



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS**  
**CÂMPUS DE PALMAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL**

**GLEISSON PERDIGÃO DE PAULA**

**CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: QUALIDADE DE VIDA E RESILIÊNCIA EM  
MULHERES TRATADAS NO HOSPITAL GERAL DE PALMAS - TO**

**PALMAS / TO**

**2021**

**GLEISSON PERDIGÃO DE PAULA**

**CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: QUALIDADE DE VIDA E RESILIÊNCIA EM  
MULHERES TRATADAS NO HOSPITAL GERAL DE PALMAS - TO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins, como requisito obrigatório à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Talita Buttarello Mucari

**Coorientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

**PALMAS / TO**

**2021**

## FICHA CATALOGRÁFICA

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

---

- P324c Paula, Gleisson Perdigão de.  
Câncer de Colo do Útero: qualidade de vida e resiliência em mulheres tratadas no Hospital Geral de Palmas - TO. / Gleisson Perdigão de Paula. – Palmas, TO, 2021.  
65 f.  
Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) Profissional em Ciências da Saúde, 2021.  
Orientadora : Talita Buttarello Mucari  
Coorientadora : Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral  
1. Ciências da Saúde . 2. Neoplasias do Colo do Útero. 3. Qualidade de Vida. . 4. Resiliência Psicológica.. I. Título

CDD 610

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## FOLHA DE APROVAÇÃO

GLEISSON PERDIGÃO DE PAULA

**CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: QUALIDADE DE VIDA E RESILIÊNCIA EM MULHERES TRATADAS NO HOSPITAL GERAL DE PALMAS - TO.**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Talita Buttarello Mucari.

Aprovada em: 16/12/2021

### BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Talita Buttarello Mucari (Orientadora)

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS – UFT

p// 

Profa. Dra. Leila Rute Oliveira Gurgel do Amara (Coorientadora)

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS – UFT

p// 

Profa. Dra. Patrícia Ferreira Nomellini (Examinadora Externa)

Instituição: SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DO TOCANTINS

p// 

Profa. Dra. Danielle Rosa Evangelista (Examinadora Interna)

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS - UFT

## AGRADECIMENTOS

À minha esposa, Romara Elizeu Amaro Perdigão, por todo o incentivo, a força, o amor, as orações diárias, o carinho, a perseverança e a compreensão pela ausência, ao longo deste período.

Aos meus filhos, Daniel Amaro Perdigão e Júlia Amaro Perdigão, que alegraram meus dias, durante esta jornada.

Às minhas orientadoras, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Talita Buttarello Mucari e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral, pelo acolhimento, confiança, compreensão e paciência, por todas as dificuldades que tive ao longo dessa trajetória, ensinamentos e orientações para que esse trabalho se concretizasse. Gratidão por todo o aprendizado e o trabalho conjunto.

Aos colegas de turma no Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, pelos ensinamentos compartilhados e parceria nos estudos.

Ao amigo Adailton Tomaz da Silva, por toda a acolhida e o grande auxílio, ao longo do Mestrado.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Danielle Rosa Evangelista e à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Prof. Patrícia Ferreira Nomellini, pelo aceite em participar da qualificação de projeto, por suas valiosas contribuições e enriquecimento deste trabalho para a defesa;

A todas as mulheres participantes deste estudo, as quais aceitaram com prontidão esta pesquisa; e aquelas que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho pudesse ser concluído.

## RESUMO

O câncer de colo do útero (CCU) constitui grave problema de saúde pública mundial, com 85% da mortalidade concentrados nos países em desenvolvimento. A doença se manifesta principalmente a partir dos 20 anos, e o risco aumenta com a idade, atingindo seu pico entre 50 e 60 anos. Apresenta maior potencial de prevenção e cura, quando descoberto precocemente. No Brasil, a região Norte é a única em que as taxas dos cânceres de mama e de colo do útero se equivalem, entre as mulheres. Quase nove de cada dez óbitos por CCU ocorrem em regiões menos desenvolvidas. Após diagnóstico e submissão a diferentes tipos de tratamentos, os quais podem evidenciar efeitos adversos, a qualidade de vida e os perfis sociodemográfico, laboral, clínico e psicossocial das mulheres podem revelar significativas mudanças. A pesquisa teve como objetivo avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e resiliência (RL) em mulheres com CCU tratadas no Serviço de Oncologia do Hospital Geral de Palmas (HGP), bem como associar tais variáveis com estadiamento do câncer e tipo de tratamento. Tratou-se de estudo quantitativo, analítico-descritivo e transversal, realizado na rede pública de saúde do município de Palmas - Tocantins. Participaram do estudo 37 mulheres com CCU, diagnosticadas por exame histopatológico no ano de 2020, tratadas e acompanhadas no HGP. A coleta de dados se deu por contato telefônico. Utilizaram-se os seguintes instrumentos: Escala de Qualidade de Vida - Câncer Cervical (FACT-Cx), Escala de Resiliência (ER) e Questionário Sociocultural e Condições de Saúde. A tabulação e a análise estatística dos dados foram feitas com a utilização do programa *Statistical Package for the Social Sciences*. A análise descritiva compreendeu cálculos de frequências para variáveis de natureza categórica e das medidas de tendência central e de variabilidade para as variáveis quantitativas. Foram estimadas correlações (Spearman) entre variáveis quantitativas e associações entre variáveis categóricas (Teste Exato de Fisher) com nível de significância de 5% para os testes estatísticos. Dentre as 37 mulheres participantes do estudo, a média de idade foi de 47,7 anos; 62,2% (n=23) eram casadas; 54,1% (n=20) tinham o Ensino Fundamental completo; 81,19% (n=30) eram pardas; 83,8% (n=31) tinham Carcinoma Epidermoide; 43,2% (n=16) tinham estadiamento III e 59,5% (n=22) realizaram o tratamento com quimioterapia, radioterapia e braquiterapia. Verificou-se que a QVRS foi satisfatória em 56,8% (n=21) das mulheres com CCU tratadas no HGP e a RL apresentou maior grau para 51,4% (n=19) delas. As correlações entre escore geral de QVRS, seus domínios e RL foram significativas, altas e positivas. O Teste Exato de Fisher indicou associações significativas das categorias da QVRS e da RL com o estadiamento do câncer e com o tratamento recebido. Concluiu-se que a maioria das mulheres com CCU exibiu QVRS satisfatória e alto grau de RL. As correlações fortes e positivas demonstraram que aquelas com maior grau de RL também são as que tiveram melhor QVRS. O estadiamento mais avançado e o tratamento com quimioterapia concomitante à radioterapia, seguido de braquiterapia, associaram-se com QVRS não satisfatória e menor grau de RL.

**Palavras-chave:** Neoplasias do Colo do Útero. Qualidade de Vida. Resiliência Psicológica.

## ABSTRACT

Cervical cancer (CC) constitutes serious public health problem worldwide, with 85% of mortality concentrated in developing countries. The disease manifests itself mainly from the age of 20 and the risk increases with age, reaching its peak between 50 and 60 years. It has greater potential for prevention and cure when discovered early. In Brazil, the northern region is the only one in which the rates of breast and cervical cancers are equivalent among women. Almost nine out of ten deaths from CC occur in less developed regions. After diagnosis and submission to different types of treatments, which may show adverse effects, the quality of life and sociodemographic, work, clinical and psychosocial profiles of women can reveal significant changes. The research aimed to assess the Health-Related Quality of Life (HRQoL) and resilience (RL) in women with CC treated at the Oncology Service of the Palmas General Hospital (HGP), as well as to associate these variables with cancer staging and type of treatment. This was a quantitative, descriptive and cross-sectional analytical study carried out in the public health network of the municipality of Palmas - Tocantins. The study included 37 women with CC, diagnosed by histopathological examination in 2020, treated and followed up in the HGP. Data collection took place by telephone contact. It was used, through the following instruments: Quality of Life Scale - Cervical Cancer (FACT-Cx), Resilience Scale (RE) and Sociocultural Questionnaire and Health Conditions. The tabulation and statistical analysis of the data were performed using the program *Statistical Package for the Social Sciences*. Descriptive analysis comprised frequency calculations for categorical variables and measures of central tendency and variability for quantitative variables. Spearman correlations were estimated between quantitative variables and associations between categorical variables (Fisher's Exact Test) with significance level of 5% was considered for the statistical tests. Among the 37 women participating in the study, the mean age was 47.7 years; 62.2% (n=23) were married; 54.1% (n=20) had a complete elementary study; 81.19% (n=30) were brown; 83.8% (n=31) had Squamous Cell Carcinoma; 43.2% (n=16) had stage III and 59.5% (n=22) underwent treatment with Chemotherapy, Radiotherapy and Brachytherapy. It was found that the HRQoL was satisfactory in 56.8% (n=21) of women with CC treated at the HGP and RL was higher degree for 51.4% (n=19) of them. The correlations between the overall score of HRQoL, its domains and RL were significant, high and positive. Fisher's exact test indicated significant associations of HRQoL and RL categories with cancer staging and treatment received. It was concluded that most women with CC exhibited satisfactory HRQoL and a high degree of RL. The strong and positive correlations showed that those with the highest degree of RL also had the best HRQoL. More advanced staging and treatment with chemotherapy concomitant with radiotherapy followed by brachytherapy were associated with unsatisfactory HRQoL and a lower degree of RL.

**Keywords:** Cervical Neoplasms. Quality of Life. Psychological Resilience.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de frequências das variáveis socioculturais e de condições de saúde em mulheres com Câncer de Colo do Útero tratadas no Hospital Geral de Palmas (HGP), Palmas, Tocantins, Brasil, 2020/2021.....	26
Tabela 2. Análise estatística descritiva e valores de significância do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ( <i>p</i> ) para escore geral de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), seus domínios e grau de resiliência (RL) das mulheres com Câncer de Colo do Útero tratadas no Hospital Geral de Palmas (HGP), Palmas, Tocantins, Brasil, 2021.....	30
Tabela 3. Correlação de Spearman ( $r^a$ ) dos domínios da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde com escore geral da qualidade de vida (QVRS) e resiliência (RL) em mulheres com Câncer de Colo do Útero tratadas no Hospital Geral de Palmas (HGP), Palmas, Tocantins, Brasil, 2021.....	31
Tabela 4. Associação entre as categorias referentes à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) com o estadiamento ao diagnóstico do Câncer de Colo do Útero e o tipo de tratamento das mulheres tratadas no Hospital Geral de Palmas (HGP), Palmas, Tocantins, Brasil, 2020/2021.....	33
Tabela 5. Associação das categorias de Resiliência (maior ou menor grau) com o estadiamento ao diagnóstico do Câncer de Colo do Útero e o tipo de tratamento das mulheres atendidas no Hospital Geral de Palmas (HGP), Palmas, Tocantins, Brasil, 2020/2021.....	35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AJCC	<i>American Joint Committee On Cancer</i>
AMBESP	Ambulatório de Especialidades
CCU	Câncer de Colo do Útero
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
COVID	<i>Coronavirus Disease</i>
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DPM	Distúrbios Psíquicos Menores
EP	Exame de Papanicolau
ER	Escala de Resiliência
ETSUS	Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde
FACT-Cx	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy-Cervix</i>
FIGO	International Federation off Gynecology and Obstetrics
HGP	Hospital Geral de Palmas
HPV	Papiloma Vírus Humano
IARC	Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NCCN	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
NEP	Núcleo de Educação Permanente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PET-CT	Tomografia Computadorizada por Emissão de Pósitrons
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SESAU	Secretaria de Saúde do Estado de Tocantins
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SISCAN	Sistema do Câncer
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TNM	Tumor, Linfonodo e Metástase
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UICC	União Internacional para o Controle do Câncer
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Câncer de colo do útero</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Estadiamento</b>	<b>15</b>
<b>1.3 Tratamento oncológico</b>	<b>17</b>
<b>1.2 Qualidade de vida em pacientes com câncer</b>	<b>18</b>
<b>1.3 Resiliência em pacientes com câncer</b>	<b>20</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>20</b>
<b>2.1 Objetivo Geral</b>	<b>20</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos</b>	<b>21</b>
<b>3 MATERIAL E MÉTODO</b>	<b>21</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>25</b>
<b>5 CONCLUSÃO</b>	<b>36</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>38</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIOCULTURAL E DE CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO A – ESCALA QUALIDADE DE VIDA – AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA TERAPIA DO CÂNCER – CÂNCER CERVICAL (FACT-Cx)</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO B – ESCALA DE RESILIÊNCIA (ER)</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO C – AUTORIZAÇÃO CONCEDIDA POR FACIT.ORG</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO E – PARECER E CARTA DE ANUÊNCIA DO NEP</b>	<b>65</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional, observa-se aumento das doenças crônicas não transmissíveis, as quais impactam na morbimortalidade e na Qualidade de Vida (QV) dos indivíduos acometidos; dentre elas, encontra-se o câncer, considerado atualmente como problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, segundo a World Health Organization (WHO, 2018).

As causas do câncer podem estar ligadas com fatores internos (hereditários) e externos (meio ambiente, fatores estressantes, alimentação não saudável, uso indiscriminado de drogas, álcool e tabaco, hábitos sexuais sem proteção, radiação e sedentarismo). A maioria dos cânceres são causados por fatores externos de acordo com Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2018; BRAY *et al.*, 2018).

*Câncer* é um termo genérico para um grande grupo de doenças caracterizadas pelo crescimento de células anormais, além de seus limites habituais. Pode ser entendido como um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, as quais invadem tecidos e órgãos. Resulta na formação de tumores que podem ser de dois tipos: malignos, quando são capazes de invadir tecidos adjacentes, através das correntes sanguínea e linfática (metástases), e benignos, que possuem crescimento lento, ordenado e não são invasores (INCA, 2020a).

Estima-se que o mundo tenha registrado mais de 18 milhões de novos casos de câncer, em 2018, com a morte de mais de 9,6 milhões de pessoas devido à doença (BRAY *et al.*, 2018). Um em cada cinco homens e uma em cada seis mulheres, em todo o mundo, desenvolvem câncer durante a vida, enquanto um em cada oito homens e uma em cada 11 mulheres morrem de câncer, de acordo com o primeiro relatório da IARC – Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer e Organização das Nações Unidas (ONU, 2019).

