

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**TAIANA AVELINO ARRAIS**

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES USUÁRIAS DO SUS COM CÂNCER DE  
COLO DE ÚTERO, ATENDIDAS NO HOSPITAL GERAL DE PALMAS-TO**

**Dissertação apresentada como requisito parcial para a  
obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde pelo  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da  
Universidade de Brasília.**

**Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz**

**Brasília  
2010**

**TAIANA AVELINO ARRAIS**

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES USUÁRIAS DO SUS COM CÂNCER DE  
COLO DE ÚTERO, ATENDIDAS NO HOSPITAL GERAL DE PALMAS-TO**

**Dissertação apresentada como requisito parcial para a  
obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde pelo  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da  
Universidade de Brasília.**

**Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**BANCA EXAMINADORA:**

**Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz  
UnB (Orientador)**

**Prof. Dr. Valdir Filgueiras Pessoa  
UnB (Examinador)**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isolda de Araújo Guenther  
UnB (Examinadora)**

**Prof.<sup>a</sup> Dr. Nasser Allam  
Unb (Suplente)**

*Dedico este trabalho  
a minha mãe Terezinha,  
exemplo de saúde física e mental.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço sempre a Deus, por me dar tantas oportunidades.

A minha querida irmã, todo o meu reconhecimento e carinho pelo seu incentivo e amor incansáveis.

Ao meu filho Breno, fonte da minha energia vital que me impulsiona e me faz querer ser melhor.

Ao meu eterno pai Joaquim (*in memoriam*) por acreditar que tudo é possível através do conhecimento.

A Ana, companheira e amiga, pelo apoio.

Ao meu querido avô Rafael Rocha (*in memoriam*) que desejou minha estabilidade e apoiou minhas escolhas.

Ao meu tio/padrinho Moisés Avelino e tia Virginia Avelino pelo carinho, disponibilidade e torcida em toda a minha caminhada.

A toda a minha família pelas orações.

Ao meu querido amigo Márcio Topolski pela disponibilidade e paciência.

A Dr.<sup>a</sup> Conceição Preveiro pela competência e amizade nas horas difíceis.

A Dr.<sup>a</sup> Areta Agustinho Rodrigues de Sousa pela ajuda na concretização do mestrado.

Ao meus amigos, que sempre torceram pelo meu crescimento.

Agradeço ao governador Marcelo Miranda e Antônio Luis Rocha por valorizar e incentivar os profissionais com respeito e credibilidade.

Aos meus amigos Jorge Luiz Saade e Suzana Pereira Zica Saade pela competência e companheirismo.

A Cácia Ferraz Maya pelos sorrisos e pela grande ajuda na língua portuguesa.

E finalmente ao meu orientador por acreditar e confiar no meu desempenho.

*“O que vale na vida não é o ponto  
de partida e sim a caminhada.  
Caminhando e semeando,  
no fim terás o que colher”*

*Cora Coralina*

## RESUMO

O câncer de colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Uma característica marcante do câncer de colo do útero é sua consistente associação, em todas as regiões do mundo, com o baixo nível socioeconômico, pois esses grupos têm vulnerabilidade social. É o câncer mais comum na região norte do Brasil. O objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade de vida das mulheres diagnosticadas com câncer de colo do útero, e suas implicações na evolução da doença, no Hospital Geral de Palmas – TO. Utilizou-se, na metodologia, o questionário WHOQOL-bref onde constam 26 perguntas relacionadas a qualidade de vida em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Fez-se também um perfil das mulheres entrevistadas através dos dados do prontuário. A idade média da amostra foi de 53,21 anos e com desvio padrão de 12,66, com escolaridade predominante no ensino fundamental incompleto, onde 72% das mulheres que participaram da pesquisa se dedicam a múltiplas atividades do lar. Os escores médios dos quatro domínios que compõem o WHOQOL-bref variaram entre 11 (domínio psicológico e meio ambiente) e 14 (relações sociais), sendo que o domínio físico apresentou domínio intermediário de 13. A partir dos resultados obtidos, e com embasamento na literatura, constata-se que a percepção da qualidade de vida para as mulheres está intrinsecamente ligada aos fatores sociais, psicológicos e físicos, pois ao mesmo tempo em que as mulheres enfrentam o câncer, experimentam diferentes sentimentos e comportamentos decorrentes de alterações na capacidade física, na auto-estima e na imagem corporal, nas relações com as outras pessoas e na realização de uma série de atividades diárias. Esses indicadores poderão auxiliar nas intervenções de políticas públicas que garantam melhor cobertura e atenção às mulheres mais vulneráveis à incidência e mortalidade por câncer de colo do útero.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida; Mulheres; Câncer de Colo do Útero.

## ABSTRACT

Cancer of the cervix is the second most frequent cancer among women. A hallmark of cancer of the cervix is its consistent association in all regions of the world, with low socioeconomic status, because these groups are socially vulnerable. It is the most widespread cancer in northern Brazil. The objective of this study was to evaluate the quality of life of women diagnosed with cancer of the cervix and its implications in the evolution of the disease, at the Hospital Geral de Palmas - TO. Methodology was based on the WHOQOL-bref which contains 26 questions related to quality of life in 4 domains: physical, psychological, social relationships and environment. A profile of the interviewed women was also provided by the data from medical records. The average age of the sample was 53.21 years old, with standard deviation of 12.66, predominantly high in primary school level, where 72% of women who participated in the study were engaged in many homemaking activities. The mean scores of the four areas that make up the WHOQOL-bref, ranged from 11 (psychological domain and environment) to 14 (social relations), and physical domain showed an intermediate score of 13. From the results obtained, and reliance on the literature, it appears that the perception of quality of life for women is inextricably linked to social, psychological and physical factors, because while women face cancer, they experience different feelings and behaviors resulting from changes in physical function, self-esteem, body image, relationships with others and performance of a series of daily activities. These indicators could assist in public policy interventions to ensure better coverage and attention to women more vulnerable to the incidence and mortality from cancer of the cervix.

**Key Words:** Quality of Life, Women, Cancer of the Cervix.

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 A Noite de Michelângelo.....	16
Figura 2 Mortalidade proporcional segundo localização anatômica de cânceres mais freqüentes em mulheres . .....	21
Figura 3 Cidade de Palmas.....	24
Figura 4 Hospital Geral de Palmas.....	25
Figura 5 Fatores de Risco.....	28
Figura 6 Crescimento do útero durante as fases da vida.....	30
Figura 7 Colo do Útero sadio.....	31
Figura 8 Câncer de colo do útero . .....	31
Figura 9 Câncer de colo do útero invasivo.....	31
Figura 10Histograma da idade das pacientes estudadas.....	47

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1	Localização primária neoplasia maligna.....	14
Tabela 2	Domínios do WHOQOL-bref de acordo com o número da questão. ....	43
Tabela 3	Características gerais das pacientes com câncer de colo do útero.....	46
Tabela 4	Escore Médio das facetas de QV Geral do instrumento Whoool-bref em pacientes com câncer de colo do útero. ....	48
Tabela 5	Escore Médio das facetas de QV Geral do instrumento Whoool-bref em pacientes com câncer de colo do útero. ....	48
Tabela 6	Escore Médio das facetas de QV Geral do instrumento Whoool-bref em pacientes com câncer de colo do útero. ....	49
Tabela 7	Características clínicas da amostra de pacientes com câncer de colo do útero. ....	50
Tabela 8	Matriz de correlação de <i>Pearson</i> entre os diferentes domínios na amostra total. ....	50
Tabela 9	Regressão linear múltipla entre os diferentes domínios em relação à QV geral (q1 e q2)...	51

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AIDS – Vírus da Imunodeficiência Humana  
CNCC – Campanha Nacional de Combate ao Câncer  
DNA – Ácido Desoxirribonucléico  
HGP – Hospital Geral de Palmas  
HPV – Vírus Papiloma Humano  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INCA – Instituto Nacional de Câncer  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PS – Pronto Socorro  
QV – Qualidade de Vida  
SNC – Serviço Nacional de Câncer  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TNM – Sistema para Classificação de Tumores  
UICC – União Internacional Contra o Câncer  
ULBRA – Universidade Luterana Brasileira  
UNACOM – Unidade de Alta Complexidade  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>15</b>
2.1	HISTÓRIA DA ONCOLOGIA	15
2.1.1	Séculos XVII e XVIII	16
2.1.2	Século XIX	18
2.1.3	Séculos XX e XXI	19
2.2	O CÂNCER NO BRASIL	20
2.3	O CÂNCER EM PALMAS	24
2.4	CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	26
2.5	RASTREAMENTO, DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO	33
2.5.1	Estadiamento	34
2.5.2	O Sistema TNM	35
2.6	QUALIDADE DE VIDA E CÂNCER	38
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>41</b>
3.1	OBJETIVO GERAL	41
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO</b>	<b>42</b>
4.1	INSTRUMENTOS	42
4.2	VARIÁVEIS DE ANÁLISE	44
4.2.1	Identificação	44
4.2.2	História Médica	44
4.2.4	Análise Estatística	44
4.2.5	Aspectos Éticos	45
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>52</b>
	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>57</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>59</b>
	<b>ANEXO A</b>	<b>65</b>
	<b>ANEXO B</b>	<b>68</b>
	<b>ANEXO C</b>	<b>70</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A origem do câncer é simultânea à do próprio homem, estando intensamente relacionada aos seus hábitos de vida, cultura e exposição temporal a fatores ambientais. “Cerca de 400 a.C., na Grécia, Hipócrates foi o primeiro a descrever a palavra *carcinos* e ‘carcinoma’ definindo, nessa época, o câncer, como uma doença de mau prognóstico” (1).

Utilizando a sua grande capacidade de observar, o homem veio através dos séculos descrevendo conceitos genéricos das influências do meio ambiente no desenvolvimento das doenças e criando assim as bases para a epidemiologia moderna. Caberia a Percival Pott, há 200 anos, a primeira publicação de maneira cientificamente correta dos resultados de uma observação científica, ou seja, a relação do câncer da bolsa escrotal e a exposição ao carvão dos limpadores de chaminés das residências da Inglaterra. Nessa ocasião, medidas eficientes foram realizadas no sentido da prevenção e controle desse tipo de câncer (2).

Os conceitos do que constitui saúde e doença, no começo do último século, eram bem diferentes deste século. Na maneira dos países industrializados do mundo, as pessoas hoje estão vivendo mais e desfrutando um estilo de vida mais saudável. Houve um aumento dos conhecimentos dos mecanismos imunes; a descoberta dos antibióticos para curar as infecções, o desenvolvimento das vacinas para evitar as doenças, a quimioterapia para atacar os cânceres, e as drogas para controlar as manifestações das doenças mentais.

No âmbito da historiografia moderna, não podemos nos esquecer de citar a incursão da mulher no objeto de estudo do gênero. O *boom* dos movimentos feministas, o desenvolvimento das pílulas anticoncepcionais, a liberdade sexual e outros são os fatores que impulsionaram importantes mudanças nas pesquisas sobre eventos femininos como o câncer de colo do útero.

De acordo com Kowalski; Magrin; Carvalho (2006, p. 31), “nas últimas décadas, a expectativa de vida da população superou os 60 anos, tendo como consequência modificações radicais na distribuição das doenças” (3).

Na atualidade, as causas mais comuns de óbito são as doenças crônico-degenerativas, entre elas as cardiovasculares e o câncer.

Uma marcante característica do câncer de colo do útero é sua consistente associação, em todas as regiões do mundo, com o baixo nível socioeconômico, ou seja, com os grupos que têm maior vulnerabilidade social. São nesses grupos que se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença e de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais como medo e preconceito dos companheiros.

### **A cidade de Palmas**

Segundo o texto do plano diretor elaborado em 1989 – Memória da Concepção –, Palmas é uma cidade carregada de modernidade, ambientada a uma filosofia ecológica e humanística, onde o espaço urbano e a natureza deveriam ter a integração harmônica oferecendo uma boa qualidade de vida (QV) aos seus habitantes. Esses conceitos fazem parte do movimento Moderno de organização de cidades, que ocorreu após a Revolução Industrial (1760), na Europa, baseados nas necessidades da época, em implantar medidas de salubridade e higienização no meio urbano. No Brasil esses reflexos estão ligados aos ciclos econômicos como açúcar, borracha e café e, nos anos 30, com a marcha para o oeste, na região do cerrado, com a pecuária e agricultura. As cidades planejadas na região do cerrado, como Goiânia – 1933, Brasília – 1960 e Palmas – 1990, foram influenciadas pelos conceitos modernistas.

Em Palmas – TO, após seus 18 anos de vida, alguns estudos já constataram que esse modelo de cidade contribui para a geração de grandes vazios urbanos e a segregação social (4). Isto significa que grande parte da população vive na periferia da cidade e essa classe social é de nível econômico baixo (5).

Não podemos deixar de ressaltar que a região norte do Brasil, na qual se insere o Estado do Tocantins, é uma região rica em recursos naturais, mas pobre economicamente em divisas industriais, comércio e outros geradores de renda. A população do Estado, na época de sua criação, era 40% formada por analfabetos. Evidentemente, que esse panorama hoje já melhorou, porém a base social e econômica ainda demonstra suas fragilidades (hoje com 190.000 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (5).

O Hospital Padre Luso – Instituto do Câncer, em Palmas, há sete anos trabalhando com câncer, foi a referência em atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) na capital. Os procedimentos clínicos entre a equipe multidisciplinar relataram dados nos prontuários, que são dados para essa pesquisa. O entendimento desse estudo, sobre a QV relacionada com o câncer de colo do útero é relevante na comparação estatística do alto índice desse tipo de câncer constatado em Palmas, segundo pesquisa feita no Instituto Nacional de Câncer (INCA) conforme tabela 1 (6).

Tabela 1 Localização primária neoplasia maligna.

