



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE



THAYANE COSTA FERREIRA

**MULHERES COM CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA**

SÃO LUÍS

2020

THAYANE COSTA FERREIRA

**MULHERES COM CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Título de Mestre em Saúde e Ambiente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Hélia de Lima Sardinha

Área de concentração: Qualidade ambiental e saúde

Linha de pesquisa: Determinantes ambientais de saúde

SÃO LUÍS

2020

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Ferreira, Thayane Costa.

Mulheres com câncer de colo do útero : avaliação da
qualidade de vida / Thayane Costa Ferreira. - 2020.
62 f.

Orientador(a): Ana Hélia de Lima Sardinha.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Saúde e Ambiente/ccbs, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2020.

1. Neoplasias do Colo do Útero. 2. Qualidade de Vida.
3. Saúde da Mulher. I. Sardinha, Ana Hélia de Lima. II.
Título.

THAYANE COSTA FERREIRA

**MULHERES COM CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Título de Mestre em Saúde e Ambiente.

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha (Orientadora)

Doutora em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Prof^a. Dra. Maria Lúcia Holanda Lopes

Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Prof^o Dr^o. István van Deursen Varga

Doutor em Saúde Pública
Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Prof^a. Dra. Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues

Doutora em Geografia Humana
Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Dedico aos meus pais, Euder Simões Ferreira (*in memoriam*) e Feliciano Costa Simões Ferreira, e ao meu noivo César Rodrigo Pereira Araújo pelo incentivo e apoio para conclusão deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus pela minha vida, saúde e pela permissão para conclusão deste mestrado.

Aos meus pais, Euder Simões Ferreira (*in memoriam*) e Feliciano Costa Simões Ferreira.

Ao meu noivo, César Rodrigo Pereira Araújo pelo amor, carinho e compreensão.

A minha amiga Kamilla Karem Silva Bezerra, por ter me ajudado na coleta de dados e por todo apoio e amizade.

A Prof^ª. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha, minha orientadora, pelo acolhimento, apoio e pela confiança depositada em mim.

À Universidade Federal do Maranhão, especialmente, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente e aos docentes do Programa por todos os conhecimentos transmitidos.

Ao Hospital do Câncer Aldenora Bello pela autorização para a realização da pesquisa. Além disso, agradeço as mulheres atendidas neste hospital que ajudaram na concretização do estudo.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA) pelo apoio financeiro dado a realização do projeto “Homens e mulheres com câncer: significados, percepções e implicações”.

Aos colegas da turma 15 do Mestrado em Saúde e Ambiente por todas as experiências trocadas e alegrias compartilhadas.

“Não só de pão vive o homem, mas de toda
Palavra que procede da boca de Deus”.

Mateus 4,4

RESUMO

O presente estudo objetivou avaliar a qualidade de vida de mulheres com câncer de colo do útero. Pesquisa descritiva-transversal com abordagem quantitativa realizada com 175 mulheres em tratamento para o câncer do colo do útero no ambulatório do Hospital do Câncer Aldenora Bello. O instrumento utilizado foi composto por dois questionários: o primeiro contendo questões fechadas a respeito das condições socioeconômicas, demográficas e clínicas das pacientes e o segundo o EORTC QLQ-30. Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft Excel versão 2016 e a análise estatística foi realizada no programa IBM SPSS 24. Os resultados evidenciaram que a maioria das entrevistadas estavam na faixa etária de 40 a 59 anos no momento do diagnóstico (56%), raça parda (69,8%), com ensino fundamental incompleto (44,7%), casadas (42,3%), possuíam entre 4 e 7 filhos (49,2%), estavam desempregadas (40%), eram católicas e com renda familiar mensal de 1 a 3 salários mínimos (66,9%). Quanto as condições de saúde, prevaleceu menarca >12 anos (89,7%), coitarca < 18 anos (74,3%), 1 a 5 parceiros sexuais (88,6%), a maioria nunca usou contraceptivos orais (68,6%), não alcoolistas (96%), não fumantes (96%) e nem praticavam atividade física (81,1%), o intervalo de dias entre o diagnóstico clínico e o tratamento foi ≤ 60 dias (76,6%). Quanto as condições clínicas, prevaleceu o carcinoma de células escamosas (90,3%), o estadiamento T3b/IIIB (41%) e a associação entre a radioterapia e quimioterapia (42,8%) como formas de tratamento. Em relação a qualidade de vida das entrevistadas avaliada pelo estado de saúde global, a mesma foi considerada satisfatória. Ao serem avaliadas as médias de qualidade de vida obtidas nos diversos domínios, verificou-se que, nas escalas funcionais, os itens função social ($84,2 \pm 29,4$), desempenho funcional ($62,3 \pm 40,4$) e função física ($61,0 \pm 27,5$) obtiveram os maiores resultados. Na escala de sintomas, as dificuldades financeiras ($66,7 \pm 41,2$) foram as mais presentes. Portanto, é de extrema importância incluir medidas de qualidade de vida na prática clínica, pois estas são importantes para avaliar as intervenções terapêuticas e identificar as consequências da doença na vida dessas mulheres.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero. Qualidade de Vida. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

The present study aimed to assess the quality of life of women with cervical cancer. Descriptive-transversal research with a quantitative approach carried out with 175 women undergoing treatment for cervical cancer at the outpatient clinic of the cancer hospital Aldenora Bello. The instrument used was composed of two questionnaires: the first containing closed questions regarding the socioeconomic, demographic and clinical conditions of the patients and the second the EORTC QLQ-30. The collected data was stored in a specific database created in Microsoft Excel version 2016 program and statistical analysis was performed using the IBM SPSS 24 program. The results showed that the majority of the interviewees were between 40 and 59 years old at the time of diagnoses (56%), mixed race (69,8%), with incomplete primary education (44,7%), married (42,3%), had between 4 and 7 children (49,2%), were unemployed (40%), catholics (50,9%) and had a monthly family income of 1 to 3 minimum wages (6,9%). As for health conditions, menarche prevailed > 12 years (89,7%), first sexual intercourse < 18 years old (74,3%), 1 to 5 sexual partners (88,6%), the majority never used oral contraceptives (68,6%), non-alcoholics (96%), non-smokers (96%) and nor did practice physical activity (81,1%), the interval of days between clinical diagnosis and treatment was ≤ 60 days (76,6%). As for clinical conditions, squamous cell carcinoma (90,3%) prevailed, T3b / IIIB staging (41%) and the association between radiotherapy and chemotherapy (42,8%) as forms of treatment. Regarding the interviewees' quality of life assessed by the global health status, it was considered satisfactory. When evaluating the quality of life averages obtained in the various domains, it was found that, in the functional scales, the items social function ($84,2 \pm 29,4$), functional performance ($62,3 \pm 40,4$) and physical function ($61,0 \pm 27,5$) obtained the greatest results. On the symptom scale, financial difficulties ($66,7 + 41,2$) were the most common. Therefore, it is extremely importante to include measures of quality of life in clinical practice, these can be essential in the evaluation of certain therapeutic interventions and in the consequences of the disease in the lives of these women.

Keywords: Cervical neoplasms. Quality of life. Women's Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGC	Células glandulares atípicas de significado indeterminado
AOI	Células atípicas de origem indefinida
ASC-H	Células escamosas atípicas de significado indeterminado não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau
CCU	Câncer do Colo do Útero
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
EORTC QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30
EORTC QLQ-CX24	Eortc Quality-of-life Questionnaire Cervical Cancer Module
FACT-CX	Functional Assessment of Cancer Therapy-Cervix
FACT-G	Functional Assessment of Cancer Therapy-General
FAPEMA	Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FOSP	Fundação Oncocentro de São Paulo
GM	Gabinete Ministerial
HPV	Papiloma Vírus Humano
HSIL	Lesão intraepitelial escamosa de alto grau
HUUPD	Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra
IARC	International Agency for Research on Cancer
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNCCU	Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero
PRO-ONCO	Programa de Oncologia
QualiCito	Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RHC	Registros Hospitalares de Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do câncer do colo do útero
SNC	Serviço Nacional de Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e econômicas de mulheres com câncer de colo do útero, São Luís-MA, (n=175)	28
Tabela 2 - Características de vida sexual e de saúde de mulheres com câncer de colo do útero, São Luís-MA, (n=175)	29
Tabela 3 - Características clínicas de mulheres com câncer de colo do útero, São Luís-MA, (n=175).....	30
Tabela 4 - Média e desvio padrão dos itens das funções e sintomas dos questionários <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer 30-Item Quality of Life Questionnaire</i>) EORTC QLQ-C30).....	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	Câncer de colo do útero.....	17
2.2	Qualidade de vida e o câncer de colo do útero.....	18
2.3	Histórico das políticas públicas de saúde e Câncer do colo do útero.....	20
3	OBJETIVOS	23
3.1	Objetivo Geral	23
3.2	Objetivos Específicos	23
4	METODOLOGIA	24
4.1	Desenho de estudo.....	24
4.2	Local de estudo	24
4.3	População e Amostra de estudo	24
4.4	Critérios de inclusão.....	24
4.5	Critérios de exclusão	25
4.6	Coleta de dados	25
4.7	Análise estatística.....	26
4.8	Aspectos éticos.....	27
5	RESULTADOS	28
5.1	Caracterização das mulheres portadoras de câncer do colo do útero segundo as variáveis socioeconômicas-demográficas e clínicas.....	28
5.2	Qualidade de vida das mulheres com câncer de colo do útero	31
6	DISCUSSÃO	33
7	CONCLUSÃO	38
	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICES	47
	ANEXOS	53

1 INTRODUÇÃO

Câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum, o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos. As células cancerosas, em vez de morrerem, continuam crescendo incontrolavelmente, formando outras novas células anormais (INCA, 2017).

O câncer de colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, o que compromete o tecido subjacente (estroma) e pode invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância. Essa doença possui duas categorias, tais como: carcinoma epidermóide, cerca de 80% dos casos, e o adenocarcinoma, câncer raro e que acomete o epitélio glandular (BRASIL, 2013).

A história natural do câncer do colo do útero é descrita como uma afecção inicialmente de caráter benigno que sofre transformações intraepiteliais progressivas que duram, em média, de 10 a 20 anos e pode evoluir para um carcinoma invasor (INCA, 2011). É considerado raro em mulheres até 30 anos e sua incidência aumenta progressivamente até ter seu pico na faixa de 45 a 50 anos de idade (INCA, 2016).

Segundo Inca (2017), o câncer de colo do útero ou câncer cervical demora muitos anos para se desenvolver. As alterações das células que podem desencadear essa doença são descobertas no exame preventivo ou Papanicolau, por isso é importante a sua realização periódica a cada três anos após dois exames anuais consecutivos negativos.