No Brasil, prevê-se que, em cada ano do triênio 2020-2022, ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo câncer de pele não melanoma). Quanto aos casos novos de Câncer de Colo do Útero (CCU), esperam-se 16.710, para cada ano do referido triênio, com risco estimado de 16,35 casos a cada 100 mil mulheres, o que corresponde a 7,4% dos casos. Na Região Norte, apesar dos cânceres de próstata e mama feminina estarem entre os principais, o CCU tem impacto importante, pois é o segundo mais incidente (21,20/100 mil). Essa região é a única do país onde as taxas dos cânceres de mama e de colo do útero se equivalem entre as mulheres (INCA, 2020b).

O CCU é a terceira neoplasia mais incidente entre as brasileiras, exceto pele não melanoma, com taxa de mortalidade acima de 5/100 mil mulheres, apesar de possuir bom prognóstico, quando diagnosticado em fases precoces (INCA, 2020b). O plano de ações estratégicas do Ministério da Saúde (MS) possui metas de aumento da cobertura de exame citopatológico para mulheres de 25 a 64 anos e tratamento de todas as mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer (BRASIL, 2013a). Mesmo com o constante avanço dessas medidas, mais de 70% das brasileiras são diagnosticadas em fases avançadas da doença, o que impacta negativamente no prognóstico (TSUCHIYA, 2017).

Chaves e Gorini (2011) destacam que a doença oncológica e seus tratamentos afetam diretamente a vida do paciente, porque, uma vez descoberta a doença, mudanças acontecem em seus hábitos e modos de viver, podendo comprometer sua Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). Os fatores de risco, inerentes à experiência do câncer, podem provocar maior adoecimento físico e psíquico. Fatores de proteção deverão ser alcançados na ressignificação da doença, ou seja, a mulher, ao acessar sua rede de apoio, precisará construir processos de resiliência como possibilidade para melhor enfrentamento à doença e, conseqüentemente, melhor prognóstico. Resiliência está intimamente relacionada à saúde mental, biológica e apoio social.

Segundo Ungar (2021), o termo *resiliência* é usado para descrever processos pelos quais os indivíduos interagem de forma positiva com seus ambientes, favorecendo o desenvolvimento psicológico, físico e social. Rutter *et al.* (2013) descrevem resiliência como processo dinâmico e adaptativo ligado à manutenção ou rápida recuperação da regulação emocional em condições de estresse.

Cabe ressaltar a elevada incidência de CCU na Região Norte, quando comparada a outras regiões do Brasil. Pesquisas sobre QVRS e resiliência são escassas. Estudos que avaliam essas variáveis fornecem informações clínicas úteis acerca da sensação de bem-estar, de satisfação com a vida dos pacientes e familiares, além de favorecer a diminuição dos impactos sofridos com o tratamento e de auxiliar nas medidas de intervenção (NASCIMENTO, 2012).

## **1.1 Câncer de colo do útero**

A neoplasia maligna de colo do útero é caracterizada pela replicação desordenada do revestimento do órgão, tem origem no epitélio de revestimento da

ectocérvice ou nas células epiteliais que revestem as glândulas da endocérvice. De crescimento lento e potencial para invasão de estruturas e órgãos, essas células podem replicar, comprometendo o tecido subjacente (BRASIL, 2013a), como bexiga, reto, vagina, pelve óssea e até mesmo é possível ocorrer disseminação para órgãos distantes. Os dois principais tipos de carcinoma de colo de útero são: o carcinoma epidermoide, o qual compromete o revestimento externo do colo uterino, chamado de epitélio escamoso, representando 90% dos casos; e o adenocarcinoma, originado no epitélio glandular, comprometendo o revestimento interno de colo do útero, que corresponde a 10% dos casos (COELHO *et al.*, 2019).

O CCU é o câncer que evidencia maior potencial de prevenção e cura, quando descoberto precocemente. O principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau, lesões precursoras do CCU, é a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). Embora o Brasil seja um dos países pioneiros na introdução do Exame de Papanicolau (EP), ainda há baixa adesão ao mesmo, evidenciada por pouca procura das mulheres pelos serviços de atenção primária, precariedade de informações recebidas sobre o CCU e técnica utilizada, além dos sentimentos de medo, vergonha e constrangimento (PAULA *et al.*, 2019).

Outros fatores que aumentam o risco de desenvolver esse tipo de câncer são: início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros, tabagismo (a doença está diretamente associada à quantidade de cigarros fumados) e uso prolongado de pílulas anticoncepcionais. Em termos de mortalidade, no Brasil, registraram-se 6.385 óbitos, em 2017, e a taxa de mortalidade bruta por CCU foi de 6,17/100 mil habitantes (INCA, 2020b).

O CCU é grave problema de saúde pública mundial, com 85% da mortalidade por essa doença concentrados nos países em desenvolvimento. A doença manifesta-se principalmente a partir dos 20 anos e o risco aumenta com a idade, atingindo seu pico entre 50 e 60 anos. Tem como principal causa a infecção pelo HPV, que é uma condição necessária, mas não suficiente para o seu desenvolvimento (SANTOS *et al.*, 2012).

Em termos globais, a maioria dos casos de CCU (70%) ocorre em áreas com menores níveis de desenvolvimento humano. Quase nove de cada dez óbitos por CCU se dão em regiões menos desenvolvidas, onde o risco de morrer de câncer cervical antes dos 75 anos é três vezes maior (FERLAY *et al.*, 2015). Uma análise temporal da mortalidade por CCU, no Brasil, com projeção até o ano de 2030, mostrou tendência à

redução significativa nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul e à estabilidade nas regiões Norte e Nordeste (BARBOSA *et al.*, 2016).

As estratégias de prevenção secundárias ao CCU consistem no diagnóstico precoce das lesões de colo uterino, antes de se tornarem invasivas, a partir de técnicas de rastreamento ou *screening* compreendidas pela colpocitologia oncológica ou teste de Papanicolau, colposcopia, cervicografia e, mais recentemente, os testes de detecção do DNA do Vírus Papiloma Humano em esfregaços citológicos ou espécimes histopatológicos. O exame colpocitológico ou teste de Papanicolau, dentre os métodos de detecção, é considerado o mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento do CCU (PINHO; FRANÇA-JÚNIOR, 2003).

O MS implementou no calendário vacinal, em 2014, a vacina tetravalente contra o HPV para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. Essa vacina protege contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. Os dois últimos são responsáveis por cerca de 70% dos casos de CCU. Mesmo as mulheres vacinadas, quando alcançarem a idade preconizada (a partir dos 25 anos), deverão fazer o exame preventivo periodicamente, pois a vacina não protege contra todos os tipos oncogênicos. A vacinação, conjuntamente com as atuais ações para o rastreamento do CCU, possibilitará, nas próximas décadas, prevenir essa doença, a qual representa relevante causa de mortalidade por neoplasias entre mulheres no Brasil (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013b; TALLON *et al.*, 2020).

A vacinação contra o HPV em meninas e o rastreamento do câncer cervical para mulheres com 35 anos preveem custo médio anual de US\$ 2,5 bilhões. A vacinação durante 10 anos, de 2015 até 2024, evitaria até 4,8 milhões de casos e 3,3 milhões de mortes por câncer cervical; a implementação de um único teste preventivo de câncer cervical para mulheres de 35 anos evitaria 1,4 milhão de casos e 968.000 mortes (CAMPOS *et al.*, 2016).

De acordo com a Produção Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) no DATASUS, em 2018, o município de Palmas realizou 12.272 exames de citologia, compreendendo todas as faixas etárias. Nesse ano, entraram para seguimento (paciente com resultado de exame alterado), no Sistema do Câncer (SISCAN), 1.674 mulheres (PALMAS, 2019).

As restrições de acesso aos hospitais, o contingenciamento de leitos para o tratamento da Covid-19 (SARS-CoV-2) e o medo de pacientes em procurar ajuda médica, em função da pandemia, provocaram queda de 27 milhões de exames, cirurgias

e outros procedimentos eletivos, em todo o país. Dados de levantamento do Conselho Federal de Medicina (CFM), que tem analisado os efeitos da crise sanitária instalada no Brasil, desde março de 2020, mostraram redução de pelo menos 16 milhões de exames com finalidade diagnóstica. Exames preventivos contra o câncer estão entre os que sofreram significativa queda, no período. O exame citopatológico cérvico-vaginal, o Papanicolau, caiu pela metade, passando de 2,3 milhões para 1,1 milhão (CFM, 2021).

## 1.2 Estadiamento

O estadiamento descreve determinados aspectos do câncer, como localização, disseminação e comprometimento de funções de outros órgãos do corpo. Conhecer o estágio do tumor ajuda na definição do tipo de tratamento e na prevenção do prognóstico do paciente. O sistema de estadiamento é a maneira simplificada para que todos os membros de uma equipe multidisciplinar entendam de imediato a extensão da doença. O mais utilizado é o preconizado pela União Internacional para o Controle do Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N) e a presença ou ausência de metástases à distância (M). Esses parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1, respectivamente. Os graus histológicos dos tumores podem ser classificados em grau I (bem diferenciado), grau II (moderadamente diferenciado), grau III (pouco diferenciado) e grau IV (indiferenciado) (INCA, 2020c).

Grupos que se dedicam ao estudo de tumores específicos costumam desenvolver sistemas próprios de estadiamento, mesmo que o tumor já possua regras de classificação pela UICC. Isso não significa que os sistemas sejam incompatíveis, mas que se complementam. É o caso, por exemplo, dos sistemas de estadiamento que expressam a classificação do tumor, através de letras maiúsculas (A, B, C, D), tal como ocorre nos tumores de próstata, bexiga e intestino. Outro exemplo se verifica com o estadiamento dos tumores ovarianos/colo do útero (UICC e Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia - FIGO), atualmente compatibilizados (INCA, 2020c).

Os dois sistemas de classificações empregados para o estadiamento da maioria dos tipos de CCU, o sistema FIGO (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*) e o sistema TNM da AJCC (*American Joint Committee On Cancer*) são

equivalentes, na descrição da extensão anatômica da doença (EDGE; COMPTON, 2010). O estadiamento FIGO foi modificado em 2018 (anteriormente era baseado predominantemente no exame clínico, com adição de certos procedimentos permitidos para mudança no estágio), a fim de permitir achados de imagem e patológicos, quando disponíveis, para definição do estadiamento (BHATLA *et al.*, 2018; MATSUO *et al.*, 2019). As principais alterações apresentadas no XXII Congresso Mundial da FIGO, em 2018, foram a desconsideração da extensão tumoral em lesões microscópicas (estádio IA), a divisão do estágio IB, com base no diâmetro máximo da lesão em IB1, IB2 e IB3, a incorporação de exames de imagens mais sofisticados (Tomografias, Ressonância magnética e PET-CT) e a inclusão das metástases linfonodais pélvicas e retroperitoneais ao estágio III (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

### **Estadiamento FIGO 2018/TNM**

**0:** carcinoma *in situ* ou neoplasia intraepitelial grau III.

**IA/T1a:** carcinoma invasivo diagnosticado somente pela microscopia; a invasão do estroma cervical deve ser  $\leq 5$  mm;

**IA1/T1a1:** invasão do estroma  $\leq 3$  mm;

**IA2/T1a2:** invasão do estroma  $> 3$  e  $\leq 5$  mm;

**IB/T1b:** carcinoma invasivo confinado ao colo uterino ou lesão microscópica maior que a do estágio IA;

**IB1/T1b1:** carcinoma invasivo  $\geq 5$  mm de invasão estromal, e  $< 2$  cm na maior dimensão;

**IB2/T1b1:** carcinoma invasivo  $\geq 2$  cm de invasão estromal e  $< 4$  cm na maior dimensão;

**IB3/T1b2:** carcinoma invasivo  $\geq 4$  cm na maior dimensão.

**II/T2:** tumor invade além do útero, mas não a parede pélvica ou o terço inferior da vagina;

**IIA/T2a:** sem invasão de paramétrios;

**IIA1/T2a1:** carcinoma invasivo  $< 4$  cm na maior dimensão;

**IIA2/T2a2:** carcinoma invasivo  $\geq 4$  cm na maior dimensão;

**IIB/T2b:** com invasão óbvia de paramétrios.

**III/T3:** tumor estende-se até a parede pélvica e/ou envolve o terço inferior da vagina e/ou causa hidronefrose ou rim não funcionando e/ou envolve linfonodos pélvicos e/ou linfonodos para-aórticos;

**IIIA/T3a:** envolvimento do terço inferior da vagina, sem extensão para a parede pélvica;

**IIIB/T3b:** extensão até a parede pélvica e/ou hidronefrose ou rim não funcionando (exceto se sabidamente por outra causa);

**IIIC/N1:** metástases para linfonodos pélvicos e/ou para-aórticos (especificado se “i” se achado de imagem ou “p” se achado patológico);

**IIIC1/N1:** metástases apenas em linfonodos pélvicos;

**IIIC2/N1:** metástases em linfonodos para-aórticos.

**IV:** extensão para além da pelve verdadeira ou invasão (confirmada por biópsia) da mucosa da bexiga ou reto. Edema bolhoso vesical apenas não permite que um caso seja alocado no estágio IV;

**IVA/T4:** invasão de órgãos adjacentes;

**IVB/M1:** doença à distância.

#### *Agrupamento TNM (AJCC)*

**I:** T1N0M0; **IA:** T1aN0M0; **IA1:** T1a1N0M0; **IA2:** T1a2N0M0; **IB:** T1bN0M0; **IB1:** T1b1N0M0; **IB2:** T1b2N0M0; **II:** T2N0M0; **IIA:** T2aN0M0; **IIA1:** T2a1N0M0; **IIA2:** T2a2N0M0; **IIB:** T2bN0M0; **III:** T3N0M0; **IIIA:** T3aN0M0; **IIIB:** T3bN0-1M0, T1-3N1M0; **IVA:** T4N0-1M0; **IVB:** T1-3N0-1M1

Ressalta-se que tumores em estágio I são confinados ao útero, considerados doença inicial; tumores em estágio II invadem além do útero, enquadrando-se como doença intermediária; e, por fim, tumores em estágio III estendem-se até a parede pélvica e/ou envolvem o terço inferior da vagina e/ou causam hidronefrose ou rim não funcionando e/ou envolvem linfonodos pélvicos e/ou linfonodos para-aórticos, logo, são localmente avançados.