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado Tocantins		Capital Palmas	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	90	14,71	10	18,58
Traquéia, Brônquio e Pulmão	40	5,63	10	3,24
Estômago	30	4,07	10	6,38
<b>Colo do Útero</b>	<b>120</b>	<b>19,28</b>	<b>10</b>	<b>13,81</b>
Cólon e Reto	20	2,70	10	2,45
Esôfago	10	1,17	10	2,39
Leucemias	20	3,12	10	2,40
Cavidade Oral	10	0,79	10	1,12
Pele Melanoma	10	0,78	0	0,00
Outras Localizações	460	71,57	30	38,45
<b>Subtotal</b>	<b>810</b>	<b>126,02</b>	<b>110</b>	<b>140,99</b>
Pele não Melanoma	190	30,27	20	20,69
<b>Todas as Neoplasias</b>	<b>1.000</b>	<b>154,94</b>	<b>130</b>	<b>169,68</b>

Fonte: [www.inca.gov.br/estimativa/2006/conteúdo/view.aps?ID5](http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/conteúdo/view.aps?ID5).

Em fevereiro de 2008, o serviço de oncologia teve um novo credenciamento, passando para o grande complexo hospitalar do Hospital Geral de Palmas – Unidade de Alta Complexidade (UNACOM), ampliando o serviço especializado.

O trabalho da psicooncologia iniciou com a história da oncologia na cidade de Palmas. É observável que o diagnóstico e as diversas formas de tratar o câncer, provocam reações psicológicas peculiares que exigiram reconhecimento da equipe multiprofissional para um atendimento de suporte integral e orientação adequada.

O Interesse na realização desta pesquisa surgiu fundamentado nesse universo da cidade, da condição e do estilo de vida dessa população em referência, e o alto índice de câncer de colo do útero.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 HISTÓRIA DA ONCOLOGIA

Desde a Antiguidade, são encontradas evidências de câncer. Após a decifração das tábuas com caracteres cuneiformes da biblioteca de Ninive, capital do Império Assírio (1700-610 a.C.) que existiu na antiga Mesopotâmia, atual Iraque, e pela exploração de túmulos encerrados nas pirâmides do Egito, foram descobertos relatos e fragmentos de esqueletos humanos com indícios de câncer. (2)

Existem também documentos na Índia, de 600 a.C., que descrevem lesões na cavidade bucal parecidas com câncer. O que fundamenta a teoria é que, por estudos arqueológicos, se sabe que aquela população comia sementes que são cancerígenas, mas não podemos assegurar este fato. Escritos antigos dos gregos e romanos referem-se, muitas vezes, à palavra “tumor”, mas pode ser qualquer tipo de inchaço ou algo maior do que deveria ser.

Foi justamente um grego, Hipócrates, que cunhou a palavra “câncer”. O “pai da medicina”, como é conhecido, viveu entre 460 e 370 a.C. e usou os termos “carcinoma” e “carcinoma” para descrever certos tipos de tumores. Em grego, querem dizer “caranguejo”, uma vez que, pelo aspecto do tumor, as projeções e vasos sanguíneos ao seu redor fazem lembrar as patas do crustáceo. Alguns séculos depois, entre 130 e 200 d.C., viveu Galeno, um médico grego. Considerado a maior autoridade na área por, ao menos, mil anos, ele foi referência no tratamento do câncer. Foi Galeno quem determinou que a doença era incurável e que, uma vez diagnosticada, havia pouco a fazer.

A medicina só começou a ter avanços significativos na Renascença, no século XV, quando floresceram por todos os lados cientistas e artistas, especialmente na Itália. Michelangelo, um desses artistas, teria retratado em sua famosa escultura “A Noite” (La Notte) (Figura 1), uma mulher com câncer de mama. A teoria baseia-se no aspecto disforme de seu seio, que, a considerar a habilidade do escultor, não foi casual.



Figura 1 A Noite de Michelângelo.

Fonte: <http://img40.imageshack.us/img40/5501/michelangelo202020la20notte20t.jpg>

Houve grande progresso no conhecimento da anatomia humana com Leonardo da Vinci (1452-1519), Albrecht Dürer (1471 e 1528) e Andreas Vesalius (1514–1564). Mas os conceitos sobre o câncer continuavam os mesmos.

Ambroise Paré (1510–1590) se torna o cirurgião mais conhecido da época. Paré recomendava a cirurgia, para tratar o câncer, apenas se os tumores pudessem ser removidos completamente. As pastas de arsênico continuavam a ser usadas.

### 2.1.1 Séculos XVII e XVIII

No século XVII, William Harvey (1578–1657) descreveu a circulação contínua do sangue, pondo por terra a teoria humoral das doenças. Com o câncer não sendo mais atribuído à bile negra, abriu-se o caminho para o conhecimento de sua fisiopatologia e de seu tratamento.

Gasparo Aselli (1581–1626) visualizou os vasos linfáticos. Aselli descobriu que, após uma refeição copiosa, o peritônio e o intestino de um cão se cobriam de uns filamentos brancos que, ao serem seccionados, extravasavam um líquido

esbranquiçado: eram os *capilares quilíferos*. As anormalidades linfáticas começam a ser examinadas como causas possíveis do câncer.

Wilhelm Fabricius Hildanus (1560–1634) removía linfonodos em operações de câncer de mama. Johann Scultetus (1595–1645) fazia mastectomias totais.

Dentre as descobertas e invenções deve ser destacada a do microscópio. Antoni van Leeuwenhoek (1632–1723) aprimorou o microscópio de uma única lente, inventado em 1560 pelo holandês Hans Janssen, e foi o primeiro a ver células sangüíneas e bactérias. Robert Hooke (1635–1703) descreveu a estrutura dos tecidos em plantas como “pequenas caixas de células”, contribuindo para o desenvolvimento da idéia da célula como a unidade básica dos organismos vivos.

Claude Gendron (1663–1750), médico francês, após oito anos de investigações, concluiu que o câncer se iniciava localmente no corpo como uma massa dura e de aumento progressivo. Acreditava que não era tratável com drogas e que os tumores deviam ser removidos cirurgicamente. Hermann Boerhaave (1668–1738), médico e professor holandês, acreditava que as inflamações poderiam resultar em câncer.

Henri François le Dran (1685–1770), cirurgião francês, defendeu a teoria de que o câncer progredia em etapas. Descreveu que o câncer começava como uma doença localizada em um órgão; depois se estendia, através dos canais linfáticos, para os linfonodos regionais e, então, sistemicamente. No câncer de mama, preconizava a excisão do tumor e dos linfonodos axilares e compreendeu que se os linfonodos fossem invadidos, o câncer era grave. Desaconselhou as diferentes pomadas que eram aplicadas sobre as lesões, como era costume na época.

Os franceses Jean Astruc (1684–1766), médico e professor em Montpellier, e Bernard Peyrilhe (1735–1804), químico, conduziram experimentos com a finalidade de confirmar ou não as teorias correntes sobre a origem do câncer. Essas pesquisas teriam sido os primórdios da oncologia experimental. Peyrilhe fez a primeira experiência puncionando o líquido de uma lesão de câncer de mama e injetando-o na cavidade peritoneal de um cão. Além de suas experiências, observou que o câncer era inicialmente local e que em seguida se dispersava por todo o corpo através dos canais linfáticos. Preconizou o tratamento cirúrgico, com a excisão do músculo peitoral maior e a dissecação dos linfonodos axilares.

Pesquisadores encontraram fatores ambientais como possíveis causas do câncer: uso de rapé (tabaco em pó, aspirado para provocar espirros) e câncer nasal (John Hill [1716–1775], médico britânico); limpadores de chaminés e câncer da bolsa testicular (Percival Pott [1714–1788], cirurgião inglês).

John Hunter (1728–1793), famoso cirurgião escocês, sugeriu que alguns cânceres poderiam ser curados pela cirurgia e descreveu métodos pelos quais seria possível distinguir os tumores cirurgicamente ressecáveis: “Se o tumor não invadiu o tecido vizinho e ainda é bem móvel, não há impropriedade em removê-lo.”

### 2.1.2 Século XIX

No século XIX ocorre o início da coleta de dados estatísticos sobre câncer na França e na Itália. Há também um intenso desenvolvimento na ciência e na tecnologia: Charles Darwin (1809–1882) e a teoria da evolução; Louis Pasteur (1822–1895) e a bacteriologia; Rudolf Virchow (1821–1902) e a patologia celular; William Morton (1819–1868) e a anestesia; Joseph Lister (1827–1912) e a anti-sepsia; Wilhelm Roentgen (1845–1923) e a descoberta dos raios-X; Pierre Curie (1859–1906) e Marie Curie (1867–1934) e a descoberta da radioatividade.

O patologista alemão Rudolf Virchow defendeu a *teoria celular*, segundo a qual as doenças se originavam nas células. Depois de Virchow, os cientistas progressivamente começaram a estudar as células quando pensavam em câncer e no seu tratamento.

Paul Ehrlich (1854–1915), médico e cientista alemão, se destacou por seus estudos em hematologia, imunologia e quimioterapia. Recebeu o Prêmio Nobel em 1908 por suas pesquisas sobre imunidade. Acreditava que o câncer poderia ser provocado por bactérias, que poderiam ser tratadas com medicamentos. Chegou a estabelecer o conceito de índice terapêutico, ou seja, a relação entre o benefício alcançado e o custo em QV.

Theodor Billroth (1829–1894), cirurgião alemão nascido na Áustria, foi o primeiro a levar a cabo uma ressecção cirúrgica importante, a primeira gastrectomia radical por câncer gástrico.

William Stewart Halsted (1852–1922), cirurgião americano, é considerado o pioneiro da cirurgia científica. A primeira mastectomia radical (em que são removidos, além da mama, os músculos peitorais e os linfonodos axilares), para tratamento do câncer de mama, foi feita por Halsted em 1882. Este tipo de mastectomia é conhecido também como operação ou mastectomia de Halsted, em sua honra. Em 1890, introduziu as luvas cirúrgicas. Em 1916, realizou com êxito a primeira extirpação de um tumor na ampola de Vater. Foi o introdutor dos programas de residência médica.

### **2.1.3 Séculos XX e XXI**

Atualmente, vivemos a era da biologia celular e molecular, da engenharia genética (com a identificação dos oncogenes, genes supressores, etc.) e do conhecimento da relação entre câncer e genes (7).

No início do século XX, somente eram curáveis os cânceres pequenos e localizados, que pudessem ser removidos completamente pela cirurgia. Posteriormente, a radioterapia foi usada após a cirurgia para controlar pequenos crescimentos tumorais que não tivessem sido removidos cirurgicamente. Finalmente, a quimioterapia foi acrescentada para destruir as poucas células cancerosas remanescentes (8).

A maior descoberta foi a vantagem de se usar múltiplos agentes quimioterápicos (quimioterapia combinada) em lugar de drogas isoladas. Algumas neoplasias com crescimento muito rápido (leucemias, linfomas, alguns cânceres pediátricos) respondem muito bem à quimioterapia combinada e podem ser curadas hoje em dia.

Em meados do século XX, James Watson e Francis Crick descobriram a estrutura química exata do Ácido Desoxirribonucléico (DNA, da sigla em inglês). Por este trabalho receberam o Prêmio Nobel de Medicina em 1962.

O DNA é a molécula que contém todas as informações genéticas do indivíduo, tendo a capacidade de transmiti-las à sua descendência. Os cientistas puderam compreender como os genes trabalham e como poderiam ser danificados

por mutações. As pesquisas, com técnicas modernas de química e biologia, trouxeram respostas a muitas questões complexas sobre o câncer.

Assim, foi possível evidenciar que era o dano ao DNA por agentes químicos (tabaco, álcool, etc.), físicos (radiação e/ou traumas mecânicos) e biológicos (como os vírus) que freqüentemente levavam ao desenvolvimento do câncer. Os cientistas descobriram que a maioria dos agentes carcinogênicos causava dano genético (mutações); as mutações davam origem a grupos de células anormais (chamados clones); com o tempo, os clones mutantes evoluíam para clones mais malignos e, com mais danos genéticos e mutações, o câncer progredia.

Os pesquisadores médicos já identificaram e continuam identificando quais são os genes que, ao serem danificados, podem levar ao câncer, o que é a base para a prevenção, diagnóstico e tratamentos mais específicos e eficazes.

O conhecimento adquirido na última década do século XX foi, sem dúvida, maior do que todo o saber acumulado até então. Mas deve ser enfatizado que isto só foi possível graças ao trabalho árduo de todos os cientistas dedicados à busca do conhecimento médico, ao longo dos séculos.

## 2.2 O CÂNCER NO BRASIL

O estudo das taxas de mortalidade por câncer no Brasil reflete de forma muito clara o quadro social de nosso país, onde doenças ligadas à pobreza convivem com as afecções crônico-degenerativas, típicas de uma sociedade com uma expectativa de vida consideravelmente alta, sendo que, dentro deste último grupo, o câncer vem ocupando lugar destacado.

De acordo com as estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil, em 2001 seriam registrados 305.330 casos novos e 117.550 óbitos por câncer. Para o sexo masculino eram esperados 150.450 casos e 63.330 óbitos, enquanto para o sexo feminino eram estimados 154.880 casos e 54.220 óbitos. O câncer de pele não melanoma seria o principal a acometer a população brasileira (54.460 casos), em seguida as neoplasias malignas da mama feminina (31.590 casos), estômago (22.330 casos), pulmão (20.835 casos) e próstata (20.820 casos).

Nos últimos dez anos, o Brasil avançou muito no que diz respeito aos registros de câncer populacional, fontes únicas de dados de incidência, numa tentativa de se conhecer a magnitude da doença para planejamento de ações e programas de controle, bem como a definição de políticas públicas e alocação de recursos (9).

Segundo dados estatísticos de mortalidade no Brasil (1986) o câncer de colo do útero foi a primeira causa de óbito nas regiões norte e centro-oeste. A Figura 2 também mostra as principais localizações anatômicas de câncer nas cinco macroregiões.

