

Estudos sobre qualidade de vida em mulheres submetidas a histerectomia ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário (*)

HELENA BALTAR LOPES (**)
JOSÉ LUIS PAIS RIBEIRO (***)
ISABEL PEREIRA LEAL (****)

1. INTRODUÇÃO

Os cancros ginecológicos constituem as formas de neoplasia mais frequentes na mulher, sendo o carcinoma do útero a segunda causa de cancro nesta (Roldão, 1984) e o carcinoma do ovário a sexta (Silverberg, 1989).

Os progressos no diagnóstico e tratamento do cancro do útero e ovário têm sido significativos e o seu prognóstico melhorou. No entanto, estas duas doenças representam ainda um importante problema de saúde pública, dada a sua incidência e consideráveis riscos de mortalidade quando o

tumor é diagnosticado numa fase de evolução avançada.

As possibilidades terapêuticas são múltiplas e variam em função da idade da mulher, do seu estado clínico, do tipo e extensão do tumor. A histerectomia total com anexectomia bilateral é um dos principais métodos de tratamento e consiste numa intervenção cirúrgica por meio da qual se pratica a ablação do útero e dos ovários. A radioterapia e a quimioterapia constituem metodologias de tratamento complementares ou alternativas às cirurgias não conservadoras.

Para além das reacções psicológicas inerentes a qualquer tipo de cirurgia oncológica, reacções específicas estão relacionadas com a localização da cirurgia e com alterações funcionais ou perda de função resultantes desta intervenção (Callahan, Pawlicki, Nicholas & Hamilton, 1993). O tratamento cirúrgico do cancro genital, da face, mama e cólon suscita reacções emocionais particularmente adversas, em virtude do significado psicológico atribuído à perda (total ou parcial)

(*) Estudo realizado no âmbito de mestrado com bolsa do Programa Praxis XXI.

(**) Bolseira de Doutoramento do Programa Praxis XXI.

(***) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa

(****) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

destes órgãos ou partes do corpo (Jacobsen & Holland, 1990).

Na mulher, as intervenções cirúrgicas ginecológicas revestem-se de aspectos peculiares, tendo um impacto significativo a diferentes níveis. Estudos sobre as repercussões da histerectomia e anexectomia no plano emocional e psicossocial sugerem que a perda do útero e ovários e, conseqüente, cessação da função reprodutora e ovárica podem ter efeitos negativos ao nível do bem-estar psicológico e somático, relacionamento sexual e conjugal, auto-estima, imagem corporal e identidade feminina.

Por outro lado, têm sido identificados alguns factores que parecem estar associados a maiores dificuldades de ajustamento a esta situação: dificuldades sexuais e conjugais prévias, existência de um suporte social precário e antecedentes psiquiátricos. A idade da mulher e paridade constituem, também, possíveis factores de risco: mulheres jovens, particularmente quando não têm filhos, parecem ser mais propensas a sofrer de problemas psíquicos e sexuais, em consequência de histerectomia e/ou anexectomia.

Assim, em situação de cancro genital, a compreensão do impacto da histerectomia ou anexectomia quer para a mulher, quer para os próximos, tem de ser enquadrada no contexto das doenças ginecológicas, em particular, e oncológicas, em geral.

Os tratamentos oncológicos implicam muitas vezes uma cirurgia de exérese, com eventual comprometimento do funcionamento de órgãos vitais ou do aparelho reprodutor, e que pode ser sentida pelos doentes como uma mutilação. A toxicidade de alguns fármacos é considerável, e a radioterapia pode provocar efeitos colaterais difíceis de suportar pela pessoa. A morbilidade por psicopatologia tem, igualmente, uma expressão significativa. Todavia, a sua incidência parece ter sido sobrestimada em estudos iniciais, devido a limitações metodológicas e de diagnóstico.

Brown, Haddox, Posada e Rubio (1972), num estudo com quinze mulheres com cancro ginecológico que foram submetidas a exenteração pélvica, concluem que – apesar da existência de alguns problemas relacionados essencialmente com a sexualidade e a colostomia – as mulheres parecem ter-se adaptado relativamente bem a es-

ta situação quer do ponto de vista psicológico, quer social.

Também, num estudo realizado por Vera (1981) com dezanove mulheres, sujeitas a um tratamento idêntico, as doentes referiram que a sua qualidade de vida melhorou desde a intervenção cirúrgica e que estavam optimistas em relação ao futuro. Porém, comentaram que se sentiram deprimidas após a cirurgia e evidenciaram uma reabilitação ocupacional pobre e acentuadas dificuldades no plano sexual.

Estudos de qualidade de vida de doentes com cancro indicam que estes relatam uma qualidade de vida melhor do que seria de esperar. Existem diversas hipóteses para explicar esses resultados.

De Haes e van Knippenberg (1985) sugerem que as doenças oncológicas podem afectar menos a qualidade de vida dos doentes do que geralmente se pensa, devido, provavelmente, a alterações das suas expectativas ou valores, a melhorias efectivas em determinados aspectos das suas vidas (por exemplo, reforço de certos vínculos afectivos) ou a uma reestruturação das prioridades e objectivos de vida. A teoria da adaptação de Helson e Bevan (1967) explica este fenómeno.

Uma hipótese alternativa, reflectindo uma perspectiva mais psicopatológica, sugere que os doentes tendem a responder de uma forma socialmente desejável (Hurny, Piasetsky, Bagin & Holland, 1987) e dão respostas de acordo com as expectativas que têm acerca do que os médicos (ou entrevistadores) gostariam de ouvir.

Outra explicação para este facto traduz uma perspectiva cognitiva. Segundo Campbell *et al.* (1976), os julgamentos de qualidade de vida contêm uma componente cognitiva e afectiva, cada uma das quais pode variar independentemente da outra. Os estudos que demonstram que as pessoas com cancro têm uma qualidade de vida satisfatória ou mesmo boa mascaram as respostas emocionais, que surgem associadas à doença e tratamento e requerem uma avaliação independente. Essa hipótese vai de encontro às observações de Irwin *et al.* (1982), segundo as quais doentes que fizeram radioterapia classificam a sua qualidade de vida como sendo tão satisfatória como a das pessoas «sem doença», mas não avaliam a dimensão afectiva dos seus julgamentos.

Uma perspectiva diferente é defendida por

Durá (1997)¹ que chama a atenção para o facto do cancro ao longo dos séculos ter sido mistificado pelas sociedades. Os próprios investigadores teriam uma visão pessimista desta doença e tenderiam a sobrestimar os efeitos negativos do cancro e seu tratamento no bem-estar psicológico e qualidade de vida dos doentes. A controvérsia sobre se a qualidade de vida da generalidade das pessoas com cancro é comparável à da população «normativa» traduziria as expectativas baixas dos investigadores e a sua perplexidade face aos resultados destes estudos.