### **1.3 Tratamento Oncológico**

Após ser diagnosticado com câncer, o paciente poderá enfrentar diferentes tipos de tratamentos, tais como cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia, os quais podem apresentar efeitos adversos, modificar a QVRS, afetar perfis sociodemográfico, laboral, clínico e psicossocial (REICH; REMOR, 2011). A terapia sistêmica pode ser realizada em certas modalidades, como quimioterapia, terapia-alvo e imunoterapia (BUZAID; MALUF; LIMA, 2016).

O tratamento do câncer ginecológico depende do estágio em que está a doença e sua localização. Entretanto, avanços significativos na medicina demonstram perspectivas melhores, no que se refere ao tratamento e prevenção da doença. Apesar dos avanços em termos de tratamento e controle da doença, ainda é comum o diagnóstico do CCU em estágio avançado. A radioterapia tem sido usada de forma adjuvante, exclusiva ou concomitante à quimioterapia, no tratamento do CCU invasivo. Os efeitos adversos mais comumente associados à radioterapia são os sintomas agudos: diarreia, fadiga, dermatite na mucosa do epitélio vaginal e irritação vesical são as queixas mais frequentes. Complicações tardias, como sangramento, estenose e ulcerações retais, além de encurtamento e estreitamento da vagina, são mais raras e se dão geralmente nos três primeiros anos após o tratamento (SANTOS *et al.*, 2019).

Vários são os fatores que contribuem para as alterações na qualidade de vida das mulheres com câncer ginecológico, como as cirurgias pélvicas que envolvem a remoção de partes da anatomia genital feminina; efeitos colaterais da quimioterapia, os quais, em parte, são comuns à radioterapia, como náusea, vômito, diarreia, constipação, mucosite, mudanças de peso e alterações hormonais; fatores psicológicos, que incluem crenças errôneas sobre a origem do câncer, mudanças na autoimagem, baixa autoestima, tensões matrimoniais, medos e preocupações (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2009; SANTOS *et al.*, 2012). A idade da paciente, as doses utilizadas e o tipo de droga são determinantes em relação ao prejuízo à fertilidade, seja pela retirada de órgãos do sistema reprodutor, seja por falência ovariana prematura, geralmente antes dos 40 anos de idade, o que afeta diretamente a QVRS da paciente (LEE *et al.*, 2006; ROSA *et al.*, 2006; CARVALHO, 2010).

#### **1.4 Qualidade de Vida em pacientes com câncer**

Inicialmente, o conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) se associava à condição socioeconômica e à condição de vida, porém, com o avanço das pesquisas, observou-se que essa abordagem se tornou insuficiente para tal avaliação (OMS, 2003).

Os estudos apontam, em geral, para situações ligadas à QVRS cotidiana dos indivíduos, subsequente à experiência de doenças, agravos ou intervenções médicas. Vários instrumentos incluem indicadores para aspectos subjetivos da convivência com doenças e lesões, como sentimentos de vergonha e culpa, os quais trazem consequências

negativas sobre a percepção da qualidade de vida por parte dos indivíduos acometidos e suas famílias (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Esse conceito foi modificado e ampliado, e a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) passou a ser concebida pelo indivíduo com respeito à sua condição de saúde, como também a outras dimensões da sua vida, seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Nesse contexto, o Grupo de QVRS da Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a QVRS como a percepção que o indivíduo tem de sua própria condição de vida, dentro do seu próprio contexto de cultura e sistema de valores, considerando seus objetivos de vida, as expectativas e as preocupações (WHOQOL GROUP *et al.*, 1995; OMS, 2003).

A QVRS refere-se à percepção do indivíduo sobre sua condição de vida, em face da enfermidade, suas consequências e os tratamentos atinentes a ela, ou seja, como a doença afeta sua vida útil. A medição dessa percepção é bastante subjetiva, por causa da dificuldade que o indivíduo tem de relacionar sua disfunção às múltiplas dimensões de sua vida. As doenças crônicas, incluindo o câncer, são as que mais afetam a QVRS do indivíduo, porque interferem de forma permanente em seu estilo de vida e limitam sua capacidade produtiva e sua visão de mundo (CRUZ; COLLET; NÓBREGA, 2018). Em pacientes com câncer, a qualidade de vida varia de acordo com tempo de diagnóstico, sítio da doença e tipo de tratamento (ZENG; CHING; LOKE, 2010).

O diagnóstico de CCU e a necessidade do tratamento repercutem de forma física e psicológica, na vida das mulheres, deixando-as ansiosas com o prognóstico e o estigma da doença, podendo comprometer, de diferentes maneiras, o seu bem-estar e a qualidade de vida. Experimentam grande variedade de efeitos colaterais, que podem persistir por um longo período, os quais geram grande impacto na rotina de vida. A qualidade de vida dessas pacientes está relacionada ao modo complexo da saúde física e psíquica, às perspectivas sociais e à independência. Sua avaliação fornece importantes informações acerca do impacto da doença na vida dos pacientes (DALLABRIDA *et al.*, 2014).

Considera-se que a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com CCU é de suma importância, uma vez que permite identificar aspectos do bem-estar físico, mental e social e monitorar os resultados das intervenções, complementando os métodos tradicionais apoiados em morbidade e mortalidade ligadas à doença e ao tratamento (FERNANDES; KIMURA, 2010).

## **1.5 Resiliência em pacientes com câncer**

Contextos diversos interagem ao longo do ciclo vital e, quando consistem em conexões positivas, podem promover processos de resiliência e resultar em melhor QVRS para as pessoas e as sociedades nas quais estão inseridas (POLETTI; KOLLER, 2008). Estudos em resiliência têm importância fundamental para a área da saúde, ao permitirem reflexão sobre aspectos positivos do desenvolvimento humano em indivíduos expostos a adversidades significativas, capazes de colocar em risco sua integridade física e psíquica (LIBÓRIO; UNGAR, 2010).

Fatores de proteção auxiliam o indivíduo a interagir com os eventos de vida e conseguir êxito, o que favorece processos de resiliência. Resiliência não é, no entanto, uma característica fixa. O fato do indivíduo apresentar resiliência em determinado momento da vida não significa que a manifestará, em situações futuras. A resiliência precisa ser compreendida de maneira dinâmica, entre fatores de risco e proteção (PALUDO; KOLLER, 2005). Segundo Rodrigues e Polidori (2012), resiliência em pacientes oncológicos consiste na capacidade do indivíduo em superar e redefinir positivamente as situações temerosas e adversas, manejando a doença e o tratamento, no decorrer do tempo.

Avaliar a habilidade de enfrentamento e processos de resiliência em mulheres que vivenciam diagnósticos e tratamentos de câncer enseja o desenvolvimento e até mesmo a implementação de ações que envolvam desde a educação em saúde até a adesão ao tratamento. Conforme Seiler e Jenewein (2019), ser diagnosticado com câncer e passar por tratamento se associam a sofrimento substancial, o qual pode causar resultados psicológicos negativos duradouros. Cada fator presente no processo de reabilitação torna-se parte fundamental para a equipe multiprofissional, possibilitando maior conhecimento das estratégias de enfrentamento, diante do contexto de vulnerabilidade (AMARO, 2013).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e resiliência em mulheres com CCU tratadas no Serviço de Oncologia do Hospital Geral de Palmas (HGP), bem como associar tais variáveis com o estadiamento do câncer e o tipo de tratamento.

## **2.2 Objetivos Específicos**

1. Descrever as características socioculturais e clínicas das mulheres atendidas no HGP;
2. Verificar a qualidade de vida e a resiliência de tais mulheres;
3. Correlacionar qualidade de vida e seus domínios com resiliência, nas participantes;
4. Associar o estadiamento ao diagnóstico do CCU e o tipo de tratamento com a qualidade de vida e a resiliência.

## **3 MATERIAL E MÉTODOS**

### **3.1 Tipo de Estudo**

Tratou-se de estudo quantitativo, analítico-descritivo e transversal, realizado na rede pública de saúde no Serviço de Oncologia do Hospital Geral de Palmas (HGP), referência no tratamento do câncer em Palmas – TO, Brasil.

### **3.2 Local da Pesquisa e População do Estudo**

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), no Hospital Geral de Palmas (HGP), localizada em Palmas, capital do Estado do Tocantins. Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Palmas possui população estimada de 313.349 habitantes (IBGE, 2021).

Participaram desta pesquisa 37 mulheres com CCU, tratadas no HGP. Inicialmente, fez-se um levantamento das pacientes, por meio de prontuários. Obtiveram-se 60 registros de mulheres em tratamento, referentes ao período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2020. Destas, foram incluídas no estudo:

1. Mulheres com idade igual ou superior a 18 anos;
2. Residentes no Estado do Tocantins – Brasil;
3. Com diagnóstico de neoplasia maligna de colo do útero, através de realização do exame histopatológico – biópsia;
4. Com estadiamento FIGO (2018) entre IA e IIIC.

5. Tratadas com cirurgia e/ou quimioterapia e/ou radioterapia/braquiterapia, no Serviço de Oncologia do Hospital Geral de Palmas.

Dentre as mulheres com CCU tratadas no período supracitado, excluíram-se 23 da coleta de dados, por se enquadrarem nos seguintes critérios:

1. Terem sido transferidas e/ou iniciado tratamento em outros serviços e/ou Estados (n=2);
2. Com tumores *in situ* (n=2);
3. Óbito (n=07);
4. Em cuidados paliativos exclusivos (n=3);
5. Terem apresentado recidiva (n=3);
6. Estarem em quimioterapia paliativa (n=6).

Foi estabelecido o período mínimo de 30 dias para a coleta dos dados, após o término do tratamento, para evitar possíveis efeitos colaterais e toxicidade aguda do tratamento, os quais pudessem implicar e comprometer a qualidade de vida das mulheres.

### **3.3 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados**

Os dados socioculturais e de condições de saúde foram obtidos através dos prontuários do serviço de oncologia do arquivo médico do HGP; para isso, o pesquisador assinou o Termo de Fiel Depositário (APÊNDICE A). Para coleta de dados e preenchimento das Escalas de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e Resiliência, foram realizadas entrevistas por ligação telefônica, nos meses de julho e agosto de 2021, com duração média de 20 minutos. Antes da aplicação dos instrumentos, procedeu-se à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), com posterior gravação do aceite. Durante todo procedimento de coleta de dados, a ligação telefônica foi gravada.

Na coleta de dados, utilizaram-se três instrumentos: 1) Questionário Sociocultural e de Condições de Saúde (APÊNDICE C); 2) Escala de Qualidade de Vida - Avaliação Funcional da Terapia do Câncer – Câncer Cervical (FACT-Cx, na sigla em inglês) (ANEXO A); e 3) Escala de Resiliência (ER) (ANEXO B).

O Questionário Sociocultural e de Condições de Saúde identificou as seguintes variáveis:

(I) Socioculturais: faixa etária, estado civil, escolaridade, renda própria, atividade profissional atual, crença religiosa, tipo de residência, número de membros da família no domicílio, raça e filhos;

(II) Clínicas: tipo de tumor, atividade física regular, tabagismo, etilismo, estadiamento e tipo de tratamento oncológico.

Para análise, o estadiamento foi classificado em estágios: I (tumores confinados ao útero - doença inicial); II (tumores invadem além do útero - doença intermediária); e III (tumores estendem-se até a parede pélvica e/ou envolvem o terço inferior da vagina e/ou causam hidronefrose ou rim não funcionando e/ou envolvem linfonodos pélvicos e/ou linfonodos para-aórticos - doença localmente avançada), conforme categorias principais do sistema FIGO 2018 (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*).

Em relação ao tratamento oncológico, as classes consideradas foram: tipo I (exclusivamente cirúrgico – mulheres que foram submetidas à histerectomia, normalmente indicado em tumores iniciais); tipo II (com radioterapia seguido de braquiterapia – indicado em tumores localizados sem indicação cirúrgica); tipo III (com quimioterapia concomitante à radioterapia seguido de braquiterapia – utilizado em mulheres inoperáveis, com invasão de paramétrio ou estadiamento localmente avançado); tipo IV (em mulheres tratadas com histerectomia, quimioterapia concomitante à radioterapia, seguidas de braquiterapia). Vale ressaltar que o tipo IV foi empregado para algumas mulheres com doença inicial, quando houve necessidade de tratamento complementar, além da cirurgia, pela presença de doença residual.

A aplicação da Escala de Qualidade de Vida - Avaliação Funcional da Terapia do Câncer – Câncer Cervical (FACT-Cx) (ANEXO A), específica para mulheres com CCU, validada na versão em português (FERNANDES; KIMURA, 2010; FREGNANI *et al.*, 2013; CELLA, 2019), teve autorização concedida por FACIT.ORG (ANEXO C). As respostas da escala variam de 0 (nem um pouco) a 4 (muitíssimo). Há itens construídos como frases negativas e, nesses casos, a pontuação deve ser invertida. Os escores dos domínios são obtidos pela soma das pontuações dos respectivos itens, variando de 0 a 28, nos domínios bem-estar físico, social/familiar e funcional, de 0 a 24, no domínio bem-estar emocional, e de 0 a 60, no domínio preocupações adicionais. O escore total do instrumento resulta da soma das pontuações dos domínios e varia de 0 a 168. Os valores mais elevados representam melhor QVRS. A escala avalia a

funcionalidade e a satisfação da paciente, com relação aos últimos sete dias que precedem a entrevista.

A Escala de Resiliência (ER) (ANEXO B) foi desenvolvida por Wagnild e Young (1993) e validada no Brasil por Pesce *et al.* (2005), possui 25 itens descritos de forma positiva com respostas tipo *likert*, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). O escore da escala oscila de 25 a 175 pontos; quanto maior o escore, maior o nível de resiliência.

### **3.4 Análise de dados**

Após a coleta, as respostas foram tabuladas em planilha do *Excel (Microsoft Office Excel® 2016)* e, posteriormente, transportadas para o programa estatístico SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences - versão 22.0*). A análise estatística descritiva dos dados do questionário sociocultural e de condições de saúde foi efetuada por meio de frequências absoluta e percentual. Para a QVRS e seus domínios e o grau de Resiliência, estimaram-se média, mediana, desvio-padrão e coeficiente de variação. A normalidade dos dados foi verificada através do teste de Kolmogorov–Smirnov. As associações entre o estadiamento e o tratamento com a QVRS e a Resiliência foram verificadas por meio do Teste Exato de Fisher (devido à contagem das frequências esperadas menores que 5 ser superior a 20%).

