

Processo de recuperação físico-emocional no pós-câncer ginecológico

Ariana Machado Toriy^a, Shaiane Alves Pires^b, Kamilla Zomkowski^b,
Clarissa Medeiros da Luz^a, Edite Krawulski^a, Fabiana Flores Sperandio^a

^aUniversidade do Estado de Santa Catarina – CEFID/UEDESC, Florianópolis, SC, Brasil.

^bCurso de Fisioterapia, Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, Universidade do Estado de Santa Catarina – CEFID/UEDESC, Florianópolis, SC, Brasil.

Resumo: Introdução: O câncer ginecológico é uma doença que abrange as malignidades do colo uterino, dos ovários, do endométrio e da vagina ou vulva, sendo considerado um problema de saúde pública, visto que há declínio na qualidade de vida (QV). **Objetivo:** Identificar as implicações físico-emocionais e comparar a qualidade de vida na pré e na pós-braquiterapia. **Método:** Estudo prospectivo com abordagem quali-quantitativa. Foi realizado no Centro de Pesquisas Oncológicas e foram avaliadas 20 mulheres sobreviventes do câncer ginecológico entre 18 e 70 anos ($49,55 \pm 16,98$). Utilizou-se o instrumento EORTC QLQ – C30 para avaliar a QV e a entrevista semiestruturada com perguntas acerca da problemática. **Resultados:** As características sociodemográficas demonstraram predominância no diagnóstico de câncer de colo de útero, com estadiamento tipo IIB. Com relação à qualidade de vida, observou-se diferença significativa após a braquiterapia nos itens *Constipação* ($p = 0,027$) e *Diarreia* ($p = 0,004$). Os domínios função física, emocional, cognitiva, social e desempenho de papéis tiveram decréscimo das funções. Os temas construídos a partir da análise das verbalizações foram: 1) alterações físicas: a) lidando com a dor e o sofrimento; b) enfrentando as dificuldades físicas; 2) alterações emocionais: a) superando a ansiedade, medo, angústia e depressão; b) enfrentando as implicações emocionais, e 3) alterações físico-emocionais. **Conclusão:** As implicações emocionais proporcionam um impacto importante na resposta física. As alterações no estado de saúde em geral e na qualidade de vida destas mulheres após a braquiterapia determinam a necessidade de readequar práticas cotidianas estimuladas por multiprofissionais da saúde.

Palavras-chave: *Qualidade de Vida, Braquiterapia, Atividades Cotidianas.*

Process of physical and emotional recovery in post-gynecological cancer

Abstract: Introduction: The gynecological cancer is a disease that includes the malignancies of the cervix, ovaries, endometrium, vagina or vulva and is considered a public health problem, as it reduces the quality of life (QOL). **Objective:** To identify the physical and emotional implications and compare the quality of life in pre-and post-brachytherapy. **Method:** Prospective study with qualitative and quantitative approach. The study was held at the Oncology Research Center and 20 women survivors of gynecological cancer between 18 and 70 years were evaluated. We used the EORTC QLQ instrument - C30 to assess QOL and semi-structured interview with questions on the issue. **Results:** The sociodemographic features showed predominance in the diagnosis of cervical cancer, with type IIB staging. Regarding quality of life, it was observed a significant post-brachytherapy difference in *constipation* ($p = 0.027$) and *diarrhea* ($p = 0.004$). The physical function, emotional, cognitive, social and role play domains had a decrease of function. The themes built from the analysis of utterances were: 1) physical changes: a) dealing

with the pain and suffering; b) facing the physical difficulties; 2) emotional changes: a) overcoming anxiety, fear, distress and depression; b) facing the emotional implications and 3) physical and emotional changes. **Conclusion:** The emotional implications provide an important impact on the physical response. Changes in the overall health status and the quality of life of these women after brachytherapy determine the need to readjust everyday practices encouraged by multidisciplinary health professionals.

Keywords: *Quality of Life, Brachytherapy, Activities of Daily Living.*

1 Introdução

O câncer é uma doença crônico-degenerativa, caracterizada por um crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, compondo um conjunto de mais de cem doenças (INSTITUTO..., 2013). Dentre estas, o câncer ginecológico abrange as malignidades do colo uterino, dos ovários, do endométrio, da vagina ou vulva (RUTLEDGE et al., 2010; ESER et al., 2011). Esse tipo de câncer é considerado um problema de saúde pública (VAZ et al., 2011), visto que, para o ano de 2014, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou cerca de 27.480 casos novos de câncer de colo do útero, corpo do útero e ovários – os mais incidentes para a população feminina. Uma das etiologias do câncer é o papiloma vírus (HPV), cuja transmissão dá-se nas formas sexual, por contato e via materno-fetal, apresentando grande reconhecimento de sua associação com o câncer de colo uterino (COSTA; GOLDENBERG, 2013).

Há evidências de que o tratamento para malignidades ginecológicas com a braquiterapia e a radioterapia afetam negativamente a função do assoalho pélvico (HAZEWINKEL et al., 2010). Mulheres em tratamento por câncer cervical e vulvar apresentam sintomas físicos importantes, como incontinência urinária e fecal (YAMASHITA et al., 2013), bexiga hiperativa, constipação, vômitos (JHINGRAN et al., 2013; LEE et al., 2013), sangramentos durante a relação sexual, estenose vaginal e disfunções sexuais (KHOR et al., 2007; FRIEDMAN et al., 2011). Estratégias negativas, como a evitação e a negação, parecem estar relacionadas à má adaptação ao desenvolvimento do câncer, enquanto as estratégias positivas, ativas e de confronto estão relacionadas às melhores adaptações e a uma boa qualidade de vida (CULVER et al., 2004).

