funcionamento e a percepção do bem-estar¹¹.

Em pacientes com câncer, a qualidade de vida varia de acordo com tempo de diagnóstico, sítio da doença e tipo de tratamento utilizado¹². Para avaliação da QVRS em pacientes com câncer do colo do útero, três instrumentos têm sido utilizados: o EORTC QLQ-Cx24 (*European Organization for Research in the Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire- Cervix*), o QLICP-CE (*Quality of Life Instruments for Cancer Patients-Cervical Cancer*) e o FACT-Cx (*Functional Assessment of Cancer Therapy- Cervix*),¹² instrumento já utilizado em estudo em mulheres no Brasil¹³.

Uma revisão sistemática de 23 estudos de avaliação de qualidade de vida em sobreviventes do câncer do colo do útero, publicados entre 1996 e agosto de 2005, mostrou que há uma tendência à pior qualidade de vida associada à radioterapia do que à cirurgia e à quimioterapia¹⁴.

Embora não haja estudos comparando a QVRS antes e depois do tratamento radioterápico, em mulheres com câncer do colo do útero, alguns estudos têm demonstrado prejuízo na qualidade de vida relacionada à saúde. Um estudo realizado na Áustria, entre 2005 e 2006, observou que as pacientes tratadas com radioterapia tinham maior comprometimento na qualidade de vida e menor frequência de relações sexuais¹⁵. Em Houston (EUA), em 2004, dois grupos de pacientes foram comparados com um grupo controle de mulheres sem história de câncer. Verificou-se que a qualidade de vida, o estresse psicossocial e a função sexual das mulheres tratadas com radioterapia foram piores quando comparadas com aquelas tratadas com cirurgia e com os controles¹⁶. Um estudo do tipo caso-controle realizado na Holanda, em 2006, observou que a qualidade de vida de pacientes com câncer cervical tratadas com radioterapia foi pior que a de pacientes tratadas com cirurgia isolada e que pacientes tratadas com radioterapia referiram mais sintomas e maior comprometimento da função sexual¹⁷.

Desse modo, o objetivo do presente estudo foi avaliar a QVRS em mulheres com câncer do colo do útero em tratamento radioterápico, com ênfase na função sexual.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, longitudinal, do tipo antes e depois, realizado no Serviço de Radioterapia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), na cidade do Recife. Foram selecionadas 34 pacientes com câncer do colo do útero que iriam iniciar tratamento com radioterapia adjuvante, exclusiva ou concomitante à quimioterapia, entre agosto e dezembro de 2011. Os critérios para inclusão foram: idade acima de 18 anos, diagnóstico de câncer do colo do útero com indicação de tratamento com radioterapia adjuvante, exclusiva ou

concomitante à quimioterapia. Foram considerados critério de exclusão: *performance status* (ECOG-*Eastern Cooperative Oncology Group*) >2, que, por definição, já são pacientes com qualidade de vida comprometida, história prévia ou atual de outros cânceres, tratamento anterior com quimioterapia ou radioterapia, acometimento por qualquer evidente comprometimento da capacidade cognitiva. As pacientes selecionadas foram submetidas a uma entrevista antes do início do tratamento, quando foi preenchido um formulário com características clínicas e sociodemográficas. A qualidade de vida pré-tratamento e na última semana, com um intervalo aproximado de seis semanas entre as entrevistas, foi avaliada através do instrumento *FACT-Cx* (*Functional Assessment of Cancer Therapy-Cervix*), um questionário elaborado pelo grupo norte-americano FACIT.org. (*FACIT- Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*), já utilizado em estudo anterior, no Brasil¹³. Esse instrumento é formado por um módulo geral (FACT-G) adequado para pacientes com qualquer tipo de câncer acrescido de um domínio específico para o câncer do colo do útero. O FACT-Cx é composto por 27 itens do módulo geral (FACT-G) que contempla 4 domínios: bem-estar físico (7 questões), social/familiar (7 questões), emocional (6 questões), funcional (7 questões) e por um domínio denominado “preocupações adicionais”, composto por 15 itens que avaliam sintomas relacionados à região ginecológica. As questões sexuais foram analisadas de forma separada através das perguntas relacionadas ao tema que constavam em dois diferentes domínios: bem-estar social/familiar e preocupações.