Na realização desses testes, foi necessário categorizar as variáveis quantitativas QVRS e Grau de Resiliência. A categorização da QVRS teve como ponto de corte a média (baseando-se na distribuição normal), a qual a classificou em satisfatória e não satisfatória; e, para a Resiliência, o ponto de corte foi a mediana (baseando-se na distribuição não normal), obtendo-se as categorias menor e maior grau. Estimaram-se também as correlações de Spearman entre as variáveis quantitativas contínuas (QVRS; Domínios da QVRS: Físico, Social e Familiar, Emocional, Funcional e de Preocupações Adicionais; e Grau de Resiliência). Os resultados de todos os testes estatísticos foram considerados significativos, no nível de 5% ( $p < 0,05$ ).

### **3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa**

A pesquisa obedeceu às normas da legislação, de acordo com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. O estudo respeitou todos os aspectos éticos da legislação supracitada. Os dados coletados

foram mantidos em sigilo, e a identificação dos indivíduos foi preservada. Os formulários contendo os dados coletados foram conservados em arquivo fechado, sendo disponibilizados somente para a equipe de investigação. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Tocantins, sob o número CAAE 39807720.4.0000.5519 (ANEXO D) e pelo ETSUS/NEP (Núcleo de Educação Permanente) do HGP, conforme parecer e carta de anuência 08/2020 (ANEXO E).

As mulheres concordaram em participar do estudo, após leitura e gravação da autorização verbal do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Os dados dos prontuários foram coletados após assinatura do Termo de Fiel Depositário (APÊNDICE A). Foram preservados todos os dados que identificassem as participantes da pesquisa, a fim de manter privacidade, sigilo e confidencialidade. Os resultados deste trabalho serão divulgados em congressos científicos ou publicações da área somente de forma anônima e agrupada, não expondo nenhum participante.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Dentre as 37 mulheres participantes do estudo, 32,5% (n=12) tinham entre 30 e 40 anos e média de  $47,7 \pm 11,8$  anos, com variação de 31 a 78 anos; 62,2% (n=23) eram casadas; 54,1% (n=20) tinham o Ensino Fundamental completo; 70,3% (n=26) moravam no interior do Estado do Tocantins; 81,19% (n=30) eram pardas; 54,1% (n=20) tinham renda própria; e 43,2% (n=16) estavam desempregadas. Quanto às condições de saúde, 83,8% (n=31) tinham Carcinoma Epidermoide; 81,1% (n=30) não praticavam atividade física; 91,9% (n=34) não fumavam; 89,2% (n=33) não ingeriam bebida alcoólica; 43,2% (n=16) tinham estadiamento III e 59,5% (n=22) realizaram o tratamento com quimioterapia, radioterapia e braquiterapia, conforme detalhado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição de frequências das variáveis socioculturais e de condições de saúde em mulheres com Câncer de Colo do Útero tratadas no Hospital Geral de Palmas (HGP), Palmas, Tocantins, Brasil, 2020/2021

Variáveis	Categoria	N (%)
Faixa Etária (Anos)	[30 – 41[	12 (32,5%)
	[41 – 51[	11 (29,7%)
	[51 – 61[	8 (21,6%)
	≥61	6 (16,2%)
Residência	Capital	11 (29,7%)
	Interior	26 (70,3%)
Estado civil	Casada	23 (62,2%)
	Divorciada	4 (10,8%)
	Solteira	6 (16,2%)
	Viúva	4 (10,8%)
Raça	Branca	30 (81,19%)
	Parda	7 (18,9%)
Escolaridade	Fundamental incompleto	8 (21,6%)
	Fundamental completo	8 (21,6%)
	Médio completo	20 (54,1%)
Renda Própria	Sim	20 (54,1%)
	Não	17 (45,9%)
Profissão/Ocupação	Aposentada	11 (29,7%)
	Autônoma	10 (27,0%)
	Desempregada	16 (43,2%)
Tipo de Tumor	Carcinoma Epidermoide	31 (83,8%)
	Adenocarcinoma	6 (16,2%)
Atividade Física	Sim	7 (18,9%)
	Não	30 (81,1%)
Tabagismo	Sim	3 (8,1%)
	Não	34 (91,9%)
Etilismo	Sim	4 (10,8%)
	Não	33 (89,2%)
Estadiamento	I	7 (18,9%)
	II	14 (37,8%)
	III	16 (43,2%)
Tipo de Tratamento	I. Cirurgia	3 (8,1%)
	II. Radioterapia + Braquiterapia	4 (10,8%)
	III. Quimioterapia + Radioterapia + Braquiterapia	22 (59,5%)
	IV. Cirurgia + Quimioterapia+ Radioterapia + Braquiterapia	8 (21,6%)

N: Frequência absoluta; (%): Frequência percentual.

Estadiamento: I (estágio inicial); II (estágio intermediário); III (estágio localmente avançado).

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

A média da idade das mulheres tratadas com CCU, neste estudo, foi de 47,7 anos, pouco inferior a outros trabalhos descritos na literatura: idades médias entre 49,2 e 53,1 anos (FERNANDES; KIMURA, 2010; THULER, 2012; SANTOS *et al.*, 2019).

Assim como neste estudo, outros autores apresentaram dados com predomínio de mulheres pardas com CCU. Segundo o IBGE (2018), a raça parda é predominante no

estado do Tocantins, o que pode gerar um viés dessa variável. No trabalho de Thuler (2012), das 77.317 mulheres brasileiras avaliadas, de 2000 a 2009, 47,9% eram pardas. Noutra pesquisa epidemiológica na cidade de Teresina-PI, dos 699 prontuários eletrônicos, 82,1% referiam-se à raça/cor não branca (RIBEIRO *et al.*, 2015). Em uma análise de séries temporais com dados dos registros hospitalares brasileiros de CCU, entre 2000 e 2012, com 65.843 mulheres, a raça parda correspondeu a 50,8% (RENNA; SILVA, 2018).

A maioria das mulheres (62,2%) participantes deste estudo era casada, coerentemente com os resultados de 54,5% indicados por Ribeiro *et al.* (2015), de 47% apontados por Santos *et al.* (2019), em pesquisa realizada no serviço de referência em tratamento de mulheres com CCU do INCA, e de 60% descritos por Dias *et al.* (2021), para casadas ou em união estável em investigação no Sul do Brasil.

Quanto à escolaridade das mulheres com CCU, a maior frequência do Ensino Fundamental completo foi similar aos estudos de Dias *et al.* (2021), com 59,8%, e ao de Renna e Silva (2018), com 65,2%. Alguns trabalhos relacionam o câncer de colo de útero com baixas escolaridade e condição socioeconômica (PASSMORE; JASPAN; MASSON, 2016; ILHAN *et al.*, 2019); sabe-se que higiene corporal e genital inadequadas aumentam o número de processos infecciosos, principalmente por vírus, considerado um fator de risco importante para o câncer de colo de útero. O nível educacional é primordial para a adesão às ações de prevenção à saúde, notadamente às ações de detecção precoce do câncer do colo do útero. Vários autores demonstraram que mulheres com maior acesso à educação formal cuidam melhor de sua própria saúde e da saúde de seus familiares e procuram com mais frequência os serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2018).

No presente estudo, 70,3% das mulheres residiam em municípios no interior do Estado. Uma análise da mortalidade geral por câncer, no Brasil e regiões, entre 1980 e 2006, revelou que o CCU entre mulheres do interior não atingiu a redução observada nas capitais, o que fortalece a hipótese da desigualdade de acesso a serviços, no país, pelo menor alcance de ações preventivas fora dos grandes centros urbanos e/ou pela dificuldade de acesso ao diagnóstico e às unidades de tratamento (GAMARRA *et al.*, 2011).

Mais da metade das mulheres possuía renda própria (54,1%) ou alguma ocupação, diferentemente do que observaram Santos *et al.* (2019), ao analisarem mulheres com CCU tratadas em hospital de referência no Rio de Janeiro, onde 64,3%

não as apresentavam; assim como do que apontaram Ribeiro *et al.* (2015), em Teresina-PI, em que 43,8% eram do lar.

Mais de 80% das mulheres participantes do estudo não realizavam qualquer atividade física, dados semelhantes ao estudo epidemiológico que incluiu 310 mulheres com câncer ginecológico na Região Sul brasileira, onde 85% eram sedentárias (DIAS *et al.*, 2021). O sedentarismo é fator de risco importante para o câncer; o exercício físico é fator redutor de risco de desenvolvimento da doença e morte prematura; há maiores taxas de cura e sobrevida em pacientes com câncer que praticam exercício regularmente (SIEWIERSKA *et al.*, 2018).

A maioria das mulheres participantes não era tabagista e não ingeria bebida alcoólica, o que corrobora os dados de Castaneda *et al.* (2019), relativos a pacientes com CCU tratadas em hospital-referência no Rio de Janeiro, em que 90% não eram tabagistas e 82% não usavam bebidas alcoólicas. Uma meta-análise evidenciou que o tabagismo, mesmo que passivo, está associado ao risco aumentado de câncer de colo de útero, e que o fumo pode enfraquecer a função imunológica, aumentar o risco de infecção por HPV, além de promover o desenvolvimento do câncer (SU *et al.*, 2018). Estudo efetuado no Ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia, em Cáceres-MT, com 142 prontuários, concluiu que o elevado risco do CCU está associado a mulheres tabagistas crônicas (GARCIA *et al.*, 2013).

Apenas 18,9% das mulheres do estudo foram diagnosticadas em estágio I. A detecção precoce do CCU possibilita maior chance de tratamento e cura (acima de 90%). Os testes para detecção do HPV têm sido propostos como estratégia no diagnóstico precoce do CCU e de suas lesões precursoras (INCA, 2020b). De acordo com a análise de Renna e Silva (2018) de registros hospitalares de CCU, no Brasil, houve tendência crescente de diagnósticos em estágios avançados (III e IV). O presente achado da maioria com doença localmente avançada corrobora a literatura. Uma análise retrospectiva de 4.877 casos matriculados no Instituto Nacional de Câncer do Brasil, entre 1999 e 2004, evidenciou que mulheres em estágios II e III (doença intermediária e localmente avançada, respectivamente) representaram 68,4% e, em estágio I (doença inicial), somente 27,9% das neoplasias invasoras de CCU (CALAZAN; LUIZ; FERREIRA, 2008). Em outra pesquisa realizada no Brasil, 55% das mulheres estavam em estágio IIIB, ou seja, doença com extensão até a parede pélvica e/ou hidronefrose ou rim não funcionando (GRION *et al.*, 2016). Gonçalves *et al.* (2020) demonstraram que mais da metade das mulheres com CCU, tratadas em hospital de Brasília-DF,

apresentou ao diagnóstico histológico estágio II ou superior. Em contraste, em estudo promovido na China, com 400 mulheres, 61% foram diagnosticadas na fase inicial I (KOKKA *et al.*, 2015) e, em outra investigação na Coreia, com 860 mulheres, 66,8% estavam no estágio I (ZHOU *et al.*, 2016).

A associação entre radioterapia e quimioterapia seguida de braquiterapia, o principal tratamento deste estudo, responsável por 59,5% dos casos, é consequência do diagnóstico tardio, que pode estar relacionado ao acesso deficiente às consultas de rotina na Atenção Básica, principalmente no ano de 2020 durante a pandemia da Covid-19, falta de exames preventivos do CCU e, conseqüentemente, início do tratamento do câncer em estágio avançado. Diversos trabalhos científicos indicam que doenças em estado avançado apresentam como principal estratégia terapêutica a utilização da radioterapia concomitante à quimioterapia, seguida de braquiterapia (BALDISSERA *et al.*, 2017; CORREIA *et al.*, 2018, 2020; COELHO *et al.*, 2019). No CCU localmente avançado, representado pelos estágios IIB e III, a sobrevida livre de doença (período no qual não se detectam sinais e/ou sintomas da doença após tratamento) e a sobrevida global (período em que o paciente permanece vivo após o diagnóstico da doença ou início do tratamento) são maiores nos protocolos com radioterapia concomitante à quimioterapia, quando comparados à radioterapia exclusiva. A quimioterapia concomitante a derivados de platina é atualmente o tratamento-padrão nessas mulheres, conforme diretriz do *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN, 2021).

Na Tabela 2, encontram-se os resultados descritivos do escore geral da QVRS, dos seus domínios e do grau de Resiliência, além dos resultados do teste de normalidade para essas variáveis, em mulheres tratadas com CCU. Apenas o escore geral de QVRS e o domínio de preocupações adicionais apresentaram distribuição normal, considerando-se o nível de significância de 5%. Todos os valores referentes às medidas de tendência central (médias e medianas) foram mais próximos dos limites superiores permitidos pelos instrumentos, indicando tendência a avaliações positivas para qualidade de vida e resiliência, entre essas mulheres.

Tendo-se em vista que valores de coeficiente de variação entre 15% e 30% representam média dispersão dos dados, conforme descrito por Fonseca e Martins (2012), verificou-se que houve média variabilidade da QVRS e seus domínios e baixa da resiliência, o que sugere certa homogeneidade para tais características, nesta amostra.

As maiores variabilidades ocorreram para os domínios físico (23,3%) e funcional (21,3%) da qualidade de vida, embora não sejam consideradas altas.

Tabela 2. Análise estatística descritiva e valores de significância do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ( $p$ ) para escore geral de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), seus domínios e grau de resiliência (RL) das mulheres com Câncer de Colo do Útero tratadas no Hospital Geral de Palmas (HGP), Palmas, Tocantins, Brasil, 2021

Domínios	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	Varição Possível	Coefficiente de Variação	$p$
Físico	22,7	24,0	5,3	1	28	0-28	23,3	<b>0,015</b>
Social e familiar	22,8	24,0	3,8	13	28	0-28	16,6	<b>0,001</b>
Emocional	19,2	20,0	3,6	10	24	0-24	18,7	<b>0,006</b>
Funcional	23,0	24,0	4,9	7	28	0-28	21,3	<b>0,012</b>
Preocupações Adicionais	44,1	45,0	7,2	29	59	0-60	16,3	0,200
QVRS	132,0	134,0	21,5	76	165	0-168	16,3	0,200
RL	148,8	153,0	14,7	111	172	25-175	9,9	<b>0,027</b>

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

Estudo realizado por Santos *et al.* (2019), que analisou QVRS em 115 mulheres com CCU, demonstrou que os domínios de questões emocionais e de bem-estar funcional evidenciaram piores escores, diferentemente da presente pesquisa, na qual obtiveram resultados equilibrados.