Os efeitos físicos adversos do tratamento causam piora no funcionamento sexual e na qualidade de vida dessas mulheres, ao serem comparadas àquelas tratadas apenas com cirurgia (LALOS et al., 2009). Sabe-se que a percepção que o indivíduo tem acerca de si mesmo, da sua posição na vida e em relação às suas metas, expectativas, padrões sociais e preocupações,

pode influenciar no surgimento das disfunções físico-emocionais (SILVA; AGUILLAR, 2002). Questões relativas a implicações físico-emocionais no pós-câncer ginecológico já foram exploradas anteriormente; no entanto, observou-se que parte dos estudos concentram suas análises sobre essas disfunções de forma isolada, assentados em uma possível percepção negativa de tal relação.

Face ao exposto, entendeu-se ser oportuno buscar, sob uma perspectiva quali-quantitativa, identificar quais as implicações físico-emocionais de mulheres no pós-câncer ginecológico. Em adição, buscou-se comparar a qualidade de vida pré e pós-braquiterapia, considerando-se que tal empreendimento, até então inédito, de análise concomitante, possa vir a preencher lacunas de conhecimento ainda existentes na prática de profissionais da saúde.

2 Caminho metodológico

2.1 População e critérios de inclusão

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e prospectivo, com abordagem quali-quantitativa. A abordagem qualitativa concentra-se no indivíduo e busca compreender a qualidade de vida relacionada à saúde, baseada em percepções subjetivas, experiências e expectativas (MINAYO, 2004; SILVA; DERCHAIN, 2006). Em relação à abordagem quantitativa, utilizaram-se diferentes coletas de dados, permitindo maior segurança no processo investigatório (DIEHL, 2004). Buscou-se, ainda, a convergência e a complementaridade entre as variáveis investigadas nestas duas abordagens, minimizando o aparecimento de possíveis distorções e erros infundados.

A pesquisa foi realizada no Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), em Florianópolis. Os dados foram coletados no período entre março e dezembro de 2013, e foram avaliadas inicialmente 20 mulheres, entre 18 e 70 anos, sobreviventes do câncer ginecológico. Destas, 16 atenderam aos critérios de inclusão: mulheres com diagnóstico de câncer ginecológico, em início de tratamento radioterapêutico, mulheres da grande Florianópolis e com tratamento concluído

até trinta dias. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado segundo o protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o CAAE: 09482612.8.0000.0116.

2.2 Instrumentos e coleta de dados quantitativos

Os dados quantitativos foram coletados por meio da versão brasileira do *European Organization for Research of Cancer Quality of Life Questionnaire "Core" 30 Items* – EORTC QLQ-C30 (AARONSON et al., 1993). O instrumento EORTC QLQ-C30 versão 3.0, em português, foi criado pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC) em 1986 e, então, denominado de QLQ-C30, sendo disponibilizado em três versões. A primeira versão, contendo 36 questões, é de 1987; a segunda é de 1993, e a terceira, contendo 30 questões, é de 2000, sendo esta última empregada na presente pesquisa.

O EORTC QLQ-C30 é um questionário construído para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer. Ele foi traduzido e validado em 81 idiomas, tendo sido utilizado em mais de três mil estudos. É composto por 30 itens, cujo objetivo é mensurar a multidimensionalidade da qualidade de vida. Inclui cinco domínios, sendo estes: função física, função cognitiva, função emocional, função social e desempenho de papéis, possuindo ainda três escalas: fadiga, dor, náusea e vômitos, e uma escala de qualidade de vida e saúde global. Apresenta ainda seis outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer, tais como: dispneia, falta de apetite e anorexia, insônia, constipação e diarreia; e, por último, a escala de avaliação do impacto financeiro no tratamento e da doença.

Os escores das escalas e das medidas variam de zero a cem, sendo que um alto valor do escore representa um alto nível de resposta. Consoante a essa classificação, se o escore apresentado na parte funcional da escala for elevado, representará um nível funcional saudável. Entretanto, o escore elevado na parte de sintomas da escala significa dizer que há sintomatologia e efeitos colaterais decorrentes da doença.

2.3 Instrumentos e coleta de dados qualitativos

Considerando-se a necessidade de compreender os aspectos físicos e emocionais, e as experiências vivenciadas pelas mulheres no pós-câncer ginecológico, foram levantados dados qualitativos, por meio de

uma entrevista semiestruturada, contendo tópicos de perfil sociodemográfico e questões norteadoras acerca da problemática. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis (MINAYO, 2002).

Através da entrevista, podemos obter dados objetivos e subjetivos. Num primeiro nível, essa técnica se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala (MINAYO, 2002).

A entrevista foi formulada baseada na literatura relevante antes da realização das coletas para assim fornecer orientações sobre o estudo. Conforme Silva e Merighi (2005), é necessário compreender o vivido e as experiências durante a doença, e os tratamentos, com base na questão norteadora: *Como é conviver com câncer ginecológico avançado?* Essa questão possui dois desdobramentos: o estado físico e o emocional, já que, segundo Hazewinkel et al. (2010), ainda não há estudos voltados a explorar o comportamento dessas mulheres com neoplasia ginecológica. A importância de investigar essas dimensões encontra fundamento, também, nas pesquisas de Jensen et al. (2004), os quais afirmam que o diagnóstico e o tratamento do câncer ginecológico são susceptíveis de apresentar impactos negativos sobre a função sexual das pacientes. Sendo assim, o roteiro desta entrevista (REIS et al., 2010) foi pré-testado com quatro mulheres, que estavam em tratamento, e validado, concomitantemente, por dois especialistas.

