

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MULHERES COM CÂNCER DE COLO DO ÚTERO:
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**Thayane Costa Ferreira Araújo^a<https://orcid.org/0000-0002-0798-567X>Kamilla Karem Silva Bezerra^b<https://orcid.org/0000-0001-7143-4365>Joelson dos Santos Almeida^c<https://orcid.org/0000-0001-6926-7043>Ana Hélia de Lima Sardinha^d<https://orcid.org/0000-0002-8720-6348>**Resumo**

O câncer de colo do útero é um importante problema de saúde pública. Este trabalho objetiva avaliar a qualidade de vida de mulheres com câncer de colo do útero. Para tanto, foi realizado um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado com 175 mulheres em tratamento do câncer do colo do útero em um hospital de referência. Predominou a faixa etária de 40 a 59 anos (56%) com o diagnóstico, a maioria das pacientes eram pardas (69,8%), com ensino fundamental incompleto (44,7%) e casadas (42,3%). Com relação aos dados clínicos, a maioria referiu menarca aos > 12 anos (89,7%), coitarca aos < 18 (74,3%) e até cinco parceiros sexuais (88,6%). O tumor mais presente foi o carcinoma de células escamosas, com 90,3% dos casos; o estadiamento T3b/IIIB esteve em 41% dos registros; e 42,8% dos casos associaram radioterapia e quimioterapia para tratamento. A qualidade de vida pelo estado de saúde global foi satisfatória, com 72,1. Quanto aos domínios, na escala funcional a função social obteve média de

^a Enfermeira. Mestre em Saúde e Ambiente. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (Fapema). São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: thyanecosta1910@gmail.com

^b Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: kamillaksbezerra@gmail.com

^c Enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Saúde e Ambiente. Bolsista da Fapema. São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: joelsonalmeida2011@gmail.com

^d Enfermeira. Doutora em Ciências Pedagógicas. Docente Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente na UFMA. São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: anahs2222@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Patologia, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente. Praça Madre Deus, n. 2 – 2º andar, Bairro Madre Deus. São Luís, Maranhão, Brasil. CEP:65025-560. E-mail: saudeambiente@ufma.br

84,2, e, na escala de sintomas, a dificuldade financeira de 66,7. A qualidade de vida foi considerada satisfatória entre as pacientes, o que sinaliza melhoria das terapêuticas em saúde, planos de cuidado eficazes e trabalho em equipe multiprofissional que condiciona uma boa prática clínica.

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

SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF WOMEN WITH CERVICAL CANCER: QUALITY OF LIFE EVALUATION

Abstract

Cervical cancer is an important public health problem. This work aims to evaluate the quality of life of women with cervical cancer. To that end, a cross-sectional study with a quantitative approach was carried out with 175 women undergoing treatment for cervical cancer at a reference hospital. There was a predominance of the age group between 40 and 59 years old (56%) at diagnosis, most patients were brown (69.8%), with incomplete primary education (44.7%), and married (42.3%). Regarding clinical data, most reported menarche > 12 years old (89.7%), coitarche with < 18 years old (74.3%), and had up to 5 sexual partners (88.6%). The most frequent tumor was squamous cell carcinoma, with 90.3% of the cases; the T3b/IIIB staging showed in 41% of the records; and 42.8% of the cases associated radiotherapy and chemotherapy for treatment. The quality of life by global health status was satisfactory, with 72.1. Regarding the domains, on the functional scale, the social function obtained a mean of 84.2 and, in the scale of symptoms, the financial difficulty, of 66.7. The quality of life was considered satisfactory among the patients, which indicates the improvement of the therapies in health, effective care plans, and multidisciplinary teamwork that conditions good clinical practice.