Na Tabela 3 estão os resultados do teste de correlação de Spearman ( $r^a$ ) para os domínios da QVRS com a QVRS geral e o Grau de Resiliência das mulheres tratadas com CCU. Para discussão de tais coeficientes, utilizou-se a categorização proposta por Callegari-Jacques (2009), em que  $r = 0$  indica ausência de correlação e  $r=|1|$  correlação perfeita;  $0 < r \leq |0,3|$  correlação fraca;  $|0,3| < r \leq |0,6|$  correlação moderada;  $|0,6| < r \leq |0,9|$  correlação forte; e  $|0,9| < r < |1|$  correlação muito forte. Assim, observou-se, para o escore geral de QVRS das mulheres tratadas com CCU, relação linear positiva muito forte com domínios físico ( $r^a = 0,931$ ), funcional ( $r^a = 0,915$ ) e de preocupações adicionais ( $r^a = 0,914$ ); e positiva forte, com social e familiar ( $r^a = 0,811$ ) e emocional ( $r^a = 0,773$ ; todas significativas ( $p < 0,001$ )).

Essas correlações demonstram que a QVRS das mulheres tratadas com CCU aumenta, na medida em que os escores dos domínios que a compõem também aumentam. As correlações entre os domínios da QVRS e o grau de Resiliência revelaram igualmente resultado positivo para todos os domínios, sendo forte com físico ( $r^a = 0,878$ ), emocional ( $r^a = 0,643$ ), funcional ( $r^a = 0,868$ ) e preocupações adicionais ( $r^a = 0,855$ ); e moderada com social e familiar ( $r^a = 0,580$ ). A correlação entre e o escore

geral de QVRS e Resiliência ( $r^a = 0,892$ ) também foi positiva forte; todas foram significativas ( $p < 0,001$ ).

Tabela 3. Correlação de Spearman ( $r^a$ ) dos domínios da qualidade de vida relacionada à saúde com escore geral da Qualidade de Vida (QVRS) e Resiliência (RL) em mulheres com Câncer de Colo do Útero tratadas no Hospital Geral de Palmas (HGP), Palmas, Tocantins, Brasil, 2021

Domínios	QVRS		RL	
	$r^a$	<i>P</i>	$r^a$	<i>p</i>
Físico	0,931	<0,001	0,878	<0,001
Social e familiar	0,811	<0,001	0,580	<0,001
Emocional	0,773	<0,001	0,643	<0,001
Funcional	0,915	<0,001	0,868	<0,001
Preocupações Adicionais	0,914	<0,001	0,855	<0,001
QVRS	-	-	0,892	<0,001

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

Esta investigação revelou que a resiliência aumenta, à medida que os domínios e o escore geral de QVRS também aumentam. Assim, quanto mais satisfatórias forem as condições da QVRS e seus domínios, mais elevada será a resiliência. Observou-se que as menores correlações aconteceram entre resiliência e os domínios social e familiar e emocional, o que sugere que, embora estes domínios estejam igualmente envolvidos com o desenvolvimento da resiliência, outros aspectos investigados são mais expressivos, nesse processo, para essas pacientes tratadas de CCU, principalmente os relacionados à parte corpórea, ou seja, abrangidos pelos domínios físico, funcional e de preocupações adicionais. Tais resultados são coerentes com as correlações observadas entre escore geral de QVRS e seus domínios, os quais também foram um pouco inferiores, com os domínios social e familiar e emocional, embora de magnitudes mais elevadas.

Pesquisa implementada pela Universidade de Deusto, na Espanha, com 74 participantes com câncer, apontou que pessoas com menor resiliência apresentaram piora nas dimensões da dor e saúde geral (MACÍA *et al.*, 2020), o que condiz com os resultados deste trabalho. Ressalta-se que, segundo Pimentel (2020), num estudo bibliográfico, mulheres com CCU relataram níveis clinicamente relevantes de sofrimento sexual, associados a preocupação com a dor, durante o ato sexual, e com a imagem corporal e insatisfações no relacionamento, fatores contemplados no domínio de preocupações adicionais. Fernandes e Kimura (2010), em um estudo com 149 mulheres com CCU para identificar fatores preditores de qualidade de vida, verificaram

que medo de ter relações sexuais, sentir-se sexualmente menos atraente e ter a vagina estreita ou curta demais concentraram grande percentual de avaliações negativas.

Embora o impacto do câncer ginecológico nas relações sexuais muitas vezes não seja reconhecido, o comprometimento da função sexual é o problema mais duradouro com efeito negativo na QVRS. Para muitas mulheres que têm câncer ginecológico, a vida após o tratamento do CCU inclui aprender a enfrentar sérios problemas sexuais em longo prazo (BODURKA; SUN, 2006). A disfunção sexual em pacientes com câncer do sexo feminino permanece subdiagnosticada e subtratada; como a disfunção sexual está se tornando um efeito colateral cada vez mais comum dos tratamentos de câncer ginecológico, o aconselhamento sexual é uma das intervenções mais importantes a se considerar (DEL PUP *et al.*, 2019).

Embora a literatura traga trabalhos articulando Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Resiliência, em populações e/ou amostras de pessoas com câncer, especificamente para mulheres com CCU, as pesquisas são escassas. Assim, optou-se por discutir alguns dados que trabalham essas variáveis na doença, de forma geral.

Estudo conduzido em um hospital de Taiwan demonstrou que apoio social é essencial para o desenvolvimento da resiliência e a melhoria da qualidade de vida, em mulheres com câncer de endométrio; os resultados apontaram que mulheres com menos apoio social exibiram menor nível de resiliência e que aquelas com nível mais baixo de resiliência experimentaram maior sofrimento psicológico (CHANG *et al.*, 2021). Outra pesquisa, feita em Chongqing, na China, com 98 mulheres com câncer de mama, revelou que as mulheres com maior apoio social tiveram maior RL e melhor QVRS (ZHANG, 2017). Ademais, no Reino Unido, investigação com 98 pacientes tratados de câncer de cabeça e pescoço, relatou correlação de Spearman positiva e significativa entre os escores gerais de QVRS e RL ( $p < 0,005$ ), indicando que pacientes com pontuações de resiliência mais altas tiveram melhor QVRS (CLARKE *et al.*, 2019). Esses resultados são coerentes com as correlações estimadas neste trabalho.

A forte correlação entre o escore geral de QVRS e RL sinaliza que mulheres resilientes experimentam melhor qualidade de vida, durante o diagnóstico de câncer ginecológico, por serem mais propensas a expressar emoções positivas (MANNE *et al.*, 2015; ZHANG, 2017). Uma revisão integrativa sobre estratégias que reforçam a resiliência em pacientes com distúrbio oncológico mostrou que interação familiar e apoio psicossocial podem reforçar e contribuir positivamente para o aumento da resiliência e QVRS. Estratégias criadas por essas pacientes para reforçar o processo da

resiliência, como desenvolver metas e traçar estratégias adaptativas, auxiliam na qualidade de vida, no decorrer do tratamento (BRAGA; LIMA; FRAGA, 2019).

Na Tabela 4 estão os resultados da associação (Teste Exato de Fisher) entre as categorias da QVRS (satisfatória e não satisfatória) com o estadiamento ao diagnóstico do CCU e o tipo de tratamento dessas mulheres. O Teste Exato de Fisher mostrou associação altamente significativa com o estadiamento do câncer ( $p < 0,001$ ) e no limite da significância com o tratamento recebido ( $p < 0,055$ ).

Tabela 4. Associação entre as categorias referentes à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) com o estadiamento ao diagnóstico do Câncer de Colo do Útero e o tipo de tratamento das mulheres tratadas no Hospital Geral de Palmas (HGP), Palmas, Tocantins, Brasil, 2020/2021

Variáveis	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)			P
	Não Satisfatória	Satisfatória	% do Total	
<b>Estadiamento I</b>	0	7 (18,9%)	7 (18,9%)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Estadiamento II</b>	2 (5,4%)	12 (32,4%)	14 (37,8%)	
<b>Estadiamento III</b>	14 (37,8%)	2 (5,4%)	16 (43,2%)	
<b>Total</b>	16 (43,2%)	21 (56,8%)	37 (100%)	
<b>Tipo de Tratamento I</b>	0	3 (8,1%)	3 (8,1%)	<b>&lt;0,055</b>
<b>Tipo de Tratamento II</b>	0	4 (10,8%)	4 (10,8%)	
<b>Tipo de Tratamento III</b>	13 (35,1%)	9 (24,4%)	22 (59,5%)	
<b>Tipo de Tratamento IV</b>	3 (8,1%)	5 (13,5%)	8 (21,6%)	
<b>Total</b>	16 (43,2%)	21 (56,8%)	37 (100%)	

*p*: Nível de significância para o Teste Exato de Fisher. N: Frequência absoluta; (%): Frequência percentual; Estadiamento I: estágio inicial de doença; II: estágio intermediário; III: estágio localmente avançado; Tipo de tratamento I: Cirurgia; II: Radioterapia + Braquiterapia; III: Quimioterapia + Radioterapia + Braquiterapia; IV: Cirurgia + Quimioterapia + Radioterapia + Braquiterapia.

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

Verificou-se que a QVRS foi satisfatória para 56,8% ( $n=21$ ) das mulheres com CCU tratadas no HGP. Ressalta-se que a QVRS não satisfatória foi superior, nas pacientes em estadiamento III (estágio localmente avançado), enquanto a satisfatória foi mais frequente, em I e II (mais brandos). Quanto ao tratamento, o maior percentual de insatisfação encontra-se no tipo de tratamento que alia quimioterapia, radioterapia e braquiterapia (tipo III), mais complexo e agressivo que os tratamentos I e II. No entanto, o tratamento mais agressivo (tipo IV) desvela mais mulheres com QVRS satisfatória, ao contrário do esperado. Apesar do tipo de tratamento IV apresentar maior morbidade, a maior frequência de participantes com QVRS satisfatória pode estar ligada com a cirurgia de histerectomia (quando factível, em casos localmente avançados ou com

persistência da doença), a qual reduz de forma considerável a sintomatologia e melhora a qualidade de vida (KOKKA *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2019).

No contexto terapêutico e de estadiamento ao diagnóstico, a conduta e o prognóstico da doença estão relacionados à toxicidade do tratamento. A retirada cirúrgica total ou parcial do órgão é a modalidade instituída nos estadiamentos iniciais diagnosticados precocemente ou nos casos mais avançados, na persistência da doença, após o tratamento associado com quimioterapia e radioterapia, seguido de braquiterapia (TOUBOUL *et al.*, 2014).

Neste estudo, 91,9% das mulheres foram submetidas à radioterapia. A radioterapia produz efeitos colaterais significativos, com sequelas ao assoalho pélvico, disfunções associadas aos sistemas urinários e genitais, além de causar, com frequência, interferências na vida sexual das mulheres em tratamento (CORREIA *et al.*, 2018; PIMENTEL, 2020). Em outros estudos, a maioria das mulheres também foram submetidas à radioterapia, a qual impõe sequelas funcionais muito limitantes, o que impacta diretamente no bem-estar físico e psicossocial após o tratamento, podendo afetar profundamente a qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2012; CORREIA *et al.*, 2018).

No tratamento de mulheres com CCU com perfil de doença avançada, o desafio é equilibrar adequadamente a QVRS com sobrevida prolongada. Muitas pacientes não respondem à terapia e, para essas mulheres, tanto a sobrevivência quanto a qualidade de vida são ruins; assim, a QVRS é um desfecho importante a ser estudado, além de parâmetros tradicionais, como sobrevivência global, taxa de resposta e sobrevida livre de progressão (LONG III *et al.*, 2006; CHASE, 2012).

Em concordância com o presente estudo, alguns autores demonstraram que estágio da doença e tipo de tratamento (principalmente quimioterapia e radioterapia) são fatores ligados com a QVRS, estágio precoce e não realização de quimioterapia ou radioterapia estão associados com melhores desfechos (ASHING-GIWA; LIM; TANG, 2010; SANTOS *et al.*, 2012).

Em relação à resiliência (RL), identificou-se maior grau em 51,4% (n=19) das mulheres com CCU tratadas no HGP.

Na Tabela 5 estão os resultados da associação (Teste Exato de Fisher) das categorias RL (maior ou menor grau) com o estadiamento ao diagnóstico do CCU e o tipo de tratamento realizado pelas mulheres. O Teste Exato de Fisher mostrou

associação significativa com o estadiamento do câncer ( $p < 0,001$ ) e com o tratamento recebido ( $p < 0,009$ ).

Tabela 5. Associação das categorias de Resiliência (maior ou menor grau) com o estadiamento ao diagnóstico do Câncer de Colo do Útero e o tipo de tratamento das mulheres atendidas no Hospital Geral de Palmas (HGP), Palmas, Tocantins, Brasil, 2020/2021

Variáveis	Resiliência (RL)			p
	Menor grau	Maior grau	% do Total	
<b>Estadiamento I</b>	0	7 (18,9%)	7 (18,9%)	
<b>Estadiamento II</b>	4 (10,8%)	10 (27,0%)	14 (37,8%)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Estadiamento III</b>	14 (37,8%)	2 (5,4%)	16 (43,2%)	
<b>Total</b>	18 (48,6%)	19 (51,4%)	37 (100%)	
<b>Tipo de Tratamento I</b>	0	3 (8,1%)	3 (8,1%)	
<b>Tipo de Tratamento II</b>	0	4 (10,8%)	4 (10,8%)	<b>&lt;0,009</b>
<b>Tipo de Tratamento III</b>	15 (40,5%)	7 (18,9%)	22 (59,5%)	
<b>Tipo de Tratamento IV</b>	3 (8,1%)	5 (13,5%)	8 (21,6%)	
<b>Total</b>	18 (48,6%)	19 (51,4%)	37 (100%)	

**p:** Nível de significância para o Teste Exato de Fisher. N: Frequência absoluta; (%): Frequência percentual; Estadiamento I: estágio inicial de doença; II: estágio intermediário; III: estágio localmente avançado; Tipo de tratamento I: Cirurgia; II: Radioterapia + Braquiterapia; III: Quimioterapia + Radioterapia + Braquiterapia; IV: Cirurgia + Quimioterapia + Radioterapia + Braquiterapia.