A aplicação da entrevista foi individual e as questões abrangeram duas partes: a primeira, com dados de identificação e a segunda, com perguntas-chave (Quadro 1). As entrevistas tiveram duração média de 60 minutos e foram gravadas de maneira digital. O processo de coleta de dados foi concluído quando elas deixaram de fornecer novos dados, ou seja, quando nenhum novo elemento permitiu ampliar o número de propriedades do objeto investigado – saturação dos dados.

2.4 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística, mediante a utilização do programa IBM SPSS versão 20.0. Para atender aos objetivos propostos, foi realizada análise estatística descritiva dos dados sociodemográficos, clínico-terapêuticos

Quadro 1. Formulário de entrevista.

Aspecto Físico:
1) Qual é a sua percepção quanto aos sintomas após o diagnóstico do câncer ou o início da braquiterapia?
2) O que você faz para superar as possíveis dificuldades físicas da própria doença ou até mesmo deste tratamento?
Aspecto Emocional:
3) Como você se sente até o momento? Como você lida com a doença?
4) O que você faz para superar as prováveis dificuldades emocionais da doença e do seu tratamento?

e do EORTC QLQ-C30, através do cálculo da média, do desvio padrão e do teste Wilcoxon para amostras pareadas. A amostra utilizada foi não probabilística intencional, que é um tipo de amostra comum utilizada em contexto de saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; LEVINE, 2008).

A interpretação dos dados qualitativos, por sua vez, seguiu a proposta definida por Minayo (2004), a qual pressupõe as seguintes fases para a análise de conteúdo: 1) pré-análise, que corresponde à fase de organização e sistematização dos dados das entrevistas; 2) exploração do material, abrangendo a classificação dos dados com os pressupostos e questões a investigar do pesquisador, e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Após a organização do material, as unidades temáticas foram identificadas e agrupadas por convergência dos significados, classificadas e agregadas em categorias que definiram a especificação dos temas. Os aspectos mais relevantes das verbalizações foram processados e analisados de forma cíclica e circular. Esta análise foi, igualmente, conduzida por dois peritos que se basearam em subsídios prévios documentados na literatura (REIS et al., 2010) e nas práticas observadas no ambiente pesquisado. Todas as participantes foram identificadas por nome de flores, após a audição e transcrição das entrevistas.

3. Resultados

3.1 Resultados quantitativos

A distribuição das características sociodemográficas está presente na Tabela 1. Dentre outros aspectos relevantes, cerca de 50% da amostra era casada e, na sua grande maioria, diagnosticadas com câncer de colo de útero (93,8%).

Com relação à qualidade de vida, conforme indicam os dados apresentados na Tabela 2, observou-se diferença significativa após a braquiterapia nos itens *Constipação* ($p=0,027$) e *Diarreia* ($p=0,004$). Nota-se que o escore referente à diarreia aumentou, denotando piora nesse sintoma. O item constipação apresentou redução do escore, o que usualmente

Tabela 1. Características sociodemográficas das pacientes.

Variáveis	Sujeitos (n= 16)
	Média ± DP
Idade (anos)	49,55 ± 16,98
Peso (kg)	75,66 ± 20,77
Altura (m)	1,57 ± 0,07
Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	30,73 ± 8,38
	N (%)
Escolaridade	
1º grau	11 (68,7)
2º grau	5 (31,3)
Estado Civil	
Solteira	3 (18,7)
Casada/União estável	8 (50,0)
Separada	2 (12,6)
Viúva	3 (18,7)
Doenças	
Diabetes	6 (37,5)
Hipertensão Arterial	10 (62,5)
Tabagismo	3 (18,7)
Gestações	
1 a 2	10 (62,5)
3 a 4	3 (18,7)
5 ou mais	3 (18,7)
Prática de atividade física	
Sim	3 (18,7)
Sexualmente ativa	
Sim	7 (43,8)
Atividade profissional	
Sim	10 (62,5)
Câncer	
Colo de útero	15 (93,8)
Vulva	1 (6,2)
Estadiamento (FIGO)	
IB	3 (18,7)
IIB	13 (81,3)
IIIB	0 (0,0)

DP= desvio padrão.

acompanha tais procedimentos. A medida do *d* de Cohen revelou alto efeito da braquiterapia nos sintomas de constipação ($d=0,77$) e diarreia ($d=1,41$).

Os domínios função física, função emocional, função cognitiva, função social e desempenho

Tabela 2. Itens da escala EORTC-QLQ-C30 para avaliação da qualidade de vida de mulheres adultas no período pré e pós braquiterapia (n=16).