O câncer cervical possui alta mortalidade, tal característica pode ser atribuída à baixa cobertura pelo exame citopatológico, descontinuidade do seguimento após o diagnóstico precoce de lesões precursoras, qualidade dos exames citopatológicos e às limitações do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SILVA *et al.*, 2013).

O câncer de colo do útero é um importante problema de saúde pública no cenário Internacional e Nacional. As estimativas da International Agency for Research on Cancer (IARC), da OMS, sugerem que, em 2030, o número de casos novos da doença chegará a 21,4 milhões, atingindo cerca de 13,2 milhões de óbitos (INCA, 2014).

Segundo dados do Globocan (2018), o número de casos novos no mundo foi 569.847(3,2%). No Brasil, esse número de casos novos foi de 16 298 (5,8%). Em relação ao número de mortes no Brasil esse quantitativo foi de 8079 (3,3%).

No Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, foram estimados 16.590 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco previsto de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. Excluindo-se os tumores de pele não melanoma, o câncer de colo uterino é o segundo mais

incidente nas Regiões Norte (21,20/100 mil), Nordeste (17,62/100 mil) e Centro-Oeste (15,92/100 mil). No Maranhão, o número de casos novos em 2020, será de 890 e em São Luís 190 (INCA, 2019a).

A partir de 1960, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) passou a considerar o câncer cervical como um problema de saúde pública grave, propondo para tanto, a criação de campanhas de rastreamento. Essa posição vinha ao encontro dos interesses de especialistas brasileiros, que viam nas campanhas, a forma adequada de controle da doença (TEIXEIRA, 2015).

A estratégia definida pelo Ministério da Saúde (MS) para rastreamento do câncer de colo uterino e suas lesões precursoras é o exame citopatológico, ou teste de Papanicolau, direcionado às mulheres a partir de 25 anos que já iniciaram atividade sexual, prosseguindo até os 64 anos e interrompidos após essa idade, se houver pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (INCA, 2016).

De acordo com Inca (2019b), as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero sugerem que sejam encaminhadas para investigação colposcópica, todas as mulheres que apresentem exame citopatológico com os seguintes resultados: células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H), células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC), células atípicas de origem indefinida (AOI), lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), adenocarcinoma in situ e invasivo e carcinoma epidermoide.

O diagnóstico de câncer de colo do útero e a necessidade do tratamento repercutem de forma física e psicológica na vida das mulheres, deixando-as ansiosas com o prognóstico, bem como as mudanças provocadas pela doença e por seu tratamento- o que pode alterar a qualidade de vida (DALLABRIDA *et al.*, 2014).

Segundo o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL,1995), a qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, considerando objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Esta definição enfatiza a valorização subjetiva, em um contexto cultural, social e ambiental, onde estão presentes seis domínios: físico, psicológico, nível de interdependência, relacionamento social, ambiente e comportamentos pessoais.

A avaliação de qualidade de vida tem sido um indicador para orientar práticas assistenciais, bem como auxiliar na definição de estratégias de políticas públicas, tendo em vista que os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos (MENEGUIN *et al.*, 2018).

Estudos realizados por alguns autores como: Dallabrida *et al.* (2014), Lee *et al.* (2016), Dahiya *et al.* (2016) e Prasongvej *et al.* (2017) mostraram como as mulheres avaliaram a sua qualidade de vida, tais estudos também chamam atenção para a importância de se mensurar a qualidade de vida, já que o câncer de colo do útero ocasiona impactos psicológicos e emocionais nas mulheres.

Levando em consideração o que foi exposto, o problema é: Qual a qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero?

Este estudo é de grande relevância, uma vez que busca contribuir para o conhecimento do perfil das mulheres com câncer de colo do útero em São Luís, bem como, embasar novos estudos e elaborar políticas públicas para essa parcela da população.

Além disso, tive uma tia materna portadora de câncer de colo do útero. Durante minha convivência com ela pude observar o quanto o câncer prejudicou a sua qualidade de vida, com mudanças radicais no cotidiano, após o diagnóstico e no decorrer do tratamento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Câncer de colo do útero

O câncer do colo do útero é uma alteração celular que se origina no colo do útero e se manifesta inicialmente através de lesões precursoras, geralmente de evolução lenta e progressiva que ocorrem em estágios. Em graus variados, evoluem para displasia grave quando comprometem apenas o epitélio superficial e depois para o câncer invasivo, quando o comprometimento passa pela membrana basal (MINISTERIO DE SALUD, 2015).

De acordo com Brasil (2013), as neoplasias de câncer de colo uterino têm origem no epitélio de revestimento da ectocérvix ou nas células epiteliais que revestem as glândulas da endocérvix. Essas células são caracterizadas pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente, e pelo potencial para invadir estruturas e órgãos.

Segundo Souza e Costa (2015), os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer uterino são os seguintes: início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais, tabagismo, baixa condição socioeconômica, multiparidade, entre outros. Um importante fator de risco para o desenvolvimento dessa patologia é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), microrganismo associado à maior parte dos casos de lesão precursora do câncer do colo do útero.

A elevada chance de prevenção e cura se justifica pela evolução lenta da doença, com etapas bem definidas e facilidade de detectar precocemente as alterações, viabilizando diagnóstico rápido e tratamento eficaz (SILVA, K., *et al.*, 2014).

As ações para prevenção do câncer cervical devem ter como objetivo modificar atitudes, elevar o conhecimento e a competência das pessoas envolvidas, bem como, dar atenção especial aos grupos vulneráveis, especificamente, jovens e adolescentes (CARDONNE *et al.*, 2017).

Em relação aos tipos de prevenção existem a primária e a secundária. A prevenção primária é executada a partir do momento em que ocorre a identificação de fatores de risco para a prevenção do surgimento da doença, já a prevenção secundária do CCU é executada através do exame citopatológico para a detecção da doença (AMARAL *et al.*, 2017).

Quanto ao tratamento para essa doença, o mesmo é composto por cirurgia, quimioterapia e radioterapia, sendo que a escolha do tipo de intervenção dependerá do estadiamento da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais, como idade e desejo de ter

filhos. A cirurgia é a abordagem de escolha nos estádios iniciais, já nos casos avançados, a associação de radioterapia e quimioterapia concomitante é o tratamento padrão (INCA, 2014).

O câncer cervical é classificado de acordo com o Sistema TNM, usado para classificar tumores malignos, com base na extensão anatômica da doença. Essa classificação leva em conta, a avaliação de três componentes: T - a extensão do tumor primário, N - a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais e M - a ausência ou presença de metástase à distância. Já os estádios da FIGO têm por base o estadiamento clínico que inclui o exame histológico de um cone ou amputação do colo do útero (BRASIL, 2004).

2.2 Qualidade de vida e o câncer de colo do útero

A Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) no campo da Oncologia foi definido por Cella e Tulsky como a apreciação e a satisfação do paciente com seu nível atual de funcionamento, comparado com o percebido como possível ou ideal. Portanto, avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com câncer de colo do útero ajuda na identificação de aspectos relacionados ao bem-estar físico, mental e social que são afetados pela doença (LOFRANO *et al.*, 2016).

Além disso, a mensuração da QV ajuda na descoberta dos resultados do tratamento na perspectiva do paciente. O monitoramento dos sintomas da doença e dos efeitos colaterais da terapêutica são aspectos importantes que influenciam a QV dos pacientes afetados pelo câncer (ALVES *et al.*, 2012).

Para essa avaliação são utilizados três instrumentos, tais como: a Functional Assessment of Cancer Therapy-Cervix (FACT- CX), o EORTC Quality-of-Life Questionnaire Cervical Cancer Module (EORTC QLQ- CX24) e o European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (TAX *et al.*, 2017).

O FACT- Cx é um questionário que avalia a funcionalidade e a satisfação da paciente com os aspectos avaliados, em relação à última semana. O mesmo é composto por 42 itens, sendo 27 no módulo geral (FACT-G) agrupados nos domínios: bem-estar físico, social/familiar, funcional, cada um com sete itens, e bem-estar emocional, com seis itens. Os outros 15 itens correspondem ao domínio “preocupações adicionais”, que avalia sintomas específicos da área ginecológica, problemas intestinais e urinários, alterações vaginais, preocupação com o tratamento, alimentação, sexualidade e autoimagem (WEBSTER *et al.*, 2003).

O EORTC QLQ- CX24 é composto por 24 questões divididas em escalas de múltiplos itens e de item único: escala funcional relacionada a questões sobre imagem corporal, atividade sexual, prazer sexual e função sexual/vaginal; escala de sintomas incluindo a experiência sintomática, linfedema, neuropatia periférica, sintomas de menopausa e preocupação sexual. Os escores variam de 0 a 100, sendo que um escore elevado significa pior QVrs ou um elevado número de problemas ou sintomas, exceto para as questões atividade sexual e prazer sexual em que valores elevados indicam menos problema (GREIMEL *et al.*, 2006).

O EORTC- QLQ C30 é composto por 30 itens divididos em cinco escalas funcionais (desempenho físico e funcional, função cognitiva, emocional e social), três escalas de sintomas (fadiga, dor e náusea e vômitos), uma escala que avalia a qualidade de vida em geral, cinco termos únicos (dispneia, distúrbio de sono, perda de apetite, constipação e diarreia) e um item isolado que avalia o impacto financeiro (AARONSON *et al.*, 1993).

Muitos fatores contribuem para as alterações na qualidade de vida das mulheres com câncer cervical, entre os quais podemos citar: danos funcionais secundários aos tratamentos (cirurgias pélvicas e a radiação); efeitos colaterais comuns a quimioterapia e radioterapia (náusea, vômito, diarreia, constipação, mucosite, mudanças de peso e alterações hormonais) e fatores psicológicos, como por exemplo, crenças errôneas sobre a origem do câncer (National Cancer Institute, 2013).

Os efeitos colaterais da quimioterapia, como por exemplo, náuseas, vômitos, fraturas, má nutrição, desequilíbrio hidroeletrólítico e acidobásico, que muitas vezes levam à recusa do paciente a continuar os ciclos quimioterápicos, ajudam na diminuição da sua QVRS e, conseqüentemente, na eficácia do tratamento (BALLATORI; ROILA, 2003).

Os efeitos adversos mais comumente associados à radioterapia são os sintomas agudos, tais como: diarreia, fadiga e irritação vesical. Apesar de já terem 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 sexual (KAIDAR *et al.*, 2012).