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

Observou-se que menor grau de resiliência foi mais frequente no Estadiamento III (mais avançado), enquanto, para mulheres em estadiamentos I e II (mais precoces), a resiliência foi de maior grau. O mesmo ocorreu para o tipo de tratamento III (o qual alia quimioterapia, radioterapia e braquiterapia), enquanto os tratamentos I, II e IV se relacionaram a maior grau de RL. Tais resultados são coerentes com os encontrados para QVRS (Tabela 4) e com as correlações de Spearman estimadas entre essas variáveis (Tabela 3).

Não se encontraram, na literatura, estudos associando RL com estadiamento e tipo de tratamento do CCU, entretanto, é possível inferir que mulheres com estadiamento inicial ao diagnóstico revelam maior grau de RL. Nota-se que a inclusão de tratamento quimioterápico com radioterapia e braquiterapia, nessas mulheres portadoras de neoplasia maligna, gerou alterações no enfrentamento da doença e no processo de resiliência. O abalo emocional e o convívio com as repercussões negativas do tratamento geram debilidade física e afetam o desenvolvimento de atividades diárias; contudo, as pacientes procuram reorganizar suas vidas, fazendo adaptações, de modo que possam manter suas relações sociais (RODRIGUES; POLIDORI, 2012). A Resiliência, nesse contexto, é entendida como uma capacidade do portador de lidar com

a doença, a ponto de aceitar suas limitações e colaborar com a adesão ao tratamento, de forma positiva (AMARO, 2013).

Pesquisas indicaram que o diagnóstico e o tratamento do câncer na mulher provocam uma série de resultados negativos, mudanças emocionais, com considerável estresse, ansiedade, medo e depressão. Essas respostas emocionais podem prejudicar significativamente os resultados da QVRS e RL (KNOBF, 2011, SHARMA; PURKAYASTHA, 2017).

## **5 CONCLUSÃO**

Neste estudo, a maioria das mulheres com Câncer de Colo de Útero (CCU) apresentou Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) satisfatória e alto grau de Resiliência (RL). As correlações fortes e positivas demonstraram que aquelas com maior grau de RL também são as que evidenciaram melhor QVRS. O estadiamento mais avançado e o tratamento com quimioterapia concomitante à radioterapia, seguido de braquiterapia, associaram-se com QVRS não satisfatória e menor grau de RL.

A literatura ligada a pesquisas sobre a QVRS e RL em mulheres tratadas com CCU ainda é escassa; assim, ressalta-se a relevância desta investigação, na contribuição para a gestão do cuidado dessas mulheres, na prática clínica. Ao se cuidar de um doente, deve-se olhar não apenas para seus aspectos biológicos, desconsiderando seu sofrimento emocional. Ao entender a importância da saúde emocional do paciente, diversas ações podem ser desenvolvidas, tanto no âmbito da prevenção quanto na adaptação emocional e social, não somente na fase diagnóstica, mas durante todas as etapas do tratamento, o que reflete diretamente no grau de resiliência e QVRS.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerou-se como limitação deste trabalho o número reduzido da população participante, com exclusão da maioria das mulheres devido ao estágio de doença avançada e óbitos, em consequência de grande número de casos diagnosticados tardiamente e com prognóstico desfavorável. Além disso, em comparação com os dois anos anteriores, em 2020, houve redução de cerca de 20% de mulheres com CCU

tratadas no Hospital Geral de Palmas, provavelmente em função do contexto pandêmico da COVID-19.

Destaca-se, também, que a coleta de dados via ligação telefônica, adaptação necessária decorrente igualmente do período de pandemia, pode ter prejudicado a execução da pesquisa. Em vários momentos, as participantes apresentaram dificuldade no entendimento das perguntas, sendo necessário repetir e explicar. Ressalta-se que essa não é a forma mais apropriada para realização da coleta dos dados.

Apesar das limitações do estudo, os resultados são relevantes, principalmente ao se considerar a escassez de literatura sobre QVRS e RL em mulheres com CCU.

Ressalta-se que os desfechos desta pesquisa devem ser foco de maior atenção na prática assistencial de mulheres com câncer, estimulando estratégias para um atendimento humanizado e corroborando para melhoria do serviço prestado na unidade estudada.

É importante destacar a necessidade de políticas públicas que resultem na reestruturação do acesso ao diagnóstico e tratamento precoces, além de alteração no modo de assistência, com o objetivo de reforçar ações que melhorem a QVRS e fortaleçam a RL dessas mulheres.

## REFERÊNCIAS

AMARO, L. S. Resiliência em pacientes com câncer de mama: o sentido da vida como mecanismo de proteção. Universidade Federal da Paraíba. **Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial**, v. 2, n. 2, p. 147-161, 2013.

ASHING-GIWA, K. T.; LIM, J.; TANG, J. Surviving cervical cancer: does health-related quality of life influence survival? **Gynecologic Oncology**, v. 118, n. 1, p. 35-42, 2010.

BALDISSERA, C. *et al.* Perfil de mulheres com câncer cervical em tratamento radioterápico. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 9, n. 2, 2017.

BARBOSA, I. R. *et al.* Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 253-262, 2016.

BHATLA, N. *et al.* Cancerofthecervixuteri. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 143, p. 22-36, 2018.

BRAGA, B. R.; LIMA, A. M. M. de; FRAGA, L. C. O. Estratégias que reforçam a resiliência em pacientes com distúrbio oncológico: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFJF**, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. Coordenação geral do programa nacional de imunizações. **Informe técnico sobre a vacina contra o papiloma vírus humano (HPV)**. Brasília: Ministério da Saúde, nov. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. **Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Brasil, 2020. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188\\_04\\_02\\_2020.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html). Acesso em: 10 out. 2020.

BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

BUZAID, A. C.; MALUF, F. C.; LIMA, C. M. R. **MOC - Manual de Oncologia Clínica do Brasil**. 14. ed. São Paulo: Dendrix, 2016. p. 359-377.

CALAZAN, C.; LUIZ, R. R.; FERREIRA, I. O diagnóstico do câncer do colo uterino invasor em um centro de referência brasileiro: tendência temporal e potenciais fatores relacionados. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 4, p. 325-331, 2008.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Artmed, 2009.

CAMPOS, N. G. *et al.* **Comprehensive global cervical cancer prevention** - costs and benefits of scaling up within a decade. Boston, MA: Center for Decision Science, Harvard School of Public Health and the American Cancer Society, 2016.

CARVALHO, P. S. R. **Preservação da fertilidade masculina em doentes oncológicos**. 2010. 76 f. Dissertação. (Mestrado em Biologia Humana e Ambiente) – Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências, Departamento de Biologia Animal, Campo Grande, Lisboa, Portugal, 2010.

CASALE, R. *et al.* Fibromyalgia and the concept of resilience. **Clin Exp Rheumatol**. v.37, n. 116, p. 105-113, 2019.

CASTANEDA, L. *et al.* Prevalência de incapacidades e aspectos associados em mulheres com câncer de colo do útero, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, p. 307-315, 2019.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Pandemia derruba quase 30 milhões de procedimentos médicos em ambulatórios do SUS**. 13 set. 2021. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/pandemia-derruba-quase-30-milhoes-de-procedimentos-medicos-em-ambulatorios-do-sus/>. Acesso em: 02 nov. 2021.

CHANG, Y. *et al.* Factors related to changes in resilience and distress in women with endometrial cancer. **Archives of Women's Mental Health**, v. 24, n. 3, p. 413-421, 2021.

CHASE, D. M. *et al.* Quality of life and survival in advanced cervical cancer: a Gynecologic Oncology Group study. **Gynecologic Oncology**, v. 125, n. 2, p. 315-319, 2012.

CHAVES, P. L.; GORINI, M. I. P. C. Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 767-773, 2011.

CLARKE, G. *et al.* Exploring the relation between patients' resilience and quality of life after treatment for cancer of the head and neck. **British Journal of Oral and Maxillo facial Surgery**, v. 57, n. 10, p. 1044-1048, 2019.

COELHO, A. L. P. B. *et al.* A radiação ionizante como forma de tratamento nas mulheres com câncer de colo de útero em Araguaína-TO, nos anos de 2000 a 2015/ Ionizingradiation as a treatment for women with cervical cancer in Araguaína-TO, from 2000 to 2015. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 10, p. 17217-17228, 2019.

CORREIA, R. A. *et al.* Quality of life after treatment for cervical cancer. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2018.

CORREIA, R. A. *et al.* Disfunção sexual após tratamento para o câncer do colo do útero. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

CRUZ, D. S. M.; COLLET, N.; NÓBREGA, V. M. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1- revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 973-989, 2018.

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

DEL PUP, L. *et al.* Approach to sexual dysfunction in women with cancer. **International Journal of Gynecologic Cancer**, v. 29, n. 3, p. 1-5, 2019.

DIAS, M. *et al.* Perfil Epidemiológico das Mulheres com Câncer Ginecológico: um estudo multicaseos, no Sul do Brasil. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 37025-37035, 2021.

EDGE, S. B.; COMPTON, C. C. The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. **Annals of surgical oncology**, v. 17, n. 6, p. 1471-1474, 2010.

FERLAY, J. *et al.* Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, v. 136, n. 5, p. 359-386, 2015.

FERNANDES, W. C.; KIMURA, M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 360-367, 2010.

FREGNANI, C. M. S. *et al.* Evaluation of the psychometric properties of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Cervix questionnaire in Brazil. **PloSone**, v. 8, n. 10, p. e77947, 2013.

GAMARRA, C. J. *et al.* Cancer mortality trends in Brazilian state capitals and other municipalities between 1980 and 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 1009-1018, 2011.

GARCIA, D. T. C. *et al.* Tabagismo associado às lesões precursoras para o câncer de colo uterino. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 9, 2013.

GONÇALVES, A. L. *et al.* Série de casos de mulheres com câncer de colo uterino em hospital público de Brasília. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 3920-3934, 2020.

GRION, R. C. et al. Sexual function and quality of life in women with cervical cancer before radiotherapy: a pilot study. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 293, n. 4, p. 879-886, 2016.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca?=&t=resultados>. Acesso em: 07 nov. 2021.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. População estimada 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/to/palmas.html>. Acesso em: 07 nov. 2021.

ILHAN, Z. E. *et al.* Deciphering the complex interplay between microbiota, HPV, inflammation and cancer through cervicovaginal metabolic profiling. **EBioMedicine**, v. 44, p. 675-690, 2019.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **O que causa o câncer**. 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-cause-cancer>. Acesso em: 04 jan. 2020.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro. INCA, 2020a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-6-edicao-2020.pdf>. Acesso em: 24 maio 2020.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Incidência de Câncer no Brasil**. Estimativa 2020b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf/> Acesso em: 10 maio 2020.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Estadiamento**. 2020c. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estadiamento>. Acesso em: 10 jan. 2020.

ISHIBASHI, A. *et al.* Psychosocial strength enhancing resilience in adolescents and young adults with cancer. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, v. 33, n. 1, p 45-54, 2016.

KIRCHHEINER, K. *et al.* Health related quality of life and patient reported symptoms before and during definitive radio (chemo) therapy using image-guided adaptive brachytherapy for locally advanced cervical cancer and early recovery — a mono-institutional prospective study. **Gynecologic oncology**, v. 136, n. 3, p. 415-423, 2015.

KNOBF, M. T. Clinical update: psychosocial responses in breast cancer survivors. **Seminars in oncology nursing**. p. e1-e14, 2011.

KOKKA, F. *et al.* Hysterectomy with radiotherapy or chemotherapy or both for women with locally advanced cervical cancer. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2015.

LEE, S. J. *et al.* American Society of Clinical Oncology recommendations on fertility preservation in cancer patients. **Journal of Clinical Oncology**, v. 24, n. 18, p. 2917-2931, 2006.

LIBÓRIO, R. M. C.; UNGAR, M. Resiliência oculta: a construção social do conceito e suas implicações para práticas profissionais junto a adolescentes em situação de risco. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 3, p. 476-484, 2010.

LONG III, H. J. *et al.* Clinical results and quality of life analysis for the MVAC combination (methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin) in carcinoma of the uterine cervix: a Gynecologic Oncology Group study. **Gynecologic oncology**, v. 100, n. 3, p. 537-543, 2006.

MACÍA, P. *et al.* Expression of resilience, coping and quality of life in people with cancer. **Plos one**, v. 15, n. 7, p. e0236572, 2020.

MALTA, D. C. *et al.* Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 373-390, 2016.

MANNE, S. *et al.* Resilience, positive coping, and quality of life among women newly diagnosed with gynecological cancers. **Cancer nursing**, v. 38, n. 5, p. 375-382, 2015.

MATSUO, K. *et al.* Validation of the 2018 FIGO cervical cancer staging system. **Gynecologic Oncology**, v. 152, n. 1, p. 87-93, 2019.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 7-18, 2000.

MENDES, M. M. P. *et al.* Analysis of the quality of life of adolescents with cancer. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 21, n. 4, p. 35-60, 2021.

NASCIMENTO, T. G. **Neutropenia e qualidade de vida em mulheres com câncer de mama durante o tratamento quimioterápico**. 2012. 62 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Sexuality and Reproductive Issues**: Factors affecting sexual function in people with cancer. 2009. Disponível em: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/sexuality/HealthProfessional/page3>. Acesso em: 09 mar. 2020.

NCCN. National Comprehensive Cancer Network. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology**: Cervical Cancer. Version 1.2022 – October 26, 2021. Disponível em: [https://www.nccn.org/login?ReturnURL=https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/cervical.pdf](https://www.nccn.org/login?ReturnURL=https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cervical.pdf). Acesso em: 13 nov. 2021.

OLIVEIRA, B. R. *et al.* Alterações no estadiamento do câncer do colo do útero pela federação internacional de ginecologia e obstetrícia (2018). *In: CONGRESSO INTERNACIONAL EM SAÚDE*, 6., 2009, Unijuí-RS. **Anais [...]** Unijuí-RS, 2019.

