

FACULDADE EVANGÉLICA MACKENZIE DO PARANÁ

**ALCINO MARIN
MURILO RAHAL TAUIL**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE
COLO DE ÚTERO**

CURITIBA/PR

2023

FACULDADE EVANGÉLICA MACKENZIE DO PARANÁ

ALCINO MARIN
MURILO RAHAL TAUIL

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE
COLO DE ÚTERO**

Trabalho Científico de Curso apresentado
à Faculdade Evangélica Mackenzie do
Paraná como requisito parcial para
graduação em Medicina

Orientador: Prof. Dr. Fabio Roberto Fin

CURITIBA/PR

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná)

M339 Marin, Alcino.

Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de colo de útero /
Alcino Marin, Murilo Rahal Tauil. — Curitiba, 2023.

Orientador : Prof. Dr. Fabio Roberto Fin.

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Presbiteriano Mackenzie,
Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curso de Medicina, 2023.

1. Neoplasias do colo do útero. 2. Displasia do colo do útero. 3. Qualidade de
vida. I. Tauil, Murilo Rahal. II. Título.

CDD 618.14

ALCINO MARIN
MURILO RAHAL TAUIL

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE
COLO DE ÚTERO**

Trabalho Científico de Curso apresentado
à Faculdade Evangélica Mackenzie do
Paraná como requisito parcial para
graduação em Medicina
Orientador: Prof. Dr. Fabio Roberto Fin

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.
Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná

Prof. Dr.
Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de expressar nossos sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram de forma significativa para a conclusão deste trabalho científico de curso. Sabemos que não chegamos até aqui sozinhos e somos profundamente gratos por todo o apoio e incentivo que recebemos ao longo dessa jornada.

Em primeiro lugar, queremos agradecer a Deus por nos conceder força, sabedoria e perseverança durante todo o processo. Sua orientação divina tem sido fundamental em nossas vidas e nos fortaleceu nos momentos mais desafiadores.

A nossa família, nosso porto seguro, merece uma gratidão especial. Agradecemos aos nossos pais, irmãos e demais familiares pelo amor incondicional, paciência e apoio constante. Suas palavras de encorajamento e compreensão foram essenciais para que pudéssemos alcançar esse marco em nossas vidas acadêmicas.

Ao nosso orientador, o Prof. Dr. Fábio Roberto Fin, somos imensamente gratos por sua orientação valiosa e dedicação ao nosso trabalho. Sua expertise, paciência e disponibilidade foram fundamentais para o desenvolvimento e aprimoramento deste projeto. Suas sugestões e insights foram essenciais para que pudéssemos expandir nossos horizontes acadêmicos. Também nossa gratidão à Dra. Nayara e aos residentes do Hospital São Vicente por sua contribuição na coleta dos dados e na orientação científica.

Não podemos deixar de agradecer aos nossos amigos, que estiveram ao nosso lado durante toda essa jornada. Suas palavras de encorajamento, apoio moral e momentos de descontração foram fundamentais para manter nossa motivação e acreditar em nosso potencial.

Por fim, agradecemos a todos aqueles que, de alguma forma, colaboraram para a realização deste trabalho. Seja com palavras de incentivo, sugestões valiosas ou simplesmente estando presente, vocês deixaram uma marca significativa em nossas jornadas acadêmicas e pessoais.

Muito obrigado a todos!

“No final, o câncer verdadeiramente emerge, como um cirurgião do século XIX escreveu uma vez no frontispício de um livro, como ‘o imperador de todos os males, o rei dos terrores’.”

(Siddhartha Mukherjee)

RESUMO

Introdução: O câncer de colo de útero é um dos cânceres mais frequente no sexo feminino. A causa principal é a infecção persistente do Papilomavírus Humano (HPV). O tratamento se baseia na cirurgia oncológica e, nos estadios mais avançados, quimiorradioterapia. Tanto o câncer quanto seu tratamento impactam negativamente na vida sexual do paciente e também em sua qualidade de vida, parâmetro de grande utilidade para auxiliar os profissionais no que tange o prognóstico e as decisões clínicas. A avaliação é feita através de questionários validados, os quais foram desenvolvidos pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) e foram utilizados neste estudo. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com câncer de colo de útero tratados, em tratamento ou ainda não tratados. Além de comparar a qualidade de vida nos diferentes estágios da doença, bem como com os diferentes tratamentos e correlacionar com dados sociodemográficos. **Métodos:** Realizou-se um estudo observacional analítico transversal. Com análise de prontuário e entrevista de 36 pacientes no serviço de oncologia do Hospital São Vicente, no período de dezembro de 2022 a março de 2023, através da utilização do questionário EORTC QLQ-C30 e QLQ-CX24. **Resultados:** As pacientes foram divididas em três grupos: LSIL (displasia de baixo grau) com média de idade de 45,8 anos, HSIL (displasia de alto grau) com idade média de 31,6 e CCU (câncer de colo de útero) com média de 51,2 anos. Houve diferenças significativas na idade dos grupos quando comparados dois a dois. Os resultados revelaram divergências significativas entre os três grupos no que diz respeito à dificuldade financeira ($p=0,017$), sendo o grupo CCU o mais afetado. Além disso, os pacientes do grupo HSIL apresentam maior atividade sexual. No grupo CCU, a escala de qualidade de vida teve média 64,9; com melhor funcionalidade social (78,9) e menor atividade sexual (19,3). No HSIL, a escala de qualidade de vida foi um pouco maior (76,4) e com alta funcionalidade social (94,4). Já no LSIL, a escala de qualidade de vida média ficou em 66,7; com escore máximo no desempenho das atividades (100). Em relação às pacientes hysterectomizadas, a média do estado de saúde global foi de 73,6; enquanto naquelas que não passaram por cirurgia, a média foi de 60,9. **Conclusão:** Grande parte dos pacientes com CCU são mulheres de meia idade, múltiparas e de baixa escolaridade. Investimentos em programas de saúde e em educação com foco nesse público-alvo são necessários para diminuir a incidência da doença. Pacientes com HSIL são significativamente mais novos, têm menos dificuldade financeira e mais atividade sexual que aqueles com CCU. Além disso, as pacientes hysterectomizadas apresentaram uma média maior de qualidade de vida do que as não hysterectomizadas. Esses resultados propiciam uma melhor abordagem multidisciplinar dos pacientes e uma devida atenção à sua qualidade de vida.

