



Qualidade de Vida no Cancro do Colo do Útero: Um Estudo com Mulheres da Amazónia em Tratamento

Inês Marques

UMinho | 2019

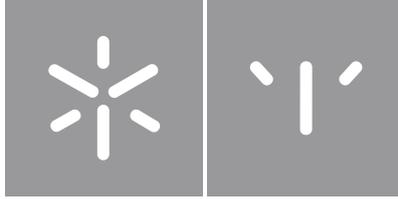


Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Inês Antunes Marques

Qualidade de Vida no Cancro do Colo do Útero: Um Estudo com Mulheres da Amazónia em Tratamento

junho de 2019



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Inês Antunes Marques

Qualidade de Vida no Cancro do Colo do Útero: Um Estudo com Mulheres da Amazónia em Tratamento

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Maria da Graça Pereira Alves

Despacho RT - 31 /2019 - Anexo 3

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



**Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimentos

Ao longo desta caminhada, foram várias as pessoas que se cruzaram comigo e que me acompanharam. São a essas as pessoas a quem quero agradecer. Não só por terem caminhado comigo, mas, acima de tudo, por me terem permitido crescer e por contribuírem para a pessoa que sou hoje.

Agradeço à Professora Doutora Maria da Graça Pereira pela orientação e, em especial, à sua exigência que me punha a prova todas as semanas! Muito obrigada pelo voto de confiança e apoio.

Agradeço aos meus pais por todo o apoio e por me fazerem acreditar que, com esforço, tudo é possível. Por quererem sempre o melhor do mundo para mim e por todo o amor e carinho que dão todos os dias.

Agradeço à minha família por toda a ajuda e por estarem ao meu lado em todos os momentos. Em especial aos meus tios que me receberam sempre com amor, um sorriso e uma palavra de aconchego.

Agradeço ao grupo de Investigação de Saúde Familiar & Doença pela partilha de conhecimentos e entreajuda. Em especial à Marta por toda a sua amabilidade e ensinamentos.

Agradeço à Rosana por toda a disponibilidade, paciência e ajuda e por ter acreditado em mim desde o início até ao fim.

Agradeço ao João por estar sempre ao meu lado. Sempre pronto para me ouvir, mesmo nos momentos mais difíceis. Agradeço pelo companheirismo e por acreditar sempre de que era capaz.

Agradeço aos meus amigos por estarem sempre prontos para me ouvir e ajudar. Por todos sorrisos e alegrias.

Agradeço à Paula e à Inês por todas as alegrias, por todo o apoio incondicional e por estarem sempre comigo, longe ou perto.

O meu enorme e sincero Obrigada!

Despacho RT - 31 /2019 - Anexo 4

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Braga, 04 de junho de 2019

João Antunes Marques

Resumo

O Cancro do Colo do Útero remete para uma neoplasia maligna feminina, precedido por alterações celulares em que células alteradas invadem o tecido do colo do útero, afetando um elevado número de mulheres a nível mundial tendo grande impacto na Qualidade de Vida. Este estudo procura identificar variáveis que contribuem e moderam a Qualidade de Vida. A amostra é constituída por 119 mulheres do estado de Amazonas (Brasil), em fase de tratamento, avaliadas ao nível da morbilidade psicológica, representações da doença, imagem corporal, sintomas específicos, espiritualidade e Qualidade de Vida. Os resultados revelaram que a experiência de sintomas derivados da doença e elevada morbilidade psicológica contribuem negativamente para a Qualidade de Vida. Ao nível da espiritualidade, a reflexão e interpretação positiva moderou a relação entre as representações da doença e a Qualidade de Vida. Assim, torna-se importante intervir psicologicamente durante o tratamento de forma a diminuir a morbilidade psicológica, promover o desenvolvimento de crenças menos ameaçadoras da doença e reconhecer o importante papel da espiritualidade, contribuindo para a promoção da Qualidade de Vida de mulheres com Cancro do Colo do Útero.

Palavras-chave: cancro colo do útero, espiritualidade, morbilidade psicológica, qualidade de vida, representações da doença

Abstract

Cervical cancer refers to gynecological neoplasia, preceded by a change of cells that alter the tissue of the cervix, affecting a large number of women worldwide with a strong impact on Quality of Life. This study aims to identify the variables that contribute to and moderate the Quality of Life. The sample consists of 119 women from the state of Amazonas (Brazil) with the cervical cancer, in a treatment phase, which were evaluated at level of anxiety and depression, illness perceptions, body image, specific symptoms, spirituality and quality of life. The results revealed that the presence of symptoms of the disease and high levels of anxiety and depression contributed negatively to the Quality of Life. Regarding spirituality, the reflection and positive interpretation moderated the relationship between the illness perception and Quality of Life. Thus, it is important to intervene psychologically during the treatment in order to reduce psychological morbidity, promote the development of less threatening illness beliefs and recognize the important role of spirituality, contributing to the promotion of the quality of life of women with cervical cancer.

Key words: anxiety, cervical cancer, depression, illness perception, quality of life, spirituality

Índice

Qualidade de Vida no Cancro do Colo do Útero: Um Estudo com Mulheres da Amazónia em Tratamento	8
Metodologia.....	15
Objetivos e Hipóteses	15
Participantes	16
Instrumentos	16
Procedimento	18
Análise de Dados.....	18
Resultados	19
Descrição da Amostra.....	19
Hipóteses	19
Discussão.....	25
Limitações e Implicações Futuras	27
Conclusão	27
Referências	29
ANEXOS.....	36

Índice de Tabelas

Tabela 1 Características Sociodemográficas e Clínicas da Amostra.....	22
Tabela 2 Relação entre Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e Psicológicas.....	23
Tabela 3 Variáveis que Contribuem para a Qualidade de Vida.....	24

Índice de Figuras

Figura 1 Papel moderador da reflexão e interpretação positiva da doença na relação entre a representação da doença e a qualidade de vida.....	21
---	----

QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES AMAZÓNICAS

Qualidade de Vida no Cancro do Colo do Útero: Um Estudo com Mulheres da Amazônia em Tratamento

Em 2012, surgiram cerca de 14,1 milhões de novos casos de cancro no mundo. Mundialmente, o Cancro do Colo do Útero (CCU) é o sétimo mais comum, sendo o quarto mais frequente na população feminina, com maior prevalência deste tipo de cancro em países menos desenvolvidos (Ferlay et al., 2014). Segundo a *American Cancer Society* (2018) prevê-se que, em 2018, surjam cerca de 13 000 novos casos de CCU nos Estados Unidos da América e que este seja responsável por aproximadamente 5000 mortes.

No Brasil, estima-se o aparecimento de cerca de 16 000 novos casos de CCU para o ano de 2018, afetando assim cerca de 15 em cada 100 000 mulheres. Este é o terceiro tipo de cancro mais comum no país e o segundo mais comum nas mulheres (Instituto Nacional de Cancro, 2017). No estado de Amazonas, para os anos de 2018/2019, prevê-se cerca de 1680 novos casos de CCU sendo este tipo de cancro o mais frequente entre o ano de 2010 e 2016 (Instituto Nacional de Cancro, 2017). Com base nos dados da Fundação Centro de Controlo do Cancro do Estado de Amazonas [FCECON], em 2017, o Amazonas foi considerado o estado com o maior número de casos e com maior mortalidade devido ao CCU (FCECON, 2017). Este facto pode ser explicado pelo difícil acesso que as mulheres têm ao exame ginecológico preventivo (exame Papanicolau) e ao diagnóstico em estádios avançados da doença (Teixeira, 2015).

O CCU remete para uma neoplasia maligna feminina, sendo precedido por alterações celulares (displasias) em que as células alteradas invadem o tecido do colo do útero. Em fases iniciais pode ser assintomático, podendo invadir outros órgãos e estruturas. Em fases mais avançadas, pode causar sintomas como: hemorragia vaginal anormal (entre períodos menstruais reguladores, após relações sexuais e/ou após a menopausa), dor pélvica e dispareunia (dor durante ou após o ato sexual) (Marth et al., 2017).

A infeção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) foi considerado o principal fator de risco para o desenvolvimento de CCU, uma vez que este vírus se transmite por contacto sexual com o parceiro infetado (Frigato & Hoga, 2003). No entanto, a presença do vírus de HPV não está diretamente associado ao desenvolvimento de CCU uma vez que a maioria das infeções são de curta duração. Segundo a *World Health Organisation* [WHO] (2016), no caso da infeção ser de longa duração, apenas uma baixa percentagem evolui para cancro. Nem todos os tipos de HPV são considerados de alto risco para o desenvolvimento de CCU. Os tipos 16 e 18 de HPV são os que estão mais associados ao desenvolvimento deste tipo de cancro (WHO, 2016). O desenvolvimento do CCU, precedido por infeção por HPV, segue

QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES AMAZÓNICAS

um conjunto de etapas. Inicialmente surge uma infecção devido ao HPV que, persistindo ao longo do tempo, pode levar à progressão de células infeciosas e, conseqüentemente, ao surgimento de uma lesão pré-cancerígena e, por fim, ao aparecimento de CCU (WHO, 2016).

Reconhecem-se outros fatores de risco para o desenvolvimento desta doença como fatores socioeconómicos, ambientais e hábitos de vida. Inclui-se nos hábitos de vida aspetos a pluralidade de parceiros sexuais, o tabagismo, hábitos inadequados de higiene e o uso prolongado de contraceptivos orais (Frigato & Hoga, 2003). A idade é também considerada um fator de risco sendo que, com o avançar da idade, aumenta o risco de desenvolver este tipo de cancro, nomeadamente a partir dos 40 anos. A paridade (número de partos) e a idade precoce da primeira relação sexual são também considerados fatores de risco (WHO, 2016). Atualmente, a primeira relação sexual ocorre mais cedo, podendo ter impacto no aumento da prevalência de infeções do HPV. Este aspeto pode ser confirmado no Amazonas, uma vez que as mulheres dessa região apresentam maior prevalência de lesões do HPV na idade adulta (Noé, Trindade, & Dexheimer, 2018).

O diagnóstico deste tipo de cancro é feito com recurso a um exame citopatológico, mais conhecido por Papanicolau. Este exame identifica a presença de infecção de HPV e da existência de células anómalas. Se o resultado do exame for positivo, recorre-se também a uma colposcopia e/ou a uma biópsia (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016).

Após o diagnóstico, é essencial estabelecer em que estágio da doença a paciente se encontra. O estágio é clinicamente determinado com base no tamanho, na sua extensão para a pélvis, no envolvimento vaginal do tumor e também na distância das metástases (Marth et al., 2017).

Segundo a classificação da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) (2009) existem cinco estádios do CCU. O estágio 0 remete para o cancro *in situ*, isto é, o cancro está confinado à camada celular que reveste o colo do útero. O estágio I está presente quando o cancro está confinado apenas ao colo do útero. O estágio II remete para quando o cancro se estende além do colo do útero, começando a envolver ligeiramente a vagina, mas não atinge a parede lateral pélvica. No estágio III, o cancro já está estendido na parede pélvica e envolve uma parte da vagina. O último estágio, estágio IV, é caracterizado pela existência de metástases à distância (e.g. reto, bexiga).

Segundo Yang, Liu, Wang, Wang e Wang (2014), pacientes no estágio II têm níveis de ansiedade mais elevados do que no estágio I, III e IV uma vez que as pacientes que estão em estádios mais avançados sofrem mais e, por consequência, ou recebem mais apoio das pessoas que os rodeiam ou

QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES AMAZÓNICAS

porque os médicos não revelam a gravidade da condição de saúde ao paciente, informando apenas a família.

O CCU é um dos poucos cancros em que o estágio precursor está presente, isto é, antes de se transformar em cancro invasivo, verifica-se, ao longo de alguns anos, uma alteração das células epiteliais da zona do colo do útero (WHO, 2016). Assim, é possível detetar e tratar precocemente estas lesões, podendo evitar o desenvolvimento de CCU. A escolha do tipo de tratamento deve ter em conta o histórico de lesões, a certeza no diagnóstico, o resultado do teste de HPV, do resultado do exame histológico (biópsia) e, ainda, na possibilidade de seguimento após o fim do tratamento (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2014).