O FACT-Cx avalia a funcionalidade e a satisfação da paciente com relação aos últimos sete dias que precedem à entrevista. As escalas são do tipo Likert, com pontuações variando de 0 (nem um pouco) a 4 (muitíssimo). Alguns itens são construídos como frases negativas e, neste caso, a pontuação é invertida. Os escores das subescalas são obtidos pela soma das pontuações dos respectivos itens, e o escore total resulta da soma dos escores das subescalas. A pontuação máxima é 168 pontos e não existe ponto de corte. A utilização do FACT-Cx, versão em português, foi autorizada pela instituição detentora dos direitos autorais.

Para o processamento e a análise dos dados foi utilizado o programa EPI INFO versão 3.5.1. As variáveis numéricas foram resumidas através de medidas de locação (média) e dispersão (desvio-padrão); as categóricas, através de frequência absoluta e relativa. A comparação dos escores médios de qualidade de vida pré-tratamento e na última semana foi realizada através do teste t de *Student* para amostras pareadas com nível de significância de 5%.

O presente estudo atende às determinações da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP sob o nº 2430/2011.

RESULTADOS

Durante o período do estudo houve um óbito, de modo que apenas 34 mulheres concluíram a segunda entrevista.

Em relação às características sociodemográficas, a média de idade das mulheres foi 50 (\pm 13,9) anos, sendo a maioria delas (58,8%) solteira ou viúva. O número de filhos variou de zero a 14, com média de 4,5 filhos. Em relação à escolaridade, 74,7% eram analfabetas ou haviam cursado até o ensino fundamental. Apenas uma mulher (2,9%) estava empregada no momento do estudo. Os filhos foram referidos como o principal apoio (38,2%) dentro do ambiente familiar. Fora do ambiente familiar, os amigos foram citados como principal apoio (47,1%) (Tabela 1).

Houve perda média de 3,2 Kg durante o tratamento ($p < 0,001$). Carcinoma epidermoide foi a principal histologia (73,5%). A doença estava localmente avançada em 79,4% dos casos e 8,8% tinham doença metastática. A principal modalidade terapêutica utilizada durante o estudo foi a associação de radioterapia com quimioterapia (73,5%). A maior parte (52,9%) das mulheres não tinha comorbidades associadas, mas, entre aquelas que tinham, a hipertensão arterial foi a mais referida (23,5%). Com relação às internações, 18 pacientes (52,9%) foram internadas por complicações associadas ao câncer ou ao tratamento, em algum momento durante o estudo. As principais causas de internamento foram: sangramento transvaginal (27,7%), dor (22,3%) e trombose venosa profunda de membros inferiores (16,7%). Não houve interrupção do tratamento em 64,7% dos casos. Nos casos de interrupção do tratamento, a principal causa referida foi anemia (66,7%) (Tabela 2).

O escore FACT-Cx no pré-tratamento variou de 66,0 a 149,8 com média de 110,9. Na última semana, o escore variou de 65,2 a 151,0 com média de 110,8, não havendo diferença estatisticamente significativa entre as médias pré-tratamento e na última semana ($p = 0,966$). Ao analisar os domínios do FACT-Cx de forma isolada, observou-se que os domínios bem-estar funcional e preocupações foram os que apresentaram menores médias de escores tanto na entrevista pré-tratamento (15,3 e 38,8, respectivamente) quanto na última semana (15,0 e 37,3 respectivamente) (Tabela 3).