Keywords: Quality of life. Cervical neoplasms. Oncology.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Resumen

El cáncer de cuello uterino es un importante problema de salud pública. El objetivo de este trabajo fue evaluar la calidad de vida de mujeres con cáncer de cuello uterino. Para ello, se realizó un estudio transversal, de enfoque cuantitativo, con 175 mujeres en tratamiento por

cáncer de cuello uterino en un hospital de referencia. Predominó el grupo etario de 40 a 59 años, con un 56% al momento del diagnóstico, la mayoría de las pacientes eran pardas (69,8%), el nivel de educación primaria incompleta (44,7%) y casadas (42,3%). Con respecto a los datos clínicos, la mayoría refirió menarquia > 12 años (89,7%), edad de coito < 18 años (74,3%) y tuvo hasta cinco parejas sexuales (88,6%). El tumor más frecuente fue el carcinoma epidermoide en el 90,3% de los casos, la estadificación T3b/IIIB estuvo presente en el 41% de los registros, y en el 42,8% de los casos se asoció radioterapia y quimioterapia para el tratamiento. La calidad de vida por estado de salud global fue satisfactoria en un 72,1. En cuanto a los dominios, en la escala funcional, la función social obtuvo el promedio del 84,2, y en la escala de síntomas, la dificultad financiera presentó el 66,7. La calidad de vida se consideró satisfactoria entre las pacientes, lo que señala la mejora de las terapias de salud, planes de atención efectivos y trabajo en equipo multidisciplinario que permite una buena práctica clínica.

Palabras clave: Calidad de vida. Neoplasias de cuello uterino. Oncología.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero (CCU) 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: o carcinoma epidermoide, que representa cerca de 80% dos casos; e o adenocarcinoma, câncer raro e que acomete o epitélio glandular¹.

O câncer cervical apresenta alta mortalidade, tal característica pode ser atribuída à baixa cobertura pelo exame citopatológico, à descontinuidade do seguimento após o diagnóstico precoce de lesões precursoras, à qualidade dos exames citopatológicos e às limitações do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero².

O CCU é um importante problema de saúde pública no cenário internacional e nacional. As estimativas da International Agency for Research on Cancer (IARC), da Organização Mundial da Saúde (OMS), sugerem que, em 2030, o número de casos novos chegará a 21,4 milhões, atingindo cerca de 13,2 milhões de óbitos³.

No Brasil, para cada ano do triênio 2023-2025, foram estimados 17.100 casos novos de CCU, com um risco previsto de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres. Excluindo-se os tumores de pele não melanoma, o CCU é o segundo mais comum nas regiões Norte (20,48/100 mil), Nordeste (17,59/100 mil) e Centro-Oeste (20,48/100 mil). No Maranhão, o número de casos novos estimados para 2023 foi de 800, e em São Luís 160⁴.

O diagnóstico de CCU e a necessidade do tratamento repercutem de forma física e psicológica na vida das mulheres, deixando-as ansiosas com o prognóstico, bem como com as mudanças provocadas pela doença e por seu tratamento – o que pode alterar sua qualidade de vida⁵.

Segundo o World Health Organization Quality of Life Group, a qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, em seu contexto cultural e do sistema de valores nos quais vive, considerando objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Essa definição enfatiza a valorização subjetiva, em um contexto cultural, social e ambiental, no qual estão presentes seis domínios: físico, psicológico, nível de interdependência, relacionamento social, ambiente e comportamentos pessoais⁶.

Levando em consideração o que foi exposto, pergunta-se: qual a qualidade de vida das 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 CCU, bem como embasar novos estudos e elaborar políticas públicas para essa população. Assim, a pesquisa tem o objetivo de avaliar a qualidade de vida de mulheres com CCU.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa. Esta pesquisa foi desenvolvida em um ambulatório de referência localizado na cidade de São Luís (MA), Brasil. Todas as mulheres com diagnóstico confirmado da doença foram consideradas elegíveis. A população do estudo foi composta por todos os casos de CCU do ambulatório, havendo 475 mulheres diagnosticadas. A determinação da amostra foi realizada por meio da fórmula para população finita e variáveis qualitativas, considerando 5% de erro, totalizando uma amostra de 175 mulheres⁷. Esse quantitativo corresponde a 100% dos casos de câncer cervical em mulheres atendidas pela instituição no período de janeiro de 2017 a junho de 2019.

Foram utilizados dois questionários: o primeiro continha questões fechadas a respeito das condições socioeconômicas, demográficas e clínicas das pacientes; e o segundo, o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* (EORTC QLQ-C30).

