



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
SAÚDE COLETIVA - PPGSC



RAFAELLA ARAÚJO CORREIA

**QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE SEXUAL DE MULHERES  
SUBMETIDAS AO TRATAMENTO PARA O CÂNCER  
DE COLO DO ÚTERO EM UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO - PE**

Recife

2017

**RAFAELLA ARAÚJO CORREIA**

**QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE SEXUAL DE MULHERES  
SUBMETIDAS AO TRATAMENTO PARA O CÂNCER  
DE COLO DO ÚTERO EM UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO - PE**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (PPGSC/CCS/UFPE), como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Solange Laurentino dos Santos

**Coorientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristine Vieira do Bonfim

Recife

2017

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

C824q Correia, Rafaella Araújo.  
Qualidade de vida e atividade sexual de mulheres submetidas ao tratamento para o câncer de colo do útero em um hospital universitário de Pernambuco - PE / Rafaella Araújo Correia. – 2017.  
149 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Solange Laurentino dos Santos.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva. Recife, 2017.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Câncer do colo uterino. 2. Qualidade de vida. 3. Atividade sexual.  
4. Tratamento multimodal. I. Santos, Solange Laurentino dos (Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2017-250)

RAFAELLA ARAÚJO CORREIA

**QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE SEXUAL DE MULHERES  
SUBMETIDAS AO TRATAMENTO PARA O CÂNCER  
DE COLO DO ÚTERO EM UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO - PE**

Apresentada em 01 de junho de 2017.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Betise Mery Alencar Sousa Macau Furtado  
Universidade de Pernambuco – UPE

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Daniela Karina da Silva Ferreira  
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Solange Laurentino dos Santos  
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

*Dedico este trabalho a todas as mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino. Vocês são fonte de inspiração, coragem e fé!*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, por estar sempre comigo e permitir mais esta realização diante de todas as tribulações vivenciadas nesses últimos meses! Ele não caminhou comigo, Ele me carregou no colo...

Aos meus pais, que sempre estiveram ao meu lado em qualquer dificuldade e nessa jornada não seria diferente. É graças a vocês que cheguei até aqui. Não consigo agradecer sem me emocionar. Painho e mainha, vocês são meu porto seguro, é ao lado de vocês que encontro a paz. Mãe, obrigada por cuidar do meu bem mais precioso enquanto estive ausente.

Ao meu irmão pela torcida e “suporte técnico” de sempre!

À família linda que eu construí! Ao meu esposo Guilherme, com quem compartilho sonhos e esperanças, pelo amor, companheirismo, paciência e incentivo. Obrigada amor, por acreditar sempre em mim e se orgulhar das minhas conquistas. Que nossa união seja sempre abençoada! Ao meu tesouro, Heitor! Obrigada por ter me escolhido para ser sua mãe. Sou muito grata a Deus por ter me presenteado tão ricamente. É por você toda a luta diária, toda a vontade de vencer, de querer ser uma pessoa melhor.

À minha orientadora, Dra. Solange Laurentino dos Santos, pela dedicação, paciência e delicadeza nas orientações. Obrigada por ter me ajudado a chegar até aqui.

À minha coorientadora, Dra. Cristine Vieira do Bonfim, por me incentivar nessa área acadêmica desde o tempo da graduação. A parceria aconteceu no TCC, PIBIC, residência e agora no mestrado. Obrigada por sempre tentar extrair o melhor, mesmo eu reclamando. Obrigada por acreditar em mim, Cris!

A Lúcia Reis, por sempre ter incentivado o crescimento profissional, facilitando para que fosse possível a concretização dessa etapa. Enfermeira de excelência, minha fonte de inspiração enquanto profissional.

A Penha (coordenadora geral de enfermagem do Hospital das Clínicas), Edinaldo (coordenador do ambulatório), Dr Luiz (chefe médico da Oncologia) e Luana (Gerente de Enfermagem da Oncologia) por terem me liberado para licença capacitação a fim de eu poder concluir este ciclo. Especialmente, Dr Luiz, por toda atenção e apoio ofertados. Obrigada pela confiança!

Aos meninos, Adisson e Ernani (administrativos da Oncologia), muito obrigada! E me desculpem o tanto que eu aperreei vocês!

A toda a equipe da Oncologia e do RHC (Helena, Flávio e Solange) do Hospital das Clínicas por compreender minha ausência e por estarem sempre dispostos a me ajudar. Muito obrigada a todos aqueles que incentivaram e torceram por esta conquista.

Aos meus amigos de vida que sempre torceram e sempre compreenderam a minha ausência. Especialmente, Paula, Kéllida, Juliana, Marcella e Mônica.

Aos meus colegas do mestrado. Vocês tornaram esta jornada mais suave e divertida.

A todos os professores do mestrado por todos os ensinamentos. A Moreira por todo auxílio em tudo que precisei e por escutar sempre minhas angústias.

Ao Hospital das Clínicas que há sete anos é minha segunda casa e dele me sinto parte. Apesar de todas as dificuldades, tenho a absoluta certeza de que juntos fazemos o melhor que podemos para os nossos pacientes!

A todas as mulheres que participaram desta pesquisa o meu sincero agradecimento. Sem vocês nada disso seria possível. Obrigada por dividir comigo suas intimidades, angústias e dificuldades. Após cada entrevista, senti-me mais ainda ligada a vocês. Foram vocês que me despertaram a vontade de estudar o tema e é também por vocês que estou aqui. Muito obrigada!

*(...) cada um de nós compõe a sua história  
Cada ser em si carrega o dom de ser capaz  
E ser feliz (...)*

CORREIA, Rafaella Araújo. **Qualidade de vida e atividade sexual de mulheres submetidas ao tratamento para o câncer de colo do útero em um hospital universitário de Pernambuco -PE.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

## RESUMO

**Introdução:** O câncer do colo uterino configura-se como um importante problema de saúde pública, é o quarto câncer feminino mais diagnosticado no mundo. Em consequência dos avanços terapêuticos no tratamento da doença, as mulheres afetadas têm maior sobrevivência. Porém, os efeitos secundários aos tratamentos deterioram a qualidade de vida e comprometem a atividade sexual. **Objetivo:** descrever a qualidade de vida e a atividade sexual de mulheres submetidas ao tratamento para o câncer do colo do útero. **Métodos:** estudo exploratório de abordagem quantitativa composto por 46 mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico/quimioterápico/radioterápico no Hospital das Clínicas de Pernambuco. Foram utilizados três instrumentos: um para caracterização das participantes (caracterização socioeconômica, clínica, questões relacionadas à vida sexual e a hábitos de vida); o WHOQOL-bref a fim de avaliar a qualidade de vida; e o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) para avaliar a função sexual. Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.0. Realizada análise descritiva das variáveis. Teste de *Mann-Whitney* e teste *Qui-quadrado de Pearson* ( $\chi^2$ ) foram aplicados na análise bivariada. **Resultados:** Entre as participantes do estudo, predominaram mulheres pardas (n=30; 65,22%), desempregadas (n=20; 43,48%), com início da atividade sexual antes dos 18 anos (n=39; 84,78%) e com mais de cinco parceiros sexuais (n=19; 41,30%). A doença foi diagnosticada já em estádios avançados (n=29; 63,04%) e o principal tratamento foi a radioterapia associada à quimioterapia (n=28; 60,87%). Houve associação (p<0,05): da qualidade de vida com variáveis socioeconômicas (renda, situação conjugal, atividade de lazer) e com variável clínica (tipo de tratamento realizado); e da atividade sexual com o tipo de tratamento realizado e com o estadiamento da doença. Os domínios do FSFI mais afetados pelo tratamento foram os domínios lubrificação (p=0,03) e dor (p=0,04). **Conclusão:** características socioeconômicas e tratamento interferiram na qualidade de vida e na atividade sexual. Qualidade de vida e aspectos da vida sexual após tratamentos para o câncer do colo do útero precisam ser considerados na prática clínica.

Palavras-chave: Câncer do colo uterino. Qualidade de vida. Atividade sexual. Tratamento multimodal.

CORREIA, Rafaella Araújo. **Quality of life and sexual activity of women undergoing treatment for cervical cancer at a university hospital in Pernambuco - PE.** Dissertation (Master in Collective Health) - Health Sciences Center, Federal University of Pernambuco, Recife, 2017.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cervical cancer is an important public health problem and is the fourth most frequently diagnosed form of cancer among women worldwide. Through therapeutic advances in treating this disease, women affected by it have longer survival. However, the secondary effects from the treatments are detrimental to their quality of life and compromise their sexual activity. **Objective:** To describe the quality of life and sexual activity of women undergoing treatment for cervical cancer. **Methods:** This was an exploratory study with a quantitative approach, on 46 women who underwent surgical, chemotherapeutic and radiotherapeutic treatment at Hospital das Clínicas, Pernambuco. Three instruments were used: one to characterize the participants (socioeconomic characterization, clinical issues related to sexual life and life habits); the WHOQOL-bref questionnaire to evaluate quality of life; and the Female Sexual Function Index (FSFI) to evaluate sexual function. The data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, version 15.0. Descriptive analysis was performed on the variables. The Mann-Whitney and Pearson chi-square ( $\chi^2$ ) tests were applied in bivariate analysis. **Results:** The women participating in the study were predominantly of mixed skin color (n = 30; 65.22%) and unemployed (n = 20; 43.48%); started sexual activity before 18 years of age (n = 39; 84.78%) and had had more than five sexual partners (n = 19; 41.30%). The disease was mostly diagnosed at advanced stages (n = 29; 63.04%) and the main treatment was radiotherapy in association with chemotherapy (n = 28; 60.87%). There was an association (p <0.05): quality of life with socioeconomic variables (income, marital status, leisure activity) and clinical variables (type of treatment performed); And sexual activity with the type of treatment performed and staging of the disease. The domains of the FSFI most affected by the treatment were the domains of lubrication (p = 0.03) and pain (p = 0.04). **Conclusion:** Socioeconomic characteristics and the type of treatment influenced quality of life and sexual activity. Quality of life and aspects of sex life after treatment for cervical cancer need to be taken into consideration in clinical practice.

Keywords: Cervical cancer. Quality of life. Sexual activity. Multimodal treatment.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CAAE</b>	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
<b>CCU</b>	Câncer do Colo do Útero
<b>CCS</b>	Centro de Ciências da Saúde
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>FIGO</b>	<i>The International Federation Gynecology and Obstetrics</i>
<b>FSFI</b>	Female Sexual Function Index
<b>GAVI</b>	Aliança Global para Vacinas e Imunização
<b>GLOBOCAN</b>	<i>Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide</i>
<b>HCPE</b>	Hospital das Clínicas de Pernambuco
<b>HPV</b>	Papiloma Vírus Humano
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Panamericana de Saúde
<b>PAISM</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>PE</b>	Pernambuco
<b>QT</b>	Quimioterapia
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>Q1</b>	Primeiro quartil
<b>Q3</b>	Terceiro quartil
<b>RDT</b>	Radioterapia
<b>SAME</b>	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFPE</b>	Universidade Federal de Pernambuco
<b>UNACON</b>	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
<b>WHOQOL GROUP</b>	<i>World Health Organization Quality of Life Group</i>
<b>WHOQOL-bref</b>	<i>World Health Organization Quality of Life Group Instrument –</i> abreviado
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 2 – QUALIDADE DE VIDA APÓS O TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE COLO UTERINO

<b>Tabela 1</b>	Características socioeconômicas e clínicas das mulheres submetidas ao tratamento do câncer do colo uterino. Recife, PE, 2015-2016.	63
<b>Tabela 2</b>	Escores obtidos na qualidade de vida global e nos domínios WHOQOL-bref das mulheres após tratamento para o câncer do colo uterino. Recife, PE, 2015-2016.	64
<b>Tabela 3</b>	Correlação entre os domínios do WHOQOL-bref e destes com a qualidade de vida global das mulheres após tratamento para o câncer do colo uterino. Recife, PE, 2015-2016	64
<b>Tabela 4</b>	Avaliação dos domínios e da qualidade de vida global em função das variáveis socioeconômicas e hábitos de vida e variáveis clínicas das mulheres após tratamento para o câncer de colo uterino. Recife, PE, 2015-2016.	65

### ARTIGO 3 – ATIVIDADE SEXUAL APÓS TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

<b>Tabela 1</b>	Antecedentes sexuais e prática sexual das mulheres submetidas ao tratamento para o câncer do colo uterino. Recife, PE, 2015-2016.	83
<b>Tabela 2</b>	Variáveis clínicas das mulheres submetidas ao tratamento para o câncer do colo uterino. Recife, PE, 2015-2016.	84
<b>Tabela 3</b>	Associação de algumas variáveis com temporalidade do tratamento e atividade sexual das mulheres após o tratamento para o câncer do colo uterino. Recife, PE, 2015-2016.	85
<b>Tabela 4</b>	Escores obtidos no FSFI de mulheres sexualmente ativas após tratamento para o câncer do colo uterino. Recife, PE, 2015-2016.	86
<b>Tabela 5</b>	Avaliação dos domínios do FSFI em função de algumas variáveis clínicas de mulheres após tratamento para o câncer do colo uterino. Recife, PE, 2015-2016.	87

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	ECOG <i>Perfomance Status</i> . Desenvolvido pelo Eastern Cooperative Oncology Group	42
<b>Quadro 2</b>	Composição do instrumento abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-bref)	44
<b>Quadro 3</b>	Escores de avaliação do Índice de Função Sexual Feminina	47

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Representação espacial das taxas brutas de incidência do câncer do colo uterino por 100 mil mulheres estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação.	19
<b>Figura 2</b>	Recrutamento das mulheres para o estudo, buscas ativas e entrevistas	41

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
<b>2.1</b>	<b>Câncer do colo do útero: epidemiologia e fatores de risco</b> .....	18
<b>2.2</b>	<b>Câncer do colo do útero: prevenção</b> .....	20
2.2.1	Prevenção primária.....	20
2.2.2	Prevenção secundária.....	22
<b>2.3</b>	<b>Câncer do colo do útero: tratamento</b> .....	24
2.3.1	Tratamento cirúrgico.....	24
2.3.2	Tratamento não cirúrgico.....	26
<b>2.4</b>	<b>Câncer do colo do útero: prognóstico</b> .....	27
<b>2.5</b>	<b>Função sexual e efeitos secundários ao tratamento sobre a atividade sexual</b> .....	28
2.5.1	Função sexual: conceituação.....	28
2.5.2	Efeitos secundários ao tratamento sobre a atividade sexual.....	29
<b>2.6</b>	<b>Qualidade de vida como medida de desfecho em saúde</b> .....	32
2.6.1	Qualidade de vida: conceituação.....	32
2.6.2	Qualidade de vida: Impacto do câncer do colo uterino e do tratamento .....	34
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	37
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	38
<b>4.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	38
<b>4.2</b>	<b>Objetivo específico</b> .....	38
<b>5</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	39
<b>5.1</b>	<b>Local do estudo</b> .....	39
<b>5.2</b>	<b>Desenho do estudo</b> .....	39
<b>5.3</b>	<b>População do estudo e período de referência</b> .....	39
5.3.1	Critérios de Inclusão.....	42
5.3.2	Critérios de Exclusão.....	42
<b>5.4</b>	<b>Coleta de dados</b> .....	43
5.4.1	Instrumento para caracterização das participantes.....	43
5.4.2	Instrumento de avaliação de qualidade de vida.....	43
5.4.3	Instrumento de avaliação da função sexual.....	44
<b>5.5</b>	<b>Definição de variáveis</b> .....	45
5.5.1	Variáveis dependentes.....	45
5.5.1.1	Qualidade de vida.....	45
5.5.1.2	Função sexual.....	45
5.5.2	Variáveis independentes.....	45
<b>5.6</b>	<b>Processamento e análise dos dados</b> .....	45
5.6.1	WHOQOL-bref.....	46
5.6.2	FSFI.....	46
<b>5.7</b>	<b>Considerações éticas</b> .....	47
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	49

6.1	<b>Artigo 2 - Qualidade de vida após o tratamento para o câncer de colo uterino.....</b>	50
6.2	<b>Artigo 3 - Atividade sexual após tratamento para o câncer de colo uterino.....</b>	68
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	85
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	86
	<b>APÊNDICES.....</b>	101
	<b>Apêndice A - Instrumento para caracterização das participantes.....</b>	102
	<b>Apêndice B - Categorização das variáveis independentes que foram utilizadas no estudo.....</b>	108
	<b>Apêndice C - Procedimentos de categorização das variáveis independentes na análise bivariada.....</b>	114
	<b>Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	115
	<b>Apêndice E – Artigo 1 (Nota prévia): Quality of life and sexual function after cervical cancer: a cross-sectional study.....</b>	118
	<b>ANEXOS.....</b>	123
	<b>Anexo A - Classificação clínica TNM/FIGO para o câncer do colo uterino.....</b>	124
	<b>Anexo B - Agrupamento por estadiamento para o câncer do colo uterino.....</b>	125
	<b>Anexo C - Questionário WHOQOL-bref.....</b>	126
	<b>Anexo D - Índice de função sexual feminina (FSFI) .....</b>	129
	<b>Anexo E - Sintaxe oferecida pelo grupo WHOQOL para o cálculo do escore do WHOQOL-bref.....</b>	133
	<b>Anexo F - Parecer consubstanciado do CEP.....</b>	134
	<b>Anexo G – Anuência HCPE.....</b>	139
	<b>Anexo H - Instruções aos autores - REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (REBEN).....</b>	143
	<b>Anexo I - Instruções aos autores – REVISTA ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM.....</b>	146

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero configura-se como um importante problema de saúde pública, é o quarto câncer feminino mais diagnosticado no mundo e a quarta principal causa de morte entre as mulheres (WHO, 2016). Com cerca de 500 mil casos novos a cada ano, é responsável pelo óbito de 250 mil mulheres anualmente, porém cerca de 80% destes ocorrem em países de baixa renda (WHO, 2016). Países subdesenvolvidos apresentam as maiores taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, com 17,5 óbitos por 100 mil mulheres e prevalência de 29,9 casos por 100 mil mulheres (WHO, 2016).

No Brasil, são esperados mais de 16.000 casos novos em 2016/2017 (BRASIL, 2016a). Entre as regiões do país, sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo de útero é o mais incidente na região Norte (23 casos por 100 mil) e o segundo mais incidente na região Nordeste (19 casos por 100 mil) (BARBOSA et al., 2016). Incidências elevadas em regiões menos favorecidas economicamente revelam como os determinantes sociais podem estar relacionados à ocorrência do câncer de colo uterino (MÜLLER et al., 2011).

Acredita-se que mulheres com baixa renda e acesso deficitário à rede de serviços de saúde, para detecção e tratamento da patologia e de suas lesões precursoras, são mais vulneráveis à doença (NAVARRO et al., 2015; BRITO-SILVA et al., 2014). A suscetibilidade ao câncer do colo do útero aumenta também quando questões culturais, como medo, preconceito, desconhecimento da doença e comportamentos de risco (multiplicidade de parceiros, início precoce da atividade sexual, tabagismo, multiparidade, higiene íntima inadequada) permeiam a vivência da mulher (AGUILAR, SOARES, 2015; RAFAEL; MOURA, 2012)

Outros fatores de risco estão associados à ocorrência do câncer do colo do útero, além dos determinantes socioeconômicos e ginecológicos (OLIVEIRA et al., 2013). A infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), por exemplo, é apontada como causa necessária embora não suficiente para o desenvolvimento do câncer do colo do útero (inicia-se a partir de lesões precursoras que, quando não tratadas, poderão evoluir em longo prazo para o câncer propriamente dito) (OLIVEIRA et al., 2013; STANLEY, 2012; TOTA et al., 2011; MUNOZ et al., 2003).

A prevenção do câncer de colo uterino (detecção das lesões precursoras) se faz com rastreamento populacional através do exame Papanicolau (MITTELDORF, 2016). Não havendo detecção precoce das lesões precursoras, ocorre evolução para câncer e os principais

tratamentos, guiados pelo estadiamento da doença, são a radioterapia, a cirurgia e a quimioterapia ou a combinação dessas modalidades (BRASIL, 2000). O tipo de tratamento dependerá não só do estadiamento da doença, mas também do tamanho do tumor, fatores de risco e pessoais, como idade e desejo de ter filhos (TAKEKUMA, 2017; OKAZAWA et al., 2013).

As múltiplas opções de tratamento e a doença em si trazem repercussões que podem comprometer o bem-estar e a qualidade de vida (OPAS, 2013). Mulheres que enfrentam o câncer do colo uterino apresentam pior qualidade de vida quando comparada com outros cânceres ginecológicos devido aos danos funcionais referentes à saúde sexual (BAE, PARK, 2016; ZOMKOWSKI et al., 2016; FRIGO, ZAMBARDA, 2015; GOLBASI, ERENEL, 2012). Os prejuízos sexuais advêm das cirurgias pélvicas que resultam em remoção de partes da anatomia genital feminina (YANG et al., 2012); e da radiação que, por sua vez, danifica a mucosa e o epitélio vaginal, conduzindo a estenose vaginal e fibrose vascular (VIDAL, 2013; ANDREYEV et al., 2012).

O conhecimento dos prejuízos decorrentes do tratamento para o câncer do colo uterino na qualidade de vida e na atividade sexual precisa ser incorporado na assistência oncológica, pois torna possível considerar os resultados terapêuticos na percepção das mulheres. Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo descrever a qualidade de vida e a atividade sexual de mulheres submetidas ao tratamento para câncer do colo do útero em um hospital universitário de Pernambuco (PE).

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

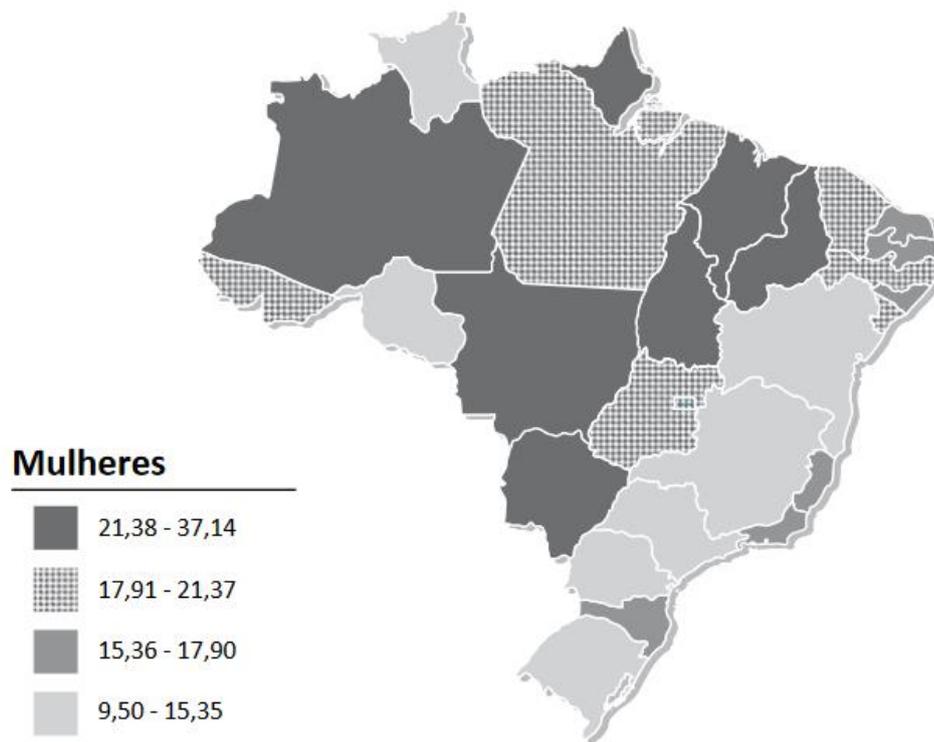
### 2.1 Câncer do colo do útero: epidemiologia e fatores de risco

A neoplasia maligna do colo do útero é alvo de preocupação por parte dos órgãos de saúde pública (WHO, 2016). Também conhecido como neoplasia cervical, o câncer do colo do útero foi responsável, em 2012, por 528.000 novos casos estimados e por 266.000 óbitos no mundo (WHO, 2016). De acordo com os dados do GLOBOCAN (estimativas mundiais de incidência de câncer e mortalidade produzida pela Agência Internacional de Investigação do Câncer - IARC), mundialmente este câncer é o quarto mais incidente e a quarta principal causa de morte por esta doença em mulheres (WHO, 2016).

Mais de 80% dos casos de câncer cervical ocorrem em países em desenvolvimento. Nesses países, é o segundo tipo de câncer mais comum e a terceira causa mais frequente de mortalidade por câncer (TORRE et al., 2015; VACCARELLA et al., 2013). Já nos países desenvolvidos, o câncer cervical é o décimo primeiro tipo mais comum de câncer nas mulheres (9,9 por 100.000 mulheres) e a nona causa mais corrente de mortalidade por câncer (3,3 por 100.000) (TORRE et al., 2015).

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou, para o ano de 2016, 596 mil casos de câncer (BRASIL, 2016a). Entre as mulheres, são esperados 300.800 novos casos e destes 16.340 casos serão de câncer do colo de útero, perdendo apenas para câncer de mama, 57.960 casos novos, e câncer de cólon e reto, 17.620 casos novos. Entre as regiões do Brasil, sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo de útero é o mais incidente na região Norte e o segundo mais incidente na região Nordeste (FIGURA 1) (BRASIL, 2016a). Em 2013, houve 5.430 óbitos por câncer de colo do útero no Brasil, destes 1.692 ocorreram na Região Nordeste e no estado de Pernambuco foram 252 óbitos (BRASIL, 2016a).

A disparidade entre regiões mais e menos desenvolvidas revela como os determinantes socioeconômicos influenciam na ocorrência do câncer do colo de útero (BRITO-SILVA et al., 2014). A neoplasia está fortemente associada a condições de vida precária, baixos índices de desenvolvimento humano, ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária (promoção e prevenção em saúde) e à dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para diagnóstico precoce e tratamento das lesões precursoras (BRITO-SILVA et al., 2014). Por isso altas taxas de incidência são observadas em regiões menos desenvolvidas (BRITO-SILVA et al., 2014; MÜLLER et al., 2011; RODRIGUES, BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2011;).



**Figura 1** Representação espacial das taxas brutas de incidência do câncer do colo uterino por 100 mil mulheres estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação.

Fonte: MS / INCA / Estimativa de Câncer no Brasil, 2016.

Outros fatores determinantes da saúde que contribuem para a etiologia do câncer do colo de útero são tabagismo, multiparidade, história de doença sexualmente transmissível, uso de contraceptivos orais, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, imunossupressão e higiene íntima inadequada (HENRIQUE DUARTE et al., 2011; RAFAEL. MOURA, 2012).

Mas a maioria destes fatores determinantes (sociodemográficos e ginecológicos) para o câncer do colo de útero está associada com uma suscetibilidade maior de adquirir o HPV (OLIVEIRA et al., 2013). O link causal, HPV e câncer do colo de útero, foi descrito pelo médico alemão virologista Harald Zur Hausen, quando isolou o vírus em tecido do câncer cervical (ZUR HAUSEN, 1976). A infecção pelo vírus, portanto, é o precedente necessário, mas não o bastante para a ocorrência do câncer do colo uterino, já que se relaciona tanto às lesões precursoras do câncer cervical (lesões Intraepiteliais cervicais de baixo e alto grau) quanto ao carcinoma invasor propriamente dito (STANLEY, 2012).

Apenas 1% das lesões precursora de baixo grau e 12% das lesões precursoras de alto grau irão progredir e tornaram-se invasivas se não tratadas (TOTA et al., 2011). A maioria das lesões benignas (lesões precursoras do câncer do colo de útero) causadas pelo vírus regridem após resposta imune satisfatória (após 18-24 meses) Já a incapacidade de desenvolver uma resposta imune eficaz resulta em infecções persistentes, uma maior probabilidade de progressão para lesão intraepitelial de alto grau e para carcinoma invasivo (STANLEY, 2012).

Além da resposta imune do hospedeiro à infecção pelo HPV, outros fatores determinarão a persistência da infecção e sua progressão para lesão intraepitelial de alto grau e carcinoma invasor: 1- fatores relacionados ao vírus (subtipo do vírus, infecção simultânea por vários tipos oncogênicos e a carga viral); 2- cofatores exógenos (tabagismo, coinfeção pelo HIV ou outros agentes de transmissão sexual e uso prolongado de contraceptivos orais) (BRASIL, 2013a; OMS, 2007). Resposta imune deficitária e fatores exógenos parecem relacionar-se com o vírus de forma a potencializar sua ação na célula hospedeira e facilitar o desenvolvimento dos processos de imortalização e carcinogênese (LIMBERGER et al., 2012).

Existem mais de 100 subtipos de HPV, dos quais 40 podem infectar o trato genital (MUNOZ et al., 2003). A infecção genital ocorre mais comumente em mulheres com idades entre 25-29 anos (MONSONEGO et al., 2015) e, de acordo com o risco de progressão para o câncer de colo, os HPV's oncogênicos podem ser classificados em baixo risco (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 e CP6108), provável alto risco (26, 53 e 66) e alto risco (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 e 82) (SILVA FILHO, LAMAITA, PEIXOTO, 2008). Cerca de 70% dos casos de câncer cervical são causados pelo vírus HPV 16 e 18 (WHO, 2014) sendo o HPV 16 responsável pela maioria dos casos de câncer do colo do útero (MONSONEGO et al., 2015).

Quando a infecção por HPV persiste, o tempo transcorrido entre infecção inicial, lesão intraepitelial cervical de alto grau e, finalmente, cancro invasivo é em média 15 anos, embora cursos mais rápidos já foram relatados (BEDIN, GASPARIN, PITILIN, 2017). Em virtude dessa evolução longa composta por fases pré-clínicas, detectáveis e curáveis, o câncer de colo uterino apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura (WHO, 2014).

## **2.2 Câncer do colo do útero: prevenção**

### **2.2.1 Prevenção Primária**

Com exceção do câncer de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o tumor que apresenta maior evitabilidade (THULER, BERGMANN, CASADO, 2012). Considerando-se a

longa história natural da doença e os fatores associados ao desenvolvimento do câncer do colo do útero, essa patologia oferece oportunidades de prevenção (BRASIL, 2013a). A prevenção primária está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV (BRASIL, 2013a). Como o contágio pelo vírus ocorre durante relações sexuais não protegidas, uma das formas de prevenção primária é o uso do preservativo (camisinha) (BRASIL, 2013a).

Outra forma de prevenção primária é a vacinação contra o HPV (KAWAI et al., 2012; NATUNEN et al, 2011). No Brasil, duas vacinas foram aprovadas e estão comercialmente disponíveis: a bivalente, que protege contra os tipos oncogênicos 16 e 18; e a quadrivalente, que protege contra os tipos não oncogênicos 6 e 11 e os tipos oncogênicos 16 e 18 (BRASIL, 2013a). No país, a vacina contra HPV foi introduzida em 2014 como parte do Programa Nacional de Imunização, objetivando vacinar meninas de 9-13 anos de idade (BRASIL, 2013b).

Ambas as vacinas para o HPV, bivalente e quadrivalente, previnem, além do câncer cervical, outros tipos de cânceres relacionados ao HPV, com eficácia moderada para alta (induz à produção de anticorpos contra o HPV), principalmente se utilizadas antes do contato com o vírus (NATUNEN et al, 2011). As duas vacinas apresentam eficácia elevada (95%) para aquelas mulheres ainda não expostas ao HPV; e eficácia menor (em torno de 50%) em mulheres já expostas ao vírus (BRASIL, 2013b). Recentemente, uma segunda geração de vacina contra o HPV, a Gardasil-9, foi aprovada a fim de proteger contra mais tipos de vírus (tipos 6/11/16/18/31/33/45/52/58) (ZHAI, TUMBAN, 2016).