Segundo a Liga Portuguesa Contra o Cancro (2018), o tratamento a realizar vai depender da dimensão e disseminação do tumor e ainda da intenção da mulher engravidar ou não. A nível de tratamentos possíveis, as mulheres com CCU podem recorrer a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, radioterapia com quimioterapia ou a uma combinação dos três métodos (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2018).

A cirurgia tem como objetivo tratar o cancro no local, sendo que a maioria das mulheres com CCU em estádios precoces são submetidas a cirurgia para remover o colo do útero (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2018). Em situações mais avançadas poderá ser necessário remover também o útero (histerectomia total) ou remover o útero, colo do útero e parte da vagina (histerectomia radical). Quando a cirurgia não é possível pode-se recorrer à radioterapia. Esta modalidade de tratamento consiste em utilizar raios de elevada energia para eliminar as células cancerígenas, podendo ser utilizado de forma individual ou em simultâneo com a quimioterapia. Recorre-se à radioterapia com quimioterapia quando o cancro já se disseminou (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2018). Em situações em que o cancro atinge órgãos distantes, recorre-se unicamente à radioterapia ou então à quimioterapia. A quimioterapia é um tratamento intravenoso com recurso a fármacos anti-neoplásicos que afeta todas as células do corpo, eliminando as células cancerígenas (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2018). Além destas modalidades de tratamento, as mulheres podem também recorrer a medicação com o objetivo de controlar a dor, atenuar os efeitos dos tratamentos e reduzir os problemas emocionais (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2018).

Os tratamentos para o CCU, como a radioterapia ou a quimioterapia, podem causar diversos problemas à paciente, sendo que a ansiedade, a depressão e a fadiga são os mais comuns (Pahwa, Babu, & Bhatnagar, 2005). Desta forma, o tratamento pode provocar alterações a nível social, físico e

emocional da mulher com CCU e, por consequência, comprometer a sua qualidade de vida (QV) (Tax, Steenbergen, Zusterzeel, Bekkers, & Rovers, 2017).

Os efeitos colaterais da quimioterapia são náuseas, vômitos, diarreia, constipação, mudanças de peso e alterações hormonais (Fernandes & Kimura, 2010). As pacientes reportam também sintomas severos da menopausa, linfedema e problemas no funcionamento sexual e vaginal (Park et al., 2007). Num estudo de Sawada et al. (2009) pacientes que recorrem a quimioterapia afirmam que os sintomas mais comuns são insônia, dor, fadiga, perda de apetite, dispneia, náuseas e vômitos. A radioterapia pode causar efeitos nos tecidos, nervos e vasos sanguíneos vaginais, podendo levar ao desenvolvimento de problemas a nível sexual (Galbraith & Crighton, 2008; Aerts et al., 2012).

Quando se recorre à cirurgia surgem danos secundários (Fernandes & Kimura, 2010). Após a cirurgia pode ocorrer uma alteração da imagem corporal da mulher (Gómez-campelo, Bragado-álvarez, & Hernández-lloreda, 2014). De acordo com um estudo de Heinzler et al. (2018) os tratamentos para o CCU tem impacto negativo na imagem corporal da mulher e, conseqüentemente, na sua QV (Pfaendler, Wenzel, Mechanic, & Penner, 2015).

Existem ainda estudos que revelam que pacientes que sofrem de cancros ginecológicos e recebem a primeira terapia à base de radiação apresentam elevados níveis de ansiedade e depressão (National Institutes of Health State-of-the-Science Panel, 2003). Segundo Bae e Park (2016), os níveis de depressão são mais elevados em indivíduos que recebem quimioterapia concomitante do que em indivíduos que realizam cirurgia ou radioterapia. Através da comparação dos níveis de ansiedade e depressão antes e depois do tratamento foi possível perceber que as pacientes com CCU apresentavam níveis mais elevados de morbidade psicológica após a realização do tratamento (Kaur, Agnihotri, Das, Rai, & Sandhya, 2017).

A morbidade psicológica não está apenas presente ao longo da realização dos tratamentos para o CCU. O momento do diagnóstico de cancro pode também provocar ansiedade e pânico (O'Connor et al., 2016). Um resultado anormal num exame citológico ou na colposcopia está associado a ansiedade e a mudanças em determinados fatores psicossociais da QV. Num estudo de Markovic-Denic, Popovac, Djuric, Perisic e Rakic (2017), mulheres que recebem um resultado anormal no exame Papanicolau têm ansiedade mais elevada do que mulheres que têm resultados normais. Contudo, antes de conhecerem o resultado do exame, percecionavam igual risco de vir a desenvolver cancro. Receber um resultado positivo de diagnóstico de CCU está também associado a distress psicológico (Isaka, Inada, Hiranuma, & Ichikawa, 2017).

QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES AMAZÓNICAS

Um estudo de O'Connor et al. (2016) refere que nos doze meses seguintes à realização da colposcopia, a ansiedade permanece idêntica. De acordo com Yang et al. (2014), mulheres com CCU, apresentam ansiedade e depressão no momento do diagnóstico e, após quatro a seis meses do diagnóstico, estes valores tendem a continuar elevados.

Os pacientes com CCU num estágio mais avançado da doença experimentam níveis de depressão mais elevados do que indivíduos em estádios mais prévios da doença (Isaka et al., 2017). A presença de morbilidade psicológica pode afetar a QV da paciente uma vez que a QV pode ser afetada negativamente pela depressão, ansiedade e distress psicológico (Sekse, Råheim, Blåka, & Gjengedal, 2012).

Um outro aspeto que parece estar relacionado com a QV de pacientes com cancro é a espiritualidade uma vez que está associada ao bem-estar elevado pois fornece significado, reduz o auto *focus* e a preocupação (Garssen, Uwland-Sikkema, & Visser, 2015) A espiritualidade contribui para a diminuição de ansiedade e depressão (Whitford, Olver, & Peterson, 2008). De acordo com Balboni et al. (2010) o bem-estar espiritual está associado a níveis mais reduzidos de sofrimento psicológico, como depressão, falta de esperança e ideação suicida em indivíduos doentes. Estes resultados são também confirmados pelo estudo de Chaar et al. (2018) uma vez que este revela que a presença de ansiedade e depressão está negativamente associado com a espiritualidade.

A espiritualidade pode ser vista como uma estratégia de *coping* utilizada em situações adversas (e.g. doença) e também como uma estratégia para atribuir novos significados e reorganizar as suas experiências (Melo, Sampaio, Souza, & Pinto, 2015). A espiritualidade parece fornecer uma certa "*proteção contra o desespero do fim de vida dos pacientes com cancro*" (Johnson et al., 2007).

Segundo uma revisão da literatura de Melo, Sampaio, Souza e Pinto (2015) é possível identificar uma relação positiva entre espiritualidade e QV. Estes resultados são também corroborados por Johnson et al. (2007) que refere que o bem-estar espiritual está associado positivamente com a QV. Desta forma torna-se relevante estudar o papel moderador da espiritualidade (Reutter & Bigatti, 2014) uma vez que esta pode ser reconhecida como uma estratégia de *coping* (Garssen et al., 2015) com impacto na QV (Whitford et al., 2008).

As representações que o indivíduo desenvolve acerca da sua doença parecem também estar relacionadas com a sua QV. Segundo Petrie e Weinman (2006) as representações que as pessoas

QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES AMAZÓNICAS

desenvolvem acerca da sua saúde/doença afetará aspetos fisiológicos, psicológicos ou psicossociais das suas vidas mas também afetará o curso da doença e a sua QV.

A forma como o indivíduo percebe a sua doença e as respetivas complicações pode causar dificuldades na perceção que o mesmo tem acerca da sua doença e na adesão ao tratamento (Chew, Shariff-Ghazali, & Fernandez, 2014). A representação da doença que o paciente desenvolve, irá afetar o curso da doença, as estratégias de *coping* a utilizar para enfrentar a doença e pode levar ao desenvolvimento de uma psicopatologia (Okanli, Karabulutlu, Karakaş, Altun, & Yildirim, 2018).

Segundo o Modelo de Autorregulação do Comportamento de Leventhal, após o diagnóstico de uma doença, os pacientes desenvolvem um conjunto de crenças sobre o seu estado de saúde. O comportamento de resposta à doença, vai depender das perceções que o mesmo tem acerca da doença (Leventhal & Cameron, 1987). É através desta representação cognitiva que o indivíduo dá sentido ao problema e, conseqüentemente, influencia as estratégias a escolher para lidar com a doença.

Uma investigação de Saritas e Özdemir (2018) demonstrou a presença de uma correlação positiva entre a ansiedade e a perceção que o doente tem acerca da doença. Este estudo refere que a ansiedade aumenta quando há maior perceção dos sintomas e das conseqüências da doença.

Pacientes com cancro ginecológico apresentam perceções mais ameaçadoras da doença que afetam negativamente a QV (Tsai, Lee, Wang, Tsay, & Tsai, 2018). A forma como o indivíduo interpreta e lida com a doença e a escolha de estratégias de *coping* irá depender da representação que o mesmo tem acerca da doença (Büssing & Surzykiewicz, 2015). Estudos referem que a espiritualidade pode influenciar o processo cognitivo de procura e utilização de estratégias para lidar com a doença (Büssing & Fischer, 2009). Desta forma, a espiritualidade pode influenciar a forma como o indivíduo vê a doença (Büssing & Fischer, 2009) e, por conseqüência, ter impacto na sua QV (Visser, Garssen, & Vingerhoets, 2010; Garssen, Uwland-Sikkema, & Visser, 2015).

A elevada taxa de incidência e mortalidade devido a CCU pode ser explicada devido às características territoriais do Amazonas. Segundo o Instituto Nacional de Estatística [INE] (2016), o Amazonas é caracterizado pela sua grande extensão territorial e por possuir a maior bacia hidrográfica do mundo tendo assim grande parte do seu território composto por municípios ribeirinhos, em que o acesso é exclusivamente fluvial (Confalonieri, 2005). Esta característica particular constitui um problema para os habitantes deste estado uma vez que, o principal meio de transporte são os barcos e, tanto o

QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES AMAZÓNICAS

transporte de pessoas como de mercadorias, irá depender do nível médio das águas do rio (cheias ou vazantes/secas), condicionando assim a duração da viagem (Scherer, 2004).

Esta peculiaridade do Amazonas provoca dificuldades para os seus habitantes, principalmente a nível do acesso à educação. A nível educacional muitas escolas têm instalações inapropriadas (Scherer, 2004) e estão localizadas em comunidades onde há maior concentração demográfica o que implica que quem vive em comunidades mais pequenas terá de se deslocar. Como grande parte das deslocações que ocorrem no Amazonas são através do rio, estas são afetadas pela variação dos níveis médios das águas e, por consequência, podem não conseguir chegar a tempo das aulas ou podem mesmo não conseguir ir. Estes determinantes afetam o nível de escolarização dos habitantes do Estado Amazonense. Em 2016, obteve-se uma taxa de analfabetismo de 7,5% em adultos com 18 anos ou mais, de 13,5% em indivíduos com 40 ou mais anos e de 22,4% em pessoas com ou mais de 60 anos (INE, 2016).

O acesso à saúde também é afetado uma vez que como nas zonas rurais não existe assistência médica, os habitantes necessitam de se deslocar aos postos de saúde situados nas sedes dos municípios (Scherer, 2004). Como a sua deslocação é feita através de barcos, esta pode ser condicionada pelo nível médio das águas do rio. A longa distância e o excessivo e indeterminado tempo de viagem podem ser prejudiciais para a saúde dos amazonenses.

Desta forma, o Amazonas pode ser caracterizada como uma zona isolada em que os acessos aos serviços de saúde e educação estão dependentes das condições atmosféricas, da disponibilidade dos profissionais e das infraestruturas (Monteiro, 2014). Estas dificuldades e a falta de conhecimento acerca do vírus do HPV, da própria doença em si e dos métodos de rastreio, trás consequências para os habitantes deste estado, levando a que apresentem um elevado risco de desenvolver CCU e/ou de diagnosticar a doença em estádios mais avançados (Oliveira, Gonçalves, & Pires, 2011).