OLIVEIRA, T. R. **Sobrecarga e resiliência de cuidadores familiares em serviços de oncologia públicos e privados**. 2020. 162 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003. p. 8-12. Disponível em: [https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334798934Cuidados%20inovadores%20parte\\_001.pdf](https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334798934Cuidados%20inovadores%20parte_001.pdf). Acesso em: 25 maio 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Agência especializada vê aumento do número de mortes por câncer no mundo**. v. 12. 02 jan. 2019. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/82043-agencia-especializada-ve-aumento-do-numero-de-mortes-por-cancer-no-mundo>. Acesso em: 20 jul. 2019.

PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. Resiliência na rua: um estudo de caso. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 2, p. 187-195, 2005.

PASSMORE, J. S.; JASPAN, H. B.; MASSON, L. Genital inflammation, immune activation and risk of sexual HIV acquisition. **Current opinion in HIV and AIDS**, v. 11, n. 2, p. 156-162, 2016.

PAULA, T. C. *et al.* Detecção precoce e prevenção do câncer de colo uterino: saberes e práticas educativas. **Enfermagem em Foco**, p. 47-51, 2019.

PESCE, R. P. *et al.* Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 436-448, 2005.

PIMENTEL, N. B. L. *et al.* O câncer do colo uterino e o impacto psicossocial da radioterapia pélvica: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e6489109052-e6489109052, 2020.

PINHO, A. A.; FRANÇA-JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolau. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 1, p. 95-112, 2003.

PLACCO, V. M. N. S. Resiliência e desenvolvimento pessoal. **Resiliência e Educação**. São Paulo: Cortez, p. 7-12, 2001.

POLETTI, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 25, n. 3, p. 405-416, 2008.

REICH, M.; REMOR, E. Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. **Psicooncología**, v. 8, n. 2/3, p. 453, 2011.

RENNA, N. L.; SILVA, G. A. Temporal trend and associated factors to advanced stage at diagnosis of cervical cancer: analysis of data from hospital based cancer registries in Brazil, 2000-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, 2018.

RIBEIRO, J. F. *et al.* Socio demographic and clinical profile of women with cancer of the cervix in a city of North. **Rev. Eletrônica Gestão Saúde**. v. 5, n. 4, p. 2406-2420, 2015. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewFile/13799/9733>. Acesso em: 09 nov. 2021.

RODRIGUES, F. S.; POLIDORI, M.M. Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 4, p. 619-627, 2012.

ROSA, A. C. J. S. *et al.* Preservação de fertilidade. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28, n. 6, p. 365-372, 2006.

RUTTEN, B. P. *et al.* Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 128, n. 1, p. 3-20, 2013.

SANTOS, A. L. A. *et al.* Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com câncer do colo do útero em tratamento radioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 507-515, 2012.

SANTOS, L. N. *et al.* Health-related Quality of Life in Women with Cervical Cancer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics**, v. 41, n. 04, p. 242-248, 2019.

SEILER, A.; JENEWEIN, J., Resilience in cancer patients. **Frontiers in psychiatry**, v. 10, p. 208, 2019.

SHARMA, N.; PURKAYASTHA, A. Factors affecting quality of life in breast cancer patients: a descriptive and cross-sectional study with review of literature. **Journal of mid-life health**, v. 8, n. 2, p. 75-83, 2017.

SIEWIERSKA, K. *et al.* The impact of exercise training on breast cancer. **In vivo**, v. 32, n. 2, p. 249-254, 2018.

SILVA, M. A. *et al.* Fatores que, na visão da mulher, interferem no diagnóstico precoce do câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 1, p. 99-106, 2018.

SOUZA, C. C.; MIRANDA, E. F. Resiliência em pacientes oncológicos e a colaboração do psicólogo no enfrentamento do câncer. **Episteme Transversalis**, v. 12, n. 1, 2021.

SU, B. *et al.* The relation of passive smoking with cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. **Medicine**, v. 97, n. 46, 2018.

TALLON, B. *et al.* Tendências da mortalidade por câncer de colo no Brasil em 5 anos (2012-2016). **Saúde em Debate**, v. 44, p. 362-371, 2020.

THULER, L. C. S.; BERGMANN, A.; CASADO, L. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 351-357, 2012.

TOCANTINS. Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Boletim Informativo**. Palmas: Grupo Condutor de Oncologia. Secretaria Municipal de Saúde, 1. ed. v. 01, 2019.

TOCANTINS. Secretaria de Saúde. **Gestão Hospitalar**. 2019. Disponível em: <https://saude.to.gov.br/atencao-a-saude/gestao-hospitalar/hospitais-estaduais/>. Acesso em: 25 maio 2019.

TOUBOUL, C. *et al.* Arbre décisionnel et thérapeutique des cancers du col de l'utérus: CANCERS DE L'UTÉRUS. **La Revue du praticien** (Paris), v. 64, n. 6, p. 802-806, 2014.

TSUCHIYA, C. T. *et al.* O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. **JBES: Brazilian Journal of Health Economics/Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 9, n. 1, 2017.

UNGAR, M. Mapping the Resilience Field: A Systemic Approach. **Resilience, Adaptive Peacebuilding and Transitional Justice**, p. 23, 2021.

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development and psychometric evaluation of resilience scale. **Journal Nursing Measurement**, v. 1, p.165-178, 1993.

WEBSTER, K.; CELLA, D.; YOST, K. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation. **Health Qual Life Outcomes**, v. 1, n. 79, 2003.

WENTZENSEN, N.; CLARKE, M. A.; PERKINS, R. B. Impact of COVID-19 on cervical cancer screening: Challenges and opportunities to improving resilience and reduce disparities. **Preventive Medicine**, v. 151, n. 106596, 2021.

WHO. World Health Organization. **Cancer**. Overview in 2018. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/en/>. Acesso em: 10 fev. 2020.

WHOQOL GROUP *et al.* The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WU, W. *et al.* The mediating role of resilience on quality of life and cancer symptom distress in adolescent patients with cancer. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, v. 32, n. 5, p. 304-313, 2015.

YE, S. *et al.* A systematic review of quality of life and sexual function of patients with cervical cancer after treatment. **International Journal of Gynecologic Cancer**, v. 24, n.7, p. 1146-1157, 2014.

ZENG, Y. C.; CHING, S. S.Y.; LOKE, A. Y. Quality of life measurement in women with cervical cancer: implications for Chinese cervical cancer survivors. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 8, n. 1, p. 30, 2010.

ZHANG, H. *et al.* Resilience and quality of life: exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. **Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research**, v. 23, p. 5969-5979, 2017.

**APÊNDICE A - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO**

**Título:** CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: QUALIDADE DE VIDA E RESILIÊNCIA.

Eu, Gleisson Perdigão de Paula, RG: 8.696.708 MG, SSP, comprometo-me a garantir e preservar as informações contidas no prontuário, fichas, cadastro ou outro e base de dados do Hospital Geral de Palmas (HGP), garantindo total confidencialidade dos participantes da pesquisa. Concordo ainda que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto descrito acima. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Palmas-TO \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Assinatura do pesquisador responsável:

**PESQUISADOR:** Gleisson Perdigão de Paula

**Endereço:** Quadra 507 sul, Alameda 12, Qi7, Lote 3, Plano Diretor Sul

Palmas/TO, CEP: 77016-152

Fone: (63) 99989-4110

E-mail: gleissonperdigao@yahoo.com.br

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos a senhora para participar da pesquisa intitulada “CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: QUALIDADE DE VIDA E RESILIÊNCIA”. Os avanços na área de saúde ocorrem por meio de estudos como este, por isso, sua participação é muito importante. O objetivo desta investigação será avaliar qualidade de vida e resiliência em mulheres com câncer de colo do útero tratadas no serviço de oncologia do Hospital Geral de Palmas (HGP), bem como associar tais variáveis com o estadiamento do câncer e tipo de tratamento. Caso a senhora participe da pesquisa, será necessário responder a questionários com perguntas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome, em qualquer fase do estudo. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), usando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os dados coletados serão empregados apenas nesta pesquisa e os resultados, divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento, a senhora pode recusar-se a responder a qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará qualquer prejuízo. A senhora precisará de aproximadamente 30 minutos, para responder ao questionário.

Para participar deste estudo, a senhora não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, tem assegurado o direito a toda a assistência psicológica oferecida pelo serviço de Oncologia Clínica, ambulatório de Psicologia e Psiquiatria do HGP, ou até mesmo indenização – cobertura material para reparação de eventuais danos decorrentes da investigação, por parte da instituição envolvida.

Os riscos desta pesquisa podem gerar desconforto, constrangimento, exposição, inibição, medo, vergonha, receio de revelar informações, sentimento de invasão de privacidade, recordações negativas e estigmatização. O Serviço de Oncologia do Hospital Geral de Palmas dispõe de atendimento psicológico especializado, o qual poderá prestar atendimento e acolhimento às pacientes, caso necessário.

Os benefícios deste trabalho relacionam-se com o desenvolvimento de ações intersetoriais ou políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida e promoção de resiliência dessa população. Além disso, o estudo contribuirá com maior conhecimento teórico sobre o tema pesquisado.

Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa, a senhora também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins (CEP/UFT), que é um colegiado interdisciplinar e independente, o qual deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos, no Brasil, criado

para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para colaborar no desenvolvimento da pesquisa, dentro de padrões éticos (Res. CNS nº 196/96, II.4).

Endereço: Prédio do Almoxarifado, Câmpus de Palmas, Tel.: (63)3229-4023 E-mail: cep\_uft@uft.edu.br; Horários de Atendimento: segundas e terças-feiras, das 14h às 17h; quartas e quintas-feiras, das 9h às 12h; às sextas-feiras, não há atendimento ao público.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no seguinte endereço: Quadra 109 Norte, Avenida NS 15, ALCNO-14, Plano Diretor Norte. Palmas-Tocantins. CEP: 77001-090. A outra ficará com a senhora. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo serão destruídos.

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informada dos objetivos da pesquisa “CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: QUALIDADE DE VIDA E RESILIÊNCIA”, de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Palmas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

**Nome do Pesquisador Responsável:** Gleisson Perdigão de Paula

**Endereço:** Quadra 507 sul, Alameda 12, Qi7, Lote 3, Plano Diretor Sul

Palmas/TO, CEP: 77016-152; Fone: (63) 99989-4110

E-mail: gleissonperdigao@yahoo.com.br

## APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIOCULTURAL E DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

Pesquisa: Qualidade de Vida e Resiliência em Mulheres com Câncer de Colo do Útero  
Tratadas em um Centro de Referência no Município de Palmas.

<b>PARTE A - DADOS SOCIOCULTURAIS</b>		
PACIENTE		
DATA DE NASCIMENTO	_____/_____/_____ Idade: _____	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
IDADE	_____ Anos	
ESTADO CIVIL	1. <input type="checkbox"/> Casada    2. <input type="checkbox"/> Desquitada/divorciada/separada 3. <input type="checkbox"/> Solteira    4. <input type="checkbox"/> Viúva    5. <input type="checkbox"/> “União”	-
ESCOLARIDADE:	1. <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever 2. <input type="checkbox"/> Alfabetização de adultos 3. <input type="checkbox"/> Nenhuma/Primário incompleto = Até 3ª série do Ensino Fundamental 4. <input type="checkbox"/> Primário completo/Ginásial incompleto = Até 4ª série do Ensino Fundamental 5. <input type="checkbox"/> Ginásial completo/Colegial incompleto = Ensino Fundamental completo 6. <input type="checkbox"/> Colegial completo = Ensino Médio completo 7. <input type="checkbox"/> Superior incompleto    8. <input type="checkbox"/> Superior completo	-
RENDA PRÓPRIA NOS ÚLTIMOS 6 MESES	1. <input type="checkbox"/> Sim    2. <input type="checkbox"/> Não	-
ATIVIDADE PROFISSIONAL ATUAL	1. <input type="checkbox"/> Afastada por doença ou aposentada 2. <input type="checkbox"/> Autônoma (ou faço “bicos”) 3. <input type="checkbox"/> Com salário fixo ou temporário 4. <input type="checkbox"/> Desempregada    5. <input type="checkbox"/> Empregadora	-

	6. <input type="checkbox"/> Nenhuma das alternativas anteriores	
RELIGIÃO	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	┌
TIPO DE RESIDÊNCIA	1. <input type="checkbox"/> Apartamento 2. <input type="checkbox"/> Asilo/clínica geriátrica 3. <input type="checkbox"/> Barraco 4. <input type="checkbox"/> Casa 5. <input type="checkbox"/> Quarto 6. <input type="checkbox"/> Outro	┌
QUANTAS PESSOAS MORAM COM A SENHORA NA SUA CASA:	_____	┌┌
RAÇA	1. <input type="checkbox"/> Branca 2. <input type="checkbox"/> Preta 3. <input type="checkbox"/> Amarela 4. <input type="checkbox"/> Parda 5. <input type="checkbox"/> Indígena	┌
FILHOS	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	┌
	Se sim, número de filhos: _____	┌
<b>PARTE B - DADOS CLÍNICOS</b>		
TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR	Data Biópsia: _____ 1. <input type="checkbox"/> Carcinoma Espinocelular 2. <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma 3. <input type="checkbox"/> Outros	┌
ATIVIDADE FÍSICA REGULAR	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	┌
ATUALMENTE FUMANDO	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	┌
CONSUMO DE ÁLCOOL (7 DIAS ANTERIORES)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	┌
ESTADIAMENTO FIGO/TNM	_____	┌
TRATAMENTO	1. <input type="checkbox"/> Cirurgia (Histerectomia) 2. <input type="checkbox"/> Radioterapia e Braquiterapia 3. <input type="checkbox"/> Quimioterapia, Radioterapia e Braquiterapia 4. <input type="checkbox"/> Cirurgia, Quimioterapia, Radioterapia e Braquiterapia  Término: _____	┌

**ANEXO A - Escala Qualidade de Vida - Avaliação Funcional da Terapia do Câncer – Câncer Cervical (FACT-Cx)**

**AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA TERAPIA DO CÂNCER – CÂNCER CERVICAL (FACT-CX)**

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. **Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.**