Sabe-se que, se houvesse vacinação completa da população, os casos de câncer cervical poderiam ser reduzidos em dois terços (POMFRET, GAGNON, GILCHRIST, 2011). Estudo que avaliou o impacto da vacinação contra o HPV em casos de câncer cervical e óbitos em cinco países (Brasil, Canadá, Itália, Malásia e República Sul-Africano) concluiu que a vacinação contra o HPV pode prevenir um número substancial de casos, além de prevenir morte e reduzir custos decorrentes do diagnóstico e tratamento (KRIEKINGE, et al., 2014).

No Brasil, a estimativa do impacto econômico da vacina quadrivalente (tipos HPV 6/11/16/18) mostrou que a vacinação contra o HPV pode prevenir aproximadamente 163.000 casos de câncer cervical, 48.000 mortes por câncer cervical e 11.4 milhões de verrugas genitais nos próximos 50 anos (KAWAI et al., 2012).

Entretanto, a vacina contra o vírus HPV é cara, o que dificulta sua introdução nos programas de vacinação de países em desenvolvimento, aqueles que mais se beneficiariam com a vacinação (GAVI ALLIANCE, 2013). Porém, a Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI) foi formalmente criada com o intuito de ajudar meninas de todo o mundo a ter acesso

às vacinas, através da redução do preço e incorporação da vacina contra o HPV nos programas nacionais de imunização de países em desenvolvimento (GAVI ALLIANCE, 2013). Mas a adoção das vacinas anti-HPV não elimina a necessidade da prevenção secundária por meio do rastreamento de alterações citológicas em mulheres assintomáticas, pois as mesmas não oferecem proteção para 30% dos casos de câncer (BRASIL, 2013b).

### 2.2.2 Prevenção Secundária

No Brasil, o rastreamento do câncer do colo do útero, prevenção secundária, baseia-se na realização do exame citopatológico ou Papanicolau. Exame simples e de baixo custo, o papanicolau consiste na detecção de células pré-cancerígenas e cancerígenas presentes no esfregaço vaginal, devendo ser realizado anualmente e, posteriormente, após dois resultados negativos consecutivos, a cada três anos. A realização do exame é preconizada a partir dos 25 anos, para as mulheres com vida sexual ativa, até os 64 anos, e interrompida quando, após esta idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (BRASIL, 2016b).

A partir da década de 1980, quando as primeiras ações de rastreamento para a doença foram introduzidas pelo Ministério da Saúde no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM - 1983) foram observadas quedas significativas tanto na incidência quanto na mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil (MEIRA et al., 2012; GONÇALVES et al., 2011; ALVES, GUERRA, BASTOS, 2009). Girianelli, Gamarra e Azevedo e Silva (2014) constataram declínio nas taxas de mortalidade do câncer cervical no país em todo o período estudado (1980-2010).

Apesar do ganho para a saúde das mulheres com o exame de Papanicolau, existe déficit na captura da população suscetível (baixa cobertura), baixa qualidade do exame de Papanicolau e falhas na condução dos casos com lesões suspeitas (ANDRADE, 2012). A OMS afirma que, para reduzir 60 a 90% da incidência do câncer cervical invasivo, é necessária uma cobertura da população-alvo (25 a 64 anos de idade) de, no mínimo, 80% e garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados (WHO, 2014).

Estudo brasileiro mostrou que a cobertura desse exame ainda é abaixo do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em torno de 76% (COSTA et al., 2015). A cobertura do Papanicolau abaixo dos 80% preconizados tem como principais hipóteses a subnotificação dos exames realizados, percentual de mulheres fazendo o procedimento em serviços privados, oferta insuficiente de serviços/recursos humanos, dificuldade de acesso aos

serviços de atenção básica e/ou busca ativa insuficiente (BRITO-SILVA et al., 2014). Outros motivos de não realização do exame de Papanicolau são o adiamento do exame e as barreiras relacionadas ao medo, constrangimento, desconforto, além da falta de tempo e desconhecimento da doença e dos mecanismos de prevenção (URRUTIA; POUPIN, 2015).

Apesar da universalidade do método de Papanicolau, e no Brasil e em países latino-americanos ser o rastreamento baseado na citologia cérvico-vaginal, o teste apresenta problemas com a qualidade devido à subjetividade da leitura do material, erros na coleta e na fixação do material (BYCHKOVSKY et al., 2015; FRANCO, 2006). Revisão sistemática mostrou que o Papanicolau tem alta especificidade (98%, variando entre 86% a 100%) e baixa sensibilidade, apenas 51% (variando de 30% a 87%), sugerindo o Papanicolau ser, de longe, um teste de rastreamento (NANDA, MCCRORY, MYERS, 2000).

O melhor algoritmo de rastreamento ainda é uma questão de debate (MITTELDORF, 2016). A citologia em meio ou base líquida foi desenvolvida na tentativa de diminuir as falhas da citologia convencional. Já os testes de detecção do HPV são opções atrativas aos serviços porque não estão sujeitos à variação entre observadores (MITTELDORF, 2016). Mas ainda é preciso estudos que comprovem vantagens de um método de rastreamento em relação a outro, considerando custo-efetividade, sensibilidade, especificidade e valor preditivo (FELDMAN, 2014; STABILE et al., 2012).

Idealmente, o rastreamento do câncer do colo do útero por qualquer método deveria seguir um conjunto de ações programadas, com população e periodicidade definidas, o que tem sido denominado de programa organizado (MADLENSKY et al., 2003). Os programas de prevenção organizados podem ser eficazes em reduzir incidência e mortalidade por câncer do colo do útero já que detectam a doença em estágios iniciais (GUIMARÃES et al., 2011).

Todavia, é sabido que ainda predomina, em países como o Brasil, o rastreamento oportunístico (a procura ocasional dos serviços de saúde quando por gravidez, consulta médica ou, sobretudo, por queixa ginecológica) (NAVARRO et al., 2015). Esse tipo de rastreamento é típico de regiões de elevada incidência de câncer do colo do útero, apresentando abrangência limitada, gerando multiplicidade de exames num mesmo indivíduo e tendendo a negligenciar mulheres que mais se beneficiariam do exame de rastreamento (VALE et al., 2010). A existência de um programa não organizado somado à falha no diagnóstico, tratamento e seguimento acarreta pouco impacto no perfil epidemiológico do câncer do colo do útero (BRASIL, 2010).

## 2.3 Câncer do colo do útero: tratamento

Conforme prevê a Política Nacional de Atenção Oncológica, o tratamento do câncer do colo do útero deve ser feito nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) (BRASIL, 2013c). O tratamento do câncer de colo uterino é indicado de acordo com a classificação de estadiamento da The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) e da classificação Classificação de Tumores Malignos (TNM) (Anexo A e Anexo B), podendo ser dividido entre o tratamento dos casos iniciais (IA, IB1, IIA não-volumosa) e o tratamento da doença avançada (IIB – IVA). O tipo de tratamento além do estadiamento da doença e do tamanho do tumor dependerá de fatores pessoais, como idade e desejo de preservação da fertilidade (BRASIL, 2016b; BRASIL, 2012).

Entre as opções de tratamento para a doença em estágio precoce, estão a conização, as cirurgias (histerectomia radical ou traquelectomia radical) ou a radioterapia (com ou sem quimioterapia) (BANSAL et al., 2009; WAGGONER, 2003). Entretanto, para aquelas pacientes com câncer cervical em estágio inicial e com fatores de riscos intermediários (tumores maiores > 4 cm, invasão estromal profunda, presença de invasão vascular linfática) ou fatores de risco alto (margens cirúrgicas exíguas ou positivas, envolvimento de linfonodos pélvicos e envolvimento microscópico de paramétrios) está indicada a radioterapia com ou sem a quimioterapia (a depender dos fatores de risco) após a cirurgia (TAKEKUMA, 2017; OKAZAWA et al., 2013).

Para os estádios mais avançados, opta-se pela radioterapia pélvica, combinada com quimioterapia radiosensibilizante, seguidos de braquiterapia (WAGGONER, 2003). Alguns estudos levantam a hipótese de que realizar quimioterapia neoadjuvante (antes da cirurgia) em doença localmente avançada (IB2, IIA2, IIB) poderá elevar a qualidade de vida das pacientes, reduzir a possibilidade de metástases e melhorar o prognóstico (KOENSGEN et al., 2017; IWATA et al., 2016; KIM et al., 2013; KATSUMATA ET AL., 2013; RYDZEWSKA et al., 2010). Em casos avançados em que a terapia já passa a ser paliativa (quando não existe mais a possibilidade de cura da doença), a imunoterapia associada à quimioterapia traz benefícios (MENDERES et al., 2016).

### 2.3.1 Tratamento Cirúrgico

A conização é um procedimento cirúrgico no qual um pedaço em formato de cone é retirado do colo uterino para a realização de uma biópsia e está indicada em caso de pacientes

com estádios IAI (invasão do estroma, < 3mm de profundidade e até 7 mm de extensão) jovens sem prole definida (BRASIL, 2016b). As cirurgias conservadoras devem ser consideradas para aquelas lesões invasivas pequenas, menores do que 2cm, a fim de evitar complicações e morbidades provocadas por cirurgias mais radicais (BRASIL, 2016b).

Já a histerectomia radical consiste na remoção do útero e do tecido peritumoral, constituído pelo paramétrio, paracolpos e margens vaginais (SILVA FILHO, LAMAITA, PEIXOTO, 2008). Os ovários podem ou não ser preservados, dependendo do tamanho do tumor, da idade e do desejo da paciente (VIEIRA, 2008). Além disso, pode ser realizada a linfadenectomia pélvica bilateral, que inclui a remoção dos quatro maiores grupos de linfonodos: ureteral, obturador, hipogástrico e ilíaco. Este constitui o tratamento clássico dos estádios iniciais do câncer de colo uterino (BRASIL, 2016b).

Em mulheres jovens que possuem desejo de engravidar, uma opção é a cirurgia conservadora chamada de traquelectomia radical vaginal ou abdominal (ABU-RUSTUM et al., 2006). Procedimento conservador de fertilidade, a traquelectomia consiste na remoção do colo uterino, dos paramétrios e do manguito vaginal, mantendo o corpo, o fundo uterino e os anexos uterinos (BRASIL, 2016b). A técnica, minimamente invasiva, resulta em melhores resultados obstétricos, permitindo sobreviventes de câncer cervical terem gravidezes bem-sucedidas sem comprometer a segurança oncológica (WILLOWS, LENNOX, COVENS, 2016).

As indicações para a traquelectomia são: idade <45 anos, desejo de preservar a fertilidade, paciente fértil, estágios IA1 com invasão dos espaços linfovasculares, IA2, e IB1 <2cm, com ressonância magnética demonstrando ausência de invasão parametrial e sem evidência de metástases para linfonodos ou à distância (DIAZ et al., 2008). Para mulheres com estádios mais avançados e com desejo de preservar a fertilidade, uma opção terapêutica é o emprego de medicações antineoplásicas diretamente no colo uterino através da vagina. A administração localizada de fármacos (através de gel, creme ou anel vaginal) no colo do útero reduz os efeitos colaterais; e reduz o tamanho do tumor possibilitando a remoção da lesão com menor dano ao colo, reduzindo a possibilidade de nascimento prematuro (MCCONVILLE, 2015).

Outra modalidade cirúrgica é a exenteração pélvica para casos avançados ou recidivantes (SIGNORINI FILHO et al., 2014). É um tratamento cirúrgico radical que implica a remoção dos órgãos genitais femininos com os órgãos do trato urinário inferior e/ou o reto e sigmoide (SIGNORINI FILHO et al., 2014). Dependendo da modalidade cirúrgica adotada, é próprio do procedimento a reconstrução do trânsito intestinal e das vias urinárias

(SIGNORINI FILHO et al., 2014). A exenteração poderá oferecer controle da neoplasia, proporcionando melhor qualidade de vida e minimização dos sintomas locais (SIGNORINI FILHO et al., 2014).

### 2.3.2 Tratamento não cirúrgico

Para as mulheres submetidas apenas à cirurgia e que apresentam linfonodos, margens e paramétrios comprometidos pela neoplasia (fatores de risco), elas devem receber a radioterapia adjuvante associadas ou não à quimioterapia (VIEIRA, 2008). A radioterapia é a principal escolha de tratamento para pacientes em estádios II-IV (SCHIFFMAN et al., 2007). É uma modalidade de tratamento cujo agente terapêutico é a radiação ionizante (YALMAN et al., 2001; KOUVARIS et al., 2003). A ionização provoca alterações de macromoléculas indispensáveis a funções vitais, levando a célula à morte (YALMAN et al., 2001; KOUVARIS et al., 2003). A radio terapia é empregada no tratamento de tumores sólidos, localizados ou regionalizados (YALMAN et al., 2001; KOUVARIS et al., 2003).

A radioterapia padrão para o câncer do colo do útero inclui a braquiterapia (radioterapia interna com o intuito de destruir o tumor local) após a teleterapia (terapia de radiação externa, utilizada para irradiar os paramétrios laterais e cadeias linfáticas pélvicas, aórtica e fossa obturadora) (BURNS et al., 2003). A teleterapia utiliza fontes radioativas de origem nuclear (como os aparelhos de Cobalto-60, que possuem uma fonte de Cobalto em seu interior) ou aceleradores lineares, que produzem radiação por meio da aceleração de elétrons (BRASIL, 2016b). A radiação externa possibilita a redução do tumor no colo uterino (favorecendo a atuação da braquiterapia), reduz sangramento e dor pélvica e ainda atua como profilática para áreas de envolvimento subclínico potencial (BRASIL, 2016b).

Já a braquiterapia constitui uma das etapas mais importantes do tratamento para o câncer cervical visando à remissão da doença e melhor taxa de sobrevivência (VISWANATHAN et al., 2012; LANCIANO et al., 1991). A radioterapia interna permite a liberação de dose no colo uterino através de aplicadores introduzidos no canal vaginal com a mulher em posição ginecológica. Pode ser aplicada em baixa dosagem, tratamento contínuo (internamento hospitalar), ou em alta dosagem, tratamento ambulatorial (tratamento realizado uma ou duas vezes por semana) (BRASIL, 2016b). É um tratamento que permite menos aplicações com maior toxicidade tumoral e otimização de dose para tecidos isentos de doença (STEWART, VISWANATHAN, 2006).

A quimioterapia poderá ser associada à radioterapia naquelas mulheres com câncer de colo uterino avançado e com maior risco de recorrência e terem melhor sobrevida global e intervalo livre de recidiva maior (VIEIRA, 2008; SCHIFFMAN et al, 2007; MONK et al., 2005; INCA, 2000). A quimioterapia associada à radioterapia potencializa os efeitos desta, tornando-a mais eficiente no combate à célula tumoral (BRASIL, 2016b). Ensaios clínicos randomizados de fase III demonstraram que o risco de morte por câncer de colo do útero foi diminuído de 30 para 50% com o uso da terapia baseada em quimioterapia mais radioterapia concomitantes (WHITNEY et al., 1999; MORRIS et al., 1999)

A quimioterapia se caracteriza pelo emprego de substâncias químicas, isoladas ou combinadas, que interferem no DNA celular e impedem a sua síntese. O tratamento afeta as células de reprodução rápida e atua sem especificidade interferindo no processo de crescimento e divisão das células tumorais (NAKANO et al., 2005; SARTORI, ZANAGNOLO, 2000;). A platina é a droga de escolha no tratamento para câncer do colo uterino e pode ser usada isoladamente ou combinada à radioterapia (MABUCHI et al., 2016; LORUSSO et al., 2014, PETERS et al., 2000).

#### **2.4 Câncer do colo do útero: prognóstico**

Antes do planejamento terapêutico, alguns fatores deverão ser considerados, tais como: o estadiamento, o tamanho tumoral, o tipo histológico, a invasão linfovascular, a profundidade da invasão estromal, a presença de metástases linfonodais e o acometimento de margens cirúrgicas (GALIC et al., 2012; CARMO, LUIZ, 2011; WRIGHT et al., 2007; SILVA-FILHO et al., 2005; SINGH, ARIF 2004; ESTAPE et al., 1998; ROBERT, FU, 1990). Esses fatores irão predizer o prognóstico da doença e irão guiar todo o planejamento terapêutico a fim de otimizar os resultados, diminuir as complicações e aumentar a sobrevida das pacientes (TAVARES, 2009; SILVA FILHO, 2008).

O estadiamento do tumor é o principal fator prognóstico do câncer de colo do útero e está diretamente associado com o risco de recorrência e sobrevida global (CARMO, LUIZ, 2011). A doença, quando diagnosticada precocemente, apresenta maiores chances de cura, e o diagnóstico precoce pode elevar consideravelmente a taxa de sobrevida global (NAKAGAWA et al., 2011). Em doença com estágio III e IV, observa-se uma taxa de sobrevida de 61,9% e de 28,6%, respectivamente; com estádios I e II, a taxa chega a 100% (NAKAGAWA et al., 2011).

No Brasil, a maioria dos casos de câncer de colo uterino são diagnosticados tardiamente (THULER, BERGMANN, CASADO 2012). Fatores socioeconômicos (mulheres com 50 anos

de idade ou mais, vivendo sem companheiro, da raça ou cor da pele preta e com baixa escolaridade) e questões envolvendo acessibilidade aos serviços de saúde também estão associadas ao diagnóstico da doença em estágio avançado (RANGEL, LIMA, VARGAS, 2015; THULER, BERGMANN, CASADO 2012)

Outro fator prognóstico importante é o tipo histológico. Vários estudos populacionais e retrospectivos mostram um pior resultado para os pacientes com adenocarcinoma, com maior possibilidade de metástase à distância, quando comparados com aqueles com histologia escamosa (GALIC et al., 2012; LEE et al., 2011; PARK et al., 2010; EIFEL et al., 1995). Mesmo em casos iniciais, empregando-se a mesma modalidade de tratamento, os adenocarcinomas se comportam com piores prognósticos (JONSKA-GMYREK, ZOLCIAK-SIWINSKA, GMYREK, 2016).

Também são preditores de pior prognóstico: o tamanho do tumor, sendo a sobrevida de 95% para tumores menores que 2 cm; 79% para tumores entre 2 e 3 cm; e 47% quando maiores que 4 cm (ROBERT, FU, 1990); a presença de invasão linfovascular por estar associada à metástase para linfonodos (marcador de pior prognóstico) pélvicos e ao acometimento parametrial e vaginal (SILVA-FILHO et al., 2005); a presença de invasão estromal que se constitui um fator prognóstico independente, associado à sobrevida livre de doença e à presença de metástase linfonodal (SINGH, ARIF 2004); as margens vaginais comprometidas ou inferiores a 0,5 cm pois apresentam maior taxa de recorrência tumoral e menor tempo livre de doença e sobrevida em cinco anos (WRIGHT et al., 2007; ESTAPE et al., 1998).

A recorrência do câncer cervical, por sua vez, torna o prognóstico sombrio, com sobrevida de 2 anos é em torno dos 25%, e de 5 anos 5%. O diagnóstico precoce da recorrência quando ela ainda é assintomática tem potencial de melhorar o prognóstico e as chances de cura (SIMONSEN et al., 2014).

## **2.5 Função sexual e efeitos secundários ao tratamento sobre a atividade sexual**

### **2.5.1 Função sexual: conceituação**

A função sexual é um conjunto de estágios físicos e psicológicos, através do qual uma pessoa progride durante a atividade sexual, conhecido como ciclo de resposta sexual (CLEARY, HEGARTY, 2011). O bloqueio ou inibição de qualquer fase deste ciclo (desejo, excitação, orgasmo e resolução) resulta na disfunção sexual (DS) (BASSON et al., 2000). A prevalência da disfunção sexual no Brasil varia de 13,3% a 79,3% (WOLPE et al., 2017). Num

estudo realizado com 1.219 mulheres brasileiras, obteve-se uma prevalência de 49%, tendo sido o transtorno da excitação sexual o distúrbio mais comum (26,7%) (ABDO et al., 2004). Em pacientes após tratamento para o câncer do colo uterino, a prevalência de disfunção é em torno de 70% (ZHOU et al., 2016).

O câncer, e principalmente os ginecológicos, traz repercussões negativas sobre a função sexual da mulher (WESTIN et al., 2016), e, mesmo após vários anos de diagnóstico e tratamento, as mulheres afetadas enfrentam dificuldades nas relações sexuais (KHALIL et al., 2015). As principais queixas são: desejo sexual hipoativo, baixa excitação sexual, dificuldade em atingir o orgasmo e dispareunia (dor nas relações sexuais) que caracterizam a disfunção sexual (KINGSBERG, CLAYTON, PFAUS 2015).

Para pesquisa da disfunção sexual feminina, alguns instrumentos foram desenvolvidos e são particularmente recomendados, pois são relativamente de baixo custo e não intimidativos (ROSEN, 2002). Quociente Sexual (versão Feminina), Estudo do Comportamento Sexual no Brasil (ECOS), Brief Sexual Functioning Index for Women (BSFI-W) e o Female Sexual Function Index (FSFI) são alguns exemplos desses instrumentos (PACAGNELLA et al., 2008; ABDO, 2006; ABDO, MOREIRA, FITTIPALDI, 2000; TAYLOR, ROSEN, LEIBLUM, 1994).

O *Female Sexual Function Index* (FSFI) é um questionário de autoresposta, fácil de administrar e analisar, composto por uma escala algorítmica. Foi desenvolvido por um grupo multidisciplinar de estudiosos da disfunção sexual feminina, traduzido para o português e adaptado culturalmente, sendo considerado válido para avaliar a resposta sexual de mulheres brasileiras (ROSEN et al., 2002, THIEL et al., 2008, PACAGNELLA et al., 2008) e também de mulheres que sobreviveram ao câncer e são sexualmente ativas (BASER, LI, CARTER 2012).

### 2.5.2 Efeitos secundários ao tratamento sobre a atividade sexual

O tratamento do câncer do colo do útero dependerá do estágio clínico da doença e vai desde a cirurgia como tratamento único até a uma combinação de radioterapia, quimioterapia e cirurgia em situações específicas. No entanto, os efeitos secundários e morbidade causada por essas terapias frequentemente afetam a atividade sexual das mulheres (BAEL, PARK, 2016; CHEN et al., 2014; HARDING et al., 2014; GOLBASI, ERENEL, 2012; FITZ et al., 2011).

O câncer cervical é diagnosticado principalmente em mulheres em idade fértil, sexualmente ativa (BRASIL, 2013a), impactando a atividade sexual da mulher e interferindo

na sua intimidade e sexualidade com seu parceiro. Em mulheres afetadas por câncer, a frequência de relações sexuais é reduzida e, mesmo após o tratamento, o retorno a vida sexual é atribulado (HAWKINS et al., 2009).

Entre todos os cânceres, o câncer ginecológico é o que mais afeta negativamente a sexualidade feminina e a função sexual, e suas consequências sobre a vida sexual perduram por longo período (GOLBASI, ERENEL, 2012). As consequências ocorrem a partir de três meses após a conclusão do tratamento e, geralmente, se manifestam em torno de dois a três anos após o mesmo (VAZ et al., 2011; BARKER et al., 2009; VIDAL, 2008; MAHER, DENTON, 2008). Estudo de caso-controle mostrou que, após 10 anos do diagnóstico e tratamento de câncer do colo uterino, as mulheres ainda apresentaram secura vaginal e desconforto durante as relações sexuais (KHALIL et al., 2015).

As diversas modalidades terapêuticas para o tratamento do câncer do colo uterino trazem, no decorrer de suas aplicações, diversos prejuízos à vida sexual da mulher por ocasionarem implicações aos órgãos pélvicos e conseqüentemente disfunção sexual (AXELSEN, PETERSEN, 2006). De acordo com Cleary e Hegarty (2011), apesar de todas as formas de tratamento gerarem impacto negativo no funcionamento sexual, o tratamento com radioterapia leva a uma maior disfunção quando comparado ao tratamento cirúrgico e quimioterapêutico.

A radioterapia causa a morte das células neoplásicas, mas atinge tecidos e órgãos sadios adjacentes ao tumor (VIDAL, 2013; ANDREYEV et al., 2012; VIDAL, 2008). A radiação causa dano uterino, dependendo da dose total direcionada à pélvis e da área total irradiada (FRIGO, ZAMBARDA, 2015). As principais consequências vaginais da radiação que favorecem a disfunção sexual são a fibrose e a estenose, a diminuição da elasticidade e da profundidade e a atrofia da mucosa (FRIGO, ZAMBARDA, 2015; HARDING et al., 2014; VIDAL et al., 2013; BERNARDO et al. 2007). Entre as disfunções sexuais estão a frigidez, falta de lubrificação, de excitação e de orgasmo, falta de libido e dispareunia (dor durante a relação sexual) (FRIGO, ZAMBARDA, 2015; HARDING et al., 2014; VIDAL et al., 2013; BERNARDO et al. 2007).

Há uma redução dos prejuízos sexuais quando existe melhor definição do volume da radiação e utilização da radioterapia de intensidade modulada<sup>1</sup> (KLOPP, EIFEL, 2011). Outra opção para amenizar os danos da radioterapia à mucosa vaginal é o uso do ácido hialurônico e

---

<sup>1</sup> Radioterapia de intensidade modulada permite altas doses no volume alvo e reduz a dose para os tecidos normais adjacentes.

vitaminas (A e E) (DINICOLA et al., 2015). Em forma de pomadas ou cremes vaginais, o ácido e as vitaminas apresentam bons resultados no tratamento de tecido danificado pela radioterapia e desempenham um papel fundamental em todas as etapas do processo de cicatrização (DINICOLA et al., 2015).

Nas cirurgias radicais, as sequelas mais frequentes e significativas são decorrentes da remoção do paramétrio, que contém fibras nervosas autonômicas responsáveis pela inervação da musculatura do assoalho pélvico (YANG et al., 2012). A retirada dos paramétrios causa disfunções como dificuldades de armazenamento e esvaziamento da bexiga, incontinência urinária e fecal e também disfunção sexual (YANG et al., 2012). A histerectomia radical preservadora dos nervos autonômicos, também chamada de cirurgia conservadora de função, poderá representar uma opção terapêutica nos estádios precoces com critérios prognósticos favoráveis (TSUNODA et al., 2015).

Uma opção de tratamento para amenizar sintomas de disfunção sexual após histerectomias radicais é a vaginoplastia (CHEN et al., 2015). Estudo recente mostrou que a histerectomia radical laparoscópica combinada com a vaginoplastia com tecido peritoneal em pacientes com câncer cervical precoce melhora a função sexual interferindo de maneira significativa na satisfação sexual, lubrificação e dor (CHEN et al., 2015).

As três modalidades terapêuticas, quimioterapia, radioterapia e cirurgia (neste caso, para aquelas pacientes que realizam histerectomia mais ooforectomia bilateral) podem causar danos às gônadas femininas (MENDONÇA et al., 2014; VUJOVIĆ et al., 2012; SHELLING, 2010). A destruição e a disfunção ovariana provocadas suscitam a infertilidade e a menopausa precoce (falência ovariana precoce secundária) gerando impacto na qualidade de vida e na autoestima das pacientes (MENDONÇA et al., 2014; VUJOVIĆ et al., 2012; SHELLING, 2010).

Na falência ovariana precoce secundária, os níveis de estradiol e testosterona caem. A queda nos níveis do estradiol provoca afinamento do epitélio da mucosa vaginal e atrofia do músculo liso da parede vaginal (BERMAN, 2005). Já os baixos níveis de testosterona estão associados à diminuição da excitação sexual, libido, orgasmo e sensação genital. A combinação desses efeitos resultará em disfunção sexual (BERMAN, 2005). Mulheres com função ovariana ausente após o tratamento se beneficiam com a terapia de reposição hormonal, reduzindo os sintomas característicos de menopausa e melhorando a saúde sexual (SHELLING, 2010; MONDUL et al., 2005).

Além das modalidades terapêuticas para o câncer do colo uterino, fatores psicológicos podem ter um importante papel na atividade sexual (PEREIRA, BRANDÃO-SOUZA,

MUSSO, 2016). O humor deprimido causado pelo câncer e seu tratamento, fadiga após os tratamentos, a ansiedade, o medo e o uso de antidepressivos também podem afetar a saúde sexual (PEREIRA, BRANDÃO-SOUZA, MUSSO, 2016). A perda de autoestima e alteração da percepção da autoimagem corporal levam à desvalorização da sexualidade e diminuição da libido (RATNER et al., 2010; STILOS; DOYLE; DAINES, 2008). Psicoterapia e terapia sexual podem ser úteis em mulheres cuja causa de disfunção sexual esteja associada a fatores psicológicos (SARA, OLIVEIRA 2015).

Portanto, fatores psicológicos em mulheres que enfrentaram o tratamento para o câncer do colo uterino somado à evolução dos recursos terapêuticos que aumentam a sobrevida e trazem repercussões tardias das terapias empregadas, todos esses aspectos assumem um papel importante na atividade sexual de pacientes que enfrentaram o câncer. Por sua vez, as dificuldades nas relações sexuais e conseqüentemente a disfunção sexual não compromete apenas a satisfação sexual, mas também a satisfação de vida global, impacta negativamente na qualidade de vida, acarreta baixa autoestima, depressão, ansiedade e prejuízos na relação interpessoais (ARAÚJO et al., 2010; SANTOS, OLIVEIRA 2015).

## **2.6 Qualidade de vida como medida de desfecho em saúde**

### **2.6.1 Qualidade de vida: Conceituação**

A introdução do conceito de qualidade de vida como medida de desfecho em saúde surgiu no contexto de prolongamento da expectativa de vida em função do grande progresso da medicina no último século (FLECK ,2008). Tornou-se necessário mensurar a forma e a qualidade de como as pessoas vivem estes anos a mais (FLECK ,2008). A oncologia foi a especialidade que, por excelência, viu-se confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados e verificou que o importante não era apenas acrescentar “anos à vida”, mas ir além, acrescentando “vida aos anos” (FLECK et al, 1999).

Na área de saúde, duas tendências conceituais são observadas: qualidade de vida geral, mais ampla e não faz referência específica a disfunções ou agravos de saúde, na verdade a saúde seria um dos pilares para obter qualidade de vida; e qualidade de vida relacionada à saúde, incluindo aspectos diretamente associados às enfermidades ou a intervenções em saúde (SEIDL, ZANNON, 2004; MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000, FLECK et al., 1999). Além dessas duas perspectivas no estudo sobre qualidade de vida, existem dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida, que são o fator multidimensionalidade, em que o construto

deve considerar diferentes dimensões; e o fator subjetivo, que trata de considerar a percepção e avaliação pessoal do indivíduo em cada dimensão referente à qualidade de vida (SEIDL; ZANNON, 2004).

Entretanto, existe dificuldade em conceituar o termo qualidade de vida (FLECK, 2008). Embora não haja um consenso sobre a definição, o grupo da OMS que estuda Qualidade de Vida, conceituou-a (conceito transcultural) de maneira geral como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1995).

A falta de consenso e clarificação do tema possibilita inúmeras definições, mas sabe-se que a qualidade de vida não inclui apenas fatores relacionados à saúde, mas também elementos importantes da vida e do cotidiano das pessoas (GILL, FEINTEIN, 1994). Devido à falta de clarificação do conceito, muitos instrumentos são utilizados para mensurar a qualidade de vida e inúmeras são as formas de avaliação, não existindo nenhum padrão-ouro (FARQHAR, 1995; GILL, FEINTEIN, 1994).