Segundo Barofsky e Sugarbaker (1990), os doentes com cancro não avaliam passivamente o seu estado de saúde e qualidade de vida, mas processam activamente os acontecimentos e circunstâncias da sua vida. O modo como a informação é interpretada ou enquadrada poderá afectar os julgamentos que os doentes fazem.

Llewellyn-Thomas *et al.* (1984) realizaram vários estudos sobre os efeitos de factores metodológicos na avaliação que os doentes com cancro fazem do seu estado de saúde. Eles observaram que o tipo, número e ordem de apresentação das questões, assim como os métodos de valorização, parecem influenciar as respostas.

Os autores sugerem, ainda, que os doentes quando fazem juízos adoptam várias heurísticas. Ainda se sabe muito pouco sobre as estratégias cognitivas que os doentes oncológicos usam quando fazem julgamentos e se estas diferem das que as pessoas «sem doença» ou outros grupos de doentes utilizam.

Observações empíricas indicam que as capacidades intelectuais estão diminuídas em certos grupos de doentes com cancro. Segundo Barofsky e Sugarbaker (1990), os tratamentos oncológicos muitas vezes debilitam as funções neurológicas dos doentes idosos, com cancro disseminado, e que foram submetidos a um regime multidrogas. Essa condição física poderá alterar as suas cognições e comprometer os seus julgamentos.

Embora não exista um consenso para explicar os resultados de estudos com grupos de cancro, aquelas perspectivas fornecem uma visão multi-

facetada do processo de julgamento da qualidade de vida em doentes oncológicos. Todavia, a generalidade das concepções existentes não tem como referência um modelo teórico suficientemente elaborado que permita uma maior compreensão do papel de cada uma das dimensões (cognitiva e afectiva) que intervêm nos julgamentos de qualidade de vida, bem como das relações existentes entre ambas as componentes.

O objectivo deste trabalho é estudar aspectos de qualidade de vida em um grupo de doentes sujeitas a histerectomia e/ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário, tendo sido utilizado como instrumento de avaliação o Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida, F-84. Trata-se de um estudo transversal com carácter exploratório, descritivo e comparativo, visando conhecer e compreender a influência dessas situações na qualidade de vida das mulheres.

Procurou-se, ainda, comparar o estado de saúde desse grupo de doentes com o estado de saúde de um grupo de mulheres sem doença e que não foram submetidas a nenhum tipo de cirurgia ginecológica, com o objectivo de estimar os efeitos destes acontecimentos em diferentes aspectos de saúde, avaliados através de uma medida de saúde multidimensional (Questionário de Estado de Saúde, SF-36).

2. MÉTODO

2.1. Participantes

A população do nosso estudo é constituída por mulheres que satisfazem os seguintes critérios: a) diagnóstico de cancro do ovário ou útero (colo ou corpo uterino); b) conhecimento da doença; c) realização de uma histerectomia total e/ou anexectomia num período de tempo superior a três meses e inferior a dois anos; d) ausência de quadro de neoplasia disseminada com expressão clínica; e) inexistência de outras doenças não controladas do ponto de vista clínico; f) sem antecedentes psiquiátricos conhecidos nem deficiência intelectual manifesta; g) disponibilidade e consentimento informado para participar no estudo. A definição de critérios de inclusão e a selecção do grupo de estudo foi rea-

¹ Comunicação pessoal de Estrella Durá (28 de Fevereiro de 1997).

lizada com a colaboração de médicos da consulta de ginecologia do Hospital Geral de Santo António.

O grupo de estudo é constituído por trinta mulheres com idades compreendidas entre os vinte e quatro e os setenta e cinco anos. O grupo de comparação constitui uma amostra intencional de idênticas características excepto as referidas nas alíneas a) a d).

- Grupo de estudo: trinta mulheres sujeitas a histerectomia e/ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário.

- Grupo comparação: trinta mulheres «sem doença», com características demográficas «comparáveis» às do grupo A, e que não foram submetidas a nenhum tipo de cirurgia ginecológica. Parte da amostra foi seleccionada entre a população utente do serviço de ginecologia do Hospital Geral de Santo António. A restante amostra foi recolhida no Centro Paroquial de Paço d'Arcos.

Primeiro foi recolhido o grupo de estudo. Para isso, fez-se uma triagem de casos com recurso aos meios informáticos disponíveis no hospital, o que permitiu identificar oitenta e dois processos clínicos. A selecção final dos sujeitos foi feita através da análise dos processos e de informações colhidas no contexto de uma entrevista pessoal. As doentes foram convocadas para este estudo através de um cartão postal, enviado pelos serviços administrativos do hospital.

Posteriormente, foi colhido o grupo de comparação. Parte dos sujeitos foram seleccionados entre as utentes da consulta de planeamento familiar do serviço de ginecologia deste hospital. A primeira triagem foi realizada pelos médicos no decurso das consultas. A selecção final dos sujeitos foi feita a partir dos dados obtidos na entrevista e nos processos clínicos. Para que os dois grupos fossem similares em termos da variável nível etário, incluiu-se na amostra do grupo de comparação mulheres em idade não fértil, seleccionadas entre a população que frequenta o Centro Paroquial de Paço d'Arcos.

O grupo de estudo é constituído por trinta mulheres com diagnóstico de cancro do útero ou ovário, que fizeram tratamentos oncológicos no Hospital Geral de Santo António. Todas as doentes tinham sido submetidas a cirurgias ginecológicas num período de tempo superior a três meses e inferior a dois anos ($M = 11,9$ meses;

$dp = 5,8$ meses), tendo sido informadas dos motivos e objectivos desta intervenção.

Vinte e nove doentes realizaram uma histerectomia total e uma fez uma anexectomia direita. Em dezanove casos a histerectomia foi associada a uma anexectomia bilateral e em três a uma anexectomia unilateral. Seis doentes fizeram radioterapia, três quimioterapia e a generalidade das doentes com carcinoma do corpo uterino fez hormonoterapia. Um número considerável de mulheres, na altura da entrevista, não apresentava manifestações clínicas específicas da doença e a sintomatologia era menos expressiva nas doentes com sintomas residuais.

A maior parte das doentes tinham filhos e eram casadas ou estavam a viver maritalmente, sendo as suas idades compreendidas entre os vinte e quatro e os setenta e quatro anos ($M = 51,1$ anos e $dp = 12,8$ anos). Dezassex exerciam uma actividade profissional fora de casa (com redução do número de horas de trabalho em três casos) e duas no domicílio, seis estavam reformadas, cinco com baixa médica e apenas uma era doméstica. Vinte e sete doentes tinham uma escolaridade igual ou inferior a seis anos e as suas actividades profissionais, de um modo geral, reflectiam um baixo nível de instrução e de formação profissional. Em termos do grupo sócio-profissional e do nível de habilitações literárias, o grupo A caracteriza-se por uma certa homogeneidade, situando-se a maior parte das doentes nos grupos baixo ou médio baixo.