Palavras-chaves: Qualidade de vida; Neoplasias do Colo do Útero; Displasia do Colo do Útero.

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer is one of the most frequent cancers in females. The main cause is persistent infection with Human Papillomavirus (HPV). The treatment is based on oncologic surgery and, in advanced stages, chemoradiotherapy. Both cancer and its treatment have a negative impact on the patient's sexual life and overall quality of life, which are important parameters for assisting healthcare professionals in prognosis and clinical decisions. Evaluation is performed using validated questionnaires developed by the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), which were used in this study. **Objective:** To assess the quality of life of patients with treated, undergoing treatment, or untreated cervical cancer. Additionally, to compare the quality of life among different stages of the disease, different treatments, and correlate with sociodemographic data. **Methods:** A cross-sectional observational analytical study was conducted. Medical records were analyzed, and 36 patients were interviewed at the oncology department of Hospital São Vicente from December 2022 to March 2023, using the EORTC QLQ-C30 and QLQ-CX24 questionnaires. **Results:** The patients were divided into three groups: LSIL (low-grade squamous intraepithelial lesion) with a mean age of 45.8 years, HSIL (high-grade squamous intraepithelial lesion) with a mean age of 31.6 years, and CCU (cervical cancer) with a mean age of 51.2 years. There were significant differences in the age of the groups when comparing them pairwise. The results revealed significant differences among the three groups regarding financial difficulties ($p=0.017$), with the CCU group being the most affected. Additionally, patients in the HSIL group had higher sexual activity. In the CCU group, the quality of life scale had a mean of 64.9, with better social functioning (78.9) and lower sexual activity (19.3). In the HSIL group, the quality of life scale was slightly higher (76.4) with high social functioning (94.4). In the LSIL group, the average quality of life scale was 66.7, with the maximum score in role functioning (100). Regarding hysterectomized patients, the mean global health status was 73.6, while in those who did not undergo surgery, the mean was 60.9. **Conclusion:** A large portion of CCU patients are middle-aged, multiparous women with low education. Investments in healthcare programs and education targeting this population are necessary to decrease the incidence of the disease. HSIL patients are significantly younger, experience less financial difficulty, and have more sexual activity than those with CCU. Additionally, hysterectomized patients had a higher average quality of life than non-hysterectomized patients. These results support a better multidisciplinary approach to patients and proper attention to their quality of life.

Keywords: Quality of Life; Uterine Cervical Neoplasms; Uterine Cervical Dysplasia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1 - Diagrama de identificação e seleção das amostras analisadas... 22

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados coletados dos prontuários eletrônicos.....	19
Quadro 2 - Dados coletados do questionário EORTC QLQ-C30.....	20
Quadro 3 - Dados coletados do questionário EORTC QLQ-CX24.....	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Grupos x Idade.....	23
Tabela 2 - Grupos x Escolaridade.....	23
Tabela 3 - Grupos x História Obstétrica.....	24
Tabela 4 - Grupos x Escores de qualidade de vida.....	25
Tabela 5 - EORTC comparando histerectomizadas e não histerectomizadas.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	ADENOCARCINOMAS IN SITU
BRAQUI	BRAQUITERAPIA
EORTC	EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER
CAF	CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA
CCU	CÂNCER DE COLO DE ÚTERO
DNA	ÁCIDO DESOXIRRIBONUCLEICO
DP	DESVIO PADRÃO
FIGO	FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
HISTEREC	HISTERECTOMIA
HPV	PAPILOMAVÍRUS HUMANO
HSIL	HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
HSV	HOSPITAL SÃO VICENTE
IBM	INTERNATIONAL BUSINESS MACHINES
IDH	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
LDN	LINFADENECTOMIA
LSIL	LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
MVPEP	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
N	NÚMERO DA AMOSTRA
NIC	NEOPLASIAS INTRAEPITELIAIS CERVICAIS
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PR	PARANÁ
QLQ	QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE
QRDT	QUIMIORRADIOTERAPIA
QV	QUALIDADE DE VIDA
SPSS	STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
USFDA	FOOD AND DRUG ADMINISTRATION