Os instrumentos podem ser genéricos ou específicos para uma determinada função (capacidade funcional, função sexual), doença (diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, câncer) ou para um segmento da população (pacientes idosos, adolescentes) – (WINKELMANN, MANFROI, 2008). Os questionários genéricos são idealizados para aplicação em populações sadias ou doentes e indicados para estudos populacionais ou epidemiológicos, planejamentos e avaliação geral do sistema de saúde (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000). Como exemplos de instrumentos genéricos, destacam-se o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), sua versão abreviada (WHOQOL-bref) e o Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey- SF-36 (CICONELLI et al, 1999).

O Grupo de Qualidade de Vida da OMS (The World Health Organization Quality of Life Group - WHOQOL) buscou desenvolver medidas que avaliassem a qualidade de vida a partir de uma perspectiva internacional, através da qual diferentes países e 56 culturas pudessem ter um padrão de comparação por meio de um único instrumento. Então, esse grupo organizou um projeto colaborativo multicêntrico com a participação inicial de 15 centros simultaneamente, os quais foram selecionados de forma a incluir países com diferentes níveis de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde, importância da família e religião dominante, entre outros, a fim de garantir que a colaboração fosse genuinamente internacional. Inicialmente, foi desenvolvido o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), instrumento composto por seis domínios (físico; psicológico; nível de independência; relações

sociais; meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais), com um total de cem questões (FLECK et al., 2000).

A necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse as características do instrumento original, de caráter abrangente e transcultural e que mantivesse também as propriedades psicométricas, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse, posteriormente, uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (FLECK et al., 2000).

O WHOQOL-bref é um instrumento traduzido e validado para ser utilizado na população brasileira (FLECK et al., 2000), de ampla utilização em estudos nacionais e internacionais, que avalia a qualidade de vida de forma multidimensional e subjetiva (CANAVARRO et al., 2010). É composto por 26 questões: duas sobre qualidade de vida global, englobando a percepção da qualidade de vida e a satisfação com a saúde, e as demais representando cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100. Estas são organizadas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente (FLECK et al., 2000; WHO, 1996).

#### 2.6.2 Qualidade de vida: Impacto do câncer do colo uterino e do tratamento

A grande evolução dos métodos diagnósticos e terapêuticos, as diversas modalidades de tratamento e seus efeitos trazem importantes repercussões na vida de pessoas acometidas pelo câncer (BAE, PARK, 2016; BERGEROT, ARAÚJO, 2014; CORRÊA, GUERRA, LEITE, 2013; LE BORGNE et al., 2013). O aumento da sobrevida, e a possibilidade de cura para alguns e cronicidade para outros, fez crescer o interesse em avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer almejando um tratamento alicerçado no cuidado integral e humanizado (OPAS, 2013; GOMES et al., 2011)

A avaliação da qualidade de vida vem sendo utilizada dentro da área da saúde como uma medida de desfecho importante para verificar o impacto da doença e seu tratamento, criar indicadores da gravidade e progressão da doença e possivelmente predizer a melhor escolha terapêutica, já que o tratamento para o câncer é multimodal (GOMES et al., 2011; MAKLUF, DIAS, BARRA, 2006). Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde conheçam as formas de avaliar a QV (GOMES et al., 2011), pois seus questionários representam uma maneira de mensurar o problema e ajudá-los a conhecer as necessidades funcionais, psicológicas e sociais de seus pacientes (AVELAR et al., 2006).

Mulheres acometidas por câncer do colo do útero experimentam prejuízos na qualidade de vida desde o estresse excessivo decorrente do diagnóstico até anos após o tratamento, a depender do tipo e do estadiamento do câncer (BERGEROT, ARAUJO, 2014). Entre os cânceres ginecológicos, mulheres sobreviventes ao câncer do colo uterino são as que apresentam pior qualidade de vida (GOLBASI, ERENEL, 2012). Os principais fatores que influenciam negativamente a qualidade de vida dessas mulheres são os aspectos psicológicos, como ansiedade e depressão; fatores ginecológicos; e a falta de apoio social (OSANN et al., 2014; LE BORGNE et al., 2013; GOLBASI, ERENEL, 2012). A maior parte destes fatores é passível de intervenções e devem ser avaliados ainda durante o tratamento, já que, podem perdurar durante anos (OSANN et al., 2014; LE BORGNE et al., 2013; GOLBASI, ERENEL, 2012).

Transtornos psicológicos são comuns em mulheres afetadas pelo câncer do colo uterino decorrentes do estresse gerado pelo diagnóstico e tratamento. A presença de qualquer tipo de sofrimento associa-se a menores escores de qualidade de vida (BERLIM, MCGIRR, FLECK, 2008). A depressão por si só é o transtorno mais incapacitante e que mais deteriora a qualidade de vida das pessoas, que, em média, têm metade dos seus anos vividos deteriorados devido a essa condição. (CÂMARA, SILVA, 2013). Entretanto, muitas vezes as morbidades psicológicas não são percebidas pelos médicos que acompanham o problema oncológico (FALLOWFIELD et al., 2011). É necessário habilidade para identificar, durante as consultas, aqueles pacientes que se beneficiariam de um acompanhamento psiquiátrico ou psicológico, parte integrante do tratamento do câncer (FALLOWFIELD et al., 2011).

A pior qualidade de vida das mulheres tratadas para o câncer do colo uterino também está associada às sequelas sexuais resultantes principalmente da cirurgia e radioterapia (OSANN et al., 2014; CORRÊA, GUERRA, LEITE, 2013; CLEARY, HEGARTY, 2011). Uma vida sexual considerada satisfatória é parte integrante da saúde e do bem-estar individual (GOLBASI, ERENEL, 2012).

Um outro fator que poderá ter impacto negativo na qualidade de vida são os obstáculos socioeconômicos. Mulheres pobres e com baixa escolaridade têm acesso tardio aos serviços de saúde para intervenções das sequelas dos tratamentos e conseqüentemente pior qualidade de vida terão (MA J et al, 2012; PINTO; RIBEIRO, 2006). É sabido que baixo grau de escolaridade e distribuição de renda contribui negativamente para a qualidade de vida da população (PORTUGUAL et al., 2016; OSANN et al., 2014; AZEVEDO, A.L.S. et al 2013).

Como visto, vários são os fatores que interferem na qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento para o câncer do colo uterino. Logo, os cuidados aos anos acrescentados à sobrevida devem ser permeados por informações, abordagem de equipe multidisciplinar e intervenções específicas a fim de contribuir para uma melhor qualidade de vida (MANTEGNA, G. et al., 2013; BODURKA, 2012). Além disto, a prática regular de exercícios físicos (PINTO; RIBEIRO, 2005), apoio social adequado (OSANN et al., 2014; CORRÊA, GUERRA, LEITE, 2013; PINTO, RIBEIRO, 2005) e mudança do estilo de vida podem melhorar a qualidade de vida das mulheres após o câncer de colo uterino (IYER et al., 2016).

### **3. JUSTIFICATIVA**

A avaliação da qualidade de vida e da atividade sexual de mulheres afetadas pelo câncer de colo uterino deve ser um importante instrumento a ser considerado na assistência oncológica, já que, contribui no conhecimento dos prejuízos ocasionados pela doença e seu tratamento. As informações resultantes desse estudo poderão colaborar no planejamento de ações terapêuticas que visem não somente à cura da doença, mas também ao bem-estar das mulheres tratadas do câncer de colo uterino.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Descrever a qualidade de vida e a atividade sexual de mulheres submetidas ao tratamento para câncer do colo do útero em um hospital universitário de Pernambuco (PE).

### **4.2 Objetivos específicos**

- Identificar a qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento para câncer do colo do útero segundo características socioeconômicas e clínicas;
- Caracterizar a atividade sexual das mulheres submetidas ao tratamento para câncer do colo do útero.

## **5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **5.1 Local do estudo**

O estudo foi realizado no ambulatório de Oncologia e no ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas de Pernambuco (HCPE), localizado na cidade do Recife (PE). A instituição presta assistência terapêutica a aproximadamente 60 pacientes/ano diagnosticadas com câncer do colo do útero. O HCPE é referência no Estado de Pernambuco para o tratamento do câncer, habilitado como uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) com serviço de hematologia (BRASIL, 2014).

As UNACONS compreendem unidades de saúde que ofertam assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes. Essas unidades hospitalares podem ter, em sua estrutura física, a assistência radioterápica ou referenciar formalmente os pacientes que necessitarem dessa modalidade terapêutica. UNACON com Serviço de Hematologia são unidades de saúde que ofertam atenção especializada em hematologia oncológica, mas não obrigatoriamente atendem a crianças e adolescentes (BRASIL, 2014). No caso do HCPE, apenas alguns cânceres hematológicos são tratados por questões estruturais e os pacientes que necessitam de radioterapia são encaminhados para serviços vinculados à instituição.

### **5.2 Desenho do estudo**

Estudo epidemiológico observacional, quantitativo, descritivo, exploratório com delineamento transversal.

### **5.3 População do estudo e período de referência**

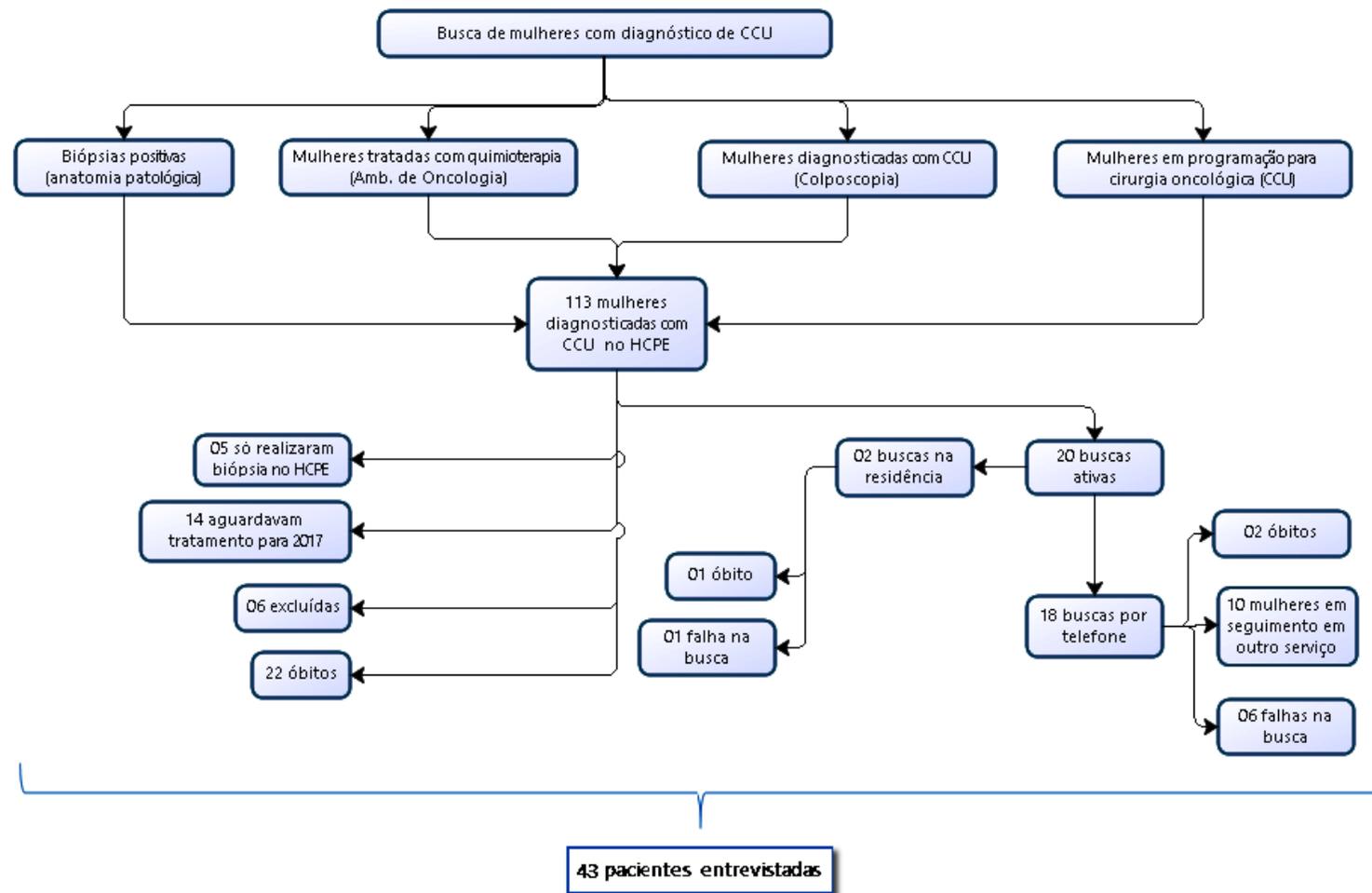
A população do estudo foi composta por mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico/quimioterápico/radioterápico para o câncer do colo do útero no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016 e atendidas no ambulatório de oncologia e/ou ginecologia do HCPE.

O recrutamento dos casos (a fim de obter nome e registro da mulher) foi realizado, inicialmente, através dos resultados de biópsias positivas para câncer do colo uterino (busca na Anatomia Patológica do HCPE). Além das biópsias, com o propósito de abranger todos os casos diagnosticados no hospital, foi feito levantamento nos seguintes setores do hospital:

ambulatório de oncologia (para resgatar nome e registro das mulheres que fizeram quimioterapia para câncer do colo do útero em 2015 e 2016); colposcopia (existe no setor um livro de registro dos casos de câncer do colo do útero); e ambulatório de cirurgia oncológica (também existe, neste setor, um livro de marcação cirúrgica com nome, registro e hipótese diagnóstica). No total, 113 mulheres foram diagnosticadas com câncer do colo do útero, em 2015-2016, no HCPE.

Com o nome e o registro da mulher, iniciou-se a verificação do dia e do horário da consulta de seguimento de cada uma delas através do sistema interno de marcação de consultas do HCPE. A partir desse dado, dia e hora da consulta, a pesquisadora responsável abordava as mulheres convidando-as para a participação da pesquisa respeitando os critérios de elegibilidade do estudo. Dos 113 casos, 20 não constavam informação de consultas de seguimento no sistema interno de consultas do HCPE, a partir disso, foram feitas 18 buscas por telefone e 2 na residência da mulher. Para aquisição do endereço e telefone das mulheres, os prontuários foram resgatados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

Das 113 mulheres, 25 já haviam falecido, 14 aguardavam tratamento para 2017 (diagnóstico nos últimos meses de 2016), 6 foram excluídas (recidiva da doença), e 22 não puderam ser entrevistadas (10 mulheres estavam em tratamento em outro serviço; 7 não foram encontradas após busca ativa; e 5 apenas realizaram a biópsia no HCPE). A população do estudo foi composta por 46 mulheres. A Figura 2 ilustra o recrutamento e o resultado das buscas ativas.



**Figura 2:** Recrutamento das mulheres para o estudo, buscas ativas e entrevistas

Fonte: Dados da pesquisa

### 5.3.1 Critérios de Inclusão

- Ter idade igual ou maior que 18 anos;
- Ter sido diagnosticada com câncer de colo do útero e submetida à cirurgia/quimioterapia/radioterapia entre janeiro de 2015 a dezembro de 2016;
- Intervalo de no mínimo três meses entre o término de tratamento e a coleta de dados – tempo esperado para início de efeitos secundários de médio e longo prazo (MAHER; DENTON, 2008; NATIONAL CANCER INSTITUTE, 1999; VAZ et al., 2011; VIDAL, 2008);

### 5.3.2 Critérios de Exclusão

- *Performance status* (ECOG – *Eastern Cooperative Oncology Group*) > 2, que por definição, já são pacientes com qualidade de vida comprometida (OKEN et al., 1982) (Quadro 1);
- História prévia ou atual de outros cânceres ou de outras morbidades com prejuízo potencial na qualidade de vida;
- Estar em tratamento de recidiva da doença;
- Diagnóstico de doença mental grave ou de deficiência mental com algum deficit cognitivo e, conseqüentemente, comprometimento da avaliação da qualidade de vida pelo WHOQOL-bref ou avaliação da função sexual pelo FSFI.

GRAU	ECOG PERFORMANCE STATUS
0	Totalmente ativo, capaz de realizar as atividades sem restrição.
1	Restrito a atividades fisicamente extenuantes, mas capaz de realizar trabalhos de natureza leve.
2	Capaz de todo autocuidado mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; Fora do leito mais de 50% do tempo.
3	Autocuidado limitado; Confinado na cama ou na cadeira mais de 50% do tempo
4	Completamente dependente; Não pode exercer qualquer auto-cuidado; Totalmente confinado à cama ou à cadeira
5	Morto

**Quadro 1-** *ECOG Performance Status*. Desenvolvido pelo Eastern Cooperative Oncology Group

## 5.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados de julho de 2016 a março de 2017 por meio de entrevistas. Foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados:

### 5.4.1 Instrumento para caracterização das participantes

Instrumento elaborado especificamente para este estudo com o objetivo de obter informações da população (caracterização socioeconômica, clínica, questões relacionadas à vida sexual e a hábitos de vida). Alguns dados clínicos (estadiamento, tipo histológico, tipo de radioterapia e datas de início do tratamento) foram obtidos através dos prontuários das participantes, resgatados no SAME (Apêndice A).

### 5.4.2 Instrumento de avaliação da qualidade de vida

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o questionário genérico desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, em sua versão abreviada - WHOQOL-bref (Anexo C). É composto por 26 questões: duas sobre qualidade de vida global, abrangendo a percepção da qualidade de vida e a satisfação com a saúde; e as demais representando cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100. Estas são organizadas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente (Quadro 2) (FLECK et al., 2000; THE WHOQOL GROUP, 1996).

WHOQOL-bref	
Domínios	Facetas (questões)
1. Físico	“Dor e desconforto” (Q3); “Energia e fadiga” (Q10); “Sono e repouso” (Q16); “Mobilidade” (Q15); “Atividades da vida cotidiana” (Q17); “Dependência de medicação ou de tratamentos” (Q4) e “Capacidade de trabalho” (Q18)
2. Psicológico	“Sentimentos positivos” (Q5); “Pensar, aprender, memória e concentração” (Q7); “Autoestima” (Q6); “Imagem corporal e aparência” (Q11); “Sentimentos negativos” (Q26) e “Espiritualidade/ religião/ crenças pessoais” (Q19).
3. Relações Sociais	“Relações pessoais” (Q20); “Suporte (Apoio) social” (Q22) e “Atividade sexual” (Q21).
4. Meio Ambiente	“Segurança física e proteção” (Q8); “Ambiente no lar” (Q23); “Recursos financeiros” (Q12); “Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade” (Q24); “Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades” (Q13); “Participação em, e oportunidades de recreação/lazer” (Q14); “Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima” (Q9) e “Transporte” (Q25).
Qualidade de vida global	Duas perguntas: Percepção QV (Q1) e Satisfação com a saúde (Q2).

**Quadro 2-** Composição do instrumento abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-bref)

Fonte: THE WHOQOL GROUP, 1998

#### 5.4.3 Instrumento de avaliação da função sexual

Para avaliar a função sexual das participantes sexualmente ativa, foi utilizado o *Female Sexual Function Index* - FSFI (Índice de Função Sexual Feminina). O FSFI é um questionário de autoresposta, composto por 19 itens que analisam seis domínios da função sexual: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (Anexo D) (PACAGNELLA et al., 2008).

## 5.5 Definição de variáveis

### 5.5.1. Variáveis dependentes

#### 5.5.1.1 Qualidade de Vida

Variável quantitativa contínua mensurada através do questionário do WHOQOL-bref. É considerado o escore dos quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e das duas perguntas sobre qualidade de vida geral (percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde).

#### 5.5.1.2 Função Sexual

Variável quantitativa contínua mensurada através do questionário FSFI. É considerado o escore total e o escore de cada dimensão (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor). Mulheres que apresentam escore menor ou igual a 26 devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual.

### 5.5.2 Variáveis Independentes

As variáveis independentes relacionadas às características socioeconômicas, hábitos de vida, vida sexual e dados clínicos encontram-se descritas no Apêndice B.

## 5.6 Processamento e análise dos dados

Foi criado um banco de dados com todas as informações das variáveis contidas nos três questionários. Os dados foram digitados e codificados entre julho de 2016 e março de 2017. Os dados foram armazenados e analisados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.0. Foi feita análise descritiva: as variáveis numéricas foram expressas em média e desvio padrão; e as variáveis categóricas, em frequências absolutas e relativas. Através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, verificou-se a normalidade das variáveis. Utilizou-se o teste não paramétrico de Mann Whitney (para as variáveis numéricas) e o teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) ou Exato de Fischer (para as variáveis nominais), para análise bivariada.

A análise bivariada foi conduzida a fim de verificar diferenças entre os grupos. Algumas variáveis foram recodificadas em duas categoriais para facilitar a análise (Apêndice C). A variável atividade de lazer foi recodificada, conforme classificação adaptada de Jannuzzi e Cintra (2006), em atividades recreativas (televisão, música, computador), social

(encontro/reunião com os amigos, reunião familiar, dança/festas, passeios/viagens), cultural (leitura, cinema/teatro), artesanal (trabalhos manuais, culinárias), físico (prática de atividades físicas). Na variável estadiamento, foi considerado como doença precoce os estadiamentos IA até II A e doença avançada os estadiamento II B até IVA, de acordo com a classificação TNM (BRASIL, 2012).

Para interpretação dos achados, foram considerados estatisticamente significativos valores de  $p < 0,05$  e tendências de diferenciação para valores de  $p < 0,10$ . Foi empregada a correlação de *Pearson* a fim de verificar a relação linear entre os escores das dimensões do WHOQOL (domínios e perguntas sobre qualidade de vida geral).

#### 5.6.1 WHOQOL-bref

As respostas para as questões do WHOQOL-bref são obtidas através de quatro tipos de escalas: intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom), com pontuação podendo variar de 1 a 5. Tanto os domínios como a faceta sobre qualidade de vida geral são medidos em direção positiva, ou seja, escores mais altos denotam melhor qualidade de vida (FLECK, 1999).

Para o cálculo dos escores, foi utilizada a sintaxe oferecida pelo Grupo WHOQOL para ser usada no programa SPSS – (Anexo E). Com esta sintaxe, o programa considera o número de questões respondidas em cada um dos domínios do instrumento e padroniza os escores para que estes, em todos os domínios, variem de 0 a 100 pontos (sendo 100 a melhor qualidade de vida possível). Além disso, os valores das questões Q3, Q4 e Q26, formuladas na direção oposta (quanto maior o escore, pior qualidade de vida), são invertidos para a composição do escore de cada domínio. Os resultados do WHOQOL-bref são analisados dentro de cada domínio, pois não existe um escore total para esse questionário (FLECK, 1999).

#### 5.6.2 FSFI

Para cada uma das 19 questões do FSFI existe um padrão de resposta, e elas recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor, a pontuação é definida de forma invertida. Ressalta-se que, se o escore de algum domínio for igual à zero, isso significa que não foi referida pela entrevistada relação sexual nas últimas quatro semanas. Ao final, é apresentado um escore total, resultado da soma

dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que torna homogênea a influência de cada domínio no escore total (PACAGNELLA et al., 2008).

Assim, para chegar ao escore total, deve-se proceder à soma dos valores das questões, multiplicar essa soma pelo fator de correção e, então, somar os valores de cada domínio. Logo, os escores finais podem variar de 2 a 36 (Quadro 3), sendo os escores mais altos indicadores de melhor grau de função sexual (PACAGNELLA et al., 2008). Mulheres que apresentam escore menor ou igual a 26 devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual (BASER, LI, CARTER, 2012; PRADO, MOTA, LIMA, 2010; WIEGEL, MESTON, ROSEN, 2005).

<b>Escores de avaliação do <i>Female Sexual Function Index</i>.</b>					
<b>Domínios</b>	<b>Questões</b>	<b>Variação do escore</b>	<b>Fator de multiplicação</b>	<b>Escore mínimo</b>	<b>Escore máximo</b>
Desejo	1,2	1-5	0,6	1,2	6
Excitação	3,4,5,6	0-5	0,3	0	6
Lubrificação	7,8,9,10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11,12,13	0-5	0,4	0	6
Satisfação	14,15,16	0(ou1)5*	0,4	0,8	6
Dor	17,18,19	0-5	0,4	0	6
Escore Total				2	36

### **Quadro 3** - Escores de avaliação do Índice de Função Sexual Feminina

\*Questão 14 varia de 0-5; questão 15 e 16 varia de 1-5

Fonte: PACAGNELLA et al., 2008.

## **5.7 Considerações éticas**

Em atendimento às normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos – Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde (CEP/CCS/UFPE), CAEE: 51471315.9.0000.5208 (Anexo F) e obteve a anuência do Hospital das Clínicas de Pernambuco (Anexo G).

A entrevista foi realizada após concordância das participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D), em duas vias, ficando uma via com a entrevistada, e a outra anexada aos dados da pesquisa. A participação das mulheres se deu de forma voluntária, e todas as entrevistadas receberam orientação sobre o direito à recusa, abandono da entrevista quando desejar e também a possibilidade de não responder às questões

específicas que julgar não ser conveniente. As mulheres identificadas com disfunção sexual foram orientadas para a necessidade de avaliação e acompanhamento com ginecologista.

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Serão apresentados, a seguir, três artigos. O primeiro se refere ao Artigo 1 (nota prévia) (Apêndice E) e os outros dois são artigos no formato completo, sendo todos artigos originais. O segundo artigo destina-se a responder ao objetivo específico da avaliação da qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento para câncer do colo do útero segundo características socioeconômicas e clínicas; o terceiro artigo responde ao segundo objetivo específico de caracterizar a atividade sexual das mulheres após o tratamento para câncer do colo do útero.

## 6.1 Artigo 2 - **QUALIDADE DE VIDA APÓS O TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE COLO UTERINO\***

---

\*Sugestão de submissão à Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN) – Instruções aos autores (Anexo H)

## INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é um problema de saúde pública no mundo<sup>(1)</sup>. As últimas estimativas indicam que o câncer do colo uterino é a quarta neoplasia feminina mais diagnosticada e a quarta principal causa de morte por esta doença entre as mulheres. Países subdesenvolvidos apresentam as maiores taxas de mortalidade (17,5 óbitos por 100.000 mulheres) e prevalência (29,9 casos por 100.000 mulheres) de câncer do colo uterino<sup>(1)</sup>.

No Brasil, a prevalência dessa neoplasia foi de 19 casos por 100.000 mulheres e mortalidade de 7 óbitos por 100.000 mulheres em 2012<sup>(1)</sup> e são esperados mais de 16.000 casos novos de câncer do colo uterino em 2016/2017. Entre as regiões do país, as mais afetadas são a Região Norte e a Região Nordeste<sup>(2)</sup>.

O principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo uterino é a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV)<sup>(3)</sup>. A infecção persistente pelo HPV é considerada a causa necessária, embora não suficiente, para o desenvolvimento do câncer cervical, sugerindo que outros fatores estejam envolvidos no processo da carcinogênese<sup>(4)</sup>. A formação de lesões precursoras do câncer e o câncer propriamente dito são decorrentes de múltiplos fatores como idade, multiparidade, tabagismo, uso prolongado de contraceptivos, comportamento sexual de risco e coinfeção com outras doenças sexualmente transmissíveis<sup>(5)</sup>. Lesões precursoras quando não tratadas poderão evoluir em longo prazo para o câncer do colo uterino<sup>(4)</sup>.

Para o câncer do colo uterino, as modalidades terapêuticas disponíveis são as cirurgias e a radioterapia para os casos mais precoces, ou a radioterapia/quimioterapia para os casos mais avançados<sup>(6,7)</sup>. No entanto, há efeitos secundários e morbidade causada por essas terapias que afetam profundamente a qualidade de vida das mulheres<sup>(8)</sup>.

A ocorrência dos danos físicos provocados pelo tratamento, como por exemplo, as sequelas cirúrgicas (danos na vascularização pélvica e inervação autonômica dos músculos do assoalho pélvico levando a uma série de disfunções associadas ao sistema urinário, anorretal e genital, além de interferir na vida sexual)<sup>(9)</sup>, e os efeitos da radiação (disfunções sexuais, urinária e intestinais)<sup>(10-12)</sup>; ademais os impactos psicossociais da doença deterioram a qualidade de vida<sup>(13)</sup>.

O aumento da sobrevida e a possibilidade de cura ou cronicidade fazem crescer o interesse em avaliar a qualidade de vida de pessoas com câncer, objetivando alcançar um tratamento alicerçado no cuidado integral e humanizado<sup>(14,15)</sup>. A qualidade de vida, de maneira geral, é conceituada como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da

cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>(16)</sup>. A introdução do conceito de qualidade de vida como medida de desfecho em saúde surgiu no cenário de prolongamento da expectativa de vida em função do progresso da medicina no último século<sup>(17)</sup>. Tornou-se necessário mensurar a forma e a qualidade com que as pessoas vivam estes anos a mais<sup>(17)</sup>.

Os efeitos secundários ao tratamento para câncer do colo uterino e a doença em si acarretam impactos consideráveis<sup>(8)</sup>. Por isso, é importante avaliar a qualidade de vida das mulheres tratadas do câncer do colo uterino como medida de desfecho a fim de considerar as repercussões da doença e do tratamento. Pretendendo-se obter conhecimentos que orientem o planejamento de ações que atendam às reais necessidades dessas mulheres após o tratamento, o objetivo desse estudo foi identificar a qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento do câncer do colo uterino segundo características socioeconômicas e clínicas.

## MÉTODOS

Estudo exploratório, quantitativo e descritivo realizado no Hospital das Clínicas de Pernambuco (HCPE), localizado na cidade do Recife (PE). O HCPE é um hospital de referência para tratamento do câncer, habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) com serviço de hematologia<sup>(18)</sup>. A instituição pertence à rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) e presta assistência terapêutica a aproximadamente 60 pacientes por ano diagnosticadas com câncer do colo uterino.

A população do estudo foi constituída por mulheres que foram submetidas ao tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico para o câncer do colo do útero no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016 e atendidas no ambulatório de oncologia e/ou ginecologia do HCPE. Foram incluídas no estudo mulheres com idade  $\geq 18$  anos e com tempo de término de tratamento de no mínimo três meses. Foram excluídas aquelas com *Performance status* (ECOG – *Eastern Cooperative Oncology Group*)  $>2$ , que por definição, já são pacientes com qualidade de vida comprometida; aquelas com história prévia/atual de outros cânceres ou outras morbidades com prejuízo potencial na qualidade de vida; e aquelas que estavam em tratamento de recidiva da doença.

Nos dois anos de estudo, 113 mulheres foram diagnosticadas com câncer do colo do útero no HCPE. Dessas, 25 (22,12%) faleceram, 14 (12,38%) aguardavam tratamento para 2017 (diagnóstico nos últimos meses de 2016), 6 (5,30%) apresentavam recidiva da doença, 22

(19,46%) não puderam ser entrevistadas (10 mulheres estavam em tratamento em outro serviço; 7 não foram encontradas após busca ativa; e cinco apenas realizaram a biópsia no HCPE). A população do estudo foi composta por 46 mulheres.

A coleta dos dados aconteceu no período de julho de 2016 a março de 2017. Foram utilizados dois instrumentos: 1) questionário semiestruturado para obter a caracterização das mulheres segundo dados sociodemográficos, clínicos e relacionados à saúde; 2) WHOQOL-bref para avaliação da qualidade de vida das mulheres.