No grupo B, a amplitude de idades dos sujeitos, também, é elevada ($M = 48,9$ anos e $dp = 12,6$ anos). A maior parte das mulheres eram casadas ou estavam a viver em situação marital e tinham filhos. Dezanove estavam activas profissionalmente, uma estava desempregada, quatro eram reformadas e seis domésticas. A generalidade das mulheres tinha uma escolaridade igual ou inferior a nove anos. Em termos do grupo sócio-profissional e do nível de habilitações literárias, o grupo de comparação caracteriza-se por uma relativa heterogeneidade, com uma maior incidência de sujeitos no grupo médio baixo. A comparação das médias de idades dos dois grupos com recurso ao teste t de student permite concluir que não existem diferenças significativas entre as médias de idades dos dois grupos ($t = 0,66$; para $p < 0,05$ e 58 g.l.). Donde,

as diferenças de resultados não deverão ser atribuídas ao factor idade.

2.2. *Material*

Neste estudo utilizou-se os seguintes instrumentos: entrevista de pesquisa; questionário demográfico; processos clínicos; Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida, F-84 (Ribeiro, 1996); e versão portuguesa do Questionário de Estado de Saúde, SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992).

Questionário de Estado de Saúde (SF-36)

O Questionário de Estado de Saúde, SF-36 («M.O.S. 36-Item Short-Form Health Survey»), foi construído por Ware e Sherbourne (1992) para medir e aprofundar o estudo de conceitos gerais de saúde. Os autores pretenderam desenvolver um instrumento de avaliação da saúde de reduzidas dimensões, que possibilitasse uma colheita e interpretação rápida e simples de dados, mas que simultaneamente reforçasse as qualidades psicométricas de escalas abreviadas de saúde.

O SF-36 foi concebido para ser utilizado em diferentes contextos (prática clínica, investigação, estudos da população em geral e avaliações de políticas de saúde) e para ser aplicado a indivíduos a partir dos catorze anos com/ou sem doença. Pode ser auto-administrado ou passado por um entrevistador treinado, no contexto de uma entrevista pessoal ou por telefone.

O questionário é constituído por oito sub-escalas, que avaliam as seguintes dimensões de saúde: 1) funcionamento físico; 2) limitações de papéis decorrentes de problemas físicos; 3) funcionamento social; 4) dor corporal; 5) saúde mental; 6) limitações de papéis por problemas emocionais; 7) vitalidade; e 8) percepção geral de saúde. O perfil fornecido por esta medida permite uma avaliação multidimensional dos efeitos da saúde/doença no funcionamento quotidiano do indivíduo e seu bem-estar. Estudos para testar a validade das escalas do SF-36, enquanto medidas de conceitos de saúde física e mental, com utilização de técnicas de análise factorial e critérios clínicos (McHorney, Ware & Raczek, 1993), apoiam a hipótese de uma estrutura bidimensional da escala e indicam que algumas sub-escalas medem principalmente a componente

física da saúde, outras a mental enquanto outras medem ambas as componentes.

Os resultados do SF-36 distribuem-se por uma escala de zero a cem, tendo os critérios de cotação dos itens e escalas sido definidos de forma a que um resultado elevado indica um estado de saúde melhor (e vice-versa).

Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (F-84)

O Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida, F-84 (forma 84 itens), foi construído pelo «Grupo Português para o Estudo da Qualidade de Vida em Doenças Crónicas», para medir e estudar aspectos de qualidade de vida de pessoas com diferentes doenças crónicas.

A concepção deste instrumento tem como referência o conceito de qualidade de vida adoptado pela Organização Mundial de Saúde, que é definido pelos seguintes pressupostos: a) existe uma entidade abrangente que se denomina qualidade de vida; b) essa entidade pode ser avaliada através de uma medida quantitativa, válida e fiel, aplicável a várias populações; c) qualquer factor que afecte a qualidade de vida influenciará um largo conjunto de componentes, representados na escala. A estrutura do instrumento deverá ser modular, organizada em grandes domínios, cada um dos quais integra diversos componentes, passíveis de variar de cultura para cultura. O instrumento avalia o efeito da saúde e doenças na qualidade de vida e não propriamente doenças, sintomas ou condições específicas, podendo ser utilizado para medir os resultados de intervenções específicas da saúde na qualidade de vida. A medida deverá reflectir a avaliação que o indivíduo faz da sua vida global, que depende da contribuição de múltiplas facetas ou dimensões da sua vida (WHOQOL Group, 1993).

O F-84 foi construído tendo como matriz o Questionário de Estado de Saúde, SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992). Os itens da versão portuguesa do SF-36² foram integrados no F-84 e adi-

² O SF-36 foi traduzido para a língua portuguesa pelo grupo da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, coordenado pelo Doutor L. Ferreira, sendo a versão portuguesa desta escala reconhecida pelo Medical Outcome Trust.

cionou-se novos itens, de forma a abranger um maior conjunto de doenças e de dimensões de qualidade de vida.

O questionário é composto por oitenta e quatro itens, integrados visualmente em quinze áreas. Cada item constitui uma informação com várias possibilidades de resposta, entre as quais o respondente escolhe a que se aplica a si. A generalidade das questões refere-se ao período das últimas quatro semanas. Pode ser auto-administrado ou passado por um entrevistador, no contexto de uma entrevista clínica, e destina-se a diversos grupos etários (a partir dos quinze anos de idade) e a um vasto grupo de doenças crónicas.

Os critérios de cotação das respostas foram definidos de forma que um resultado elevado indica um melhor nível de qualidade de vida (e vice-versa). Os resultados distribuem-se por uma escala de zero a cem, sendo o valor médio do F-84: 50,1.

2.3. Procedimento

A recolha de dados do grupo A efectuou-se entre os meses de Fevereiro e Junho de 1996, no serviço de ginecologia do Hospital Geral de Santo António, tendo sido utilizado como instrumento de avaliação da qualidade de vida o questionário F-84, que foi passado no contexto de uma entrevista com a pessoa. A colheita de dados pessoais foi feita com base num questionário demográfico preenchido pela doente (ou investigador). Os dados clínicos foram sistematizados numa ficha de registo e obtidos através dos processos clínicos.

Posteriormente, procedeu-se à aplicação do SF-36 ao grupo B. Os dados referentes às mulheres do grupo B, em idade fértil, foram colhidos no serviço de ginecologia, tendo a escala sido passada no contexto de uma entrevista pessoal, realizada após a consulta de planeamento familiar. Os dados referentes às mulheres do grupo B, em idade não fértil, foram recolhidos no Centro Paroquial de Paço d'Arcos. O procedimento utilizado na recolha de dados demográficos e administração do questionário foi idêntico ao do grupo A. Contudo, a interacção entrevistado/entrevistador e a condução da entrevista foram modeladas pelas condições e comportamento da pessoa.