As modalidades de tratamento causam sequelas ao assoalho pélvico, ocasionando uma série de disfunções associadas aos sistemas urinário e genital, conseqüentemente, há uma interferência na vida sexual. Além disso, a doença causa um impacto psicossocial e um dano físico que leva a uma deterioração da qualidade de vida (SHUANG *et al.*, 2014).

2.3 Histórico das políticas públicas de saúde e Câncer do colo do útero

O Serviço Nacional de Câncer (SNC) foi criado em 1941, objetivando-se o controle dessa doença. Na década de 1940, George Papanicolaou, pioneiro no estudo da citologia e na detecção do câncer de colo do útero, criou o exame preventivo. Esse teste detecta precocemente tumores na vagina e no colo do útero (INCA, 2008).

O presidente Juscelino Kubitschek, em 1956, contribuiu para a construção do Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, no Rio de Janeiro para atender aos casos de câncer de mama e aparelho genital feminino. Esta foi a primeira iniciativa de caráter institucional voltada para o controle do câncer de colo do útero (INCA, 2016).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1984. Esse programa tem como princípios e diretrizes, as seguintes propostas, tais como: descentralização, hierarquização, regionalização dos serviços, integralidade e a equidade da atenção (BRASIL, 2006).

Em 1986, foi criado o Programa de Oncologia (PRO-ONCO) que deu origem ao projeto Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino. Nesse projeto foram identificadas as ações para o controle do câncer cervical, tais como: integração entre os programas existentes e com a comunidade; ampliação da rede de coleta de material e da capacidade instalada de laboratórios de citopatologia e a articulação entre os diversos níveis de atenção para o tratamento (INCA, 2016).

A partir da consagração da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, o Ministério da Saúde obteve base institucional para uma atuação mais abrangente na área da saúde pública. No campo específico do controle do câncer de colo, a grande mudança institucional seria a criação de um programa nacional de screening de câncer de colo uterino (TEIXEIRA, 2015).

Na China, em 1995, ocorreu a Conferência Mundial sobre a Mulher, a partir desta conferência, o governo brasileiro passou a investir recursos na organização de uma rede nacional de detecção precoce do câncer do colo do útero (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde criou em 1995, a Portaria N° 2.439/GM que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica. Essa política estabelece as diretrizes para a efetivação de estratégias coerentes com a política nacional de promoção à saúde, com a organização de uma linha de cuidados em todos os níveis de atenção e privilegia a constituição de Redes Estaduais e Regionais de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005).

O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCU) foi criado em 1997, por intermédio de três fases: projeto-piloto; fase de intensificação, caracterizada pela introdução do Sistema de Informação Laboratorial do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino (Siscolo) e a fase de consolidação, na qual foram capacitados os diversos profissionais da rede de serviços, inclusive no âmbito gerencial (BRASIL, 2006).

Por intermédio do PNCCU, o Ministério da Saúde padronizou ações que foram implantadas na atenção básica a saúde. Essas ações englobam: rastreamento, coleta de material citopatológico, tratamento e acompanhamento de resultados alterados, educação e orientações (SOARES; SILVA, 2010).

O Ministério da Saúde lançou em 1997, o Projeto Piloto Viva Mulher em seis localidades (Belém, Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro e Sergipe). O objetivo desse projeto era reduzir a incidência e mortalidade pela doença com a ampliação do acesso das mulheres ao exame citopatológico (INCA, 2016).

Em 1998, o MS instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero. A primeira fase de intensificação ocorreu com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, estabelecimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações e dos mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo (BRASIL, 1998).

No ano seguinte, a Portaria nº 408, de 30 de julho de 1999 cria o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO, desenvolvido pelo INCA em parceria com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O sistema foi criado como ferramenta de gerência das ações do programa de controle do câncer de colo do útero (BRASIL, 1999).

Em 2010, o Ministério da Saúde instituiu um Grupo de Trabalho para avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero. Esse grupo debateu os avanços e desafios em seis áreas: gestão, acesso e cobertura do rastreamento, qualidade do exame citopatológico, acesso e qualidade do tratamento, indicadores de impacto do programa do câncer do colo e novas tecnologias de controle (BRASIL, 2010).

O governo federal em 2011 reafirmou a priorização do controle do câncer do colo do útero através de ações para o fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Ainda nesse ano, o Ministério da Saúde instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas (BRASIL, 2011).

Em 2013, o Ministério da Saúde redefiniu a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito) no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade de vida de mulheres com câncer de colo do útero.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever aspectos demográficos, socioeconômicos e clínicos das mulheres com câncer de colo do útero;
- Identificar o desempenho físico, funcional, cognitivo, emocional e social das mulheres com câncer de colo do útero.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho de estudo

Trata-se de em uma pesquisa descritiva- transversal com abordagem quantitativa.

4.2 Local de estudo

A pesquisa foi desenvolvida no ambulatório do Hospital do Câncer Aldenora Bello localizado no município de São Luís.

O Hospital do Câncer Aldenora Bello é uma instituição filantrópica e de referência para o tratamento oncológico. Foi instituído pela portaria do MS, número 741, de 19 de dezembro de 2005 como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Esse hospital conta com uma área de 8.145,19m², com 4444,50m² de área construída. Possui 175 leitos de internação, divididos em enfermarias clínica, cirúrgica, pediatria, UTI e apartamentos. Além disso, conta com um serviço de radioterapia e braquiterapia, além de um Serviço de Pronto Atendimento exclusivo para pacientes em atendimento oncológico.

4.3 População e Amostra de estudo

A população do estudo foi composta por 475 mulheres diagnosticadas com câncer de colo do útero. Esse quantitativo corresponde a 100% dos casos de câncer cervical em mulheres atendidas pela instituição no período de 1º de janeiro de 2017 a 30 de junho de 2018.

A determinação da amostra foi realizada por meio da fórmula para população finita e variáveis qualitativas (MIOT, 2011), considerando 5% de erro, totalizando uma amostra de 175 mulheres.

4.4 Critérios de inclusão

Diagnóstico confirmado de câncer do colo do útero; idade igual ou superior a 18 anos e concordassem em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

4.5 Critérios de exclusão

Mulheres com dificuldade de se comunicar com a pesquisadora; mulheres gestantes e que discordassem participar do estudo.

4.6 Coleta de dados

A entrevista foi realizada em um espaço reservado com todas as pacientes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Antes das pacientes assinarem o TCLE, as mesmas eram informadas sobre a proposta do estudo, bem como, os seus objetivos e a garantia de anonimato.

O instrumento foi composto por dois questionários: o primeiro contendo questões fechadas a respeito das condições socioeconômicas, demográficas e clínicas das pacientes (Apêndice B) e o segundo o EORTC QLQ- C30 (Anexo B).

O primeiro instrumento foi composto pelas seguintes variáveis: estado civil, escolaridade, raça/etnia, data de nascimento, faixa etária no momento do diagnóstico, número de filhos, situação de trabalho, religião, renda familiar mensal, menarca, coitarca, quantidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais, etilismo, tabagismo, atividade física, intervalo de dias entre o diagnóstico clínico e o tratamento, tipo histopatológico, estadiamento TNM/FIGO e tratamento.

Os dados referentes ao tipo histopatológico, estadiamento TNM/FIGO (Anexo C) e tratamento foram coletados a partir das informações disponíveis no prontuário das pacientes.

O segundo instrumento é o EORTC QLQ- C30 criado em 1993 pelos membros do Grupo de Qualidade de Vida. A terceira e atual edição deste questionário data do ano 2000. No Brasil, este instrumento foi validado em 2008 por Silva em um grupo de pacientes com câncer de mama. O EORTC QLQ- C30 é composto por 30 itens que incorpora cinco escalas funcionais, três escalas de sintomas, escalas de qualidade de vida e estado de saúde global.

A escala de saúde global (aborda aspectos sobre a saúde e a QVRS em geral; questões 29 e 30); escala funcional (engloba questões sobre aspectos físicos, emocionais, cognitivo, funcional e social; questões um a sete e 20 a 27); escala de sintomas (aborda sintomas como fadiga, insônia, enjoo e outros; questões oito a 19 e 28).

As questões devem ser respondidas levando em consideração os últimos sete dias ou a última semana. Deve-se escolher a resposta em uma escala tipo Likert de um a quatro na qual o um significa não, o dois significa pouco, o três significa moderadamente e o quatro muito,

exceto nas questões 29 e 30, cujas respostas variam de um a sete (um é considerado como péssima e o sete como ótima).

O escore é calculado separadamente para cada escala, sendo que o princípio para o cálculo dos escores é o mesmo. Primeiramente, calcula-se a média dos itens que compõem a escala, chamado de escore bruto. Em seguida é realizada uma transformação linear para padronizar o escore bruto. A pontuação varia de 0-100, sendo que, quanto maior o valor, melhor a QVRS, exceto pela escala de sintomas que quanto maior o valor, maior é o número de queixas (pior a QVRS).

Quadro 1 - Domínios, segundo o questionário European Organization for Research and Treatment of Cancer 30-Item Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ- C30)

Domínio I-Estado de saúde global	• Estado de saúde global 29 e 30
Domínio II-Escalas funcionais	<ul style="list-style-type: none"> • Função Física 1 a 5 • Desempenho Funcional 6 e 7 • Função Emocional 21 a 24 • Função Cognitiva 20 e 25 • Função Social 26 e 27
Domínio III-Escala de sintomas	<ul style="list-style-type: none"> • Fadiga 10, 12, 18 • Náusea e Vômito 14 e 15 • Dor 9 e 19 • Dispneia 8 • Insônia 11 • Perda do Apetite 13 • Constipação 16 • Diarreia 17 • Dificuldades Financeiras 28

Fonte: Manual EORTC QLQ-C30, 2001

4.7 Análise estatística

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft Excel versão 2016. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise estatística dos dados foi realizada no programa IBM SPSS 24 (IBM SPSS Statistics, 2016).

Inicialmente, realizou-se análises descritivas por meio de frequências relativas e absolutas das características sociodemográficas, econômicas, de vida sexual e clínicas.

Calculou-se ainda, médias e desvios padrão para os indicadores de qualidade de vida do EORTC QLQ- C30.