Itens da Escala	Pré (média ± DP)	Pós (média ± DP)	Z	p
Estado Geral da Qualidade de Vida	71,35±12,89	67,18±20,52	1,286	0,198
Função Física	72,91± 21,42	69,99± 20,79	0,414 ^A	0,685
Desempenho de Papel	67,70± 37,25	47,39± 29,46	1,352	0,176
Função Emocional	36,97± 37,26	32,29 ± 30,71	0,428	0,669
Função Cognitiva	78,12± 29,01	59,37± 27,19	1,860	0,063
Função Social	56,24± 37,45	50,69± 33,26	0,513	0,608
Fadiga	39,58± 33,93	53,81± 34,17	1,083 ^A	0,296
Náuseas e Vômitos	17,70± 26,15	23,95± 23,54	1,041	0,298
Dor	27,08± 32,13	53,12± 37,62	1,678	0,093
Dispneia	10,41± 20,07	12,49± 16,66	0,302	0,763
Insônia	43,75 ± 39,85	66,66± 42,16	1,375	0,169
Perda de apetite	27,08± 32,70	52,08± 40,31	1,859	0,063
Constipação	47,91± 43,83	18,74± 29,73	2,212	0,027*
Diarreia	0,00	35,41± 35,41	2,850	0,004*
Dificuldades Financeiras	29,16± 34,15	37,49± 40,13	0,717	0,474

DP= desvio padrão. Z= estatística do Teste Wilcoxon para amostras pareadas. A= estatística do teste *t* pareado. p= nível de significância. *p<0,05.

de papéis tiveram as suas médias diminuídas, demonstrando decréscimo das funções. Os domínios desempenho de papéis e função cognitiva foram os que apresentaram maiores prejuízos na função.

Relacionam-se os prejuízos nas funções física, emocional, cognitiva e social ao aumento dos sintomas de fadiga, náuseas e vômitos, dor, dispneia, insônia, perda de apetite e diarreia pós-tratamento radioterapêutico. A avaliação do estado geral da qualidade de vida e saúde global dessas mulheres também teve sua média diminuída, apesar de não ser estatisticamente significativa. Essa diminuição revela que o estado de saúde e a qualidade de vida das mulheres tiveram piora após a braquiterapia.

3.2 Resultados qualitativos

A categorização obtida por meio do processo de análise de dados identificou três grandes unidades temáticas: A) alterações físicas; B) alterações emocionais, e C) alterações físico-emocionais, sendo que as duas primeiras categorias foram subdivididas em subcategorias. Assim, as **alterações físicas** foram subdivididas em: a) lidando com a dor e o sofrimento, e b) enfrentando as dificuldades físicas, e as **alterações emocionais** tiveram como subdivisões: a) superando a ansiedade, o medo, a angústia e a depressão, e b) enfrentando as implicações emocionais.

A) Alterações físicas

a) Lidando com a dor e o sofrimento

Essa primeira categoria expressa a percepção das mulheres que emergiram em decorrência do câncer e durante ou após os tratamentos sob cuidados paliativos. As alterações físicas decorrentes da doença foram: dor, desconforto, cansaço, fadiga muscular, sangramento vaginal, estenose vaginal, hipersensibilidade vulvar e diarreia. Os sentimentos provocados por essas alterações foram relativos a limitações e à dependência física, bem como à necessidade de adotar estratégias para lidar com a dor e o sofrimento físico. Observou-se a tendência a relacionarem sua qualidade de vida ao alívio dessas queixas; tais aspectos podem ser identificados nos depoimentos de Crisântemo e Girassol.

Com a radioterapia eu sentia que ficava muita tensa, com a quimio não. A braquiterapia é desconfortável, tu faz aquilo ali sem anestesia e é muito dolorida. Eu tentei me segurar ao máximo quando eu vi que outras pessoas gritavam (Crisântemo).

[...] antes eu tinha cansaço todos os dias agora só mais a noite, antes eu ficava o dia inteiro com dor nas pernas, mas o médico disse para mim que é normal (Girassol).

É nesse momento que as mulheres se lamentam pelo ocorrido, mas também se veem frente à necessidade de aceitação das suas limitações físicas em decorrência da doença. Percebeu-se que as alterações físicas impedem ou dificultam de realizar atividades cotidianas, e estas acabam se conformando com a

nova condição, segundo expressam os depoimentos de Acácia, Girassol e Lírio.

Porque eu gosto bastante de caminhar e como não posso eu fico frustrada (Acácia).

Durante o tratamento eu sentia dor na vagina e ainda estou com muita sensibilidade por causa da radioterapia. Sinto dor dos lados e dentro porque eu fiz aquela braqui [...] ainda está bem sensível (Lírio).

b) Enfrentando as dificuldades físicas

Percebeu-se que o processo de enfrentamento das dificuldades físicas é bastante peculiar: logo após os procedimentos de tratamento, a mulher experiencia a sensação de ter passado pela doença e de tê-la, finalmente, vencido. Ou seja, as estratégias mais evidenciadas foram a negação e a raiva ou o não reconhecer o que foi vivenciado e, por fim, contestar. Tais estratégias podem ser compreendidas nas falas de Tulipa e Cerejeira:

Eu não tive essas coisas que todo mundo fala (Tulipa).

Eu estou com problema de estômago por causa da quimioterapia... mas eu não sei ao certo se é disso (Cerejeira).

Em suma, o câncer ginecológico e seus constantes desdobramentos terapêuticos geram uma diversidade de alterações de ordem física, as quais requerem estratégias que possibilitem lidar com a dor e o sofrimento. A falta de conhecimento sobre sua própria condição e sobre o que esperar em curto e longo prazo lança uma heterogeneidade de reações.

Em contrapartida, a dificuldade em superar as dificuldades impostas por este corpo pode, sob a perspectiva emocional, tornar o processo de recuperação ainda mais limitante. Tais ações podem fazer com que os sonhos e projetos futuros passem a ser uma incógnita para muitas delas, e, nesse quadro conflitante, “viver” e “viver bem o dia de hoje”, pode significar a alternativa mais segura e confortável. Observa-se a relação entre mente-corpo na fala abaixo:

Eu quero e o meu corpo não me leva, o meu corpo quer descansar. Eu acho que eu forço o meu corpo. Tenho angústia, ansiedade, medo do futuro, a gente congela a vida da gente (Acácia).

