

Efeitos cinético-funcionais do tratamento cirúrgico e radioterápico em mulheres tratadas por câncer de colo uterino: resultados preliminares

Kinectical effects of surgery and radiotherapy for cervical cancer: preliminary results

Fabiana Flores Sperandio⁽¹⁾, Clarissa Medeiros da Luz⁽¹⁾, Gustavo Fernando Sutter Latorre⁽²⁾, Patrícia Andersen⁽³⁾, Bianca Zilli Wagner⁽³⁾, Alessandra Dallabrida Longo⁽³⁾

Grupo de Estudos em Saúde da Mulher – GsaM, Centro de Educação Física e Desportos – CEFID, Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

Resumo

Introdução: O tratamento do câncer de colo uterino consiste em cirurgia, radioterapia e quimioterapia, procedimentos capazes de causar disfunções cinético-funcionais, necessárias de estudo com enfoque fisioterápico. **OBJETIVO:** avaliar as repercussões cinético-funcionais do tratamento cirúrgico e radioterápico em mulheres com câncer de colo uterino sobre as funções sexual, geniturinária, anorretal e a qualidade de vida. **RESULTADOS:** Quinze mulheres sendo 7 sexualmente ativas tratadas por câncer de colo uterino em uma maternidade de referência foram avaliadas por meio do ICIQ-SF, ICIQ-VS, FISI, BFITC, QS-F e WHOQOL-BREEF. Destas 40% referiram constipação e/ou incontinência urinária, 26,7% incontinência anorretal, 13,4% prolapso genital, 46,7% estenose vaginal, 57,1% disfunção sexual, sendo 42,9% relacionada à lubrificação. **CONCLUSÃO:** Os tratamentos cirúrgico e radioterápico estão relacionados a sequelas cinético-funcionais, para as quais há tratamento fisioterápico específico.

Palavras-chave: câncer de colo uterino, radioterapia, cirurgia, disfunções do assoalho pélvico, fisioterapia.

Abstract

Introduction: The treatment of cervical cancer consists of surgery, radiotherapy and chemotherapy. Those procedures can cause kinetical functional dysfunctions, whose needs physiotherapeutic approach and study. **AIMS:** To evaluate the kinetical functional effects of surgery and radiotherapy in women with cervical cancer, over sexual, genitourinary and anorectal functions, and quality of life. **RESULTS:** Fifteen women, being 7 sexually active, treated for in a reference maternity unit, were evaluated by the ICIQ-SF, ICIQ-VS, FISI, BFITC, QS-F and WHOQOL-BREEF. Of these 40% reported constipation and / or urinary incontinence, 26.7% anorectal incontinence, 13.4% pelvic organ prolapse, 46.7% vaginal stenosis, 57.1% sexual dysfunction, being 42.9% related to lubrication. **CONCLUSION:** The surgical and radiotherapy treatments for cervical cancer are related to kinectical functional sequels, for which there is specific physical therapy treatment.

Key-words: cervical cancer, radiotherapy, surgery, pelvic floor dysfunctions, physical therapy

Artigo recebido em 06 de Julho de 2012 e aceito em 27 de Setembro de 2012.

1. Professoras Dras. do Departamento de Fisioterapia – CEFID-UDESC
2. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia – CEFID-UDESC
3. Graduadas em Fisioterapia – CEFID-UDESC

Endereço para correspondência:

Fabiana Flores Sperandio. Rua Pascoal Simone, 358 - Coqueiros - Florianópolis - SC. Email: fabiana.sperandio@udesc.br

INTRODUÇÃO

Por conta da alta incidência o câncer de colo uterino é considerado problema de saúde pública^{1,2}. As estimativas para 2012 apontam 17.540 novos casos no Brasil³. Predominando em mulheres na faixa etária de 20 a 60 anos³ este câncer se inicia em idade precoce e, geralmente, evolui de forma lenta, o que tende a favorecer tanto prognóstico quanto tratamento⁴.

Os parâmetros para a conduta terapêutica são a localização, tamanho e tipo histológico do tumor, além da idade e das condições gerais de saúde da mulher. Com a cirurgia ocorre a remoção completa do tumor, mas o procedimento pode provocar impactos sobre a feminilidade, sexualidade e maternidade, refletidos negativamente nos domínios físico, emocional, social, sexual e laboral⁵⁻⁷.