4.8 Aspectos éticos

A presente pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “HOMENS E MULHERES COM CÂNCER: SIGNIFICADOS, PERCEPÇÕES E IMPLICAÇÕES” aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra-HUUPD com parecer nº 1.749.940, conforme exigido pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa, que regulamenta a pesquisa científica em seres humanos, garantindo o caráter sigiloso das respostas bem como o anonimato do participante.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização das mulheres portadoras de câncer do colo do útero segundo as variáveis socioeconômicas-demográficas e clínicas

Foram entrevistadas 175 mulheres que estavam em tratamento no Hospital do Câncer Aldenora Bello, no período de agosto de 2018 a janeiro de 2019. Quanto a faixa etária no momento do diagnóstico prevaleceu a de 40 a 59 anos representada por 56% e o menor percentual foi de 20 a 39 anos (14,9%). Em relação a cor ou raça predominou a parda caracterizada por 69,8%. Quanto ao nível de instrução preponderou o ensino fundamental incompleto (44,7%). E o estado civil predominou as casadas/união estável representada por 42,3% (Tabela 1).

Ainda na tabela 1, a maioria das mulheres tiveram entre 4 e 7 filhos (49,2%). Em relação a ocupação, a maioria delas era desempregada representada por 40% e 2,3% eram pensionistas. Quanto a religião prevaleceu a católica correspondendo a 50,9%. Em relação a renda familiar mensal, a maioria delas ganhava de 1 a 3 salários mínimos (66,9%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e econômicas de mulheres com câncer de colo do útero, São Luís- MA, (n=175)

		(continua)	
		n	%
Idade ao diagnóstico	20 a 39 anos	26	14,9
	40 a 59 anos	98	56,0
	≥ 60 anos	51	29,1
Cor ou Raça	Parda	122	69,8
	Preta	25	14,3
	Branca	24	13,7
	Indígena	2	1,1
	Amarela	2	1,1
Nível de instrução	Sem instrução	45	25,7
	Ensino fundamental incompleto	78	44,7
	Ensino fundamental completo	11	6,3
	Ensino médio incompleto	9	5,1
	Ensino médio completo	20	11,4
	Ensino superior incompleto	2	1,1
	Ensino superior completo	10	5,7
Estado civil	Casada/união estável	74	42,3
	Solteira	70	40,0
	Viúva	22	12,6

Tabela 1 - Características sociodemográficas e econômicas de mulheres com câncer de colo do útero, São Luís- MA, (n=175)

		(conclusão)	
		n	%
	Separada	7	4,0
	Divorciada	2	1,1
Número de filhos	0-3 filhos	63	36,0
	4-7 filhos	86	49,2
	8-11 filhos	16	9,1
	> 11 filhos	10	5,7
Ocupação	Desempregada	70	40,0
	Aposentada	46	26,3
	Auxílio-doença	23	13,1
	Empregada	20	11,4
	Licença-saúde	12	6,9
	Pensionista	4	2,3
Religião	Evangélica/protestante	86	49,1
	Católica	89	50,9
Renda mensal familiar*	< 1 salário mínimo	55	31,4
	1 a 3 salários mínimos	117	66,9
	4 a 6 salários mínimos	3	1,7

*Salário mínimo vigente em 2019: R\$998,00 (BRASIL, 2019). Fonte: Autoria Própria (2019).

Na tabela 2, tivemos a menarca superior a 12 anos em 89,7% das entrevistadas. Quanto a coitarca prevaleceu < 18 anos em 74,3%. Com relação ao número de parceiros sexuais preponderou de 1 a 5 parceiros em 88,6% e em menor percentual > 11 parceiros (4%). Quanto ao primeiro uso de contraceptivos orais, a maioria das entrevistadas nunca usou (68,6%). Em relação ao etilismo e tabagismo, a maioria respondeu que não ingere bebida alcoólica e nem fumava, ambos com 96%. Já quanto a prática de atividade física, a maioria referiu não se exercitar (81,1%).

Tabela 2 - Características de vida sexual e de saúde de mulheres com câncer de colo do útero, São Luís- MA, (n=175)

		(continua)	
		n	%
Menarca	> 12 anos	157	89,7
	< 12 anos	18	10,3
Coitarca	< 18 anos	130	74,3
	18 a 24 anos	42	24,0
	25 ou mais	3	1,7
Número de parceiros sexuais	1 a 5 parceiros	155	88,6
	6 a 10 parceiros	13	7,4

Tabela 2 - Características de vida sexual e de saúde de mulheres com câncer de colo do útero, São Luís- MA, (n=175)

		(conclusão)	
		n	%
	> 11 parceiros	7	4,0
Uso de contraceptivos orais	15 a 20 anos	36	20,6
	21 a 26 anos	6	3,4
	27 a 32 anos	10	5,7
	33 a 38 anos	1	0,6
	44 a 49 anos	2	1,1
	Nunca usou	120	68,6
Etilismo	Não	168	96,0
	Sim	7	4,0
Tabagismo	Não	168	96,0
	Sim	7	4,0
Atividade física	Não	142	81,1
	Sim	33	18,9

Fonte: Autoria Própria (2019).

Na tabela 3, foram abordadas as seguintes variáveis: intervalo de dias entre o diagnóstico clínico e o tratamento, tipo histopatológico, estadiamento TNM/FIGO e tratamento. Quanto ao intervalo de dias entre o diagnóstico clínico e o tratamento, a maioria das mulheres referiu que foi ≤ 60 dias (76,6%). Em relação ao tipo histopatológico prevaleceu o carcinoma de células escamosas (90,3%). Quanto ao estadiamento TNM/FIGO preponderou o T3b/IIIB (41%) e em menor percentual o T1b1/IB1(1,1%). Já em relação ao tratamento, prevaleceu a radioterapia + quimioterapia (42,8%) e 1,7% fizeram cirurgia + quimioterapia.

Tabela 3 - Características clínicas de mulheres com câncer de colo do útero, São Luís-MA, (n=175)

		(continua)	
		n	%
Intervalo de dias entre o diagnóstico clínico e o tratamento	≤ 60 dias	134	76,6
	> 60 dias	41	23,4
Tipo histopatológico	Carcinoma de células escamosas	158	90,3
	Adenocarcinoma	13	7,4
	Carcinoma adenoescamoso	4	2,3
Estadiamento TNM/FIGO	T1/I	3	1,7
	T1b/IB	9	5,1
	T1b1/IB1	2	1,1
	T1b2/IB2	7	4,0
	T2/II	8	4,6

Tabela 3 - Características clínicas de mulheres com câncer de colo do útero, São Luís-MA, (n=175)

		(conclusão)	
		n	%
	T2a/IIA	9	5,1
	T2b/IIB	42	24,0
	T3/III	6	3,4
	T3a/IIIA	5	2,9
	T3b/IIIB	72	41,0
	T4/IVA	12	6,9
Tratamento	Radioterapia + quimioterapia	75	42,8
	Radioterapia + quimioterapia + braquiterapia	33	18,9
	Cirurgia + radioterapia + quimioterapia	22	12,6
	Radioterapia	13	7,4
	Cirurgia	10	5,7
	Cirurgia + radioterapia + quimioterapia + braquiterapia	10	5,7
	Quimioterapia	5	2,9
	Cirurgia + radioterapia	4	2,3
	Cirurgia + quimioterapia	3	1,7

Fonte: Autoria Própria (2019).

5.2 Qualidade de vida das mulheres com câncer de colo do útero

Na tabela 4, a qualidade de vida avaliada pelo estado de saúde global teve uma média de $72,1 \pm 29,3$. Ao serem avaliadas as médias de qualidade de vida obtidas nos diversos domínios, verificou-se que, nas escalas funcionais, os itens função social ($84,2 \pm 29,4$), desempenho funcional ($62,3 \pm 40,4$) e função física ($61,0 \pm 27,5$) obtiveram os maiores resultados. Na escala de sintomas, as dificuldades financeiras foram as mais presentes ($66,7 \pm 41,2$), seguida pela dor ($48,5 \pm 41,1$).

Tabela 4 - Média e desvio padrão dos itens das funções e sintomas dos questionários *European Organization for Research and Treatment of Cancer 30-Item Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30)

(continua)		
	Média	Desvio padrão
Domínio I – Estado de saúde global		
Estado de saúde global	72,1	29,3
Domínio II - Escalas funcionais*		
Função Social	84,2	29,4
Desempenho Funcional	62,3	40,4
Função Física	61,0	27,5
Função Cognitiva	57,3	35,3
Função Emocional	49,9	32,8

Tabela 4 - Média e desvio padrão dos itens das funções e sintomas dos questionários *European Organization for Research and Treatment of Cancer 30-Item Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30)

	Média	Desvio padrão
(conclusão)		
Domínio III - Escala de sintomas**		
Dificuldades financeiras	66,7	41,2
Dor	48,5	41,1
Fadiga	44,1	35,4
Insônia	43,8	44,6
Constipação	39,4	45,6
Perda de apetite	38,3	44,7
Náusea e vômito	28,0	36,1
Dispneia	17,9	31,9
Diarreia	17,0	33,7

*Quanto mais próximo de cem, melhor a Qualidade de Vida Global; **Quanto mais próximo de cem, pior Qualidade de Vida Global; Fonte: Autoria própria (2019).

6 DISCUSSÃO

A faixa etária predominante no momento do diagnóstico foi 40-59 anos (56,0%). Resultado semelhante foi encontrado no estudo desenvolvido por Rozario *et al.* (2019), com 1004 mulheres no Rio de Janeiro, em que a faixa etária no momento do diagnóstico predominante foi ≥ 40 anos (72,8%).

Observa-se que o predomínio da faixa etária 40-59 anos sugere que as mulheres não fazem o exame Papanicolau regularmente. No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza que este exame seja realizado dos 25 aos 64 anos, após esse período, pode ser interrompido quando tiverem dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

Quanto a cor ou raça predominou a parda (69,8%). O achado encontrado por Júnior *et al.* (2018), no seu estudo de série temporal baseado nos dados contidos nos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e na Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) com 65.843 mulheres, corrobora com este estudo, já que 50,85% se autodeclararam pardas.

Em relação ao nível de instrução houve predominância do ensino fundamental incompleto (44,7%). Silva, R., *et al.* (2018) realizou um estudo documental baseado em 108 prontuários das mulheres atendidas em um Centro de Oncologia do Agreste Pernambucano, em que 44,32% das participantes relataram possuir o ensino fundamental incompleto. Já Ribeiro *et al.* (2016), em seu estudo com 266 mulheres no hospital filantrópico de referência em oncologia para o estado do Piauí encontrou que a maioria eram sem instrução (43,0%), esse dado está em desacordo com a nossa pesquisa.

Considerando as pessoas de 15 anos ou mais, a taxa de analfabetismo diminuiu na Região Norte, Sudeste e Centro-Oeste, mantendo-se estável nas demais regiões. Convém destacar que tal indicador reflete as desigualdades regionais, na medida em que as Regiões Nordeste e Norte apresentaram as maiores taxas de analfabetismo – 8% e 14,5%, respectivamente, para pessoas com 15 anos ou mais de idade (IBGE, 2018).