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVOS	15
1.1.1 OBJETIVO GERAL	15
1.1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	15
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 QUALIDADE DE VIDA	15
2.2 QUESTIONÁRIO EORTC	16
2.3 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	16
2.4 TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	18
3. MÉTODOS	19
3.1 PACIENTES	19
3.2 EORTC QLQ-C3 E MÓDULO QLQ-CX24	20
3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA	21
4. RESULTADOS	21
5. DISCUSSÃO	29
6. CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	34
ANEXOS	37
ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	37
ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO EORTC QLQ-C30	43
ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO EORTC QLQ-CX24	44

1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero (CCU) é um dos cânceres mais frequente no sexo feminino. A grande maioria (>80%) dos casos e das mortes por câncer de colo uterino se encontra em países com índice de desenvolvimento humano (IDH) inferior a 0,8, como o Brasil.¹

Com uma estimativa de 17.010 novos casos para cada ano do triênio de 2023 a 2025, uma taxa ajustada de incidência de 13,25/100.000 mulheres, o CCU é o terceiro câncer mais incidente na população feminina brasileira. Em 2020, foram registrados 6.627 óbitos e a taxa de mortalidade bruta foi de 6,12/100.000 mulheres, mas ainda inferior à taxa de mortalidade global de 6,9/100.000 mulheres. Entretanto, em algumas regiões do país, como no norte, a taxa de mortalidade é de 11,07/100.000 mulheres, quase o dobro da taxa global.^{2,3,4}

A principal causa do câncer de colo uterino é a infecção persistente do Papilomavírus Humano (HPV). Atualmente, foram identificados mais de 200 subtipos de HPV e, dentre eles, aqueles classificados como de alto risco são responsáveis por quase a totalidade dos casos. Imunossupressão, maior exposição ao vírus e tabagismo são fatores de risco para o desenvolvimento de lesões precursoras e do câncer em si. Os protocolos de tratamento se baseiam na cirurgia, podendo ser associada ou não a terapêuticas adjuvantes e neoadjuvantes. Nos estadios mais avançados faz-se uso da quimiorradioterapia e, mais recentemente, da imunoterapia, que foi aprovada pela USFDA.^{1,4,5,6}

Tanto o câncer quanto seu tratamento impactam negativamente na qualidade de vida dos pacientes, o que, com o aumento da taxa de sobrevivência, tem se tornado cada vez mais importante. A qualidade de vida é um parâmetro de grande utilidade para auxiliar os profissionais no que tange ao prognóstico e às decisões clínicas, como durante a escolha entre os diferentes protocolos terapêuticos. Sua avaliação é feita através de questionários validados, como o QLQ-C30 e seus módulos, os quais foram desenvolvidos pela European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) e que serão utilizados neste estudo.⁷

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com câncer de colo de útero tratados, em tratamento ou ainda não tratados.

1.1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Comparar a qualidade de vida nos diferentes estágios da doença, bem como com os diferentes tratamentos e correlacionar com dados sociodemográficos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida é um conceito relevante, que virou alvo de pesquisas e práticas no campo da saúde e medicina. Através de seu conhecimento pode-se distinguir uma gama de problemas que afetam o paciente, levando a modificações e melhorias no tratamento ou demonstrando que algumas terapias oferecem pouco benefício. A qualidade de vida, portanto, é importante para tomada de decisões médicas, uma vez que é preditora do sucesso do tratamento⁸, e sua avaliação em pacientes oncológicos é de grande valia para estimar o prognóstico.⁹

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.¹⁰

Quanto à vida sexual, é bem comum que, após o tratamento, a função sexual fique comprometida. Desejo sexual hipoativo, baixa excitação sexual, dificuldade em atingir orgasmo e dispareunia são alguns dos fatores que caracterizam a disfunção sexual. A prevalência chega a mais de 70% entre os pacientes submetidos ao tratamento.¹¹

Os efeitos secundários ao tratamento prejudicam a função sexual e podem causar malefícios na qualidade de vida do paciente afetado pelo câncer. A disfunção sexual, portanto, é considerada um dos sintomas mais angustiantes quando se trata do câncer de colo de útero.¹¹

2.2 QUESTIONÁRIO EORTC

Desenvolvido em 1993 pela European Organization for Research and Treatment of Cancer, o Core Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) é um questionário amplamente utilizado e direcionado aos pacientes oncológicos para avaliar a qualidade de vida. O QLQ-C30 conta com 30 itens divididos em três grupos: estado global de saúde, escala funcional e escala sintomática. O questionário pode ser associado a seus diversos módulos, cada um destinado a um tipo diferente de câncer, como o QLQ-CX24, específico do câncer de colo uterino.¹²