O tratamento pode associar radioterapia e/ou quimioterapia⁵, sendo que ambas as modalidades estão relacionadas à disfunção sexual mais do que os efeitos isolados da cirurgia para o mesmo fim⁸⁻¹⁰.

Após o tratamento cirúrgico e/ou radioterápico e/ou quimioterápico do câncer de colo uterino é descrita vasta gama de anormalidades sensoriais e do esvaziamento dos tratos geniturinário e/ou anorretal^{8,11-13}. O uso da radioterapia e da quimioterapia, quando associadas, favorece a gênese dessas disfunções e comprometem a atividade sexual^{6,8}. Estas disfunções se traduzem em queixas que comprometem o bem estar e a qualidade de vida destas mulheres^{10,11}.

No cerne das disfunções urinária, anorretal, da estática pélvica e parte da disfunções sexuais, está o assoalho pélvico feminino¹⁴, cuja falência mecânica, de ordem cinético-funcional por definição, é objeto de estudo do fisioterapeuta¹⁵.

Infelizmente resta uma lacuna no tocante às disfunções cinético-funcionais no pós-tratamento do câncer de colo uterino e, diante deste contexto, o presente estudo objetivou a avaliação das repercussões cinético-funcionais do tratamento cirúrgico e radioterápico sobre as funções sexual, geniturinária, anorretal e a qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer de colo uterino e, mais especificamente, da correlação entre as primeiras e esta última.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo clínico observacional transversal para o estudo da cirurgia e da radioterapia como fatores que intervêm na função sexual e na qualidade de vida destas mulheres.

Duas amostras por conveniência consecutiva foram obtidas com mulheres maiores de 18 anos, diagnosticadas com câncer de colo uterino, que realizaram cirurgia como tratamento para este fim, com ou sem quimioterapia, de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2011, em um hospital referência em saúde da mulher

no Estado de Santa Catarina. A primeira amostra contou com mulheres submetidas também à radioterapia, ao contrário da segunda amostra. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Instituição em questão, em Florianópolis, SC/ Brasil, sob registro de número 003.0.269.233-11.

A figura 1 ilustra o processo de amostragem. Foram excluídas doze mulheres, oito por não atenderem aos telefonemas de agendamento e quatro por faltarem às coletas de dados. Destas quinze apenas sete eram sexualmente ativas.

Figura 1. Processo de amostragem das mulheres com câncer de colo do útero, que realizaram tratamento, em hospital de referência da grande Florianópolis, no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2011.

Procedimentos para coleta de dados

Avaliou-se o contingente de 27 mulheres, as quais foram contatadas telefonicamente e convidadas ao voluntariado. No momento da coleta as voluntárias incluídas preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido e, na sequência, prosseguiu-se com o preenchimento da ficha de dados pessoais, demográficos, clínico-cirúrgicos e informações complementares referentes ao tratamento no pós-câncer.

Em seguida as mulheres responderam a versão brasileira do *“World Health Organization Quality Of Life Bref”* (WHOQOL-BREF), traduzida por Fleck et. al., (2000)¹⁶. Trata-se de um instrumento genérico de qualidade de vida, composto de 26 itens pertinentes à avaliação subjetiva do indivíduo em relação aos aspectos que interferem na qualidade de vida nas duas últimas semanas. Por se tratar de um construto multidimensional, este instrumento de medida da qualidade de vida abrange quatro domínios - físico, psicológico, relações sociais e o meio ambiente. O instrumento é autoaplicável, no entanto se optou pela entrevista realizada pelos próprios pesquisadores, alternativa esta prevista pelos autores originais do instrumento¹⁷.

Na sequência, as mulheres que apresentaram vida sexual ativa, de acordo com a questão 1 do WHO-QOL-bref¹⁶, responderam a um questionário referente às disfunções sexuais. Trata-se do Questionário de Satisfação Sexual - QS-F (Abdo, 2006)¹⁸, composto por 10 questões que abrangem domínios da atividade sexual da mulher como desejo, excitação, orgasmo e seus respectivos correlatos psicológicos.