O nível de instrução contribui para o aumento do número de casos da doença, pois o nível de conhecimento é capaz de influenciar na adoção de medidas preventivas quando se tem um melhor conhecimento sobre a doença (SILVA, D., *et al.*, 2014).

Quanto ao estado civil predominaram as casadas/união estável (42,3%). Resultado semelhante foi encontrado por Thuler *et al.* (2014), estudo transversal baseado nos dados contidos nos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e na Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) com 37.638 mulheres em que 50,8% eram casadas. Já na pesquisa realizada por

Aredes *et al.* (2017), estudo prospectivo de coorte e observacional baseado nos dados do INCA com 49 entrevistadas, a maioria delas referiu ser solteira (51,0%).

Estudos referentes ao comportamento sexual das mulheres revelaram que as casadas ou com união estável eram mais infectadas pelo vírus HPV, fator de risco diretamente relacionado ao CCU, do que as solteiras. As mulheres solteiras e sem parceiros fixos, mesmo com maior número de parceiros sexuais quando comparados às casadas apresentam baixa relação com o HPV, por conta do uso de preservativos de barreira (VILAÇA *et al.*, 2012).

Com referência ao número de filhos predominou 4-7 filhos (49,2%). Mwaka *et al.* (2016), encontrou resultado semelhante em seu estudo realizado no Norte da Uganda com 149 mulheres, as mesmas referiram ter entre 5 e 10 filhos (72,0%). Em contrapartida, Sharma *et al.* (2017) em sua pesquisa retrospectiva na Mangalore, Índia, com 155 pacientes, elas responderam que tinham entre 1-4 filhos (70,5%).

A multiparidade pode duplicar ou triplicar o risco de lesões precursoras do câncer cervical entre mulheres infectadas com os tipos de HPV oncogênicos. As mulheres que tiveram muitos filhos e eram infectadas pelo HPV têm um risco maior para a doença, se comparadas com as nulíparas. A literatura ressalta ainda que as lesões de alto grau sejam mais frequentes nas mulheres que tiveram de um a três partos, e o carcinoma infiltrante, nas que tiveram entre quatro a seis partos (CARVALHO; QUEIROZ, 2011).

Quanto à ocupação predominou mulheres desempregadas (40,0%). Santos *et al.* (2012) fez um estudo com 34 pacientes no Serviço de Radioterapia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, nesta pesquisa 44,1% das mulheres também eram desempregadas. Já no estudo desenvolvido por Ribeiro *et al.* (2016) com 266 mulheres no hospital filantrópico de referência em oncologia para o estado do Piauí, 87,9% das entrevistadas referiram ser aposentadas.

A ocupação é também determinante para o câncer de colo uterino, pois mulheres que trabalham fora de casa apresentam proporções mais elevadas de atitudes adequadas em relação ao exame Papanicolau, como por exemplo, maior acesso à informação nos contatos com outras trabalhadoras, o que pode estimular práticas preventivas de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011).

Em relação a religião, a porcentagem das católicas foi maior (50,9%). Resultado semelhante foi encontrado por Rubini *et al.* (2012) em seu estudo exploratório e descritivo, realizado no Ambulatório de Radioterapia localizado em Florianópolis com 16 mulheres em que 62% das entrevistadas são católicas.

A fé ajuda no enfrentamento do câncer, assim como auxilia os pacientes a suportarem os desafios causados pelos tratamentos. Por isso, a fé é apontada como um instrumento importante para o paciente e sua família no enfrentamento diante do diagnóstico e tratamento, por sua tendência de promover conforto e esperança na superação da doença (SALCI *et al.*, 2011).

Quanto a renda mensal familiar predominou de 1 a 3 salários mínimos (66,9%). Resultado semelhante foi encontrado por Silva, M., *et al.* (2018) em seu estudo descritivo quanti-qualitativo realizado no Mato Grosso do Sul com 7 mulheres. Já no estudo realizado por Mazumder *et al.* (2017) em Bangladesh com 200 entrevistadas, a maioria afirmou que eram da classe baixa, ou seja, menos de 1 salário mínimo (44,0%).

A educação adequada de mulheres de baixa classe socioeconômica é importante para conscientizar sobre os perigos e fatores de risco de câncer do colo do útero, assim como, sobre o manejo e a cura da doença (CHAUHAN *et al.*, 2016).

Com referência a menarca preponderou > 12 anos (89,7%). Resultado semelhante foi encontrado por Dayiha *et al.* (2017), estudo realizado na Índia com 67 pacientes, uma vez que 68,66% referiram a ocorrência da menarca entre 13 e 14 anos.

Em se tratando da coitarca, a maioria das mulheres revelou ter tido a primeira relação sexual com < 18 anos (74,3%). Conde *et al.* (2018), em seu estudo com 99 pacientes no Ambulatório de Ginecologia Oncológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, interior de São Paulo, mostrou que 52,5% das pacientes referiram a coitarca entre 15 e 18 anos, dado que corrobora com este estudo.

As relações sexuais precoces que resultam em atividade sexual mais frequente e prolongada, especialmente no tecido cervical jovem, são muito suscetíveis a alterações oncogênicas, especialmente pelo HPV (YUMKHAIBAM *et al.*, 2016).

Quanto ao número de parceiros sexuais, 88,6% das entrevistadas revelaram ter tido de 1 a 5 parceiros. Batista *et al.* (2017) realizou um estudo transversal baseado em banco de dados do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Pernambuco, com 122 mulheres em que 64,29% tiveram de 1 a 3 parceiros.

Mulheres com mais de três parceiros possuem o risco 3,4 vezes de desenvolver lesão neoplásica secundária ao HPV quando comparadas aquelas com um único parceiro (THULER *et al.*, 2014).

Em se tratando do uso de contraceptivos orais, 68,6% das participantes afirmaram nunca terem usado. Dados contrários à nossa pesquisa foram achados por Neha *et al.* (2017),

estudo realizado em Kerala, Índia, com 104 mulheres, já que 15,4% das mulheres já usaram contraceptivos orais.

O uso prolongado de contraceptivos orais pode ser um cofator que aumenta em até quatro vezes o risco de carcinoma cervical em mulheres positivas para o DNA do HPV cervical (NEHA *et al.*, 2017).

Em relação ao etilismo, a maioria delas referiram que não ingerem bebida alcoólica (96,0%). No estudo realizado por Thuler *et al.* (2014), estudo transversal baseado nos dados contidos nos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e na Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) com 37.638 mulheres, a maioria das entrevistadas (58,4%) referiram não fazer o uso de bebida alcoólica.

Quanto ao tabagismo, a maioria delas afirmaram que não faziam uso de cigarro (96,0%). Resultado semelhante foi encontrado por Castaneda *et al.* (2019), estudo transversal realizado no ambulatório de ginecologia do Hospital do Câncer III do Instituto Nacional de Câncer com 116 mulheres, pois 90,52% não fumam. Dados contrários à nossa pesquisa foram descobertos por Batista *et al.* (2017), estudo transversal baseado em banco de dados do IMIP, Pernambuco, com 122 mulheres, uma vez que 76,38% das entrevistadas referiram que fazem uso de cigarro.

Sabe-se que a nicotina e seus metabólitos estão presentes na secreção cervical e que o tabagismo está relacionado à eliminação de citocinas cervicais que aceleram o processo fisiológico de maturação cervical através da metaplasia escamosa. A resposta dinâmica do epitélio, mediante o aumento da proliferação e atividade celular, torna o epitélio mais suscetível à infecção pelo HPV e a outras doenças sexualmente transmissíveis (FEBRASGO, 2010).

Quanto a atividade física, a maioria das entrevistadas relataram ser sedentárias (81,1%). Resultado semelhante foi encontrado por Lee *et al.* (2016), em seu estudo na Coreia com 104 mulheres, 51,9% delas não faziam exercício regularmente. Em contrapartida, Huang *et al.* (2017), estudo realizado em Taiwan com 75 pacientes, relatou que, ocasionalmente, 34,67% das entrevistadas faziam exercício físico (34,67%).

O estilo de vida possui forte influência sobre a qualidade de vida de mulheres que fazem tratamento para o câncer de colo do útero (IYER *et al.*, 2016). Além disso, as atividades de lazer promovem a melhoria da qualidade de vida, já que proporcionam a manutenção da saúde e do bem-estar (ROCHA *et al.*, 2016).

Em se tratando do intervalo de dias entre o diagnóstico clínico e o tratamento houve prevalência de ≤ 60 dias (76,6%). Carvalho *et al.* (2018) realizou estudo no Rio de Janeiro

com 839 mulheres, o mesmo encontrou dados contrários ao da nossa pesquisa, uma vez que esse intervalo foi superior a 60 dias (88%).

A disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde influenciam de forma direta a sobrevida dos pacientes. Tendo em vista, o estabelecimento de prazos que garantam o tratamento dos pacientes diagnosticados com câncer em momento oportuno, foi publicada a Lei Federal nº 12.732/2012 fixando prazo de até 60 dias contados a partir da data da confirmação do diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor para que o paciente com neoplasia maligna inicie o tratamento no SUS (BRASIL, 2012).

Em relação ao tipo histológico houve predomínio do carcinoma de células escamosas (90,3%). O estudo de Correia *et al.* (2018) realizado no Hospital referência para tratamento de câncer em Recife com 46 entrevistadas corrobora com o este estudo, uma vez que 91,30% das entrevistadas possuem esse tipo de carcinoma.

O carcinoma de células escamosas é o mais comum dos cânceres de colo do útero, além de ter melhor prognóstico quando comparado ao adenocarcinoma e ao sarcoma (MASCARELLO *et al.*, 2012).

Em se tratando do estadiamento TNM/FIGO preponderou o T3b/IIIB (41,0%). Resultado semelhante foi encontrado por Santos *et al.* (2012), estudo com 34 pacientes no Serviço de Radioterapia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife. Já no estudo realizado por Neha *et al.* (2017), estudo realizado em Kerala, Índia, com 104 mulheres, a maioria das entrevistadas estavam com a doença no estágio IIA (26,92%).

Quanto ao tratamento, sobressaiu a associação entre a radioterapia e a quimioterapia (42,8%). Na pesquisa realizada por Ribeiro *et al.* (2014), estudo realizado em um hospital filantrópico de referência em oncologia no Piauí com 699 mulheres, predominou radioterapia + quimioterapia (37,5%). Já no estudo feito por Urrutia *et al.* (2014), realizado no Oriente Médio com 126 mulheres, a maioria delas respondeu que trataram o câncer cervical com a cirurgia (43,2%) - esse achado está em desacordo com a nossa pesquisa.