O primeiro instrumento foi composto das 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 a tipo histopatológico, estadiamento TNM/FIGO e tratamento foram coletados a partir das informações disponíveis no prontuário das pacientes que concordaram com a busca.

O segundo instrumento é o EORTC QLQ-C30, criado em 1993 pelos membros do Quality of Life Group. O EORTC QLQ-C30 é composto por trinta itens e 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 da saúde e da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em geral (questões 29 e 30); a escala funcional engloba questões sobre aspectos físicos, emocionais, cognitivo, funcional e social (questões de 1 a 7 e 20 a 27); e a escala de sintomas aborda sintomas como fadiga, insônia, enjoo e outros (questões de 8 a 19 e 28).

As questões devem ser respondidas levando em consideração a última semana. Deve-se escolher a resposta em uma escala tipo Likert de 1 a 4, na qual 1 significa não, 2 significa pouco, 3 significa moderadamente e 4 muito, exceto nas questões 29 e 30, cujas respostas variam de 1 a 7 (em que 1 é considerado péssimo e 7 ótimo).

O escore é calculado separadamente para cada escala, mas 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 a 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 QVRS).

A entrevista foi realizada com todas as pacientes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em um espaço reservado. Antes das pacientes assinarem o TCLE, foram informadas sobre a proposta do estudo, bem como seus objetivos e a garantia de anonimato. Desse modo, os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft Excel versão 2019. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise estatística dos dados foi realizada no programa IBM SPSS 24, que, inicialmente, realizou análises descritivas das características sociodemográficas, clínicas e da vida sexual. Calculou-se, ainda, médias e desvios padrão para os indicadores de qualidade de vida do EORTC QLQ-C30.

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “Homens e mulheres com câncer: significados, percepções e implicações”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD), sob parecer nº 1.749.940, conforme preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Participaram 175 mulheres que estavam em tratamento em um serviço de referência oncológica. Com relação às variáveis sociodemográficas, houve predomínio da faixa etária de 40 a 59 anos, com 56% dos casos. No que concerne à cor/raça, a maioria das pacientes eram pardas (69,8%). No que diz respeito à escolaridade, preponderou o ensino fundamental incompleto, com 44,7% das entrevistadas (**Tabela 1**).

Quanto ao estado civil, predominaram as casadas ou em união estável, com 42,3% das entrevistadas; quanto ao número de filhos, 49,2% das mulheres possuíam entre quatro e sete filhos. Em relação à ocupação, 40% das participantes eram desempregadas. No tocante à religião, prevaleceu a católica, correspondendo a 50,9%. Referente à renda familiar, a maioria delas (66,9%) ganhava de um a três salários mínimos com (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicas de mulheres com câncer de colo do útero (N = 175). São Luís, Maranhão, Brasil – 2022

		N	%
Idade ao diagnóstico	20 a 39 anos	26	14,9
	40 a 59 anos	98	56,0
	≥ 60 anos	51	29,1
Cor/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
	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

(continua)

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicas de mulheres com câncer de colo do útero (N = 175). São Luís, Maranhão, Brasil – 2022

		(conclusão)	
		N	%
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

Fonte: Elaboração própria.

*Salário mínimo vigente em 2019: R\$ 998,00.

Em 89,7% das participantes, a menarca ocorreu em idade superior a 12 anos. Quanto à coitarca, prevaleceu < 18 anos, com 74,3% dos casos. Com relação ao número de parceiros sexuais, preponderou de um a cinco parceiros, caso de 88,6% das entrevistadas (**Tabela 2**).

Quanto ao primeiro uso de contraceptivos orais, a maioria das entrevistadas nunca usou (68,6%). Em relação ao etilismo e ao tabagismo, a maioria respondeu que não ingere bebida alcoólica nem fuma, ambos representados por 96%. Já quanto à prática de atividade física, a maioria referiu não se exercitar, com 81,1% das entrevistadas (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Características da vida sexual e da saúde de mulheres com câncer de colo do útero (N = 175). São Luís, Maranhão, Brasil – 2022

		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 anos ou mais	3	1,7
Número de parceiros sexuais	1 a 5 parceiros	155	88,6
	6 a 10 parceiros	13	7,4
	≥ 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: Elaboração própria.