Para acesso a indicativos de prolapso genital, disfunções urinárias e anorretais, foi utilizada uma compilação feita a partir das questões 3 e 6 da versão brasileira do International Consultation Incontinence Questionnaire

– Short Form (ICIQ-SF)¹⁹, das questões 3 e 6, da versão do Fecal Incontinence Secerity Index (FISI)²⁰, mais as questões 1, 2 e 9 da versão brasileira do Bowel Function in th Community Tool (BFICT)²¹ e, por fim, as questões 1A, 3ª, 4ª e 5ª da versão do International Consultation Incontinence – Vaginal Symptoms (ICIQ-VS)²².

RESULTADOS

Características das voluntárias

De acordo com a Tabela 1, as 15 voluntárias, em geral, eram casadas, e possuíam nível fundamental de escolaridade. A média etária foi 48 ($\pm 12,8$) anos e o índice de massa corporal esteve entre a normalidade e o sobrepeso. Após o tratamento observou-se, para boa parte destas mulheres, certo aumento de peso aliado a não realização de atividade física, além de eventuais sintomas de cansaço e quadros de ansiedade.

Para o subgrupo das sexualmente ativas a média etária foi 43,57 ($\pm 14,44$) anos, a média de massa corporal entre o sobrepeso e a obesidade moderada. Todas eram casadas e a maioria possuía ensino fundamental ou médio.

Quanto às características gineco-obstétricas das voluntárias, a maior parte delas apresentou de uma a três gestações, havendo uma divisão homogênea entre partos vaginais e cesários. A maioria realizava o exame citopatológico periodicamente antes do câncer, conforme pode ser verificado na Tabela 2.

Dentre as sete sexualmente ativas metade teve de um a dois parceiros sexuais durante toda a vida, sendo que a maioria utilizava algum método anticoncepcional (oral, injetável, DIU) antes do tratamento. Destas, uma minoria utilizava preservativo de modo habitual – percentual idêntico ao daquelas que relataram doença ginecológica prévia ao diagnóstico de câncer.

Metade das voluntárias já havia realizado algum outro tipo de cirurgia ginecológica antes do câncer. Houve equilíbrio também quanto ao tipo de cirurgia realizada no tratamento da doença: metade realizou histerectomia abdominal total, e metade histerectomia abdominal ampliada. Quase metade delas realizou radioterapia e quimioterapia concomitante à cirurgia, sendo que uma minoria passou também pela braquiterapia.

Os antecedentes gineco-obstétricos das mulheres sexualmente ativas foram ligeiramente diferentes. Mais de dois terços não apresentou histórico de câncer ginecológico na família, enquanto mais de três quartos doença ginecológica prévia. A maioria não fazia uso correto de preservativo antes da cirurgia, sendo que um terço jamais havia realizado sequer um exame preventivo, embora a maioria o realizasse anualmente. Metade utilizava anticoncepcional oral, mas uma minoria jamais havia usado método contraceptivo.

A grande maioria referiu atividade sexual de uma

a três vezes na semana. Entre elas a média do número de gestações foi $3,64 \pm 2,5$, a média de partos foi de $3,71 \pm 1,5$ e a de abortos $0,8 \pm 0,3$. A maioria realizou partos vaginais.

Para este subgrupo o tipo mais prevalente de cirurgia foi a histerectomia abdominal total (71,4%). A forma ampliada foi sofrida apenas por um terço destas mulheres. Pouco mais da metade (57,1%) sofreu apenas cirurgia, enquanto 28,6% sofreram radioterapia, braquiterapia e quimioterapia concomitante à cirurgia, e apenas uma delas radioterapia e braquiterapia.

Função geniturinária e anorretal

Pouco menos da metade das mulheres se queixou de perda acidental de urina após o tratamento para o câncer, sendo que destas a maioria relatou perda uma vez por semana ou menos além de algum desconforto na região abdominal inferior. Uma delas referiu prolapso genital e duas sensibilidade vaginal. Quase a metade das voluntárias relatou sintomas compatíveis à estenose vaginal, conforme se pode observar à tabela 3.

Cerca de um terço relatou perda intestinal, de flatos, muco ou fezes, no mês anterior à entrevista. Ao serem questionadas sobre o período de tempo sem evacuar, um terço delas referiu como tempo máximo cerca de dois a quatro dias consecutivos.