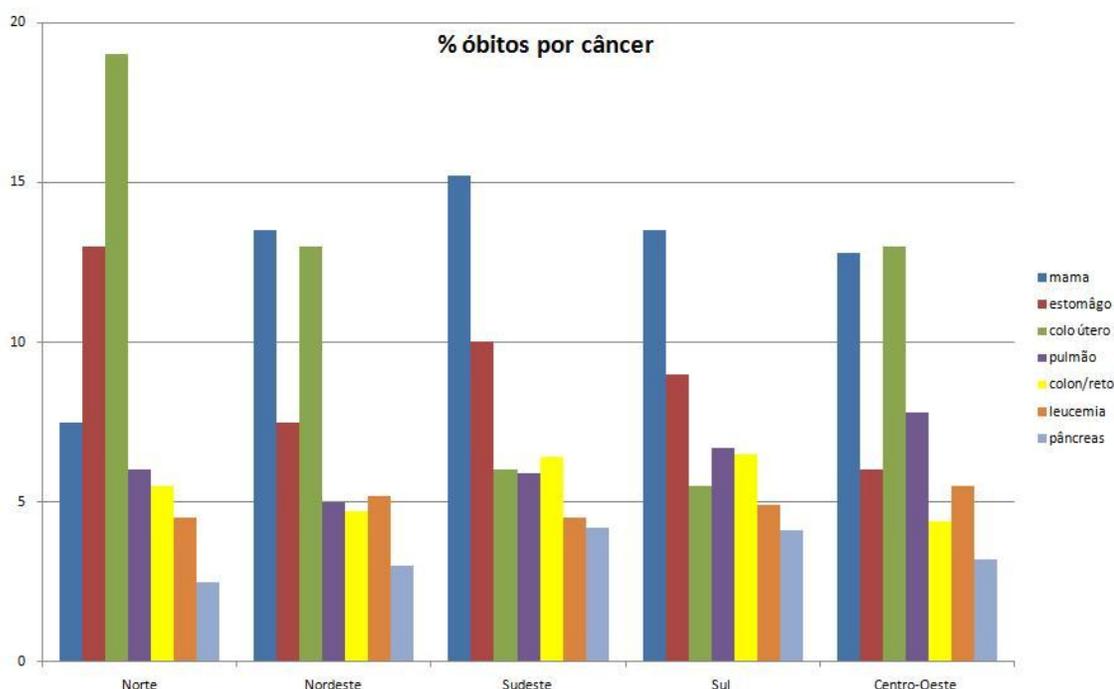


Figura 2 Mortalidade proporcional segundo localização anatômica de cânceres mais frequentes em mulheres (10).

A história do INCA começa na década de 30, com a reorientação da política nacional de saúde, devido ao aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, incluindo o câncer (9).

Com o objetivo de desenvolver uma política nacional de controle do câncer, é instituído, em 1941, o Serviço Nacional de Câncer (SNC) e, três anos mais tarde, o Centro de Cancerologia é transformado no Instituto de Câncer, um órgão de suporte executivo vinculado àquele Serviço. Em 1961, o novo regimento do Instituto é aprovado, com o reconhecimento oficial de Instituto Nacional de Câncer e atribuição

de novas competências nos campos assistencial, científico e educacional. Desenvolvem-se, nessa época, os programas de formação de recursos humanos especializados, para todo o país. Em 1967, é criada a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), com a proposta de agilizar, financeira e administrativamente, o controle do câncer no Brasil. Em 1969, apesar dos protestos, o Instituto é desligado do Ministério da Saúde, sendo a ele reintegrado em 1972, graças aos movimentos de resistência e de luta internos e externos, passando a ser subordinado diretamente ao Gabinete do Ministro da Saúde.

No início da década de 80, o INCA teve um grande crescimento, recuperando-se como órgão fundamental para a política de controle do câncer em nosso país. Desde então e até os dias de hoje, desenvolve ações contínuas, de âmbito nacional, abrangendo, dentro de seus programas, múltiplos aspectos do controle do câncer: informação (registros de câncer), combate ao tabagismo, prevenção de cânceres prevalentes, educação em cancerologia e divulgação técnico-científica.

A Constituição Federal de 1988 mudaria significativamente a estrutura sanitária brasileira, destacando-se a caracterização dos serviços e das ações de saúde como de relevância pública e seu referencial político básico. Esta diretriz seria regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080), em 1990. Em relação ao câncer, no conjunto das demandas do SUS, coube papel diferenciado ao INCA, entendido como agente diretivo na política nacional no controle de câncer no Brasil (11).

A falta de uma política nacional que permitisse a articulação das diferentes etapas de um programa (recrutamento/busca ativa das mulheres-alvo, coleta, citopatologia, controle de qualidade e tratamento dos casos positivos) de forma equitativa em todo o território nacional, assim como de uma avaliação adequada dos resultados obtidos, são considerados dois dos principais motivos pelos quais as ações de prevenção do câncer de colo do útero no Brasil, com algumas exceções regionais, não conseguiram trazer impacto sobre a incidência e mortalidade da doença no País como um todo. Assim, a partir da Conferência Mundial Sobre a Mulher, ocorrida na China, em 1995, o Governo Brasileiro passou a investir esforços na organização de uma rede nacional de detecção precoce do câncer de colo do útero.

Segundo recente relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC)/OMS (World Cancer Report 2008), o impacto global do câncer mais que dobrou em 30 anos. Estimou-se que, no ano de 2008, ocorreriam cerca de 12 milhões de casos novos de câncer e 7 milhões de óbitos. O contínuo crescimento populacional, bem como seu envelhecimento, afetará de forma significativa o impacto do câncer no mundo. Esse impacto recairá principalmente sobre os países de médio e baixo desenvolvimento. A IARC/OMS estimou que, em 2008, metade dos casos novos e cerca de dois terços dos óbitos por câncer ocorrerão nessas localidades (12).

O Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama tem, portanto, como objetivo, reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e de suas lesões precursoras e do tratamento e reabilitação das mulheres. Com relação ao controle do câncer de colo do útero, as ações contemplam a detecção precoce por meio do exame citopatológico, a garantia do tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher nas diferentes etapas do Programa (13).

As diretrizes e estratégias traçadas para o Programa contemplam a formação de uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial sediado no município, que permitirá ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde. Além disso, a capacitação de recursos humanos (profissionais de saúde da rede de serviços), a normalização de procedimentos e controle de qualidade e a motivação da mulher para cuidar da sua saúde fortalecerão e aumentarão a eficiência da rede formada para o controle do câncer.

As estratégias de implantação prevêm a resolução das necessidades constantes nas seguintes diretrizes:

- articular e integrar uma rede nacional;
- motivar a mulher a cuidar da sua saúde;
- reduzir a desigualdade de acesso da mulher à rede de saúde;
- melhorar a qualidade do atendimento à mulher;
- aumentar a eficiência da rede de controle do câncer.

## 2.3 O CÂNCER EM PALMAS

A história de Palmas (Figura 3) remonta a muitas gerações que compartilharam o sonho de ver o norte do Estado de Goiás independente, sonho este realizado com a criação do Tocantins pela Constituição Federal de 1988. O novo estado pressupunha uma capital, provisoriamente instalada na cidade de Miracema do Tocantins.



Figura 3 Cidade de Palmas

Fonte <http://media.photobucket.com/image/palmas-to/cacau20/Palmas005.jpg>

O lançamento da pedra fundamental de Palmas foi no dia 20 de maio de 1989, data em que é comemorado seu aniversário, dando início à construção da última cidade planejada do século XX. A instalação definitiva da nova capital do Tocantins foi no dia 1º de janeiro de 1990, quando os poderes constituídos foram transferidos da capital provisória, Miracema, para o plano diretor de Palmas. O nome foi escolhido em homenagem à Comarca de São João da Palma, sede do primeiro movimento separatista da região, instalada em 1809.

A cidade passou por diversos momentos ostentando uma das maiores taxas de crescimento demográfico do Brasil. Muita gente chegava de diversos estados brasileiros em busca de novas oportunidades de vida. O início da estruturação física da cidade, com construção de prédios e abertura das avenidas onde antes só havia cerrado, foi marcado pela grande oferta de empregos na construção civil (14).

Palmas possuiu as mais importantes taxas de crescimento demográfico do Brasil nos últimos dez anos, recebendo pessoas de praticamente todos os estados brasileiros. Segundo estimativas do IBGE, o município atingiu um crescimento

populacional de mais de 110% em 2008, comparando com a população residente em 1996, saindo dos 86.116 habitantes para uma estimativa de 184.010 habitantes.

Em Palmas, diferentemente dos padrões de outras cidades-capitais, cujo processo de exclusão sócioespacial e periferização decorre da expansão desordenada e não planejada do tecido urbano e por pressões posteriores do mercado imobiliário, similarmente ao que ocorreu no Distrito Federal, a expansão periférica e a segregação sócioespacial foram instituídas pelo próprio poder público, num processo legitimado através de legislações urbanísticas, de políticas de ocupação e, indiretamente, pelos investimentos em infra-estrutura e serviços urbanos (15).

O sistema público de saúde da cidade conta com apenas um hospital – Hospital Geral de Palmas (HGP) (Figura 4) - inaugurado em 2005 e localizado na região central. Possui 200 leitos, 6 salas cirúrgicas, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com 18 leitos e o Pronto Socorro (PS) que funciona 24 horas.



Figura 4 Hospital Geral de Palmas

Fonte [http://i174.photobucket.com/albums/w88/ruy\\_reis/saude001.jpg](http://i174.photobucket.com/albums/w88/ruy_reis/saude001.jpg)

O serviço de alta complexidade foi implantado em fevereiro de 2008, com o objetivo de concentrar tantos os profissionais como os cuidados com o paciente (exames, cirurgias, medicações e internações), na tentativa de proporcionar QV e atendimento humanizado.

Apesar do esforço, a estrutura da oncologia ocupa um pequeno espaço desta estrutura. São apenas 16 leitos para toda a demanda de pacientes com câncer, os quais partilham a UTI e o PS. Apesar das dificuldades físicas, os pacientes passam

por todos os procedimentos acompanhados por uma equipe multidisciplinar competente e disponível.

Os efeitos do desenvolvimento da cidade de Palmas, assim como o funcionamento do sistema de saúde, na QV da população, podem ser encarados sob diferentes perspectivas, levando-se em conta a etiologia multifatorial do câncer e os inúmeros fatores psicossociais que envolvem.

## 2.4 CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O corpo não define completamente o homem. O ser humano é, antes de tudo, um processo em contínua evolução. Parte desse processo se dá a partir da tensão criativa própria da existência humana, que se manifesta nos símbolos internos do indivíduo que funcionam como verdadeiros transformadores de energia. Os vários níveis que compõe o humano, tanto de uma visão sistêmica e cooperativista, tanto intra como inter pessoal, considerando a relação com a natureza interna e com a natureza do universo, reforçam a idéia que o homem se traduz numa totalidade que se comunica e interage incessantemente, sendo permeável pelos eventos e pelas vicissitudes que são apresentados (16).

Bastos (2001) afirma que é o momento síntese do conhecimento humano: juntar o velho e o novo, a ciência e a tradição milenar, sem oposição, e sim, com complementariedade, para que possamos ajudar o ser humano a se libertar do sofrimento e dor, vindo a harmonizar-se com a natureza e o cosmo (17).

A amplitude dos problemas sociais e ambientais do mundo atual tem se revelado uma poderosa força geradora e propulsora de mudanças em nossa realidade. Neste novo século, a sociedade humana enfrentará a difícil tarefa de forjar uma nova relação do homem com a natureza e dos seres humanos entre si (18).

Para Heymann e Porth, a saúde das pessoas esta intimamente associada à saúde da comunidade e da população na qual esta inserida, enfim seu estilo de vida (19).

Kowalski; Magrin; Carvalho estabelecem que:

(...) vários avanços na Medicina proporcionaram o controle de uma série de doenças infecciosas graves como a tuberculose, entre outras, que causavam um grande número de mortes entre crianças e adultos jovens. Esses fatos associados ao aumento da expectativa de vida são considerados os principais fatos relacionados ao aumento progressivo do número de casos de câncer verificados nos países industrializados (3).

Para Brentani, os epidemiologistas estimam que 70% a 80% dos tumores cancerígenos resultam de causas ambientais relacionadas com o estilo de vida adotado como padrão nessa sociedade como também hábitos inadequados somados à insanidade ecológica (20).

Já Giddens diz que um estilo de vida está intrinsecamente ligado a hábitos de comer, vestir-se, formas de morar, modo de deslocar-se espacialmente, lugares a freqüentar etc... e que isso depende das possibilidades de acesso e de aquisições à variedade de opções disponíveis (21). Por meio de estudos epidemiológicos, podemos fazer a promoção da saúde em sociedades onde há uma visível inclinação para o adoecimento oncológico. Serra comenta que as:

Inter-relações das dimensões físicas, sociais, culturais, éticas e ambientais são dinâmicas, pois os indivíduos agem sobre o ambiente, mas esse ambiente, por seu turno, modifica e influencia as condutas humanas. O diagnóstico de câncer e seu tratamento afetam a condição social que envolve o doente, a família e a comunidade, devido às suas características de difícil detecção precoce na maioria das localizações no organismo humano e a exposição dos sintomas pelo paciente (22).

Vários são os fatores de risco identificados para o câncer de colo do útero, sendo que alguns dos principais estão associados às baixas condições sócio-econômicas (estilo de vida), ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, ao tabagismo, à higiene íntima inadequada e ao uso prolongado de contraceptivos orais. Estudos recentes mostram ainda que o Vírus Papiloma Humano (HPV), tem um papel importante no desenvolvimento das displasias das células cervicais e na sua transformação em células cancerosas (11).

Em situações de imunossupressão, tais como, *corticoterapia*, diabetes, *lúpus* e o Vírus da Imunodeficiência Humana (AIDS), a incidência do câncer de colo do útero está aumentada. Isso ocorre também em situações onde há ingestão deficiente de vitamina A e C, beta-caroteno e ácido fólico (23)



Figura 5 Fatores de Risco

Fonte: Instituto Nacional de Câncer-MS. Falando sobre Câncer de Colo do útero. Disponível em <[www.saude.pr.gov.br/Cancer/pdf/falando\\_cancer\\_colo\\_uterio.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/Cancer/pdf/falando_cancer_colo_uterio.pdf)> , 2002.