B) Alterações emocionais

a) Superando a ansiedade, medo, angústia e depressão

Os sentimentos femininos se fazem muito presentes e oscilam constantemente durante a experiência terapêutica. Ora a paciente se refere a sentimentos como incertezas com relação à vida e ao planejamento futuro, ora questiona a possibilidade de cura diante da negação da doença e do abatimento moral. Ao longo do tempo, sentimentos de ansiedade e de medo podem potencializar quadros, pré-existentes ou não, de angústia e/ou depressão. Estes sentimentos não apresentam comportamentos lineares e nem sequenciais. Os depoimentos de quatro delas exemplificam tais alterações comportamentais:

[...] Me sinto excelente, não estou depressiva, nunca fiquei depressiva, nunca fiquei ansiosa, nunca fiquei preocupada com nada (Tulipa).

Tento fazer de conta que é natural (risos), *já faz parte do cotidiano* (Crisântemo).

Eu achei que ia ser mil vezes pior, mas não é tudo aquilo que os outros falam e comentam (Margarida).

Eu falei, eu estou ótima, mas eu estou dilacerada e isso mexe muito comigo, eu acho que mexe com qualquer um (Acácia).

b) Enfrentando as implicações emocionais

As experiências de ter e passar pelo câncer são um processo que desafia qualquer pessoa. Percebeu-se que, para vencer esse desafio, as mulheres utilizam-se da espiritualidade e do autocuidado ou de apoio social, segundo Crisântemo e Amarílis:

Só Deus, muita igreja, muita oração para me ajudar (Crisântemo).

Estou aguentando tudo sozinha, [...] só eu e Deus (Amarílis).

Além da fé, estratégias de procurar uma ocupação, uma distração, são igualmente adotadas, como expressa o depoimento de Girassol:

É eu estou fazendo um trabalho manual (decoração) fãlaram que é bom para distrair (Girassol).

Essas alterações geram a necessidade de adoção de estratégias de enfrentamento, o que acontece, na maioria das vezes, recorrendo-se à fé e/ou à religião, mas também por meio de uma ocupação que a distraia. A atividade laboral e o processo de readaptação vocacional reduziram, igualmente, as sensações temporárias de solidão e abandono.

4 Discussão

Os resultados deste estudo mostram que as mulheres submetidas ao tratamento radioterapêutico apresentam repercussões físico-emocionais, em decorrência da experiência vivenciada, e desenvolvem distintas estratégias de enfrentamento da doença. O imbricamento entre o físico e o emocional revela uma interface refratária aos ajustes de uma terapêutica baseada na braquiterapia. Demonstrou-se aqui, assim como em vários outros estudos, que níveis de ansiedade e depressão (BARROS; LABATE, 2008; MILLER et al., 2003), negação (DING et al., 2015) e incertezas quanto ao futuro da doença (FERRELL et al., 1998) são persistentes e repercutem em sérios problemas quanto a satisfação e o bem-estar físico-emocional. Foram encontrados sintomas, como diarreia e constipação, as quais impactaram negativamente a qualidade de vida no pós-tratamento com radioterapia. A análise qualitativa dos dados possibilitou perceber a fragilidade desse processo na qualidade de vida. No contexto emocional da doença, de uma forma geral, identificaram-se respostas, como: estresse, apatia, depressão, desânimo, hipersensibilidade emotiva, raiva, ansiedade e irritabilidade, conforme já postulado.

O questionário quantitativo de qualidade de vida específico para o câncer EORTC – QLQ C30 demonstrou que os sintomas diarreia e constipação foram estatisticamente significantes. A toxicidade aguda gastrointestinal identificada como constipação e diarreia, no pós-braquiterapia, contribuiu significativamente para o aumento no risco de queda na qualidade de vida (VAZ et al., 2007; VISTAD et al., 2008; BJELIC-RADISIC, 2012; ADAMS et al., 2014). Entretanto, a avaliação física qualitativa revelou que outros sintomas físicos, como sangramento vaginal, dor, fadiga muscular, desconforto, cansaço, estenose vaginal e hipersensibilidade vulvar, fizeram parte da maioria dos sintomas relatados e, provavelmente, apresentam estreita relação com a diminuição da qualidade de vida, sob a perspectiva delas.

De acordo com uma revisão sistemática recente de literatura, os efeitos colaterais, como menopausa precoce, perda de lubrificação, problemas gastrointestinais, linfedema e, principalmente, queda da qualidade de vida, decorrentes da radioterapia estão presentes mesmo após dez anos do término do tratamento (MIRABEAU-BEALE; VISWANATHAN, 2014). O estudo de Adams et al. (2014) verificou que alguns problemas pertinentes a função sexual, urinária e intestinal são comuns nas mulheres anos após a radioterapia pélvica, e como esses sintomas também

estão presentes durante o tratamento radioterapêutico, fica evidente a persistência do problema. No caso do estudo aqui apresentado, aliados a tais sintomas, as mulheres apresentaram piora em sua qualidade de vida e aumento nas taxas de depressão.