<b><u>BEM-ESTAR FÍSICO</u></b>		<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
GP1	Estou sem energia	0	1	2	3	4
GP2	Fico enjoado/a	0	1	2	3	4
GP3	Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família	0	1	2	3	4
GP4	Tenho dores	0	1	2	3	4
GP5	Sinto-me incomodado/a pelos efeitos secundários do tratamento	0	1	2	3	4
GP6	Sinto-me doente	0	1	2	3	4
GP7	Sinto-me forçado/a passar tempo deitado/a	0	1	2	3	4

<b><u>BEM-ESTAR SOCIAL/FAMILIAR</u></b>		<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
GS1	Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos	0	1	2	3	4
GS2	Recebo apoio emocional da minha família	0	1	2	3	4
GS3	Recebo apoio dos meus amigos	0	1	2	3	4
GS4	A minha família aceita a minha doença	0	1	2	3	4

GS5	Estou satisfeito/a com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença	0	1	2	3	4
GS6	Sinto-me próximo/a do/a meu/minha parceiro/a (ou da pessoa que me dá maior apoio)	0	1	2	3	4
Q1	<i>Independentemente do seu nível atual de atividade sexual, por favor, responda à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrículo e passe para a próxima secção.</i>					
GS7	Estou satisfeito/a com a minha vida sexual	0	1	2	3	4

**BEM-ESTAR EMOCIONAL**

		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GE1	Sinto-me triste	0	1	2	3	4
GE2	Estou satisfeito/a com a maneira como enfrento a minha doença	0	1	2	3	4
GE3	Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença	0	1	2	3	4
GE4	Sinto-me nervoso/a	0	1	2	3	4
GE5	Estou preocupado/a com a idéia de morrer	0	1	2	3	4
GE6	Estou preocupado/a que o meu estado venha a piorar	0	1	2	3	4

**BEM-ESTAR FUNCIONAL**

		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GF1	Sou capaz de trabalhar (inclusive em	0	1	2	3	4

	casa).					
GF2	Sinto-me realizado/a com o meu trabalho (inclusive em casa).	0	1	2	3	4
GF3	Sou capaz de sentir prazer em viver	0	1	2	3	4
GF4	Aceito a minha doença	0	1	2	3	4
GF5	Durmo bem	0	1	2	3	4
GF6	Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	0	1	2	3	4
GF7	Estou satisfeito/a com a qualidade da minha vida neste momento	0	1	2	3	4

	<b><u>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</u></b>	<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
Cx1	O corrimento ou sangramento vaginal incomoda-me	0	1	2	3	4
Cx2	Sinto-me incomodada pelo odor que vem da minha vagina	0	1	2	3	4
Cx3	Tenho medo de ter relações sexuais	0	1	2	3	4
B4	Sinto-me sexualmente atraente	0	1	2	3	4
Cx4	Sinto a vagina estreita ou curta demais	0	1	2	3	4
BMT 7	Estou preocupada com a minha capacidade de ter filhos	0	1	2	3	4
Cx5	Tenho receio que o tratamento seja prejudicial para o meu corpo	0	1	2	3	4

BL4	Tenho interesse em sexo	0	1	2	3	4
C7	Gosto da aparência do meu corpo	0	1	2	3	4
Cx6	Sinto-me incomodada pela prisão de ventre	0	1	2	3	4
C6	Tenho bom apetite	0	1	2	3	4
BL1	Tenho dificuldade em controlar a urina	0	1	2	3	4
BL3	Sinto ardor quando urino	0	1	2	3	4
Cx7	Sinto um incômodo (incômodo) quando urino	0	1	2	3	4
HN1	Posso comer os alimentos que gosto	0	1	2	3	4

## ANEXO B - ESCALA DE RESILIÊNCIA (ER)

Pesquisa: CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: QUALIDADE DE VIDA E RESILIÊNCIA.

	Discordo			Nem concordo Nem discordo	Concordo		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
	1	2	3	4	5	6	7
1. Quando eu faço planos levo até o fim							
2. Eu costumo lidar com os problemas							
3. Sou capaz de depender mim mais que qualquer outra pessoa							
4. Manter interesse nas coisas é importante pra mim							
5. Eu posso estar por minha conta se precisar							
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida							
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.							
8. Eu sou amigo de mim mesmo							
9. Eu sinto que posso lidar com Muitas coisas ao mesmo tempo							
10. Eu sou determinado							
11. Eu raramente penso sobre os objetivos das coisas							
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez							
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já enfrentei dificuldades antes							

	Discordo			Nem concordo	Concordo		
	Totalmente	Muito	Pouco	Nem discordo	Pouco	Muito	Totalmente
	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado							
15. Eu mantenho interesse nas Coisas							
16. Eu normalmente posso achar motivos para rir							
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar momentos difíceis							
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa que as pessoas podem contar							
19. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras							
20. As vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não							
21. Minha vida tem sentido							
22. Eu não insisto em coisas as quais não posso fazer nada sobre elas							
23. Quando estou numa situação difícil, eu Normalmente acho uma saída							
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que tenho que fazer							
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim							

## ANEXO C – AUTORIZAÇÃO CONCEDIDA POR FACIT.ORG



### FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations (“FACIT System”) are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. The terms of this license will grant permission Licensor provides to **Gleisson Perdigão** (“Investigator”) the licensing agreement outlined below.*

This letter serves notice that **Gleisson Perdigão de Paula** (“Investigator”) is granted license to use the **Portuguese** version of the **FACT-Cx** in **one not for profit study**:

This current license is only extended to Investigator’s research project subject to the following terms:

- 1) (Investigator) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, Investigator will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) (Investigator) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name “FACIT” will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 5) This license is not extended to electronic data capture by third party vendors. Electronic versions by third party vendors of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org
- 6) In no cases may any FACIT questionnaire be placed on the internet without password protection. To do so is considered a violation of copyright.



*PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE*

- 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if Investigator engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.
- 9) This license is effective upon date issued by FACIT.org and expires at the completion of Investigator's project.
- 10) Investigator agrees to provide FACIT.org with a copy of any publication which results from this study.

Issued on: November 25, 2019 by:

Shannon C Romo  
Licensing and Financial Administrator  
FACIT.org  
151 Bay Cove Drive  
Ponte Vedra, FL 32082-4161 USA  
[www.FACIT.org](http://www.FACIT.org)

## ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** QUALIDADE DE VIDA E RESILIÊNCIA EM MULHERES COM CÂNCER DE COLO DO ÚTERO TRATADAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE

**Pesquisador:** Gleisson Perdigão de Paula

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 39807720.4.0000.5519

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Tocantins

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.489.220

**Apresentação do Projeto:**

O aumento da incidência de câncer em adolescente e jovem adulto, diagnóstico precoces e o sucesso dos novos tratamentos oncológicos prolonga a esperança média de vida das doentes, que possibilitam o elevado número de sobreviventes em idade reprodutiva, aumentando, dessa forma, a preocupação com a QV pós-quimioterapia (SILVA, 2006; TELES, 2009). Chaves e Gorini (2011) destacaram que a doença oncológica e seus tratamentos afetam diretamente a vida do paciente, pois uma vez descoberta a doença, mudanças ocorrem em seus hábitos e modos de viver, podendo comprometer sua QV. Estudos sobre Qualidade de Vida e Resiliência de pacientes oncológicos em quimioterapia são relevantes para conhecer fatores associados a estes dois importantes construtos, cabendo destacar que pesquisas sobre esses temas ainda são escassos. A avaliação da QV e da resiliência fornecem informações clínicas úteis acerca da sensação de bem-estar, de satisfação com a vida dos pacientes e familiares e podem favorecer a diminuição dos impactos sofridos com a prática clínica, como no tratamento, no suporte ideal e medidas de intervenção (NASCIMENTO, 2012). Na apresentação do projeto, tem-se uma descrição da proposta do trabalho.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Geral**

Avaliar qualidade de vida e resiliência em mulheres com câncer de colo do útero tratadas no

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoxarifado  
**Bairro:** Plano Diretor Norte **CEP:** 77.001-090  
**UF:** TO **Município:** PALMAS  
**Telefone:** (63)3232-8023 **E-mail:** cep\_uf@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 4.489.220

serviço de oncologia do Hospital Geral Público de Palmas (HGPP), bem como associar tais variáveis com estadiamento do câncer e tipo de tratamento.

#### Objetivos Específicos

Descrever as características socioculturais e clínicas das pacientes atendidas no HGPP; Conhecer a qualidade de vida e a resiliência de tais mulheres.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

- Em relação aos RISCOS descritos na Resolução CNS 466/12 no III.1, alínea b, bem como a Norma Operacional CONEP 001/2013 item 12 os pesquisadores ponderam riscos e benefícios envolvidos na execução da pesquisa: o risco, avaliando sua graduação, e descrevendo as medidas para sua minimização e proteção do participante da pesquisa; as medidas para assegurar os necessários cuidados, no caso de danos aos indivíduos; os possíveis benefícios, diretos ou indiretos, para a população estudada e a sociedade.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto representa uma contribuição para avaliar qualidade de vida e resiliência em mulheres com câncer de colo do útero tratadas no serviço de oncologia do Hospital Geral Público de Palmas (HGPP), bem como associar tais variáveis com estadiamento do câncer e tipo de tratamento.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de Rosto - todos os campos foram preenchidos, datados e assinados, com identificação dos signatários. As informações prestadas são compatíveis com as do protocolo. A identificação das assinaturas contém, com clareza, o nome completo e a função de quem assinou, bem como está indicada por carimbo.
- Orçamento financeiro - detalha os recursos e destinação, apresentado em moeda nacional e explícita no projeto quem custeará a pesquisa.
- Cronograma que descreva a duração total e as diferentes etapas da pesquisa, com compromisso explícito do pesquisador de que a pesquisa somente será iniciada a partir da aprovação pelo Sistema CEP.
- Declarações de Compromisso dos Pesquisadores Responsáveis – apresentadas devidamente assinadas e declarando que prezarão pela ética instituída pela CNS nº 466/12 e suas complementares, entre elas destaca a Norma Operacional da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP nº 001/13.
- TCLE: Elaborado em forma de convite, inclui informações quanto à justificativa, os objetivos e os procedimentos; explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

**Bairro:** Plano Diretor Norte

**CEP:** 77.001-090

**UF:** TO

**Município:** PALMAS

**Telefone:** (63)3232-8023

**E-mail:** cep\_uft@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 4.489.220

pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa; esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa; garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa; garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contém declaração do pesquisador responsável. Refere ser elaborado em duas vias, garantiu espaços em todas as páginas para colher assinaturas do convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, bem como do pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), com identificação do endereço e contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local. Cumpriu as exigências éticas expressas na CNS nº 466/12.

- Documento da Instituição Campo Autorizando o Estudo – anexadas aprovações conforme Portaria SES Nº 391/17, que institui normas para coleta de dados, nas Unidades de Saúde e Setores de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SES-TO), para fins de pesquisa científica, devidamente carimbados e assinados (Anexos II, III e IV).
- Projeto de pesquisa - anexado de forma correta.
- Instrumentos de coleta – construídos em conformidade com os objetivos da pesquisa.
- Os currículos das(o) pesquisadoras(o) atendem as exigências para esta pesquisa.

#### **Recomendações:**

- Conforme item XI (DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL) na Resolução CONEP 466/12, destacamos apenas como lembrete:
- XI.2 - Cabe ao pesquisador:
- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
  - d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e/ou finais;
  - f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
  - g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;

<b>Endereço:</b> Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado	
<b>Bairro:</b> Plano Diretor Norte	<b>CEP:</b> 77.001-090
<b>UF:</b> TO	<b>Município:</b> PALMAS
<b>Telefone:</b> (63)3232-8023	<b>E-mail:</b> cep_uft@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 4.489.220

h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- Não foram observados óbices éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1581229.pdf	25/11/2020 23:14:36		Aceito
Outros	Carta_resposta_com_modificacoes.pdf	25/11/2020 23:14:01	Gleisson Perdigão de Paula	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_Pesquisa_Gleisson_Perdigao_corrigido.pdf	25/11/2020 23:12:31	Gleisson Perdigão de Paula	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Novo_TCLE.pdf	25/11/2020 23:00:57	Gleisson Perdigão de Paula	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	21/10/2020 23:56:06	Gleisson Perdigão de Paula	Aceito
Folha de Rosto	GABINETE_060453.pdf	19/08/2020 14:11:56	Gleisson Perdigão de Paula	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO.pdf	21/06/2020 21:06:59	Gleisson Perdigão de Paula	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Gleisson_Perdigao.pdf	21/06/2020 21:06:48	Gleisson Perdigão de Paula	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoxarifado  
 Bairro: Plano Diretor Norte CEP: 77.001-090  
 UF: TO Município: PALMAS  
 Telefone: (63)3232-8023 E-mail: cep\_uf@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 4.489.220

PALMAS, 05 de Janeiro de 2021

---

**Assinado por:**  
**PEDRO YSMAEL CORNEJO MUJICA**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

**Bairro:** Plano Diretor Norte

**CEP:** 77.001-090

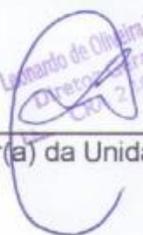
**UF:** TO

**Município:** PALMAS

**Telefone:** (63)3232-8023

**E-mail:** cep\_uft@uft.edu.br

## ANEXO E – PARECER E CARTA DE ANUÊNCIA DO NEP

	<b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b>	<b>ANEXO III</b> <b>Carta de Anuência</b>  <b>08/2020</b>
<p><b>Carta de Anuência</b></p> <p>Declaro conhecer e apoiar o projeto de pesquisa intitulado: <b>Qualidade de Vida e Resiliência em mulheres com câncer de colo de útero tratadas em um centro de referência no Município de Palmas</b>, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a): <b>Gleisson Perdigão de Paula</b>, a ser executado no(a) Hospital Geral de Palmas – HGP.</p> <p>Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS nº: 466/2012 e o projeto somente poderão iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa.</p> <p>No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer penalização alguma.</p> <p>Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº: 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar, autorizo sua execução, desde que o projeto seja aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa.</p> <p>Local e Data: <u>Palmas - 24.07.20</u> / _____</p> <p style="text-align: center;">         _____        Diretor(a) da Unidade de Saúde     </p>		