O uso da quimioterapia antineoplásica com o protocolo de cisplatina associado à braquiterapia tem sido muito importante, uma vez que tem permitido o aumento da resposta individual à terapia e reduzido o volume da massa tumoral, para posterior cirurgia, caso haja necessidade (FRIGO *et al.*, 2015).

Em relação ao Domínio I- Estado de saúde global, o resultado foi satisfatório (72,1). Resultado semelhante foi encontrado por Dallabrida *et al.* (2014), em seu estudo transversal realizado no Rio Grande do Sul com 43 mulheres, uma vez que o escore do estado de saúde

global foi 79,08. Já o estudo realizado por Bashir *et al.* (2017) na Índia com 58 mulheres mostrou um estado de saúde global pouco satisfatório (50,9).

O Estado de saúde global satisfatório, possivelmente, ocorre devido a melhora no estado de saúde dos pacientes e da diminuição dos sintomas após os primeiros meses de tratamento, ou ainda, da atuação da equipe multiprofissional, promovendo ações de acolhimento e acompanhamento desde o início do tratamento (ANDRADE *et al.*, 2019).

Quanto ao Domínio II- Escalas funcionais, a função social foi satisfatória (84,2), ou seja, melhor qualidade de vida. Pasek *et al.* (2012) em sua pesquisa realizada na Polônia com 157 mulheres demonstrou que a função social (73,29) está relacionada a melhor qualidade de vida.

A situação de estar com câncer pode favorecer a aproximação dos laços e, com isso, contribuir positivamente na avaliação da qualidade de vida (LOFRANO *et al.*, 2016).

Em relação ao Domínio III- Escala de sintomas, as dificuldades financeiras (66,7) correspondem a pior qualidade de vida. O estudo realizado por Dahiya *et al.* (2016) na Índia com 56 mulheres revelou que a pior qualidade de vida também estava relacionada as dificuldades financeiras. Já a pesquisa realizada por Prasongvej *et al.* (2017) na Tailândia com 95 entrevistadas mostrou que a fadiga (23,6) correspondia a pior qualidade de vida.

A partir do diagnóstico da condição saúde/doença, novas atividades são introduzidas no dia a dia, tais como: uso de medicação, fazer dieta, consultas médicas e exames laboratoriais periódicos. Essas atividades são acompanhadas por perdas de ordem financeira, determinadas pelo afastamento do trabalho, aposentadoria precoce e gastos com medicações de alto custo, além das despesas com transporte e alimentação durante o período do tratamento (VISENTIN *et al.*, 2010).

Outro aspecto bastante afetado no domínio III foi a dor, esta pode ser consequência do tratamento quimioterápico, radioterápico e cirúrgico, além de ser causada pelo tumor, pela presença de metástases, ou por motivos não relacionados ao câncer, como perda funcional, alterações metabólicas, infecciosas, carências e degenerativas (RABELO; BORELLA, 2013).

7 CONCLUSÃO

Esse estudo evidenciou que a maioria das entrevistadas estavam na faixa etária de 40 a 59 anos quanto a idade ao diagnóstico, raça parda, com ensino fundamental incompleto, casadas, possuíam entre 4 e 7 filhos, estavam desempregadas, eram católicas e com renda familiar mensal de 1 a 3 salários mínimos.

Quanto as condições de saúde, prevaleceu menarca > 12 anos, coitarca < 18 anos, 1 a 5 parceiros sexuais, a maioria nunca usou contraceptivos orais, não bebiam, fumavam e nem praticavam atividade física, o intervalo de dias entre o diagnóstico clínico e o tratamento foi \leq 60 dias.

Quanto as condições clínicas, prevaleceu o carcinoma de células escamosas, o estadiamento T3b/IIIB e a associação entre a radioterapia e quimioterapia como formas de tratamento.

Em relação a qualidade de vida das entrevistadas avaliada pelo estado de saúde global, a mesma foi considerada satisfatória. Ao serem avaliadas as médias de qualidade de vida obtidas nos diversos domínios, verificou-se que, nas escalas funcionais, os itens função social, desempenho funcional e função física obtiveram os maiores resultados. Na escala de sintomas, as dificuldades financeiras foram as mais presentes.

O aumento da incidência do câncer do colo do útero é um problema de saúde pública que precisa ser resolvido. Em primeiro lugar, é necessário que haja melhora no acesso à informação e decréscimo nas dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Além disso, é primordial que os gestores e profissionais de saúde promovam ações, objetivando o controle e a integralidade do cuidado.

Portanto, é de extrema importância incluir medidas de qualidade de vida na prática clínica, pois estas são importantes para avaliar as intervenções terapêuticas e identificar as consequências da doença na vida dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

- AARONSON, N. K. *et al.* The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. **Journal of the National Cancer Institute**, v.85, n.3, p.365-376, 1993.
- ALBUQUERQUE, Z.B.P. *et al.* Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer cervicouterino em Goiânia-GO. **Rev Eletrônica Enferm**, v.13, n.2, p.239-249, 2011.
- ALVES, R. F.*et al.* Qualidade de vida em pacientes oncológicos na assistência em casas de apoio. **Aletheia**, Canoas, n. 38-39, p. 39-54, 2012.
- AMARAL, M. S.; GONÇALVES, A.G.; SILVEIRA, L.C.G. Prevenção do câncer de colo de útero: A atuação do profissional enfermeiro nas unidades básicas de saúde. **Revista Científica Facmais**, v. 8, n. 1, p 2238–8427, 2017.
- ANDRADE, A. L. P. *et al.* Influência do tratamento quimioterápico no comportamento alimentar e qualidade de vida de pacientes oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 2, p.1-9, 2019.
- AREDES, M.A.; GARCEZ, M.R.; CHAVES, G.V Influence of Chemoradiotherapy on Nutritional Status, Functional Capacity, Quality of Life and Toxicity of Treatment for Patients with Cervical Cancer. **Nutrition and Dietetics**, Austrália, v. 75, n. 3, p263-270, 2017.
- BALLATORI, E.; ROILA, F. Impacto of nausea and vomiting on quality of life in cancer patients during chemotherapy. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.1, n.46, p. 1-11, 2003.
- BASHIR, A.; KUMAR, D.; DEWAN, D.; SHARMA, R. A longitudinal study to assess quality of life in cervical cancer patients before and after cancer-directed treatment. **International Journal of Medical Science and Public Health**, v.6, n.11, p.1626-1634, 2017.
- BATISTA, M.G.; RAMOS, K.D. S; COSTA, C.B.A. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres Com Câncer Do Colo Do Útero Associado Ao Estadiamento Avançado. **Revista de Ciências Da Saúde Nova Esperança**, v. 15, n. 2, p. 77–88, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3040**, de 21 de junho de 1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 408**, de 30 de agosto de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2439**, de 31 de dezembro de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 310**, de 10 de fevereiro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.473**, de 24 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.388**, de 30 de dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos**. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 12732**, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União. 23 nov 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto fixa salário mínimo de R\$ 998 em 2019**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/emprego-e-previdencia/2019/01/decreto-fixa-salario-minimo-de-r-998-em-2019>. Acesso em: 17 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 124 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 13); (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

CARDONNE, T.M.et al. Prevención y Control Del Cáncer de Cuello Uterino. **Correo Científico Médico de Holguín**, v. 21, n. 1, p. 187–203, 2017.

CARVALHO, M.C.MP.; QUEIROZ, A.B.A. Mulheres Portadoras de lesões Precursoras do câncer do colo do Útero e HPV: descrição do Perfil socioeconômico e demográfico. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v.23, n.1, p.28-33, 2011.

CARVALHO, P. G. D.; O'DWER, G.; RODRIGUES, N.C. P. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 687-701, 2018.

CASTANEDA, L. et al. Prevalência de Incapacidades e Aspectos Associados Em Mulheres Com Câncer de Colo Do Útero, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 27, no. 3, p. 307–15, 2019.

CHAUHAN, R. et al. A Hospital based Study of Clinical Profile of Cervical Cancer Patients of Bihar, an Eastern State of India. **Womens Health Gynecol**, v.2, n.2, p.1-4, 2016.

CONDE, C. R.; LEMOS, T.M.R.; FERREIRA, M.D.L.D.S.M. Características Sociodemográficas, Individuais e Programáticas de Mulheres Com Câncer de Colo Do Útero. **Enfermeria Global**, v. 17, n. 1, p. 359–69, 2018.

CORREIA, R. A. et al. Quality of Life after Treatment for Cervical Cancer. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2018.

DAHIYA, N. et al. Quality of Life of Patients with Advanced Cervical Cancer before and after Chemo-radiotherapy. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 17, n.7, p.3095-3099, 2016.

DAHIYA, N. et al. Socio-Demographic, Reproductive and Clinical Profile of Women Diagnosed with Advanced Cervical Cancer in a Tertiary Care Institute of Delhi. **The Journal of Obstetrics and Gynecology of India**, v. 67, n. 1, p. 53–60, 2017.

DALLABRIDA, F. A.et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer do colo de útero. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v.15, n.1, p.116-122, 2014.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de Orientação Trato Genital Inferior capítulo 02: ectopia**. São Paulo: FEBRASGO, 2010. 18p.

FRIGO, L.F.; ZAMBARDA, S.D.O. Câncer do colo de útero: efeitos do tratamento. **Cinergis**, v.16, n.3, p.164-168, 2015.

GLOBAL CANCER OBSERVATORY. **Brazil**: number of new cases in 2018, both sexes, all ages. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/76-brazil-fact-sheet.pdf>. Acesso em 20 de nov. 2019.

GLOBAL CANCER OBSERVATORY. **Cervix uteri**: number of new cases in 2018, both sexes, all ages. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>. Acesso em 20 de nov. 2019.

GREIMEL, E.R.et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) quality-of-life questionnaire cervical cancer module: eortc QIQ-cX24. **Cancer**, v.107, n.8, p. 1812-1822, 2006.

HUANG, H.Y. et al. Quality of Life of Breast and Cervical Cancer Survivors. **BMC Women's Health**, v. 17, n. 1, p. 1–12, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: notas técnicas versão 1.5. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. 94p.

IBM Corp. Released 2016. **IBM SPSS Statistics for Windows**, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2008. 488p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 3ªed. rev. atual. – Rio de Janeiro: Inca, 2017.108 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: Inca; 2011. 104p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2 ed rev atual. Rio de Janeiro: Inca, 2016.114p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019a, 120 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: Inca, 2019b. 32 p.

IYER, N. S .et al. Health Behaviors in Cervical Cancer Survivors and Associations with Quality of Life. **Clinical Therapeutics**, v.38, n.3, p.467-475, 2016.