Segundo dados do INCA, vários são os fatores de risco identificados para o câncer de colo do útero. Os fatores sociais, ambientais e hábitos de vida, tais como baixas condições sócio-econômicas, são os principais (Figura 5) (13).

Para Kowalski; Magrin; Carvalho “a análise criteriosa de sinais e sintomas clínicos obtidos pela anamnese e exame físico e a sua correta interpretação são fundamentais para o diagnóstico de qualquer doença” (3). E em se tratando de câncer os exames complementares são essenciais para a confirmação do diagnóstico e estadiamento.

Moraes diz que a incidência de câncer na população brasileira alcança estatísticas elevadas pela falta de instrução, de estruturas adequadas e de recursos financeiros (24). Grande parte de nossa população vive em condições precárias de

saúde, ao mesmo tempo em que ignora o que pode fazer para melhorá-la. Ferreira estabelece que o:

Câncer representa uma crescente causa de mortalidade em nosso país, chegando a ocupar a segunda ou terceira posição, dependendo da região estudada, sua prevenção vem sendo relacionada a identificação e controle dos fatores de risco presentes no estilo de vida dos indivíduos, tais como dieta alimentar incorreta, sedentarismo, estresse, tabagismo e alcoolismo (25).

Kowalski; Magrin; Carvalho verifica que “na prática clínica diária de não-especialistas, o câncer é uma doença pouco freqüente e os sinais iniciais confundidos com doenças benignas, principalmente as inflamatórias” (3). Em que pese esta opinião, Pereira Primo afirma que:

A história do câncer de colo do útero é bem conhecida e com etapas definidas. Programas de prevenção e diagnóstico precoce dessa neoplasia são capazes de interromper o seu curso e são de fácil execução, pois o colo do útero é órgão acessível. A patologia quando detectada precocemente apresenta elevado índice de cura (26).

Linard; Dantas e Silva; Silva afirmam que “o câncer de colo uterino tem sido considerado um problema de saúde pública no Brasil por exercer um peso importante na morbidade e mortalidade de mulheres brasileira” (27). Alves, narra que:

O câncer de colo do útero pode ser evitado, detectado e tratado precocemente com medidas simples e de baixo custo. Apesar disto, em nosso país, onde muitas mulheres não têm acesso a serviços de saúde ou pela falta de informação, o câncer de colo do útero é o mais incidente nas regiões pobres, e o segundo nas regiões onde predomina o câncer de mama (28).

No Brasil, estima-se que o câncer de colo do útero seja o segundo neoplasia maligna mais comum entre as mulheres. A incidência por câncer de colo do útero torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Esse tipo de câncer é o mais incidente na região Norte do Brasil (11).

O colo do útero (Figura 6) é a região anatômica do útero que tem contato direto com a vagina. A porção mais exposta do colo uterino pode ser visualizada através do exame ginecológico de rotina. E é nesta área que encontramos a zona de transformação onde praticamente todas as lesões se iniciam (29).

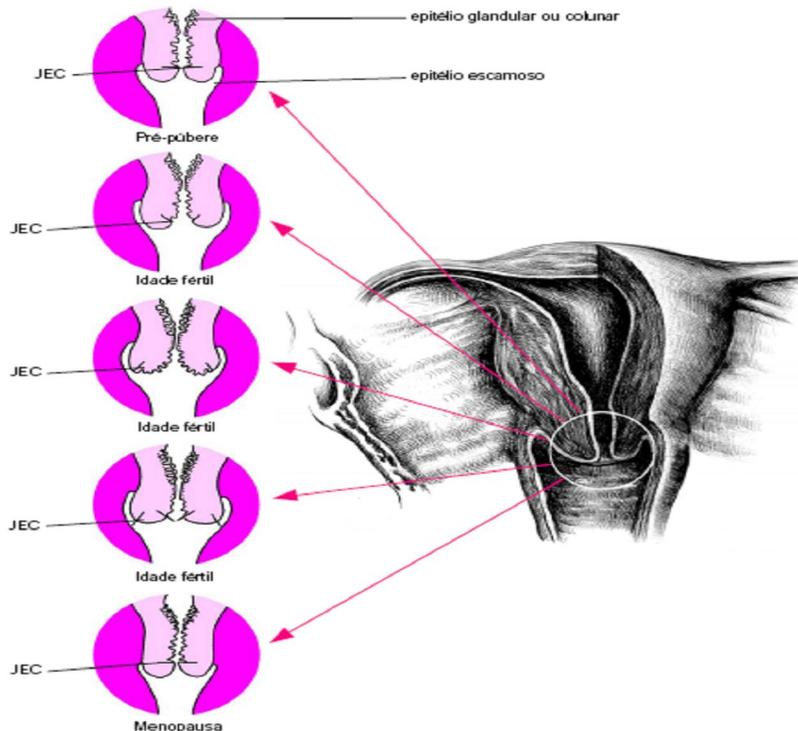


Figura 6 Crescimento do útero durante as fases da vida

Fonte: Instituto Nacional de Câncer-MS. Falando sobre Câncer de Colo do útero. Disponível em: <[www.saude.pr.gov.br/Cancer/pdf/falando\\_cancer\\_colo\\_uterio.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/Cancer/pdf/falando_cancer_colo_uterio.pdf)>

A grande maioria desses tumores teve início em mulheres jovens (lesões precursoras) que de forma lenta e gradual tiveram seus colos uterinos agredidos por agentes do meio externo, como as infecções virais Herpes Genital e HPV.

As lesões chamadas de pré-invasivas são aquelas que necessitam de tratamentos menos agressivos e as lesões invasivas devem ser tratadas com cirurgias mais extensas e/ou radioterapia (29).

O câncer de colo do útero (Figuras 7, 8 e 9) progride por contigüidade às estruturas vizinhas como a vagina, o corpo uterino e outros. Identificar através do exame clínico e exames complementares o limite da lesão é o que se chama de estadiamento do tumor (30).

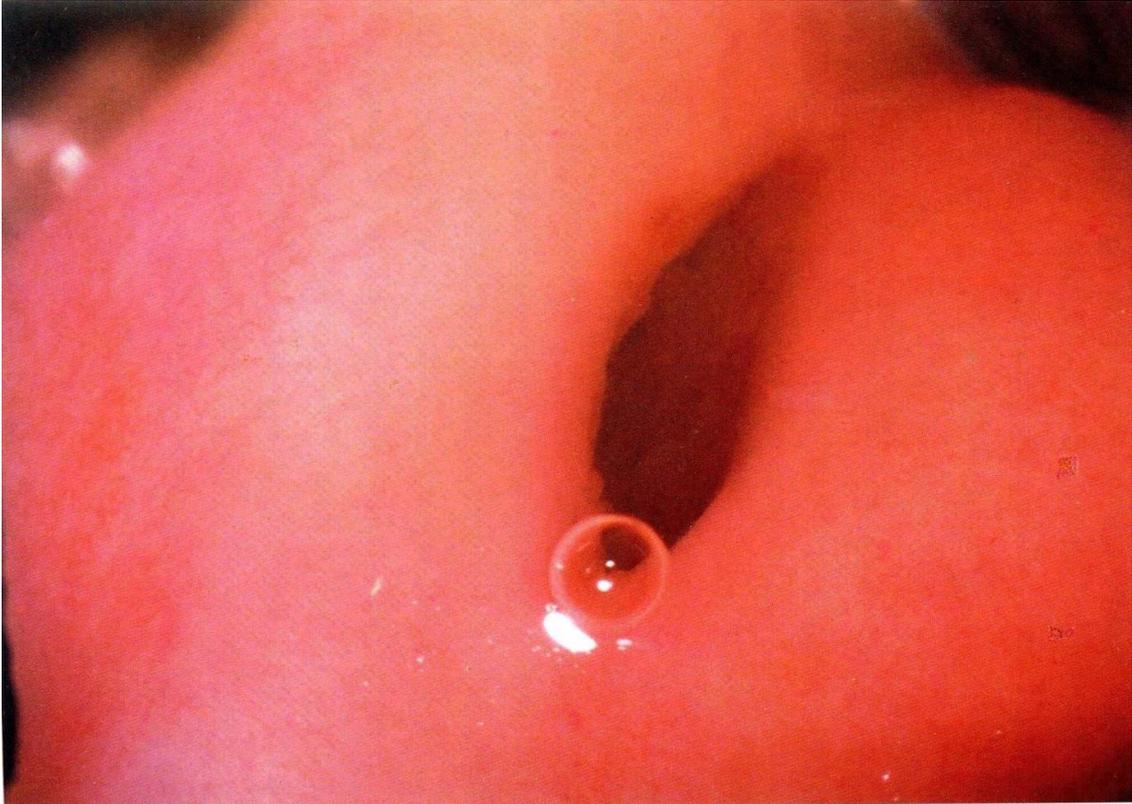


Figura 7 Colo do Útero sadio (31).



Figura 8 Câncer de colo do útero (32).



Figura 9 Câncer de colo do útero invasivo. (32)

Coelho traz dados de que no Brasil estima-se que o câncer de colo do útero seja a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, sendo superado pelo câncer de pele (não-melanoma) (33).

Linard; Dantas e Silva; Silva determina que, realizada uma pesquisa, os achados demandam investimentos em ações educativas, uma vez que as percepções das mulheres refletem uma estrutura de conhecimento marcada por dúvidas e temores resultantes de uma assistência precária desde a atenção primária até a atenção terciária (27).

O câncer no Brasil assume importância epidemiológica cada vez maior, pelo aumento do número de casos novos e mortalidade estável ou crescente, inclusive para alguns tumores considerados evitáveis ou curáveis. Apesar da magnitude do problema e dos transtornos físicos e emocionais conexos ao câncer, o conhecimento hoje disponível permite prevenir cerca de um terço dos casos novos, enquanto o rastreamento, a detecção precoce e o conseqüente tratamento imediato podem curar outro terço.

O câncer cervicouterino, quando diagnosticado e tratado precocemente, constitui causa de morte evitável. Entretanto, no Brasil, a mortalidade por essa causa ainda é elevada e persiste como problema de saúde pública. Por isso, as ações que envolvem estratégias de prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos devem ser desenvolvidas para que se conforme o diagnóstico desses cânceres o mais precocemente possível.

As pessoas devem ser vistas como sujeitos na singularidade de sua história de vida, condições socioculturais, anseios e expectativas. A abordagem dos indivíduos com a doença deve acolher as diversas dimensões do sofrimento, seja físico, espiritual ou psicossocial, e buscar o controle do câncer com preservação da QV.

## 2.5 RASTREAMENTO, DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

O grande desafio para o médico é diagnosticar a doença no seu início. É necessário conhecer os sinais e sintomas precoces, porém na maioria das vezes estes são extremamente inespecíficos, tornando difícil o diagnóstico.

Acredita-se que um dos principais responsáveis pela melhoria na sobrevida dos diversos tumores seja o diagnóstico precoce. O diagnóstico precoce pode ser obtido por meio de programas de rastreamento ou do conhecimento dos principais sinais e sintomas associados aos diversos tumores. O diagnóstico precoce dos tumores malignos continua sendo um grande desafio e a responsabilidade deve ser atribuída a todos, e não somente à classe médica.

O grande objetivo do rastreamento (*screening*) é detectar o câncer precocemente, antes mesmo de o paciente apresentar algum sinal ou sintoma relacionado ao câncer, com a finalidade de curá-lo. Porém, a realidade é mais complexa, pois os métodos para a detecção precoce devem sempre detectar anteriormente (sem sintomas) o tumor e apresentar evidências de que o diagnóstico precoce melhora o prognóstico. Os métodos para o rastreamento devem sempre apresentar algumas características: ser aplicável facilmente em pacientes assintomáticos; possuir baixo custo; e ter uma consequência mínima caso haja erro diagnóstico.

São as principais características necessárias para se recomendar o rastreamento: alta morbidade e mortalidade do tumor; alta prevalência de um possível estado pré-clínico detectável; possibilidade de melhora da sobrevida em virtude de detecção precoce; teste com altas sensibilidade e especificidade, com baixo custo e pouco desconforto e inconveniência.

O rastreamento só será possível se houver um teste com alta sensibilidade e especificidade, isto é: alta probabilidade de o teste ser positivo e apresentar a doença e alta probabilidade de o teste ser negativo e a doença não existir. Existem desvantagens nos programas de rastreamento populacional que devem sempre ser considerados, com o custo elevado, risco apresentados pelos exames, pouco ou nenhum benefício no prognóstico da sobrevida, problemas psicológicos por testes falso-positivos e falso-negativos.

Em 1930, Papanicolau introduziu um teste o qual leva seu nome até hoje. Não foi realizado nenhum estudo clínico, pois o uso difundido do teste de Papanicolau foi tão eficaz que a não-realização do teste tornou não ético a realização de um estudo randomizado. Programas nacionais de rastreamento em vários países diminuíram significativamente a mortalidade por câncer de colo uterino. Existem controvérsias em relação aos intervalos em que deveria ser realizado. A US Preventive Services Task Force, após uma grande revisão, propôs que os intervalos devem ser entre 1 a 3 anos, dependendo da idade e da vida sexual.

A análise criteriosa de sinais e sintomas obtidos por anamnese e exame físico bem realizado e sua correta interpretação são fundamentais para o diagnóstico. Dados demográficos, história profissional, hábitos pessoais e antecedentes familiares são extremamente úteis para auxiliar o diagnóstico. Porém, em nenhuma outra doença o exame histopatológico é tão importante para o diagnóstico e a programação terapêutica.

### **2.5.1 Estadiamento**

O objetivo de um estadiamento é o de descrever detalhadamente, de modo compreensivo, a extensão da doença, tanto localmente como o comprometimento a distância. O maior benefício em obter um estadiamento é a possibilidade de permitir uma comunicação nacional e internacional, na avaliação de estudos clínicos e projetos terapêuticos. Também é útil em obter um valor prognóstico permitindo análise estatística, avaliação das respostas terapêuticas e duração da sobrevida, orientando o tratamento. Uma definição acurada do estadiamento do paciente permite um melhor entendimento da história natural do tumor, seu relacionamento com marcadores biológicos e prognósticos.