Qualidade de vida

Considerando a correspondência entre o WHOQOL-100 e o WHOQOL-BREF os resultados do diferentes domínios foram: global: 54,4% ($\pm 17,2$), físico 51,32 ($\pm 6,92$), psicológico 56,4 ($\pm 7,36$), ambiental 65,4 (± 12) e social 56,4 (± 11). Os quatro domínios foram comparados ao domínio global, sendo que os valores de correlação foram os seguintes: físico 0,581, psicológico 0,438, ambiental -0,042 e social 0,042. Apenas o domínio físico alcançou significância estatística na correlação ($p=0,023$).

Função sexual

Das sete mulheres sexualmente ativas três (42,9%) apresentavam vida sexual de regular a boa, duas (28,6%) de desfavorável a regular, uma (14,3%) de ruim a desfavorável e uma de nulo a ruim. Três mulheres (42,9%) também referiram lubrificação insuficiente durante a relação sexual. Quase um terço (28,6%) referiu dispareunia em cerca de metade das relações, enquanto que 42,9% referiu nunca sentir tal dor. Mais da metade relatou alcançar o orgasmo em cerca de metade das relações (57,1%), enquanto uma (14,3%) referiu raramente conseguir e outra jamais chegar ao clímax da relação sexual.

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi descrever as re-

Tabela 1. Características sociodemográficas de 15 mulheres tratadas por radioterapia e/ou cirurgia para câncer de colo do útero em um hospital de referência da grande Florianópolis.

Característica	WHO-QOL-bref		QS-F	
	Frequência (n=15)	(%)	Frequência (n=7)	(%)
Idade				
20-35	2	13,3	3	42,9
36-50	8	53,3	2	28,6
51-65	3	20	2	28,6
66-80	2	13,3	-	
Escolaridade				
E. fundamental	7	46,7	3	32,9
E. médio	5	33,4	2	28,6
E. superior	2	13,3	1	14,3
Analfabeta	1	6,7	1	14,3
Estado civil				
Solteira	2	13,3	-	-
Casada	7	46,7	7	100
Separada	2	13,3	-	-
Viúva	4	26,7	-	-
IMC*				
Normalidade	3	25	1	14,3
Sobrepeso	3	25	2	28,6
Obesidade moderada	5	33,3		42,9
Obesidade mórbida	1	6,7	3	
Massa corporal (após tto.)				
Não modificou	1	6,7		
Aumentou	9	60,		
Diminuiu	5	33,3		
Cansaço (após o tto.)				
Nunca	5	33,3		
Às vezes	6	40		
Sempre	4	26,7		
Ansiedade (após o tto.)				
Nunca	3	20		
Às vezes	1	6,7		
Sempre	11	73,3		

*O IMC foi mensurado em 12 participantes. **Legenda:** E.: Ensino. IMC: Índice de massa corporal. Tto.: Tratamento

percussões cinético-funcionais do tratamento cirúrgico e radioterápico sobre as funções sexual, geniturinária, anorretal e a qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer de colo uterino, correlacionando as disfunções à qualidade de vida.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer³ a idade é fator de risco, uma vez que a faixa etária compreendida entre 36 a 50 anos é a mais acometida, fato que legitima os achados deste estudo, onde mais da metade das voluntárias pertencia a este status etário.

Mais da metade das mulheres esteve acima de sua

massa corpórea ideal. Tal comportamento já foi sugerido por Akbayır, et.al. (2012)²³, em que mulheres magras possuíam risco aumentado de complicações gastrointestinais, enquanto as obesas apresentavam maior probabilidade de complicações graves da bexiga após o tratamento para o câncer.

Corroborando estudos anteriores onde houve associação entre o tempo de educação formal e os cuidados com a saúde, a minoria das voluntárias apresentou ensino superior. Montazeri (2009)²⁴ sugere que a procura por serviços de saúde aumente positivamente os indica-

Tabela 2. Características ginecológicas de 15 mulheres tratadas para câncer de colo do útero em hospital de referência da grande Florianópolis.