Os demais sintomas relatados, como hipersensibilidade vulvar, sangramento e estenose vaginal após tratamento com braquiterapia, descritos e identificados na presente pesquisa, foram igualmente referidos por outros estudos. O estudo de Khor et al. (2007) trabalhou com uma amostra de 106 mulheres, com análise retrospectiva de aproximadamente 59 meses (KHOR et al., 2007; GREIMEL et al., 2009; VAZ et al., 2011; HANNOUN-LEVI, 2013) e os autores descrevem a necessidade de estimular a condução de novas pesquisas clínicas sobre o processo de minimizações desses desconfortos físico-emocionais já nas fases iniciais do tratamento.

Quanto à atividade sexual, parte das mulheres manteve-se ativa durante o tratamento. A esse respeito, um estudo do tipo transversal analisou a sexualidade de 179 mulheres com idades entre 26 e 69 anos, sobreviventes ao câncer de colo uterino, e constatou que 81,1% se mantiveram sexualmente ativas, 59% consideravam a atividade sexual de extrema importância e 81,4% relataram que, às vezes, desejavam ter atividade sexual. Esses resultados corroboram com o presente estudo, que, embora com uma pequena amostra, fornece indícios de que as sobreviventes ao câncer ginecológico apresentam uma atitude positiva em relação à sexualidade e à atividade sexual (GREENWALD; McCORKLE, 2008). Em contrapartida, o alívio por não terem parceiros e não terem, por decorrência, que passar pelo constrangimento de se relacionarem sexualmente, já foi abordado anteriormente e merece, ainda, ser mais bem explorado em futuras pesquisas (KIRCHHEINER et al., 2014).

Em uma abordagem paralela, um estudo prospectivo objetivou avaliar o impacto do pós-câncer de colo uterino na qualidade de vida e na função sexual de mulheres, e evidenciou que problemas de relacionamento social, gastrointestinais e dificuldades financeiras foram significativamente maiores em mulheres sobreviventes ao câncer uterino (PARK et al., 2007; JHINGRAN et al., 2013). Em relação a esses impactos, mais da metade das mulheres entrevistadas no presente estudo manteve-se ativa profissionalmente, o que reduz possíveis privações financeiras, promove o convívio social e incrementa as relações interpessoais, aumentando, conseqüentemente, sua capacidade de resposta, sob a perspectiva emocional, ao menos.

Considerando-se as repercussões físico-emocionais que o tratamento radioterapêutico pode acarretar, Barros e Labate (2008) ratificam a necessidade de se ampliar a discussão. A braquiterapia, segundo Kirchheiner et al. (2014), tem os maiores índices de estresse quando comparada a outros tipos de tratamento de câncer. Previamente, Ferrandina et al. (2012) mostraram que o tipo de terapêutica utilizada influencia diretamente na qualidade de vida e no status psicológico das mulheres em tratamento oncológico. Similarmente a tais resultados Vaz, Conde e Morais (2007), bem como Park et al. (2007), acreditam que a doença em si é um importante indicador da qualidade de vida em função das alterações físicas, preocupações e inúmeras dificuldades pessoais e familiares dela decorrentes.

O papel familiar e social contribui para aumentar o bem-estar social e, por conseguinte, a melhorar a qualidade de vida durante todo o percurso da doença (REIS et al., 2010). Wenzel et al. (2005) observaram que mulheres com menor suporte social passavam por maior sofrimento. Entretanto, problemas familiares e dificuldades sexuais pioram o bem-estar social de mulheres com câncer de colo de útero quando comparadas ao câncer de endométrio (BRADLEY et al., 2006; REIS et al., 2010). Esta comparação não foi possível de ser realizada no presente estudo.

No processo de enfrentamento do câncer, as mulheres admitiram, paulatinamente, a necessidade do autoconhecimento e de autocuidado frente às diversas dificuldades físicas, aliadas às múltiplas e variadas sensações subsequentes aos tratamentos invasivos. Majoritariamente, as respostas expressaram que enfrentar os desafios impostos pela doença é ancorar-se na religião e ter a crença da cura sobrenatural. O câncer ginecológico é uma doença que traz risco à vida e essa condição mobiliza as mulheres na busca por apoio na religião e pela invocação a Deus, nas situações de medo, no processo de tratamento da doença (AQUINO; ZAGO, 2007). Paralelamente a esse recurso, observou-se que se a força da mente for invocada e estiver aliada à fé religiosa, a mulher se sentirá mais confiante, feliz e disposta a enfrentar a doença e os seus desafios, mesmo com todas as suas implicações. Contrariamente a isso, a ausência da espiritualidade pode levar ao desenvolvimento de estágios ansiogênicos (WENZEL et al., 2005; TEIXEIRA; LEFÉVRE, 2008).

Outra estratégia utilizada pelas mulheres é a manutenção da atividade profissional, com vistas a reduzir os sintomas depressivos e maximizar a capacidade de enfrentar os desgastes emocionais (BRADLEY et al., 2006). Após o diagnóstico e o tratamento do câncer ginecológico, ocorre uma tendência natural da fase de negação. Desmentir o

vivido, estagnar a realidade ou mudar sua atitude em relação à vida é uma forma de esconder os verdadeiros incômodos da doença (DING et al., 2015). Percebeu-se que a dificuldade em superar tal situação leva-as a relatarem desejo na descontinuidade da vida cotidiana, impossibilidade de elaborar planos futuros, facilidade de verbalizarem dores físicas, numa prática de isolamento momentâneo e incertezas, no processo de desvencilhar-se da doença.