Quanto ao intervalo de dias entre o diagnóstico clínico e o tratamento, a maioria das mulheres referiu que foi ≤ 60 dias, correspondendo a 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%). Já em relação ao tratamento, prevaleceu a radioterapia combinada à quimioterapia: 42,8% (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Características clínicas das mulheres com câncer de colo do útero (N = 175). São Luís, Maranhão, Brasil – 2022

		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
	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: Elaboração própria.

Com relação aos resultados do EORTC QLQ-C30, obteve-se uma média de $72,1 \pm 29,3$ para a qualidade de vida avaliada pelo estado de saúde global (**Tabela 4**). Ao serem mensuradas 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**).

Tabela 4 – Média e desvio padrão dos itens do questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30*(EORTC QLQ-C30).
São Luís, Maranhão, Brasil – 2022

	Média	Desvio padrão
Domínio I – Estado de saúde global		
Estado de saúde global	72,1	29,3
Domínio II – Escalas funcionais*		
Desempenho funcional	62,3	40,4
Função cognitiva	57,3	35,3
Função emocional	49,9	32,8
Função física	61,0	27,5
Função social	84,2	29,4
Domínio III – Escala de sintomas**		
Constipação	39,4	45,6
Diarreia	17,0	33,7
Dificuldades financeiras	66,7	41,2
Dispneia	17,9	31,9
Dor	48,5	41,1
Fadiga	44,1	35,4
Insônia	43,8	44,6
Náusea e vômito	28,0	36,1
Perda de apetite	38,3	44,7

Fonte: Elaboração própria.

*Quanto mais próximo de cem, melhor a qualidade de vida global

**Quanto mais próximo de cem, pior a qualidade de vida global

DISCUSSÃO

A faixa etária predominante no momento do diagnóstico foi a dos 40 a 59 anos, com 56,0%. Dados superiores foram encontrados no estudo de Rozario et al.⁸ realizado no Rio de Janeiro, em que a faixa etária no momento do diagnóstico foi maior de 40 anos. Destaca-se que o predomínio da faixa etária de 40 a 59 anos sugere que as mulheres não fazem o exame Papanicolau regularmente. No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza que esse exame seja realizado dos 25 aos 64 anos, após esse período pode ser interrompido quando houver dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

Quanto à cor/raça, a maioria das pacientes eram pardas, com 69,8% dos casos. Dados inferiores foram encontrados no estudo de Aredes, Garcez e Chaves⁹ realizado no Rio de Janeiro, em que 44,9% das mulheres se declararam pardas. Consoante aos estudos populacionais, destaca-se que os estados do Maranhão e do Rio de Janeiro apresentam respectivamente 66,9% e 36,5% de pessoas pardas¹⁰.

Em relação ao nível de instrução, houve predominância do ensino fundamental incompleto (44,7%). Dado semelhante foi encontrado no estudo de Silva et al.¹¹ realizado em Pernambucano, em que 44,3% das participantes relataram possuir o ensino fundamental

incompleto. Destaca-se que o nível de instrução contribui para o aumento do número de casos dessa doença, visto que o grau de conhecimento influencia a adoção de medidas preventivas para o controle do câncer cervical.

Quanto ao estado civil das pacientes, as casadas ou em união estável representaram 42,3% dos casos. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Renna Jr. E Silva¹² realizado em São Paulo, em que mulheres casadas representavam 45,16% dos casos. Reforça-se que o suporte conjugal é um importante apoio emocional e psicológico durante o período do diagnóstico ao tratamento das pacientes oncológicas, tornando-se fundamental neste percurso.

Com referência ao número de filhos, as mulheres que tinham entre quatro e sete filhos predominaram, com 49,2% dos casos. Dados contrários à nossa pesquisa foram encontrados no estudo de Sharma et al.¹³, em que as mulheres tinham menos de quatro filhos (70,5%). Apesar da divergência dos estudos, a multiparidade é apontada como fator de risco importante para o desenvolvimento do câncer cervical. Portanto, uma maneira eficaz de reduzir esse tipo de câncer seria o planejamento familiar com base no aconselhamento e o controle da natalidade¹³.