Característica	WHO-QOL-bref		QS-F	
	Frequência (n=15)	(%)	Frequência (n=7)	(%)
Gestações				
1 a 3	9	60		
4 a 7	4	26,7		
8 ou mais	2	13,3		
Parto Cesáreo				
Nenhum	9	60		
1 a 3	6	40		
Parto Vaginal				
Nenhum	5	33,3		
1 a 3	6	40		
4 a 7	2	13,3		
Mais de 8	2	13,3		
Exame preventivo				
Nunca	4	26,7	2	28,6
Sim, regularmente	11	73,3	4	57,1
Atividade sexual				
Não	8	53,3	1	14,3
Sim	7	46,7		
Nº de parceiros sexuais				
1 a 2	6	40		
3 a 4	5	33,3		
5 ou mais	4	26,7		
D. ginecológica prévia				
Não	12	80		
Sim	3	20		
C. ginecológica prévia				
Não	7	46,7		
Sim	8	53,3		
Tto cirúrgico				
Histec. abdominal total	8	53,3		
Histec. Total ampliada	7	46,7		
Tto adjuvante				
Apenas cirúrgico	9	60		
Radio/Braqui	3	20		
Quimio/Radio/Braqui	3	20		
Perda urinária				
Não	9	60		
Sim	6	40		
Perda intestinal				
Não			11	73,3
Sim			4	26,7
Frequência Sexual				
Menos de 1 vez na semana			1	14,3
De 1 a 3 vezes por semana			6	85,7%

D.: Doença. C.: Cirurgia. Tto.: Tratamento. Histec.: Histerectomia. Radio.: Radioterapia. Braqui.: Braquiterapia. Quimio.: Quimioterapia

Tabela 3. Queixas referentes às disfunções geniturinárias e anorretais de 15 mulheres tratadas para câncer de colo do útero em hospital de referência da grande Florianópolis.

Características	N	Frequência (%)
Perda acidental de urina		
Não	9	60,0
Sim	6	40,0
Frequência		
Nunca	9	60,0
Uma vez por semana ou menos	3	20,0
Duas ou três vezes por semana	1	6,7
Uma vez ao dia	1	6,7
Diversas vezes ao dia	1	6,7
Tipo de Incontinência Urinária		
Não presente	9	60,0
De urgência	3	20,0
Ao esforço	0	0,0
Mista	3	20,0
Perda acidental pelo reto		
Não	11	73,3
Sim	4	26,7
Perda Acidental de:		
Fezes sólidas	1	6,7
Flatus e fezes líquidas	1	6,7
Flatus e muco	1	6,7
Flatus, muco e fezes sólidas	1	6,7
Não referiu perda	11	73,2
Densconforto em região abdominal (inferior)		
Nunca	9	60,0
Ocasionalmente	2	13,3
Às vezes	3	20,0
Na maior parte do tempo	1	6,7
Sensibilidade reduzida na vagina		
Não	12	80,0
Sim	3	20,0
Estenose vaginal		
Não	8	53,3
Sim	7	46,7
Prolapso de órgãos (referido)		
Não	13	86,7
Sim	2	13,4
Constipação*		
Dois dias ou menos	8	53,3
De dois a quatro dias	5	33,3
De quatro dias a uma semana	1	6,7
Mais de uma ou duas semanas	1	6,7

*Número de dias sem evacuar no ano de 2011

dores de saúde, algo, igualmente, semelhante ao apresentado por Reis et al. (2012)²⁵. Este conjunto de dados reforça a inferência de que, de fato, o câncer de colo uterino é mais prevalente em populações com menor acesso sócio-econômico.

Hsu et al, (2009)²⁶, descrevem que 55% das mulheres realizaram exclusivamente cirurgia para o tratamento do câncer de colo uterino, enquanto que 45% delas realizaram também radioterapia. No estudo de Ruthledge e colegas (2010)¹¹, 87% das mulheres foram tratadas exclusivamente por cirurgia, enquanto que 35% delas realizaram, concomitantemente àquela, radioterapia e quimioterapia. No presente estudo, 57,1% das mulheres foram tratadas unicamente por cirurgia, o que comparado aos dados dos estudos supracitados, corrobora o fato de que a cirurgia continua sendo a principal modalidade de tratamento para o problema.