3. RESULTADOS

Análise descritiva dos resultados do grupo de estudo

Nesta análise descritiva dos dados referentes ao grupo A, serão considerados os resultados globais e dos itens do F-84, e os resultados das escalas do SF-36.

Os resultados das doentes no F-84 variam entre 28,9 e 91,3; sendo $M = 58,1$ (amplitude = 62,4, $dp = 16,5$). Este valor situa-se ligeiramente acima da média do F-84 ($M = 50,1$). Vinte mulheres (66,7%) obtêm resultados acima da média do F-84, entre as quais quinze (50%) têm resultados que se distribuem no intervalo 50-75 e cinco (16,7%) entre 75-100. As restantes dez (33,3%) têm resultados inferiores à média do F-84, que se situam no intervalo 25-50.

Relativamente aos resultados dos itens do F-84, sessenta e dois itens (75%) têm pontuações médias que se situam dentro ou acima dos valores médios dos itens do F-84 (54 para o item 1 e 50 para os restantes) e vinte e um itens (25%) estão abaixo destes valores. No Quadro 1 são referidos os itens do F-84 que obtiveram pontuações mais baixas e os respectivos resultados. A última coluna indica a percentagem de sujeitos com resultados abaixo da média nesses itens.

Os resultados do grupo de estudo nas escalas do SF-36 oscilam entre 45,6 e 73,3 (ver Gráfico 1), situando-se dentro ou acima dos valores médios das escalas do SF-36 (50,8 para a escala de percepção geral de saúde; 51,5 para a escala de dor corporal e 50,0 para as outras), com excepção do resultado da escala de percepção geral de saúde que é ligeiramente inferior. A pontuação mais elevada regista-se na escala de funcionamento social ($M = 73,3$ e $dp = 30,9$). A pontuação mais baixa verifica-se na escala de percepção geral de saúde ($M = 45,6$ e $dp = 20,6$), seguida das escalas de vitalidade ($M = 52,2$ e $dp = 24,5$), de saúde mental ($M = 55,1$ e $dp = 21,1$) e de dor corporal ($M = 55,4$ e $dp = 24,3$) que obtiveram valores próximos.

Análise de variância

Com o objectivo de avaliar os efeitos das variáveis demográficas (idade, escolaridade, estado civil, paridade, situação profissional e profissão/ocupação) e clínicas (diagnóstico da doença, ti-

QUADRO 1
Itens do F-84 que obtiveram pontuações mais baixas

Nº Item	Conteúdo das Questões	Resultados Médios	Nº Sujeitos < Média	% Sujeitos < Média
12.I	Tenho dificuldade em aceitar um convite com uma pessoa do sexo oposto que mostra interesse por mim.	25,8	20	66,7
12.N	Fico nervosa/o por ter de fazer testes.	29,2	23	76,7
12.Q	Fico muito nervosa/o enquanto espero os resultados dos testes.	29,9	22	73,3
12.T	Preocupa-me se a minha família conseguirá viver sem mim.	30,0	22	76,7
13.I	Sinto-me melhor agora do que em qualquer outro momento da minha vida.	30,0	23	76,7
12.R	Preocupo-me muito com a evolução da doença.	30,8	23	76,7
13.B	Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.	30,8	21	70
1.	Em geral, como diria que a sua saúde é?	33,3	20	66,7
14.	Em geral como classifica a sua condição física?	34,2	23	76,7
15.	Como classificaria a sua condição física no último mês?	34,2	21	70
12.S	Preocupa-me a ideia de não poder cuidar de mim própria/o.	36,1	21	70
13.D	A minha saúde é ótima.	38,2	19	63,3
12.B	Não tenho interesse pelas relações íntimas com o meu/minha espos/a ou companheiro/a.	40,8	17	56,7
13.M	Sinto-me incómodo/a com as mudanças que ocorreram no meu corpo.	40,8	15	50
12.C	A frequência das relações íntimas com o meu esposo ou companheiro diminuíram.	43,3	17	56,7
12.J	Tenho dificuldade em falar acerca da doença com uma pessoa do sexo oposto que mostra interesse por mim.	45,0	15	50
9.E	Se sentiu com muita energia?	46,0	19	63,3
9.H	Se sentiu feliz?	46,0	18	60
10.G	Se preocupou com a sua doença?	46,7	15	50
12.E	Tenho dificuldade em falar no que acontece depois da morte.	48,3	16	53,3
9.D	Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	48,7	17	56,7

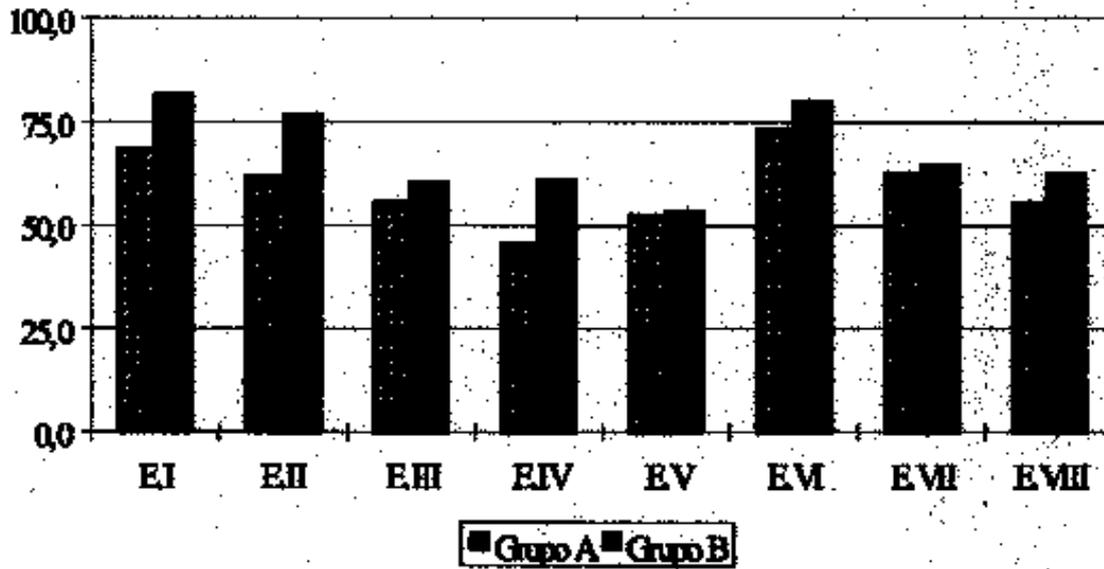
QUADRO 2

Síntese dos resultados das análises de variância referentes às variáveis demográficas e clínicas, para o nível de significância de 5% e v_1 e v_2 graus de liberdade