Tanto o QLQ-C30 quanto seus módulos possuem manuais disponibilizados digitalmente pela própria EORTC para calcular de maneira padronizada o score da qualidade de vida do entrevistado. Esse cálculo usa uma transformação linear para que o resultado dos grupos tenha valores de 0 a 100. Maiores valores na escala funcional e no estado global de saúde indicam melhor funcionamento e saúde e, portanto, uma melhor qualidade de vida. Na escala sintomática, valores maiores indicam maior prevalência dos sintomas e, assim, uma pior qualidade de vida.¹³

2.3 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O câncer de colo uterino é uma das neoplasias mais incidentes na população feminina. No Brasil, estima-se 17.010 novos casos para cada ano do triênio de 2023 a 2025, ocupando a terceira posição entre os cânceres mais incidentes nas mulheres.^{1,3}

A etiologia do câncer de colo de útero está fortemente relacionada com a infecção crônica do Papilomavírus Humano. O HPV é um DNA vírus não envelopado que, até dezembro de 2020, contava com 222 subtipos identificados. O HPV16 e o HPV18 - subtipos considerados de alto risco - são os responsáveis por cerca de 70 a 75% dos cânceres de colo uterino. O vírus possui grande tropismo pelas células do epitélio escamoso estratificado, tornando-se preocupante ao infectar a zona de transformação do colo do útero.^{1,14}

A zona de transformação é a área entre a junção escamocolunar original e a extremidade proximal da metaplasia escamosa, a nova junção escamocolunar. A junção escamocolunar é uma zona de transição abrupta entre o epitélio escamoso estratificado não-queratinizado da ectocérvice e o epitélio colunar da endocérvice. Devido a mudanças hormonais fisiológicas, ocorre uma eversão (ectopia) do canal

endocervical, expondo o epitélio colunar ao ambiente vaginal. O canal vaginal é mais ácido que o endocervical, lesionando de forma persistente as células colunares, que são substituídas por células escamosas, processo denominado de metaplasia escamosa.¹⁵

A área de metaplasia escamosa é o sítio mais comum de carcinogênese do HPV. Isso acontece porque o vírus precisa infectar células que estão em constante divisão celular a fim de aproveitar as enzimas do processo mitótico para a sua própria replicação. Desta forma, o alvo do vírus são as células basais do epitélio escamoso cervical, as quais estão naturalmente mais expostas na área de metaplasia escamosa e, portanto, mais vulneráveis à infecção.¹⁶

Ao invadir as células basais, o HPV se estabelece no núcleo celular, onde dá início a sua amplificação gênica, criando por volta de 10 a 50 cópias. Em seguida, o vírus entra num estágio de manutenção, mantendo o número de cópias constante. Durante a diferenciação celular, a célula infectada passa da fase de manutenção para a fase de replicação vegetativa devido a fatores desconhecidos. Nessa fase, ocorre uma grande replicação viral e também a expressão dos oncogenes E6 e E7, que tem o propósito de promover o crescimento celular e inibir a apoptose. O gene E7 cumpre a função de manter a célula em fase S, enquanto o gene E6 se liga à proteína p53, marcando-a para proteólise. A consequência desse processo é que o queratinócito entra novamente no ciclo celular, o que não deveria acontecer, e torna-se incapaz de fazer os devidos reparos no seu DNA ou entrar em apoptose, causando, no pior cenário, o câncer.^{16,17}

Precedendo o câncer, temos lesões não invasivas chamadas de neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC) quando originadas no epitélio escamoso e os adenocarcinomas in situ (AIS) quando originadas no epitélio colunar. As NIC podem ser classificadas em 3 graus: NIC I, considerada de baixo grau e comprometendo o terço inferior do epitélio, NIC II e NIC III, consideradas de alto grau e comprometendo, respectivamente, os dois terços inferiores e todos os três terços do epitélio. Essas lesões são geralmente assintomáticas, mas pode se suspeitar do seu diagnóstico a partir do exame citológico do Papanicolau. A confirmação e classificação só pode ser feita com uma biópsia cervical e um posterior estudo anatomopatológico.¹⁵

Caso o anatomopatológico evidencie um rompimento da membrana basal pelo tumor, confirma-se o diagnóstico do câncer de colo de útero. Diferente das lesões precursoras, as lesões invasivas podem apresentar clínica, sendo os sintomas mais

comuns dos estágios iniciais: metrorragia, menorragia, sinusorragia, corrimento, urgência miccional, polaciúria e cistite recorrente. Já dos estágios mais avançados, pode haver anemia, dispnéia, caquexia, hematúria, uropatia obstrutiva, edema e dor abdominal.¹⁵

O estadiamento da doença é feito utilizando a classificação da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), o qual se baseia no tamanho e na extensão da doença. O estágio 1 se refere ao câncer restrito ao colo do útero enquanto o estágio 2 se refere ao câncer que se estende para além do colo, mas sem invasão da parede pélvica, podendo haver comprometimento do terço superior da vagina. No estágio 3, há invasão da parede pélvica e/ou do terço inferior da vagina e/ou presença de hidronefrose ou rim não-funcionante. O estágio 4 é o mais avançado e diz respeito ao câncer que se estende para além da pelve e/ou invade a mucosa vesical ou retal.¹⁵