## 2.5.2 O Sistema TNM

O sistema TNM utilizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) representa um sistema baseado na extensão anatômica que pode ser aplicado a todos os tumores e locais independentemente do tratamento. Foi desenvolvido por Pierre Denoix, na França, entre 1943 e 1952. Em 1954, a UICC desenvolveu um comitê e a partir daí publicou vários livretos com o estadiamento TNM. A última versão foi publicada em 2002 (34).

Esse sistema é subdividido em três partes:

- T corresponde à extensão do tumor primário, com as seguintes variantes (tipos): TX – o tumor primário não pode ser avaliado; T0: não há evidências de tumor primário; Tis – in situ; T1 a T4 extensão local do tumor de acordo com o tamanho e a profundidade.
- N significa a ausência ou presença de metástases linfonodais regionais (a presença de metástases em linfonodos distantes é considerada metástase). Ocorrem os seguintes tipos: NX – os linfonodos regionais não foram avaliados; N0 – ausência de metástases; N1 a N3 – linfonodos comprometidos de acordo com o comprometimento da cadeia regional).
- M relaciona-se à ausência ou presença de metástases. Inclui as seguintes categorias: MX – a presença de metástases a distância não pode ser avaliada; M0 – ausência de metástases; M1 – presença de metástases.

Duas classificações são descritas para cada localização anatômica:

- Classificação clínica (pré-tratamento): designada como cTNM, é baseada no exame físico, diagnóstico por imagem, endoscopia, exploração cirúrgica e outros exames.
- Classificação patológica: designada como pTNM, é baseada em evidência adicional obtida por meio de cirurgia e do exame histopatológico antes do tratamento

Na maioria das localizações anatômicas, informações referentes ao grau histopatológico também podem ser relatadas:

- G representa a graduação histopatológica, com as seguintes variantes: GX – o grau de diferenciação não pode ser avaliado; G1 – bem diferenciado; G2 – moderadamente diferenciado; G3 – pouco diferenciado; G4 – indiferenciado.

Geralmente o TNM e o pTNM descrevem a extensão anatômica do câncer sem considerar o tratamento. Mas podem ser suplementados pela classificação do tumor residual. A ausência ou presença de tumor residual após o tratamento é descrita pelo símbolo R, designado como:

- RX: a presença de tumor residual não pode ser avaliada;
- R0: ausência de tumor residual;
- R1: tumor residual microscópico;
- R2: tumor residual macroscópico.

Na última versão de 2002, duas novas denominações surgiram a avaliação dos linfonodos sentinela e as células tumorais isoladas.

O linfonodo sentinela consiste no primeiro linfonodo que recebe a drenagem linfática do tumor primário. Se este for positivo para metástases, indicará que outros linfonodos podem também ser positivos. Se for negativo, é bem provável que outros também o serão. São designados da seguinte maneira:

- pNX(sn): linfonodo sentinela não foi avaliado.
- pN0(sn): não há metástases no linfonodo sentinela.
- pN1(sn): metástases presentes no linfonodo sentinela.

As células tumorais isoladas consistem em células isoladas não ultrapassando 0,2 mm no seu maior diâmetro, geralmente detectadas por imunohistoquímica ou métodos moleculares.

No caso do câncer, muitas vezes, a cirurgia é realizada para diagnóstico – estadiamento (biópsia) – e a divulgação do resultado requer o prazo de alguns dias. O paciente e familiares vivenciam um período de grandes expectativas, podendo ocorrer a manifestação de sintomas depressivos, transtornos de ansiedade, anorexia, agressividade, entre outros (35).

As cirurgias que envolvem um significado de mutilação como as de mama, membros, órgãos genitais, face, perda das funções intestinais, urinárias, perda da voz, trazem, especialmente, além de sentimentos angustiantes, dificuldades para a reintegração profissional e social.

A quimioterapia é conhecida e considerada como “assustadora”, pelos inúmeros efeitos colaterais que, muitas vezes, são responsáveis pelos medos e recusas ao tratamento, mesmo quando indicados para melhora dos sintomas e para possibilidades de cura em alguns tipos de tumor. Muitas vezes é nesse período de tratamento que o paciente entra concretamente em contato com a doença, antes apenas descrita nos exames realizados. As náuseas, vômitos, mucosites, constipação intestinal, diarréias, alterações sobre a pele, unhas, a queda de cabelo (alopécia) trazem a desfiguração física, a mudança da auto-imagem corporal e preocupações angustiantes em relação à aceitação social, à interrupção da atividade profissional, medo de desemprego, incertezas em relação à eficácia do tratamento. Como, nem sempre, as melhoras físicas são sentidas imediatamente e no grau desejado, as fantasias e desconfianças se intensificam, despertando sentimentos variados que podem culminar com um quadro de depressão (35).

Por outro lado, a Radioterapia estabelecida como método terapêutico, desde o século XIX, tem evoluído, continuamente, em termos de equipamentos e técnicas. Esses avanços são pouco conhecidos da população leiga que se prende a medos e preconceitos em relação à radiação, lembrando-se dos lastimáveis acontecimentos de Hiroshima, Chernobyl e Goiânia. Além dessas significações internalizadas negativamente, existem sentimentos de apreensão referentes a queimaduras, radiação em excesso, efeitos colaterais, bem como dificuldades reais que ocorrem durante o tratamento como o desconforto pelo posicionamento e imobilidade durante as aplicações, ansiedade pelas marcações na pele e o medo da solidão e abandono na sala de aplicação, o qual se agrava quando se trata de paciente claustrofóbico (36) (37) (38).

## 2.6 QUALIDADE DE VIDA E CÂNCER

Na abertura do 2º Congresso de Epidemiologia, Rufino Netto (1994) assim se refere:

Vou considerar como qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços fazendo ciência ou artes. Falta o esforço de fazer da noção um conceito e torná-lo operativo (39).

A noção de QV já se incorporou na área da saúde, buscando as bases conceituais e os fundamentos teórico-prático de suas principais medidas, avançando no conhecimento e considerando sua importância na prática da saúde coletiva.

No Brasil, Rattner sugere que a concentração de renda em poder dos mais ricos favorece o estabelecimento de um estado de desigualdade e de injustiça tão intenso que muitas pessoas passam a experimentar formas de depressão, desamparo, desesperança, alienação, enquanto outras passam a cultivar exageradamente o materialismo, o imediatismo e a ganância (40).

“Prolongar a vida, hoje, torna absoluta a cronologia, traduzida como longevidade e esperança de vida, e a falta de cuidados para atingir esse fim é alertada por campanhas contra seus riscos, pelo valor negativo para as finanças públicas nos gastos com a saúde. Não faz parte da preocupação atual do movimento da qualidade de vida o que cada um deve fazer com sua própria vida, bem como na relação que cada um estabelece com a vida de seus semelhantes, quando beneficiado com o aumento dos anos que deverá viver” (41).

A QV dos pacientes, no entanto, tem sido representada, ainda que a princípio apenas implicitamente, nos objetivos terapêuticos da medicina. Ainda que a avaliação das intervenções médicas tenha dirigido primordialmente sua atenção aos resultados biológicos, os critérios de êxito terapêutico também começam a levar em conta a contribuição dos aspectos funcionais, psicológicos e sociais associados à enfermidade e seu tratamento. Particularmente, no campo das doenças crônicas, a QV pode ser o parâmetro de resultado mais importante a ser considerado na avaliação da eficácia de um tratamento (42).

A QV relacionada ao câncer é uma avaliação complexa, baseada em percepções subjetivas, experiências subjetivas, experiências e expectativas das pessoas que a expressa.

A depressão é encontrada em muitos pacientes com câncer, ocorre em aproximadamente 25% dos pacientes em cuidados paliativos. Slovacek analisaram 64 mulheres com câncer em cuidados paliativos e encontraram a incidência de 71,8% de depressão (43).

Embora a prioridade histórica no tratamento oncológico tenha sido o controle de tumores, nas últimas duas décadas observa-se cada vez mais valorizada a inclusão do sentido de “bem estar” do doente ou sua QV.

Em todos os estudos feitos para verificar ou medir a QV em países como o Brasil e outros da América Latina, constata-se que há péssima distribuição de renda, analfabetismo, baixo grau de escolaridade, assim como as ocorrem condições precárias de habitação e ambiente. Estes dados têm uma importância nas condições de vida, QV e saúde.

Buss acredita que proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “vívuda”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas (44).

A percepção de uma doença ou mal estar no indivíduo provoca situações e expectativas, internas e externas, que se interpõem até a busca por uma assistência para a recuperação da saúde. A sociedade pressiona e isso fica evidente, pois passamos a valorizar a produtividade e a saúde das pessoas.

Em um estudo francês de metanálise, não se pôde concluir que eventos traumáticos, características de personalidade e depressão pudessem aumentar o risco para câncer. Avaliou-se 32 publicações, sendo que em 4 estudos houve relação entre eventos traumáticos e câncer de mama, porém nenhum estudo mostrou relação significativa entre características de personalidade e risco para desenvolver câncer (45).

Em vista dessas implicações sociais, portanto, como propõe Pereira, devemos indicar maneiras de medir a QV, considerando-a como um constructo multidimensional, formado por elementos/componentes econômicos,

sociodemográficos, disposicionais e situacionais, bem como pelo nível de bem-estar subjetivo acerca da experiência cognitiva de satisfação global ou específica, com domínios gerais ou particularidades da vida, acerca da intensidade e freqüência da experiência afetiva positiva e da experiência afetiva negativa, assim como acerca dos inúmeros aspectos ou fatores psicossociais da saúde mental dos indivíduos (46).

Hoerni reflete sobre as condições de uma vida de qualidade para uma pessoa com câncer, abordando a vivência do paciente antes, durante e após a doença, envolvendo a integridade anatômica e o funcionamento harmônico entre os planos físico e mental (47).

Segundo Dallari, por ser a vida geralmente reconhecida como um valor humano ou social, há a necessidade de se refletir sobre as inovações e seus efeitos, de se prever, ou pelo menos, tentar prever as prováveis conseqüências, benéficas ou malélicas e, também, de avaliar as possibilidades sob a ordem da ética (48).

Essas reflexões, pesquisas bibliográficas e métodos para avaliar a QV e câncer, levaram à necessidade de pensar, definir procedimentos e delinear o estudo.

Segundo Leite, as pessoas devem ser vistas como sujeitos na singularidade de sua história de vida, condições socioculturais, anseios e expectativas, e a abordagem dos indivíduos com a doença deve acolher as diversas dimensões do sofrimento, seja físico, espiritual ou psicossocial, buscando-se o controle do câncer com preservação da QV (49).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a QV em mulheres diagnosticadas com câncer de colo do útero e possíveis implicações no desenvolvimento da doença no Hospital Geral de Palmas-TO, no período de Janeiro a Dezembro de 2009.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever a QV das mulheres diagnosticadas com câncer de colo do útero de acordo com as variáveis de análise, no período de Janeiro a Dezembro de 2009;
- Analisar os aspectos psicológicos, sociais e familiares que funcionam como barreira na prevenção do câncer de colo do útero;
- Comparar se todos esses dados citados e coletados impedem a prevenção ou o diagnóstico precoce do câncer de colo do útero.

## 4 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo transversal e prospectivo. O estudo investigou possíveis correlações entre a QV e acometimento do câncer de colo do útero.

Foi realizado no período de janeiro a dezembro de 2008 no Hospital Geral de Palmas - TO. O hospital é referência em tratamento e prevenção de câncer na Capital, credenciado pelo SUS, como UNACOM.

Baseado na estimativa da população de mulheres atendidas no Hospital Padre Luso – Instituto do Câncer no ano de 2007/2008 (antigo centro de referência) foram avaliadas 50 (cinquenta) pacientes diagnosticadas com câncer de colo do útero no Hospital Geral de Palmas.

Neste trabalho, o risco para o paciente e para instituição foi inexistente, pois, o mesmo foi feito através da análise de dados dos prontuários e o questionário foi aplicado pela própria pesquisadora, respeitando os critérios éticos citados no item 4.6 deste projeto.

Na coleta de dados foram avaliados os aspectos das variáveis de análise utilizando dados dos prontuários, feitas pelo pesquisador – Psicóloga inscrita no Conselho Regional de Psicologia com o numero 0135-1 GO/TO.

### 4.1 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados, foi usado um instrumento WHOQOL – Abreviado, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde – Genebra, com a coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil pelo Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (versão em português). O *WHOQOL-bref* consta de 26 questões, sendo 2 questões gerais de qualidade de vida e 24 questões que compõem as facetas do instrumento original, divididos em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. É uma escala amplamente utilizada no mundo, onde existe uma versão mais completa conhecida como *WHOQOL-100*. A versão abreviada é mais utilizada e foi adaptada e validada no Brasil pela equipe de psiquiatria da faculdade de

medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, liderada pelo Prof. Dr. Marcelo Fleck (50).

A seguir, demonstra-se a escala *WHOQOL-bref* com suas questões relacionadas com os diversos domínios (Tabela 2).

Tabela 2 Domínios do WHOQOL-bref de acordo com o número da questão.

Domínios	nº	questão	
Global	1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	
	2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	
Físico	3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	
	4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	
	10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	
	15	Quão bem você é capaz de se locomover?	
	16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	
	17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	
	18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	
	Psicológico	5	O quanto você aproveita a vida?
		6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?
		7	O quanto você consegue se concentrar?
11		Você é capaz de aceitar sua aparência física?	
19		Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	
26		Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	
Relações sociais	20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas) ?	
	21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	
	22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	
Meio ambiente	8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	
	9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?	
	12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	
	13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	
	14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	
	23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	
	24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	
	25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	

## 4.2 VARIÁVEIS DE ANÁLISE

### 4.2.1 Identificação

- Nome, Data de Nascimento, Estado Civil, Registro do Prontuário;
- Procedência e naturalidade;
- Grau de escolaridade, renda familiar, religião, etnia, condições de moradia (ambiente), padrão sócio-econômico (estilo de vida), número de filhos.