Considerando-se que o câncer ginecológico é uma doença invasiva e complexa, como também o é seu tratamento, o aprofundamento da temática e de seus elementos permite resgatar ações, crenças e comportamentos, até então reservados e encobertos, direta ou indiretamente, pelas mulheres. Este estudo confirmou que, além das estratégias para cuidados concentrados na gestão dos sintomas, a preparação, a educação e o apoio aos pacientes com câncer ginecológico podem ser uma alternativa para aprimorar a qualidade de vida. Uma equipe multiprofissional atenta e sensível ao processo de identificação das raízes destes sintomas pode tornar menos complexa a recuperação físico-emocional deste público.

5 Conclusão

Os resultados aqui encontrados apontam para a necessidade de continuar aprofundando os estudos, a fim de otimizar a compreensão do processo de recuperação físico-emocional, tendo em vista a dualidade de emoções e os constrangimentos impostos pelo câncer ginecológico, seguido pelo tratamento de braquiterapia. As alterações no estado de saúde em geral e na qualidade de vida destas mulheres, principalmente na função gastrointestinal, determinam a necessidade de readequar práticas cotidianas, estimular o diálogo e sensibilizar os diferentes profissionais da área da saúde a acompanhar e intervir imediatamente sobre as múltiplas consequências físico-emocionais que tal tratamento provoca.

Assim, para além de coletas quali-quantitativas, é indispensável a identificação de convergências e dissonâncias temporais pertinentes ao longo processo terapêutico deste coletivo feminino. A reelaboração de novas propostas e políticas públicas depende de investigações e do monitoramento de tais inter-relações até então desconhecidas ou precocemente descartadas.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Agência de Fomento Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e ao Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), pelo apoio ao presente estudo.

Referências

- AARONSON, N. K. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, Bethesda, v. 85, n. 5, p. 365-376, 1993. <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>. PMID:8433390.
- ADAMS, E. et al. The effects of pelvic radiotherapy on cancer survivors: symptom profile, psychological morbidity and quality of life. *Clinical Oncology (Royal College of Radiologists (Great Britain))*, London, v. 26, n. 1, p. 10-17, 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clon.2013.08.003>. PMID:23992740.
- AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 1-6, 2007.
- BARROS, G. C.; LABATE, R. C. Psychological repercussions related to brachytherapy treatment in women with gynecological cancer: analysis of production from 1987 to 2007. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 1046-1053, 2008.
- BJELIC-RADISIC, V. et al. Quality of life characteristics inpatients with cervical cancer. *European Journal of Cancer*, Oxford, v. 48, n. 16, p. 3009-3018, 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2012.05.011>. PMID:22683166.
- BRADLEY, S. et al. Quality of life and mental health in cervical and endometrial cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, New York, v. 100, n. 3, p. 479-486, 2006. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2005.08.023>. PMID:16185753.
- COSTA, L. A.; GOLDENBERG, P. Papilomavírus Humano (HPV) entre Jovens: um sinal de alerta. *Saúde Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 249-261, 2013.
- CULVER, J. L. et al. Coping among african-american, hispanic, and nonhispanic white women recently treated for early stage breast cancer. *Psychology and Healthy*, Chur, v. 19, n. 2, p. 157-166, 2004. <http://dx.doi.org/10.1080/08870440310001652669>.
- DIEHL, A. A. *Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas*. São Paulo: Prentice Hall, 2004.
- DING, Y.; HU, Y.; HALLBERG, I. R. Chinese women living with cervical cancer in the first 3 months after diagnosis: a qualitative study. *Cancer Nursing*, New York, v. 38, n. 1, p. 71-80, 2015. <http://dx.doi.org/10.1097/NCC.000000000000133>. PMID:24621963.
- ESER, S. et al. Synchronous primary cancers of the female reproductive tract in Turkish women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Bangkok, v. 12, n. 4, p. 857-859, 2011. PMID:21790215.
- FERRANDINA, G. et al. Quality of life and emotional distress in early stage and locally advanced cervical cancer patients: a prospective, longitudinal study. *Gynecologic Oncology*, New York, v. 124, n. 3, p. 389-394, 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.09.041>. PMID:22035809.
- FERRELL, B. R. et al. Quality of life in breast cancer. Part II: psychological and spiritual well being. *Cancer Nursing*, New York, v. 21, n. 1, p. 1-9, 1998. <http://dx.doi.org/10.1097/00002820-199802000-00001>. PMID:9494225.
- FRIEDMAN, L. C. et al. Adherence to vaginal dilation following high dose rate brachytherapy for endometrial cancer. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, Elmsford, v. 80, n. 3, p. 751-757, 2011. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijrobp.2010.02.058>. PMID:20619551.
- GREENWALD, H. P.; MCCORKLE, R. Sexuality and sexual function in long-term survivors of cervical cancer. *Journal of Women's Health*, Larchmont, v. 17, n. 6, p. 955-963, 2008.
- GREIMEL, E. R. et al. Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. *Psycho-oncology*, Oxford, v. 18, n. 5, p. 476-482, 2009. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1426>. PMID:18702067.
- HANNOUN-LEVI, J. M. et al. Interstitial preoperative high-dose-rate brachytherapy for early stage cervical cancer: dose-volume histogram parameters, pathologic response and early clinical outcome. *Brachytherapy*, New York, v. 12, n. 2, p. 148-155, 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brachy.2012.04.007>. PMID:22727471.
- HAZEWINKEL, M. H. et al. Reasons for not seeking medical help for severe pelvic floor symptoms: a qualitative study in survivors of gynaecological cancer. *Gynaecological Oncology*, Amsterdam, v. 117, n. 1, p. 39-46, 2010. PMID:19874292.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. *Câncer: o que é?* Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>. Acesso em: 20 maio 2013.
- JENSEN, P. T. et al. Validation of a questionnaire for self-assessment of sexual function and vaginal changes after gynaecological cancer. *Psycho Oncology*, Denmark, v. 13, n. 8, p. 577-592, 2004. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.757>. PMID:15295778.
- JHINGRAN, A. et al. A prospective phase II study of chemoradiation followed by adjuvant chemotherapy for FIGO stage I-IIIa (1988) uterine papillary serous carcinoma of the endometrium. *Gynecologic Oncology*, New York, v. 129, n. 2, p. 304-309, 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2013.01.025>. PMID:23385150.
- KHOR, T. H. et al. Radical radiotherapy with high-dose-rate brachytherapy for uterine cervix cancer long-term results. *Australasian Radiology*, Sydney, v. 51, n. 6, p. 570-577, 2007. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1673.2007.01895.x>. PMID:17958695.
- KIRCHHEINER, K. et al. Posttraumatic stress disorder after high-dose-rate brachytherapy for cervical cancer with 2 fractions in 1 application under spinal/epidural anesthesia: incidence and risk factors. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, Elmsford, v. 89, n.