O WHOQOL-Bref é um instrumento genérico para avaliar a qualidade de vida validado e adaptado culturalmente para a população brasileira; trata-se da versão abreviada do instrumento da Organização Mundial da Saúde (OMS), o WHOQOL-100<sup>(19)</sup>. O WHOQOL-Bref é composto de 26 questões, sendo duas sobre qualidade de vida em geral, e as demais 24 representam cada uma das facetas que compõem o instrumento original.

As questões estão organizadas em quatro domínios: físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso); psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos); social (relações pessoais; suporte/apoio social; atividade sexual); meio ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico, poluição, ruído trânsito/clima; transporte). O escore de cada questão varia de um a cinco pontos<sup>(19)</sup>.

Os dados foram armazenados e analisados utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0. Na análise descritiva, as variáveis foram representadas por distribuição de frequências e por medidas de tendência central e dispersão. Foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar normalidade das variáveis e, na análise bivariada, utilizou-se o Teste de Mann-Whitney. Algumas variáveis foram recodificadas em duas categorias para facilitar a análise bivariada.

Na análise do WHOQOL-bref, os escores das facetas e domínios foram calculados para uma escala de 0 a 100, na qual quanto mais próximo o valor for de 100, melhor será a avaliação da qualidade de vida; a pontuação se dá de forma independente, considerando a premissa de que a qualidade de vida é um construto multidimensional<sup>(20,21)</sup>. Para verificar a intensidade da associação linear existente entre os escores das dimensões do WHOQOL (domínios e perguntas sobre qualidade de vida global), utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde (CEP/CCS/UFPE), CAEE: 51471315.9.0000.5208. A entrevista foi realizada após concordância das participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Quanto à caracterização sociodemográfica, as mulheres acometidas por câncer do colo uterino tinham idade entre 26 e 69 anos (Média=45,72 anos; DP=12,49 anos); Houve predominância de mulheres com oito anos de estudo ou mais (n=27; 58,70%), pardas (n= 30; 65,22%), desempregadas (n= 20; 43,48%) e com companheiro (n=27; 58,70%). A maior parte das mulheres tinha renda de até um salário mínimo (n=37; 80,43%) e eram residentes em municípios do interior do Estado de Pernambuco (n=25; 54,35%) (Tabela 1).

Em relação às variáveis clínicas, o principal tipo histológico foi o carcinoma de células escamosas (n=42; 91,30%), e a doença foi diagnosticada já em estágio avançado em 29 casos (63,00%). O tratamento inicial mais comum foi a radioterapia associada à quimioterapia (n=28; 60,88%). O tempo de conclusão de tratamento variou de três a 20 meses (mediana = 5 meses; Q1=3; Q3=9) (Tabela 1).

Quanto às características relacionadas aos hábitos de vida, 36 (78,26%) não consumiam bebida alcoólica, 29 (63,04%) afirmaram nunca ter fumado e 24 (52,17%) possuíam alguma comorbidade. As principais atividades de lazer realizadas por este grupo de mulheres foram as atividades recreativas (36,96%) (assistir televisão/vídeo, escutar música ou usar o computador) e as atividades sociais (69,57%) (encontro/reuniões com amigos, atividades artísticas em grupo, trabalhos voluntários, reuniões familiares, dança/festas, passeios/viagens).

Na análise da qualidade de vida das mulheres após o tratamento, entre os domínios do WHOQOL-bref, aqueles com melhores médias foram o domínio social (63,52±16,69) e o domínio psicológico (61,48±14,87); já os domínios físico e meio ambiente exibiram os menores escores (56,75±21,32 e 53,06±12,75, respectivamente), conforme a Tabela 2. Verificou-se que os domínios físico e psicológico foram os que apresentaram correlação mais alta entre si (r=0,57), bem como os que tiveram maior associação com a qualidade de vida global (r=0,54 e r=0,63, respectivamente) (Tabela 3).

Quando associados os domínios do WHOQOL-bref com as variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas à saúde, foram identificadas diferenças

significativas estatisticamente (Tabela 4). Renda familiar teve associação com o domínio “Físico” ( $p= 0,04$ ); atividade de lazer recreativa com domínio “Social” ( $p=0,01$ ); o tipo do tratamento realizado e domínio “Meio Ambiente” ( $p=0,01$ ); comorbidades e domínio “Meio Ambiente” ( $0,02$ ); e, por último, situação conjugal e “Qualidade de vida global” ( $p=0,05$ ).

## DISCUSSÃO

As características sociodemográficas das mulheres tratadas do câncer de colo uterino no HCPE foram semelhantes a outros estudos em relação à idade, raça/cor e situação conjugal e divergem quanto à escolaridade<sup>(22-24)</sup>. É mais frequente mulheres afetadas pela neoplasia cervical terem menor escolaridade<sup>(22-24)</sup>. A menor escolaridade, *proxis* de estratificação social como é considerada, associa-se a hábitos de vida não saudáveis<sup>(25)</sup> e a comportamentos sexuais de risco<sup>(26)</sup>, determinantes na ocorrência do câncer de colo uterino.

A média de idade de 45 anos corrobora as atuais recomendações para a realização do exame preventivo que preconiza que seja feito em mulheres entre 25 e 64 anos de idade (população-alvo)<sup>(27)</sup>. Mulheres pardas, com pouca renda, baixa escolaridade e sem empregos estão mais vulneráveis a agravos como o câncer de colo uterino, visto que condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde<sup>(28)</sup>. O câncer do colo do útero está associado a situações precárias de vida<sup>(29)</sup> e a ineficientes programas de prevenção (rastreamento com o Papanicolau é pouco efetivo em alcançar e conscientizar as mulheres em situação de exclusão social)<sup>(30)</sup>.

O carcinoma como principal tipo histológico e a doença diagnosticada em estádios avançados concordam com outros estudos<sup>(22-24,31)</sup>. Mulheres pobres terão pior acesso aos serviços de saúde e, portanto, receberão diagnóstico mais tardiamente além de ter dificuldades em obter tratamento especializado em tempo hábil<sup>(32)</sup>. O principal tratamento realizado (quimioterapia e radioterapia) é consequência do diagnóstico tardio. Doenças em estadiamento avançado têm como primordial estratégia terapêutica a radioterapia associada à quimioterapia a fim de se obterem melhores resultados terapêuticos<sup>(33-35)</sup>.

Mais da metade das mulheres diagnosticadas eram residentes de municípios do interior do Estado. Isso pode ser justificado pelo menor alcance das ações de prevenção em cidades do interior e/ou pela dificuldade de acesso a serviços de diagnóstico e tratamento para o câncer para a população residente fora dos grandes centros urbanos<sup>(36)</sup>. Estudo mostrou declínio da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil, entretanto, entre mulheres residentes do

interior dos estados do país, a redução da mortalidade não é a mesma observada para as mulheres das capitais, o que fortalece a hipótese da desigualdade de acesso a serviços<sup>(36)</sup>.

Quanto aos hábitos de vida, boa parte das mulheres afirmaram não consumir bebida alcoólica e nunca ter fumado; entre as atividades de lazer, as atividades mais realizadas foram as recreativas e as sociais. Sabe-se que o estilo de vida interfere de forma significativa na qualidade de vida das mulheres tratadas para o câncer do colo uterino<sup>(37)</sup>, e as atividades de lazer promovem melhorias na qualidade de vida, pois proporcionam manutenção da saúde e bem-estar<sup>(38)</sup>.

A qualidade de vida das mulheres tratadas do câncer de colo uterino desse estudo foi mais influenciada pelos domínios “Físico” e “Psicológico”. Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores quando estudaram a qualidade de vida de pacientes tratadas com quimioterapia<sup>(39)</sup>. De fato, quanto mais danos físicos e psicossociais ocasionado pela doença e tratamento, pior a qualidade de vida<sup>(13)</sup>.

O domínio físico, um dos que obteve no estudo menor média do escore total, é representado no WHOQOL-bref por facetas que se referem à dor, ao desconforto, à energia e fadiga, ao sono e repouso, à dependência de medicação ou de tratamentos, entre outras. Menores escores nessas facetas refletem os impactos físicos acarretados pelo tratamento que podem permanecer mesmo após vários anos de término do tratamento<sup>(40)</sup>. Já os menores escores no domínio “Meio Ambiente” podem ser justificados, uma vez que se tem uma amostra predominante de mulheres pobres em que a falta de recurso financeiro pode tornar precárias as condições de saúde, moradia e lazer e reconhece-se que dificuldades econômicas estão associadas a menores escores de qualidade de vida<sup>(41)</sup>.

A associação existente entre as variáveis socioeconômicas (renda, atividade de lazer e situação conjugal), relacionada à saúde (comorbidades) e variáveis clínicas (tipo de tratamento realizado) com os domínios do WHOQOL-bref, reafirma o quanto a qualidade de vida das mulheres após tratamento está conexas com as situações socioeconômicas e clínicas<sup>(37,41,42)</sup>.

Foram fatores que tiveram associação negativa com a qualidade de vida das mulheres tratadas para o câncer do colo uterino: situação conjugal (o apoio social é fator protetor e recuperador da saúde já que auxilia no enfrentamento da doença e do tratamento<sup>(43)</sup>); estar em piores condições socioeconômica<sup>(41)</sup>; não ter oportunidade de lazer (o lazer possibilita o alívio das tensões promovendo efeitos benéficos sobre a qualidade de vida<sup>(44)</sup>); ter associado ao câncer outras condições crônicas pré-existent; e ter realizado modalidades terapêuticas incluindo radioterapia (piores desfechos físicos, funcionais e sociais estão associados à radioterapia<sup>(42)</sup>).

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar de o estudo apresentar limites quanto ao pequeno número de casos entrevistados, o que não permitiu uma análise mais robusta, é relevante a existência de temas que retratem como vivem as mulheres acometidas pelo câncer do colo uterino a fim de que haja mais atenção a estes anos vividos após o tratamento.

## CONCLUSÃO

A qualidade de vida das mulheres estudadas teve associação com as condições clínicas, socioeconômicas e relacionadas à saúde. Além disto, a qualidade de vida associou-se ao tipo de tratamento realizado (diagnóstico tardio tem como reflexo o tratamento com radioterapia mais quimioterapia). Sendo assim, torna-se imprescindível alertar sobre a importância do diagnóstico precoce através do rastreamento eficaz, especialmente, entre aquelas menos favorecidas economicamente; e também a relevância de incluir medidas de qualidade de vida na prática clínica, pois essas medidas podem ser cruciais para avaliar determinadas intervenções terapêuticas, avaliar as consequências da doença na vida destas mulheres e com isso oferecer medidas alternativas que amenizem os efeitos secundários ao tratamento.

## REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. International Agency For Research On Cancer. Cervical cancer. Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. [Internet]; 2016 [cited 2016 out 04]. Available from: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)
- 2 Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância/Divisão de Vigilância. Estimativa de Câncer no Brasil. [Internet]; 2016 [acesso em 18 set 2016]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>
- 3 Muñoz N, Bosch FX, Sanjosé S de, Herrero R, Castellsagué X, Shah K V, et al. Epidemiological classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N Engl J Med [Internet]. 2003 [cited 2017 Abr 23];348(6):518-27. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa021641>
- 4 Stanley MA. Epithelial cell responses to infection with human papillomavirus. Clin Microbiol Rev [Internet]. 2012 [cited 2017 Abr 23];25(2):215-222. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3346303/pdf/zcm215.pdf>
- 5 Dahlström A, Andersson K, Luostarinen T. Prospective seroepidemiologic study of human papillomavirus and other risk factors in cervical cancer. Cancer Epidemiol Biomark Prev [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 20];20(12):2541-50. Available from: <http://cebp.aacrjournals.org/content/20/12/2541.full-text.pdf>

- 6 Bansal N, Herzog TJ, Shaw RE, Burke WM, Deutsch I, Wright JD. Primary therapy for early-stage cervical cancer: radical hysterectomy vs radiation. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2009 [cited 2017 Jan 20];201(5):485-9. Available from: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(09\)00637-1/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(09)00637-1/pdf)
- 7 Waggoner SE. Cervical Cancer. *Lancet* [Internet]. 2003 [cited 2017 Jan 20]; 361(9376):2217-25. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(03\)13778-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(03)13778-6.pdf)
- 8 Bergerot CD, Araujo TCCF de. Assessment of distress and quality of life of cancer patients over the course of chemotherapy. *Invest educ enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 20];32(2):216-24. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n2/v32n2a04.pdf>
- 9 Fitz FF, Santos ACC dos Stüpp L, Bernardes APMR, Marx AG. Impacto do tratamento do câncer de colo uterino no assoalho pélvico. *Femina* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 20];39(7):403-09. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n7/a2699.pdf>
- 10 Andreyev HJN, Davidson SE, Gillespie C, Allum WH, Swarbrick E. Practice guidance on the management of acute and chronic gastrointestinal problems arising as a result of treatment for cancer. *International Journal of Gastroenterology and Hepatology* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 20];61(2):179-92. Available from: <http://gut.bmj.com/content/gutjnl/early/2011/11/04/gutjnl-2011-300563.full.pdf>
- 11 Vidal MLB. Efeitos adversos tardios subsequentes ao tratamento radioterápico para câncer de colo uterino na bexiga, reto e função sexual. 2008. 94 p. Dissertação (Mestrado em Ciência) – Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2008.
- 12 Vidal MLB, et al. Disfunção sexual relacionada à radioterapia na pelve feminina: diagnóstico de enfermagem. *Rev bras cancerol* [Internet]. 2013 [acesso em 20 Feb 2017];59(1):17–24. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6748>
- 13 Shuang Y, Jiabin Y, Dongyan C, Jinghe L, Keng S. A Systematic Review of Quality of Life and Sexual Function of Patients With Cervical Cancer After Treatment. *Int J Gynecol Cancer* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 26]; 24(7):1146-57. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25033255>
- 14 Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS). Prevenção e controle de amplo alcance do câncer de colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres [Internet]. Washington; 2013 [acesso em Mar 2017]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3587>
- 15 Gomes JS, Lichtenfels H, Kolankiewicz ACB, Loro MM, Rosanelli CLSP, Stumm EMF. Qualidade de vida na oncologia: Uma Revisão Bibliográfica. *Rev Contexto & Saúde* [Internet]. 2011 [acesso em Mar 2017];10(20):463-72. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1566/1312>
- 16 World Health Organization. Field Trial WHOQOL-100. Genebra; 1995 [cited 2017 Jan 26]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_qol\\_field\\_trial\\_1995.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_qol_field_trial_1995.pdf)

- 17 Fleck MPA, et al. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 19-28.
- 18 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 140, de fevereiro de 2014. DOU n°63, Seção 1, 60-66, 2014
- 19 Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev Saúde Pública [Internet]. 1999 [acesso em Jan 20]; 33(2):198-205. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n2/0061.pdf>
- 20 World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version. Geneva; 1996 [cited 2017 Jan 20]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)
- 21 Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. Rev Saúde Pública [Internet]. 2000 [acesso em 20 Jan 2017];34(2):178-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>
- 22 Thuler LCS, Bergmann A, Casado L. Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2012 [acesso em 20 Jan 2017];58(3):351-57. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v03/pdf/04\\_artigo\\_perfil\\_pacientes\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_brasil\\_2000\\_2009\\_estudo\\_base\\_secundaria.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/04_artigo_perfil_pacientes_cancer_colo_uterio_brasil_2000_2009_estudo_base_secundaria.pdf)
- 23 Mascarello KC, Silva NF, Piske MT, Viana KCG, Zandonades E, Amorim MHC. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2012 [acesso em 20 Dez 2017];58(3): 417-26. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v03/pdf/11\\_artigo\\_perfil\\_sociodemografico\\_clinico\\_mulheres\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_associado\\_estadiamento\\_inicial.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/11_artigo_perfil_sociodemografico_clinico_mulheres_cancer_colo_uterio_associado_estadiamento_inicial.pdf)
- 24 Ribeiro JF, Silva ARV, Campelo V, Santos SLD, Coêlho DMM. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero em uma cidade do Nordeste. Rev Elet Gestão & Saúde [Internet]. 2015 [acesso em 20 Jan 2017];6(2):1367-81. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewFile/13799/9733>
- 25 Iser BPM, Yokota RTC, Sá NNB, Moura L, Malta DC. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais do Brasil – principais resultados do Vigitel 2010. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [acesso em 20 Jan 2017];17(9):2343-56. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n9/a15v17n9.pdf>
- 26 Cruzeiro ALS, Souza LDM, Silva RA, Pinheiro RT, Rocha CLA, Horta BL. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [acesso em 25 Feb 2017];15(1):1149-58. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/023.pdf>

- 27 World Health Organization. Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. Geneva [Internet]; 2002 [cited 2017 Jan 12]. Available from: [http://www.who.int/cancer/media/en/cancer\\_cervical\\_37321.pdf](http://www.who.int/cancer/media/en/cancer_cervical_37321.pdf)
- 28 CARVALHO, AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos estratégicos da presidência da República, Vol 2, pp. 19-38, 2013.
- 29 Müller EV, Biazevic MGH, Antunes JLF, Crosato EM. Tendência e diferenciais socioeconômicos da mortalidade por câncer de colo de útero no Estado do Paraná (Brasil), 1980-2000. Ciênc Saude Coletiva [Internet]. 2011 [acesso em 25 Fev 2017];16(5):2495-500. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n5/a19v16n5.pdf>
- 30 Fonseca AJ, Ferreira LP, Dalla-Benetta AC, Roldan CN, Ferreira MLS. Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2010 [acesso em 25 Fev 2017];32(8):386-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n8/a05v32n8.pdf>
- 31 Uddin D, Begum KN, Akthar H, Faruqui M. Carcinoma of uterine cervix: Top ranking in our country. J Clin Oncol [Internet]. 2009 [cited 2017 Mar 24];27(15):16580. Available from: [http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jco.2009.27.15\\_suppl.e16580](http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jco.2009.27.15_suppl.e16580)
- 32 Madeiro A, Rufino AC, Brandão NS, Santos IS. Tendências da mortalidade por câncer do colo do útero no Piauí, 2000-2011. Cad saúde colet [Internet]. 2016 [acesso em 23 Abr 2017];24(3):282-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n3/1414-462X-cadsc-24-3-282.pdf>
- 33 Monk BJ, Wang J, Im S, Stock RJ, Peters WA, Liu PY, et al. Rethinking the use of radiation and chemotherapy after radical hysterectomy: a clinical-pathologic analysis of a Gynecologic Oncology Group/Southwest Oncology Group/ Radiation Therapy Oncology Group trial. Gynecol Oncol [Internet]. 2005 [cited 2017 Mar 24];96(3):721-8. Available from: [http://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258\(04\)00901-1/pdf](http://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258(04)00901-1/pdf)
- 34 Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. Lancet [Internet]. 2007 [cited 2017 Mar 15]; 370(9590):890–907. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61416-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61416-0/fulltext)
- 35 Vieira SC. Tratamento cirúrgico do carcinoma cervical invasor. Coelho FRG, Soares FA, Focchi J, Fregnani JHTG, Zeferino LC, Villa LL, Federico MH, Novaes PERS, Costa RLR. Organizadores. Câncer do colo do útero. 1. ed. São Paulo: Tecmedd; 2008.
- 36 Silva GA, Gamarra CJ, Girianelli VR, Valente JG. Cancer mortality trends in Brazilian state capitals and other municipalities between 1980 and 2006. Rev saúde pública [Internet]. 2011[cited 2017 Mar 15];45(6):1009-18. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/en\\_2963.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/en_2963.pdf)

- 37 Iyer NS, Osann K, Hsieh S, Tucker JA, Monk BJ, Nelson EL, et al. Health Behaviors in Cervical Cancer Survivors and Associations with Quality of Life. *Clin Ther* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 15];38(3):467-75. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4799758/pdf/nihms764231.pdf>
- 38 Rocha FN, Bartholo MEC, Lima BD, Santos DO, Souza NE, Silva BGS da. Lazer e qualidade de vida na percepção de pessoas acima de 60 anos. *Revista Mosaico* [Internet]. 2016 [acesso em 10 Mar 2017];7(2):04-09. Disponível em: <http://editorauss.uss.br/index.php/RM/article/view/303/pdf>
- 39 Mansano-schlosser TC, Ceolim MF. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de Quimioterapia. *Texto contexto enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 20 Jan 2017];21(3):600-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a15.pdf>
- 40 Vaz AF, Pinto-Neto AM, Conde DM, Costa-Paiva L, Morais SS, Pedro AO, et al. Quality of life and menopausal and sexual symptoms in gynecologic cancer survivors: a cohort study. *Menopause* [Internet]. 2011 [cited 2016 Dez 22];18(6):662-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21471827>
- 41 The ACTION Study Group. Health-related quality of life and psychological distress among cancer survivors in Southeast Asia: results from a longitudinal study in eight low- and middle-income countries. *BMC med* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 15]; 15(10):1-13. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5234136/pdf/12916\\_2016\\_Article\\_768.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5234136/pdf/12916_2016_Article_768.pdf)
- 42 Derks M, Van Lonkhuijzen LR, Bakker RM, Stiggelbout AM, Kroon CD, Westerveld H, et al. Long-term morbidity and quality of life in cervical cancer survivors: a multicenter comparison between surgery and radiotherapy as primary treatment. *Int J Gynecol Cancer* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 15];27(2):350-56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27984376>
- 43 Romeiro FB, Both LM, Machado ACA, Lawrenz P, Castro EK. O apoio social das mulheres com câncer de mama: revisão de artigos científicos brasileiros. *Rev Psicol Saúde* [Internet]. 2012 [acesso em 15 Fev 2017]4(1):27-38. Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/122/209>
- 44 Fernandes WC, Kimura M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [acesso em 22 Fev 2017];18(3):360-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_10.pdf)

TABELA 1 - Características socioeconômicas e clínicas das mulheres submetidas ao tratamento do câncer do colo uterino. Recife, PE, 2015-2016.

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>n(46)</b>	<b>%</b>
Anos de estudo		
Menos de 8 anos de estudo	19	41,30
8 anos de estudo ou mais	27	58,70
Raça/cor		
Parda	30	65,22
Branca	11	23,91
Preta	4	8,70
Amarela	1	2,17
Situação conjugal		
Com Companheiro	27	58,70
Sem companheiro	19	41,30
Situação de trabalho		
Desempregada	20	43,48
Do lar	11	23,91
Empregada	7	15,22
Em licença saúde	5	10,87
Outro	3	6,52
Local de Residência		
Recife e RMR	21	45,65
Interior do Estado de Pernambuco	25	54,35
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	37	80,43
Mais de 1 salário mínimo	9	19,57
<b>Variáveis Clínicas</b>	<b>n(46)</b>	<b>%</b>
Tipo Histológico do tumor		
Carcinoma de células escamosa	42	91,30
Adenocarcinoma	3	6,53
Outro	1	2,17
Estadiamento		
Doença Avançada	29	63,0
Doença Precoce	17	37,0
Tratamento realizado		
Não cirúrgico (QT/RDT)	28	60,88
Cirúrgico+Adjuvância (QT/RDT)	9	19,56
Cirúrgico	9	19,56

TABELA 2 – Escores obtidos na qualidade de vida global e nos domínios WHOQOL-bref das mulheres após tratamento para o câncer do colo uterino. Recife, PE, 2015-2016.

<b>Domínios</b>	<b>Média (IC 95%)</b>	<b>DP</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Físico</b>	56,75 (50,34-63,15)	21,32	60,71	14,29	100,00
<b>Psicológico</b>	61,48 (57,01-65,95)	14,87	62,50	20,83	83,33
<b>Social</b>	63,52 (58,50-68,53)	16,69	58,33	8,33	91,67
<b>Meio Ambiente</b>	53,06 (49,22-56,89)	12,75	56,25	25,00	81,25
<b>Qualidade de vida global</b>	59,72 (54,48-64,97)	17,45	62,50	25,00	100,00

TABELA 3 - Correlação entre os domínios do WHOQOL-bref e destes com a qualidade de vida global das mulheres após tratamento para o câncer do colo uterino. Recife, PE, 2015-2016.

<b>Domínios e qualidade de vida global</b>	<b>Domínios</b>			
	<b>Físico</b>	<b>Psicológico</b>	<b>Social</b>	<b>Meio ambiente</b>
<b>Físico</b>	-	-	-	-
<b>Psicológico</b>	0,57*	-	-	-
<b>Social</b>	0,30†	0,52*	-	-
<b>Meio ambiente</b>	0,25	0,34†	0,04	-
<b>Qualidade de vida global</b>	0,54*	0,63*	0,32†	0,47*

\*p < 0,01, †p < 0,05.

TABELA 4 – Avaliação dos domínios e da qualidade de vida global em função das variáveis socioeconômicas e hábitos de vida e variáveis clínicas das mulheres após tratamento para o câncer de colo uterino. Recife, PE, 2015-2016. (continua)

QUALIDADE DE VIDA (MÉDIA±DESVIO PADRÃO)										
Variável Sociodemográfica e Hábitos de Vida	Domínio Físico	p*	Domínio Psicológico	p*	Domínio Social	p*	Domínio Meio Ambiente	p*	QV Global	p*
<b>Faixa Etária</b>										
≤ 50 anos	57,62±18,33	0,63	62,23±13,84	0,73	64,17±19,1	0,48	52,19±10,26	0,39	57,92±14,86	0,31
> 50 anos	55±27		60±17,17		62,23±10,86		54,8±16,99		63,34±21,89	
<b>Escolaridade</b>										
< 8 anos de estudos	56,21±20,82	0,82	62,94±10,48	0,96	65,36±10,86	0,77	53,46±13,94	0,68	59,22±19,48	0,94
≥ 8 anos de estudos	57,15±22,09		60,42±17,53		62,18±20,04		52,77±12,1		60,1±16,21	
<b>Raça/cor 1</b>										
Branca	67,21±19,16	0,09	62,13±13,37	0,94	63,64±20,51	0,94	55,12±13,79	0,68	63,64±19,73	0,59
Não branca	53,37±21,14		61,28±15,51		63,49±15,63		52,39±12,55		58,46±16,78	
<b>Situação conjugal após o tratamento</b>										
Com Companheiro	61,41±21,51	0,08	64,91±14,3	0,07	64,43±17,25	0,45	53,25±11,03	0,63	64,43±16,85	<b>0,05</b>
Sem companheiro	50,38±19,89		56,8±14,72		62,29±16,29		52,8±15,13		53,29±16,59	
<b>Situação do trabalho após o tratamento</b>										
Trabalha	63,27±21,6	0,30	67,86±9,84	0,30	70,24±14,32	0,26	58,04±5,37	0,14	66,08±6,1	0,33
Não trabalha	55,55±21,35		60,31±15,44		62,29±16,98		52,14±13,54		58,56±18,64	

TABELA 4 – Avaliação dos domínios e da qualidade de vida global em função das variáveis socioeconômicas e hábitos de vida e variáveis clínicas das mulheres após tratamento para o câncer de colo uterino. Recife, PE, 2015-2016. (continuação)

Variável Sociodemográfica e Hábitos de Vida	Domínio Físico	p*	Domínio Psicológico	p*	Domínio Social	p*	Domínio Meio Ambiente	p*	QV Global	p*
Local de Residência										
Recife e RMR	59,36±22,89	0,37	61,91±17,65	0,56	63,5±17,18	0,82	55,81±12,24	0,21	63,7±17,64	0,22
Interior do Estado de PE	54,47±20,08		61,12±12,33		63,55±16,64		50,66±12,97		56,25±16,9	
Renda familiar										
Até 1 salário mínimo	53,28±20,32	<b>0,04</b>	59,96±15,6	0,28	62,5±17,54	0,47	51,13±12,73	0,06	57,64±17,24	0,15
Mais de 2 salários mínimos	70,64±20,58		67,6±9,95		67,6±12,81		60,77±10,14		68,06±16,67	
Consumo de bebida alcoólica										
Sim	66,08±19,44	0,08	64,17±13,36	0,65	70±13,15	0,20	52,5±13,16	1	61,25±10,95	0,89
Não	54,09±21,35		60,72±15,37		61,67±17,3		53,22±12,83		59,29±19,02	
Tabagismo										
Fumante	82,15±0	0,24	75±0	0,29	83,34±0	0,16	31,25±0	0,17	50±0	0,54
Ex-fumante	62,5±14,53		63,81±13,24		66,67±20,42		52,74±10,46		65,63±15,48	
Nunca fumou	52,56±23,71		59,68±15,8		61,02±14		54,02±13,64		56,7±18,16	
Lazer Atividade Recreativa										
Sim	60,3±18,73	0,46	61,52±12,11	0,73	72,06±12,48	<b>0,01</b>	49,45±13,5	0,21	59,56±16,85	0,8
Não	54,6±22,82		61,46±16,54		58,34±16,98		55,25±12		59,83±18,12	
Lazer Atividade Social										
Sim	57,26±21,76	0,77	62,77±15,1	0,35	63,45±14,23	0,73	53,63±11,92	0,79	60,49±17,71	0,86
Não	55,62±21,1		58,64±14,48		63,7±21,84		51,79±14,85		58,04±17,41	

TABELA 4 – Avaliação dos domínios e da qualidade de vida global em função das variáveis socioeconômicas e hábitos de vida e variáveis clínicas das mulheres após tratamento para o câncer de colo uterino. Recife, PE, 2015-2016. (continuação)

Variável Sociodemográfica e Hábitos de Vida	Domínio Físico	p*	Domínio Psicológico	p*	Domínio Social	p*	Domínio Meio Ambiente	p*	QV Global	p*
Lazer Atividade Cultural										
Sim	52,86±25,93	0,74	55±18,5	0,42	61,67±32,06	0,62	48,13±15,72	0,34	57,5±14,26	0,69
Não	57,24±21,03		62,3±14,44		63,75±14,44		53,68±12,44		60±17,95	
Lazer Atividade Artesanal										
Sim	51,54±26,32	0,52	58,34±18,33	0,66	53,58±24,47	0,21	52,68±12,43	0,81	57,15±15,91	0,63
Não	57,71±20,56		62,07±14,37		65,36±14,57		53,13±12,98		60,2±17,89	
Lazer Atividade Física										
Sim	50±0	0,65	37,5±0	0,15	33,34±0	0,11	53,13±0	0,76	37,5±0	0,21
Não	56,9±21,55		62,03±14,58		64,21±16,24		53,06±12,91		60,23±17,32	
Variável Clínica	Domínio Físico	p*	Domínio Psicológico	p*	Domínio Social	p*	Domínio Meio Ambiente	p*	QV Global	p*
Estadiamento										
Doença Avançada	57,91±23,78	0,70	61,02±14,8	0,73	64,59±17,66	0,33	52,8±14,77	0,92	62,5±18,01	0,18
Doença Precoce	54,84±17,04		62,26±15,42		61,77±15,33		53,5±8,9		55,15±15,98	
Tratamento realizado										
Cirúrgico	56,75±15,82	0,90	65,75±10,99	0,45	65,75±11,37	0,66	56,6±9,04	<b>0,01</b>	56,95±14,13	0,82
Não cirúrgico (QT/RDT)	56,35±24,93		60,96±15,26		63,28±18,09		55,44±12,97		61,12±19,72	
Cirúrgico+Adjuvância (QT/RDT)	57,94±15,13		58,8±17,61		62,04±18,22		42,37±10,26		58,34±13,98	

TABELA 4 – Avaliação dos domínios e da qualidade de vida global em função das variáveis socioeconômicas e hábitos de vida e variáveis clínicas das mulheres após tratamento para o câncer de colo uterino. Recife, PE, 2015-2016. (conclusão)

Variável Sociodemográfica e Hábitos de Vida	Domínio Físico	p*	Domínio Psicológico	p*	Domínio Social	p*	Domínio Meio Ambiente	p*	QV Global	p*
Tempo transcorrido entre o término do tratamento e a entrevista										
≤ 9 meses	55,52±22,99	0,54	60±16,12	0,33	61,67±17,65	0,16	52,5±13	0,65	58,58±18,64	0,37
> 9 meses	61,08±14,14		66,67±7,86		70±11,25		55±12,35		63,75±12,44	
Comorbidades										
Alguma comorbidade	56,11±22,68	0,98	60,42±15,84	0,56	62,85±19,35	0,98	58,08±8,94	<b>0,02</b>	61,46±18,03	0,5
Nenhuma comorbidade	57,49±20,21		62,7±13,98		64,29±13,48		47,33±14,2		57,74±17	

\* Teste de Mann Whitney

**6.2 Artigo 3 - ATIVIDADE SEXUAL APÓS TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO\***

---

**\*Sugestão de submissão à Revista Acta paulista de enfermagem (Instruções aos autores - Anexo I)**

## INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino é o quarto tipo de câncer mais incidente no mundo e a quarta principal causa de morte por essa doença entre as mulheres<sup>(1)</sup>. No Brasil, as estimativas de 2016 e válidas para 2017 apontam que ocorrerão 300.800 novos casos de câncer no país. Desse total, 16.340 casos serão de câncer do colo do útero<sup>(2)</sup>. Entre as regiões do país, aquelas com maiores incidências são as regiões Norte, Centro-oeste e Nordeste<sup>(3)</sup>.