### 4.2.2 História Médica

Foi fundamentada nas seguintes informações: diagnóstico, data do diagnóstico, expectativa de sobrevivência, tempo de tratamento, estadiamento, forma de tratamento e doenças já diagnosticadas (HPV - infecção por papilomavírus humano, HIV - infecção por vírus, miomas, outras).

### 4.2.4 Análise Estatística

Procedeu-se a uma análise descritiva dos dados, construindo para as variáveis quantitativas, tabelas com medidas de tendência central, dispersão, etc. Calculou-se o escore médio de cada uma das 26 questões (facetadas) e, em seguida, o escore médio de cada um dos quatro domínios, além da QV geral. Os escores das questões q3 q4 q26 foram recodificados de acordo com a escala a seguir: (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

A análise exploratória mostrou que algumas variáveis apresentaram uma distribuição não-normal, motivo pelo qual foram utilizados testes não paramétricos ou de distribuição livre. Com o escore médio, realizaram-se os cruzamentos das

variáveis com os domínios do WHOQOL-bref mediante a aplicação de ANOVA e regressão múltipla. O teste de “t” foi utilizado para comparar os grupos “estadiamento” e o teste de Mann Whitney para comparar as diferentes intervenções terapêuticas (sim, não). Para todos os testes feitos considerou-se o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) para o Erro Tipo I. Ainda, para avaliar a validade de critério utilizou-se a matriz de correlação e para avaliar a consistência interna do WHOQOL bref, ou seja, a correlação e homogeneidade entre os itens do instrumento em cada um dos seus domínios foram estimadas mediante o Coeficiente Alfa de Cronbach. Os dados foram analisados utilizando os softwares Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 10.0 e Bioestat 5.0.

#### **4.2.5 Aspectos Éticos**

Para realização desta pesquisa foi solicitada a autorização prévia do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana Brasileira (ULBRA), em Palmas-TO.

Para o sujeito desta pesquisa, foi explicado o objetivo do estudo, assim como os focos temáticos a serem estudados, o sigilo ético e a necessidade de sua concordância. O consentimento livre e esclarecido foi lido pela pesquisadora, psicóloga Taiana Avelino Arrais dentro do consultório do profissional no referido hospital e posteriormente assinado pelas mulheres que se submeteram as entrevistas.

Ainda atendendo aos princípios éticos, à direção do Hospital Geral de Palmas, foi solicitada uma autorização escrita para o manuseio dos prontuários e utilização das informações.

## 5 RESULTADOS

A idade média (anos) dos pacientes supera os cinquenta anos (Tabela 3), com uma variação de quase 13 anos, ou seja, 34 pacientes têm idades entre 41 e 66 anos, indicando uma idade madura das pacientes. A paciente mais jovem tem 26 anos de idade e a mais velha 76 anos. A maioria das pacientes (31) tem um parceiro (Tabela 3), destas, 24 são casadas oficialmente (24) e as restantes têm um companheiro estável (união livre).

Considerando a escolaridade, a grande maioria de pacientes não tiveram estudo (06) ou frequentaram um curto período de estudo regular (31), não atingindo o primeiro grau completo. Apenas uma paciente tem grau superior completo (Tabela 3). Considerando a religião, praticamente a relação católica : evangélica mantém uma proporção 1:1 (Tabela 3).

A grande maioria das pacientes (72%) se dedica às múltiplas atividades do lar, cinco das pacientes, são produtoras rurais e as restantes (9) se dedicam a diversas atividades incluindo: secretária, serviços gerais, vendedora de salgados, professora, etc.

Tabela 3 Características gerais das pacientes com câncer de colo do útero.

Continua

Idade (anos) n = 50	
(Média ± D.P.)	53,79±12,66
<b>Estado Civil</b>	
Casadas	31
Solteiras	08
Separadas	01
Viúvas	10
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeta	06
Fundamental Incompleto	31
Fundamental Completo	04
Ensino Médio Incompleto	03
Ensino Médio Completo	04
Superior Incompleto	01
Superior Completo	01
<b>Religião</b>	
Evangélicas	24
Católicas	26

Tabela 3 Características gerais das pacientes com câncer do colo de útero.

Conclusão

Idade (anos) n = 50	
(Média ± D.P.)	53,79±12,66
Principal Atividade	
Do Lar	36
Lavradora	05
*Outras	09

\* Refere-se a profissionais com frequência = 1

A idade variou entre 26 e 76 anos (Figura 10)

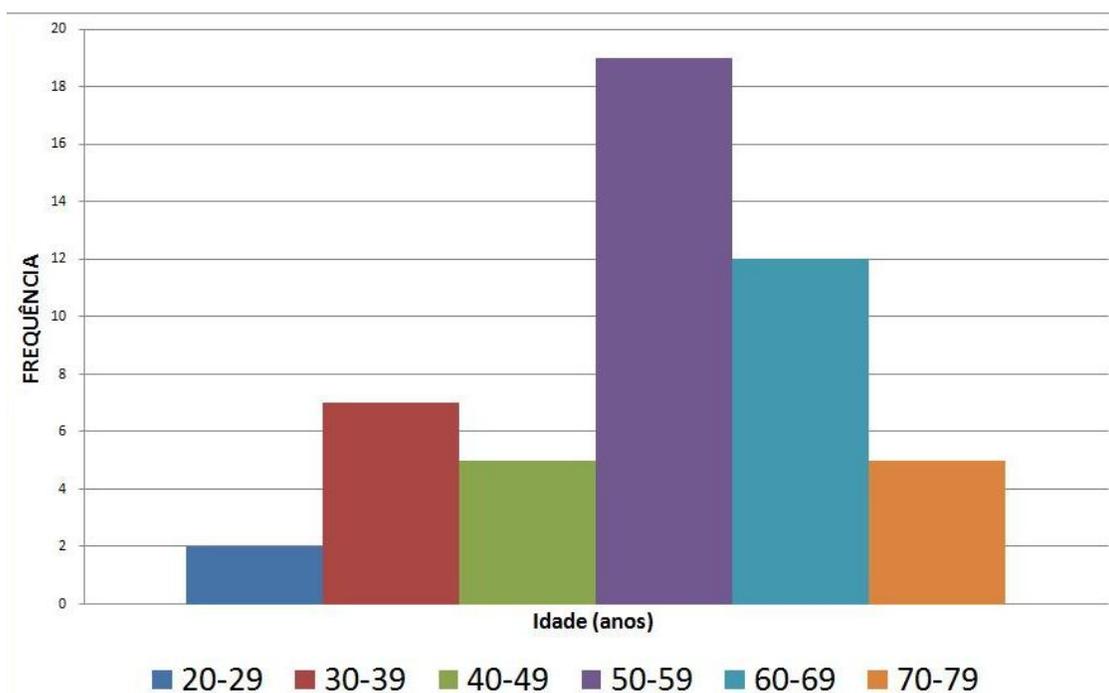


Figura 10 Histograma da idade das pacientes estudadas.

Quando considerada as facetas da QV geral (questões 1 e 2) do instrumento *World Health Organization Quality of Life-bref* o escore médio foi de 13 (Tabela 4), sugerindo uma visão otimista com relação á QV das pacientes que participaram da pesquisa.

Os escores médios dos quatro domínios que compõem o WHOQOL bref, variaram entre 11 (domínio psicológico e meio ambiente) e 14 (relações sociais). O domínio físico apresentou valor intermediário (13) (Tabela 4).

Tabela 4 Escore Médio das facetas de QV Geral do instrumento Whoool-bref em pacientes com câncer de colo do útero.

No. Da Questão	Facetas de Qualidade de Vida Geral	Valor do Escore médio
01	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	12,24
02	Você está satisfeito (a) com a sua saúde?	13,28
	<i>Escore Médio Geral</i>	12,76±2,9
	Facetas do Domínio Físico	
03	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	14,32
04	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	10,04
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	12,40
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	12,40
16	Quão satisfeito (a) você está com seus sono?	15,52
17	Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-dia?	12,64
18	Quão satisfeita você está com sua capacidade para o trabalho?	11,12
	<i>Escore Médio Geral do domínio</i>	12,96±1,79

As respostas às questões 05 (o quanto você aproveita a vida) e 26 (com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mal humor, desespero, ansiedade e depressão) contribuíram principalmente para diminuir a média geral deste domínio (Tabela 5). Contrariamente, as respostas às questões 20 e 22 contribuíram para elevar a média do domínio Relações Sociais (Tabela 5).

Tabela 5 Escore Médio das facetas de QV Geral do instrumento Whoool-bref em pacientes com câncer de colo do útero.

No. Da Questão	Facetas do Domínio Psicológico	Valor do Escore médio
05	O quanto você aproveita a vida?	08,72
06	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	09,52
07	O quanto você consegue se concentrar?	13,44
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	12,48
19	Quão satisfeita você está consigo mesma?	15,28
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mal humor, desespero, ansiedade e depressão?	09,28
	<i>Escore Médio do domínio</i>	11,44±1,35
	Facetas do Domínio Relações Sociais	
20	Quão satisfeita você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	15,68
21	Quão satisfeita você está com sua vida sexual?	11,44
22	Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	15,52
	<i>Escore Médio do domínio</i>	14,20±1,89

As questões 12 e 14 do instrumento Whoool bref contribuíram para diminuir o valor médio deste domínio (Tabela 6). Para as pacientes, as atividades de lazer e a disponibilidade de dinheiro são as principais dificuldades para a melhoria da QV.

Tabela 6 Escore Médio das facetas de QV Geral do instrumento Whoool-bref em pacientes com câncer de colo do útero.

No. Da Questão	Facetas do Domínio Meio Ambiente	Valor do Escore médio
08	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	10,00
09	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	11,04
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	07,04
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa nos seus dias-dia?	11,12
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	06,32
23	Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?	15,20
24	Quão satisfeita você está com o acesso aos serviços de saúde?	14,72
25	Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte?	13,12
<i>Escore Médio do domínio</i>		11,08±1,13

Das pacientes que participaram do estudo, quase 50% (Tabela 7) tem o estadiamento entre III e IV, e 40% apresentam os dois estádios iniciais. Quando comparadas as respostas da QV geral (questões 1 e 2) entre os dois grupos de pacientes (estádios I e II e estádios III e IV), não houve diferença significativa entre os escores ( $t_{0,05} = 1,12$ ;  $p=0,19$ ). Quando comparados três grupos da característica (tempo de tratamento, (Tabela 7) os escores relacionados ao domínio QV Geral, não apresentaram diferenças significativas ( $F_{0,05; 2,47}=2,804$ ;  $p = 0,0701$ ).

A comparação entre os escores da QV Geral e os diferentes tipos de atendimento médico, três não apresentaram diferenças significativas (Tabela 7), quimioterapia ( $p=0,55$ ), radioterapia ( $p=0,57$ ), braquiterapia ( $p=0,18$ ), apresentado diferenças altamente significativas apenas as comorbidades (Tabela 7).

Tabela 7 Características clínicas da amostra de pacientes com câncer de colo do útero.

Característica	n	%	Mann-Whitney
<b>Estadiamento</b>			
I e II	20	40	
III e IV	23	46	
Ignorado	07	14	
<b>Tempo de tratamento</b>			
≤ 1 ano	15	30	
2 a 4 anos	28	56	
≥ 5 anos	07	14	
<b>Cirurgia</b>			
Sim	19	38	
Não	31	62	
<b>Quimioterapia</b>			
Sim	32	64	M-W, p =0,55
Não	18	36	
<b>Radioterapia</b>			
Sim	34	68	M-W, p =0,57
Não	16	32	
<b>Braquiterapia</b>			
Sim	14	28	M-W, p =0,18
Não	36	72	
<b>Comorbidades</b>			
Sim	16	32	M-W, p <0,001
Não	34	68	

### Validade de Critério

Quando os domínios foram correlacionados entre si (Tabela 8), somente um apresentou coeficientes de correlação significativo (Relações Sociais e Físico). A menor correlação foi verificada entre o domínio físico e psicológico.

Tabela 8 Matriz de correlação de *Pearson* entre os diferentes domínios na amostra total.

Domínios	Físico	Psicológico	Rel. Soc.	Meio Amb.
Físico	-			
Psicológico	0,06 (p=0,68)	-		
Rel. Soc.	0,29 (p=0,04)*	0,15 (p=0,09)	-	
Meio Amb.	0,35 (p=0,57)	0,43 (p=0,80)	0,41 (p=0,76)	-

\* Correlação significativa a 0,05 nível.

A regressão múltipla global foi significativa, sendo que os domínios físico e meio ambiente contribuíram efetivamente para este resultado, apresentando valores

de p significativos (Tabela 9). O modelo linear realizado explica 47% da variância encontrada.

Tabela 9 Regressão linear múltipla entre os diferentes domínios em relação à QV geral (q1 e q2).

Variável	B	t	P
Domínio 1 (Físico)	0,830	4,340	<b>&lt;0,001</b>
Domínio 2 (Psicológico)	-0,670	-0,258	0,798
Domínio 3 (Relações Sociais)	0,780	0,421	0,676
Domínio 4 (Meio Ambiente)	0,743	2,152	<b>0,037</b>
Constante	-6,818	-1,771	0,080

\* Percentagem da variância explicada (R quadrado): 47%. ANOVA regressão ( $F_{0,05: 4, 45} = 10,226$ ;  $p = < 0,0001$ ).

### Consistência Interna

A consistência interna para todas 26 questões do WHOQOL-bref foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de *Cronbach*. Este valor foi de 0,70, indicando uma fidedignidade e consistência interna satisfatória. Quando calculado o valor de *alpha* por domínio, estes valores foram de: 0,58 (físico); 0,70 (psicológico); 0,64 (relações sociais) e 0,61 (meio ambiente).

## 6 DISCUSSÃO

O câncer se configura e se consolida a cada dia, sendo um problema de saúde pública de dimensões nacionais.