Quanto à ocupação, predominaram as mulheres desempregadas (40,0%). Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Corpes et al.¹⁴ realizado em Fortaleza (CE), em que 60,6% das mulheres eram donas de casa. As ocupações apresentadas em nosso estudo se assemelham às mulheres do lar, pois ambas as categorias sinalizam ausência de emprego. E as mulheres que desenvolvem suas atividades em casa possuem melhor bem-estar físico quando comparadas àquelas que realizam alguma atividade externa¹⁴.

Em relação à religião, a porcentagem das católicas foi maior, com 50,9%. Resultados semelhantes foram encontrados por Rubini et al.¹⁵ em Florianópolis (SC): 62% de mulheres católicas. Com isso, aponta-se a importância da religião para o enfrentamento da doença, visto que a portadora de câncer cervical e seus familiares buscam na espiritualidade o alcance de um ótimo estado de bem-estar¹⁴. Ademais, os estados do Maranhão e de Santa Catarina apresentam as maiores frequências de católicos, com 78% e 73%, respectivamente¹⁰.

Quanto à renda mensal familiar, a maior ocorrência foi de um a três salários mínimos (66,9%). Dados superiores foram encontrados no estudo de Silva et al.¹⁶ realizado no Mato Grosso do Sul, em que a estratificação salarial de um a três salários esteve presente no caso de 71,4% das entrevistadas. Isso corrobora a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, em que as maiores proporções de renda de até dois salários mínimos foram registradas no Maranhão, com 25,7%, e no Mato Grosso do Sul, com 37,4%¹⁷.

Com referência à menarca, preponderou a faixa etária maior de 12 anos (89,7%). Em conformidade com esta pesquisa, no estudo de Dayiha et al.¹⁸ 68,66% das mulheres

referiram a ocorrência da menarca entre 13 e 14 anos. Cabe ressaltar que, dentre os fatores de risco para CCU, encontra-se a menarca, que um é mecanismo fisiológico do corpo da mulher que se manifesta precocemente, quando associada a outros fatores¹⁸.

Em se tratando da coitarca, a maioria das mulheres revelou ter tido a primeira relação sexual com menos de 18 anos (74,3%). Dados que corroboram nosso estudo foram encontrados em Conde et al.¹⁹, que apontaram que 52,5% das pacientes referiram a coitarca entre 15 e 18 anos. Apesar da diferença de percentual, a atividade sexual precoce e prolongada predispõe o tecido cervical jovem a alterações oncogênicas, especialmente as causadas pelo papilomavírus humano (HPV)²⁰.

Quanto ao número de parceiros sexuais, 88,6% das entrevistadas revelaram ter tido de um a cinco. No estudo de Batista, Ramos e Costa²¹ realizado em Pernambuco, 64,29% das mulheres referiram ter tido de um a três parceiros. Apesar da diferença de percentual entre os estudos, evidencia-se que a quantidade de parceiros sexuais é um fator de risco para o desenvolvimento do CCU, uma vez que que mulheres com múltiplos parceiros possuem o risco 3,4 vezes maior de desenvolver lesão neoplásica secundária ao HPV²².

Em se tratando do uso de contraceptivos orais, 68,6% das participantes afirmaram nunca ter usado. Dados contrários à nossa pesquisa foram achados por Neha e Kondakasseril²³, que relataram que 15,4% das mulheres já usaram contraceptivos orais. Embora, os estudos sejam divergentes, a literatura aponta que o uso prolongado de contraceptivos orais pode ser um cofator que aumenta o risco de CCU em até quatro vezes para o HPV cervical. Isso também reflete no acesso à informação, uma vez que as mulheres evitam somente a gravidez, ficando vulneráveis ao HPV²³.