Nossos dados apontaram que metade das sobreviventes de câncer de colo uterino, após o tratamento cirúrgico da doença, apresentavam vida sexual ativa, o que consoa com os dados de Ruthledge et al (2010)¹¹. Por outro lado, o estudo de Bernardo et al (2007)²⁷ descreveu que apenas 26,4% destas mulheres eram sexualmente ativa. No entanto os autores focaram unicamente em mulheres com câncer em estágio avançado, e as voluntárias foram tratadas exclusivamente por radioterapia.

Das mulheres estudadas por Bernardo et al (2007)²⁷, 76,1% apresentou disfunção sexual. Dentre as mulheres do presente estudo quase metade relatou sintomas semelhantes à estenose vaginal e 42,9% relatou dificuldades com a lubrificação e dispareunia. O conjunto destes dados contribui para a idéia de que existam alterações negativas na função sexual feminina no pós-câncer de colo uterino, conforme já documentado por Ruthledge et al (2010)¹¹.

Quanto às queixas relatadas, Berghmark et al (1999), ao estudar 256 sobreviventes, evidenciou que apenas 26% delas apresentaram diminuição na lubrificação²⁸. No entanto, lembrando da faixa etária destas mulheres, cabe notar que a menopausa ou a proximidade desta, pode ser fator potencializados ou mesmo causador deste sintoma²⁹.

Houve abstinência sexual por parte da maioria das sobreviventes (53,4%), mas dentre estas apenas metade referiu estar satisfeita com sua vida sexual. Este fato indica uma possível relação entre a abstinência e a doença, embora deva ser comprovado e aprofundado por novos estudos. Sugere-se a utilização de instrumentos sensíveis também à sexualidade de mulheres sexualmente inativas.

Apesar da baixa prevalência em nossa amostra, houve relatos de sintomas ligados às disfunções urinárias e intestinais, dentre os quais a incontinência urinária foi o transtorno mais comum. Estes dados conso-

nam com os resultados descritos por Rutledge, et. al. (2010)¹¹, onde sobreviventes de câncer ginecológico foram mais propensas a relatar sintomas como incontinência fecal e urinária, sendo o transtorno do assoalho pélvico, o mais comumente verificado.

A incidência das disfunções sexuais após cirurgias uroginecológicas ainda não é bem conhecida, sendo limitada a abordagem temática: Rosenbaum et al (2011)³⁰ descreve que, cirurgias que de alguma forma afetem o assoalho pélvico, podem vir a causar dispareunia, encurtamento e estreitamento vaginal como efeitos secundários. Os autores atestam que a fisioterapia possui modalidades de tratamento para aumentar a força muscular, melhorar a mobilidade dos tecidos e aumentar a circulação local, diminuindo as complicações relacionadas à saúde sexual decorrentes deste tipo de cirurgia.

A administração de questionários genéricos de qualidade de vida é viável e bem aceita em populações com cânceres ginecológicos³¹. Considerando os valores das médias em relação aos valores máximos possíveis, no instrumento WHOQOL-Bref, observou-se que, de forma geral, as pacientes avaliaram positivamente a sua qualidade de vida. Observou-se, todavia, que o domínio físico foi o mais comprometido, perfazendo a média mais baixa. O fato de apenas este domínio ter apresentado correlação ao domínio global, permite afirmar, para este estudo, que os problemas físicos foram os responsáveis pelo impacto negativo do tratamento do câncer sobre os escores de qualidade de vida destas mulheres.

Por fim, o domínio que alcançou maior escore foi o ambiental, o qual envolvia questões como transporte, segurança física, recursos financeiros, acesso aos serviços de saúde, condições de moradia, atividades de lazer, oportunidade de novas informações e o ambiente físico.

Conforme estudos prévios, a prioridade histórica no tratamento oncológico era o controle do tumor, no entanto, nas últimas duas décadas é cada vez mais valorizada a qualidade de vida, o bem estar e os resultados, a longo prazo, dos tratamentos^{7,24}. Sobre esta temática, Bradley, et. al. (2006)³², avaliou a qualidade de vida e o humor de 241 sobreviventes de câncer de colo do útero e endométrio. Os autores encontraram traços de ansiedade, raiva e confusão significativamente maiores no grupo de sobreviventes quando comparadas ao grupo controle, sendo os níveis de depressão e transtor-

no de humor maior em sobreviventes solteiras e desempregadas. Conforme a literatura registra, a dor tumoral pode causar desconforto físico^{33,34} e sofrimento^{36,37}, que podem impactar negativamente a qualidade de vida, especialmente quando associadas à fatores econômicos, emocionais, sexuais, de imagem corporal, quadros de fadiga³⁸, períodos de stress, ao diagnóstico da doença em si, aos efeitos colaterais do tratamento e ao desconforto físico³⁴.