Assim, perante estas dificuldades, a falta de conhecimento sobre a doença e a elevada prevalência do CCU neste estado, é importante aumentar o conhecimento acerca da doença, das causas e dos métodos de diagnósticos com o objetivo de se evitar o diagnóstico da presença do vírus HPV ou de CCU e/ou, pelo menos, realizar o diagnóstico numa fase mais precoce da doença podendo evitar complicações mais graves para a paciente.

O presente estudo avalia o papel moderador da espiritualidade, colmatando assim uma lacuna na literatura pois existem poucos estudos, particularmente em mulheres a realizar tratamento para o

CCU. Este estudo pretende também perceber de que forma o CCU influencia a Qualidade de Vida da mulher no sentido de adequar as intervenções às necessidades das pacientes.

Este estudo baseou-se na 2^a e 3^a fase do Modelo de Adaptação Psicossocial à Doença Crónica de Livneh (2001). Segundo este modelo, o processo de adaptação à doença decorre ao longo de três fases. A primeira fase, os antecedentes, inclui os acontecimentos despoletadores e as variáveis contextuais. Na fase seguinte, processo de adaptação e ajustamento, o modelo integra a relação bidirecional entre as reações e repostas no início da condição (ansiedade e depressão) e as variáveis contextuais. As variáveis contextuais podem estar relacionadas com a própria doença (estadiamento da doença, modalidade de tratamento), com características sociodemográficas (idade, escolaridade, estatuto marital), com características ambientais e características relacionadas com traços de personalidade e atributos psicológicos (representações sobre a doença, espiritualidade). A última fase, resultados psicossociais, refere-se à QV que, no presente estudo, é avaliada em mulheres com CCU a realizar tratamento.

Metodologia

Objetivos e Hipóteses

O presente estudo teve como objetivo principal avaliar a morbilidade psicológica, a espiritualidade, a representação da doença e a QV em mulheres portadoras de CCU a realizar tratamento e avaliar as relações entre as variáveis anteriormente referidas.

Estabeleceram-se também como objetivos: 1) conhecer as relações que existem entre as diferentes variáveis; 2) conhecer as variáveis que contribuem para a QV das pacientes; 3) analisar o papel moderador da espiritualidade na relação entre a representação da doença e a QV nas pacientes.

Assim, de forma a operacionalizar os objetivos propostos, colocou-se as seguintes hipóteses: H1: Espera-se que a espiritualidade se correlacione negativamente com a morbilidade psicológica e que mais morbilidade psicológica, representações ameaçadoras da doença, maior experiência de sintomas, pior imagem corporal, presença de linfedema, neuropatia periférica, sintomas de menopausa e preocupação sexual se associem negativamente com a QV; H2: Espera-se que quanto mais precoce ocorrer a 1^o relação sexual, elevado número de parceiros (último ano), pior imagem corporal, presença/experiência de mais sintomas específicos da doença, representações ameaçadoras acerca da doença, presença de ansiedade e depressão, presença de linfedema, de neuropatia periférica, de sintomas de menopausa e maior preocupação sexual contribua para pior QV; H3: Espera-se que a

espiritualidade (reflexão e interpretação positiva da doença e apoio espiritual) modere a relação entre a representação da doença e a QV nas pacientes.

Participantes

A amostra do estudo foi constituída por 119 mulheres do estado do Amazonas (Brasil) diagnosticadas com CCU em fase de tratamento (cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia). Esta amostra foi recolhida na Fundação Centro de Controlo do Cancro do Estado de Amazonas (FCECON). Os critérios de inclusão na amostra incluíam mulheres com idade superior a 18 anos, com diagnóstico de CCU, submetidas a cirurgia e/ou tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia. Como critérios de exclusão definiu-se a presença de doenças psiquiátricas graves (DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - esquizofrenia, perturbações esquizotípicas e perturbações delirantes) e ser de etnia indígena.

As pacientes que cumpriam os critérios de inclusão foram selecionadas aleatoriamente, por enfermeiras, uma vez que não foram entrevistadas todas as pacientes de radioterapia/quimioterapia que teriam consulta naquele dia e o processo de recolha ocorreu em dias da semana alternados.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Clínico. Avalia variáveis sociodemográficas (e.g. idade, género, escolaridade, estado civil, ocupação, classe social, composição familiar e religião) e variáveis clínicas (e.g. idade do início da vida sexual, número de filhos, número de parceiros, idade do diagnóstico, estágio da doença e tipo de tratamento).

Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30; *The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of life*, 2008; Versão Brasileira Michels, Latorre, & Maciel, 2013). É um questionário desenvolvido para avaliar a QV de doentes oncológicos. É composto por 30 itens organizados em 5 escalas funcionais (física, emocional, cognitivo, desempenho de papéis e social), 3 escalas de sintomas (fadiga, náusea e dor), 6 escalas de item único (dispneia, distúrbios do sono, perda de apetite, obstipação, diarreia e impacto financeira) e uma escala de QV global. As respostas são dadas numa escala tipo *Likert* com 4 pontos, com exceção da escala de QV global que é pontuada numa escala tipo *Likert* com 7 pontos. A consistência interna do QLQ-C30 foi de .70 na versão original e varia entre .72 e .86 na versão brasileira. No presente estudo, a consistência interna foi de .89. Uma pontuação mais elevada, significa melhor QV global, funcionamento físico, emocional, cognitivo, desempenho de papéis e social. Contudo, nas escalas de sintomas e dificuldades financeiras, resultados elevados indicam maiores dificuldades.

Cervical Cancer Module (QLQ-CX24; *The European Organization for Research and Treatment of Cancer*, 2006; Versão Brasileira Fregnani, 2013). Módulo que procura avaliar a QV de pacientes com CCU devendo sempre ser complementado pelo QLQ-C30. O QLC-CX24 é composto por 24 itens que se organizam em 3 escalas multiitens e 6 escalas de itens únicos, das quais onze referem-se aos sintomas, três sobre imagem corporal, quatro questões sobre função sexual/vaginal, uma sobre linfedema, uma para avaliação de neuropatia periférica, uma para avaliação de sintomas de menopausa, uma sobre preocupações sexuais, uma sobre atividade sexual e uma sobre prazer sexual. As questões devem ser respondidas levando em consideração os últimos sete dias ou a última semana. Os itens são administrados numa escala tipo *Likert* de 4 pontos. Um resultado elevado é indicador de mau funcionamento, excetuando nas escalas de atividade sexual e satisfação sexual. Na versão original, a consistência interna varia entre .72 e .87 e na versão brasileira varia entre .75 e .77. No presente estudo o alfa de *Cronbach* foi de .68 para a subescala “experiência de sintomas”, .78 para a subescala “imagem corporal” e .54 para a subescala “funcionamento sexual/vaginal”. Esta última subescala não foi utilizada uma vez que a taxa de resposta foi bastante baixa ($n = 5$) e, conseqüentemente, o resultado da consistência interna desta subescala é bastante baixo.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; Versão Brasileira Botega, Bio, Zomignani, Garcia, & Pereira, 1995). Instrumento que tem como objetivo avaliar a morbidade psicológica. É composto por 14 itens organizados em duas sub-escalas cotadas separadamente. Uma escala, composta por 7 itens, que mede a depressão e outra, também com 7 itens, que mede a ansiedade. Os itens são respondidos numa escala tipo *Likert* de 4 pontos em que “0” corresponde a “nada”/”nunca” e “3” a “muito”/”sempre”. A pontuação máxima em cada escala é de 21 pontos. O ponto de corte é de oito, sendo que um resultado elevado indica maior ansiedade e depressão. Na versão brasileira, a subescala de ansiedade apresenta um alfa de *Cronbach* de .68 e a subescala de depressão apresenta um alfa de .77, revelando boa consistência interna. Na presente amostra, o alfa de *Cronbach* foi de .71 para a subescala de ansiedade e de .72 para a subescala de depressão.

Revised Brief Illness Perception Questionnaire (BriefIPQ-R; Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006; Versão Brasileira Nogueira, 2012). Este questionário é uma versão reduzida do *Illness Perception Questionnaire* (IPQ) que avalia a representação cognitiva e emocional acerca das doenças. É composto por 9 itens que avaliam a representação cognitiva da doença, representação emocional, a compreensão da doença e, por fim, a representação causal. Os itens são respondidos numa escala tipo *Likert* de 10

QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES AMAZÓNICAS

pontos, com exceção do item 9 que remete para uma questão aberta que questiona acerca dos fatores causais mais importantes associados à sua doença. Um resultado elevado indica maior percepção de ameaça da doença. Na versão original, a consistência interna variou entre .75 e .89 (Moss-Morris et al., 2002) e na versão brasileira a consistência interna foi de .64. O resultado no presente estudo foi semelhante, apresentando um alfa de *Cronbach* de .60 para a escala total que dado o número de itens é considerado aceitável (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009)

Spiritual and Religion Attitudes in Dealing with Illness (SpREUK; Büssing, Ostermann, & Matthiessen, 2005; Versão de Investigação de Pereira, Moreira, & Moysés, 2019). Instrumento desenvolvido para avaliar o impacto da espiritualidade no modo como as pessoas lidam com a doença. É composto por 14 itens divididos por duas subescalas: apoio espiritual e reflexão e interpretação positiva da doença. Os itens são pontuados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos sendo que um resultado elevado corresponde a uma maior espiritualidade. A consistência interna na versão original variou entre .86 a .91 e na versão portuguesa variou entre .81 a .86. Neste estudo, o alfa de *Cronbach* foi de .72 para a escala total, .51 para a subescala apoio espiritual e .73 para a subescala reflexão e interpretação positiva da doença. Este questionário será validado para a população brasileira através da presente amostra.

Procedimento

O presente estudo de *design* quantitativo transversal foi aprovado pela Comissão de Ética da FCECON, Comissão de Ética Nacional do Brasil e Comissão de Ética da Universidade Federal de Amazonas. Aquando a realização do presente estudo, não existia obrigatoriedade de submeter o projeto à Comissão de Ética das Ciências Humanas da Universidade do Minho e dado que é parte de um projeto maior que foi submetido às comissões de ética dos hospitais onde a recolha de dados teve lugar. Em anexo são incluídas as declarações da comissão de ética dos referidos hospitais. Além disso, este estudo está integrado no Centro de Investigação em Psicologia na qual a orientadora é membro integrado.

O estudo decorreu no ambulatório de quimioterapia e radioterapia da FCECON e as doentes foram identificadas por enfermeiras e foram convidadas a participar no estudo. Inicialmente procedeu-se à explicação dos objetivos e procedimentos da investigação. A participação teve um caráter voluntário e todas as participantes assinaram um consentimento informado. Face à elevada taxa de analfabetismo que existe no Amazonas, os questionários foram aplicados sobre a forma de entrevista.

Análise de Dados

Os dados foram analisados com recurso ao programa IBM SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 25.0. Estando cumpridos os pressupostos para a utilização de testes

QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES AMAZÓNICAS

paramétricos, procedeu-se à realização do teste de Correlação de *Pearson* com o objetivo de avaliar a relação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas (H1). Para testar as variáveis que contribuem para a QV recorreu-se ao teste de Regressão Linear Hierárquica (método *enter*), tendo sido selecionadas, a partir dos resultados das correlações (ou seja, $p < .05$), as variáveis associadas à QV (H2). Desta forma, foram colocadas no primeiro bloco as variáveis sociodemográficas e clínicas como a idade da primeira relação sexual e número de parceiros no último ano, no segundo bloco a morbidade psicológica e representação da doença, no terceiro bloco a imagem corporal, experiência de sintomas, linfedema, neuropatia periférica, sintomas de menopausa e preocupação sexual. Por fim, para avaliar o papel moderador da espiritualidade na relação entre representação da doença e QV recorreu-se ao comando macro *Process* para o SPSS (Hayes, 2013) versão 2.16.1 e à técnica de Johnson-Neyman (JN), estando cumpridos os pressupostos da moderação (H3).