Variáveis Demográficas	Amostras	Médias (F-84)	Graus de Liberdade	Razão F	Valores de F Tabulados
Idade (anos)	24-39	3,30	2;27	0,29	3,34
	40-54	3,07			
	55-74	3,07			
Escolaridade (anos)	0-3	2,96	2;27	1,16	3,34
	4-6	3,17			
	10-12	3,58			
Estado civil	solteira	3,41	3;26	1,81	2,98
	casada/coabita	3,17			
	divorciada/separada	3,26			
	viúva	2,67			
Fecidade	sem filhos	3,51	1;28	2,07	4,20
	com filhos	3,05			
Situação profissional	activa	3,28	3;26	1,50	2,98
	baixa médica	2,74			
	reformada	2,87			
	outros (doméstica)	3,24			
Tipo de profissão/ ocupação	grandes grupos 4 e 5	3,20	4;25	0,55	2,74
	grande grupo 6	2,81			
	grandes grupos 7 e 8	3,31			
	grande grupo 9	3,00			
	outros (doméstica)	3,24			
Variáveis Clínicas	Amostras	Médias (F-84)	Graus de Liberdade	Razão F	Valores de F Tabulados
Diagnóstico clínico	carcinoma do ovário	3,40	1;28	1,71	4,20
	carcinoma do fútero	3,04			
Tratamento cirúrgico	anexectomia unil.	3,57	3;26	0,65	2,98
	histerectomia s/anex.	3,34			
	histerectomia c/anex. unilateral	3,19			
	histerectomia c/anex. bilateral	3,01			
Tempo cirurgia (meses)	0-6	3,25	2;27	0,59	3,34
	7-12	3,19			
	13-24	2,97			
Tratamentos complementares	não realizou	3,10	2;27	1,11	3,34
	radioterapia	2,91			
	quimioterapia	3,55			

GRÁFICO 1

O eixo horizontal representa as escalas do SF-36 e o eixo vertical os valores médios obtidos em cada uma das escalas. As barras cinzento claro representam os resultados do grupo A e as barras cinzento escuro os resultados do grupo B.



po de tratamento cirúrgico, tempo de realização da cirurgia e tratamentos oncológicos complementares) na qualidade de vida do grupo de estudo, utilizou-se a análise de variância (técnica de A. Fisher). Os resultados obtidos nesta prova são apresentados no Quadro 2. Como se pode observar neste quadro, os valores da razão F para as variáveis demográficas e clínicas estudadas não são estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

Resultados do grupo de comparação nas escalas do SF-36

Os resultados do grupo de comparação nas escalas do SF-36 oscilam entre 53,3 e 81,8. A pontuação mais elevada regista-se na escala de funcionamento físico ($M = 81,8$ e $dp = 20,1$), seguida da escala de funcionamento social que se aproximou desse valor ($M = 80$ e $dp = 25,3$). A pontuação mais baixa verifica-se na escala de vitalidade ($M = 53,3$ e $dp = 18,2$).

Diferenças entre os resultados dos grupos nas escalas do SF-36

Os resultados obtidos pelos grupos nas escalas do SF-36 são resumidos no Gráfico 1.

A partir do Gráfico 1 podemos observar que as médias dos dois grupos diferem. Para determinar se existem diferenças significativas entre as médias dos grupos nas escalas do SF-36, foi aplicado o teste t de Student (fórmula t variâncias agrupadas). Adoptando o nível de significância $p < 0,05$ verificamos que o valor de t para a escala de funcionamento físico é estatisticamente significativo ($t = 2,30$; para 58 g.l.). Foram, também, encontradas diferenças significativas na escala de percepção geral de saúde ($t = 3,16$). Relativamente às escalas de papel-físico ($t = 1,52$), dor corporal ($t = 0,71$), vitalidade ($t = 0,21$), funcionamento social ($t = 0,90$), papel-emocional ($t = 0,21$) e saúde mental ($t = 1,52$) não se regista diferenças significativas entre as médias dos grupos.

Antes de se determinar se existem diferenças significativas entre os dois grupos em cada uma das escalas do SF-36, utilizou-se o teste de Student (fórmula t variâncias agrupadas) com o objectivo de testar se os grupos A e B diferem em termos da variável idade.

4. DISCUSSÃO

Ao nível global, os resultados do F-84 indicam que a amostra de doentes, que fizeram cirurgias ginecológicas para tratamento de cancro genital, revela uma qualidade de vida satisfatória (M total = 58,1 e dp = 16,5), no momento em que o estudo foi realizado. A partir da análise dos resultados por sujeito verifica-se que 66,7% das mulheres obtêm pontuações superiores à média do F-84 (50,1) e 33,3% abaixo deste valor.

Por outro lado, a análise dos resultados das escalas do SF-36 e dos itens do F-84 permite detectar possíveis áreas de funcionamento em que os sujeitos apresentam maiores ou menores dificuldades e identificar alguns problemas ou situações específicas associadas à doença e tratamento.

A escala do SF-36 onde se regista uma maior percentagem de doentes com resultados abaixo da média é a de percepção geral de saúde (63,3%): cerca de 65% dos sujeitos consideram que a sua saúde não é boa e aproximadamente 10% estão convencidos que a sua saúde irá piorar. Comparando os resultados obtidos pelos grupos A e B na escala de percepção geral de saúde, verifica-se que as médias dos dois grupos diferem e que essas diferenças são significativas. As respostas dadas aos itens 10.G, 12.N, 12.Q e 12.R do F-84 sugerem que um número considerável de doentes se preocupa com o seu estado de saúde e receia que a doença evolua. O medo da morte e inquietações com o seu futuro e o dos familiares, também, parecem preocupar muitas doentes (itens 10.G, 12.E, 12.N, 12.Q, 12.R, 12.S e 12.T). Efectivamente, é compreensível que uma pessoa, ao ser confrontada com uma doença cujo curso evolutivo não é totalmente previsível, manifeste preocupações dessa natureza e tenha uma percepção menos favorável do seu estado de saúde.

Em seguida, a escala onde se observa uma maior percentagem de doentes com resultados inferiores à média é a de dor corporal (53,3%): aproximadamente 50% dos sujeitos referem dores moderadas a muito fortes, que em cerca de 25% dos casos interferem (moderadamente/bastante) no trabalho ou nas actividades domésticas. Embora o grupo B tenha obtido uma pontuação superior à do grupo A na escala de dor corporal,

as diferenças entre os dois grupos não são significativas. Na generalidade dos casos, as dores descritas pelas doentes parecem estar associadas a problemas de coluna, de circulação ou de reumatismo e não propriamente ao cancro. Durante a entrevista, várias doentes referem, ainda, dores de cabeça frequentes. Esse tipo de queixas foram, também, comuns no grupo de comparação.