Em relação à vida sexual, sete das 34 mulheres referiram ter vida sexual ativa antes do tratamento e apenas uma referiu vida sexual ativa durante o tratamento. Na entrevista pré-tratamento, 41,1% das mulheres referiram estar muito/ muitíssimo satisfeitas com a vida sexual e 55,9% referiram ter muito/ muitíssimo medo de ter relações sexuais. Na última semana, 53% delas referiram estar muito/muitíssimo satisfeitas com a vida sexual e 64,5% referiram muito/

muitíssimo medo de ter relação sexual. Na avaliação pré-tratamento, 52,9% das mulheres referiu sentir-se nem um pouco/um pouco sexualmente atraente e na última semana 50,0% delas tinham esse sentimento. No item

“tenho interesse por sexo”, 64,7% responderam nem um pouco/um pouco, no momento pré-tratamento, mas na última semana de tratamento essa foi a resposta de 58,8% das mulheres (Tabela 4).

Tabela 1. Características sociodemográficas de mulheres submetidas à radioterapia no IMIP. Recife, 2011-2012

Características	N	%	Média ± DP	Min	Max
Idade (em anos)			50,0 ± 13,9	28	74
Até 40	10	29,4			
Acima de 40	24	70,6			
Cor					
Branca	11	32,4			
Parda	17	50,0			
Negra	6	17,6			
Situação conjugal					
Solteira + viúva	20	58,8			
Casada + união estável	14	41,2			
Nº de filhos			4,5 ± 3,4	0	14
0-2	13	38,2			
3-5	10	29,4			
5-14	11	32,4			
Escolaridade					
Analfabeta	7	20,6			
Ensino fundamental	15	44,1			
Ensino médio	10	29,4			
Superior	2	5,9			
Situação de trabalho					
Empregado	1	2,9			
Desempregado	15	44,1			
Aposentado	7	20,6			
Trabalho doméstico	6	17,6			
Outros	5	14,7			
Religião					
Católica	22	64,7			
Evangélica	10	29,4			
Outras	2	5,8			
Apoio familiar					
Filhos	13	38,2			
Cônjuge	7	20,6			
Mãe/irmão/outros	12	35,3			
Ninguém	2	5,9			
Apoio fora da família					
Amigo (a)	16	47,1			
Vizinho/outros	10	29,4			
Líder religioso	3	8,8			
Ninguém	5	14,7			

Tabela 2. Características clínicas de mulheres submetidas à radioterapia no IMIP Recife, 2011-2012

Características	N	%	Média ± DP	Min	Max	p
Peso						
Pré-tratamento			58,58 ± 13,51	31,7	94,0	
Última semana			55,46 ± 13,63	29,6	92,1	<0,001
Histologia						
Carcinoma epidermoide	25	73,5				
Adenocarcinoma	6	17,6				
Carcinoma adenoescamoso	3	8,8				
Estadiamento						
T1B/IB	2	5,9				
T1b1/IB2	1	2,9				
T1b2/IB2	1	2,9				
T2b/IIIB	8	23,5				
T3b/IIIB	16	47,1				
T4/IVA	2	5,9				
N1	1	2,9				
M1/IVB	3	8,8				
Tratamento						
Radioterapia exclusiva	6	17,6				
Radioterapia + quimioterapia	25	73,5				
Cirurgia + radioterapia + quimioterapia	3	8,8				
PS (ECOG) pré-tratamento			0,82 ± 0,88	0	2	
0	17	50,0				
1	7	20,6				
2	10	29,4				
PS (ECOG) última semana			0,64 ± 0,69	0	2	
0	16	47,1				
1	14	41,2				
2	4	11,8				
Comorbidades						
Nenhuma	18	52,9				
Renal/hipertensão arterial sistêmica	12	35,3				
Outros	4	11,7				
Internações*						
Não foi internada	16	47,1				
Pré-tratamento	9	26,5				
Durante tratamento	3	8,8				
Pós-tratamento	1	2,9				
Pré e pós-tratamento	5	14,7				
Interrupção do tratamento**						
Sim	12	35,3				
Não	22	64,7				

*Entre as causas de internação: sangramento (27,7%), dor (22,3%), trombose venosa profunda (16,7%) e outros (33%)

**Entre os motivos de interrupção: anemia (66,7%), outros (33,3%)

Tabela 3. Escores FACT-cx e subescalas de mulheres submetidas à radioterapia no IMIP. Recife, 2011-2012