2.4 TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O tratamento consiste em cirurgia e/ou radioterapia ou quimioterapia, com base no estágio que a doença se encontra.¹⁸ Nos casos diagnosticados precocemente, cirurgia e radioterapia são mais indicados e para casos mais avançados, radioterapia e quimioterapia.¹⁹ Os tumores em estágios iniciais, de IA a IIA, são tratados preferencialmente com procedimentos cirúrgicos. Na contra-indicação desse, os pacientes em qualquer idade são tratados com radioterapia exclusiva. O tratamento dos tumores localmente avançados é feito através da associação de quimioterapia com cisplatina e radioterapia.²⁰

A utilização da quimioterapia antineoplásica como método terapêutico apresenta-se promissora devido às purificações das drogas e à elaboração de protocolos de administração que autorizam a utilização de mais de um composto.²¹

De acordo com o tipo de tratamento podem ocorrer diferentes efeitos colaterais, como disfunção¹⁸, especialmente ao nível do sistema urinário e genital, além de interferir na vida sexual. Ademais, a doença tem impacto psicossocial, o qual, somado ao dano físico, deteriora a qualidade de vida.¹⁹

A aceitação dos tratamentos médicos é estritamente dependente das consequências que pode trazer à qualidade de vida do paciente. Por isso, é um dos fatores mais importantes na avaliação do tratamento médico.¹⁸

3. MÉTODOS

O presente estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná em outubro de 2022 sob o número 5.659.446.

Trata-se de um estudo observacional analítico transversal, no qual foram entrevistados pacientes do Ambulatório de Oncologia do Hospital São Vicente através do questionário EORTC QLQ-C30 e QLQ-CX24 e seus prontuários foram analisado no período de dezembro de 2022 a março de 2023.

O estudo foi realizado no setor de Oncologia do Hospital São Vicente (Curitiba/PR), serviço de referência no Estado, que possui grande demanda de pacientes da capital paranaense e região metropolitana.

3.1 PACIENTES

Foram incluídos neste estudo pacientes maiores de 18 anos com diagnóstico de câncer de colo de útero ou displasia de colo de útero que aceitaram assinar o TCLE e responder o questionário aplicado. Os prontuários foram acessados pelo sistema MVPEP do HSV, através do nome e idade da paciente.

No **quadro 1** estão dispostos os dados que foram coletados dos prontuários.

Quadro 1 - Dados coletados dos prontuários eletrônicos

Dados epidemiológicos	Idade Escolaridade Ocupação
Dados demográficos	Gestações Partos Abortos
Dados clínicos	Diagnóstico Tratamento realizado

Fonte: os autores (2023)

3.2 EORTC QLQ-C30 E MÓDULO QLQ-CX24

A coleta de dados de qualidade de vida foi feita através do questionário da EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER (EORTC). O questionário QLQ-C30 conta com 30 itens divididos em três grupos: estado global de saúde, escala funcional e escala sintomática. Este cálculo emprega uma transformação linear para garantir que os resultados dos grupos estejam limitados a uma escala de 0 a 100. Quanto maiores forem os valores na escala funcional e no estado de saúde global, maior será o funcionamento e a saúde, o que resultará em uma qualidade de vida melhor. Quanto maiores os valores na escala sintomática, maior será a prevalência dos sintomas e, portanto, pior será a qualidade de vida. O módulo QLQ-CX24 é específico do câncer de colo uterino e também apresenta escalas funcionais e sintomáticas com o mesmo processo de transformação linear.

Nos **quadro 2** e **quadro 3** estão as escalas avaliadas em cada um dos questionários referentes à qualidade de vida.

Quadro 2 - Dados coletados do questionário EORTC QLQ-C30

Estado de saúde global	Qualidade de vida
Escalas funcionais	Funcionalidade física, desempenho de atividades, funcionalidade emocional, funcionalidade cognitiva, funcionalidade social.
Escala de sintomas	Fadiga, náuseas e vômitos, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia, dificuldades financeiras.

Fonte: os autores (2023)

Quadro 3 - Dados coletados do questionário EORTC QLQ-CX24

Escalas funcionais	Atividade sexual, Prazer sexual
Escalas de sintomas	Experiência de sintomas, Percepção do corpo, Funcionalidade vaginal, Linfedema, Neuropatia periférica, Sintomas de menopausa, Preocupação sexual

Fonte: os autores (2023)