A interpretação dos resultados da escala de vitalidade é relativamente complexa, dado que esta escala constitui uma medida subjectiva de bem-estar, incluindo aspectos de saúde positivos (como por exemplo a energia) e expressões somáticas de doença física e de «stress» psicológico (por exemplo fadiga). Neste estudo, cerca de 25% das doentes referem que se sentem frequentemente cansadas e aproximadamente 40% das mulheres relatam uma diminuição da sua energia e vitalidade. Apesar de não se registar diferenças significativas entre os dois grupos na escala vitalidade, é provável que o nível de vitalidade/energia da pessoa seja mais afectado pela doença e tratamento do que os resultados sugerem. Observe-se que, no momento em que o estudo foi realizado, 16,7% das doentes estavam com baixa médica e 10% com redução da actividade profissional.

Relativamente à escala de saúde mental, os resultados sugerem a existência das seguintes dificuldades emocionais no grupo de estudo: ansiedade ou perda de controlo emocional em 30% das doentes, tristeza em 26,7% das mulheres, entre as quais 20% referem que frequentemente se sentem muito deprimidas. O item 9.H constitui um indicador de bem-estar psicológico e foi o menos cotado nesta escala: 60% das doentes referem que, nas últimas quatro semanas, poucas vezes se sentiram felizes. Todavia, as diferenças observadas não são significativas.

Numa revisão de estudos, realizada por Frideberg *et al.* (1981-1982), 18 a 50% dos doentes de cancro relatam ansiedade e depressão. Discrepâncias nos resultados de estudos sobre a prevalência de perturbações psíquicas na população com cancro, bem como diferenças nos níveis de ansiedade e depressão entre grupos de cancro e de controlo, são frequentes e poderão traduzir limitações metodológicas e diagnósticas. Durante a década de oitenta, as pesquisas com doentes oncológicos caracterizam-se por um maior controlo de variáveis (tais como sexo, lo-

calização do cancro, extensão da doença e tipo de tratamento), resultando numa maior consistência de resultados (Anderson, 1989).

Os resultados das escalas de limitações de papéis decorrentes de problemas físicos e emocionais indicam que cerca de 36,7% das doentes apresentam problemas no trabalho ou noutras actividades diárias por problemas de saúde física e 43,3% por problemas emocionais, respectivamente, embora as diferenças encontradas não sejam significativas. A interpretação desses resultados deverá, no entanto, ser feita com precaução, uma vez que estas duas escalas incluem itens que se referem a vários papéis sociais e por isso adequam-se a indivíduos não activos profissionalmente ou que exercem mais do que um tipo de papéis. A avaliação deverá reportar-se aos trinta dias anteriores à aplicação. Logo, se naquele momento o sujeito está inactivo profissionalmente, a apreciação que faz refere-se a actividades diárias diversas, incluindo por exemplo as domésticas ou de tempos-livres, mas não à actividade profissional.

Em relação à escala de funcionamento social, 20% das doentes referem que, durante as últimas quatro semanas, a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram bastante/imenso no seu relacionamento social com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas. Também nesta escala, não se regista diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos.

Dados provenientes de estudos transversais (Baider & Sarrell, 1984; Lichtmann & Taylor, 1986) e longitudinais (Neuling & Winefield, 1988) sugerem que a maior parte das relações interpessoais de doentes com cancro permanecem intactas e satisfatórias e, em certos casos, são fortalecidas. Quando ocorrem problemas, surgem situações de afastamento e de tensão, que se pensa serem comuns a outros grupos de doentes (Wortman & Dunkel-Schetter, 1979). Atitudes sociais de estigmatização da pessoa com cancro ou receios de contágio são actualmente menores e traduzem um maior conhecimento que a sociedade tem desta doença, bem como uma visão mais positiva desta afecção (Holland, 1990).

Apesar da existência de dificuldades emocionais, que em certos casais acompanham problemas de ajustamento sexual, dados de estudos retrospectivos (Cella & Tross, 1986) e longitudinais (Andersen *et al.*, 1989) indicam que a gene-

ralidade dos casais não se separa e que o relacionamento conjugal permanece satisfatório. Em contrapartida, estudos que envolvem vários centros oncológicos indicam que a probabilidade de sobreviventes de cancro casarem é menor. Por outro lado, o risco de infertilidade (ou outros problemas de concepção, em certas formas de cancro na mulher) é maior neste grupo (Teeter, Holmes, Holmes, & Baker, 1987; Byrne *et al.*, 1988).

Na escala de funcionamento físico, os itens que obtiveram uma pontuação mais baixa referem-se essencialmente a actividades que exigem maior esforço físico: cerca de 26,7% das doentes referem muitas limitações na execução de actividades violentas (como correr ou levantar pesos); uma percentagem idêntica descreve muitas limitações em inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se e 20% das mulheres referem muitas limitações em subir vários lanços de escadas. Algumas doentes comentam que as dificuldades que têm em inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se estão associadas a dores ou receios relacionados com a cicatriz, localizada na região abdominal (resultante da cirurgia). Nesta escala de funcionamento físico, verifica-se que as médias dos dois grupos exibem diferenças estatisticamente significativas.

Detecta-se, ainda, dificuldades ao nível da imagem/bem-estar corporal e no plano psicossocial: 40,8% das doentes referem um estado/sentimento de mal-estar relacionado com mudanças corporais (item 12.M); 40,8% relatam que não têm interesse pela actividade sexual (item 12.B) e 43,3% que a frequência das relações sexuais diminuiu (item 12.C). Esses resultados são consistentes com os dados apresentados por Andersen (1985), de acordo com os quais 30 a 90% das mulheres com neoplasias ginecológicas apresentam problemas sexuais, dependendo da localização do tumor e da terapêutica utilizada.

As principais mudanças corporais decorrentes da doença ou tratamento, que as doentes referem na entrevista, são os afrontamentos (decorrentes de uma menopausa induzida cirurgicamente) e as alterações acentuadas de peso. Essas modificações (especialmente as situações de obesidade) são descritas como uma importante fonte de desconforto/mal-estar e parecem ter um forte impacto negativo na sua imagem corporal e auto-estima. Um número reduzido de doentes refe-

re, ainda, alopecia resultante da quimioterapia: a perda de cabelo foi total, embora reversível com a suspensão do tratamento.

Através da análise comparativa de resultados, constatamos, portanto, que o grupo de comparação obtém resultados superiores aos do grupo de estudo em todas as escalas do SF-36, sendo as diferenças entre as médias dos dois grupos significativas para as escalas de percepção geral de saúde e funcionamento físico.