Características	Pré-tratamento	Última semana	Variação*
	Média (mín-máx)	Média (mín-máx)	
Bem-estar físico	20,4 (7-28)	20,7 (8-28)	(0-28)
Bem-estar emocional	16,3 (4-24)	18,2 (6-24)	(0-24)
Bem-estar funcional	15,3 (1-27)	15,0 (4,5-26)	(0-28)
Bem-estar social/familiar	19,9 (9,8-28)	19,3 (8-28)	(0-28)
Preocupações	38,8 (20,3-50)	37,3 (21,8-53)	(0-60)
FACT-Cx	110,9 (66-149)	110,8 (65,2-151)	(0-168)

p = 0,966

* variação possível de cada subescala

Tabela 4. Aspectos relacionados à sexualidade de mulheres submetidas à radioterapia no IMIP. Recife, 2011-2012

Características	Pré-tratamento N=34(%)	Última semana N=34(%)
Estou satisfeito com minha vida sexual		
Nem um pouco/um pouco	7 (20,6)	9 (26,4)
Mais ou menos	5 (14,7)	3 (8,9)
Muito/ muitíssimo	14 (41,2)	18 (53,0)
Não respondeu	8 (23,5)	4 (11,7)
Tenho medo de ter relações sexuais		
Nem um pouco/ um pouco	11 (32,2)	6 (17,7)
Mais ou menos	3 (8,9)	3 (8,9)
Muito/ muitíssimo	19 (55,9)	22 (64,5)
Não respondeu	1 (3,0)	3 (8,9)
Sinto-me sexualmente atraente		
Nem um pouco/ um pouco	18 (53)	17 (50,0)
Mais ou menos	5 (14,7)	11 (32,4)
Muito/muitíssimo	11 (32,3)	6 (17,6)
Tenho interesse em sexo		
Nem um pouco/ um pouco	22 (64,8)	20 (58,8)
Mais ou menos	5 (14,7)	7 (20,6)
Muito/ muitíssimo	7 (20,5)	7 (20,6)

DISCUSSÃO

Neste estudo, não foi observada diferença na QVRS das pacientes se comparados os escores de avaliação pré-tratamento com a última semana de tratamento. A escassez de estudos na literatura que avaliam QVRS durante o tratamento dificulta uma comparação direta

com o presente estudo. No entanto, mesmo considerando o caráter exploratório, esses resultados sugerem que o tratamento não exerceu efeito negativo na QVRS.

Estudos anteriores com o FACT-Cx, realizados no período pós-tratamento, evidenciaram melhores escores QVRS que os obtidos nesse estudo^{12,14}. Apesar de não haver ponto de corte para classificar a QVRS através do escore FACT-Cx, ao se observar as médias dos escores dos domínios isoladamente notou-se que, no presente estudo, elas ficaram distantes da pontuação máxima possível para cada domínio, sendo os menores escores encontrados nos domínios bem-estar funcional e preocupações. Uma possível justificativa para esses resultados é que os estudos prévios avaliaram o período pós-tratamento, um a cinco anos após o seu término, quando a paciente já está assintomática e livre dos efeitos agudos e dos transtornos psicológicos associados ao tratamento, enquanto no presente estudo a avaliação foi feita ainda na última semana de tratamento. Além disso, a maioria das pacientes tinha doença localmente avançada e foi tratada concomitantemente com quimioterapia e radioterapia. Estágio da doença, quimioterapia e radioterapia são fatores diretamente relacionados com a QVRS. Estágio precoce e não realização de quimioterapia ou radioterapia estão associados com melhores desfechos físicos e funcionais¹⁸.

A QVRS associada à radioterapia tem se mostrado inferior, inclusive quando comparada às outras formas de tratamento isoladas^{14-15,18}. A ação da radiação sobre os tecidos é capaz de provocar vários danos como radiodermites, diarreia, disúria, dispareunia e retite, entre outros, contribuindo para impacto negativo do tratamento na QVRS^{14-15,19}. Por sua vez, a quimioterapia pode gerar efeitos como náuseas, vômitos, anemia, anorexia e fadiga que limitam as atividades de vida diária e também reduzem a QVRS²⁰.