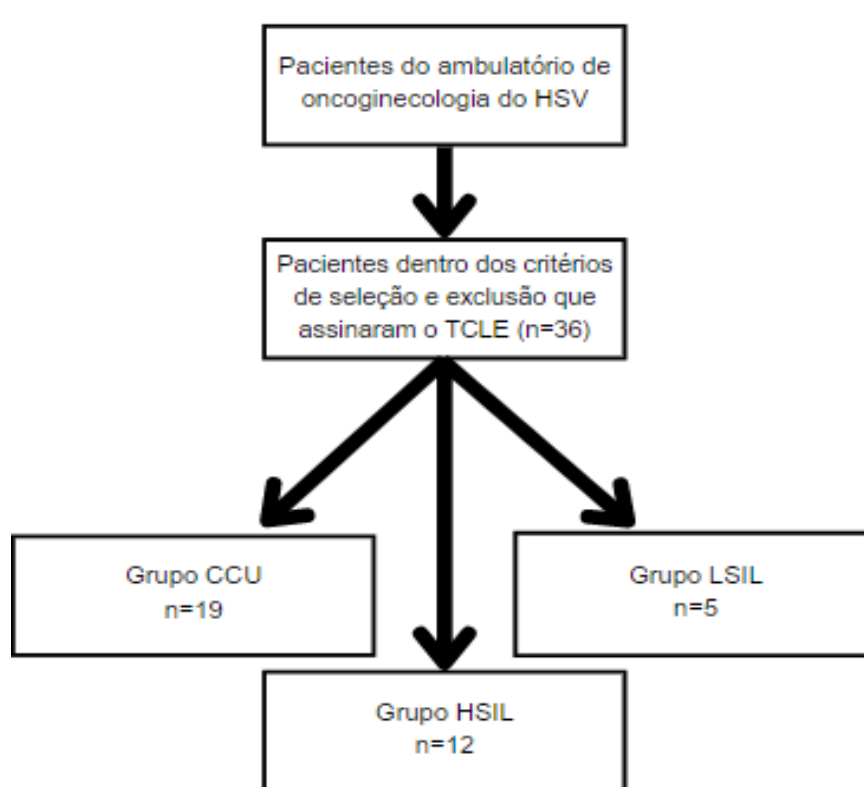
3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram organizados em planilha Excel® e analisados com o programa computacional IBM SPSS Statistics v.28.0. Resultados de variáveis quantitativas foram descritos por média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. Para variáveis categóricas foram apresentados frequência absoluta e percentual. A comparação dos grupos CCU, HSIL e LSIL, em relação às variáveis quantitativas, foi feita usando-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis e o teste post-hoc de Dunn. Dois grupos foram comparados usando-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Ambos os testes não-paramétricos foram ajustados para empates. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Para as comparações múltiplas feitas pelo teste de Dunn os valores de p foram corrigidos por Bonferroni.

4. RESULTADOS

Durante o período de dezembro de 2022 e março de 2023 foram, ao todo, 36 pacientes entrevistados com os questionários EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-CX24, seguido de uma análise de seus prontuários no serviço de oncologia ginecológica do Hospital São Vicente. Os pacientes foram então divididos em 3 grupos: displasia de baixo grau ou low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL), displasia de alto grau ou high-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) e, por fim, o câncer de colo de útero (CCU).

Fluxograma 1 - Diagrama de identificação e seleção das amostras analisadas



Fonte: os autores (2023)

Analisando a faixa etária, foi observado uma média de 43,9 anos entre os 36 pacientes, com uma idade mínima de 22 e máxima de 71 anos. Entre aqueles com HSIL, obteve-se uma idade média de 31,6 anos, enquanto naqueles com CCU obteve-se uma idade média de 51,2 anos. Foi possível observar diferença significativa de idade entre os grupos ($p < 0,001$) e, quando comparados dois a dois, observou-se significância na diferença entre HSIL e CCU ($p < 0,001$) e entre HSIL e LSIL ($p = 0,032$).

TABELA 1 – Grupos x Idade

Grupo	Idades (anos)						p
	n	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	
CCU	19	51,2	13	54	33	71	
HSIL	12	31,6	6,7	31	22	45	<0,001
LSIL	5	45,8	3,5	44	44	52	
Total	36	43,9	43	43	22	71	

Fonte: os autores (2023)

Em relação à escolaridade, observa-se no grupo CCU uma maior quantidade de mulheres com o ensino fundamental incompleto (36,84%). No grupo HSIL houve equilíbrio entre fundamental incompleto, médio completo e superior completo, cada um representando 25,00% da amostra. Já no LSIL, obteve-se 20% em cada um dos níveis de escolaridade, exceto superior incompleto, o qual não foi visto em nenhum dos 3 grupos.

TABELA 2 – Grupos x Escolaridade

Escolaridade	Diagnóstico					
	CCU (n=19)		HSIL (n=12)		LSIL (n=5)	
	n	%	n	%	n	%
Fundamental incompleto	7	36,84%	3	25,00%	1	20,0%
Fundamental completo	2	10,53%	2	16,67%	1	20,0%
Médio incompleto	0	0,00%	1	8,33%	1	20,0%
Médio completo	5	26,32%	3	25,00%	1	20,0%
Superior incompleto	0	0,00%	0	0,00%	0	0,0%
Superior completo	5	26,32%	3	25,00%	1	20,0%

Fonte: os autores (2023)

Na história obstétrica, observa-se no grupo CCU que a maioria dos pacientes teve 3 ou mais gestações (57,90%), quase metade teve 3 ou mais partos normais (47,40%) e a maioria nunca tinha feito cesárea (73,70%). Entre aqueles com HSIL, 41,70% teve 3 ou mais gestações, a maioria nunca fez parto normal (66,70%), mas metade já havia passado por cesárea (50%). Todos do grupo LSIL já haviam gestado alguma vez na vida e mais da metade (60%) fez cesariana.