Novas evidências indicam que sobreviventes de câncer que realizaram exercícios físicos de baixa intensidade experimentaram numerosos benefícios, incluindo o aumento da capacidade funcional, a melhor qualidade de vida^{34,35}, além de diminuição nos quadros de depressão e ansiedade³⁶.

Entende-se que o presente estudo apresentou como limitações especialmente o tamanho amostral e a sensibilidade do instrumento para avaliação da função sexual das sobreviventes de câncer de colo uterino, de modo que se sugere a utilização de instrumentos testados e validados para este público.

CONCLUSÃO

A principal repercussão do tratamento cirúrgico na qualidade de vida destas mulheres ocorreu no domínio físico, não havendo significância estatística entre os outros agrupamentos quando comparado com o domínio global. Sendo o domínio físico o mais alterado, foi possível observar as maiores deficiências apresentadas pelo grupo como sendo a dor, a dependência de tratamentos clínicos, a locomoção, a qualidade do sono e a fadiga – esta última representada pela falta de energia que estas mulheres possuíam no dia-a-dia, para o trabalho e no desempenho de outras atividades. Quanto às disfunções, as alterações mais significativas estiveram nos domínios da lubrificação, orgasmo e dor.

Quão maior é o sucesso no tratamento do câncer, maior é o número de sobreviventes. Deste modo a persistência de sequelas cinético-funcionais, que impactam negativamente a qualidade de vida no pós-tratamento do câncer de colo uterino, exige atenção e cuidado. A fisioterapia, que possui ferramentas para o manejo destas disfunções, preenche a lacuna terapêutica e viabiliza a minimização dos efeitos deletérios secundários ao tratamento deste tipo de câncer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Linard AG, Silva FAD, Silva R. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino: percepção de como enfrentam a realidade. *Rev. bras. cancerol.* 2002;48(4):493-8.
2. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Falando sobre câncer do colo do útero. Inca. 2002:1-71.
3. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil. 2012:1-120.