Os dados obtidos permitem concluir que os resultados do grupo de mulheres sujeitas a histerectomia e/ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário no Questionário de Estado de Saúde, SF-36, diferem significativamente dos resultados do grupo de mulheres «sem doença» e que não foram submetidas a nenhum tipo de cirurgia ginecológica, e que essas diferenças se situam nas escalas de funcionamento físico e percepção geral de saúde.

Os resultados das duas escalas apontam para maiores dificuldades no desempenho de actividades físicas bem como para uma percepção menos favorável do estado de saúde nos sujeitos do grupo de estudo, relativamente aos do grupo de comparação. Estudos de validação do Questionário de Estado de Saúde, SF-36, indicam que as escalas de funcionamento físico e percepção geral de saúde medem principalmente a dimensão física da saúde, logo diferenças de resultados nestas duas escalas podem ser amplamente (embora não totalmente) atribuídas a causas físicas.

Esses dados apoiam o pressuposto que o cancro genital e seu tratamento se repercutem em diferentes aspectos de saúde. Porém, dadas as características da doença e tratamento, previa-se que a influência destes acontecimentos se estendesse a outras áreas de funcionamento, relacionadas com dimensões quer de saúde física, quer de saúde mental.

Sugere-se que o impacto da doença e tratamento em certas áreas de funcionamento seja mais extenso do que os resultados indicam. Todavia, outras hipóteses devem ser consideradas na interpretação dos resultados.

Com o objectivo de estimar os efeitos das variáveis clínicas e demográficas na qualidade de vida do grupo de mulheres que fizeram cirurgias ginecológicas para tratamento de cancro genital, utilizou-se a análise de variância. Os resultados desta prova sugerem que as variáveis estudadas

parecem não ter uma influência significativa nos níveis de qualidade de vida das doentes ($p < 0,05$).

Esses resultados são um pouco inesperados. Porém, outros estudos de qualidade de vida de grupos de cancro apontam para a existência de importantes diferenças individuais nos resultados de doentes com condições físicas similares, tendo sido sugeridas várias hipóteses para explicar esses resultados. Segundo Font (1994), a redução dos níveis de qualidade de vida parece estar mais relacionada com aspectos psicológicos (como expectativas de auto-eficácia e de resultados, «locus de controlo» ou estratégias de «coping») do que com aspectos físicos (sintomas da doença, dor ou incapacidades físicas). Por sua vez, Barofsky e Sugarbaker (1990) questionam a validade de alguns instrumentos na detecção de decréscimos nos níveis de qualidade de vida associados a problemas de saúde física de diferente extensão. Relativamente ao segundo conjunto de factores, também, não existe um consenso acerca da relação entre variáveis demográficas e qualidade de vida. Dado que muitos estudos realizados com grupos específicos de cancro têm amostras pequenas, é necessário mais investigação para compreender a influência dos aspectos clínicos e demográficos nos níveis de qualidade de vida dos doentes.

5. CONCLUSÕES

Embora um número considerável de mulheres tenha manifestado dificuldades em áreas específicas (sexualidade, imagem/bem-estar corporal, percepção de saúde e funcionamento físico) – bem como medos e preocupações relacionadas com o estado de saúde, e a evolução da doença e suas consequências – a amostra de doentes, que fizeram cirurgias ginecológicas para tratamento de cancro genital, revela uma qualidade de vida satisfatória. Então parece que, apesar de ser necessário fazer alguns reajustamentos (os quais traduzem movimentos reactivos/adaptativos à doença e tratamento), o cancro do útero ou ovário e seu tratamento não estão necessariamente associados a distúrbios psíquicos graves, nem a uma qualidade de vida «precária».

Contudo, aqueles acontecimentos têm diferentes repercussões na qualidade de vida e cada pes-

soa parece perceber os efeitos da doença e tratamento na sua vida de um modo singular, dependendo do seu estado e capacidades físicas, e dos recursos internos e externos que dispõe. Assim, a partir da análise dos resultados por sujeito, verifica-se que 66,7% das doentes relatam uma qualidade de vida satisfatória ou mesmo boa e 33,3% uma qualidade de vida «precária».

Os resultados deste estudo, com medidas estandarizadas de saúde e de qualidade de vida – embora sejam um pouco inferiores aos resultados de estudos com populações americanas – apoiam as conclusões de trabalhos anteriores, nos quais mulheres com cancro genital que sofreram cirurgias ginecológicas relatam uma qualidade de vida satisfatória e um ajustamento psicológico relativamente bom (Brown et al., 1972; Roberts, Rossetti, Cone & Cavanagh, 1992; Vera, 1981). Também, estudos realizados com diferentes grupos de cancro apontam no mesmo sentido (Ganz, Haskell, Figlin, LaSota & Siau, 1988; Hagle, 1990; Schipper, Clinch, McMurray & Levitt, 1984).

Existem muito poucos estudos sobre a qualidade de vida em doentes submetidas a histerectomia e/ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário. Apesar das limitações metodológicas deste estudo, espera-se que este trabalho tenha dado um contributo para a compreensão da influência desses acontecimentos em diferentes dimensões de qualidade de vida.

O conhecimento e compreensão das repercussões destas formas de cancro e seu tratamento em diferentes aspectos de qualidade de vida é um passo importante na definição de estratégias visando a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos doentes. Mas é, também, fundamental dispor de instrumentos que possibilitem um despiste rápido e eficaz de sujeitos em situação de risco devida a esses acontecimentos, bem como a identificação de áreas em que o indivíduo apresenta mais dificuldades, permitindo uma intervenção precoce e a elaboração de estratégias que ajudem a pessoa no processo de adaptação ao cancro, nas suas várias fases (diagnóstico, tratamento e reabilitação).

Face a uma diminuição significativa dos níveis de qualidade de vida, poderá ser possível desenvolver/potenciar diversas estratégias e recursos pessoais no sentido de melhorar os níveis

actuais. A apreciação dos diferentes índices obtidos permite analisar a pertinência e a possibilidade (ou impossibilidade) de actuar em determinadas áreas, e de estimar as prováveis compensações em outras dimensões conducentes a uma melhor qualidade de vida, de acordo com as condições do sujeito e o seu curso de vida.