Resultados

Descrição da Amostra

A amostra foi composta por 119 mulheres amazónicas com CCU, com idades compreendidas entre os 26 anos e os 75 anos (M – 47,54; DP – 11,691). A maioria das pacientes procedia do interior do estado do Amazonas (53,8%). No total da amostra, 36,1% encontravam-se em união de facto, 34,5% casados, 19,3% solteiros, 5,9% viúvos e 4,2% divorciados. Relativamente à escolaridade, a maioria das mulheres concluiu o ensino secundário (31,9%). Em termos de situação laboral, a maioria das mulheres eram domésticas (31,8%) e tinham apresentavam baixo nível socioeconómico. A idade da primeira relação sexual está compreendida entre os 12 anos e os 27 anos (M - 16,15; DP – 2,707). O valor mínimo de filhos foi de 0 e o máximo foi de 12 (M – 4,17; DP – 2, 781). No entanto, 45,4% da amostra refere já ter sofrido pelo menos um aborto. A maioria das mulheres, refere ter tido apenas um parceiro no último ano (71,4%). Relativamente à idade da realização do primeiro exame preventivo, a média é de 25 anos (DP – 12, 004). A idade no momento do diagnóstico está compreendida entre 26 anos e 75 anos (M – 46,58; DP – 11,731). Quanto ao estadiamento da doença, a maioria encontrava-se no estágio II (34,5%). No que se refere à modalidade de tratamento, a maioria das mulheres realizou radioterapia e quimioterapia (57,1%). Do total da amostra, a maioria (95,8%) afirma ter uma religião (Tabela 1).

Hipóteses

H1: Relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, psicológicas e a Qualidade de Vida

QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES AMAZÓNICAS

Os resultados não mostraram nenhuma relação entre as variáveis sociodemográficas e a QV. Ao nível das variáveis clínicas os resultados mostraram uma associação positiva entre a idade da primeira relação sexual e a QV ($r = .206, p < .01$). Logo, quanto mais precoce ocorrer a primeira relação sexual, pior é a QV.

Verificou-se, a nível das variáveis psicológicas, uma associação negativa entre a percepção da doença ($r = -.479, p < .01$), morbidade psicológica ($r = -.743, p < .01$), ansiedade ($r = -.719, p < .01$), depressão ($r = -.611, p < .01$), imagem corporal ($r = -.469, p < .01$) e sintomas específicos/experiência de sintomas ($r = -.614, p < .01$) com a QV. Assim, percepções mais ameaçadoras da doença, níveis elevados de morbidade psicológica (ansiedade e depressão), pior imagem corporal e maior experiência de sintomas, estão associados a pior QV. Verificou-se ainda uma associação negativa entre a presença de linfedema ($r = -.243, p < .01$), neuropatia periférica ($r = -.291, p < .01$), sintomas de menopausa ($r = -.409, p < .01$) e preocupações sexuais ($r = -.195, p < .05$). Desta forma, a presença de linfedema, neuropatia periférica, sintomas de menopausa e mais preocupações sexuais, estão associados a pior QV.

As restantes variáveis idade, estado civil, escolaridade, estadiamento, modalidade de tratamento e espiritualidade não se correlacionaram com a QV (Tabela 1).

H2: Variáveis que contribuem para a Qualidade de Vida

A idade da primeira relação sexual e o número de parceiros (Modelo 1) explicam 7,8% da variância total da QV sendo o modelo significativo R^2 de .078, $F(2, 111) = 4,673, p = .011$. Quando adicionado a representação da doença e ansiedade e depressão (Modelo 2), a variância total é aumentada em 49,1%, R^2 de .569, $F(2, 109) = 62,042, p = .000$. Quando adicionado os sintomas específicos/experiência de sintomas, imagem corporal, linfedema, neuropatia periférica, sintomas de menopausa e preocupação sexual (Modelo 3) a variância total aumentou em 7,4%, R^2 de .608, $F(6, 103) = 3,571, p = .003$.

O modelo final explicou 64,3% da variância total R^2 de .643, $F(6, 103) = 3,571, p = .003$, R^2 Ajustado = .608. Foi possível concluir com o modelo final que apenas os sintomas específicos/experiência de sintomas e a morbidade psicológica contribuem significativamente para a QV de mulheres com cancro. Assim, maior experiência de sintomas relacionados com a doença ($\beta = -.219, t = -2,698, p = .008$) e níveis elevados de ansiedade e depressão ($\beta = -.490, t = -5,241, p = .000$) contribuem para pior QV em mulheres com doença oncológica.

H3: Espiritualidade (Reflexão e Interpretação Positiva da Doença e Apoio Espiritual) como Moderadora entre Representação da Doença e Qualidade de Vida

O modelo que testa o papel moderador da reflexão e interpretação positiva da doença na relação entre as representações da doença e a QV das doentes é significativo, $F(3,114) = 20,30$, $p < .001$, $b = .0096$, 95% CI [.0010, .0182], $t = 2.20$, $p = .0297$, explicando 25,19% da variância.

A técnica de Johnson-Neyman (JN) foi usada para determinar o ponto de transição em que a reflexão e interpretação é suficiente para detetar uma diferença na relação entre a representação da doença e a QV (no nível 0,050) (Johnson & Fay, 1950; Preacher & Hayes, 2008). O JN mostra que as representações da doença estão significativamente correlacionadas com a QV quando o valor padronizado da reflexão e interpretação positiva é 31.08 abaixo da média ($\beta = .2455$, $p = .05$) correspondendo a 99.15% da amostra (Figura 2).

Não se encontraram resultados significativos para o papel moderador do apoio espiritual na relação entre a perceção da doença e a QV em doentes oncológicas, $F(3,114) = 14,3147$, $p < .001$, $\beta = .0095$, 95% CI [-.0208, .0398], $t = .6208$, $p = .5360$.

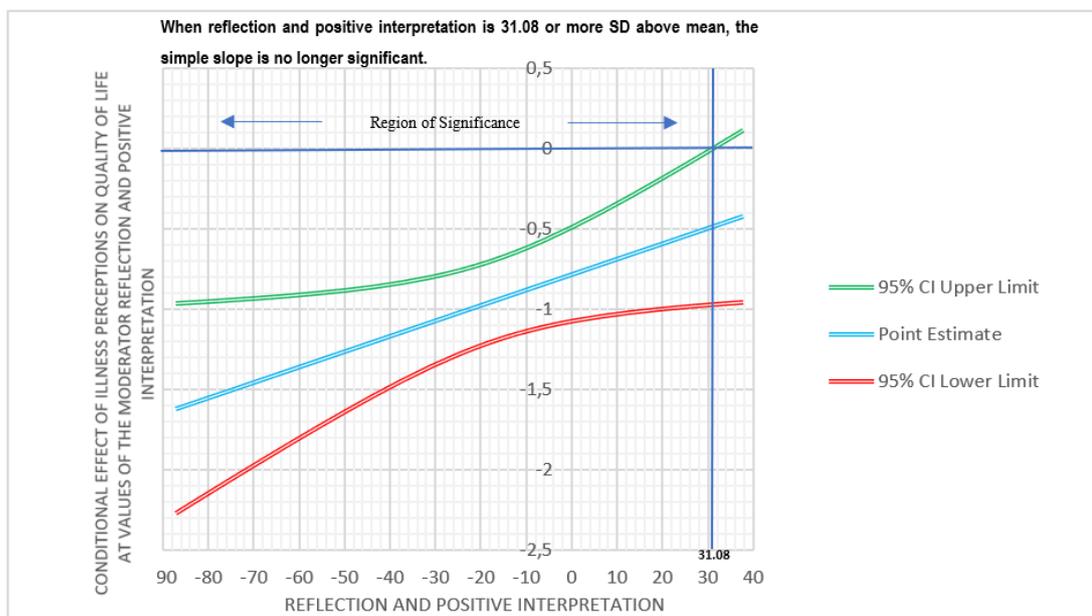


Figura 1 *Papel moderador da reflexão e interpretação positiva da doença na relação entre a representação da doença e a qualidade de vida*

QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES AMAZÓNICAS

Tabela 1

Características Sociodemográficas e Clínicas da Amostra

	n (%)	M (DP)	Min	Max
Idade	119	47,54	26	75
Habilitações Literárias				
Não terminou o Ensino Primário	32 (26,9)			
Ensino Primário	24 (20,2)			
Ensino Básico	21 (17,6)			
Ensino Secundário	38 (31,9)			
Ensino Superior	4 (3,4)			
Situação Laboral				
Empregadas	20,2			
Atividade Autónoma	15,1			
Domésticas	31,8			
Desempregadas	16,8			
Reformadas	16			
Estádio				
Estádio I	15 (12,6)			
Estádio II	41 (34,5)			
Estádio III	37 (31,1)			
Estádio IV	25 (21,0)			
Tratamento				
Cirurgia	6 (5,0)			
Quimioterapia	3 (2,5)			
Radioterapia	3 (2,5)			
Cirurgia e Radioterapia	4 (3,4)			
Cirurgia e Quimioterapia	2 (1,7)			
Radioterapia e Quimioterapia	68 (57,1)			
Cirurgia, Radioterapia e Quimioterapia	31 (26,1)			

QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES AMAZÓNICAS

Tabela 2

Relação entre Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e Psicológicas

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Qualidade de Vida (EORTC QLQ-C30)	1											
2. Idade	.137	1										
3. Idade da Primeira Relação Sexual	.206 [*]	.206 [*]	1									
4. Morbilidade Psicológica	-.743 ^{**}	-.016	-.172	1								
5. Perceção da Doença	-.479 ^{**}	-.037	-.137	.554 ^{**}	1							
6. Espiritualidade	-.005	-.120	-.152	-.028	-.098	1						
7. Imagem Corporal (QVQ-CX24)	-.469 ^{**}	-.036	-.094	.574 ^{**}	.278 ^{**}	.062	1					
8. Sintomas Específico/Experiência de sintomas (QVQ-CX24)	-.614 ^{**}	-.078	-.038	.605 ^{**}	.359 ^{**}	.001	.442 ^{**}	1				
9. Linfedema (QVQ-CX24)	-.243 ^{**}	-.073	-.206 [*]	.191 [*]	.248 ^{**}	-.042	.276 ^{**}	.167	1			
10. Neuropatia Periférica (QVQ-CX24)	-.291 ^{**}	-.038	-.169	.175	.190 [*]	.014	.218 [*]	.227 [*]	.177	1		
11. Sintomas de Menopausa (QVQ-CX24)	-.409 ^{**}	.020	-.079	.356 ^{**}	.198 [*]	.032	.246 ^{**}	.430 ^{**}	.076	.222 [*]	1	
12. Preocupações Sexuais (QVQ-CX24)	-.195 [*]	-.113	.159	.117	.031	-.049	.243 ^{**}	.141	.002	.193 [*]	.154	1

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES AMAZÓNICAS

Tabela 3

Variáveis que Contribuem para a Qualidade de Vida

Variável	Qualidade de Vida					
	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	β	t	β	t	β	t
Idade da Primeira Relação Sexual	.192	2,110*	.066	1,038	.070	1,102
Número de Parceiros	-.210	-2,297*	-.094	-1,459	-.069	-1,119
Perceções da Doença			-.098	-1,281	-.067	-.913
Morbilidade Psicológica			-.662	-8,483***	-.490	-5,241***
Sintomas específicos/Experiência de Sintomas					-.219	-2,698**
Imagem Corporal					.002	,029
Linfedema					-.060	-.927
Neuropatia Periférica					-.099	-1,540
Sintomas de Menopausa					-.059	-.873
Preocupação Sexual					-.079	-1,227
R ²		.078		.569		.643
F		4,673*		62,042***		3,571**
ΔR^2		.078		.491		.074
ΔF		4,673		35,928		18,547

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, método *enter*

Discussão

No presente estudo verificou-se uma associação positiva entre a idade da primeira relação sexual e a QV. A problemática referente à iniciação sexual precoce está presente na literatura uma vez que está associada a comportamentos de risco como o mau uso de métodos contraceptivos e às suas consequências (vulnerabilidade à gravidez e às doenças sexualmente transmissíveis) (Kerntopf et al., 2016). Estes comportamentos de risco podem levar à suspensão do projeto de vida e, por consequência, comprometer a QV dos jovens (Moreira, Teixeira, Teixeira, Camargo, & Boery, 2013).

A nível das variáveis psicológicas verificou-se uma associação negativa entre ansiedade e QV bem como entre a depressão e QV. Vários estudos mostram a presença de elevados níveis de ansiedade e depressão em mulheres com CCU, tanto no momento do diagnóstico como ao longo da realização do tratamento (Kim et al., 2010; Yang, Liu, Wang, Wang, & Wang, 2014). O diagnóstico e o respetivo tratamento trazem diversas consequências para a vida das pacientes a nível social, físico, sexual e psicológico. Estas consequências psicológicas advindas do diagnóstico e do tratamento para o CCU levam a uma redução da QV (Kumar, Sigh, Rae, Singh, & Singh, 2016).