TABELA 3 – Grupos x História Obstétrica

Variável	Quantidade	Diagnóstico					
		CCU (n=19)		HSIL (n=12)		LSIL (n=5)	
		n	%	n	%	n	%
Gestações	0	3	15,80%	5	41,70%	0	0%
	1 ou 2	5	26,30%	2	16,70%	3	60%
	3 a 6	11	57,90%	5	41,70%	2	40%
Partos normais	0	7	36,80%	8	66,70%	1	20%
	1 ou 2	3	15,80%	4	33,30%	3	60%
	3 a 6	9	47,40%	0	0%	1	20%
Cesáreas	0	14	73,70%	6	50,00%	2	40%
	1	2	10,50%	2	16,70%	3	60%
	2 ou 3	3	15,80%	4	33,30%	0	0%
Abortos	0	16	84,20%	10	83,30%	5	100%
	1	2	10,50%	2	16,70%	0	0%
	2	1	5,30%	0	0%	0	0%

Fonte: os autores (2023)

O questionário EORTC QLQ-C30 e QLQ-CX24 possuem, ao todo, 24 escalas que podem ser divididas em funcionais e sintomáticas e seu escore varia de 0 a 100. Nas escalas funcionais, escores mais próximos de 100 representam melhor funcionalidade, enquanto nas escalas sintomáticas representam maior prevalência de

sintomas. A partir disso, foi aplicado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis a fim de comparar os resultados de CCU, HSIL e LSIL.

Evidenciou-se diferença significativa entre os 3 grupos diante da dificuldade financeira ($p=0,017$). Para essa variável, quando comparados dois a dois, obteve-se diferença significativa entre CCU e HSIL ($p=0,049$), apontando maior dificuldade para os portadores de câncer. Também foi observado significância na diferença da atividade sexual entre os grupos ($p=0,042$) e, comparando CCU diretamente ao HSIL, notou-se diferença significativa ($p=0,049$), demonstrando que aqueles com HSIL têm mais atividade sexual. Entretanto, quando CCU foi comparado a LSIL pôde-se perceber apenas uma tendência à significância ($p=0,076$).

Para o grupo CCU, a média da escala de qualidade de vida foi de 64,9. Nas escalas funcionais a média de escore mais alta foi na funcionalidade social (78,9) enquanto a mais baixa foi na atividade sexual (19,3). Nas escalas sintomáticas, a média mais alta foi na funcionalidade vaginal (46,3) e a mais baixa foi na náuseas e vômitos (7,9).

HSIL obteve uma média de QV de 76,4. As escalas funcionais que pontuaram uma média maior e menor foram as mesmas de CCU: funcionalidade social (94,4) e atividade sexual (47,2). Nas escalas sintomáticas a maior média foi na preocupação sexual (50) e a menor foi na dificuldade financeira (5,3).

No grupo LSIL, a QV ficou com média de 66,7. Desempenho de atividades (100) e atividade sexual (33,3) foram respectivamente as maiores e menores médias entre as escalas funcionais. Neuropatia periférica (46,7) teve a maior média de escore entre as escalas sintomáticas. Nenhum paciente queixou-se de perda de apetite (0), constipação (0), diarreia (0) ou dificuldade financeira (0).

TABELA 4 – Grupos x Escores de qualidade de vida (continua)

Escalas	Grupo	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	p
Funcionalidade física	CCU	19	73,3	73,3	33,3	100	0,144
	HSIL	12	85,6	93,3	46,7	100	
	LSIL	5	89,3	86,7	80	100	

	CCU	19	69,3	83,3	0	100	
Desempenho de atividades	HSIL	12	81,9	100	16,7	100	
	LSIL	5	100	100	100	100	0,103
	CCU	19	56,1	58,3	0	100	
Funcionalidade emocional	HSIL	12	54,2	58,3	0	100	
	LSIL	5	48,3	58,3	25	66,7	0,754

TABELA 4 – Grupos x Escores de qualidade de vida (continua)

	CCU	19	74,6	83,3	33,3	100	
Funcionalidade cognitiva	HSIL	12	70,8	75	0	100	
	LSIL	5	83,3	83,3	50	100	0,737
	CCU	19	78,9	100	0	100	
Funcionalidade social	HSIL	12	94,4	100	66,7	100	
	LSIL	5	96,7	100	83,3	100	0,235
	CCU	19	19,3	0	0	66,7	
Atividade sexual	HSIL	12	47,2	33,3	0	100	
	LSIL	5	33,3	33,3	33,3	33,3	0,042
	CCU	9	40,7	33,3	0	66,7	
Prazer sexual	HSIL	10	53,3	50	0	100	
	LSIL	5	46,7	33,3	33,3	66,7	0,764
	CCU	19	64,9	66,7	16,7	100	
QV	HSIL	12	76,4	83,3	16,7	100	
	LSIL	5	66,7	58,3	50	100	0,473
	CCU	19	35,7	44,4	0	100	
Fadiga	HSIL	12	31,5	22,2	0	100	
	LSIL	5	13,3	11,1	0	22,2	0,415