O principal fator de risco para o câncer do colo uterino é a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), adquirido essencialmente por via sexual<sup>(4-7)</sup>. O HPV é causa necessária, mas não suficiente para a ocorrência do câncer do colo uterino<sup>(4-7)</sup>, outros fatores de risco também estão associados (tabagismo, multiparidade, história de doença sexualmente transmissível, uso de contraceptivos orais, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, imunossupressão e higiene íntima inadequada)<sup>(8,9)</sup>.

Considerada neoplasia prevenível, o câncer do colo uterino é curável quando diagnosticado precocemente, já que a evolução das lesões precursoras até um processo invasivo (câncer propriamente dito) acontece em um período entre 10 a 20 anos<sup>(10)</sup>. Ao evoluir para o câncer, as opções de tratamento são a cirurgia e a radioterapia associada ou não à quimioterapia, porém os efeitos secundários e morbidade causada por essas terapias frequentemente afetam a vida sexual das mulheres mesmo após vários anos de tratamento<sup>(11,12)</sup>.

É comum mulheres acometidas pelo câncer do colo do útero vivenciarem, depois do tratamento, sintomas como desejo sexual hipotativo, baixa excitação sexual, dificuldade em atingir o orgasmo e dispareunia (dor nas relações sexuais) que caracterizam a disfunção sexual<sup>(13)</sup>. A disfunção sexual é conceituada como bloqueio ou inibição de qualquer fase do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução)<sup>(14)</sup> e tem prevalência em torno de 70% em mulheres tratadas para o câncer do colo uterino<sup>(15)</sup>.

Os efeitos secundários ao tratamento prejudicam a atividade sexual e estes podem ter efeitos sobre a qualidade de vida da mulher afetada por câncer de colo uterino <sup>(16)</sup>. Nesse sentido, o objetivo do estudo é caracterizar a atividade sexual das mulheres após o tratamento na tentativa de contribuir para que haja maior visibilidade aos aspectos sexuais na prática clínica; também, para que medidas terapêuticas e educativas sejam oferecidas a fim de recuperar, na medida do possível, a atividade sexual dessas mulheres.

## **MÉTODOS**

Estudo exploratório, quantitativo e descritivo, realizado no Hospital das Clínicas de Pernambuco (HCPE), localizado na cidade do Recife (PE). O HCPE é um hospital de referência para tratamento do câncer, habilitado como Unidade de assistência de alta complexidade em oncologia (UNACON) com serviço de hematologia <sup>(17)</sup>.

Participaram do estudo mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico/quimioterápico/radioterápico para o câncer do colo do útero no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016 e atendidas no ambulatório de oncologia e/ou ginecologia do HCPE. Foram incluídas, mulheres com idade maior ou igual a 18 anos e com tempo de término de tratamento de no mínimo três meses; e excluídas aquelas com história prévia ou atual de outros cânceres e as que estavam em tratamento de recidiva da doença.

Nos dois anos de estudo, 113 mulheres foram diagnosticadas com câncer do colo do útero no HCPE. Destas, 25 (22,12%) já haviam falecido no momento do recrutamento dos casos, 14 (12,38%) aguardavam tratamento para 2017 (diagnóstico nos últimos meses de 2016) e 22 (19,46%) não puderam ser entrevistadas (10 mulheres estavam em tratamento em outro serviço; 7 não foram encontradas após busca ativa; e 5 apenas realizaram a biópsia no HCPE). Foram excluídas 6 mulheres (5,30%) por recidiva da doença. A população então, foi composta por 46 mulheres.

A coleta dos dados aconteceu entre julho de 2016 e março de 2017 e dois instrumentos foram utilizados. O primeiro foi um questionário para a caracterização dos dados sociodemográficos, clínicos e relacionados a vida sexual. E o segundo instrumento foi o *Female Sexual Function Index* - FSFI (Índice De Função Sexual Feminina) para avaliar a função sexual das participantes sexualmente ativas.

O FSFI é um questionário de autoresposta, que deve ser aplicado a mulheres que tiveram relação sexual nas últimas quatro semanas; é composto por 19 itens que analisam seis domínios da função sexual: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor<sup>(18)</sup>. Para cada uma das 19 questões do FSFI, existe um padrão de resposta, e elas recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor, a pontuação é definida de forma invertida<sup>(18)</sup>. Ao final, é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que torna homogênea a influência de cada domínio no escore total<sup>(18)</sup>.

Os dados foram analisados utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0. Na análise descritiva, as variáveis numéricas foram representadas por medidas de tendência central e dispersão; e as variáveis qualitativas foram expressas em frequências absolutas e relativas. Aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov para verificar normalidade das variáveis. Na análise bivariada, utilizou-se o Teste de Mann Whitney e o teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) ou Teste Exato de Fisher quando possível para verificar associações.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde (CEP/CCS/UFPE), CAEE: 51471315.9.0000.5208. A entrevista foi realizada após concordância das participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

No estudo, as mulheres pertenciam à faixa etária de 30-49 anos (n=28, 60,87%), tinham renda de até um salário mínimo (n=37, 80,43%), desempregadas (n=20, 43,48%) e com até 10 anos de estudo (n=33, 71,74%). Iniciaram a atividade sexual antes dos 18 anos (n=39, 84,78%), tiveram mais de 5 parceiros sexuais (n=19, 41,30%), 31 (67,39%) delas tinham atividade sexual antes do tratamento e destas, quase 90% tinham mais de 4 relações sexuais por mês. Apenas 15 (32,61%) mantiveram relações sexuais após o tratamento.

Entre as 15 mulheres sexualmente ativas após o tratamento, 11 (73,33%) tinham mais de 4 relações por mês e 12 estavam aptas (relação sexual nas últimas 4 semanas e cognição para responder ao questionário) para responder ao FSFI. A maior parte delas (n=27, 58,70%) disseram que o câncer e/ou tratamento interferiram na vida sexual; e 34 (73,91%) afirmaram ter importância a atividade sexual (Tabela 1).

Quanto às variáveis clínicas, o tipo histológico predominante (n=42, 91,30%) foi “carcinoma epidermoide” e a doença foi diagnosticada em estádios avançados em 29 (63,04%) casos. O principal tratamento realizado foi o “não cirúrgico” (QT/RDT), e boa parte das mulheres fizeram radioterapia (n=35, 76,09%). Teleterapia mais braquiterapia foram as principais modalidades de radioterapia realizada (n=24, 68,57%). O tempo de término do tratamento foi entre 3 e 9 meses em 36 (78,26%) casos (Tabela 2).

O tratamento interferiu na atividade sexual ( $p<0,001$ ); o tipo de tratamento ( $p=0,03$ ), o tipo de radioterapia realizada ( $p=0,01$ ) e o estadiamento da doença ( $p=0,02$ ) tiveram associação com o fato de a mulher ser ou não sexualmente ativa após o tratamento (Tabela 3). Das 15 mulheres que eram sexualmente ativas após o tratamento, 12 (2 delas não tinham relação sexual há mais de um mês e 1 não tinha cognição para responder ao questionário) responderam ao questionário FSFI e destas 8 (66, 67%) apresentaram disfunção sexual (escore total médio de 21,66; DP= 7,06) (Tabela 4).

Os domínios que obtiveram os maiores escores foram “Dor” ( $4,10 \pm 1,72$ ) e “Satisfação” ( $4,23 \pm 1,61$ ) (Tabela 4). Na tabela 5, nota-se que os domínios “Lubrificação” ( $p=0,03$ ) e “Dor” ( $p=0,04$ ) sofreram influência do tipo de tratamento; e a realização da radioterapia também interferiu no domínio “Lubrificação” ( $p=0,05$ ).

## DISCUSSÃO

As características socioeconômicas das mulheres são semelhantes às aquelas encontradas em outros estudos realizados em hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), mulheres de baixa renda, desempregadas e na faixa etária de maior atividade sexual<sup>(19,20)</sup>. O início precoce da atividade sexual (antes dos 18 anos) e maior quantidade de parceiros sexuais são considerados fatores de risco para a infecção pelo HPV<sup>(8,9)</sup>.

A atividade sexual antes dos 18 anos está relacionada a um aumento de 58 a 92% de positividade para o HPV de alto risco quando comparada às mulheres com sexarca (primeira relação sexual) após os 18 anos<sup>(21)</sup>. Existe associação entre início precoce da atividade sexual e a existência de múltiplos parceiros sexuais<sup>(22)</sup>.

Após o tratamento, a atividade sexual só esteve presente para metade das mulheres. A maior parte delas afirmaram ter importância a atividade sexual e admitiram interferência do câncer e/ou tratamento na vida sexual. Os resultados revelaram o impacto do tratamento sobre a atividade sexual ( $p < 0,001$ ). Os principais motivos das mulheres tratadas para o câncer do colo uterino evitarem o sexo após o tratamento são o medo e o sangramento durante as relações sexuais<sup>(15)</sup>.

Entre as características clínicas, carcinoma como principal tipo histológico, doença diagnosticada em estádios avançados e conseqüentemente a realização de tratamento não cirúrgico (radioterapia associada à quimioterapia) reafirmam o perfil de países menos favorecidos economicamente<sup>(23)</sup>. Brasil e outros países em desenvolvimento são dotados de

rastreamento oportunístico (a procura ocasional dos serviços de saúde para realização do papanicolau quando por gravidez, consulta médica ou, sobretudo, por queixa ginecológica), o que acarreta diagnóstico em estádios mais avançado<sup>(24)</sup>.

A depender do estadiamento, o tratamento para câncer de colo uterino vai desde a cirurgia como tratamento único até a uma combinação de radioterapia, quimioterapia e cirurgia em situações específicas<sup>(25,26)</sup>. O tipo de tratamento também dependerá de fatores pessoais (como por exemplo, desejo de engravidar e idade da mulher) e fatores de risco associados ao tumor (tamanho do tumor, invasão linfática, invasão estromal, acometimento de margens cirúrgicas, envolvimento de linfonodos, entre outros)<sup>(27,28)</sup>.

Para as mulheres do estudo, a radioterapia fez parte do tratamento para a maioria delas. O tipo de tratamento e o tipo de radioterapia ocasionaram impacto na atividade sexual ( $p=0,03$  e  $p=0,01$ , respectivamente). Mulheres submetidas à radioterapia apresentam mais sintomas sexuais quando comparadas com aquelas tratadas com cirurgia e quimioterapia<sup>(14,29)</sup>. As principais consequências vaginais da radiação são a fibrose e a estenose, a diminuição da elasticidade e da profundidade e a atrofia da mucosa. Esses impactos vaginais promovem disfunção sexual por causar frigidez, falta de lubrificação, de excitação e de orgasmo, falta de libido e dispareunia<sup>(30-32)</sup>.

A disfunção sexual esteve presente para boa parte das mulheres sexualmente ativas após o tratamento para o câncer de colo uterino, já que obtiveram escore médio no FSFI menor que 26 (escore total médio = 21,66)<sup>(33-35)</sup>. Revisão sistemática demonstrou que a prevalência de disfunção sexual é maior entre os cânceres ginecológicos<sup>(36)</sup>. Ao associar algumas variáveis clínicas com os domínios do FSFI perceberam-se prejuízos do tratamento na função sexual, principalmente nos domínios “Lubrificação” e “Dor”.

A falta de lubrificação e dor durante as relações sexuais são consequência não só da radiação<sup>(30)</sup>, mas também da falência ovariana ocasionada pelas três modalidades de tratamento

(quimioterapia, radioterapia e cirurgia). A destruição e a disfunção ovariana provocadas suscitam a infertilidade e a menopausa precoce (falência ovariana precoce secundária)<sup>(37-39)</sup>, resultando em diminuição dos níveis de estradiol e conseqüentemente diminuição da excitação sexual, libido, orgasmo e sensação genital. A combinação desses efeitos resulta em disfunção sexual<sup>(40)</sup>.

As conseqüências sexuais provocadas por todas as modalidades terapêuticas disponíveis para o tratamento do câncer do colo uterino promoverão prejuízos a curto e longo prazo <sup>(11)</sup>. Esses prejuízos necessitam ser considerados na prática clínica, uma vez que, sequelas sexuais afetam significativamente a qualidade de vida<sup>(15,16)</sup>.

Os prejuízos sexuais precisam ser discutidos e esclarecidos às mulheres antes e após o tratamento. Pessoas esclarecidas lidam melhor com os efeitos secundários<sup>(41)</sup>. Também é preciso munir as mulheres de medidas alternativas que aliviem o desconforto durante as atividades sexuais, como gel lubrificante e o uso de pomadas vaginais à base de ácido hialurônico e vitaminas (A e E)<sup>(42)</sup>.

## **CONCLUSÃO**

A atividade sexual das mulheres estudadas foi afetada após o tratamento, a depender do tipo de tratamento, tipo de radioterapia e estadiamento da doença. A disfunção sexual esteve presente entre aquelas que eram sexualmente ativas após o tratamento, com prejuízo principalmente no domínio lubrificação.

As sequelas do tratamento podem afetar a qualidade de vida das mulheres tratadas para o câncer do colo do útero, além de comprometer o relacionamento com seus parceiros. É preciso empoderar as mulheres para enfrentar as dificuldades nas atividades sexuais, estimular a busca por apoio e terapia alternativas que amenizem os efeitos secundários ao tratamento. A implementação de um serviço de aconselhamento ginecológico com equipe multiprofissional

dentro de instituições prestadoras de assistência à paciente com câncer ginecológico poderia trazer resultados positivos e, portanto, ganho na qualidade de vida destas mulheres.

## Referências

1. World Health Organization. International Agency For Research On Cancer. Cervical cancer. Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in; Genebra: WHO; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância/Divisão de Vigilância. Estimativa de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
3. Barbosa IR, Souza DLB, Bernal MM, et al. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21(1):253-62.
4. Oliveira GR, Vieira VC, Barral MFM, Döwich V, Soares MA, Gonçalves CV, et al. Fatores de risco e prevalência da infecção pelo HPV em pacientes de Unidades Básicas de Saúde e de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(5):226-32.
5. Stanley MA. Epithelial cell responses to infection with human papillomavirus. *Clin Microbiol Rev*. 2012; 25(2):215-22.
6. Tota JE, Chevarie-Davis M, Richardson LA, Devries M, Franco EL. Epidemiology and burden of HPV infection and related diseases: implications for prevention strategies. *Prev Med*. 2011; 53(1):12-21.
7. Muñoz N, Bosch FX, Sanjosé S de, Herrero R, Castellsagué X, Shah K V, et al. Epidemiological classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med*. 2003; 348(6):518-27.
8. Duarte SJH, Matos KF de, Oliveira PJM de, Matsumoto AH, Morita LHM. Fatores de risco para câncer cervical em mulheres assistidas por uma equipe de saúde da família em Cuiabá, MT, Brasil. *Cienc Enferm Concepción*. 2011; 17(1):71-80.
9. Rafael RMR, Moura ATMS. Exposição aos fatores de risco do câncer do colo do útero na Estratégia de Saúde da Família de Nova Iguaçu. *Cad Saúde Coletiva*. 2012; 20(4):499-505.
10. Santos RS, Melo ECP, Santos KM. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. *Texto & Contexto Enferm*. 2012; 21(4):800-10.
11. Khalil J, Bellefqih S, Sahli N, Afif M, Elkacemi H, Elmajjaoui S, et al. Impact of cervical cancer on quality of life: beyond the short term (Results from a single institution). [Gynecol Oncol Res Pract](#). 2015; 2(7):1-6.

12. Golbasi Z, Erenel AS. The quality of sexual life in women with gynaecological cancers. *Arch Gynecol Obstet*. 2012; 285(6):1713-7.
13. Kingsberg AS, Clayton AH, Pfaus JS. The female sexual response: current models, neurobiological underpinnings and agents currently approved or under investigation for the treatment of hypoactive sexual desire disorder. *CNS Drugs*. 2015; 29(11): 915–933.
14. Cleary V, Hegarty J. Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2011; 15(1):38-45.
15. Zhou W, Yang X, Dai Y, Wu Q, He G, Yin G. Survey of cervical cancer survivors regarding quality of life and sexual function. *J Can Res Ther*. 2016; 12(2):938-44.
16. Carter J, Sonoda Y, Baser RE, Raviv L, Chi DS, Barakat RR, et al. A 2-year prospective study assessing the emotional, sexual, and quality of life concerns of women undergoing radical trachelectomy versus radical hysterectomy for treatment of early-stage cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2010; 119(2): 358-65.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 140, de fevereiro de 2014. DOU n°63, Seção 1, 60-66. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
18. Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues Júnior OM, Souza C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2):416-26
19. Mascarello KC, Silva NF, Piske MT, Viana, KCG, Zandonades E, Amorim MHC. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero Associado ao Estadiamento Inicial. *Rev Bras Cancerol*. 2012; 58(3):417-26
20. Ribeiro JF, Silva ARV, Campelo V, Santos SLD, Coêlho DMM. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero em uma cidade do Nordeste. *Rev Elet Gestão & Saúde*. 2015; 6(2):1367-81.
21. Roteli-Martins CM, Longato Filho A, Hammes LR, Derchain SFM, Naud P, Matos JC, et al. Associação entre idade ao início da atividade sexual e subsequente infecção por papilomavírus humano: resultados de um programa de rastreamento brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(11):580-7
22. Son DT, Oh J, Heo J, Huy NV, Minh HV, Choi S, Hoat LN. Early sexual initiation and multiple sexual partners among Vietnamese women: analysis from the Multiple Indicator Cluster Survey, 2011. *Glob Health Action*. 2016; 9:1-6.
23. Small W, Bacon MA, Bajaj A, Chuang LT, Fisher BJ, Harkenrider MM. Cervical Cancer: a Global Health Crisis. *Cancer*. 2017; 2:1-9
24. Navarro C, Fonseca AJ, Sibajev A, Souza CIA, Araújo DS, Teles DAF, et al. Cervical cancer screening coverage in a high-incidence region. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49(17):1-8.

25. Bansal N, Herzog TJ, Shaw RE, Burke WM, Deutsch I, Wright JD. Primary therapy for early-stage cervical cancer: radical hysterectomy vs radiation. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 201(5):485-9.
26. Waggoner SE. Cervical Cancer. *Lancet.* 2003; 361(9376): 2217-25.
27. Takekuma M, Kasamatsu Y, Kado N, Kuji S, Tanaka A, Takahashi N, et al. The issues regarding postoperative adjuvant therapy and prognostic risk factors for patients with stage I-II cervical cancer: a review. *J Obstet Gynaecol.* 2017; 43(4):617-26.
28. Okazawa M, Mabuchi S, Isohashi F, Suzuki O, Yoshioka Y, Sasano T, et al. Impact of the addition of concurrent chemotherapy to pelvic radiotherapy in surgically treated stage IB1-IIB cervical cancer patients with intermediate-risk or high-risk factors: a 13-year experience. *Int J Gynecol Cancer.* 2013; 23(3): 567-75.
29. Derks M, Van Lonkhuijzen LR, Bakker RM, Stiggelbout AM, Kroon CD, Westerveld H, et al. Long-term morbidity and quality of Life in cervical cancer survivors: a multicenter comparison between surgery and radiotherapy as primary treatment. *Int J Gynecol Cancer.* 2017; 27(2):350-56.
30. Frigo FL, Zambarda SO. Câncer do colo de útero: efeitos do tratamento Cervical cancer: effects of treatment. *Cinergis.* 2016; 16(3):1-5.
31. Vidal MLB, Santana CJM, Paula CLC, Pessanha MCM. Disfunção sexual relacionada à radioterapia na pelve feminina: diagnóstico de enfermagem. *Rev Bras Cancerol.* 2013; 59(1):17-24.
32. Bernardo BC, Lorenzato FRB, Figueiroa JN, Kitoko PM. Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 29(2):85-90.
33. Baser RE, Li Y, Carter J. Psychometric validation of the female sexual function index (FSFI) in cancer survivors. *Cancer.* 2012; 118(18):4606-18.
34. Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras de Ginecol e Obst.* 2010; 32(3):139-43.
35. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. [J Sex Marital Ther.](#) 2005 ; 31(1):1-20.
36. Maiorino MI, Chiodini P, Bellastella G, Giugliano D, Esposito K. Sexual dysfunction in women with cancer: a systematic review with meta-analysis of studies using the Female Sexual Function Index. *Endocrine.* 2016; 54(2):329-341.
37. Mendonça M, Santos CRM, Oliveira GS, Soares GG, Silva IL, Guerra MBB, et al. Repercussões do tratamento quimioterápico sobre a função ovariana. *JBM.* 2014; 102(2): 38-41.

38. Vujović S, Ivović M, Tancić-Gajić M, Marina L, Barać M, Arizanović Z, et al. Premature ovarian failure. *Srp Arh Celok Lek.* 2012; 140(11-12):806-11.
39. Shelling AN. Premature ovarian failure. *Reproduction.* 2010; 140(5):633-41.
40. Berman JR. Physiology of female sexual function and dysfunction. *Int J Impot Res.* 2005; 17(1):44-51.
41. Ferrandina G, Mantegna G. Quality of life and emotional distress in early stage and locally advanced cervical cancer patients: a prospective, longitudinal study. *Gynecol Oncol.* 2012; 124:389-94
42. Dinicola S, Pasta V, Costantino D, Guaraldi C, Bizzarri M. Hyaluronic acid and vitamins are effective in reducing vaginal atrophy in women receiving radiotherapy. *Minerva Ginecol.* 2015; 67(6):523-31.

Tabela 1 Antecedentes sexuais e prática sexual das mulheres submetidas ao tratamento para o câncer do colo uterino. Recife, PE, 2015-2016.

Antecedentes sexuais e prática sexual		
Variáveis	n	%
Início da atividade sexual		
<18 anos	39	84,78
≥18 anos	7	15,22
Número de parceiros sexuais		
Um parceiro	7	15,22
Dois a três parceiros	14	30,43
Quatro a cinco parceiros	6	13,04
Mais de cinco parceiros	19	41,30
Atividade sexual antes do tratamento		
Sim	31	67,39
Não	15	32,61
Frequência de relações sexuais por mês antes do tratamento (n=31)		
≤ 4 relações/mês	4	12,91
>4 relações/mês	27	87,09
Atividade sexual atualmente		
Sim	15	32,61
Não	31	67,39
Frequência de relações sexuais por mês após do tratamento (n=15)		
≤ 4 relações/mês	4	26,67
>4 relações/mês	11	73,33
O câncer e/ou o tratamento interferiram na vida sexual?		
Sim	27	58,70
Não	19	41,30
É importante ter atividade sexual?		
Sim	34	73,91
Não	12	26,09

Tabela 2 Variáveis clínicas das mulheres submetidas ao tratamento para o câncer do colo uterino. Recife, PE, 2015-2016.

Variáveis Clínicas	n	%
<b>Tipo Histológico do tumor</b>		
Carcinoma Epidermóide	42	91,30
Adenocarcinoma	3	6,52
Outro	1	2,17
<b>Estadiamento</b>		
Doença Avançada	29	63,04
Doença Precoce	17	36,96
<b>Tratamento realizado</b>		
Não cirúrgico (QT/RDT)	28	60,87
Cirúrgico+Adjuvância (QT/RDT)	9	19,57
Cirúrgico	9	19,57
<b>Realização da radioterapia</b>		
Sim	35	76,09
Não	11	23,91
<b>Modalidade da radioterapia realizada (n=35)</b>		
Teleterapia + Braquiterapia	24	68,57
Teleterapia	9	25,71
Braquiterapia	2	5,71

Tabela 3 – Associação de algumas variáveis com temporalidade do tratamento e atividade sexual das mulheres após o tratamento para o câncer do colo uterino. Recife, PE, 2015-2016.

Variáveis	Antes do tratamento		Após o tratamento		p*
	n	%	n	%	
Situação conjugal (n=46)					0,39
Com Companheiro	31	67,4	27	58,7	
Sem companheiro	15	32,6	19	41,3	
Sexualmente ativa (n=46)					<b>&lt; 0,001</b>
Sim	31	67,4	15	32,6	
Não	15	32,6	31	67,4	
Frequência de relações por mês					0,46
≤ 4 relações/mês	4	12,9	4	26,7	
>4 relações/mês	27	87,1	11	73,3	
Variáveis	Sexualmente ativa após o tratamento				p*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Tipo de Tratamento					<b>0,03</b>
Cirúrgico	5	33,33	4	12,90	
Não cirúrgico	5	33,33	23	74,19	
Cirúrgico + adjuvância	5	33,33	4	12,90	
Radioterapia					0,5
Sim	10	66,7	25	80,6	
Não	5	33,3	6	19,4	
Tipo de Radioterapia					<b>0,014</b>
Teleterapia	0	0,00	8	33,33	
Braquiterapia	2	22,22	0	0,00	
Teleterapia+braquiterapia	7	77,78	16	66,67	
Estadiamento					<b>0,02</b>
Doença avançada	6	40,0	23	74,2	
Doença precoce	9	60,0	8	25,8	

\*Teste de Qui-quadrado

Tabela 4 - Escores obtidos no FSFI de mulheres sexualmente ativas após tratamento para o câncer do colo uterino. Recife, PE, 2015-2016.

FSFI	Média (IC 95%)	Desvio Padrão	Mediana	Mín.	Máx.
Desejo	3,20 (2,52-3,88)	1,07	3,30	1,2	5,4
Excitação	3,38(2,70-4,05)	1,06	3,30	1,8	5,1
Lubrificação	3,65(2,68-3,62)	1,53	3,60	1,2	6,0
Orgasmo	3,10(2,21-3,99)	1,41	2,60	1,6	6,0
Satisfação	4,23(3,21-5,26)	1,61	4,60	1,6	6,0
Dor	4,10(3,01-5,19)	1,72	4,40	1,6	6,0
Escore total	21,66(17,17-26,15)	7,06	21,85	10,9	32,3

Tabela 5 Avaliação dos domínios do FSFI em função de algumas variáveis clínicas de mulheres após tratamento para o câncer do colo uterino. Recife, PE, 2015-2016.

Variáveis	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	Escore Total
<b>p*</b>							
<b>Estadiamento</b>							
Doença Avançada	3,36±1,25	3,66±0,94	3,6±1,2	3,44±1,94	4,8±0,85	4,56±0,97	23,42±2,05
Doença Precoce	3,09±1,01	3,18±1,17	3,69±1,83	3,43±1,79	3,83±1,96	3,78±2,12	20,98±9,26
<b>p*</b>	0,94	0,33	0,94	0,75	0,57	0,69	0,69
<b>Tratamento realizado</b>							
Cirúrgico	3,45±0,76	3,68±1,35	4,88±1,35	4,3±2	4,9±1,95	5,2±1,6	26,4±8,69
Não cirúrgico (QT/RDT)	3,3±1,43	3,3±0,55	4,05±0,76	3,8±2,03	4,8±0,98	4,3±0,89	23,55±2,34
Cirúrgico+Adjuvância (QT/RDT)	2,85±1,14	3,15±1,34	2,03±0,67	2,2±0,24	3±1,33	2,8±1,88	16,03±5,02
<b>p*</b>	0,36	0,78	<b>0,03</b>	0,25	0,15	<b>0,04</b>	0,15
<b>Realização da radioterapia</b>							
Sim	3,08±1,22	3,23±0,95	3,04±1,27	3±1,59	3,9±1,45	3,55±1,58	19,79±5,42
Não	3,45±0,76	3,68±1,35	4,88±1,35	4,3±2	4,9±1,95	5,2±1,6	26,4±8,69
<b>p*</b>	0,39	0,55	<b>0,05</b>	0,40	0,17	0,06	0,13

\*Teste Mann Whitney

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na descrição da qualidade de vida e da atividade sexual de mulheres submetidas ao tratamento para o câncer do colo uterino, observou-se que o câncer do colo uterino e seu tratamento interferiram na vida dessas mulheres. Verificou-se que os domínios físico e psicológico foram os domínios que tiveram maior influência na qualidade de vida global. Os principais aspectos que tiveram associação com a qualidade de vida, podendo ser relevantes na prática clínica, foram: renda familiar, situação conjugal, atividade de lazer, a existência de outras comorbidades e o tipo de tratamento realizado.

Já os principais fatores que influenciaram na atividade sexual e devem ser foco de atenção no acompanhamento das mulheres foram: o tipo de tratamento e a realização de radioterapia. A doença diagnosticada em estádios avançados e conseqüentemente, a necessidade de radioterapia, também foi um agravante na inatividade sexual após o tratamento. Os domínios do FSFI mais afetados pelas intervenções terapêuticas foram os domínios lubrificação e dor.

Diante desses achados, percebe-se que as consultas de acompanhamento após o término do tratamento, não devem ser focadas apenas na cura e no monitoramento de recidivas. Deve-se também considerar a qualidade de vida e a atividade sexual como pilares do bem-estar da mulher, com vistas a adoção de medidas na prática clínica que possibilitem um atendimento integral, direcionado às necessidades das mulheres acometidas pelo câncer do colo uterino.

## REFERÊNCIAS

- ABDO, C.H.; OLIVEIRA, W. M.; MOREIRA, J. et al. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **Int J Impot Res**, v. 16, n. 2, p. 160-6, 2004.
- ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n.3, p. 162-167, 2006.
- ABDO, C.H.N.; MOREIRA, Jr.E.D.; FITTIPALDI, J.A.S. Estudo do comportamento sexual no Brasil (ECOS). **Revista Brasileira de Medicina**, v. 57, n. 11, p 1329-35, 2000.
- ABU-RUSTUM, N.R.; SONODA, Y.; BLACK, D., et al. Fertility-sparing Radical Abdominal Trachelectomy for Cervical Carcinoma: Technique and Review of the Literature. **Gynecol Oncol**, v. 103, n. 3, p. 807-13, 2006.
- AGUILAR, R. P.; SOARES, D. A. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Physis**, v. 25, n. 2, p. 359-379, 2015.
- ALVES, C.M.M.; GUERRA, M.R.; BASTOS, R. R. Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.8, p.1693-1700, 2009.
- ANDRADE, J.M. Limitações para o sucesso do rastreamento do câncer de colo no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 6, p.245-7, 2012.
- ANDREYEV, H.N.; DAVIDSON, S. E.; GILLESPIE, C. et al. Practice guidance on the management of acute and chronic gastrointestinal problems arising as a result of treatment for cancer. **International Journal of Gastroenterology and Hepatology**, v. 61, v. 2, p.179-192, 2012.
- AVELAR, A.M.A.; DERCHAIN, S.F.M.; CAMARGO, C. P. P. et al. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. **Revista de Ciências Médicas**, v.15, n.1, p.11-20, 2006.
- AXELSEN, S.M.; PETERSEN, L.K.. **Eur J Surg Oncol**, v. 32, n. 4, p. 445-9, 2006.
- AZEVEDO, A.L.S.; SILVA, R. A.; TOMASI, E. et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, 2013.
- BAEL, H.; PARK, H. Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer. **Support Care Cancer**, v. 24, n. 3, p. 1277-83, 2016.
- BANSAL, N.; HERZOG, T. J.; SHAW, R. E. et al. Primary therapy for early-stage cervical cancer: radical hysterectomy vs radiation. *Am J Obstet Gynecol*. v. 201, n 5, 2009.