Verificou-se também uma associação negativa entre as representações da doença e a QV. Estudos revelam que o diagnóstico de cancro está associado a uma baixa perceção da QV mesmo antes de iniciar o tratamento (Kirchheiner et al., 2015). As representações que as pacientes desenvolvem acerca da doença tem impacto na forma como o indivíduo percebe os sintomas, a durabilidade da doença e o tempo necessário para a recuperação, podendo ter efeitos na QV das mulheres (Petrie & Weinman, 2006).

A imagem corporal associou-se negativamente à QV. Por vezes, os tratamentos para o cancro têm efeitos secundários podendo provocar mudanças psicológicas e corporais nas mulheres (Puts et al., 2015; et al., 2015). A alteração da aparência e as mudanças funcionais podem levar a uma insatisfação com a imagem corporal (Hopwood, Fletcher, Lee, & Al Ghazal, 2001; Fingeret, Teo, & Epner, 2014). A literatura revela que mulheres com cancro a realizar tratamentos que afetem partes do corpo associadas à feminidade e à sexualidade são mais vulneráveis a sofrer uma alteração da sua imagem corporal, comprometendo assim a sua QV (Teo et al., 2017).

Nesta investigação foi possível verificar uma correlação negativa entre a experiência de sintomas e a QV na doença oncológica. Estudos mostram que pacientes que estão a realizar tratamentos para o CCU reportam mais sintomas como cansaço, náuseas, dores, insónia, perda de apetite e diarreia, tendo estes sintomas impacto negativo na sua QV (Bjelic-Radisic et al., 2012). Neste estudo, a presença de

sintomas como linfedema, neuropatia periférica, sintomas de menopausa e a preocupação sexual também se correlacionou negativamente com a QV. Do mesmo modo, na literatura reconhece-se que os tratamentos têm efeitos secundários provocando diversos sintomas. O linfedema e a neuropatia periférica são sintomas comuns ao longo da realização do tratamento (Chase, Monk, Wenzel, & Tewari, 2008), provocando efeitos adversos na QV. A presença de sintomas de menopausa é também um sintoma comum (Carter, Penson, Barakat, & Wenzel, 2012) que compromete a QV (Hinds & Price, 2010). Os tratamentos para o CCU têm também impacto ao nível da sexualidade e, conseqüentemente, na QV (Thapa et al., 2018). Estudos revelaram que, durante o tratamento, há um aumento das preocupações sexuais (Jeppesen, Mogensen, Dehn, & Jensen, 2015).

Nesta investigação, os sintomas específicos da doença/experiência de sintomas contribuíram negativamente para a QV, revelando que quanto maior for a experiência de sintomas, menor QV. De facto, segundo Abbott-Anderson e Kwekkeboom (2012) o tratamento pode trazer conseqüências negativas a nível do funcionamento sexual, social e psicológico, comprometendo assim QV. Diversos estudos descrevem os efeitos colaterais e a QV após o diagnóstico de um cancro ginecológico e o respetivo tratamento (Jeppesen et al., 2015). Mulheres com CUU podem experienciar sintomas de menopausa (Carter et al., 2012), problemas físicos (cansaço, neuropatia periférica e linfedema) (Carter et al., 2012), problemas a nível sexual como dispareunia, preocupações sexuais e problemas vaginais (White, 2008), problemas gastrointestinais (náuseas, diarreia e obstrução intestinal) e urológicos (perda urinária e disúria) (Sun, Frymovitz, & Bodurka, 2005). Os sintomas experienciados pelas pacientes podem também contribuir para o desenvolvimento de problemas psicológicos como a ansiedade e a depressão (Chase et al., 2008), comprometendo assim a QV (Teo et al., 2017).

Verificou-se também que a morbidade psicológica contribuiu negativamente para a QV na doença oncológica. No momento após o diagnóstico da doença ocorrem diversas alterações na vida das mulheres levando ao desenvolvimento de problemas emocionais tais como tristeza e ansiedade que se mantêm ao longo da realização do tratamento. Num estudo com mulheres com cancro do ovário, o distress psicológico está presente em pacientes com cancro em estádios iniciais bem como em pacientes em fases mais avançadas do tratamento (Ozga et al., 2016). A literatura revela que quando as pacientes experienciam ansiedade e depressão, apresentam pior QV (Kumar et al., 2016; Teo et al., 2017)

No presente estudo, a reflexão e interpretação positiva moderou a relação entre a representação da doença e a QV na medida em que quando os indivíduos têm níveis de reflexão e interpretação positiva mais baixos verificou-se uma relação negativa entre a representação ameaçadora da doença e a QV. Diversos estudos mostram que a espiritualidade influencia a forma como o indivíduo percebe a doença

(Büssing & Fischer, 2009) podendo esta ser vista como uma estratégia de *coping*, (Melo et al., 2015) e contribuir, conseqüentemente, para a sua QV (Büssing & Surzykiewicz, 2015).

A literatura reconhece que há uma associação negativa entre os estádios da doença e a QV, isto é, pior QV em estádios mais avançados (Xie et al., 2013). Contudo, há estudos que mostram que não verificam diferenças ao nível da QV em função do estágio da doença (Kobayashi et al., 2009). No presente estudo não foram encontradas diferenças entre as mulheres, em diferentes estádios da doença, ao nível da QV. A ausência de diferenças, neste estudo, pode ser explicada pela pouca diferenciação existente entre os estádios uma vez que a maioria das mulheres se encontrava no estágio II (34,5%) e no estágio III (31,1%). No presente estudo, também não se verificou diferenças em função das modalidades terapêuticas ao nível da depressão o que pode ser explicado pelo facto da maioria das mulheres da amostra (57,1%) realizar quimioterapia e radioterapia. No entanto, segundo a literatura, mulheres a receber quimioterapia apresentam níveis mais elevados de depressão (Bae & Park, 2016).

Limitações e Implicações Futuras

O presente estudo apresenta limitações que necessitam de ser tidas em consideração. Uma das principais limitações prende-se com o facto da presente amostra ter sido recolhida apenas num único hospital. Contudo, este é o único hospital do Amazonas que recebe mulheres diagnosticadas com doença oncológica, sendo assim a amostra representativa da população. Além disso, a utilização de medidas de autorrelato e o design transversal do estudo não permite inferir causalidades. Desta forma, em investigações futuras, seria interessante, realizar estudos longitudinais de forma a observar o impacto dos sintomas e do tratamento na QV das mulheres com CCU, sendo também pertinente realizar estudos nos quais os parceiros fossem incluídos com o intuito de avaliar as perspetivas, tanto das mulheres com CCU como dos parceiros, acerca da adaptação à doença e as variáveis que a influênciam.

Conclusão

Com base nos resultados obtidos no presente estudo é importante salientar que a presença de mais sintomas relacionados com a doença e com os tratamentos e a presença de níveis elevados de ansiedade e depressão contribuíram de forma negativa para a QV em mulheres a realizar tratamento para o CCU. Foi também possível verificar o papel moderador da reflexão e interpretação positiva da doença na relação entre as representações da doença e a QV. Através destes resultados é possível perceber o impacto que o diagnóstico e os tratamentos para a CCU têm na vida destas mulheres. O tratamento pode trazer conseqüências negativas a nível do funcionamento sexual, físico, social e psicológico e, por conseqüência, comprometer a sua QV. Contudo, a espiritualidade (reflexão e

QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES AMAZÓNICAS

interpretação positiva da doença) poderá ter influência sobre as representações que desenvolvem acerca da mesma e comprometer a sua QV. Assim, com este estudo, destaca-se a importância de sensibilizar os profissionais de saúde para intervenções que não se foquem apenas no tratamento médico, mas que incorporem também as consequências físicas, psicológicas e sociais que este pode trazer para as mulheres. Será também importante que as intervenções tenham em consideração o nível socio-educacional das mulheres com o objetivo de aumentar o conhecimento acerca da doença e tratamento no sentido de contribuir para representações da doença corretas. Será também relevante sensibilizar os profissionais de saúde para sinalizarem e monitorizarem a experiência de sintomas e fornecerem apoio emocional ao longo do tratamento de forma a reduzir o impacto psicológico que esta doença pode provocar, contribuindo para a promoção da QV de pacientes com CCU.

Referências

- Abbott-Anderson, K., & Kwekkeboom, K. L. (2012). A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, *124*(3), 477–489. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.030>
- Aerts, L., Enzlin, P., Vergote, I., Verhaeghe, J., Poppe, W., & Amant, F. (2012). Sexual, Psychological, and Relational Functioning in Women after Surgical Treatment for Vulvar Malignancy: A Literature Review. *Journal of Sexual Medicine*, *9*(2), 361–371. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02520.x>
- Bae, H., & Park, H. (2016). Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer. *Supportive Care in Cancer*, *24*(3), 1277–1283. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2918-z>
- Balboni, T. A., Paulk, M. E., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Loggers, E. T., Wright, A. A., ... Prigerson, H. G. (2010). Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: Associations with medical care and quality of life near death. *Journal of Clinical Oncology*, *28*(3), 445–452. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.24.8005>
- Bjelic-Radisic, V., Jensen, P. T., Vlastic, K. K., Waldenstrom, A. C., Singer, S., Chie, W., ... Greimel, E. (2012). Quality of life characteristics inpatients with cervical cancer. *European Journal of Cancer*, *48*(16), 3009–3018. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2012.05.011>
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia, C., & Pereira, W. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev. Saúde Pública*, *29*(1983), 355–363.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*(6), 631–637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Büssing, A., & Fischer, J. (2009). Interpretation of illness in cancer survivors is associated with health-related variables and adaptive coping styles. *BMC Women's Health*, *9*, 1–11. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-9-2>
- Büssing, A., Ostermann, T., & Matthiessen, P. F. (2005). Role of religion and spirituality in medical patients: Confirmatory results with the SpREUK questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, *3*, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-10>
- Büssing, A., & Surzykiewicz, J. (2015). Interpretation of Illness in Patients with Chronic Diseases from Poland and Their Associations with Spirituality, Life Satisfaction, and Escape from Illness—Results from a Cross Sectional Study. *Religions*, *6*(3), 763–780. <https://doi.org/10.3390/rel6030763>
- Carter, J., Penson, R., Barakat, R., & Wenzel, L. (2012). Contemporary quality of life issues affecting gynecologic cancer survivors. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, *26*(1), 169–194. <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2011.11.001>
- Chaar, E., Hallit, S., Hajj, A., Aaraj, R., Kattan, J., Jabbour, H., & Khabbaz, L. (2018). Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study. *Supportive Care in Cancer*, *26*(8), 2581–2590. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4089-1>
- Chase, D., Monk, B., Wenzel, L., & Tewari, K. (2008). Supportive care for women with gynecologic cancers. *Expert Review of Anticancer Therapy*, *8*(2), 227–241.

QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES AMAZÓNICAS

<https://doi.org/10.1586/14737140.8.2.227>

- Chew, B.-H., Shariff-Ghazali, S., & Fernandez, A. (2014). Psychological aspects of diabetes care: Effecting behavioral change in patients. *World Journal of Diabetes*, 5(6), 796. <https://doi.org/10.4239/wjd.v5.i6.796>
- Confalonieri, U. (2005). Um Modelo Conceitual. *Estudos Avançados*, 19(53), 221–236. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142005000100014>
- FCECON. (2017). Relatório Anual de Gestão da FCECON. *Fundação Centro Do Controle de Oncologia Do Estado Do Amazonas*.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... Bray, F. (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/ijc.29210>
- Fernandes, W., & Kimura, M. (2010). Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 18(3).
- Fregnani, C. (2013). *Propriedades psicométricas de dois instrumentos para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com câncer de colo do útero*. Universidade de São Paulo.
- Frigato, S., & Hoga, L. (2003). Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 49(4), 209–214. Retrieved from http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/artigo1.pdf
- Galbraith, M. E., & Crighton, F. (2008). Alterations of Sexual Function in Men With Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(2), 102–114. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2008.02.010>
- Garssen, B., Uwland-Sikkema, N., & Visser, A. (2015). How Spirituality Helps Cancer Patients with the Adjustment to their Disease. *Journal of Religion and Health*, 54(4), 1249–1265. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9864-9>
- Gómez-campelo, P., Bragado-álvarez, C., & Hernández-lloreda, M. J. (2014). Psychological distress in women with breast and gynecological cancer treated with radical surgery, 466(November 2013), 459–466.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Artmed. Porto Alegre.
- Hayes, A. F. (2013). Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach. *Journal of Educational Measurement*, 51(3), 335–337. <https://doi.org/10.1111/jedm.12050>
- Heinzler, J., Brucker, J., Bruckner, T., Dinkic, C., Hoffmann, J., Dornhöfer, N., ... Schott, S. (2018). Impact of a cervical dysplasia and its treatment on quality of life and sexual function. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 298(4), 737–745. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4853-y>
- Hinds, L., & Price, J. (2010). Menopause, hormone replacement and gynaecological cancers. *Menopause International*, 16(2), 89–93. <https://doi.org/10.1258/mi.2010.010018>
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37(2), 189–197. [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(00\)00353-1](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(00)00353-1)
- Instituto Nacional de Cancro. (2017). *Estimativa 2018 - Incidência de câncer no Brasil*. Instituto Nacional

de Câncer José Alencar Gomes da Silva. <https://doi.org/978-85-7318-283-5>

Instituto Nacional de Estatística. (2016). Estatísticas demográficas 2016.

Isaka, Y., Inada, H., Hiranuma, Y., & Ichikawa, M. (2017). Psychological impact of positive cervical cancer screening results among Japanese women. *International Journal of Clinical Oncology*, *22*(1), 102–106. <https://doi.org/10.1007/s10147-016-1023-8>

Jeppesen, M., Mogensen, O., Dehn, P., & Jensen, P. (2015). Needs and priorities of women with endometrial and cervical cancer. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *36*(3), 122–132. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2015.1059417>

Johnson, M., Piderman, K., Sloan, J., Huschka, M., Hanson, J., Rummans, T., ... Frost, M. (2007). Measuring spiritual quality of life in patients with cancer. *J Support Oncol.*, *5*, 437–442. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18019851>

Johnson, P., & Fay, L. (1950). The Johnson-Neyman Technique, Its Theory and Application, *15*(4).

Kaur, M., Agnihotri, M., Das, K., Rai, B., & Sandhya, G. (2017). Effectiveness of an Interventional Package on the Level of Anxiety, Depression, and Fatigue among Patients with Cervical Cancer. *Asia Pac J Oncol Nurs*, *4*(3), 127–135. <https://doi.org/10.4103/apjon.apjon>

Kerntopf, M., Lacerda, J., Fonseca, N., Nascimento, E., Lemos, I., Fernandes, G., & Menezes, I. (2016). Sexualidade na adolescência : uma revisão crítica da literatura. *Adolescência & Saúde*, *13*(supl. 2), 106–113.

Kim, S., Kang, S., Kim, Y., Kim, B.-G., Seong, S., Cha, S., ... Yun, Y. (2010). Prevalence and predictors of anxiety and depression among cervical cancer survivors in Korea. *International Journal of Gynecological Cancer*, *20*(6), 1017–1024. <https://doi.org/10.1111/IGC.0b013e3181e4a704>

Kirchheiner, K., Nout, R., Czajka-Pepl, A., Ponocny-Seliger, E., Sturdza, A., Dimopoulos, J., ... Pötter, R. (2015). 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*. Retrieved from <http://www.elsevier.com/inca/publications/store/6/2/2/8/4/0/index.htm%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed17&NEWS=N&AN=602799703>

Kobayashi, M., Ohno, T., Noguchi, W., Matsuda, A., Matsushima, E., Kato, S., & Tsujii, H. (2009). Psychological distress and quality of life in cervical cancer survivors after radiotherapy do treatment modalities, disease stage, and self-esteem influence outcomes? *International Journal of Gynecological Cancer*, *19*(7), 1264–1268. <https://doi.org/10.1111/IGC.0b013e3181a3e124>

Kumar, R., Sigh, K., Rae, A., Singh, R., & Singh, G. (2016). Prevalence of Anxiety and Depression among Cancer Patients. *Journal of Medical Science And Clinical Research*, *04*(11), 13696–13599. <https://doi.org/10.18535/jmscr/v4i11.30>

Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, *10*(2), 117–138. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(87\)90093-0](https://doi.org/10.1016/0738-3991(87)90093-0)

Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2018). Cancro do Colo do Útero. Retrieved from <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-do-colo-do-uterio/>

Livneh, H. (2001). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Conceptual Framework.

Rehabilitation Counseling Bulletin, 44(3), 151–160.
<https://doi.org/10.1177/003435520104400305>

- Markovic-Denic, L., Popovac, S., Djuric, O., Perisic, Z., & Rakic, S. (2017). Psychological effects of concurrent cytology and colposcopy testing in women referred to cancer counseling outpatient clinic in Belgrade. *Journal of Balkan Union of Oncology*, 22(1), 214–223.
- Marth, C., Landoni, F., Mahner, S., McCormack, M., Gonzalez-Martin, A., & Colombo, N. (2017). Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 28, 72–83. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx220>
- Melo, C., Sampaio, I., Souza, D., & Pinto, N. (2015). Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura, 447–464. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n2/v15n2a02.pdf>
- Michels, F., Latorre, M. d., & Maciel, M. (2013). Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(2), 352–363. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200011>
- Monteiro, R. (2014). *Representações Sociais de Ribeirinhos sobre o acesso aos serviços de Saúde, Comunidade Rural Vila Urucurituba, Autazes, Amazonas*. Universidade Federal de Amazonas.
- Moreira, R., Teixeira, S., Teixeira, J., Camargo, C., & Boery, R. (2013). Adolescência e sexualidade: uma refl exão com enfoque bioético. *Adolescência & Saúde*, 10(3), 61–71.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- National Institutes of Health State-of-the-Science Panel. (2003). Symptom Management in Cancer: Pain, Depression and Fatigue. In *JNCI Journal of the National Cancer Institute* (Vol. 95, pp. 1110–1117). <https://doi.org/10.1093/jnci/djg014>
- Noé, B., Trindade, F., & Dexheimer, G. (2018). Análise da periodicidade e da idade na realização do exame citopatológico cervicovaginal no Rio Grande do Sul. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 12, 105–120.
- Nogueira, G. (2012). *Adaptação e Validação do Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) para a cultura brasileira*. Universidade de Brasília.
- O'Connor, M., O'Leary, E., Waller, J., Gallagher, P., D'Arcy, T., Flannelly, G., ... Sharp, L. (2016). Trends in, and predictors of, anxiety and specific worries following colposcopy: A 12-month longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 25(5), 597–604. <https://doi.org/10.1002/pon.3980>
- Okanli, A., Karabulutlu, E., Karakaş, S., Altun, Ö.-Ş., & Yildirim, N. (2018). Alexithymia and perception of illness in patients with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 1–7. <https://doi.org/10.1111/ecc.12839>
- Oliveira, H., Gonçalves, M. J., & Pires, R. (2011). Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(1), 35–45. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100004>
- Ozga, M., Sloan, M., Cancer, K., Aghajanian, C., Sloan, M., Cancer, K., ... Cancer, K. (2016). A Systematic Review of Ovarian Cancer and Fear of Recurrence, 1771–1780.

<https://doi.org/10.1017/S1478951515000127.A>

- Pahwa, M., Babu, N., & Bhatnagar, S. (2005). Fighting cancer is half the battle, living life is the other half. *J Cancer Res Ther*, *1*(2), 98–102. <https://doi.org/10.4103/0973-1482.16709>
- Park, S., Bae, D.-S., Nam, J., Park, C., Cho, C.-H., Lee, J., ... Yun, Y. (2007). Quality of Life and Sexual Problems in Disease-Free Survivors of Cervical Cancer Compared With the General Population. *American Cancer Society*, (October), 2716–2725. <https://doi.org/10.1002/cncr.23094>
- Pecorelli, S. (2010). Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *108*(2), 176. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.08.009>
- Pereira, M. G., Moreira, C., & Moysés, R. (2019). Versão de Investigação do Spiritual and Religion Attitudes in Dealing with Illness. *Grupo de Investigação em Saúde Familiar & Doença, Escola de Psicologia*. Universidade do Minho. Braga.
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter, *6*(6), 536–539.
- Pfaendler, K., Wenzel, L., Mechanic, M., & Penner, K. (2015). Cervical Cancer Survivorship : Long-term Quality of Life and Social Support. *Clinical Therapeutics*, *37*(1), 39–48. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2014.11.013>
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, *40*(3), 879–891. <https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>
- Puts, M., Tapscott, B., Fitch, M., Howell, D., Monette, J., Wan-Chow-Wah, D., ... Alibhai, S. (2015). A systematic review of factors influencing older adults' decision to accept or decline cancer treatment. *Cancer Treatment Reviews*, *41*(2), 197–215. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2014.12.010>
- Reutter, K. K., & Bigatti, S. M. (2014). Religiosity and spirituality as resiliency resources: Moderation, mediation, or moderated mediation? *Journal for the Scientific Study of Religion*, *53*(1), 56–72. <https://doi.org/10.1111/jssr.12081>
- Saritas, S., & Özdemir, A. (2018). Identification of the correlation between illness perception and anxiety level in cancer patients. *Perspectives in Psychiatric Care*, *54*(3), 380–385. <https://doi.org/10.1111/ppc.12265>
- Sawada, N., Nicolussi, A., Okino, L., Mara, F., Cardozo, C., Maria, M., & Zago, F. (2009). Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia, *43*(3), 581–587.
- Scherer, E. (2004). Mosaico Terra-Água : a Vulnerabilidade Social Ribeirinha Na Amazônia – Brasil. *VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*, 1–18.
- Sekse, R. J., Råheim, M., Blåka, G., & Gjengedal, E. (2012). Living through gynaecological cancer: Three typologies. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(17–18), 2626–2635. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04028.x>
- Siegel, R., Miller, K., & Jemal, A. (2018). Cancer statistics, 2018. *A Cancer Journal for Clinicians*, *68*(1), 7–30. <https://doi.org/10.3322/caac.21442>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2014). Consenso sobre infecção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina, 93. Retrieved from <http://www.spGINECOLOGIA.pt/uploads/Livro-de-Consenso-prova-3-FINAL.pdf>

- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2016). Cancro Ginecológico. *Consensos Nacionais 2016*, 1–167. Retrieved from http://www.spginecologia.pt/uploads/cancro_ginecologico_9JAN2017.pdf
- Sun, C., Frymovitz, M., & Bodurka, D. (2005). Quality of life and gynecologic malignancies. *Current Oncology Reports*, 7(6), 459–465.
- Tax, C., Steenbergen, M., Zusterzeel, P., Bekkers, R., & Rovers, M. (2017). Measuring health-related quality of life in cervical cancer patients : a systematic review of the most used questionnaires and their validity. *BMC Medical Research Methodology*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0289-x>
- Teixeira, L. (2015). Câncer de mama e de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas, 61(2), 250. Retrieved from <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-782472>
- Teo, I., Cheung, Y., Lim, T., Namuduri, R., Long, V., & Tewani, K. (2017). The relationship between symptom prevalence, body image, and quality of life in Asian gynecologic cancer patients. *Psycho-Oncology*, 27(1), 69–74. <https://doi.org/10.1002/pon.4457>
- Thapa, N., Maharjan, M., Xiong, Y., Jiang, D., Nguyen, T., Petrini, M., & Cai, H. (2018). Impact of cervical cancer on quality of life of women in Hubei, China. *Scientific Reports*, 8(1), 2–10. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-30506-6>
- The European Organization for Research and Treatment of Cancer. (2006). Quality-of-Life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ-CX24. *American Cancer Society*, 107(8), 1812–1822. <https://doi.org/10.1002/cncr.22217>
- The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of life. (2008). Quality, interpretation and presentation of European Organisation for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire core 30 data in randomised controlled trials. *European Journal of Cancer*, 44(13), 1793–1798. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.05.008>
- Tsai, L., Lee, S., Wang, K., Tsay, S., & Tsai, J. (2018). A correlation study of fear of cancer recurrence, illness representation, self-regulation, and quality of life among gynecologic cancer survivors in Taiwan. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 57(6), 846–852. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.10.014>
- Visser, A., Garssen, B., & Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and well-being in cancer patients : a review *Psycho-Oncology Abstract*. *Psycho-Oncology*, 19(November 2009), 565–572. <https://doi.org/10.1002/pon.v19>
- White, I. D. (2008). The Assessment and Management of Sexual Difficulties after Treatment of Cervical and Endometrial Malignancies. *Clinical Oncology*, 20(6), 488–496. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2008.03.015>
- Whitford, H., Olver, I., & Peterson, M. (2008). Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psycho-Oncology*, 17(8), 1121–1128. <https://doi.org/10.1002/pon>
- World Health Organization. (2016). *Controle integral do câncer do colo do útero*. Retrieved from <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31403/9789275718797-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>
- Xie, Y., Zhao, F., Lu, S., Huang, H., Pan, X., Yang, C., & Qiao, Y. (2013). Assessment of quality of life for the patients with cervical cancer at different clinical stages. *Chinese Journal of Cancer*, 32(5), 275–282. <https://doi.org/10.5732/cjc.012.10047>

QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES AMAZÓNICAS

- Yang, Y. L., Liu, L., Wang, X. X., Wang, Y., & Wang, L. (2014). Prevalence and Associated Positive Psychological Variables of Depression and Anxiety among Chinese Cervical Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, *9*(4), e94804. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094804>
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *150*(1983), 7–8.