Em relação ao etilismo, a maioria das entrevistadas não ingeriam bebida alcoólica (96,0%). No estudo de Silva et al.²⁴ no Pará, a maioria das entrevistadas (60,5%) referiram não consumir bebida alcoólica. Apesar de os estudos não terem identificado uma relação direta da doença com o etilismo, destaca-se que a literatura²⁵ aponta o consumo de álcool como um dos fatores risco para diversos cânceres.

Quanto ao tabagismo, a maioria delas afirmaram que não faziam uso de cigarro (96,0%). Dados semelhantes foram encontrados por Castaneda et al.²⁶, em que a maioria das mulheres afirmaram não fumar. O tabagismo aumenta o risco de progressão do câncer cervical, e tal risco é diretamente proporcional ao início precoce do fumo e ao número de cigarros fumados por dia²⁴.

Quanto à atividade física, a maioria das entrevistadas relataram ser sedentárias (81,1%). Dados inferiores foram encontrados por Lee et al.²⁷, em estudo que indicou que 51,9% delas não faziam exercício regularmente. Cabe ressaltar que o sedentarismo contribui para o aumento do sobrepeso e para a obesidade, o que reflete em fatores de risco para maiores possibilidades de desenvolvimento do CCU²⁵.

Em se tratando do intervalo de dias entre o diagnóstico clínico e o tratamento, houve prevalência de intervalo ≤ 60 dias (76,6%). Dados superiores foram encontrados no estudo de Carvalho, O'Dwer e Rodrigues²⁸ realizado no Rio de Janeiro, em que o intervalo foi superior a 60 dias (88%). Apesar da divergência em dias, o Ministério da Saúde sancionou a Lei nº 12.732/2012, que fixou um 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 Sistema Único de Saúde²⁹.

Em relação ao tipo histológico, houve predomínio do carcinoma de células escamosas (90,3%). Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Correia et al.³⁰ realizado em Recife, em que a maioria das pacientes foram diagnosticadas com este tipo de carcinoma. O predomínio do carcinoma epidermoide sobre os outros tipos histopatológicos neste estudo pode ser justificado por este representar 80% dos casos em relação ao adenocarcinoma, que é considerado um câncer raro¹.

Em se tratando do estadiamento TNM/FIGO, preponderou o T3b/IIIB (41,0%). No estudo de Neha e Kondakasseril²³, os autores encontraram 26,92% das pacientes no estágio IIA. Salienta-se que a diferença do estadiamento depende das características tumorais, quanto mais tardio o diagnóstico, mais complexo tende a ser o manejo clínico dos tumores que exige tratamentos associados²⁵.

No que concerne ao tratamento, sobressaiu a associação entre a radioterapia e a quimioterapia (42,8%). Dados superiores foram encontrados no estudo de Correia et al.³¹, em que os autores revelaram que a maioria dos tratamentos conjuga a radioterapia e a quimioterapia (60,87% dos casos tratados). Reforça-se a necessidade de tratamentos conjugados, pois, dependendo da complexidade das lesões tumorais, cuidados associados são requeridos para melhora da condição clínica²⁵.

Com relação aos resultados da escala do EORTC QLQ-C30, no domínio I, que é referente ao estado de saúde global, o resultado foi considerado satisfatório (72,1). Dados inferiores foram encontrados no estudo de Bashir et al.³², que mostraram um estado de saúde global pouco satisfatório, com média de 50,9. Essa diferença pode ser justificada, pois a percepção de qualidade de vida é bastante subjetiva e envolve o contexto cultural, social e ambiental no qual a mulher está inserida⁶.

Em relação ao domínio II, escalas funcionais, a função emocional foi considerada insatisfatória (49,9). Akbaba et al.³³, em seu estudo, demonstraram função emocional também considerada insatisfatória (65,1). Quando a função emocional é comprometida, isso sugere que o diagnóstico, o tratamento e os efeitos colaterais impactam de forma importante o emocional³⁴.