De acordo com o resultado da análise feita através da amostra de 50 pacientes, revelou-se um perfil de mulheres com a idade média de 50 anos (Figura 10), com escolaridade predominante no ensino fundamental incompleto, onde 72% das mulheres que participaram da pesquisa se dedicam a múltiplas atividades do lar. Os escores médios dos quatro domínios que compõem o WHOQOL-bref, variaram entre 11 (domínio psicológico e meio ambiente) e 14 (relações sociais), sendo que o domínio físico apresentou domínio intermediário de 13.

A partir dos resultados obtidos, constata-se que a percepção da QV para as mulheres está intrinsecamente ligada aos fatores sociais, psicológicos e físicos, pois ao mesmo tempo em que as mulheres enfrentam o câncer, experimentam diferentes sentimentos e comportamentos decorrentes de alterações na capacidade física, na autoestima e na imagem corporal, nas relações com as outras pessoas e na realização de uma série de atividades diárias.

Segundo dados do IBGE, a atual estrutura da sociedade brasileira é produto da história, onde grandes segmentos sociais foram gradativamente marginalizados, gerando não somente os contrastes populacionais e culturais apresentados nas cinco regiões, mas também as expressivas desigualdades entre diferentes estratos sociais.

Na população urbana do Canadá, no período de 1971 a 1996, o risco de morte por câncer cervical era superior nos bairros mais pobres, apontando a necessidade de melhoria dos programas de prevenção nestes bairros e da oferta dos avanços recentes nas técnicas de rastreamento (citologia em meio líquido, captura híbrida e teste de HPV) (51).

Na região norte do Brasil, o perfil feminino apresenta características peculiares ao restante do País. A cor negra ou parda é predominante, com um alto índice de analfabetismo, restringindo a qualificação profissional a atividades domésticas e ao nível de desemprego e/ou dependência econômica alto, colocando

a região nos elevados percentuais da população brasileira que se encontra abaixo da linha de pobreza (5).

Na América Latina, onde a incidência do câncer de colo do útero é considerada uma das maiores do mundo, representando um grave problema de Saúde Pública, existe um percentual significativo de mulheres que nunca realizaram o exame Papanicolau – provavelmente aquelas com maior risco. No Brasil, observou-se, no Estado do Paraná, uma evidente diminuição da mortalidade por câncer de colo do útero a partir da implementação do programa de rastreamento, com aumento na cobertura do exame Papanicolau de 43 para 86% da população feminina adulta, em um período de apenas cinco anos de incremento do programa (52).

Considerando as características reais da amostra como variáveis de análise (Tabela 3), verifica-se uma população feminina comum na região norte do Brasil, onde se concentra o maior número de casos de câncer de colo do útero. Essas variáveis mostraram dificuldades no entendimento da necessidade da prevenção, dos riscos iminentes do desenvolvimento do câncer e de uma porcentagem alta de diagnóstico tardio.

Considerando a escolaridade, a grande maioria das pacientes entrevistadas, não tiveram nenhum estudo, 31 pacientes têm o primeiro grau incompleto e apenas 01 paciente com o curso superior completo, demonstrando assim, com base na literatura, que existe uma interferência entre o nível socioeconômico das pacientes com câncer de colo do útero e o conhecimento da etiologia da doença e suas conseqüências.

Brinton relatou que o nível educacional persiste como fator de risco – depois de controlado os outros fatores. É uma marcante característica do câncer de colo do útero, a sua consistente associação, em todas as regiões do mundo, com o baixo nível sócio-econômico e educacional, ou seja, com os grupos que têm maior vulnerabilidade social. São nesses grupos que se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença e de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros (53).

Uma das principais razões desse panorama no Brasil resulta do fato que, durante muitos anos, a realização do exame preventivo (Papanicolau), método de rastreamento sensível, seguro e de baixo custo, que torna possível a detecção de lesões precursoras e de formas iniciais da doença, ocorreu fora do contexto de um programa organizado. Na rede de saúde, a maioria dos exames citopatológicos é realizada em mulheres com menos de 35 anos, provavelmente naquelas que comparecem aos postos para cuidados relativos à natalidade. Isto leva a subaproveitar-se a rede, uma vez que não estão sendo atingidas as mulheres da faixa etária de maior risco. Esse fato provavelmente tem contribuído para não se ter alcançado, nos últimos 15 anos, um impacto significativo sobre a mortalidade por esse tipo de câncer (6).

Os poucos dados provenientes de estudos epidemiológicos realizados com uma amostra representativa da população feminina brasileira sugerem que além da cobertura na realização do exame Papanicolau ser relativamente deficiente, ela está distribuída desigualmente entre a população usuária, com a realização do teste concentrando-se, geralmente, entre os grupos de menor risco para o câncer cervical (23).

A realização do teste de Papanicolau passaria a ser dependente de um conjunto de características individuais das usuárias, concentrando-se em aspectos sócio-demográficos, entre eles, a idade, o estado civil e a escolaridade e renda como preditores do acesso diferenciado que mulheres de maior nível socioeconômico teriam à assistência médico-preventiva.

Ao analisar os resultados apresentados, constata-se que quando considerada as facetas da QV geral (questões 1 e 2 do instrumento WHOQOL-bref) o escore médio foi de 13 (Tabela 4), que indica uma visão otimista sobre a QV.

Na história da oncologia, era prioridade o controle do tumor e, nos últimos tempos observa-se a valorização da QV do doente. Neste contexto, a amplitude nos problemas sociais e ambientais do mundo atual tem-se revelado uma poderosa força geradora e propulsora de mudanças em nossa realidade, onde a saúde da comunidade e da população na qual está inserida, enfim, sua QV.

O câncer de colo do útero, pela sua localização (“interna e invisível”) parece não ser o grande causador do sofrimento e das mudanças psicológicas. Aqui, segundo os resultados, pode-se verificar que, o estigma do câncer permanece em

nossa sociedade e em nossa cultura, marcando negativamente seus portadores. Observa-se que, embora fale-se mais abertamente sobre a doença, o medo permanece, parecendo que a palavra “câncer” é um sinônimo de “morte”, com natural impacto sobre os envolvidos.

No momento em que a mulher se depara com o diagnóstico de câncer, seu modo de vida e suas relações interpessoais passam a ser objetos de reflexão e questionamentos. Considerando que tal processo tem início com a descoberta da doença, torna-se importante atentar para uma peculiar etapa na vida dessa mulher, que assume o papel de doente, além de todos aqueles que anteriormente eram desempenhados por ela.

O rótulo de uma doença dolorosa e mortal é vivenciado pela paciente no tratamento, que é geralmente longo, com perdas e sintomas adversos, acarretando prejuízos nas habilidades funcionais, vocacionais e incerteza quanto ao futuro (Tabela 4).

Outros fatores como as crenças e atitudes em relação ao câncer cérvico-uterino e ao exame colpocitológico e a autopercepção da severidade e suscetibilidade à doença também têm sido descritos como elementos explicativos dessas dificuldades. A crença de que o câncer não pode ser curado mesmo sendo detectada precocemente, a preferência por não saber que tem a doença, o custo do teste, o desconforto e a vergonha associados ao procedimento constituem-se em barreiras percebidas à ação (54).

Entretanto, aprendemos que, para estas mulheres, o tumor, inerente ao organismo, fica adormecido. Esta é uma forma de pensar que relaciona o desenvolvimento do câncer com aspectos da vida diária - dormir e acordar - , que associa o estigma da doença, como batalha; este é um pensamento-padrão, construídos no convívio social entre grupos de pessoas originárias das classes populares da sociedade (55).

A frustração das necessidades de amor é a origem mais comum da falta de adaptação e das psicopatologias graves, onde as pessoas mostram duas categorias relativas a essas necessidades: a auto-estima e o respeito por parte dos outros. Por sua vez a auto-estima conduz a sentimentos de autoconfiança, valor, força, capacidade e utilidade ou sua frustração, trazendo sentimentos de inferioridade, fraqueza e desamparo, onde o respeito vem da importância das relações pessoais

(amigos, parentes, conhecidos), e do apoio que recebe dessas pessoas (Tabela 5). Essas características reforçam o importante papel da sociedade, diminuindo as possibilidades de adaptação do paciente com sua doença.

Segundo a análise do instrumento, ao que se refere aos domínios meio ambiente e relações sociais, as atividades de lazer e a disponibilidade de dinheiro são as principais dificuldades para a melhoria da QV (Tabela 6).

O domínio físico e o domínio meio ambiente foram os que tiveram os escores mais baixos, permitindo deduzir que as condições físicas das pacientes, bem como os fatores externos, agem diretamente na QV, pois quando há um comprometimento das atividades laborais, podemos ter uma diminuição da QV de forma isolada e não na QV global. De acordo com um estudo de 45 pacientes, em que se avaliou a QV, depressão e câncer de colo do útero, as presenças de alterações psicológicas, sociais e ambientes não pioraram a QV total, mas o domínio físico foi o que mais contribuiu para diminuição da QV (56).

Quanto às características clínicas da amostra (comorbidades) das pacientes, quando os domínios foram correlacionados entre si, somente uma apresentou coeficiente de correlação significativo (Tabela 7). A diferença pode indicar que as mulheres que responderam o questionário tiveram maior QV e talvez por isso não apresentaram outras doenças.

Quando os domínios foram correlacionados entre si (Tabela 8), somente um apresentou coeficientes de correlação significativos (relações sociais e domínio físico). A menor correlação foi verificada entre o domínio físico e psicológico.

O significado do câncer é muito particular e pessoal, dependendo de variados fatores, que envolvem o momento de vida em que o paciente recebe o diagnóstico, experiências passadas, preconceitos culturais e as informações obtidas pelos meios de comunicação (57).

A necessidade de adaptação ao enfrentamento de um grave diagnóstico e a um prolongado e dolorido tratamento, bem como à constante ameaça de uma recaída ou de intercorrências envolvem grandes dificuldades pessoais e sociais, vivência de situações novas e o acúmulo de perdas significativas.

Os domínios físico e meio ambiente contribuíram efetivamente para um resultado significativo, apresentando valores de p significativos (Tabela 9). O modelo linear realizado explica 47% da variância encontrada.

## CONCLUSÃO

É certo que a mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil ainda tem uma das mais altas taxas, principalmente na região Norte do País. O controle deste tipo de câncer representa um dos grandes desafios para a saúde pública.

Foi importante constatar que a percepção da QV para as mulheres está intrinsecamente ligada aos fatores sociais e psicológicos, pois ao mesmo tempo em que as mulheres enfrentam o câncer, experimentam diferentes sentimentos e comportamentos decorrentes de alterações na capacidade física, na autoestima e na imagem corporal, nas relações com as outras pessoas e na realização de uma série de atividades diárias.

O instrumento de análise da QV, WHOQOL-bref, teve uma boa aceitação e houve uma fidedignidade de respostas, o que se pode concluir que é um instrumento de boa avaliação, tanto em pessoas sem patologia, como em portadores de câncer.

Gabeza, Cyrillo e Pazotto, estudiosos da psico-oncologia, advertem que o câncer não é simplesmente um problema físico, mas um problema que diz respeito à pessoa como um todo. Eles acreditam que os estados emocionais e mentais têm um importante papel na suscetibilidade à doença (58) (59).

O meio social, familiar, cobra do enfermo uma postura que contemple uma posição, levando-o constantemente a reviver as angústias vinculadas à sua condição de “anormal”, bem como às necessidades de reorganização de sua vida, desde vínculos familiares e relações sociais e aspectos econômicos. Por tudo isso, as implicações que uma mulher com câncer enfrenta, transforma a QV, envolvendo o funcionamento entre os planos físico e mental (60).

É fundamental que haja mecanismos por meio dos quais as mulheres sejam motivadas a cuidar de sua saúde. Neste sentido, é importante capacitar recursos humanos (profissionais de saúde) para articular, melhorar e aumentar a eficiência no atendimento às mulheres, de forma apropriada e ágil.

A atuação do psicólogo na oncologia visa manter o bem estar psicológico do paciente, identificando e compreendendo os fatores emocionais que intervêm na saúde do paciente. Outros objetivos do trabalho do profissional são prevenir e reduzir os sintomas emocionais causados pelo câncer e seus tratamentos. Dessa

forma, acredita-se ser mais importante uma maior congregação entre os psico-oncologistas, ampliando o espaço de troca e de produção científica.

Estudos realizados em países europeus, avaliando as últimas décadas, apontam que, nas áreas onde o rastreamento foi efetivamente aplicado, houve uma progressiva redução de novos casos e aumento na proporção dos estádios iniciais de câncer do colo uterino. Países desenvolvidos, como os EUA e Austrália, também apresentaram o mesmo fenômeno, e atualmente contam com mais da metade dos tumores invasores detectados em estádio.

Medidas eficazes para o rastreamento e o diagnóstico precoce do câncer consistem em disponibilizar informação para estimular maior consciência do problema entre médicos, outros profissionais de saúde e o público em geral. Além desse enfoque educativo, cumpre também desenvolver ações para que os casos suspeitos tenham a confirmação diagnóstica o mais rapidamente possível e garantam que os casos diagnosticados tenham tratamento apropriado e feito de forma ágil.