BARBOSA, I. R.; SOUZA, D. L. B.; BERNAL, M. M. et al. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 253-262, 2016.

BARILLOT, T.; HORIOT, J. C.; MAINGON, P. et al. Impact on treatment outcome and late effects of customized treatment planning in cervix carcinomas: baseline results to compare new strategies. **Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys**, v. 48, n. 1, p. 189-200, 2000.

BARKER, C.L.; ROUTLEDGE, J.A., FARNELL, D.J. et al. The impact of radiotherapy late effects on quality of life in gynaecological cancer patients. **British Journal of Cancer**, v.100, p.1558 – 1565, 2009.

BASER, R.E., LI, Y., CARTER, J. Psychometric validation of the female sexual function index (FSFI) in cancer survivors. **Cancer**, n. 118, p.4606-18, 2012

BASSON, R.B.; BERMAN, J.; BURNETT, A. et al. Report of the international consensus develop-Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. **J Urol.**, v. 163, p:888-93, 2000.

BEDIN, R.; GASPARIN, V. A.; PITILIN, E. B. Fatores associados às alterações cérvico-uterinas de mulheres atendidas em um município polo do oeste catarinense. **Semina: ciências biológicas e da saúde**, v. 9, n. 1, p. 167-74, 2015.

BERGEROT, C. D.; ARAUJO, T. C. C. F. Avaliação do distresse e da qualidade de vida dos pacientes com câncer ao longo de seu tratamento com quimioterapia. **Invest. Educ. Enferm**, v. 32, n. 2, p. 216-224, 2014.

BERLIM, M. T.; MCGIRR, A.; FLECK, M. P. Can sociodemographic and clinical variables predict the quality of life of outpatients with major depression? *Psychiatry Res*, v. 160, n. 3, p. 364-371, 2008.

BERMAN, J.R. Physiology of female sexual function and dysfunction. **Int J Impot Res**, v. 17, Suppl 1, p.44-51, 2005.

BERNARDO, B. C.; LORENZATO, F. R. B.; FIGUEIROA, J. N. et al. Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 29, n. 2, p. 85-90, 2007.

BODURKA, D.C.; VON GRUENIGEN, V.E. Women's cancer survivorship: time to gear up! **Gynecol Oncol**, v. 124, n. 3, p. 377-8, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). União Internacional contra o câncer (UICC). TNM. Classificação de Tumores Malignos, 7<sup>o</sup> edição, Rio de Janeiro, INCA, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância / Divisão de Vigilância. Estimativa de Câncer no Brasil, 2016a <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer de colo do útero. Condutas. Revista brasileira de cancerologia, Rio de Janeiro, v.46, n. 4, p.351-354, 2000.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria nº 140, de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU nº 63, Seção 1, páginas 60-66, 2014b.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria nº 874, de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU Seção 1, do dia seguinte, p. 80, 2013c.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. RASTREAMENTO. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde; 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Vacina contra HPV na prevenção de câncer de colo do útero. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, CONITEC, 82. 2013b.

BRASIL. Instituto Nacional Do Câncer, INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: 2016b, 2ª ed

BRITO-SILVA, K.; BENJAMIN, A. F.; CHAVES, L. D. P. et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 240-248, 2014.

BURNS, M. P. et al. Radiotherapy for carcinoma of cervix on sexual function assessed using the LENT-SOMA scales. **Radiother. Oncol**, v. 68, n. 1, p. 61-67, 2003.

BYCHKOVSKY, B.L. et al. Cervical câncer control in Latin America: a call to action. **Cancer**, v. 122, n. 4, 2015.

CÂMARA, F. P.; SILVA, A. G. Reflexões sobre o projeto global burden of disease study 2010. Nota técnica. **Revista Debates em Psiquiatria**, 2013.

CANAVARRO, M.C. et al. Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. Alicerces, v.3, n.3, p.243-68, 2010.

CARMO, C.C.; LUIZ, R. R. Survival of a cohort of women with cervical cancer diagnosed in a Brazilian cancer center. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.4, p. 661-7, 2011.

CARTER, J. et al. Contemporary Quality of Life Issues Affecting Gynecologic Cancer Survivors. **Hematology/Oncology Clinics of North America**, v.26, n.169–194, 2012.

CHEN, L. et al. Effect of laparoscopic nerve-sparing radical hysterectomy on bladder function, intestinal function recovery and quality of sexual life in patients with cervical carcinoma. **Asian Pac J Cancer Prev**, n. 15, v. 24, p. 10971-5, 2014.

CHEN, S.Q. et al. Early cervical cancer impact of peritoneal vaginoplasty combined with laparoscopic radical hysterectomy improved sexual function. **Int J Gynecol Cancer**, v. 25, n. 3, p. 526-32, 2015.

CICONELLI, R.M. et al. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol**, v.39, n.3, p.143-50, 1999.

CLEARY, V.; HEGARTY, J. Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v.15, n.38, 2011.

CORRÊA, C.S.L.; GUERRA, M.R.; LEITE, I.C.G. Qualidade de vida em mulheres submetidas a tratamento para o câncer do colo do útero: uma revisão sistemática da literatura. **Femina**, v. 41, n. 3, 2013.

COSTA, R.F.A. et al. Historical Analysis of the Brazilian Cervical Cancer Screening Program from 2006 to 2013: A Time for Reflection. **Plos One**, v. 10, n. 9, 2015.

DARGENT, D., MARTIN, X., SACCHETONI, A. et al. Laparoscopic vaginal trachelectomy: a treatment to preserve the fertility of cervical carcinoma patients. **Cancer**, v. 88, n 8, p.1877-82, 2000.

DIAZ, J.P. et al. Oncologic outcome of fertility-sparing radical trachelectomy versus radical hysterectomy for stage IB1 cervical carcinoma. **Gynecol Oncol**, v. 111, n. 2, p. 255-60, 2008.

DINICOLA, S.; PASTA, V.; COSTANTINO, D., et al. Hyaluronic acid and vitamins are effective in reducing vaginal atrophy in women receiving radiotherapy. **Minerva Ginecol**, v. 67, n. 6, p. 523-31, 2015.

EIFEL, P.J.; BURKE, T.W.; MORRIS, M. et al. Adenocarcinoma as an independent risk factor for disease recurrence in patients with stage IB cervical carcinoma. **Gynecol Oncol**, v.59, n.1, p. 38-44, 1995.

ESTAPE, E.R.; ANGIOLI, R.; MADRIGAL, M. et al. Close vaginal margins as a prognostic factor after radical hysterectomy. **Gynecol Oncol**, v.68, n.3, p.229-32, 1998.

- FALLOWFIELD, L. et al. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. **Br J Cancer**, v. 84, n. 8, p.1011-15, 2011.
- FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, v.22, n.3, p.502-8, 1995.
- FELDMAN, S. Human Papillomavirus Testing for Primary Cervical Cancer Screening Is It Time to Abandon Papanicolaou Testing? **JAMA Intern Med**, v. 174, n. 10, p.1539-1540, 2014.
- FITZ, F.F. et al. Impacto do tratamento do câncer de colo uterino no assoalho pélvico. **Revista Femina**, v. 39, n. 7, 2011.
- FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.2, p.178-83, 2000.
- FLECK, M.P.A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, n.1, 1999.
- FLECK, M.P.A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. et al. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, p. 19-28, 2008.
- FRANCO, R.; AMARAL, R. G.; MONTEMOR, E. B. L. et al. Fatores associados a resultados falso-negativos de exames citopatológicos do colo uterino. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28, p 479–85, 2006.
- FRIGATO, S.; HOGA, L. A. K. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n.4, p: 209-214, 2003.
- FRIGO, F. L.; ZAMBARDA, S. O. Câncer do colo de útero: efeitos do tratamento. *Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc*, v. 16, n. 3, 2015.
- GALIC, V., HERZOG, T.J., LEWIN, S.N., et al.: Prognostic significance of adenocarcinoma histology in women with cervical cancer. **Gynecol Oncol** , v.125, n.2, p. 287-91, 2012.
- GAVI Alliance. 206,000 More Girls to Benefit from HPV Vaccine with GAVI Alliance Support. 2014. Disponível em: <http://www.gavialliance.org/library/news/press-releases/2014/206-000-more-girls-to-benefit-from-hpv-vaccine-with-gavi-alliance-support/>. Accessed 14 Apr 2016.
- GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **Journal of the American Medical Association**, v.272, n.8, p.619-26, 1994.

- GIRIANELLI, V. R.; GAMARRA, C.J.; AZEVEDO E SILVA, G. Disparities in cervical and breast cancer mortality in Brazil. **Rev Saude Publica**, n. 48, p. 459–467, 2014.
- GOLBASI, Z.; ERENEL, A.S. The quality of sexual life in women with gynaecological cancers. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v.285, p.1713–1717, 2012.
- GOMES, J. S. et al. Qualidade de vida na oncologia: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista Contexto & Saúde**, v.10, n.20, 2011.
- GONÇALVES, C.V. et al. Cobertura do citopatológico do colo uterino em Unidades Básicas de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.33, n.9, p.258-63, 2011.
- GUIMARÃES, M. V. M. B. et al. Resposta imune ao HPV e as neoplasias intra-epiteliais cervicais em mulheres infectadas e não infectadas pelo HIV: perfil de citocinas. *Femina*, v. 39, n. 5, p. 275-280, 2011.
- HARDING, Y.; OYAMA, T.; NAKAMOTO, T. et al. Radiotherapy- or radical surgery-induced female sexual morbidity in stages IB and II cervical cancer. **Int J Gynecol Cancer**, v. 24, p. 800-5, 2014.
- HAWKINS, Y.; USSHER, J.; GILBERT, E. et al. Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: the experience of partners in a sexual relationship with a person with cancer. **Cancer Nurs**, v. 32, n. 4, p. 271-80, 2009.
- HENRIQUE DUARTE, S J et al. Fatores de risco para câncer cervical em mulheres assistidas por uma equipe de saúde da família em Cuiabá, MT, Brasil. **Cienc Enferm Concepción**, v. 17, n. 1, p. 71-80, 2011.
- IWATA, T.; MIYAUCHI, A.; SUGA, Y. et al. Neoadjuvant chemotherapy for locally advanced cervical cancer. **Chin J Cancer Res**, v. 28, n. 2, p. 235–240, 2016.
- IYER, N. S.; OSANN, K.; HSIEH, S., et al.. Health Behaviors in Cervical Cancer Survivors and Associations with Quality of Life. **Clin Ther**, v. 38. n. 3, p. 467-75, 2016.
- JANNUZZI, F. F.; CINTRA F. A. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 40, n. 2, p. 179-87, 2006.
- JONSKA-GMYREK, J.; ZOLCIAK-SIWINSKA, A.; GMYREK, L. Can the histopathology influence the outcome of early-stage cervical cancer? **Eur J Gynaecol Oncol**, v.37, n. 2, p. 178-81, 2016.
- KATSUMATA, N., YOSHIKAWA, H., KOBAYASHI, H. et al. Phase III randomised controlled trial of neoadjuvant chemotherapy plus radical surgery vs radical surgery alone for stages IB2, IIA2, and IIB cervical cancer: a Japan Clinical Oncology Group trial (JCOG 0102). **Br J Cancer**, v. 108, n. 10, p. 1957–1963, 2013.

KAWAI, K. et al. Estimated health and economic impact of quadrivalent HPV (types 6/11/16/18) vaccination in Brazil using a transmission dynamic model. **BMC Infectious Diseases**, n. 12, p. 250, 2012.

KHALIL, J.; BELLEFQIH, S.; SAHLI, N. et al. Impact of cervical cancer on quality of life: beyond the short term (Results from a single institution). **Gynecologic Oncology Research and Practice**, v. 2, n. 7, 2015.

KIM, H. S. et al. Efficacy of neoadjuvant chemotherapy in patients with FIGO stage IB1 to IIA cervical cancer: an international collaborative meta-analysis, **Eur J Surg Oncol**, v. 39, p. 115–134, 2013.

KINGSBERG, S.A.; CLAYTON, A.H.; PFAUS, J.G. The female sexual response: current models, neurobiological underpinnings and agents currently approved or under investigation for the treatment of hypoactive sexual desire disorder. **CNS Drugs**, v. 29, n. 11, p. 915–933, 2015.

KLOPP, A. H.; EIFEL, P. Chemoradiotherapy for Cervical Cancer in 2010. **Curr Oncol Rep**, v. 13, p. 77-85, 2011.

KOENSGEN, D.; SEHOULI, J.; BELAU, A. et al. Clinical Outcome of Neoadjuvant Radiochemotherapy in Locally Advanced Cervical Cancer: Results of an Open Prospective, Multicenter Phase 2 Study of the North-Eastern German Society of Gynecological Oncology. **Int J Gynecol Cancer**, v.27, n.3, p.500-506, 2017.

KOUVARIS, J. et al. Amimosfotina as radioprotective agent for the rectal mucosa during irradiation of pelvic tumors. A phase II randomized study using various toxicity scales and rectosigmoidoscopy. **Strahlenther Onkol**, v. 179, n. 3, p. 167-174, 2003

KRIEKINGE, G. V. et al. Estimation of the potential overall impact of human papillomavirus vaccination on cervical cancer cases and deaths. **Vaccine**, v. 32, 2014.

LANCIANO, R.M.; WON, M.; COIA, L.R., et al. Pretreatment and treatment factors associated with improved outcome in squamous cell carcinoma of the uterine cervix: a final report of the 1973 and 1978 patterns of care studies. **Int J Radiat Oncol Biol Phys**, v.20, n.4, p. 667–676, 1991.

LE BORGNE, G. et al. Quality of life in long-term cervical cancer survivors: A population-based study. **Gynecol Oncol**, v.129, n. 1, p. 222-8, 2013

LEE, Y.Y.; CHOI, C.H.; KIM, T.J., et al. A comparison of pure adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the cervix after radical hysterectomy in stage IB-IIA. **Gynecol Oncol**, v.120, n. 3, p. 439-43, 2011.

LIMBERGER, A.; OLIVEIRA, C.F.; CORREA, M.P. et al. Aspectos imunológicos da infecção pelo vírus do papiloma humano (hpv). **Semina: ciências biológicas e da saúde**, v. 33, n. 1, p. 111-12, 2012.

LORUSSO, D.; PETRELLI, F.; COINU, A. et al. A systematic review comparing cisplatin and carboplatin plus paclitaxel-based chemotherapy for recurrent or metastatic cervical cancer. **Gynecol Oncol**, v. 133, n.1, p.117–123, 2014.

MA, J. et al. Effects of socio-economic factors on delayed access to health care among Chinese cervical cancer patients with late rectal complications after radiotherapy. **Gynecol Oncol**, v. 124, n. 3, p.: 395-8, 2012.

MABUCHI, S.; ISOHASHI, F.; YOKOI, T. et al. A phase II study of postoperative concurrent carboplatin and paclitaxel combined with intensity-modulated pelvic radiotherapy followed by consolidation chemotherapy in surgically treated cervical cancer patients with positive pelvic lymph nodes. **Gynecol Oncol**, v. 141, n. 2, p. 240–246, 2016.

MADLENSKY, L. et al. Assessing the evidence for organised cancer screening programmes. **Eur J Cancer**, v. 39, p. 1648-53, 2003.

MAHER, E.J.; DENTON, A. Survivorship, Late Effects and Cancer of the Cervix. **Clinical Oncology**, v.20, p. 479-487, 2008.

MANTEGNA, G. et al. Long-term prospective longitudinal evaluation of emotional distress and quality of life in cervical cancer patients who remained disease-free 2-years from diagnosis. **MCCancer**, v. 13, n 127, 2013.

MCCONVILLE, C. The therapeutic potential of vaginal drug delivery in the treatment of cervical cancer. **Ther Deli**, v. 6, v. 5, p. 559-70, 2015.

MEIRA, K.C. et al. Mortalidade por câncer do colo do útero no estado de Minas Gerais, análise do efeito da idade-período-coorte de nascimento. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 20, n.3, p. 381-8, 2012.

MENDERES, G., BLACK, J., SCHWAB, C.L. et al. Immunotherapy and targeted therapy for cervical cancer: an update. **Expert Rev Anticancer Ther**, v. 16, n.1, p. 83-98, 2016.

MENDONÇA, M. et al. Repercussões do tratamento quimioterápico sobre a função ovariana. **JBM**, v. 102, n.2, 2014.

MINAYO, M.C.S.; HATZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MITTELDORF, C. A. T. S. Cervical cancer screening: from Pap smear to future strategies. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 52, n. 4, p. 238-245, 2016.

MONDUL, A. M. et al. Age at natural menopause and cause-specific mortality. **Am J Epidemiol**. v. 162, p. 1089-97, 2005.

MONK, B.J.; WANG, J.; IM, S. et al. Rethinking the use of radiation and chemotherapy after radical hysterectomy: a clinical-pathologic analysis of a Gynecologic Oncology Group/Southwest Oncology Group/ Radiation Therapy Oncology Group trial. **Gynecol Oncol**, v. 96, n. 3, p. 721-8, 2005.

MONSONEGO, J. et al. Prevalence of high-risk human papilloma virus genotypes and associated risk of cervical precancerous lesions in a large U.S. screening population: Data from the ATHENA trial. *Gynecologic Oncology*, v.137, p. 47–54, 2015.

MORRIS, M.; EIFEL, P.J.; LU, J., et al. Pelvic radiation with concurrent chemotherapy compared with pelvic and para-aortic radiation for high-risk cervical cancer. *N Engl J Med*, v.340, n. 15, p. 1137-43, 1999.

MÜLLER, E.V., et al. Tendência e diferenciais socioeconômicos da mortalidade por câncer de colo de útero no Estado do Paraná (Brasil), 1980-2000. *Cien Saude Colet*, v.16, n.5, p:2495-2500, 2011.

MUNOZ, N. et al. Epidemiological classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med*, v. 348, n. 6, p. 518-27, 2003

NAKAGAWA et al. Carcinoma do colo do útero: taxa de sobrevivência e fatores prognósticos em mulheres no Estado de Mato Grosso. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.24, n.5, p. 631-7, 2011.

NAKANO T. et. al. Long-term results of high-dose rate intracavitary brachytherapy for squamous cell carcinoma of the uterine cervix. *Cancer*, v. 103, n. 1, p. 92-101, 2005.

NANDA, K., MCCRORY, D.C., MYERS, E.R., et al. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Ann Intern Med*, v. 132, n. 10, p. 810-9, 2000.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. Cancer Therapy Evaluation Program. **Common Toxicity Criteria Manual**, Version 2.0, 1999.

NATUNEN, K. et al. Aspects of prophylactic vaccination against cervical cancer and other human papillomavirus-related cancers in developing countries. *Infect Dis Obstet Gynecol*, 2011.

NAVARRO, C. et al. Cervical cancer screening coverage in a high-incidence region. *Rev. Saúde Pública*, v. 49, n. 17, 2015.

NORONHA, A. F.; FIGUEIREDO, E. M.; FRANCO, T. M. R. F. et al. Treatments for invasive carcinoma of the cervix: what are their impacts on the pelvic floor functions? *Int Braz J Urol*, v. 39, n. 1, p. 46-54, 2013.

OKAZAWA, M. et al. Impact of the addition of concurrent chemotherapy to pelvic radiotherapy in surgically treated stage IB1-IIIB cervical cancer patients with intermediate-risk or high-risk factors: a 13-year experience. *Int J Gynecol Cancer*. V. 23, n. 3, p. 567-75, 2013.

OKEN, M.; CREECH, R.; TORMEY, D., et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol*, v. 5, p. 649-655, 1982.

OLIVEIRA, G.R. et al. Fatores de risco e prevalência da infecção pelo HPV em pacientes de Unidades Básicas de Saúde e de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 5, p. 226-232, 2013.

Organização Pan-Americana de Saúde. Prevenção e controle de amplo alcance do câncer de colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres. Washington, DC. OPAS, 2013.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Ginebra; 2007

OSANN, K. et al. Factors associated with poor quality of life among cervical cancer survivors: implications for clinical care and clinical trials. **Gynecol Oncol**, v. 135, n. 2, p. 266-72, 2014.

PACAGNELLA, R.C. et al. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n. 2, p. 416-426, 2008.

PARK, J.Y.; KIM, D.Y.; KIM, J.H., et al. Outcomes after radical hysterectomy in patients with early-stage adenocarcinoma of uterine cervix. **Br J Cancer**, v.102, n.12, p. 1692-8, 2010.

PEREIRA, C.D.; BRANDÃO-SOUZA, C.; MUSSO, M.A.A. et al. Quality of life of women with pre-and post-operative breast cancer. **Invest. educ. Enferm**, v. 1, n. 35, p. 109-19, 2016.

PETERS, W.A.; LIU, P.Y.; BARRETT, R.J. et al. Concurrent chemotherapy and pelvic radiation therapy compared with pelvic radiation therapy alone as adjuvant therapy after radical surgery in high-risk early-stage cancer of the cervix. **J Clin Oncol**, v. 18, n.8, p. 1606-13, 2000.

PINTO, C.; RIBEIRO, J.L.P. A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, 2006.

POMFRET, T.C.; GAGNON, J.M.; GILCHRIST, A.T. Quadrivalent human papillomavirus (HPV) vaccine: a review of safety, efficacy, and pharmacoeconomics. **Journal of clinical pharmacy and therapeutics**, v. 36, n. 1, p. 1-9, 2011.

PORTUGAL, F. B. et al. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 497-508, 2016.

PRADO, D.S.; MOTA, V.P.L.P.; LIMA, T.I.A. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.32, n.3, p.139-43, 2010.

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. Exposição aos fatores de risco do câncer do colo do útero na Estratégia de Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 499-505, 2012.

RANGEL, G.; LIMA, L. D.; VARGAS, E. P. Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. **Saúde debate**, v. 39, n. 107, p. 1065-1078, 2015.

RATNER, E.S. et al. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. **Maturitas**, n. 66, p. 23–26, 2010.

ROBERT, M.E., FU, Y.S. Squamous cell carcinoma of the uterine cervix: a review with emphasis on prognostic factors and unusual variants. **Semin Diagn Pathol**, v. 7, n.3, p.173-81, 1990.

RODRIGUES, A.D.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T. Mortalidade por câncer de mama e câncer de colo do útero em município de porte médio da Região Sudeste do Brasil, 1980-2006. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 241-248, 2011.

ROSEN, R.C. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Fertility Sterility*, v.77, 2002.

RYDZEWSKA, L.; TIERNEY, J.; VALE, C.L. et al. Neoadjuvant chemotherapy plus surgery versus surgery for cervical cancer. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 20, n.1, 2010.

SANTOS, S. R., OLIVEIRA, C. M. Disfunção sexual na mulher: uma abordagem prática. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 31, n. 5, p. 351-353, 2015.

SARTORI, E.; ZANAGNOLO, V. Complications following radical hysterectomy for cervical carcinoma. **Ricenti Prog Med**, v. 94, n. 12, p. 562-567, 2000.

SCHIFFMAN, M. et al. Human papillomavirus and cervical cancer. **The Lancet**, v. 370, p. 890–907, 2007.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p. 580-588, 2004.

SHELLING, A. N. Premature ovarian failure. **Reproduction**, v. 140, n. 5, p. 633-41, 2010.

SIGNORINI, FILHO R.C.; COLTURATO, L. F.; GIACON, P. P. et al. Indicações e Complicações da Exenteração Pélvica no Câncer Ginecológico. **Femina**, v. 42, n. 2, 2014.

SILVA, G. A. e et al. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1009-1018, 2011.

SILVA FILHO, A.L.; LAMAITA, R.M.; PEIXOTO, F.C. Câncer do colo uterino. In: CAMARGOS, A.F. Ginecologia Ambulatorial Baseada em Evidências. 2ª edição, Belo Horizonte, COOPMED. 1018 p, 2008.

SILVA-FILHO, A.L., REIS, F.M., TRAIMAN, P. et al. Clinicopathological features influencing pelvic lymph node metastasis and vaginal and parametrial involvement in patients with carcinoma of the cervix. **Gynecol Obstet Invest**, v. 59, n.2, p.92-6, 2005.

SIMONSEN, M. et al. Presença de sintomas no momento do diagnóstico da recorrência do câncer do colo do útero está relacionada com pior prognóstico? **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 36, n. 12, p. 569-574, 2014.

SINGH, N.; ARIF, S. Histopathologic parameters of prognosis in cervical câncer a review. **Int J Gynecol Cancer**, v.14, n.5, p.741-50, 2004.

STABILE, S. A. B.; EVANGELISTA, D. H. R.; TALAMONTE, V. H., et al. Estudo comparativo dos resultados obtidos pela citologia oncótica cérvico-vaginal convencional e pela citologia em meio líquido. **Einstein**, v.10, n.4, p. 466-72, 2012.

STANLEY, M.A. Epithelial cell responses to infection with human papillomavirus. **Clin Microbiol Ver**, v. 25, p. 215, 2012.

STEWART, A.J.; VISWANATHAN, A.N. Current controversies in high-dose-rate versus low-dose-rate brachytherapy for cervical cancer. **Cancer**, v.107, n.5, p. 908–915, 2006.

STILOS, K.; DOYLE, C.; DAINES, P. Addressing the Sexual Health Needs of Patients With Gynecologic Cancers. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 12, n. 3, 2008.

TAKEKUMA, M. et al. The issues regarding postoperative adjuvant therapy and prognostic risk factors for patients with stage I-II cervical cancer: A review. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research journal**, v. 43, n. 4, p. 617-626, 2017

TAVARES, M.B.A.C.; SOUSA, R.B.; SILVA, T.O. Prevalence of prognostic factors for cancer of the uterine cervix after radical hysterectomy. **Sao Paulo Medical Journal**, v.127, n.3, 2009.

TAYLOR, J.F.; ROSEN, R.C.; LEIBLUM, S.R. Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation of the brief index of sexual functioning for women. **Archives sex behavior**, v.23, 1994.

THIEL, R.R.C. et al. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n.10, p.504-10, 2008.

THULER, L.C.S.; BERGMANN, A.; CASADO, L. Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.3, p. 351-357, 2012.

TORRE, L. A. et al. Global cancer statistics, 2012. **Cancer Journal for Clinicians**, v. 65, p. 87-108, 2015.

TOTA, J.E. et al. Epidemiology and burden of HPV infection and related diseases: implications for prevention strategies. **Preventive Medicine**, v.53, Suppl 1, p. 12-21, 2011.

TSUNODA, A. T. et al. Laparoscopy in uterine cervical cancer. Current state and literature review. **Rev Col Bras Cir**, v. 42, n. 5, p. 345-351, 2015.

URRUTIA, M. T.; POUPIN, L. Women with Cervical Cancer: Perceptions about the Papanicolaou Test. **Aquichán**, v. 15, n. 4, 2015.

VACCARELLA, S. et al. Worldwide trends in cervical cancer incidence: Impact of screening against changes in disease risk factors. *Eur J Cancer*, v. 49, n.15, p. 3262-3273, 2013.

VALE, D.B.A.P. et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 26, n. 2, p. 383-90, 2010.

VAZ, A.F. et al. Quality of life and menopausal and sexual symptoms in gynecologic cancer survivors: a cohort study. **Menopause**, v.18, n.6, p. 662-9, 2011.

VIDAL, M.L.B. Efeitos adversos tardios subsequentes ao tratamento radioterápico para câncer de colo uterino na bexiga, reto e função sexual. 2008. 94 p. Dissertação (Mestrado em Ciência) – Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2008.

Vidal, M.L.B., et al. Disfunção sexual relacionada à radioterapia na pelve feminina: diagnóstico de enfermagem. **Rev Bras Cancerol**. v. 29, p.17–24, 2013.

VIEIRA, S.C. Tratamento cirúrgico do carcinoma cervical invasor. In:COELHO, F.R.G.; SOARES, F.A.; FOCCHI, J.; FREGNANI, J.H.T.G; ZEFERINO, L.C.; VILLA, L.L.; FEDERICO, M.H.; NOVAES, P.E.R.S; COSTA, R.L.R. Câncer do colo do útero. Tecmeddd, São Paulo – SP, 2008.

VISWANATHAN, A.N.; BERIWAL, S.; DE LOS SANTOS, J.F., et al. American Brachytherapy Society consensus guidelines for locally advanced carcinoma of the cervix. Part II: high-dose-rate brachytherapy. **Brachytherapy- An international multidisciplinary journal**, v. 11, n. 1, p. 47–52, 2012.

VUJOVIĆ, S.; IVOVIĆ, M.; TANJIĆ-GAJIĆ, M., et al. Premature ovarian failure. **Srp Arh Celok Lek**, v. 140, n. 11, p. 806-11, 2012.

WAGGONER, S.E. Cervical Cancer. **Lancet**, v. 361, p. 2217-25, 2003.

WESTIN, S. N.; SUN, C.C.; TUNG, C. S. et al. Survivors of gynecologic malignancies: impact of treatment on health and well-being. **J Cancer Surviv**, v. 10, p. 261–270, 2016.

WHITNEY, C.W.; SAUSE, W.; BUNDY, B.N., et al.: Randomized comparison of fluorouracil plus cisplatin versus hydroxyurea as an adjunct to radiation therapy in stage IIB-IVA carcinoma of the cervix with negative para-aortic lymph nodes: a Gynecologic

Oncology Group and Southwest Oncology Group study. **J Clin Oncol**, v.17, n.5, p. 1339-48, 1999.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v.31, p.1-20, 2005.

WILLOWS, K.; LENNOX, G.; COVENS, A. Fertility-sparing management in cervical cancer: balancing oncologic outcomes with reproductive success. **Gynecol Oncol Res**, v. 21, n. 3, 2016.

WINKELMANN, E.R.; MANFROI, W.C. Qualidade de vida em cardiologia. **Revista HCPA**, v.28, n.1, p.49-53, 2008.

WOLPE, R. E.; ZOMKOWSKI, K.; SILVA, F. P. et al Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v.211, p. 26–32, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. Comprehensive Cervical Cancer Control: a guide to essential practice, Second edition, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency For Research On Cancer. Cervical cancer. Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Disponível em: <[http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)> (Accessed on January 18, 2016).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Field Trial WHOQOL-100 February 1995. The 100 questions with response scales. Geneva: WHO; 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version. Geneva: 1996 – WHO, 1996.

WRIGHT, J.D.; GRIGSBY, P.W.; BROOKS, R. et al. Utility of parametrectomy for early stage cervical cancer treated with radical hysterectomy. **Cancer**, v. 110, n. 6, p. 1281-6, 2007.

YALMAN, D. Society for therapeutic Radiology and Oncology. In: Annual meeting of the “groupe europeen de curietherapia, Anais Shesa, 7, 2001.