REFERÊNCIAS

- Andersen, B. (1985). *Women with cancer: Psychological perspectives*. New York: Springer-Verlag.
- Andersen, B. (1989). Health psychology's contribution to addressing the cancer problem: update on accomplishments. *Health Psychology, 8* (6), 683-703.
- Andersen, B., Anderson, B., & Prosse, C. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer. II. Psychological outcomes. *J. Consult. Clin. Psychol., 57*, 692-697.
- Baider, L., & Sarrell, M. (1984). Couples in crisis: patient-spouse differences in perception of interaction patterns and the illness situation. *Family Therapy, 11*, 115-122.
- Barofsky, I., & Sugarbaker, P. (1990). Cancer. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessments in clinical trials* (pp. 419-439). New York: Raven Press.
- Brown, R., Haddox, V., Posada, A., & Rubio, A. (1972). Social and psychological adjustment following pelvic exenteration. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 114*, 162-171.
- Byrne, J., Mulvihill, J., Connelly, R., Myers, M., Austin, D., Holmes, F., Holmes, G., Latourette, H., Meigs, J., & Strong, L. (1988). Reproductive problems and birth defects in survivors of Wilm's tumor and their relatives. *Medical and Pediatric Oncology, 16*, 233-240.
- Callahan, E., Pawlicki, R., Nicholas, D., & Hamilton, S. (1993). Psychological aspects of gynecologic cancer. In R. Berkowitz, & R. Knapp (Eds.), *Gynecology oncology* (pp. 467-500). New York: McGraw-Hill.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of American life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Cella, D., & Tross, S. (1986). Psychological adjustment to survival from Hodgkin's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 616-622.
- De Haes, J., & van Knippenberg, F. (1985). The quality of life of cancer patients: a review of the literature. *Social Science & Medicine, 20*, 808-817.
- Font, A. (1994). Cancer y calidad de vida. *Anuario de Psicología, 61*, 41-50.

- Friedenbergs, I., Gordon, W., Hibbard, M., et al. (1881-1982). Psychosocial aspects of living with cancer: a review of the literature. *Int. J. Psychiatry Med.*, 11, 303-329.
- Ganz, P., Haskell, C., Figlin, R., LaSota, N., & Siau, J. (1988). Estimating the quality of life in a clinical trial of patients with metastatic lung cancer using the Karnofsky Performance Status and the Functional Living Index-Cancer. *Cancer*, 61, 849-856.
- Gottesman, D., & Lewis, M. (1982). Difference in crisis reactions among cancer and surgery patients. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 50, 381-388.
- Hagle, M. (1990). Cancer patient's experiences with portable chemotherapy pump. *Dissertation Abstracts International*, 50, 5547.
- Helson, H., & Bevan, W. (1967). *Contemporary approaches to psychology*. Princeton: Van Nostrand.
- Holland, J. (1990). Historical overview. In J. Holland, & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 4-12). New York: Oxford University Press.
- Hurny, C., Piasetsky, E., Bagin, R., & Holland, J. (1987). High social desirability in patients being treated for advanced colorectal or bladder cancer: eventual impact on the assessment of quality of life. *J. Psychosoc. Oncol.*, 5, 19-29.
- Irwin, P., Gottlieb, A., Kramer, S., & Danoff, B. (1982). Quality of life after radiation therapy: a study of 309 cancer survivors. *Soc. Indicators Res.*, 10, 187-210.
- Jacobsen, P., & Holland, J. (1990). Psychological reactions to cancer surgery. In J. Holland, & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 117-133). New York: Oxford University Press.
- Lichtmann, R., & Taylor, S. (1986). Close relationships and the female cancer patient. In B. Andersen (Ed.), *Women with cancer: Psychological perspectives* (pp. 233-256). New York: Springer-Verlag.
- Llewellyn-Thomas, H., Sutherland, H., Tibshirani, R., Ciampi, A., Till, J., & Boyd, N. (1984). Describing health states: methodological issues in obtaining values for health states. *Med. Care*, 22, 543-552.
- McHorney, C., Ware, J., & Raczek, A. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31 (3), 247-263.
- Neuling, S., & Winefield, H. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: frequency and correlates of supportive behaviors by family, friends, and surgeon. *Social Science Medicine*, 27, 385-392.
- Ribeiro, J. (1996). Questionário de avaliação da qualidade de vida: F-84. *Newsletter do Gru.Po-QDV*, 2 (1), 2.
- Roberts, C., Cox, C., Gibertini, M., Reintgen, D., & Baile, W. (1991). *Surgeon as psychotherapist*. Unpublished manuscript. H. Lee Moffitt Cancer Center and Research Institute, University of South Florida, Tampa.
- Roldão, M. (1984). Carcinoma uterino: alguns aspectos terapêuticos. *Jornal do Médico*, 116 (2103), 582-595.
- Schipper, H., Clinch, J., McMurray, A., & Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patients: the Functional Living Index-Cancer: development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2, 472-483.
- Silverberg, E. (1989). Cancer statistics 1989. *Ca-A Cancer Journal for Clinicians*, 39 (1), 101-105.
- Teeter, M., Holmes, G., Holmes, F., & Baker, A. (1987). Decisions about marriage and family among survivors of childhood cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 5, 59-68.
- Vera, M. (1981). Quality of life following pelvic exenteration. *Gynecol. Oncol.*, 12, 355-366.
- Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-483.
- WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- Wortman, C., & Dunkel-Schetter, C. (1979). Interpersonal relationships and cancer: a theoretical analysis. *Journal of Social Issues*, 35, 120-155.

RESUMO

Neste artigo é apresentado um estudo exploratório da qualidade de vida em doentes que foram submetidas a histerectomia e/ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário. O objectivo do trabalho é conhecer e compreender a influência desses acontecimentos na qualidade de vida das mulheres, tendo sido utilizado como instrumento de avaliação o Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida, F-84.

Procurou-se, ainda, comparar o estado de saúde desse grupo de doentes com o estado de saúde de um grupo de mulheres «sem» doença e que não foram submetidas a nenhum tipo de cirurgia ginecológica, com o objectivo de estimar os efeitos destes acontecimentos em diferentes aspectos de saúde, avaliados através de uma medida de saúde multidimensional (Questionário de Estado de Saúde, SF-36).

São discutidos aspectos da psicologia da avaliação da qualidade de vida de doentes oncológicos, sendo questionados os resultados de estudos realizados nesta área e sugeridas hipóteses para explicar estes resultados.

Palavras-chave: Cancro do ovário, cancro do útero,

histerectomia, anexectomia, qualidade de vida, Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (F-84), Questionário de Estado de Saúde (SF-36).

ABSTRACT

In this paper we present an exploratory study on the quality of life of patients subjected to hysterectomy and/or oophorectomies for uterus or ovary cancer treatment. The main objective is to understand the influence of these events on women's quality of life, using as a evaluation instrument the F-84 Quality of Life Assessment Survey.

We also compare the patient's group health status with a group of women «without disease», that had never been subjected to any kind of gynaecological surgery, in order to estimate the effects of these events in different aspects of health, assessed with the multi-dimensional health scale, the SF-36 Health Survey.

Different aspects of the psychology of quality of life assessment are discussed, as well as the results of the work done in this area with cancer patients, and hypothesis are raised to explain the results.

Key words: Ovarian cancer, uterine cancer, annexo-histerectomy, quality of life, the F-84 Quality of Life Assessment Survey, the SF-36 Health Survey.