Apesar de a maioria das mulheres do estudo se dizer satisfeita com a vida sexual no momento das entrevistas, sete das 34 mulheres referiram ter vida sexual ativa antes do tratamento e apenas uma referiu atividade sexual na última

semana do tratamento, fazendo com que se avalie com cautela o elevado percentual de mulheres que referiram estar muito/muitíssimo satisfeitas com a vida sexual. Isto se reforça quando se observa ainda no que se refere à vida sexual, que a maioria das mulheres referiu medo de ter relações sexuais, sentirem-se pouco sexualmente atraente e não terem interesse por sexo, sugerindo um comprometimento neste aspecto da vida da mulher ocasionado pelo tratamento ou mesmo pela própria doença. O diagnóstico de um câncer ginecológico já é sabidamente um fator de comprometimento psicológico com influência negativa sobre o comportamento sexual^{8,19}. Um estudo realizado na Coreia comparou qualidade de vida e função sexual entre pacientes com passado de tratamento para câncer do colo do útero e controles na população geral e encontrou que sobreviventes do câncer do colo do útero têm mais ansiedade a respeito da performance sexual e maior preocupação sexual que a população geral⁸. Do ponto de vista clínico, a radioterapia pélvica pode levar à atrofia dos ovários induzindo uma menopausa precoce e ocasionando sintomas como ondas de calor, ansiedade, falta de lubrificação vaginal e dispareunia,^{8,16} enquanto a quimioterapia, além de causar deficiências hormonais que contribuem com a falta de lubrificação vaginal, é responsável por efeitos sistêmicos como fadiga, náuseas e vômitos que também agem negativamente sobre a função sexual⁸. Salienta-se ainda que no presente estudo a frequência de mulheres que referiu não ter vida sexual antes e durante o tratamento não é diferente do encontrado em um estudo de avaliação de disfunção sexual pós-tratamento radioterápico de câncer do colo do útero, realizado na cidade do Recife em 2004, onde 73,6% das 71 mulheres não tinham vida sexualmente ativa e, entre os motivos referidos, destaca-se a ausência de parceiro sexual por separação ou abandono dos mesmos⁷.

Em relação às características sociodemográficas, a média de idade encontrada neste estudo foi compatível com dados da literatura que mostram pico de incidência do câncer do colo do útero entre 50 e 60 anos¹. O predomínio de mulheres solteiras ou viúvas pode ser um fator de prejuízo à qualidade de vida das mulheres incluídas nesse estudo, pois a presença do parceiro seria um ponto de apoio importante para a mulher, inclusive em relação ao sustento da família¹⁹. Neste estudo, as mulheres contavam principalmente com o apoio dos filhos e dos amigos dentro e fora do ambiente familiar, respectivamente, fato que pode ter contribuído para o equilíbrio emocional, auxiliando no enfrentamento da doença e do próprio tratamento¹⁹.

A ausência de atividade laboral observada nesse estudo pode estar associada à baixa escolaridade ou ao elevado índice de abandono das atividades produtivas relacionado ao diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero¹⁷.

O custo indireto ocasionado pela perda da produtividade já se mostrou ser duas vezes maior que os custos diretos ocasionados pela própria doença e suas comorbidades²¹.

O fato de a maior parte das mulheres não ter comorbidades pode ter contribuído com a não modificação da QVRS observada. De acordo com estudo anterior de avaliação de QVRS, que também utilizou o FACT-Cx, a coexistência de câncer com outros problemas de saúde está associada à pior avaliação da QVRS¹³.

A ocorrência de uma perda ponderal estatisticamente significativa esteve provavelmente associada à redução da ingestão alimentar, ocasionada por dor, anorexia, náuseas, vômitos e outros sintomas decorrentes da doença ou do tratamento. A abordagem conjunta de médicos e nutricionistas, com programas de intervenção nutricional pode favorecer o aumento nos escores de QVRS dos pacientes, além de ocasionar melhora do apetite e redução de queixas como xerostomia e constipação²². Apesar de ainda não ser rotina na maioria dos serviços públicos de oncologia do país, a abordagem multidisciplinar incluindo a avaliação nutricional parece ser uma medida importante com benefício já estabelecido na QVRS dos pacientes e certamente com impacto positivo sobre o tratamento.