YANG, E.J. et al. Effect of a pelvic floor muscle training program on gynecologic cancer survivors with pelvic floor dysfunction: A randomized controlled trial. **Gynecologic Oncology**, v.125, p. 705–711, 2012.

ZHAI, L.; TUMBAN, E. Gardasil-9: A global survey of projected efficacy. **Antiviral Res**, v. 130, p. 101-9, 2016.

ZHOU, W., YANG, X., DAI, Y. et al Survey of cervical cancer survivors regarding quality of life and sexual function. **J Can Res Ther**, v. 12, p. 938-44, 2016.

ZOMKOWSKI, K.; TORYIL, A. M.; SACOMORI, C., et al. Sexual function and quality of life in gynecological cancer preand post-short-term brachytherapy: a prospective study. **Archives Gynecology and Obstetrics**, v. 294, n. 4, p. 833-40, 2016.

ZUR HAUSEN, H. Condylomata acuminata and human genital cancer. **Cancer Res.** v. 36, n. 530, 1976.

## APÊNDICES

## Apêndice A – Instrumento para caracterização das participantes

Registro: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parte A – Entrevista com a paciente

<b>A1 - CARACTERÍSTICAS SÓCIOECONÔMICAS E HÁBITOS DE VIDA</b>
---

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Anos de Estudo:

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| 1( ) Sem instrução e menos de um ano de estudo | 4( ) 8 a 10 anos de estudo     |
| 2( ) 1 a 3 anos de estudo                      | 5( ) 11 a 14 anos de estudo    |
| 3( ) 4 a 7 anos de estudo                      | 6( ) 15 anos ou mais de estudo |

3. Qual a sua raça/cor?

- |             |              |               |
|-------------|--------------|---------------|
| 1( ) Preta  | 3( ) Amarela | 5( ) Índigena |
| 2( ) Branca | 4( ) Parda   |               |

4. Qual a sua religião?

- |                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| 1( ) Católica               | 5( ) Sem religião   |  |
| 2( ) Evangélica/Protestante | 6( ) Outras (Ortodoxa, Judaica, Budista, Testemunha de Jeová) |  |
| 3( ) Espírita               |   |  |
| 4( ) Ateu                   |   |  |

5. Qual a situação conjugal antes do tratamento?

- |               |                       |            |
|---------------|-----------------------|------------|
| 1( ) Solteira | 3( ) Separada         | 5( ) Viúva |
| 2( ) Casada   | 4( ) União consensual |            |

6. Qual a situação conjugal atualmente?

- |               |                       |            |
|---------------|-----------------------|------------|
| 1( ) Solteira | 3( ) Separada         | 5( ) Viúva |
| 2( ) Casada   | 4( ) União consensual |            |

7. Para as mulheres que tinham um companheiro antes do tratamento e agora estão sem companheiro, o motivo de “estar sozinha” está relacionado ao câncer e/ou tratamento?

- |          |          |
|----------|----------|
| 1( ) Sim | 2( ) Não |
|----------|----------|

8. Número de filhos: \_\_\_\_\_

9. *Para mulheres que não têm filhos e gostaria de ter* – te preocupa a possibilidade de não poder mais engravidar?

- 1() Sim                                      2() Não

10. Qual a sua situação no trabalho antes do tratamento?

- 1() Empregado                              3() Em licença saúde                      5() Aposentada  
2() Desempregado                              4() Trabalho domestico

11. Qual a sua situação no trabalho após o tratamento?

- 1() Empregado                              3() Em licença saúde                      5() Aposentada  
2() Desempregado                              4() Trabalho domestico

12. Para as mulheres que eram empregadas antes do tratamento e agora estão sem emprego, o motivo de não está trabalhando estar relacionado ao câncer e/ou tratamento?

- 1() Sim                                      2() Não

13. Município de residência: \_\_\_\_\_

14. Localização:

- 1() Zona urbana                              2() Zona rural

15. Possui plano privado de saúde?

- 1() Sim                                      2() Não

16. Renda familiar

- 1() Até 1 salário mínimo                      5() De 4 a 5 salários mínimos  
2() De 1 a 2 salários mínimos                      6() De 5 a 6 salários mínimos  
3() De 2 a 3 salários mínimos                      7() Mais de 6 salários mínimos  
4() De 3 a 4 salários mínimos

17. Consome bebidas alcoólicas?

- 1() Sim                                      2() Não

18. Tabagismo:

1() Fumante

2() Ex-fumante

3() Nunca fumou

19. Atividade de lazer

1() TV

5() Computador

9() Prática de esportes ou atividades físicas

2() Vídeo

6() Cinema/Teatro

10() Trabalhos manuais

3() Leitura

7() Dançar/festas

11() Outras

4() Música

8() Passeios/viagens

## A2 – CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS Á VIDA SEXUAL

### ANTES DO CÂNCER/TRATAMENTO

20. Idade de início da atividade sexual: \_\_\_\_\_

21. Número de parceiros:

1() Nenhum parceiro

4() Quatro a cinco parceiros

2() Um parceiro

5() Mais de cinco parceiros

3() Dois a três parceiros

22. Costumava usar algum método contraceptivo?

( ) Sim

( ) Não

23. Já teve alguma doença sexualmente transmissível?

( ) Sim

( ) Não

24. História prévia de HPV?

( ) Sim

( ) Não

25. Você era sexualmente ativa antes do tratamento?

( ) Sim

( ) Não

26. Frequência de relações sexuais antes do tratamento:

- 1() Mais de 3 vezes/semana
- 2() 2-3 vezes/semana
- 3() 1 vez/semana
- 4() 3 vezes no mês
- 5() 2 vezes no mês
- 6() 1 vez no mês
- 7() Sem parceiro
- 8() Com companheiro mas sem relação sexual

APÓS O CÂNCER/TRATAMENTO
--------------------------

27. E atualmente você é sexualmente ativa?

- Sim
- Não

28. **Mulheres sexualmente ativas** – Durante o último mês, com qual frequência você teve relações sexuais com seu parceiro?

- 1() Mais de 3 vezes/semana
- 2() 2-3 vezes/semana
- 3() 1 vez/semana
- 4() 3 vezes no mês
- 5() 2 vezes no mês
- 6() 1 vez no mês
- 7() Sem parceiro
- 8() Com companheiro mas sem relação sexual

29. **Mulheres que não são sexualmente ativas** – Qual(ais) o(s) motivo(s)?

- 1() Não tem parceiro
- 2() Questões vaginais (Estenose/encurtamento/colapamento vaginal; Dor; Sangramento)
- 3() Medo
- 4() Não tem interesse
- 5() Outros motivos
- 6() Não se aplica

30. Você acha que o câncer e/ou o seu tratamento interferiram na sua vida sexual?

- 1() Sim
- 2() Não

31. É importante ter atividade sexual?

- 1( ) Sim                      2( ) Não

Parte B – Características clínica coletadas a partir do prontuário

**B - DADOS CLÍNICOS**

32. Realizou preventivo antes?

- 1( ) Sim                      2( ) Não

33. Data do último preventivo realizado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

34. Tempo Transcorrido entre o último preventivo e o diagnóstico (em anos):  
\_\_\_\_\_

35. Dificuldades em realizar o preventivo?

- 1( ) Sim                      2( ) Não

36. Tipo Histológico do tumor:

- 1.( ) Carcinoma Epidermóide  
2.( ) Adenocarcinoma  
3( ) Outro

37. Data do diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

38. Estadiamento (TNM/FIGO):

- |                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estádio 0   | <input type="checkbox"/> Estádio IIA  |
| <input type="checkbox"/> Estádio I   | <input type="checkbox"/> Estádio IIA1 |
| <input type="checkbox"/> Estádio IA  | <input type="checkbox"/> Estádio IIA2 |
| <input type="checkbox"/> Estádio IA1 | <input type="checkbox"/> Estádio IIB  |
| <input type="checkbox"/> Estádio IA2 | <input type="checkbox"/> Estádio III  |
| <input type="checkbox"/> Estádio IB  | <input type="checkbox"/> Estádio IIIA |
| <input type="checkbox"/> Estádio IB1 | <input type="checkbox"/> Estádio IIIB |
| <input type="checkbox"/> Estádio IB2 | <input type="checkbox"/> Estádio IV A |
| <input type="checkbox"/> Estádio II  | <input type="checkbox"/> Estádio IV B |

39. Tratamento realizado:

- 1. ( ) Cirúrgico
- 2. ( ) Não cirúrgico (QT/RDT)
- 3. ( ) Cirúrgico + adjuvante (QT/RDT)

40. Realizou radioterapia?:

- ( ) Sim
- ( ) Não

41. Tipo de Radioterapia:

- 1. ( ) Teleterapia
- 2. ( ) Braquiterapia
- 3. ( ) Teleterapia + Braquiterapia
- 4. ( ) Não se aplica

42. Tempo transcorrido entre o diagnóstico e início do primeiro tratamento:

\_\_\_\_\_

43. Data dos tratamentos realizados:

Cirurgia	Radioterapia	Quimioterapia
Data:	Início:	Início:
___/___/_____	___/___/_____	___/___/_____
	Término:	Término:
	___/___/_____	___/___/_____

44. Tempo transcorrido entre o término do tratamento e a entrevista: \_\_\_\_\_

45. Comorbidades:

- 1. ( ) Nenhuma
  - 2. ( ) Hipertensão arterial
  - 3. ( ) Diabetes
  - 4. ( ) Doença Cardíaca
  - 5. ( ) Doença pulmonar
  - 6. ( ) Doença Renal
  - 7. ( ) Hepatite
  - 8. ( ) HIV/AIDS
  - 9. ( ) Depressão
  - 10. ( ) Problemas com álcool ou drogas
  - 11. ( ) Problemas visuais
  - 12. ( ) Úlceras
- Outras: \_\_\_\_\_

**Apêndice B - Categorização das variáveis independentes que foram utilizadas no estudo**

VARIÁVEL INDEPENDENTE	CATEGORIAS	TIPO DE VARIÁVEL
<b>CARACTERÍSTICAS SÓCIOECONÔMICAS E HÁBITOS DE VIDA</b>		
Idade	Anos completos no dia da entrevista	Quantitativa Discreta
Escolaridade	1 = sem instrução e menos de um ano de estudo 2 = 1 a 3 anos de estudo 3 = 4 a 7 anos de estudo 4 = 8 a 10 anos de estudo 5 = 11 a 14 anos de estudo 6 = 15 anos ou mais de estudo	Qualitativa ordinal
Raça/cor	1= Preta 2= Branca 3= Amarela 4= Parda 5= Indígena	Qualitativa nominal
Religião	1= Católica 2= Evangélica/Protestante 3= Espírita 4= Ateu 5= Sem religião 6= Outras (Ortodoxa, Judaica, Budista, Testemunha de Jeová)	Qualitativa nominal
Situação conjugal antes do tratamento	1= Solteira 2= Casada 3= Separada 4= Viúva 5= União consensual	Qualitativa nominal
Situação conjugal atual	1= Solteira 2= Casada 3= Separada 4= Viúva 5= União consensual	Qualitativa nominal
Motivo de estar sozinha está relacionado ao câncer e/ou tratamento	1= Sim 2= Não	Qualitativa dicotômica
Número de filhos	Número	Quantitativa Discreta

Mulheres que não têm filhos e gostaria de ter, preocupa a possibilidade de não poder mais engravidar.	1= Sim 2= Não	Qualitativa dicotômica
Situação de trabalho antes do tratamento	1= Empregado 2= Desempregado 3= Em licença saúde 4= Trabalho domestico 5= Aposentada	Qualitativa nominal
Situação de trabalho depois do tratamento	1= Empregado 2= Desempregado 3= Em licença saúde 4= Trabalho domestico 5= Aposentada	Qualitativa nominal
Mulheres que eram empregadas antes do tratamento e agora estão sem emprego, o motivo de não está trabalhando estar relacionado ao câncer e/ou tratamento.	1= Sim 2= Não	Qualitativa dicotômica
Município onde reside	Nome	Qualitativa nominal
Localização	1= Zona Urbana 2= Zona Rural	Qualitativa dicotômica
Plano de saúde	1= Sim 2= Não	Qualitativa dicotômica
Renda familiar	1= Até 1 salário mínimo 2= De 1 a 2 salários mínimos 3= De 2 a 3 salários mínimos 4= De 3 a 4 salários mínimos 5= De 4 a 5 salários mínimos 6= De 5 a 6 salários mínimos 7= Mais de 6 salários mínimos	Qualitativa ordinal
Consumo de bebidas alcoólicas	1= Sim 2= Não	Qualitativa dicotômica
Tabagismo	1= Fumante 2= Ex-fumante 3= Nunca fumou	Qualitativa nominal

Atividade de lazer	1= TV 2= Vídeo 3= Leitura 4= Música 5= Computador 6= Cinema/Teatro 7= Dançar/festas 8= Passeios/Viagens 9= Prática de esportes 10= Trabalhos manuais 11= Outros	Qualitativa nominal
<b>CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À VIDA SEXUAL</b>		
<b>Antes do câncer/tratamento</b>		
Idade de início da atividade sexual	Idade	Quantitativa Discreta
Número de parceiros	1= nenhum 2= Um parceiro 3= Dois a três parceiros 4= Quatro a cinco parceiros 5= Mais de cinco parceiros	Qualitativa ordinal
Uso de método contraceptivo	1= Sim 2= Não	Qualitativa dicotômica
Doença sexualmente transmissível	1= Sim 2= Não	Qualitativa dicotômica
História prévia de HPV	1= Sim 2= Não	Qualitativa dicotômica
Sexualmente ativa	1= Sim 2= Não	Qualitativa dicotômica
Mulheres sexualmente ativas Frequência de relações sexuais	1= Mais de 3 vezes/semana; 2= 2-3 vezes/semana; 3= 1 vez/semana; 4= 3 vezes no mês; 5= 2 vezes no mês; 6= 1 vez no mês	Qualitativa ordinal
<b>Após o câncer/tratamento</b>		
Sexualmente ativa	1-Sim 2-Não	Qualitativa dicotômica

Mulheres sexualmente ativas Frequência de relações sexuais	1= Mais de 3 vezes/semana; 2= 2-3 vezes/semana; 3= 1 vez/semana; 4= 3 vezes no mês; 5= 2 vezes no mês; 6= 1 vez no mês	Qualitativa ordinal
Mulheres não sexualmente ativas (motivos)	1= Não tem parceiro 2= Questões vaginais (estenose/encurtamento/colabamento vaginal/dor/sangramento) 3= Medo 4= Não tem interesse 5= Outros motivos 6= Não se aplica	Qualitativa Nominal
O câncer e/ou tratamento interferiram na vida sexual	1= Sim 2= Não	Qualitativa dicotômica
Importância da atividade sexual	1= Sim 2= Não	Qualitativa dicotômica
<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b>		
Realização do preventivo anteriormente	1= Sim 2= Não	Qualitativa dicotômica
Data do último preventivo antes do diagnóstico	Data	Quantitativa Contínua
Tempo transcorrido entre o último preventivo e o diagnóstico	Tempo em anos	Quantitativa Discreta
Dificuldades para realizar o preventivo	1= Sim 2= Não	Qualitativa dicotômica
Tipo histológico do tumor	1= Carcinoma Epidermóide 2= Adenocarcinoma 3= Outro	Qualitativa nominal
Data do diagnóstico	Data	Quantitativa Contínua

Estadiamento (TNM/FIGO)	1= Estádio 0 2= Estádio I 3= Estádio IA 4= Estádio IA1 5= Estádio IA2 6= Estádio IB 7= Estádio IB1 8= Estádio IB2 9= Estádio II 10= Estádio IIA 11= Estádio IIA1 12= Estádio IIA2 13= Estádio IIB 14= Estádio III 15= Estádio IIIA 16= Estádio IIIB 17= Estádio IVA 18= Estádio IVB	Qualitativa ordinal
Tratamento realizado	1= Cirurgia 2= Não cirúrgico (Quimioterapia/Radioterapia) 3= Cirurgia+Adjuvante (quimioterapia/Radioterapia)	Qualitativa nominal
Realização de radioterapia	1= Sim 2= Não	Qualitativa dicotômica
Radioterapia	1= Teleterapia 2= Braquiterapia 3= Teleterapia +braquiterapia 4= Não se aplica	Qualitativa Dicotômica
Tempo transcorrido entre o diagnóstico e o início do primeiro tratamento	Tempo em meses	Quantitativa Discreta
Tempo transcorrido entre o término do tratamento e a entrevista	Tempo em meses	Quantitativa Discreta

Comorbidades	1= Nenhuma 2= Hipertensão arterial 3= Diabetes 4= Doença cardíaca 5= Doença pulmonar 6= Doença renal 7= Hepatites 8= HIV/AIDS 9= Depressão 10= Uso de álcool ou drogas 11= Problemas visuais 12= Úlceras 13= Outras	Qualitativa nominal
--------------	---	------------------------

**Apêndice C – Procedimentos de categorização das variáveis independentes na análise bivariada**

VARIÁVEL	CATEGORIAS
Idade	1= $\leq$ 50 anos 2= $>$ 50 anos
Anos de Estudo	1= $<$ 8 anos de estudos 2= $\geq$ 8 anos de estudos
Raça/cor	1= Branca 2= Não branca
Situação conjugal antes e após o tratamento	1= Com companheiro 2= Sem companheiro
Situação do trabalho antes e após o tratamento	1= Trabalha 2= Não trabalha
Município de Residência	1= Recife e RMR 2= Interior do Estado de PE
Renda familiar	1= Até 1 salário mínimo 2= Mais de 1 salário mínimo
Lazer Atividade Recreativa	1= Sim 2= Não
Lazer Atividade Social	1= Sim 2= Não
Lazer Atividade Cultural	1= Sim 2= Não
Lazer Atividade Artesanal	1= Sim 2= Não
Lazer Atividade Física	1= Sim 2= Não
Frequência de relações sexuais (antes e depois do câncer/tratamento)	1= $\leq$ 4 relações/mês 2= $>$ 4 relações/mês
Estadiamento	1= Doença avançada 2= Doença precoce
Tempo transcorrido entre o término do tratamento e a entrevista	1= $\leq$ 9 meses 2= $>$ 9 meses
Comorbidade	1= Alguma comorbidade 2= Nenhuma comorbidade

**Apêndice D – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos a Sra. para participar como voluntária da **Pesquisa Qualidade de Vida e Função Sexual de Mulheres Sobreviventes ao Câncer de Colo do Útero Submetidas ao Tratamento Cirúrgico/Quimioterápico/Radioterápico em Hospital Universitário do Recife (PE)**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Rafaella Araújo Correia (F. 81-99412-4381) e sob orientação de Solange Laurentino (F. 81-99975-7090) e co-orientação de Cristine Bonfim (F. 81-99987-3103). Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhes sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

Os avanços no tratamento e efetivas possibilidades de controle do câncer têm acarretado aumento da sobrevida das pessoas acometidas pela doença. Porém, o objetivo do tratamento do câncer, atualmente, não é apenas a cura ou prolongamento da vida, mas como estas pessoas acometidas estão vivendo com a doença ou após o tratamento. Tanto o diagnóstico de câncer de colo do útero como os tratamentos proposto acarretam impactos na vida da mulher que comprometem o seu bem estar e sua qualidade de vida. Portanto, estudos que avaliam a Qualidade de Vida (QV) são necessários para identificar a melhor escolha do tratamento levando-se em consideração a qualidade da sobrevivência. Dessa forma, essa pesquisa tem como objetivo principal analisar a QV e a função sexual de mulheres sobreviventes ao câncer de colo do útero submetidas ao tratamento cirúrgico/quimioterápico/radioterápico.

O estudo será realizado com mulheres que realizaram tratamento cirúrgico/quimioterápico/radioterápico para o câncer de colo do útero e que estão sendo acompanhadas no ambulatório de oncologia ou de ginecologia do Hospital das Clínicas de Pernambuco. Caso você concorde em participar, você responderá a três questionários: um que aborda aspectos clínicos e sociodemográficos; um questionário de avaliação da qualidade de vida, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref); e um questionário de avaliação da função sexual, caso você tenha vida sexual ativa após o tratamento. Seu prontuário médico também será avaliado e algumas informações obtidas serão utilizadas no estudo. A entrevista acontecerá no ambulatório do hospital em local reservado.

Considerando-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco há nesta a possibilidade de danos à dimensão psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, em qualquer fase de uma pesquisa. Os benefícios que possivelmente esta pesquisa trará, dizem respeito à utilização dos resultados para orientação de outras mulheres que estão em tratamento para o câncer de colo do útero e também poderá influenciar nas decisões e condutas terapêuticas. Caso seja identificado disfunção sexual

resultante do tratamento, será encaminhada para consulta com ginecologista para avaliação e acompanhamento.

A senhora poderá ser esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento. Os dados obtidos na pesquisa serão de uso exclusivo das pesquisadoras e serão armazenados sigilosamente. A senhora não será identificada em qualquer relatório proveniente desta pesquisa. Os dados coletados nas entrevistas e os resultados do estudo serão apresentados ao programa de pós-graduação no qual as pesquisadoras estão vinculadas e também poderão ser apresentados em reuniões científicas, congressos ou publicados em revistas. Os questionários ficarão armazenados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço abaixo informado, por um período de 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelas pesquisadoras (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)).

---

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)  
 Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Qualidade de Vida e Função Sexual de Mulheres Sobreviventes ao Câncer de Colo do Útero Submetidas ao Tratamento Cirúrgico/Quimioterápico/Radioterápico em Hospital Universitário do Recife (PE)**, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência).

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do participante

Impressão digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Ass:	Ass:

Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre o estudo, pode contatar a pesquisadora responsável:

Rafaella Araújo Correia

Endereço: Rua Nossa Senhora da Saúde, 257, Cordeiro – Recife(PE)

CEP: 50731-020 Fone: 81-994124381

E-mail: [rafaella.pe@hotmail.com](mailto:rafaella.pe@hotmail.com)

**Apêndice E – Artigo 1** (Nota prévia): Quality of life and sexual function after cervical cancer: a cross-sectional study \*

## Apêndice E – Nota prévia: Quality of life and sexual function after cervical cancer: a cross-sectional study

ISSN: 1676-4285



**OBJN**  
Online Brazilian Journal of Nursing

**ENGLISH**

Federal Fluminense University

AURORA DE AFONSO COSTA  
NURSING SCHOOL



Preview Notes



### Quality of life and sexual function after cervical cancer: a cross-sectional study

Rafaella Araújo Correia<sup>1</sup>, Lays Janaina Prazeres Marques<sup>1</sup>,  
Solange Laurentino dos Santos<sup>1</sup>, Cristine Vieira do Bonfim<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Federal University of Pernambuco

#### ABSTRACT

**Aim:** To analyze the quality of life and sexual function of women undergoing treatment for cervical cancer.

**Methods:** A cross-sectional study of hospital-based census, in which a total of 90 women treated for cervical cancer at the Clinic Hospital of Federal University of Pernambuco (UFPE) in 2015 will be interviewed. The following instruments will be used: WHOQOL-BREF, *Female Sexual Function Index (FSFI)*, and an instrument specifically developed for this research to characterize the population to be studied. A descriptive analysis and measures of central tendencies and dispersion, as well as Pearson correlation and Student t-tests will be conducted. The project was approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects of the UFPE Health Sciences Center. **Expected results:** to identify most affected areas of quality of life (QOL) and sexual function in women studied and the most harmful treatment forms.

**Descriptors:** Quality of Life; Cervical Cancer; Combined Modality Therapy; Sexual Health.

## Apêndice E – Nota prévia: Quality of life and sexual function after cervical cancer: a cross-sectional study

### INTRODUCTION

The occurrence of cancer has intensified among world population (27 million incident cases are estimated for 2030) due to the growth and aging of the population and high exposure to various risk factors (smoking, overweight, sedentary lifestyle, infections). Of the types of cancer exclusive to women, the cervical cancer is the second most commonly diagnosed and the third leading cause of death from cancer among women in less developed countries<sup>(1)</sup>.

There is a tendency of reduction or stability in cervical cancer mortality rate<sup>(2)</sup> and an increase of the number of women living with the healing or chronicity of the disease. However, the increasing survival, an achievement for the oncology area caused by progress in treatment, is permeated by these treatment consequences, which persist for years. The effects of therapies and the disease adversely affect the quality of life and sexual function of cervical cancer surviving patients. The various therapeutic modalities (surgery, radiotherapy and chemotherapy) or even the combination of these interfere with the functioning of the pelvic organs, causing sexual, urinary and intestinal dysfunction<sup>(3)</sup>.

Analyzing the quality of life and sexual function of patients surviving cervical cancer who were submitted to one or more therapeutic modalities we can identify aspects of the physical, mental and social well-being that are affected by the treatment; and assist in selecting the best therapy for each patient considering not only the disease, but her well-being. This will also allow the development of strategies that mitigate the inconvenience caused by surgery, by radiotherapy and chemotherapy.

### GUIDING QUESTION

What is the quality of life and sexual function of women undergoing treatment for cervical cancer?

### MAIN GOAL

To analyze the quality of life and sexual function of women undergoing treatment for cervical cancer.

### METHODS

This will be a cross-sectional study with a quantitative approach. A census study will be carried out, and accessible population is composed of 90 women treated for cervical cancer at the oncology and/or gynecology clinic in the Clinic Hospital of Federal University of Pernambuco in the period between January 1<sup>st</sup> and December 31<sup>st</sup>, 2015.

The study will include women meeting the following criteria: age equal to or greater than 18 years; interval of at least three months between the end of treatment (surgery or chemo / radiotherapy) and data collection – expected time for the medium and long term adverse effects. Subjects meeting the following criteria will be excluded from the study: patients with *Performance status* (ECOG - *Eastern Cooperative Oncology Group*) > 2, which, by definition, are the ones with quality of life already compromised (ECOG will be applied before the interview with the patients); prior or current history of other cancers or other diseases with the potential loss of quality of life; patients undergoing remission treatment; diagnosis of severe mental illness or mental disability.

Data will be collected between September and December 2016 through interviews and consultation of medical records of patients.

Correia RA, Marques LJP, Santos SL, Bonfim CV. Quality of life and sexual function after cervical cancer: a cross-sectional study. *Online braz j nurs* [Internet] 2016 Nov [cited year month day]; 15 (suppl):542-545. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5638>

## Apêndice E – Nota prévia: Quality of life and sexual function after cervical cancer: a cross-sectional study

To assess their quality of life we will make use of the WHOQOL-BREF, which was developed by the World Health Organization (WHO), and comprises 26 questions covering physical and psychological domains, personal relationships, the environment and overall quality of life. To assess sexual function we will use the Female Sexual Function Index (FSFI), auto-response instrument comprising an algorithmic scale that includes six domains (desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain); and an instrument specifically designed for this study in order to obtain participants' socio-demographic information.

The data will be analyzed through the *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* software version 10.0. A descriptive analysis and measures of central tendency and dispersion will be taken, adopting a 95% confidence interval. We will use the Pearson correlation coefficient to analyze the scores of WHOQOL dimensions (domains and questions about overall quality of life) and the FSFI (domains and total score). Student's t-test will be used to ensure the statistical significance of the calculated correlation coefficient. The project was approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects of the Health Sciences Center of the Federal University of Pernambuco (opinion 1,401,726).

### EXPECTED RESULTS

We intend to identify the most affected areas of quality of life and sexual function for the women being studied and identify the treatment modes that carry more damage to women's

well-being after the referred. And, in addition, to provide information to a better suitability of therapeutic choice, aiming not only to cure cervical cancer, and subsidize care processes that minimize the effects of surgery, chemotherapy and radiotherapy.

### REFERENCES

1. Torre Lindsey A., Bray Freddie, Siegel Rebecca L., Ferlay Jacques, Lortet-Tieulent Joannie, Jemal Ahmedin. Global cancer statistics, 2012. CA: A Cancer Journal for Clinicians [internet]. 2015 Feb [cited 2016 Jun 18];65: 87–108. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21262/full>.
2. Barbosa Isabelle Ribeiro, Souza Dyego Leandro Bezerra de, Bernal María Milagros, Costa Iris do Céu Clara. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 Jan [cited 2016 Mai 12]; 21(1):253-262. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000100253&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100253&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.03662015>.
3. Soares Lima Corrêa C., Ribeiro Guerra M., Cristina Gonçalves Leite I. Qualidade de vida em mulheres submetidas a tratamento para o câncer do colo do útero: uma revisão sistemática da literatura. Femina [internet]. 2013 Mai/Jun [cited 2016 Jun 24];41. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/01007254/2013/v41n3/a3880.pdf>

## Apêndice E – Nota prévia: Quality of life and sexual function after cervical cancer: a cross-sectional study

---

All authors participated in the phases of this publication in one or more of the following steps, in According to the recommendations of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) substantial involvement in the planning or preparation of the manuscript or in the collection, analysis or interpretation of data; (b) preparation of the manuscript or conducting critical revision of intellectual content; (c) approval of the versión submitted of this manuscript. All authors declare for the appropriate purposes that the responsibilities related to all aspects of the manuscript submitted to OBJN are yours. They ensure that issues related to the accuracy or integrity of any part of the article were properly investigated and resolved. Therefore, they exempt the OBJN of any participation whatsoever in any imbrogllos concerning the content under consideration. All authors declare that they have no conflict of interest of financial or personal nature concerning this manuscript which may influence the writing and/or interpretation of the findings. This statement has been digitally signed by all authors as recommended by the ICMJE, whose model is available in [http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE\\_eng\\_13-06-2013.pdf](http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_eng_13-06-2013.pdf)

---

Received: 08/11/2015  
Revised: 09/02/2016  
Approved: 09/02/2016

**ANEXOS**

## Anexo A – Classificação clínica TNM/FIGO para o câncer do colo uterino

Categorias TNM	Estádio FIGO	Característica
TX		O tumor primário não pode ser avaliado
T0		Não há evidência de tumor primário
Tis	<sup>1</sup>	Carcinoma in situ
T1	I	Carcinoma confinado à cérvix
T1a <sup>2</sup>	IA	Carcinoma invasivo, diagnosticado somente pela microscopia. Invasão estromal com uma profundidade máxima de 5 mm, medida desde a base do epitélio e uma disseminação horizontal de 7 mm ou menos <sup>3</sup>
T1a1	IA1	Invasão estromal de até 3 mm em profundidade e com 7 mm ou menos de extensão horizontal
T1a2	IA2	Invasão estromal com mais de 3 mm e até 5 mm em profundidade e com uma extensão horizontal de 7 mm ou menos
T1b	IB	Lesão clinicamente visível, limitada ao colo, ou lesão microscópica maior do que T1a/IA2
T1b1	IB1	Lesão clinicamente visível com 4cm ou menos em sua maior dimensão
T1b2	IB2	Lesão clinicamente visível com mais de 4cm em sua maior dimensão
T2	II	Tumor que invade além do útero, mas não atinge a parede pélvica ou o terço inferior da vagina
T2a	IIA	Tumor sem invasão de paramétrio
T2a1	IIA1	Lesão clinicamente visível com 4 cm ou menos em sua maior dimensão
T2a2	IIA2	Lesão clinicamente visível com mais de 4 cm em sua maior dimensão
T2b	IIB	Tumor com invasão de paramétrio
T3	III	Tumor que se estende a parede pélvica, compromete o terço inferior da vagina, causa hidronefrose ou comprometimento renal
T3a	IIIA	Tumor que compromete o terço inferior da vagina
T3b	IIIB	Tumor que se estende à parede pélvica, causando hidronefrose ou comprometimento renal
T4	IVA	Tumor que invade a mucosa vesical ou retal, ou que se estende além da pelve verdadeira <sup>4,5</sup>

**Nota:** <sup>1</sup> A FIGO não mais inclui o Estádio 0(Tis)

<sup>2</sup> Todas as lesões macroscopicamente visíveis, mesmo com invasão superficial, são T1b/IB

<sup>3</sup> O envolvimento do espaço vascular, linfático ou venoso, não afeta a classificação

<sup>4</sup> A presença do edema bolhoso não é suficiente para classificar o tumor como T4.