- 2, p. 260-267, 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijrobp.2014.02.018>. PMID:24721589.
- LALOS, O.; KJELLBERG, L.; LALOS, A. Urinary, climacteric and sexual symptoms 1 year after treatment of cervical cancer without brachytherapy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, Utrecht, v. 30, n. 4, p. 269-274, 2009. <http://dx.doi.org/10.3109/01674820902789225>. PMID:19922400.
- LEE, T. S. et al. Chemoradiation with paclitaxel and carboplatin in high-risk cervical cancer patients after radical hysterectomy: a Korean Gynecologic Oncology Group study. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, Elmsford, v. 86, n. 2, p. 304-310, 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijrobp.2013.01.035>. PMID:23642625.
- LEVINE, D. M. et al. *Estatística: teoria e aplicações*. Rio de Janeiro: TLC, 2008.
- MILLER, B. E.; PITTMAN, B.; STRONG, C. Gynecologic cancer patients' psychosocial needs and their views on the physician's role in meeting those needs. *International Journal of Gynecological Cancer*, Cambridge, v. 13, n. 2, p. 111-119, 2003. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1438.2003.13001.x>. PMID:12657109.
- MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio Janeiro: Vozes, 2002.
- MINAYO, M. C. S. *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MIRABEAU-BEALE, K. L.; VISWANATHAN, A. N. Quality of life (QOL) in women treated for gynecologic malignancies with radiation therapy: a literature review of patient - reported outcomes. *Gynecologic Oncology*, New York, v. 134, n. 2, p. 403-409, 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.05.008>. PMID:24844593.
- PARK, S. Y. et al. Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population. *Cancer*, Washington, v. 110, n. 12, p. 2716-2725, 2007.
- REIS, N.; BEJI, N. K.; COSKUN, A. Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data. *European journal of oncology nursing. The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, Edinburgh, v. 14, n. 2, p. 137-146, 2010. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2009.09.004>.
- RUTLEDGE, T. L. et al. Pelvic floor disorders and sexual function in gynecologic cancer survivors: a cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, St. Louis, v. 203, n. 5, p. 514.e1-514.e7, 2010. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.08.004>. PMID:20869691.
- SILVA, S. S. R.; AGUILLAR, O. M. Assistência de enfermagem e acompanhamento domiciliar em quimioterapia antineoplásica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 123-127, 2002.
- SILVA, A. R. B.; MERIGHI, M. A. B. Compreendendo o estar com câncer ginecológico avançado: uma abordagem heideggeriana. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 253-260, 2005.
- SILVA, C. H. D.; DERCHAIN, S. F. M. Qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 33-47, 2006.
- TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 1247-1256, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400021>.
- VAZ, A. F.; CONDE, D. M.; MORAIS, S. S. Quality of life of women with gynecologic cancer: associated factors. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, Munchen, v. 276, n. 6, p. 583-589, 2007. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-007-0397-2>. PMID:17564721.
- VAZ, A. F. et al. Quality of life and adverse events after radiotherapy in gynecologic cancer survivors: a cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, Munchen, v. 284, n. 6, p. 1523-1531, 2011. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-011-1886-x>. PMID:21442259.
- VISTAD, I. et al. Postradiotherapy morbidity in long-term survivors after locally advanced cervical cancer: how well do physicians' assessments agree with those of their patients? *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, Elmsford, v. 71, n. 5, p. 1335-1342, 2008. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijrobp.2007.12.030>. PMID:18355976.
- YAMASHITA, H. et al. High-dose-rate intra-cavitary brachytherapy combined with external beam radiation therapy for under 40-year-old patients with invasive uterine cervical carcinoma: clinical outcomes in 118 Patients in a Japanese multi-institutional study, JASTRO. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, Tokyo, v. 43, n. 5, p. 547-552, 2013. <http://dx.doi.org/10.1093/jjco/hyt029>. PMID:23475536.
- WENZEL, L. et al. Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, New York, v. 97, n. 2, p. 310-317, 2005. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2005.01.010>. PMID:15863123.

Contribuição dos Autores

Ariana Machado Toriy é autora do estudo e organizadora do texto. Shaiane Alves Pires e Kamilla Zomkowski realizaram a coleta de dados e são revisoras de atualização bibliográfica. Clarissa Medeiros da Luz participou na concepção do estudo. Edite Krawulski é revisora final do texto. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.