O curto espaço de tempo entre a primeira e a segunda entrevista pode ser considerado uma limitação do estudo e certamente influenciou os resultados, contribuindo para a não ocorrência de mudança nos escores de QVRS durante o tratamento. Além disso, o próprio tratamento pode ter contribuído para a ocorrência de um equilíbrio entre controle dos sintomas e surgimento de efeitos adversos agudos associados ao tratamento.

Salienta-se que estudos QVRS devem ser cada vez mais implementados na rotina da condução dos pacientes com câncer, uma vez que a doença gera, em grande parte dos pacientes, deterioração em vários aspectos físicos e psicossociais.

CONCLUSÃO

O presente estudo comparou as médias dos escores relacionados à QVRS de uma maneira global e não cada domínio *per se* de forma isolada. Foi dada ênfase a função sexual, em virtude de se tratar de um câncer que afeta particularmente essa função, um importante componente da qualidade de vida. A ausência de diferença entre as médias dos escores de QVRS obtidos pré-tratamento e na última semana pode indicar que o tratamento radioterápico não modificou a QVRS dessas mulheres.

CONTRIBUIÇÕES

Andrezza Layane Alves Santos trabalhou na concepção, coleta, análise de dados e redação final do artigo. José Fernando do Prado Moura e Candice Amorim de Araújo

Lima Santos trabalharam na concepção, análise de dados e redação final do artigo. José Natal Figueiroa trabalhou na análise dos dados e redação final do artigo. Ariani Impieri Souza trabalhou na concepção, coordenação da coleta dos dados e orientação da análise de dados e redação final do artigo.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.
2. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Falando sobre câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2002. 71 p.
3. Monk BJ, Huang HQ, Cella D, Long HJ 3rd; Gynecologic Oncology Group Study. Quality of life outcomes from a randomized phase III trial of cisplatin with or without topotecan in advanced carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol*. 2005;23(21):4617-25.
4. Eifel PJ, Berek J, Markman MA. Carcinoma of the cervix. In: DeVita VT Jr, Lawrence TS, Rosenberg SA, editors. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's cancer: principles & practice of oncology*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; c2008. Chapter 42, p. 1497-1522.
5. Bermudez RS, Kim H, I-Chow H. Cervical cancer. In: Hansen EK, Roach M III. *Handbook of evidence-based radiation oncology*. 2nd ed. New York: Springer; c2010. Chapter 29, p.499-512.
6. Kaidar-Person O, Bortnyak-Abdah R, Amit A, Berniger A, Ben-Yosef R, Kuten A. Current principles for radiotherapy in cervical cancer. *Med Oncol*. 2012 Feb 16; [Epub ahead of print].
7. Bernardo BC, Lorenzato FRB, Figueiroa JN, Kitoko PM. Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. *Rev bras ginecol obstet*. 2007;29(2):85-90.
8. Park SY, Bae DS, Nam JH, Park CT, Cho CH, Lee JM, et al. Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population. *Cancer*. 2007;110(12):2716-25.
9. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
10. Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Rev bras cancerol*. 2006;52(1):49-58.
11. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):580-8.
12. Zeng YC, Ching SS, Loke AY. Quality of life measurement in women with cervical cancer: implications for Chinese cervical cancer survivors. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:30.
13. Fernandes WC, Kimura M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(3):360-7.
14. Vistad I, Fosså SD, Dahl AA. A critical review of patient-rated quality of life studies of long-term survivors of cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2006;102(3):563-72.
15. Greimel ER, Winter R, Kapp KS, Haas J. Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. *Psychooncology*. 2009;18(5):476-82.
16. Frumovitz M, Sun CC, Schover LR, Munsell MF, Jhingran A, Wharton JT, et al. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2005;23(30):7428-36.
17. Korfage IJ, Essink-Bot ML, Mols F, van de Poll-Franse L, Kruitwagen R, van Ballegooijen M. Health-related quality of life in cervical cancer survivors: a population-based survey. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2009;73(5):1501-9.
18. Ashing-Giwa KT, Lim JW, Tang J. Surviving cervical cancer: does health-related quality of life influence survival? *Gynecol Oncol*. 2010;118(1):35-42.
19. Almeida LHRB, Pereira YBAS, Oliveira TA. Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(4):482-7.
20. Jorge LLR, Silva SR. Evaluation of the quality of life of gynecological cancer patients submitted to antineoplastic chemotherapy. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(5):849-55.
21. Lipsy RJ. Assessing the short-term and long-term burden of illness in cervical cancer. *Am J Manag Care*. 2008;14(6 Suppl 1):S177-84.
22. Silva PB, Lopes M, Trindade LCT, Yamanouchi CN. Controle dos sintomas e intervenção nutricional: fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Rev dor*. 2010;11(4):282-8.