4. Neto AF, Ribalta JCL, Focchi J, Baracat E. Avaliação dos Métodos Empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino do Ministério da Saúde. *Rev. bras. ginecol. obstet.* 2001;23(4):209-15.
5. Frigato S, Hoga L. Assistência à mulher com câncer de colo uterino : o papel da enfermagem. *Rev. bras. cancerol.* 2003;49(4):209-14.
6. Tozo IM, et al. Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia para o tratamento do leiomioma uterino. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(10):503-7.
7. Silva CHD & Derchain SFM. Qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico - revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2006;52(1):33-47.
8. Bodurka DC & Sun CC. Sexual Function after Gynecologic Cancer. *Obstet Gynecol Clin N Am* 33 (2006) 621-630.
9. Noronha AF. Avaliação das repercussões do tratamento para câncer invasor do colo uterino no assoalho pélvico. Dissertação de Mestrado. São Paulo, 2007.
10. Silva MPP, et al. Métodos Avaliativos para Estenose Vaginal Pós-Radioterapia. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2010;56(1):71-83.
11. Rutledge TL, Heckman SR, Qualls C, Muller CY, Rogers R. Pelvic floor disorders and sexual function in gynecologic cancer survivors: a cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(5):514.e1-7.
12. Jorge LLR, Silva S. Evaluation of the quality of life of gynecological cancer patients submitted to antineoplastic chemotherapy. *Rev Lat-am Enfermagem.* 2010;18(5):849-855.
13. Fernandes WC, Kimura M. Health related quality of life of women with cervical cancer. *Rev Lat-am Enfermagem.* 2010;18(3):360-7.
14. Ashton-Miller JA, DeLancey JOL. Functional anatomy of the female pelvic floor. *Ann N Y Acad Sci.* 2007 Apr;1101:266-96. Epub 2007 Apr 7.
15. Berghmans LCM, Bø K, Bernards N, Gruppings-Morel M, Bluysen N, Hendriks E, Ierland MJ, Raadgers M, D'Ancona CAL, Tamanini JT, Palma P, Netto JR NR. Clinical practice guidelines for the physical therapy of patients with stress urinary incontinence. *Urodinâmica e uroginecologia*, v.6 n.1 p.1-14, 2003.
16. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref." *Rev. saúde publica.* 2000;34(2):178-83.
17. Orley J, Power M, Kuyken W, Sartorius N, Bullinger M, Harper A. WHOQOL-Bref: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. 1996:1-17.
18. Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual- versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Revista Brasileira de Medicina.* 2006;63(9):477-82.
19. Tamanini JTN et.al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF). *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(3): 438-44.
20. Barbosa JMM. Avaliação da qualidade de vida e das estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal. Tese de doutorado, UFMG 2006.
21. Domansky RC & Santos VLCG. Cross Cultural Adaptation and validation of The Bowel function in the community tool to Brazil. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(Spe):1112-27
22. Tamanini JTN, Almeida FG et.al. The portuguese validation of the international consultation on incontinence questionnaire- vaginal symptoms (ICIQ-VS) for brazilian women with pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2008; 19 (10):1385-92
23. Akbayır O, Corbacioglu Esmer A, Numanoglu C, et al. Influence of body mass index on clinicopathologic features, surgical morbidity and outcome in patients with endometrial cancer. *Arch Gynecol Obstet.* 2012 Jun 24. [Epub ahead of print]
24. Montazeri A. Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of the literature from 1982 to 2008. *Health qual life out.* 2009;7:102-23.
25. Reis N, Bebis H, Kose S, et al. Knowledge, behavior and beliefs related to cervical cancer and screening among Turkish women.. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012;13(4):1463-70.
26. Hsu WC, Chung N, Chen Y, et al. Comparison of surgery or radiotherapy on complications and quality of life in patients with the stage IB and IIA uterine cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, Volume 115, Issue 1, October 2009, Pages 41-45
27. Bernardo BC, Lorenzato FRB, Figueiroa JN, et al. Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2007:29,85-90.
28. Bergmark K, Lundqvist EA, Dickman PW, et al. Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *The New England Journal of Medicine.* 1999;340(18):1383-9
29. Abdo CH, Oliveira WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of brazilian women: results of the Brazilian study behavior (BSSB). *Int J Impot Res.* 2004;16:160-6.

30. Rosembaum TY. Pelvic floor physiotherapy for women with urogenital dysfunction: indications and methods. *Minerva Urol e Nefrol.* 2011;63(1):101-07.
31. Greimel ER, Kuljanic Vlasic K, Waldenstrom AC, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality-of-Life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ-CX24. *Cancer.* 2006 Oct 15;107(8):1812-22.
32. Bradley S, Rose S, Lutgendorf S. Quality of life and mental health in cervical and endometrial cancer survivors. *Gynecol oncol.* 2006;100(3):2006.
33. Machado SM, Sawada N. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):750-7.
34. Tang MF, Liou TH, Lin C. Improving sleep quality for cancer patients: benefits of a home-based exercise intervention. *Supportive care cancer.* 2009;18(10):1329-1339.
35. Ferrer RA, Huedo-Medina TB, Johnson BT, Ryan S, Pescatello L. Exercise interventions for cancer survivors: A meta-analysis of quality of life outcomes. *Annals of behavioral medicine.* 2011;41(1):32-47
36. Brown JC, Huedo-Medina TB, Pescatello LS, et al. Efficacy of exercise interventions in modulating cancer-related fatigue among adult cancer survivors: a meta-analysis. *Cancer epidemiol biomarkers prev.* 2011;20(1):123-33.
37. Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow G. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *The oncologist.* 2007;12(1):4-10.
38. Torres P, Irrarrázaval E, Fasce G, Urrejola R, Pierotic M, León H, Mcconell Y, Urrejola L, Paula J, Yudin T, Carmona L, Duijndam I, Badínez L. Calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino: Experiencia falp. *Rev. chil obstet ginecol.* 2010;75(6):383-389.
39. Data-SUS. Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Brasil. Internações segundo Região. Sistema de Informações. Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2011. 2010.