No tocante ao domínio III, escala de sintomas, náuseas e vômitos (28,0) e perda de apetite (38,3) foram considerados satisfatórios. O estudo de Mohanty et al.³⁵ obteve médias de dispneia (11,1) e náuseas e vômitos (18,0) satisfatórias. Embora, os resultados das pesquisas sejam diferentes, a literatura pondera que o tempo de internação hospitalar reduz a ingestão alimentar dos pacientes oncológicos, devido aos efeitos adversos dos medicamentos durante o tratamento, e, conseqüentemente, há o aumento de sintomas como inapetência, náusea, vômito, diarreia, saciedade precoce, constipação, xerostomia e disfagia⁵.

As limitações do estudo estão relacionadas ao número de mulheres e a dificuldade de encontrá-las no ambulatório. Contudo, isso não compromete as informações apresentadas neste estudo, pois ainda possui pontos fortes, como o período de dois anos, a identificação dos tipos de câncer e o tempo decorrido entre diagnóstico e tratamento.

CONCLUSÃO

A qualidade de vida é um fenômeno complexo, devido às múltiplas dimensões que envolvem sua compreensão pelas pacientes. As neoplasias cervicouterinas afetam diversos seguimentos da vida das mulheres, e o aumento da incidência do câncer do colo do útero é um problema de saúde pública que necessita de melhores condições de enfrentamento nos serviços da atenção básica à alta complexidade. Portanto, é necessário que haja melhora no acesso à informação e decréscimo nas dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Em nosso estudo, foi possível perceber que a qualidade de vida percebida pelas mulheres 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. Esses resultados sinalizam uma boa condição da qualidade de vida das mulheres em tratamento, que pode ser devido aos avanços das terapêuticas, aos planos de cuidado e à melhoria da assistência em saúde.

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

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Thayane Costa Ferreira Araújo e Ana Hélia de Lima Sardinha.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Thayane Costa Ferreira Araújo e Kamilla Karem Silva Bezerra

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Thayane Costa Ferreira Araújo, Kamilla Karem Silva Bezerra e Ana Hélia de Lima Sardinha

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Thayane Costa Ferreira Araújo, Joelson dos Santos Almeida e Ana Hélia de Lima Sardinha.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2a ed. Brasília (DF); 2013.
2. Dahiya N, Acharya A, Bachani D, Sharma D, Gupta S, Haresh K, et al. Quality of life of patients with advanced cervical cancer before and after chemoradiotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(7):3095-9.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ); 2014.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ); 2022.
5. Dallabrida FA, Loro MM, Rosanelli CLSP, Souza MM, Gomes JS, Kolankiewicz ACB. Qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer do colo de útero. *Rev Rene*. 2014;15(1):116-22.
6. WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sc Med*. 1995;41(10):1403-9.
7. Miot HA. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *J Vasc Bras*. 2011;10(4):275-8.
8. Rozario S, Silva IF, Koifman RJ, Silva IF. Characterization of women with cervical cancer assisted at Inca by histological type. *Rev Saúde Pública*. 2019;53:88.
9. Aredes MA, Garcez MR, Chaves GV. Influence of chemoradiotherapy on nutritional status, functional capacity, quality of life and toxicity of treatment for patients with cervical cancer. *Nutr Diet*. 2018;75(3):263-70.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Maranhão [Internet]. Rio de Janeiro (RJ); [citado em 2023 maio 30]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma>
11. Silva RCG, Silva ACO, Peres AL, Oliveira SR. Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2018;18(4):703-10.