<sup>5</sup> A invasão da mucosa vesical ou retal deve ser confirmada por biópsia, de acordo com a FIGO

**Anexo B – Agrupamento por estadiamento para o câncer do colo uterino**

<b>ESTADIAMENTO</b>	<b>T<sup>1</sup></b>	<b>N<sup>2</sup></b>	<b>M<sup>3</sup></b>
Estádio 0*	Tis	N0	M0
Estádio I	T1	N0	M0
Estádio IA	T1a	N0	M0
Estádio IA1	T1a1	N0	M0
Estádio IA2	T1a2	N0	M0
Estádio IB	T1b	N0	M0
Estádio IB1	T1b1	N0	M0
Estádio IB2	T1b2	N0	M0
Estádio II	T2	N0	M0
Estádio IIA	T2a	N0	M0
Estádio IIA1	T2a1	N0	M0
Estádio IIA2	T2a2	N0	M0
Estádio IIB	T2b	N0	M0
Estádio III	T3	N0	M0
Estádio IIIA	T3a	N0	M0
Estádio IIIB	T3b T1, T2, T3	Qualquer N N1	M0
Estádio IVA	T4	Qualquer N	M0
Estádio IVB	Qualquer T	Qualquer N	M1

**Nota:** \* A FIGO não mais inclui o estágio 0 (Tis)

<sup>1</sup> **T** – Tumor primário

<sup>2</sup> **N** – Linfonodos regionais

NX - Os linfonodos regionais não podem ser avaliados

N0 - Ausência de metástase em linfonodo regional

N1 - Metástase em linfonodo regional

<sup>3</sup> **M** – Metástase a distância

M0 Ausência de metástase a distância

M1 Metástase a distância

## Anexo C – Questionário WHOQOL-bref

Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) – 1998

Esse questionário é sobre como a senhora se sente em relação à sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida nas duas últimas semana. Eu vou ler cada pergunta com suas respostas e a senhora deverá escolher a resposta que lhe parecer mais adequada para o seu caso.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastant e	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

## Anexo D – Índice de função sexual feminina (FSFI)

### Instruções:

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo.

Assinale apenas uma alternativa por pergunta.

Para responder às questões use as seguintes definições: *atividade sexual* pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação ("punheta"/"siririca") e ato sexual; *ato sexual* é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina; *estímulo sexual* inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos); *desejo sexual* ou *interesse sexual* é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo; *excitação sexual* é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais (pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação – sentir-se molhada/"vagina molhada"/"tesão vaginal" –, ou contrações musculares).

Perguntas	Opções de respostas e pontuação
1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?	5 – Quase sempre ou sempre 4 – A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 – Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 – Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 – Quase nunca ou nunca
2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?	5 – Muito alto 4 – Alto 3 – Moderado 2 – Baixo 1 – Muito baixo ou absolutamente nenhum
3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 – Sem atividade sexual 5 – Quase sempre ou sempre 4 – A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 – Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 – Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 – Quase nunca ou nunca
4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?	0 – Sem atividade sexual 5 – Muito alto 4 – Alto 3 – Moderado 2 – Baixo 1 – Muito baixo ou absolutamente nenhum
5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 – Sem atividade sexual 5 – Segurança muito alta 4 – Segurança alta 3 – Segurança moderada 2 – Segurança baixa 1 – Segurança muito baixa ou Sem segurança
6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 – Sem atividade sexual 5 – Quase sempre ou sempre 4 – A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 – Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 – Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 – Quase nunca ou nunca
7- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 – Sem atividade sexual 5 – Quase sempre ou sempre 4 – A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 – Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 – Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 – Quase nunca ou nunca
8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?	0 – Sem atividade sexual 1 – Extremamente difícil ou impossível 2 – Muito difícil 3 – Difícil 4 – Ligeiramente difícil 5 – Nada difícil

- 9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?
- 0 = Sem atividade sexual  
5 = Quase sempre ou sempre  
4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)  
3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)  
2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)  
1 = Quase nunca ou nunca
- 10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal ("vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?
- 0 = Sem atividade sexual  
1 = Extremamente difícil ou impossível  
2 = Muito difícil  
3 = Difícil  
4 = Ligeiramente difícil  
5 = Nada difícil
- 11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo ("gozou")?
- 0 = Sem atividade sexual  
5 = Quase sempre ou sempre  
4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)  
3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)  
2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)  
1 = Quase nunca ou nunca
- 12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo ("climax/gozou")?
- 0 = Sem atividade sexual  
1 = Extremamente difícil ou impossível  
2 = Muito difícil  
3 = Difícil  
4 = Ligeiramente difícil  
5 = Nada difícil
- 13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo ("gozar") durante atividade ou ato sexual?
- 0 = Sem atividade sexual  
5 = Muito satisfeita  
4 = Moderadamente satisfeita  
3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita  
2 = Moderadamente insatisfeita  
1 = Muito insatisfeita
- 14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?
- 0 = Sem atividade sexual  
5 = Muito satisfeita  
4 = Moderadamente satisfeita  
3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita  
2 = Moderadamente insatisfeita  
1 = Muito insatisfeita
- 15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?
- 5 = Muito satisfeita  
4 = Moderadamente satisfeita  
3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita  
2 = Moderadamente insatisfeita  
1 = Muito insatisfeita
- 16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?
- 5 = Muito satisfeita  
4 = Moderadamente satisfeita  
3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita  
2 = Moderadamente insatisfeita  
1 = Muito insatisfeita

- 17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?
- 0 – Não tentei ter relação  
1 – Quase sempre ou sempre  
2 – A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)  
3 – Algumas vezes (cerca de metade do tempo)  
4 – Poucas vezes (menos da metade do tempo)  
5 – Quase nunca ou nunca
- 18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?
- 0 – Não tentei ter relação  
1 – Quase sempre ou sempre  
2 – A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)  
3 – Algumas vezes (cerca de metade do tempo)  
4 – Poucas vezes (menos da metade do tempo)  
5 – Quase nunca ou nunca
- 19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?
- 0 – Não tentei ter relação  
1 – Muito alto  
2 – Alto  
3 – Moderado  
4 – Baixo  
5 – Muito baixo ou absolutamente nenhum
-

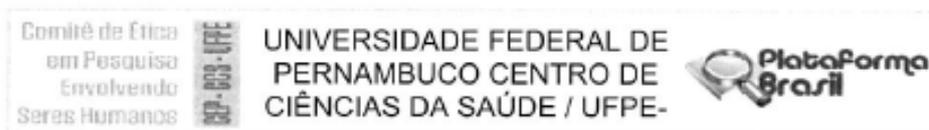
## Anexo E – Sintaxe oferecida pelo grupo WHOQOL para o cálculo do escore do WHOQOL-bref

### STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING DOMAIN SCORES FOR THE WHOQOL-BREF

(prepared by Alison Harper and Mick Power on behalf of the WHOQOL Group)

Steps	SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores
Check all 26 items from assessment have a range of 1-5	<pre>RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).</pre> <p>(This recodes all data outside the range 1-5 to system missing)</p>
Reverse 3 negatively phrased items	<pre>RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)</pre> <p>(This transforms negatively framed questions to positively framed questions)</p>
Compute domain scores	<pre>COMPUTE PHYS= MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH= MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4.</pre> <p>(These equations calculate the domain scores. All scores are multiplied by 4 so as to be directly comparable with scores derived from the WHOQOL-100. The “.6” in “MEAN.6” specifies that 6 items must be endorsed for the domain score to be calculated.)</p>
Transform scores to 0-100 scale	<pre>COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16)</pre>
Delete cases with > 20% missing data	<pre>COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5)</pre> <p>(This command creates a new column “total”. “Total” contains a count of the WHOQOL-BREF items with values 1-5 that have been endorsed by each subject. The “Q1 TO Q26” means that consecutive columns from “Q1”, the first item, to “Q26”, the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the assessment.)</p> <pre>SELECT IF (TOTAL&gt;21). EXECUTE</pre> <p>(This second command selects only those cases where “total”, the “total number” of items completed, is greater than or equal to 80%. It deletes the remaining cases from the dataset.)</p>

## Anexo F – Parecer consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Qualidade de vida e função sexual de mulheres sobreviventes ao câncer de colo do útero submetidas ao tratamento cirúrgico/quimioterápico/radioterápico em hospital universitário do Recife(PE).

**Pesquisador:** Rafaela Araújo Correia

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51471315.9.0000.5208

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.401.726

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa do Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva o qual visa analisar a QV e a função sexual de mulheres sobreviventes ao câncer de colo do útero submetidas ao tratamento cirúrgico/quimioterápico/radioterápico no Hospital das Clínicas/PE.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde o câncer do colo do útero configura-se como um importante problema de saúde pública, segundo as últimas estimativas mundiais, sendo o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com 528 mil casos novos por ano. Sua incidência é maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos, sendo responsável pelo óbito de 266 mil mulheres em 2012 no mundo, 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento..

O câncer do colo do útero é uma neoplasia prevenível. Trata-se de uma afecção com história natural conhecida, etapas definidas, longo período para a evolução das lesões precursoras, e facilidade de detecção das alterações na fase inicial, o que lhe confere um dos mais altos potenciais de prevenção e cura entre todos os tipos de câncer. O rastreamento populacional e o diagnóstico precoce são realizados por meio do exame Papanicolaou. A associação deste método de

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2128-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética  
em Pesquisa  
Envolvendo  
Serres Humanos

CEP - CCS - UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.401.726

diagnóstico ao tratamento das lesões intraepiteliais, pode reduzir em 90% a incidência desse tipo de câncer, impactando significativamente na diminuição das taxas de morbimortalidade.

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa e de delineamento transversal que será desenvolvido no ambulatório de Oncologia do Hospital das Clínicas de Pernambuco (HCPE), localizado na cidade do Recife (PE), instituição que presta assistência terapêutica a mais ou menos 120 pacientes/ano diagnosticadas com câncer de colo de útero.

A pesquisa tem como critérios de Inclusão: 1) ter idade igual ou maior que 18 anos; 2) ter sido diagnosticada com câncer de colo do útero e submetida à cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia entre Janeiro/2015 a Janeiro/2016 e 3) intervalo de no mínimo três meses entre o término de tratamento e a coleta de dados, tempo esperado para início de efeitos adversos de médio e longo prazo.

São Critérios de Exclusão: 1) performance status (ECOG - Eastern Cooperative Oncology Group) > 2, que, por definição, já são pacientes com qualidade de vida comprometida; história prévia ou atual de outros cânceres ou de outras morbidades com prejuízo potencial na qualidade de vida; 2) estar em tratamento de recidiva da doença e, 3) diagnóstico de doença mental grave ou de deficiência mental;

#### **Objetivo da Pesquisa:**

A pesquisa tem por objetivo primário analisar a QV e a função sexual de mulheres sobreviventes ao câncer de colo do útero submetidas ao tratamento cirúrgico/quimioterápico/radioterápico no Hospital das Clínicas/PE e, por objetivos secundários: 1) caracterizar as mulheres segundo fatores sociodemográficos, clínicos e relacionados à vida sexual; 2) identificar os domínios de qualidade de vida afetados nas mulheres estudadas; 3) identificar os domínios de função sexual afetados nas mulheres com vida sexual ativa após o tratamento; 4) classificar as mulheres estudadas de acordo com a qualidade de vida e a função sexual; 5) mensurar a proporção de mulheres sexualmente ativa e a proporção de mulheres que apresentam disfunção sexual após tratamento e 6) avaliar a qualidade de vida e a função sexual das mulheres estudadas de acordo com a modalidade terapêutica.

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

Os riscos que por ventura venham a ocorrer com os participantes de pesquisa estão relacionados ao constrangimento, intimidação, vergonha, ansiedade, receio à exposição e sentimento de

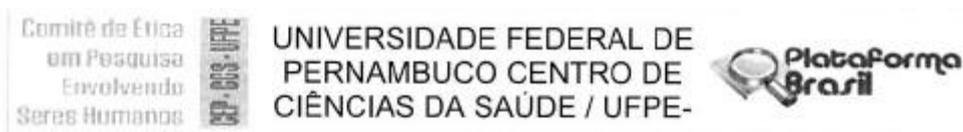
**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600

**UF:** PE **Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-8588

**E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.401.725

invasão de privacidade. Estes desconfortos poderão ser minimizados com o esclarecimento às participantes dos objetivos do estudo e dos instrumentos a serem utilizados; garantia de lugar privativo para realização das entrevistas e garantia de sigilo das informações.

Como benefício o estudo possibilitará a identificação de aspectos relacionados ao bem-estar físico, mental e social afetados nas pacientes sobreviventes ao câncer de colo do útero; e possibilitará a avaliação dos resultados funcionais das diversas modalidades terapêuticas sob a visão da paciente além de contribuir no planejamento de ações que atendam às reais necessidades dessas mulheres.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa de delineamento transversal que será desenvolvido no ambulatório de Oncologia do Hospital das Clínicas de Pernambuco (HCPE), localizado na cidade do Recife (PE), instituição que presta assistência terapêutica a mais ou menos 120 pacientes/ano diagnosticadas com câncer de colo de útero.

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

Os termos de apresentação obrigatória (FR devidamente preenchida e assinada; carta de anuência e de autorização de uso de dados da Gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFPE; projeto completo; TCLE e Lattes dos pesquisadores envolvidos) foram anexados à Plataforma Brasil.

**Recomendações:**

Rever ortografia.

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

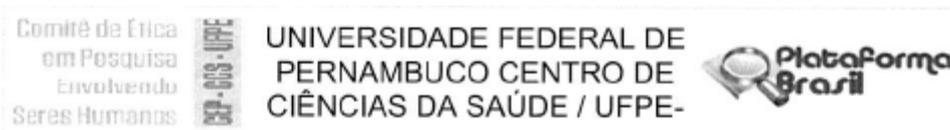
Protocolo Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-800  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** copccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.401.726

participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_621769.pdf	30/11/2015 21:26:28		Aceito
Outros	termodeconfidencialidade.jpg	16/11/2015 13:23:24	Rafaella Araújo Correia	Aceito
Outros	lattesolange.docx	16/11/2015 12:16:52	Rafaella Araújo Correia	Aceito
Outros	lattes cristine.docx	16/11/2015 12:15:37	Rafaella Araújo Correia	Aceito
Outros	lattesrafaella.docx	16/11/2015 12:15:09	Rafaella Araújo Correia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEPPRONTO.docx	16/11/2015 12:13:37	Rafaella Araújo Correia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	16/11/2015 12:12:53	Rafaella Araújo Correia	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	11/11/2015 19:03:51	Rafaella Araújo Correia	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório /	cartadeanuencia3.pdf	11/11/2015 19:02:45	Rafaella Araújo Correia	Aceito

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600

**UF:** PE **Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-8588

**E-mail:** cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos	COP-CCS-UFPE	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	 Plataforma Brasil
--	--------------	--	---

Continuação do Parecer: 1.401.726

Biobanco	cartadeanuencia3.pdf	11/11/2015 19:02:45	Rafaella Araújo Correia	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaodeusodedados.pdf	11/11/2015 19:02:06	Rafaella Araújo Correia	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 03 de Fevereiro de 2016

---

Assinado por:  
**LUCIANO TAVARES MONTENEGRO**  
(Coordenador)

## Anexo G – Anuências HCPE



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE  
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE  
SERVIÇOS HOSPITALARES



### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Rafaella Araújo Correia, a utilizar dados referentes aos resultados de biópsia de pacientes diagnosticadas com câncer de colo do útero e tratadas neste serviço e portanto desenvolver o seu projeto de pesquisa **Qualidade de vida e função sexual de mulheres sobreviventes ao câncer de colo do útero submetidas ao tratamento cirúrgico/quimioterápico/radioterápico em hospital universitário do Recife (PE)**, que está sob a coordenação/orientação da Profa. Solange Laurentino cujo objetivo é Analisar a QV e a função sexual de mulheres sobreviventes ao câncer de colo do útero submetidas ao tratamento cirúrgico/quimioterápico/radioterápico, nesta Instituição.

A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Recife, em 09 / 11 / 2015

Mariana M. de Lira

 Prof.ª Dra. Mariana Montenegro M. Lira  
Dept. Patologia/CCS  
CRM PE 17780  
SIAPE 3727358



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE  
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE  
SERVIÇOS HOSPITALARES

**EBSERH**  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Rafaella Araújo Correia, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **Qualidade de vida e função sexual de mulheres sobreviventes ao câncer de colo do útero submetidas ao tratamento cirúrgico/quimioterápico/radioterápico em hospital universitário do Recife (PE)**, que está sob a coordenação/orientação da Profa. Solange Laurentino cujo objetivo é Analisar a QV e a função sexual de mulheres sobreviventes ao câncer de colo do útero submetidas ao tratamento cirúrgico/quimioterápico/radioterápico, no ambulatório de Oncologia desta Instituição.

A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Recife, em 06 / 11 / 2015

  
Dr. Luiz Alberto Mattos  
-fo do Serviço Oncologia  
UFPE 3474823



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE  
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE  
SERVIÇOS HOSPITALARES



### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Rafaella Araújo Correia, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **Qualidade de vida e função sexual de mulheres sobreviventes ao câncer de colo do útero submetidas ao tratamento cirúrgico/quimioterápico/radioterápico em hospital universitário do Recife (PE)**, que está sob a coordenação/orientação da Profa. Solange Laurentino cujo objetivo é Analisar a QV e a função sexual de mulheres sobreviventes ao câncer de colo do útero submetidas ao tratamento cirúrgico/quimioterápico/radioterápico, no ambulatório de Ginecologia desta Instituição.

A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Recife, em

10, 11, 15

*Petrus Câmara*  
Prof. Dr. Petrus Dornelas Câmara  
Coordenador de Disciplina e Chefe  
de Serviço de Ginecologia - UFPE



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE  
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE  
SERVIÇOS HOSPITALARES



## AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que cederemos à pesquisadora Rafaella Araújo Correia, o acesso aos dados de prontuários para serem utilizados na pesquisa: **Qualidade de vida e função sexual de mulheres sobreviventes ao câncer de colo do útero submetidas ao tratamento cirúrgico/quimioterápico/radioterápico em hospital universitário do Recife (PE)**, que está sob a orientação da Profa. Solange Laurentino.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

  
**Profª Célia Maria Machado Barbosa de Castro**  
Gerente de Ensino e Pesquisa HC/UFPE

Profª Célia M. B. Castro  
Gerente de Ensino, Pesquisa  
e Extensão - HC/UFPE  
SIAPE: 1245581



## **Anexo H – Instruções aos autores - REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (REBEN)**

ISSN (On-line): 1984-0446

ISSN (Impressa): 0034-7167

### **Preparo de Manuscritos**

#### Aspectos gerais

A REBEn adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo Vancouver, estão disponíveis na URL <[http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html)>.

Os manuscritos de todas as categorias aceitos para submissão à REBEn deverão ser preparados da seguinte forma: salvo em arquivo do Microsoft® Office Word, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm;

As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até às Referências.

O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito.

O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo.

Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte Times New Roman tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda. No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, o mesmo procedimento deve ser adotado.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5)]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5)]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5)].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito.

No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la. As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos.

As ilustrações (tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, etc.) serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco.

Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 – título). Após a ilustração, na parte inferior, indicar a fonte consultada, legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão, se houver (ver: ABNT NBR 14724 / 2011 - Informação e documentação - Trabalhos acadêmicos — Apresentação).

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de apresentação tabular. 3.ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>>.

O(s) autor(es) do manuscrito submetido à REBEn deve(m) providenciar a autorização, por escrito, para uso de ilustrações extraídas de trabalhos previamente publicados.

### Estrutura do texto

Os artigos de Pesquisa e de Revisão devem seguir a estrutura convencional: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões (pesquisas de abordagem quantitativa) ou Considerações Finais (pesquisas de abordagem qualitativa) e Referências. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente.

Independentemente da categoria, os manuscritos devem incluir:

#### a) Documento com página de identificação (Title page)

É um documento que deve conter, na ordem apresentada, os seguintes dados: título do artigo (máximo de 12 palavras) em português (ou na língua original do manuscrito); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, Instituição a que pertence(m) e à qual o trabalho deve ser atribuído, e endereço eletrônico para troca de correspondência.

#### b) Documento principal

O documento principal, sem identificação dos autores, deve conter:

1) Título do artigo: no máximo de 12 palavras, em português (ou na língua original do manuscrito, seja espanhol ou inglês).

2) Resumo e os descritores: resumo limitado a 150 palavras. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. O resumo deverá estar estruturado em Objetivo, Método, Resultados e Conclusão (ou Considerações Finais).

Logo abaixo do resumo incluir, respectivamente, cinco descritores, cinco palavras chave do DeCS <<http://decs.bvs.br>> e cinco key words do MeSH <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>>. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, o resumo em português deverá ser traduzido para a versão em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). A estrutura em inglês deve ser: Objective, Method, Results, Conclusion (ou Final Considerations). Em espanhol: Introducción, Método, Resultados e Conclusión (ou Consideraciones Finales).

3) Corpo do texto: Consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito.

4) Fomento: antes da lista de referências, é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver).

5) Agradecimentos: Opcionalmente, devem ser colocados agradecimentos às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores

6) Referências: o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo Vancouver. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (U.S. National Library of Medicine – NLM), podem ser obtidos na URL <[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)>.

No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos.

Recomenda-se evitar citações de teses, dissertações, livros e capítulos, exceto quando se tratar de referencial teórico (Ex: Handbook Cochrane).

Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente.

## **Anexo I – Instruções aos autores – REVISTA ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM**

ISSN 1982-0194 versão online

### **Preparo de Manuscritos**

Antes de submeter um artigo para a Acta Paulista de Enfermagem, por favor, leia atentamente as instruções e consulte os Padrões de Editoração no link <http://www.unifesp.br/acta/pdf/Acta%20Paul%20Enferm.%20-%20Padroes%20de%20Editoracao.pdf>.

Lembramos aos autores a importância da aplicação correta das regras de ortografia e gramática na redação. Os manuscritos podem ser rejeitados imediatamente após a submissão quando não atendem a essas normas. Sugerimos que os manuscritos sejam encaminhados para profissional especializado para revisão de português antes da primeira submissão.

Salientamos que plágio acadêmico em qualquer nível é crime, fere a legislação brasileira no artigo 184 do Código Penal e no artigo 7º parágrafo terceiro da lei 9.610-98 que regulamenta o direito autoral, constituindo-se, assim, matéria cível e penal.

A conduta editorial para o caso de plágio detectado segue as orientações do Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors do Committee on Publication Ethics (COPE) <http://publicationethics.org/>

Os manuscritos submetidos são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo a opinião dos Editores da revista.

#### **1. Documentos para a submissão on-line**

- a. Carta de Apresentação (cover letter) - nesta carta o autor deve explicar ao Editor porque o seu artigo deve ser publicado na Acta Paul Enferm. e qual a contribuição ao conhecimento dos resultados apresentados no artigo e a sua aplicabilidade prática;
- b. Autorização para publicação e transferência dos direitos autorais à revista, assinada por todos autores e endereçada ao editor-chefe, conforme Modelo;
- c. Pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvidas no Brasil, conforme o capítulo XII.2 da Res. CNS nº 466/2012, devem apresentar a documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e/ou CONEP, quando for o caso. Pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvidas em outros países devem apresentar a documentação ética local;
- d. Comprovante do pagamento da taxa de submissão (payment voucher);
- e. Manuscrito (vide abaixo Documento Principal);
- f. Página de Título (veja no item 2 o que deve conter a página de título).

#### **2. Página de Título (Title Page) deve conter:**

- O título do manuscrito com, no máximo, 12 palavras e apresentado em português ou inglês. Não usar caixa alta no título;
- Os nomes completos e sem abreviações dos, no máximo, oito autores e as Instituições às quais pertencem (obrigatório);
- As especificações sobre quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo conforme os critérios de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;

2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas;

•Agradecimentos: os autores devem agradecer todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também podem ser agradecidos, incluindo a origem (cidade, estado e país). No caso das agências de fomento, pode-se discriminar qual dos autores recebeu, por exemplo, bolsa de produtividade em pesquisa ou bolsa de mestrado, etc. da seguinte forma: ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq; bolsa de produtividade em pesquisa nível 1A para AB Exemplo); à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; bolsa de mestrado para AB Exemplo2). No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

•Conflitos de interesse: os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes;

•Ensaio clínico: artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos desenvolvidos no Brasil, devem apresentar comprovante de registro da pesquisa clínica ou comprovante de submissão na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC), <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>. Para casos anteriores a data de publicação da RDC 36, de 27 de junho de 2012 da Agência de Vigilância Sanitária, ou para estudos desenvolvidos em outros países, serão aceitos comprovantes de registro em outras plataformas da Internacional Clinical Trials Registration Platform (ICTRP/OMS);

•Indicação do nome completo do Autor correspondente, seu endereço institucional e e-mail.

### 3. Documento Principal (Main Document)

Deve conter o título, o resumo com descritores e o corpo do manuscrito (não coloque qualquer identificação dos autores).

#### 3.1 Título

O título do manuscrito com, no máximo, 12 palavras e apresentado em português ou inglês. Não usar caixa alta no título.

O título é a parte mais lida e divulgada de um texto e tem como objetivo informar o conteúdo do artigo. Deve ser claro, exato e atraente. Os autores devem incluir no título as informações que permitirão a recuperação eletrônica sensível e específica do artigo. Por isso, utilize o principal descritor como núcleo frasal.

O título não deve conter: abreviações, fórmulas, adjetivos excessivos, cidades, símbolos, datas, gírias, imprecisões e palavras dúbias, significado obscuro e palavras supérfluas (considerações sobre, contribuição ao estudo de, contribuição para o conhecimento de, estudo da, investigação de, subsídios para e etc..).

#### 3.2 Resumo

O resumo, segundo o dicionário Houaiss, é uma apresentação abreviada de um texto. Deve fornecer o contexto ou a base para o estudo, procedimentos básicos, principais resultados, conclusões, de forma a enfatizar aspectos novos e importantes do estudo. É a

parte mais lida do artigo científico depois do título. O intuito do resumo é facilitar a comunicação com o leitor.

Prepare o resumo no mesmo idioma do seu manuscrito com, no máximo, 150 palavras e estruturado da seguinte forma:

- Objetivo: estabelecer a questão principal e/ou hipóteses a serem testadas;
- Métodos: descrever o desenho do estudo, população e procedimentos básicos;
- Resultados: descrever o resultado principal em uma frase concisa. Deve ser o mais descritivo possível. Níveis de significância estatística e intervalo de confiança somente quando apropriado;
- Conclusão: frase simples e direta em resposta ao objetivo estabelecido e baseada exclusivamente nos resultados apontados no resumo.
- Cinco descritores em Ciências da Saúde que representem o trabalho conforme o DECS (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderão ser consultados, como lista suplementar, quando necessário ou MeSH Keywords <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

### 3.3 Corpo do manuscrito

A Acta aderiu à iniciativa do ICMJE e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisas, visando não só aumentar o potencial de publicação como também a divulgação internacional dos artigos e, portanto, devem ser utilizadas as seguintes guias internacionais:

O corpo do texto do manuscrito deverá conter parágrafos distintos com Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos e Referências. Siga os padrões de editoração da Acta. Acesse o link <http://www.unifesp.br/acta/pdf/Acta%20Paul%20Enferm.%20-%20Padroes%20de%20Editoracao.pdf>.

- A introdução deve apresentar a fundamentação teórica sobre o objeto de estudo. A finalidade da introdução é enunciar com as devidas justificativas e explicações, a originalidade e validade, finalidade e aplicabilidade da contribuição ao conhecimento pretendida. Não mais do que quatro citações devem ser utilizadas para apoiar uma única idéia. Evite a citação de comunicações pessoais ou materiais inéditos. O objetivo deve ser colocado no último parágrafo da introdução. Lembre-se de que para cada objetivo deverá haver uma conclusão.

- Métodos - descreve como a pesquisa foi realizada, a lógica do raciocínio do autor na ordenação dos procedimentos e técnicas utilizadas para a obtenção dos resultados. O método estatístico e o critério matemático de significância dos dados também devem estar declarados. Estruture Métodos da seguinte forma: tipo de desenho de pesquisa, local, população (explicitando os critérios de seleção), cálculo do tamanho da amostra, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), coleta e análise de dados.

- Resultados - descrição do que foi obtido na pesquisa, sendo exclusivo do pesquisador, sem citações ou comentários ou interpretações pessoais (subjetivas).

As Tabelas, Gráficos e Figuras, no máximo de três, obrigatoriamente, devem estar inseridas no corpo do texto do artigo, sempre em formato original. Use esses recursos quando eles expressarem mais do que pode ser feito por palavras na mesma quantidade de espaço. Consulte os padrões de editoração da Acta <http://www.unifesp.br/acta/pdf/Acta%20Paul%20Enferm.%20-%20Padroes%20de%20Editoracao.pdf>.

- Discussão - apresenta a apreciação crítica do autor, os novos e importantes aspectos do estudo e a explicação sobre o significado dos

resultados obtidos e as suas limitações, relacionando-as com outros estudos. A linguagem obedece a estilo crítico e o verbo aparece no passado. A essência da discussão é a interpretação dos resultados obtidos e a sua relação com o conhecimento existente, de forma a chegar-se a uma conclusão. Comece a discussão explicitando os limites dos resultados, lembrando que o limite é dado pelo método escolhido. No segundo parágrafo explicita a contribuição dos resultados deste estudo e a aplicabilidade.

- Conclusão - escrita em frase clara, simples e direta demonstrando o cumprimento do objetivo proposto. No caso de mais de um objetivo, deve haver uma conclusão para cada um. Nenhum outro comentário deve ser incluído na conclusão.

- Referências - As referências dos documentos impressos e/ou eletrônicos deverão seguir o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, disponíveis no endereço eletrônico [www.icmje.org](http://www.icmje.org). O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index. Considere que as referências concorrem para convencer o leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados. Quando adequadamente escolhidas, dão credibilidade ao relato. Só devem ser citadas as referências de periódicos científicos indexados em bases de dados internacionais, que foram consultadas na íntegra pelo autor e que tenham relação direta, relevante, com o assunto abordado. Não incluir na lista referências que não possam ser recuperadas no original pelo leitor como teses e dissertações, trabalhos de conclusão de curso e outras fontes inacessíveis (apostilas, anais, etc.) ou obras de reduzida expressão científica. Considere sempre a atualidade da referência, pois a citação de obras recentes, isto é, com menos de cinco anos, é essencial em artigos originais.

- No texto, as citações devem ser numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos, entre parênteses, sobrescritos e sem menção do nome dos autores;

- As Referências devem vir numeradas, na ordem da citação no texto, e aquelas que se referem a artigos com o texto completo em português ou outra língua, que não o inglês, as referências deverão ter o título em inglês, entre colchetes, com a indicação da língua do texto no final da referência, conforme exemplos abaixo. Todas as referências devem ser apresentadas sem negrito, itálico ou grifo;

- Confira cuidadosamente as referências, é obrigatório que os leitores consigam consultar o material referenciado no original, por isso, não use publicações isoladas nem materiais de suporte (dicionários, estatística, e outros). Por favor, não inclua mais de 30 referências primárias e atualizadas (menos de cinco ano).