ANEXOS

Anexo – Comissão de Ética



GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Declaramos para os devidos fins que autorizamos a realização do estudo “Qualidade de vida em mulheres amazônicas em tratamento de câncer de colo de útero: um estudo com doentes e seus cuidadores”, sob responsabilidade dos pesquisadores Rosara Pimentel Correia Moysés, Rosana Pimentel Correia Moysés e Prof. PhD M. Graça Pereira.

Trata-se de um estudo relevante cujo **objetivo geral** é: investigar as variáveis associadas, mediadores e moderadores da qualidade de vida em pacientes com câncer de colo de útero da FCECON no sentido de criar programas de intervenção com objetivo de promover a qualidade de vida.

. **Objetivos Específicos:** **1.** Traçar o perfil das pacientes e cuidadores ao nível das variáveis clínicas, sociodemográficas e psicológicas; **2.** Conhecer as variáveis associadas com a QoL (*qualidade de vida*) nas pacientes e cuidadores informais; **3.** Analisar o papel moderador das representações da doença na relação entre satisfação com cuidados e QoL (*qualidade de vida*) e da satisfação conjugal na relação entre a morbidade psicológica e QoL (*qualidade de vida*) nas pacientes bem como analisar o papel das estratégias de enfrentamento na relação entre sobrecarga e QoL (*qualidade de vida*) nos cuidadores; **4.** Analisar o papel do mediador da espiritualidade na relação entre a morbidade psicológica e QoL (*qualidade de vida*) nas pacientes e entre a sobrecarga e QoL (*qualidade de vida*) nos cuidadores; **5.** Construir um modelo de ajustamento que inclua as variáveis clínicas, sociodemográficas, psicológicas dos modelos teóricos anteriores (associações, moderações e mediações), à QoL (*qualidade de vida*) de pacientes e cuidadoras.

O referido protocolo de pesquisa foi apreciado pelo Comitê Científico da Fundação CECON e **obteve APROVAÇÃO.**

Informamos que para início de sua execução é imprescindível a **apreciação e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa e apresentação do mesmo junto a esta diretoria.**

Manaus, 28 de março de 2017.

Dra. KÁTIA LUZ TORRES SILVA
Diretora de Ensino e Pesquisa





PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Qualidade de Vida em Mulheres Amazônicas em Tratamento de Câncer de Colo de Útero: Um Estudo com Doentes e seus Cuidadores.

Pesquisador: Rosana Pimentel Correia

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 68816417.0.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade do Minho

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.898.672

Apresentação do Projeto:

No Brasil, o estado do Amazonas possui a maior incidência de câncer de colo do útero e a Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas, na capital Manaus, é o centro de referência para tratamento destas mulheres. Deste modo este projeto inclui 2 estudos: O estudo 1 será transversal e pretende conhecer as variáveis associadas, moderadores e mediadores da Qualidade de vida de pacientes com Câncer de Colo de útero e seus cuidadores informais. O estudo 2 será um ensaio controlado randomizado, para avaliar a eficácia de uma intervenção informativa acerca do Câncer de Colo de Útero, baseada no Modelo de Leventhal em pacientes. As pacientes e os cuidadores informais serão avaliados em variáveis sociodemográficas, clínicas, de representação da doença, de morbidade psicológica, de espiritualidade e ao nível da qualidade de vida (incluindo o módulo de Câncer de Colo de útero para pacientes). As pacientes também serão avaliadas na satisfação com os cuidados e satisfação conjugal. As cuidadoras serão avaliadas ainda em relação a sobrecarga e estratégias de enfrentamento. A amostra para estudo transversal será de conveniência, sendo composta por 148 pacientes da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas e seus cuidadores informais (148), calculada com base no número de mulheres atendidas anualmente. Para o ensaio controlado randomizados a amostra será de 150 mulheres moradoras de municípios do interior do Amazonas em tratamento para Câncer de Colo de útero nesta instituição. A pesquisa respeitará o disposto da resolução no466/2012 e a Norma Operacional 01/2013(item H) do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.898.672

regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. A coleta ocorrerá entre agosto de 2017 a janeiro de 2019. Os dados dos questionários serão organizados, tabulados e submetidos a estatística descritiva e analítica com utilização do Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)24.0. Deste modo, esperamos que o estudo contribua para criação de programas de intervenção com objetivo de promover a qualidade de vida das mulheres amazônicas e seus cuidadores informais.

•: Investigação experimental, longitudinal (ensaio clínico randomizado), no qual as participantes serão aleatorizadas por duas condições: experimental e controle (ativo e passivo). O estudo 2 é um estudo piloto e inclui uma amostra de 150 mulheres habitantes dos municípios ribeirinhos em tratamento para o CCU, na FCECON tendo por base as recomendações de Sim e Lewis (2011). No estudo 2 as pacientes assistirão aos vídeos num consultório ou gabinete na FCECON, num dispositivo móvel, um Tablet Samsung Tab A 10.1"® utilizando fones de ouvido Knc-330 Kensington®, que possuem o recurso de cancelamento de ruído. As pacientes do grupo de intervenção (grupo A) / controle ativo (grupo B) / controle passivo (grupo C) serão avaliadas em 3 momentos: O primeiro momento (T1) será durante o primeiro contato dessas mulheres na FCECON, no primeiro dia de sessão de quimioterapia e/ou radioterapia. No primeiro momento o grupo experimental e o grupo controle ativo responderão ao questionário sociodemográfico e clínico, o de conhecimento e ao Brief IPQ –R. O grupo experimental (GE) assistirá ao vídeo sobre CCU, enquanto que o controle ativo (GCA) assistirá ao vídeo sobre hábitos saudáveis e no final, os dois grupos responderão novamente ao questionário de conhecimento e ao Brief IPQ –R. No T1, o grupo controle passivo (GCP) responderá ao questionário de conhecimento e ao Brief IPQ –R, e após 7min54s (duração dos vídeos) cronometrados através do Cronômetro Vollo VL-1809®, as participantes responderão novamente ao questionário de conhecimento e ao Brief IPQ –R. Desta forma, aos três grupos será aplicada exatamente a mesma metodologia, diferindo apenas a intervenção: todas as participantes começam por responder aos dois questionários, passando depois por um período de 7min54s e terminando com o preenchimento dos mesmos questionários. Apenas nesse período intermediário será diferente a metodologia, já que o grupo experimental será sujeito à intervenção com o vídeo sobre CCU, o grupo de controle ativo assistirá no mesmo período ao vídeo sobre hábitos saudáveis e o grupo de controle passivo passará esses minutos a aguardar a fase seguinte. As instruções às participantes serão semelhantes em todos os grupos, garantindo -se a mesma expectativa, de forma a garantir que qualquer diferença entre grupos nos resultados possa ser atribuída à intervenção. A comparação desses três grupos, permitirá estimar os efeitos relativos, conseguindo demonstrar se a modalidade de intervenção do

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.898.672

grupo experimental é mais eficaz que as outras (Karlsson & Bergmark, 2015). O segundo momento será 2 meses após (T2), pois a recomendação de tratamento para o CCU tem duração média de 14 semanas (Suneja et al, 2016; Hong et al; 2017), acontecendo o segundo momento praticamente na metade do tratamento. O Terceiro momento (T3) será dois meses após o segundo momento, ou seja, quatro meses após o primeiro momento. Todos os 3 grupos (experimental/controlo ativo/controlo passivo) responderão ao questionário de conhecimento e ao Brief IPQ-R através de uma entrevista por telefone. A coleta de dados será realizada por estudantes de medicina treinados pela pesquisadora principal deste projeto e supervisionados por uma psicóloga clínica/saúde. Estes pesquisadores de campo também terão supervisão técnica da pesquisadora principal mensalmente, sendo discutido o andamento do campo de pesquisa e questões éticas que, por sua vez, serão também supervisionadas pela orientadora (doutorada em psicologia clínica) do projeto de doutoramento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:- Objetivo Geral • Estudo 1 e Estudo 2 (Desenho Transversal) Considerando a cronicidade e alta incidência do CCU no estado do Amazonas, o objetivo deste estudo será investigar as variáveis associadas, mediadores e moderadores da Qualidade de vida (QoL) em pacientes com CCU da FCECON e na Casa de Apoio Lar das Marias, no sentido de criar programas com objetivo de promover a Qualidade de Vida. • **Estudo 2 (Ensaio Clínico Randomizado)** Avaliar a eficácia de uma intervenção educativa, em forma de vídeo, baseada no Modelo de Auto-Regulação de Leventhal (Leventhal, 1987) em mulheres em Tratamento para CCU habitantes dos municípios do interior do Amazonas, onde serão avaliadas as representações da doença, conhecimentos, e satisfação com a informação recebida no sentido de desenvolver linhas orientadoras para intervenções educacionais que promovam a Qualidade de Vida.

Objetivo Secundário:- Estudo 1 e 2 (Desenho Transversal) 1. Traçar o perfil das pacientes e cuidadores informais ao nível das variáveis clínicas, sociodemográficas e psicológicas; 2. Conhecer as variáveis associadas com a qualidade de vida nas pacientes e cuidadores informais; 3. Analisar o papel moderador das representações da doença na relação entre satisfação com cuidados e qualidade de vida nas pacientes; da satisfação conjugal na relação entre a morbidade psicológica e qualidade de vida nas pacientes; e das estratégias de enfrentamento na relação entre sobrecarga e qualidade de vida, nos cuidadores informais; 4. Analisar o papel mediador da espiritualidade na relação entre a morbidade psicológica e a qualidade de vida nas pacientes e entre a sobrecarga e a qualidade de vida nos cuidadores informais e 5. Construir um modelo de ajustamento que inclua

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.898.672

as variáveis clínicas, sociodemográficas, psicológicas dos modelos teóricos anteriores (associações, moderações e mediações), para a qualidade de vida de pacientes e cuidadoras. Estudo 2 (Ensaio Clínico Randomizado) Objetivos específicos: 1-Comparar o impacto de uma intervenção educativa (grupo experimental) com uma condição de controle (informação standard); 2-Analisar a manutenção dos ganhos obtidos ao longo do tempo e 3- Investigar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas nos ganhos obtidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:- Os desconfortos e os riscos que eventualmente venham a ocorrer, serão de ordem subjetiva, no que diz respeito à reflexão sobre o adoecimento e tratamento que poderão induzir o sujeito a pensar sobre a sua doença dentro da perspectiva pessoal e familiar. Estes potenciais riscos são justificáveis no sentido de poderem gerar conhecimento sobre os fatores que influenciam na qualidade de vida destas mulheres e de seus cuidadores informais, e desta forma promover ações que melhorem a qualidade de vida dos participantes. Na busca de redução de qualquer dano desta pesquisa, a equipe que realizará as entrevistas com as participantes para resposta aos instrumentos, será composta pela equipe de pesquisadores e estudantes de medicina, supervisionados por uma psicóloga. Deste modo, qualquer necessidade de tratamento psicológico está garantida, bem o apoio médico está assegurado pela equipe médica do FCECON. Estes pesquisadores de campo também terão supervisão técnica da pesquisadora principal mensalmente, sendo discutido o andamento do campo de pesquisa e questões éticas. As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da responsabilidade dos participantes da pesquisa (pacientes e cuidadores). A entrevista para responder aos questionários e/ou assistir a intervenção audiovisual (RCT) serão realizadas enquanto aguardam as consultas médicas ou enquanto estão morando na Casa de Apoio, não tendo que se deslocar propositadamente para participar do estudo.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), os participantes do estudo terão direito a tratamento médico e psicológico na Instituição. Reforça-se que estão assegurados o direito e cobertura material e reparação a danos decorrentes da pesquisa, conforme indenizações legalmente estabelecidas.