JUNIOR, N. L.R.; SILVA, G.A. Tendências temporais e fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado de câncer do colo uterino: análise dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil, 2000-2012.**Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 2, p.1-13, 2018.

KAIDAR, P.O. *et al.* Current principles for radiotherapy in cervical cancer. **Med Oncol**, v. 29, n.4, p. 2919-2922, 2012.

LEE, Y. et al. Comparison of Quality of Life and Sexuality between Cervical Cancer Survivors and Healthy Women. **Cancer Research and Treatment**, v. 48, n. 4, p.1321-1329, 2016.

LOFRANO, A.D.; COURA, C. P.M; SOBREIRA, M. J.S. Avaliação da Qualidade de Vida de Mulheres com Carcinoma do Colo do Útero em Quimioterapia Paliativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 3, 2016.

MASCARELLO, K.C.et al. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero Associado ao Estadiamento Inicial. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.3, p.417-426, 2012.

MAZUMDER, U.; ROUF, S.; SARKAR, S. Assessment of Sociodemographic Profile, Risk and Delay Factors of Cancer Cervix in Bangladesh. **Journal of Clinical Trials and Regulatory Affairs**, v.1, n.1, p.1-6, 2017.

MENEGUIN, S.; MATOS, T.D.D.S.; FERREIRA, M.D.L.D.S.M. Percepção de pacientes oncológicos em cuidados paliativos sobre qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71, n.4, p.2114-2220, 2018.

MINISTERIO DE SALUD. **Guía Clínica. Câncer Cervicouterino (CaCu)**. Santiago: Minsal, 2015. 102p.

MIOT, H.A.; Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**, v.10, n.4, p. 275-278, 2011.

MWAKA, A.D. et al. Social, Demographic and Healthcare Factors Associated with Stage at Diagnosis of Cervical Cancer: Cross-Sectional Study in a Tertiary Hospital in Northern Uganda. **BMJ Open**, v. 6, n. 1, p. 1–9, 2016.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. Sexuality and Reproductive Issues - Factors affecting sexual function in people with cancer. United States: U.S. **National Institutes of Health**. 2013.

NEHA, E. L.; KONDAKASSERIL, N.R. Socio-demographic, reproductive and clinical profile of women diagnosed with cervical cancer in a tertiary care center in middle Kerala. **International Journal of Community Medicine and Public Health**, v.4, n.6, p.2112-2117, 2017.

PASEK, M.; SUCHOCKA, L.; URBAN ´SKI, K. Quality of Life in Cervical Cancer Patients Treated with Radiation Therapy. **Journal of Clinical Nursing**, v.22, p. 690–697, 2012.

PRASONGVEJ, P. et al. Quality of Life in Cervical Cancer Survivors and Healthy Women: Thai Urban Population Study. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 18, n. 2, p. 385–389, 2017.

RABELO, M.R.; BORELLA, M.L.L. Papel do farmacêutico no seguimento farmacoterapêutico para o controle da dor de origem oncológica. **Revista Dor**, São Paulo, v.14, n.1, p. 58-60, 2013.

RIBEIRO, J.F. et al. Aspectos sociodemográficos e clínico da mulher idosa com câncer de colo do útero. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, p. 1–5, 2016.

RIBEIRO, J.F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero em uma cidade do nordeste. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.5, n.4, p. 2406-2420, 2014.

ROCHA, F.N.D. et al. Lazer e qualidade de vida na percepção de pessoas acima de 60 anos. **Revista Mosaico**, v. 7, n. 2, p. 4-9, 2016.

ROZARIO, S.D. et al. Characterization of women with cervical cancer assisted at Inca by Histological Type. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 88, p. 1-12, 2019.

RUBINI, A.M.D.S.; SANTOS, J.L.G.D.; ERDMANN, A.L.; ROSA, L.M.D. Discursos de mulheres com câncer cervical em tratamento braquiterápico: subsídios para o cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 3, p. 601-609, 2012.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Enfrentamento do câncer em família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. spe, p. 178-186, 2011.

SANTOS, A. L. A. et al. Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com Câncer do Colo do Útero em Tratamento Radioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3 p. 507–515, 2012.

- SHARMA, A. et al. Profile of cervical cancer patients attending Tertiary Care Hospitals of Mangalore, Karnataka: A 4 year retrospective study. **Journal of Natural Science, Biology and Medicine**, v. 8, n. 1, p. 125–129, 2017.
- SHUANG, Y. et al. A Systematic Review of Quality of Life and Sexual Function of Patients With Cervical Cancer After Treatment. **International Journal of Gynecological Cancer**, v. 24, n. 7, p. 1146 - 1157, 2014.
- SILVA, D. S. M. D. et al. Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1163-1170, 2014.
- SILVA, K.B. et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 240–48, 2014.
- SILVA, M. A. D. et al. Fatores que, na Visão da Mulher, Interferem no Diagnóstico Precoce do Câncer do Colo do Útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 99-106, 2018.
- SILVA, M.M.P.D. et al. Acesso a serviços de saúde para o controle do câncer do colo uterino na atenção básica. **J. res.: fundam. care. online**, v. 5, n. 3, p. 273-282, 2013.
- SILVA, R.C.G. et al. Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 18, n. 4, p. 703-710, 2018.
- SOARES, M.B.O.; SILVA, S.R. Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 177-182, 2010.
- SOUZA, A. F.; COSTA, L.H.R. Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 343-350, 2015.
- TAX, C. et al. Measuring health-related quality of life in cervical cancer patients: a systematic review of the most used questionnaires and their validity. **BMC Medical Research Methodology**, Estados Unidos, v. 17, n. 15, p. 1-9, 2017.
- TEIXEIRA, L.A. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 2, p. 653-673, 2013.
- The WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicin**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.
- THULER, L.C.S.; AGUIAR, S.S.D.; BERGMANN, A. Determinantes do diagnóstico em estadió avançado do câncer do colo do útero no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 237-243, 2014.
- URRUTIA, M.T.; CONCHA, X.; PADILLA, O. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvicouterino. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia**, v. 79, n. 5, p. 368-377, 2014.

VILAÇA, M.D.N.et al. Diferença nos padrões de tratamento entre pacientes idosas e adultas portadoras de câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 497-505, 2012.

VISENTIN, A.; LENARDT, M. H. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 486-492, 2010.

WEBSTER, K.; CELLA, D.; YOST, K. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACT) measurement system: properties, applications, and interpretation. **Health and Quality of Life Outcomes**, Estados Unidos, v. 1, n. 79.p. 1-7, 2003.

YUMKHAIBAM, S.D.et al. Clinicoepidemiological Study of Cervical Carcinoma in Northeast India. **Indian Journal of Applied Research**, Gujarat, v. 6, n. 8, p. 64-66, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

Solicitamos o seu consentimento para participar da pesquisa intitulada "Mulheres com câncer de colo do útero: avaliação da qualidade de vida, sob responsabilidade da pesquisadora Prof.^a Dr.^a Ana Hélia de Lima Sardinha. Nesta pesquisa cujo objetivo geral é avaliar a qualidade de vida de mulheres com câncer de colo do útero, você responderá um questionário com perguntas sobre sua qualidade de vida e haverá um levantamento sobre seus dados socioeconômicos, demográficos e clínicos. Em nenhum momento a senhora será identificada. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim sua identidade será preservada.

A Senhora não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa, em como desconfortos ou riscos. Ressaltamos que sua contribuição trará benefícios para a sociedade e a comunidade acadêmica. Você é livre para desistir da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com a senhora. Em caso de dúvida você pode procurar a pesquisadora Prof.^a Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha (anahsardinha@ibest.com.br) no Departamento de Enfermagem da UFMA localizado no Paulo Freire ou o Comitê de Ética do Hospital Universitário Presidente Dutra situado na Rua Barão de Itapary, 227-Centro-São Luís-MA-Cep: 65020-070 Tel (98) 2109-1250.

_____ de _____ de 2018.

Assinatura do pesquisador(a): _____

Assinatura da entrevistada: _____

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

FICHA PROTOCOLO

Características socioeconômicas-demográficas e condições de saúde e clínicas das mulheres
com câncer de colo do útero

DATA: ___/___/___

Nº ___

I) Características socioeconômicas-demográficas

1.Nome: _____

2. Cor ou Raça:

() preta () branca () parda () amarela () indígena () outra

3. Faixa etária no momento do diagnóstico:

() 20 a 39 anos

() ≥ 60 anos

() 40 a 59 anos

4.Data de nascimento: _____

5.Nível de instrução:

() sem instrução

() ensino fundamental completo

() ensino fundamental incompleto

() ensino médio completo

() ensino médio incompleto

() ensino superior completo

() ensino superior incompleto

6.Estado civil:

solteira casada/união estável viúva divorciada separada

7.Número de filhos: _____

8.Você está trabalhando no momento?

empregada desempregada em licença saúde aposentada
 auxílio-doença pensionista

9.Em caso afirmativo. Qual a sua ocupação?

10.Qual sua religião?

11. No somatório da sua renda com a sua família. Qual a renda familiar mensal?

inferior a 1 salário mínimo 1 à 3 salários mínimos 4 à 6 salários mínimos
 7 á 10 salários mínimos 11 ou mais salários mínimos

II) Condições de saúde:**12.Com qual idade você menstruou?**

inferior a 12 anos acima de 12 anos não lembra

13.Quando foi sua primeira relação sexual?

inferior a 18 anos 18 a 24 anos 25 ou mais
 não lembra

14.Com quantos parceiros você já teve relação sexual?

nenhum 1 a 5 6 a 10 11 ou mais
 não recorda

15. Faz ou fez uso de contraceptivos orais? /Com que idade começou a tomar?

16.Faz uso de bebida alcóolica?

sim não

17. Você fuma?

sim não

18. Você faz atividade física? /Em caso afirmativo. Quantas vezes na semana?

19. Quando iniciou o câncer de colo do útero? /Há quanto tempo foi feito o diagnóstico clínico e o tratamento?

III)Condições clínicas:

20.Dados clínicos:

20.1 Tipo histopatológico: _____

20.2 Estadiamento TNM/FIGO:

() TX

() To

() Tis Carcinoma in situ/0

() T1/I

() T1a/IA

() T1a1/IA 1

() T1a2/IA2

() T1b/IB

() T1b1/IB1

() T1b2/IB2

() T2/II

() T2a/IIA

() T2b/IIB

() T3/III

() T3a/IIIA

() T3b/IIIB

() T4/IVA

() NX

() No

() N1

() MX

() Mo

M1/IVB

20.3 Tratamento realizado:

cirurgia

radioterapia

quimioterapia

cirurgia + radioterapia

braquiterapia

radioterapia + quimioterapia

cirurgia + radioterapia+ quimioterapia

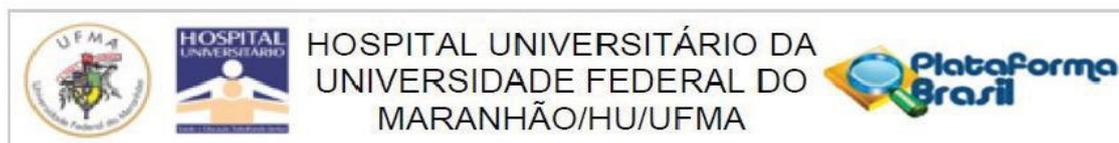
radioterapia + quimioterapia + braquiterapia

cirurgia + radioterapia + quimioterapia + braquiterapia

cirurgia + quimioterapia

ANEXOS

ANEXO A -(PARECER COMITE DE ÉTICA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HOMENS E MULHERES COM CÂNCER: SIGNIFICADOS, PERCEPÇÕES E IMPLICAÇÕES

Pesquisador: Ana Hélia de Lima Sardinha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58484616.3.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.749.940

Apresentação do Projeto:

O câncer é uma doença crônico-degenerativa multicausal e atualmente é um grande problema de saúde pública mundial tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Existem fatores determinantes de vários tipos de câncer, muitos deles são hereditários, entretanto, a interação com fatores como, os hábitos de vida dos indivíduos e suas condições socioeconômicas, demográficas e ambientais determina um risco aumentado do adoecimento. No ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos

incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O objetivo consistirá em avaliar os significados, percepções e implicações dos homens e mulheres com câncer, atendidas em hospital de referência em tratamento do câncer no Maranhão. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem mista baseado nos pressupostos de pesquisas qualitativa e quantitativa. A pesquisa será desenvolvida no Hospital do Câncer Aldenora Bello (HCAB), localizado em São Luís do Maranhão, atualmente o único Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do estado do Maranhão. Serão utilizados questionários validados com perguntas fechadas para a obtenção de dados quantitativos e um roteiro de entrevista para os dados qualitativos. Os dados quantitativos serão importados para o software de tratamento estatístico STATA 14, onde serão gerados

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

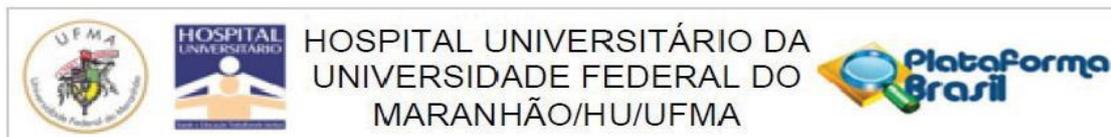
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.749.940

gráficos e tabelas, analisados e discutidos à luz da literatura. A análise qualitativa será interpretado demonstrando a peculiaridade de cada participante da pesquisa mediante as questões norteadoras.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os significados, percepções e implicações dos homens e mulheres com câncer.

Objetivo Secundário:

Caracterizar variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas dos homens e mulheres com câncer.

Correlacionar os indicadores socioeconômicos e demográficos e clínicos dos homens e mulheres com câncer;

Verificar a percepção qualidade de vida dos homens e mulheres com câncer;

Identificar a qualidade de vida dos cuidadores de homens e mulheres com câncer;

Identificar a imagem corporal autorreferida dos homens e mulheres com câncer;

Descrever os significados dos cuidados para os homens e mulheres com câncer;

Descrever o significado de cuidar de paciente com câncer para os cuidadores e os profissionais de enfermagem;

Conhecer as percepções dos homens e mulheres ao enfrentarem o câncer;

Conhecer as implicações do câncer para os homens e mulheres;

Descrever a satisfação dos usuários a cerca da assistência de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisadora refere que: "O risco aos participantes será de ordem emocional, relacionados ao envolvimento que naturalmente acontece nos momentos das entrevistas, quando surgem sentimentos que podem estar relacionado às perguntas formuladas."

Benefícios:

Segundo a pesquisadora: "Os benefícios estão relacionados à relevância social a partir do momento em que a discussão sobre o tema trará reflexões aos usuários, cuidadores e os profissionais de enfermagem oportunizando os participantes a discutirem sobre o entendimento do significado, percepções e implicações do câncer, visando à melhoria da assistência dos

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

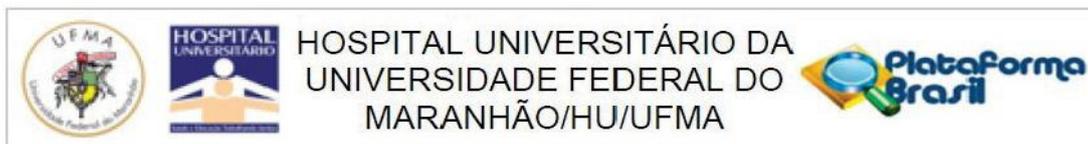
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.749.940

mesmos."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante que pretende avaliar os significados, percepções e implicações dos homens e mulheres com câncer e poderá contribuir para o entendimento dos significados, percepções e implicações que acometem os homens e mulheres com câncer, visando à melhoria da assistência dos mesmos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3).

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa—CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

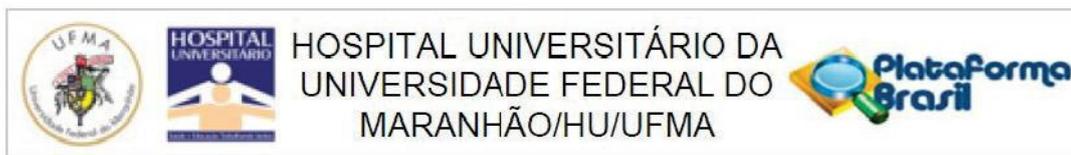
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.749.940

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEP-HUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O pesquisador deve: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP quando solicitado; e encaminhar os resultados para publicação sejam eles favoráveis ou não e justificar ao CEP caso haja interrupção do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_765097.pdf	02/09/2016 08:34:09		Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	02/09/2016 08:33:21	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_cancer2.docx	02/09/2016 08:32:47	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Cancer_usuario2.pdf	02/09/2016 08:32:16	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cancer_profissionais2.pdf	02/09/2016 08:31:55	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cancer_cuidador2.pdf	02/09/2016 08:31:34	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	questionario3.pdf	28/07/2016 12:35:58	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	questionario1.pdf	28/07/2016 12:35:06	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	questionario2.pdf	28/07/2016 12:34:23	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	termo_de_autorizacao.pdf	28/07/2016 12:31:47	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	termo_de_compromisso.PDF	28/07/2016 12:20:16	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	termo_de_anuencia.PDF	28/07/2016 12:19:38	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

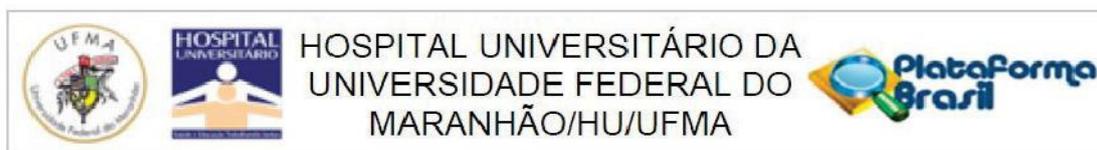
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.749.940

Outros	declaracao_de_responsabilidsde.PDF	28/07/2016 12:19:11	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	28/07/2016 11:39:09	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 28 de Setembro de 2016

Assinado por:

Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

ANEXO B

PORTUGUESE (BRAZIL)

**EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)**

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. As informações que você fornecer permanecerão estritamente confidenciais.

Por favor, preencha suas iniciais:

--	--	--	--	--	--

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
1. Você tem alguma dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
6. Tem sido difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil praticar seu hobby ou participar de atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

ANEXO C

TNM - Classificação Clínica

T - Tumor Primário

Categories TNM	Estádios da FIGO	
TX		O tumor primário não pode ser avaliado
T0		Não há evidência de tumor primário
Tis	0	Carcinoma <i>in situ</i> (carcinoma pré-invasivo)
T1	I	Carcinoma do cérvix confinado ao útero (extensão ao corpo deve ser desprezada)
T1a	IA	Carcinoma invasivo, diagnosticado somente pela microscopia. Todas as lesões visíveis macroscopicamente – mesmo com invasão superficial – são T1b/Estádio IB
T1a1	IA1	Invasão estromal de até 3 mm e com 7 mm ou menos de extensão horizontal
T1a2	IA2	Invasão estromal com mais de 3 mm até 5 mm em profundidade com uma extensão horizontal de 7mm ou menos
		Nota: A profundidade da invasão não deve ser maior do que 5 mm, medida a partir da base do epitélio, superficial ou glandular, do qual se origina. A profundidade da invasão é definida como a medida do tumor, desde a junção epitelial-estromal da papila dérmica adjacente mais superficial até o ponto mais profundo da invasão. O envolvimento do espaço vascular, venoso ou linfático, não altera a classificação.

Categorias TNM	Estádios da FIGO	
T1b	IB	Lesão clinicamente visível, limitada ao colo, ou lesão microscópica maior que T1a2/IA2
T1b1	IB1	Lesão clinicamente visível com 4cm ou menos em sua maior dimensão
T1b2	IB2	Lesão clinicamente visível com mais de 4 cm em sua maior dimensão
T2	II	Tumor que invade além do útero, mas não atinge a parede pélvica ou o terço inferior da vagina
T2a	IIA	Sem invasão de paramétrio
T2b	IIB	Com invasão de paramétrio
T3	III	Tumor que se estende à parede pélvica, compromete o terço inferior da vagina, ou causa hidronefrose ou exclusão renal
T3a	IIIA	Tumor que compromete o terço inferior da vagina, sem extensão à parede pélvica
T3b	IIIB	Tumor que se estende à parede pélvica, ou causa hidronefrose ou exclusão renal
T4	IVA	Tumor que invade a <i>mucosa</i> vesical ou retal, ou que se estende além da pélvis verdadeira. <i>Nota:</i> A presença de edema bolhoso não é suficiente para classificar o tumor como T4. A lesão deve ser confirmada por biopsia
M1	IVB	Metástase à distância

N - Linfonodos Regionais

- NX Os linfonodos regionais não podem ser avaliados
- N0 Ausência de metástase em linfonodo regional
- N1 Metástase em linfonodo regional

M - Metástase à Distância

- MX A presença de metástase à distância não pode ser avaliada
- M0 Ausência de metástase à distância
- M1 Metástase à distância