A incorporação do elemento geográfico, através da sua importante contribuição na identificação de áreas e situações de risco, abre a possibilidade do redirecionamento de ações de saúde, principalmente em áreas onde se verifica maior exclusão social. A estruturação do cuidado pode minimizar as lacunas presentes nos serviços de saúde e suprir as necessidades desse grupo de risco ao possibilitar o acesso ao serviço e principalmente à assistência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COELHO FRG. A prevenção do câncer. *Oncologia Brasileira*. 1994; Ed. Acta. 14:105-18.
2. BRENTANI MM, COELHO FRG, KOWALSKI LP. *Bases da Oncologia*. São Paulo: Marina e Tecmedd, 2003.
3. KOWALSKI LP, MAGRIN J, CARVALHO AL. Diagnóstico e Estadiamento dos Tumores. In: *Manual de Condutas Diagnósticas e terapêuticas em oncologia*. São Paulo: Âmbito Editores; 2006.
4. ARRAIS MA. Um Estudo para a Preservação e Uso Sustentável da Área Verde Urbana do Córrego Brejo Comprido em Palmas-TO. [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo; 2009.
5. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007 [acesso em 2009 Out 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
6. INCA – Instituto Nacional do Câncer, Biblioteca Virtual da Saúde. O Diagnóstico do câncer do colo uterino invasor em um centro de referência brasileiro. 2007 Out 02 [acesso em 2010 Jan 20]. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_54/v04/pdf/325\\_332\\_O\\_Diagnóstico\\_do\\_Colo\\_Uterino.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v04/pdf/325_332_O_Diagnóstico_do_Colo_Uterino.pdf)
7. EGGERS, Sabine **História do Câncer**. Disponível em: <http://www.revistahands.com/historiadocancer.shtm/>. Acesso em novembro-2009
8. BERNAL JD. *História Social de la Ciencia*. Barcelona: Península, 2 vol., 1976.
9. KLIGERMAN J. Fundamentos para uma Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer. Editorial. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro, v. 48 n.1, p.3-7, 2002.
10. MENDONÇA GAS. Cancer na população feminina brasileira. *Revista Saúde Pública*. v.27, (n.1): p.68-75, 1993
11. INCA – Instituto Nacional do Câncer, Biblioteca Virtual da Saúde. Câncer do colo do útero. 2004 Mar [acesso em 2007 Set 15]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/html/pt/dicas/45cancer\\_colo.html](http://bvsmis.saude.gov.br/html/pt/dicas/45cancer_colo.html)

12. INCA – Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2009.
13. INCA – Instituto Nacional do Câncer. Viva Mulher. Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: 2002.
14. PALMAS. Prefeitura Municipal de Palmas. História de Palmas. [acesso em 2010 Jan 22]. Disponível em: [http://www.cmpalmas.to.gov.br/portal/historia/da\\_capital.asp](http://www.cmpalmas.to.gov.br/portal/historia/da_capital.asp)
15. KRAN F, FERREIRA FPM. Qualidade de vida na cidade de Palmas - TO: uma análise através de indicadores habitacionais e ambientais urbanos. 2006 [acesso em 2010 Jan 20]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-53X2006000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-53X2006000200007&script=sci_arttext)
16. LIBERATO R. Psiconeuroimunologia – A relação entre imagens, emoções e sentimentos – Reflexos da Alma Humana. Prôvo; 2003.
17. BASTOS TMM. Cancerologia para leigos: Saúde é o compromisso de viver uma vida mais consciente e este é o desafio da atualidade. Porto Alegre: Conceito; 2001.
18. INCA – Instituto Nacional do Câncer, Secretaria de Saúde do Paraná. Falando sobre câncer do colo do útero. 2005 Jun [acesso em 2007 Set 10]. Disponível em: [www.saude.pr.gov.br/Cancer/pdf/falando\\_cancer\\_colo\\_uterio.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/Cancer/pdf/falando_cancer_colo_uterio.pdf)
19. HEYMANN GH, PORTH CM. Conceitos de Saúde e doença–Fisiopatologia. 6ª ed. Guanabara Koogan S.A; 2004.
20. BRENTANI RR. Prevenção e detecção precoce do câncer no Estado de São Paulo: Proposta para a década de 90. Acta Oncol. Bras. 1992.
21. GIDDENS A. Modernity and self – identify. Self and society in the late modern age. Cambubridge: Polity Press; 1991.
22. SERRA CV. Abordagem Humana integrada e estudos de uma problemática ambiental no inteiro do estado do Rio Grande do Norte. Universidade Católica de Brasília; 2006.
23. INCA – Instituto Nacional do Câncer, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

24. MORAES LP. Cancerologia para Leigos: Para se ter saúde é preciso ter também educação, condições humanas de trabalho, moradia e alimentação. Porto Alegre: Conceito, 2001.
25. FERREIRA MC. A pessoa em tratamento de câncer: características epidemiológicas e do estilo de vida. 1997 [acesso em 2007 Set 22]. Disponível em: <http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese19974933002029097PO>
26. PEREIRA PRIMO WQS. Colo do útero. In: Manual de Ginecologia oncológica. MEDS, 2004.
27. LINARD AG, DANTAS E SILVA FA, SILVA RM da (O QUE É da?). Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino: percepção de como enfrentam a realidade. 2002 [acesso em 2007 Set 14]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScriptiah/iah.xis&srcgoogle.br>
28. ALVES PC. A experiência da enfermidade. Rio de Janeiro: Cac. Saúde Pública; 1993.
29. REIS RJ. Cancerologia para leigos: O Câncer do colo uterino é um dos tumores malignos mais freqüentes do aparelho genital feminino. Porto Alegre: Conceito, 2001.
30. ABRAÃO FS. Tratado de Oncologia Genital e Mamária. São Paulo: Revinter, 2006.
31. PEEREYNA EAG. Atlas de colposcopia. São Paulo: Fundação BYK; 1995.
32. CARTIER R. Colposcopia prática. 3ª edição. São Paulo: Roca, 1994.
33. COELHO FRG. O controle do câncer. In: BRETANI MM, et. al. Bases da oncologia. São Paulo: Marina, 1998. cap. 1, p. 1-21.
34. SOBIN LH, WITTEKIND C. TNM. Classification of malignant tumours. 6<sup>th</sup> ed. Internacional Union Against of Cancer, 2002 Wiley-Liss, Inc.
35. PORTO AO. Pacientes oncológicos: respostas emocionais frente à doença. Monografia não publicada. Curso de Graduação em Psicologia, Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa, PB, 2004.
36. FARIA SL. O que é Radioatividade. Ed. Brasiliense, São Paulo/SP, 1989. 72 p.

37. SOARES BC. Princípios de radioterapia. In: LEITE MPC. Câncer: diagnóstico e tratamento. Art Plus, São Paulo, 1996.
38. SALVAJOLI JV & WELTMAN E. Princípios de Radioterapia. In: MURAD AM e KATZ A. Oncologia - Bases clínicas do tratamento. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1996.
39. RUFINO NETTO A. Qualidade de Vida: compromisso histórico da epidemiologia. Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco, 1994.
40. RATTNER H. Estudos do Futuro: Introdução à antecipação tecnológica e social. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1979.
41. MOREIRA WW. Qualidade de Vida: Como enfrentar esse desafio? In: MOREIRA WW. (org.), Qualidade de Vida: Complexidade e Educação. Campinas/SP: Papirus, 2001. cap. 1, p. 11-25.
42. STAQUET M, AARONSON NK, AHMEDZAL S, GANZ PA, HAYS RD, OSOBA D, RAZAVI D. & WALTER P. Health-related quality of life research. Quality of Life Research. v. 1, n. 3, p. 25-34, 1992.
43. SLOVACEK L, SLOVACKOVA B, SLANSKA I, PRIESTER P, PETERA J, KOPECKY J, VANASKOVA J. Cancer and depression: a prospective study. Neoplasma. v. 56, (n.3): p. 187-93, 2009.
44. BUSS PM. Promoção da Saúde e Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP, 1998.
45. SCHRAUB S, SANCHO-GARNIER H, VELTEN M. [Should psychological events be considered cancer risk factors?]. Rev Epidemiol Sante Publique. v.57, (n.2): p. 113-23, 2009.
46. PEREIRA CAA. Um panorama histórico-conceitual acerca das subdimensões de qualidade de vida e do bem-estar subjetivo. Revista Brasileira de Psicologia. Instituto de Psicologia UFRJ, Rio de Janeiro, v.49, (n.4), 1997.
47. HOERNI B. Conditions d'une vie de qualité pour une personne cancéreuse. In: SCHRAUB S; BRUGÈRE J & HOERNI B Qualité de la vie et cancers. Paris: Doin-Éditeurs, 1984.
48. DALLARI DA - Bioética e Direitos Humanos. In: COSTA SIF; GARRAFA V & OSELKA G. (orgs.) Iniciação à Bioética. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 1998.

49. LEITE JMS. Vigilância Epidemiológica e Prognóstico de sobrevida de pacientes com câncer de colo de útero. *Revista Brasília Médica*. v.45, (n.2): 92-106, 2008.
50. FLECK MPA, LOUZADA S, XAVIER M, CHACHAMOVICH E, VIEIRA G, SANTOS L, Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, v.34, (n.2): p. 178-83,. 2000.
51. NG E, WILKINS R, FUNG MF, BERTHELOT JM. Cervical cancer mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996. *CMAJ*. v.170, (n.10): p. 1545-9, 2004.
52. GUERRA MR, GALLO CVM, AZEVEDO GSM. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v.51, (n.3): p. 227-34, 2005.
53. BRINTON LA. *Current epidemiological studies-emerging hypotheses*. Cold Spring Harbor Laboratory, 1986.
54. PINHO AA, FRANÇA-JUNIOR I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2003 Mar [acesso em 2010 Jan 20]. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292003000100012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000100012)
55. MARUYAMA SAT. A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica, na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico, 2003, Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
56. SILVA SR, AGUILLAR OM. Assistência de enfermagem e acompanhamento domiciliar em quimioterapia antineoplásica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.55, (n.2): p.123-27, 2002.
57. GARCIA I, WAX P. & CHWARTZMANN F. - Aspectos Psicossociais do Paciente com Câncer. In: MURAD, A.M. e KATZ, A. - *Oncologia: Bases Clínicas do Tratamento*, Editora Guanabara-Koogan S. A., Rio de Janeiro/RJ, cap. 11, 125-131, 1996
58. GABEZA E. Conocimientos, creencias y actitudes de la población femenina de Mallorca respecto al cáncer. *Revista Española de Salud Pública*, Madrid, v.73, (n.4): p. 489-499, 1999.
59. CYRILLO PI; PAZOTTO M. O papel do psicólogo no tratamento oncológico. In: BARACAT FF, et al. *Cancerologia atual*. São Paulo: Roca. cap. 6, p. 173-185, 2000.

60. LANGDON EJ. Cultura e processos de saúde e doença. In: Seminário sobre cultura, saúde e doença. Londrina:[s.n], 2003 p. 91-107.

## **ANEXO A**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## Termo de consentimento livre e esclarecido

Titulo da Pesquisa: **QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES USUÁRIAS DO SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE) COM CÂNCER DE COLO DO ÚTERO, ATENDIDAS NO HOSPITAL GERAL DE PALMAS, NO ANO DE 2008.**

Prezada Senhora,

O câncer de colo de útero é a terceira neoplasia (doença) maligna comum entre as mulheres. Esta ocorrência transforma a vida de muitas mulheres. Estamos realizando um estudo com objetivo de conhecer o perfil das mulheres que já foram diagnosticados com câncer de colo de útero no Hospital Geral de Palmas - Palmas - TO. Sua participação é muito importante, pois nos dará informações que serão de relevância para podermos criar mecanismos para melhorar a qualidade de vida dessas mulheres.

A pesquisa está sendo coordenada pela psicóloga e aluna de mestrado Taiana Avelino Arrais (matricula 09/03582) sob a orientação da professora Doutora Maria Clotilde Henriques Tavares, do curso de pós – graduação de Ciência da Saúde da Universidade de Brasília (UNB).

Este é um convite para que você participe dessa pesquisa, respondendo aos questionários que fazem parte do estudo. Vale ressaltar, que em nenhuma circunstância, será identificado seu nome e o seu endereço, garantido o sigilo de todas as respostas dadas. A participação na pesquisa não incorrerá em risco, custos ou prejuízos de qualquer natureza para a senhora.

A sua participação é voluntária, podendo em qualquer momento, interromper, se informar sobre a pesquisa ou se retirar do estudo, se assim o desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Caso você desista ou não queira participar, continuará recebendo os mesmos cuidados no atendimento aqui no hospital.

Caso concorde em participar, pedimos a sua assinatura em duas cópias deste documento, uma ficará com você e outra com a equipe da pesquisa. Qualquer dúvida ou informação complementar sobre a pesquisa, pode ser respondida pela pesquisadora: Taiana Avelino Arrais, telefone (0xx63) 3228-6054 ou pelo e-mail taianavelino@terra.com.br que lhe dará todas as informações sobre os resultados finais. Outros esclarecimentos sobre a pesquisa podem ser dados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil - (ULBRA – TO), telefone (0xx63) 3219-8000.

Esperamos contar com a sua participação. Agradecemos antecipadamente pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

---

Taiana Avelino Arrais  
Psicóloga CRP 01035-1 GO/TO  
Mestranda em Ciência da Saúde – UNB

EU, \_\_\_\_\_,  
aceito participar da pesquisa proposta acima.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

Palmas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## **ANEXO B**

Autorização para Realização da Pesquisa no HGP

# AUTORIZAÇÃO

Ao Sr.  
Dr. Paulo Faria Barbosa  
Diretor Geral do Hospital Geral de Palmas - TO  
Palmas – TO

Prezado Diretor,

Em razão do meu trabalho final de Mestrado em Ciências da Saúde realizado na Universidade de Brasília – UNB, venho solicitar sua autorização para colher dados para a pesquisa através do manuseio dos prontuários, e a distribuição de entrevistas para pacientes portadoras de câncer de colo do útero, diagnosticadas no Hospital Geral de Palmas.

Meu objetivo é verificar se a qualidade de vida destas pacientes citadas interfere em seu diagnóstico.

Esclareço ainda que a realização deste trabalho não causará nenhum dano na rotina deste setor. Assina embaixo, o Coordenador do Departamento de Oncologia do referido Hospital.

Certa de poder contar com sua colaboração agradeço antecipadamente,

---

Dr. Paulo Faria Barbosa  
Diretor Geral do Hospital Geral de Palmas - TO

---

Jorge Luís Saad  
Oncologista Clínico  
Coordenador do Dep<sup>o</sup> de Oncologia

---

Taiana Avelino Arrais  
Mestre em UTI – SOBRATI  
Mestranda em Ciências da Saúde–UNB

## **ANEXO C**

Questionário WHOQOL - ABREVIADO

# WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

## PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE GENEBRA

### Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

**Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck**

**Professor Adjunto**

**Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Porto Alegre – RS – Brasil**

### Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o	1	2	3	4	5

	seu sono?					
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....  
 Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**