Benefícios:

Com o desenvolvimento deste projeto, pretende-se encontrar as variáveis que melhor preveem a qualidade de vida das mulheres em tratamento de CCU e seus cuidadores informais, para que a partir destes resultados sejam discutidas propostas de intervenção de promoção de saúde, dentro do ambiente hospitalar e da Casa de Apoio.

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.898.672

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

As pacientes e cuidadores serão entrevistadas em um consultório/gabinete na FCECON e no Lar das Marias. A coleta dos dados cumprirá os requisitos éticos.

No estudo 1, a amostra será não probabilística por conveniência de pacientes, calculada com base na estimativa do número de casos novos de CCU atendidos na FCECON anualmente. Foi feito o cálculo da população finita, considerando o erro de 5% e nível de confiança de 95% (1,96) com base no universo de 240 mulheres, totalizando uma amostra de 148 pacientes e 148 cuidadores informais.

O estudo 2 terá uma amostra de conveniência, incluindo todas as mulheres elegíveis para participar do estudo da Casa de Apoio Lar das Marias, no período de execução do projeto, considerando o seu objetivo com base nos testes de procedimentos para Ensaio Clínico Randomizado, requer 30 pacientes para o grupo experimental e 30 para o grupo controle.

As participantes responderão aos seguintes instrumentos:

Pacientes:

- Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30): (Versão Original EORTC, 2008; Versão Brasileira Michels et al, 2013). Este instrumento avalia qualidade de vida através possui 30 itens.
- Cervical Cancer module QLQ-CX24 (Versão Original EORTC, 2008, Versão Brasileira Fregnani, 2013) Este instrumento é o módulo específico para CCU e possui 24 perguntas,
- EORTC IN – PATSAT32 (Versão original EORT, 2008; Versão Portuguesa, Martins, 2009). É um instrumento de 32 itens que avalia a satisfação dos pacientes com cuidados recebidos no atendimento hospitalar.
- Couples Satisfaction Index- Short (CSI): (Versão original Funk, Rogge, 2007). Uma escala de 4 itens, que avalia a satisfação no relacionamento.
- Questionário clínico: Este instrumento foi criado para este estudo, considerando as variáveis: idade ao diagnóstico, tipo histológico, estadiamento, diagnóstico e tratamento e os dados serão coletados nos prontuários das pacientes.

Cuidadores

- Burden Assessment Scale (BAS) (Reinhard, Gubman, Horwitz, & Minsky 1994, versão brasileira Sczufca, 2002). Este questionário mede a sobrecarga em termos objetivos e subjetivos relatados pelo cuidador. A escala possui 22 itens.
- Career's Assessment of Managing Index (CAMI) (Nolan et al., 1996; Versão Portuguesa Brito,

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.898.672

2002). Este instrumento avalia estratégias de enfrentamento, utilizada pelos cuidadores, inclui 38 itens.

- Qualidade de Vida- SF 36: (Ware, Sherbourne, 1992; Versão Brasileira, Ciconelli, et al, 1999). Instrumento de avaliação da qualidade de vida, multidimensional de estado físico e mental e inclui 36 itens.

Pacientes e Cuidadores

- Questionário de dados sociodemográficos: Criado para este estudo. As variáveis sociodemográficas serão: idade, escolaridade, gênero, estado civil, ocupação, classe social, composição familiar, religião.

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): (Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007. Versão Brasileira Marcolino, 2007). Avalia sintomas de ansiedade e depressão (morbidade psicológica) e contém 14 questões.

- Spiritual and Religion Attitudes in Dealing with Illness- SpREUK: (Büssing et al., 2004; versão portuguesa de Pereira, Pedras, Paredes, & Bacalhau (2016). Pereira & Pedras, 2011). Desenvolvido para investigar em pacientes com doenças crônicas o impacto da espiritualidade no modo como as pessoas lidam com a doença e possui 15 itens

- Revised Brief Illness Perception Questionnaire -Brief IPQ -R: (Versão Original Moss, Morris, 2002; Versão Brasileira Nogueira, 2012). Este instrumento que possui nove itens que avaliam a representação cognitiva, representação emocional da doença, e a compreensão.

Pacientes (Estudo 2)- •Grupo A-Câncer de Colo de Útero + Intervenção Audiovisual: Vídeo informativo (grupo experimental- tempo:7min54s): vídeo que abordará os seguintes fatores relacionados ao CCU: Identidade, causas, duração, consequências, tratamento e controle (Modelo de Leventhal, 1987). O roteiro do vídeo foi idealizado pela pesquisadora principal com

Critério de Inclusão:- Os critérios de inclusão são pacientes com diagnóstico de câncer de colo de útero que vivem com parceiro conjugal, não estejam em cuidados paliativos, possuam cuidadores informais, e idade superior a 18 anos.

Critério de Exclusão:- Serão excluídas as pacientes e cuidadores que não correspondem aos critérios de inclusão, que tenham doenças psiquiátricas graves (por exemplo esquizofrenia) e que não queiram participar do estudo.

Metodologia de Análise de Dados:- Após a definição da amostra por estatística descritiva e seleção dos sujeitos, serão aplicados os instrumentos. A análise de dados, esta será processada através do programa IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 24.0. O objetivo referente a caracterização da amostra será analisado através de análise descritiva das variáveis clínicas,

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.898.672

sociodemográficas e psicológicas. As hipóteses do estudo 01 e 02 (desenho transversal) serão testadas através das seguintes análises: Hipótese 1: Regressão múltipla hierárquica Hipótese 2 e 3 – Análise de moderação e mediação (Preacher & Hayes, 2004) Hipótese 4- Path analysis usando o AMOS. A hipótese 4 corresponde ao objetivo 5, que propõe: encontrar um modelo com bom ajustamento que inclua a contribuição das variáveis clínicas, sociodemográficas e psicológicas dos modelos anteriores para a qualidade de vida das pacientes e cuidadores informais. Para alcançar esse objetivo será utilizado, usando o AMOS (programa estatístico), um modelo de Path Analysis que avalia o ajuste de um conjunto de relações de dependência entre as variáveis. Este método estabelece formalmente um modelo sobre a relação causal entre variáveis considerando a interação entre estas variáveis. É uma extensão do modelo de regressão múltipla, onde não só a contribuição direta de um conjunto de variáveis independentes e uma dependente, mas também a interação entre as variáveis e a influência indireta dessas variáveis na dependência verificada pelo investigador. (Perez et al; 2013). Estudo 2-Ensaio Randomizado Controlado As hipóteses do estudo 2 serão testadas através das seguintes análises: Hipótese 1 e 2: Medidas Repetidas – Generalized Estimating Equations (GEE) e Mixed Effects Models (MEM)

Cronograma de Execução

ID Grupo No de Indivíduos - 298

Intervenções a serem realizadas

Mulheres com CCU da FCECON

Aplicação de questionários (estudo transversal) e intervenção informativa

Cuidadoras de Mulheres com CCU do Lar-30

Aplicação de questionários (estudo transversal)

Cuidadores de Mulheres com CCU da FCECON- 148

Aplicação de questionários (estudo transversal)

Mulheres com CCU do Lar- 30

Aplicação de questionários (estudo transversal) e intervenção informativa

Identificação da Etapa (DD/MM/AAAA)	Início (DD/MM/AAAA)	Término
Recolha de dados 30/08/2019		09/10/2018
Escrita dos resultados	14/01/2019	14/04/2020
Interpretação dos resultados	05/03/2018	

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.898.672

28/12/2018

Escrita de artigos

11/06/2018

21/04/2020

Treinamento da equipe de pesquisa

07/08/2017

18/08/2017

Revisão da literatura

01/05/2017

10/08/2020

Orçamento Total em R\$ R\$ 4.764,50

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto em tela é a versão 3 de uma Tese de Doutorado, sendo a UFAM co-participe juntamente com a Universidade do Minho e contem todos os elementos de um estudo científicos com:introdução, Objetivos, Metodologia, Cronogram, Orçamento Financeiro,

TCLE - Contemplado,

Termo de Anuência - Contemplado e assinado pela Direto ra de Pesquisa da FCECON Dra. Kátia L.T. da Silva,

Crítérios de Inclusão e Exclusão - Contemplados,

Riscos e Benefícios - Contemplados,

Carta-Resposta - Contemplada,

Instrumento de coleta de dados - Contemplados.

Recomendações:

Não se Aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos de parecer pela ,Aprovação.

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_1206920_E1.pdf	30/08/2018 08:32:27		Aceito
Declaração de	Anuencia_02_cecon.pdf	30/08/2018	Rosana Pimentel	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.898.672

Instituição e Infraestrutura	Anuencia_02_cecon.pdf	08:15:00	Correia	Aceito
Outros	EMENDA.pdf	30/08/2018 08:13:34	Rosana Pimentel Correia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_EMENDA.pdf	30/08/2018 08:09:53	Rosana Pimentel Correia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_controle_PS_02.pdf	30/08/2018 08:07:51	Rosana Pimentel Correia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_controle_AT_02.pdf	30/08/2018 08:07:30	Rosana Pimentel Correia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_EXP_02.pdf	30/08/2018 08:06:58	Rosana Pimentel Correia	Aceito
Outros	Carta_resposta_pendencia.pdf	30/06/2017 06:07:25	Rosana Pimentel Correia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_submissao02.pdf	29/06/2017 22:51:13	Rosana Pimentel Correia	Aceito
Outros	Intervencao_roteiro_album.pdf	29/06/2017 22:32:14	Rosana Pimentel Correia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cuidadores_LAR.pdf	29/06/2017 22:25:43	Rosana Pimentel Correia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cuidadores_FCECON.pdf	29/06/2017 22:25:27	Rosana Pimentel Correia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pacientes_LAR.pdf	29/06/2017 22:25:05	Rosana Pimentel Correia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pacientes_FCECON.pdf	29/06/2017 22:21:36	Rosana Pimentel Correia	Aceito
Outros	declaracao_co_orientadora_01.pdf	29/06/2017 22:16:26	Rosana Pimentel Correia	Aceito
Outros	declaracao_orientadora_01.pdf	29/06/2017 22:15:57	Rosana Pimentel Correia	Aceito
Outros	Declaracao_coordenador_doutorado.	29/06/2017	Rosana Pimentel	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.898.672

Outros	pdf	22:13:59	Correia	Aceito
Brochura Pesquisa	Instrumentos_projeto_pesquisa.pdf	29/06/2017 22:12:51	Rosana Pimentel Correia	Aceito
Outros	Curriculos_Pesquisadores_Equipe.pdf	29/06/2017 21:59:46	Rosana Pimentel Correia	Aceito
Outros	Curriculo_Adele_Benzaken_Co_Orientadora.pdf	29/06/2017 21:59:18	Rosana Pimentel Correia	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Graca_Orientadora.pdf	29/06/2017 21:58:52	Rosana Pimentel Correia	Aceito
Outros	Curriculo_Rosana_Moyses_Pesquisadora_principal.pdf	29/06/2017 21:57:11	Rosana Pimentel Correia	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada_presidente.pdf	29/06/2017 21:53:15	Rosana Pimentel Correia	Aceito
Outros	Carta_Lar_Marias5.pdf	27/04/2017 14:35:12	Rosana Pimentel Correia	Aceito
Outros	Carta_FCECON4pdf.pdf	27/04/2017 14:34:35	Rosana Pimentel Correia	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 17 de Setembro de 2018

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com