Abstract

Introduction: Cervical cancer is a serious public health problem with high mortality in developing countries. Radiotherapy, one of the modalities used in treatment, can cause adverse effects that may compromise the quality of life of patients. **Objectives:** To assess the quality of life related to health (HRQoL) in women with cervical cancer under radiotherapy with emphasis on sexual function. **Method:** We performed an exploratory, before and after longitudinal study, with 34 women with cervical cancer treated with adjuvant radiotherapy, exclusively or concurrently with chemotherapy in a teaching hospital between August and December 2011. The patients underwent two interviews to assess HRQoL by FACT-Cx score (*Functional Assessment of Cancer Therapy- Cervix*). The mean scores corresponding to the pre-treatment and last week treatment were compared using Student's t test for paired samples, with a significance level of 5%. **Results:** The mean age was 50 years. Most were single or widowed (58.8%) and only 2.9% were employed. About 75% were illiterate or had only attended elementary school. The FACT-Cx pre-treatment score average was 110.9, and 110.8 in the last week, with no statistically significant difference ($p=0.966$). **Conclusion:** The lack of difference between the average of HRQoL scores obtained before and in the last week of treatment might be an indication that a radiation treatment did not modify the HRQoL of these women.

Key words: Uterine Cervical Neoplasms/radiotherapy; Radiotherapy/adverse effects; Quality of Life; Sex Factors; Longitudinal Studies

Resumen

Introducción: El cáncer del cuello del útero es un problema grave de salud pública con una alta mortalidad en los países en desarrollo. La radioterapia, una de las modalidades utilizadas en el tratamiento, puede causar efectos adversos que pueden comprometer la calidad de vida de las pacientes. **Objetivos:** Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en mujeres con cáncer del cuello del útero en la radioterapia, con énfasis en la función sexual. **Método:** se realizó un estudio exploratorio, longitudinal, del tipo antes y después, con 34 mujeres con cáncer del cuello del útero tratadas con radioterapia adyuvante exclusiva o concurrente con la quimioterapia en un hospital universitario entre agosto y diciembre de 2011. Las pacientes fueron sometidas a dos entrevistas para CVRS por puntuación de FACT-Cx (*Functional Assessment of Cancer Therapy - Cervix*). Las puntuaciones promedias, correspondientes al pre-tratamiento y la última semana, se compararon mediante la prueba t de Student para muestras pareadas, con un nivel de significación del 5%. **Resultados:** El promedio de edad fue de 50 años. La mayoría eran solteras o viudas (58,8%) y sólo el 2,9% tenían un empleo. Alrededor del 75% eran analfabetas o sólo habían asistido a la escuela primaria. Las puntuaciones promedias de FACT-Cx pre tratamiento fue de 110,9 y la última semana fue del 110,9 sin diferencias estadísticamente significativas entre ellas ($p=0,966$). **Conclusión:** La ausencia de diferencia entre las puntuaciones promedias de CVRS obtenida pre-tratamiento y en la última semana que puede indicar que la radioterapia no alteró la CVRS de esas mujeres.

Palabras clave: Neoplasias del Cuello Uterino/radioterapia; Radioterapia/efectos adversos; Calidad de Vida; Factores Sexuales; Estudios Longitudinales