12. Renna NL Jr, Silva GA. 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. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2):e2017285.
13. Sharma A, Kulkarni V, Bhaskaran U, Singha M, Mujtahedi S, Chatrath A, et al. Profile of cervical cancer patients attending Tertiary Care Hospitals of Mangalore, Karnataka: a 4 year retrospective study. *J Nat Sci Biol Med*. 2017;8(1):125-9.
14. Corpes EF, Gonçalves GA, Oliveira ACA, Pacífico VS, Castro RCMB, Almeida PC, et al. Repercussões da braquiterapia na qualidade de vida e funcionalidade no tratamento do câncer de colo uterino. *Cogitare Enferm*. 2022;27:e80960.
15. Rubini AMS, Santos JLG, Erdmann AL, Rosa LM. Discursos de mulheres com câncer cervical em tratamento braquiterápico: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(3):601-9.
16. Silva MA, Freitas HG, Ribeiro RL, Oliveira MNL, Sanches FCA, Thuler LCS. Fatores que, na visão da mulher, interferem no diagnóstico precoce do câncer do colo do útero. *Rev Bras Cancerol*. 2018;64(1):99-106.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2015. Rio de Janeiro (RJ); 2016 [citado em 2023 abr 30]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>
18. Dahiya N, Bachani D, Acharya AS, Sharma DN, Gupta S, Hareesh KP. Socio-demographic, reproductive and clinical profile of women diagnosed with advanced cervical cancer in a tertiary care institute of Delhi. *J Obstet Gynaecol India*. 2017;67(1):53-60.
19. Conde CR, Lemos TMR, Ferreira MLSM. Características sociodemográficas, individuais e programáticas de mulheres com câncer de colo do útero. *Enferm Glob*. 2018;17(49):359-69.
20. Yumkhaibam SD, Ramalingam M, Singh IY, Singh TT, Singh LJ, Daru HK, et al. Clinicoepidemiological study of cervical carcinoma in northeast India. *Indian J Appl Res*. 2016;6(8):64-6.
21. Batista MG, Ramos KS, Costa CBA. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento avançado. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*. 2017;15(2):77-87.
22. Thuler LCS, Aguiar SS, Bergmann A. Determinantes do diagnóstico em estadio avançado do câncer do colo do útero no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(6):237-43.

23. Neha EL, Kondakasseril NR. Socio-demographic, reproductive and clinical profile of women diagnosed with cervical cancer in a tertiary care center in middle Kerala. *Int J Community Med Public Health*. 2017;4(6):2112-7.
24. Silva GG, Furtado LL, Campos ACA, Aviz GB, Azevedo VDC. Perfil do câncer do colo uterino e lesões precursoras em um ambulatório de especialidades médicas. *J Health NPEPS*. 2020;5(2):119-31.
25. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 6a ed. Rio de Janeiro (RJ); 2020.
26. Castaneda L, Bergmann A, Castro S, Koifman R. Prevalência de incapacidades e aspectos associados em mulheres com câncer de colo do útero, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Colet (Rio J)*. 2019;27(3):307-15.
27. Lee Y, Lim MC, Kim SI, Joo J, Lee DO, Park SY. Comparison of quality of life and sexuality between cervical cancer survivors and healthy women. *Cancer Res Treat*. 2016;48(4):1321-9.
28. Carvalho PG, O'Dwer G, Rodrigues NCP. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. *Saúde Debate*. 2018;42(118):687-701.
29. Brasil. Lei nº 12.732, 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: Brasília (DF)*; 2012 nov 23. Seção 1, p. 1.
30. Correia RA, Bonfim CV, Ferreira DKS, Furtado BMASM, Costa HVV, Feitosa KMA, et al. Quality of life after treatment for cervical cancer. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2018;22(4):e20180130.
31. Correia RA, Bomfim CV, Feitosa KMA, Furtado BMASM, Ferreira DKS, Santos SL. Sexual dysfunction after cervical cancer treatment. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*2020;54:e03636.
32. 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. *Int J Med Sci Public Health*. 2017;6(11):1626-34.
33. Akbaba S, Oelmann-Avendano JT, Bostel T, Rief H, Nicolay NH, Debus J, et al. Percutaneous parametrial dose escalation in women with advanced cervical cancer: feasibility and efficacy in relation to long-term quality of life. *Radiol Oncol*. 2018;52(3):320-8.
34. Silveira CF, Regino PA, Soares MBO, Mendes LC, Elias TC, Silva SR. Qualidade de vida e toxicidade por radiação em pacientes com câncer ginecológico e mama. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016;20(4):e20160089.

35. Mohanty SK, Chopra S, Mudaliar A, Kannan S, Mahantshetty U, Engineer R, et al. A comparative analysis of quality of life after postoperative intensity-modulated radiotherapy or three-dimensional conformal radiotherapy for cervical cancer. *Indian J Cancer*. 2018;55(4):327-35.

Recebido: 25.3.2023. Aprovado: 4.5.2023. Publicado: 19.6.2023.