	CCU	19	7,9	0	0	50	
Náuseas e	HSIL	12	18,1	8,3	0	100	
Vômitos	LSIL	5	6,7	0	0	16,7	0,442
	CCU	19	35,1	16,7	0	100	
	HSIL	12	27,8	8,3	0	100	
Dor	LSIL	5	26,7	33,3	16,7	33,3	0,609
	CCU	19	15,8	0	0	100	
	HSIL	12	11,1	0	0	100	
Dispneia	LSIL	5	13,3	0	0	33,3	0,641

TABELA 4 – Grupos x Escores de qualidade de vida (conclusão)

	CCU	19	45,6	66,7	0	100	
	HSIL	12	47,2	33,3	0	100	
Insônia	LSIL	5	40	66,7	0	66,7	0,904
	CCU	19	12,3	0	0	100	
	HSIL	12	16,7	0	0	100	
Perda de apetite	LSIL	5	0	0	0	0	0,486
	CCU	19	17,5	0	0	66,7	
	HSIL	12	33,3	33,3	0	100	
Constipação	LSIL	5	0	0	0	0	0,083
	CCU	19	29,8	33,3	0	100	
	HSIL	12	16,7	0	0	100	
Diarreia	LSIL	5	0	0	0	0	0,066
	CCU	19	40,4	33,3	0	100	
	HSIL	12	5,6	0	0	33,3	
Dificuldades financeiras	LSIL	5	0	0	0	0	0,017
	CCU	19	25	27,3	0	66,7	
	HSIL	12	22,5	15,2	3	63,6	
Experiência de sintomas	LSIL	5	18,2	15,2	3	42,4	0,863
	CCU	19	40,4	33,3	0	100	
	HSIL	12	17,6	11,1	0	66,7	
Percepção do corpo	LSIL	5	8,9	0	0	33,3	0,295
	CCU	9	46,3	58,3	0	100	
	HSIL	10	12,5	8,3	0	41,7	
Funcionalidade Vaginal	LSIL	5	11,7	8,3	0	25	0,169
	CCU	19	24,6	0	0	100	
Linfedema	HSIL	12	13,9	0	0	33,3	0,966

	LSIL	5	13,3	0	0	33,3	
	CCU	19	40,4	33,3	0	100	
	HSIL	12	38,9	33,3	0	100	
Neuropatia periférica	LSIL	5	46,7	33,3	33,3	66,7	0,81
	CCU	19	35,1	0	0	100	
	HSIL	12	16,7	0	0	66,7	
Sintomas de menopausa	LSIL	5	26,7	33,3	0	66,7	0,396
	CCU	19	35,1	0	0	100	
	HSIL	12	50	50	0	100	
Preocupação sexual	LSIL	5	6,7	0	0	33,3	0,161

Fontes: os autores (2023)

Aplicou-se os mesmo testes sobre os resultados do questionário EORTC separando o grupo CCU entre aqueles hysterectomizados e não hysterectomizados, comparando-os. Não houve diferença significativa em nenhuma das escalas, mas pôde-se observar uma tendência a significância nas escalas sintomáticas de fadiga ($p=0,072$) e constipação ($p=0,072$).

TABELA 5 – QLQ comparando hysterectomizados e não hysterectomizados (continua)

Variável	Hysterectomia	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	p
Funcionalidade física	Não	13	69,2	73,3	33,3	100	
	Sim	6	82,2	86,7	40	100	0,152
Desempenho de atividades	Não	13	64,1	83,3	0	100	
	Sim	6	80,6	100	0	100	0,323
Funcionalidade emocional	Não	13	55,8	66,7	0	100	
	Sim	6	56,9	54,2	25	91,7	0,999
Funcionalidade cognitiva	Não	13	76,9	83,3	33,3	100	
	Sim	6	69,4	66,7	50	100	0,521
Funcionalidade	Não	13	84,6	100	0	100	0,521

social	Sim	6	66,7	83,3	0	100	
Atividade sexual	Não	13	12,8	0	0	33,3	
	Sim	6	33,3	33,3	0	66,7	0,179
Prazer sexual	Não	5	40	33,3	0	66,7	
	Sim	4	41,7	50	0	66,7	0,905
QV	Não	13	60,9	50	16,7	100	
	Sim	6	73,6	83,3	33,3	100	0,467
Fadiga	Não	13	44,4	44,4	0	100	
	Sim	6	16,7	11,1	0	66,7	0,072
Náuseas e Vômitos	Não	13	11,5	0	0	50	
	Sim	6	0	0	0	0	0,21
Dor	Não	13	43,6	33,3	0	100	
	Sim	6	16,7	0	0	66,7	0,179
Dispneia	Não	13	20,5	0	0	100	
	Sim	6	5,6	0	0	33,3	0,416

TABELA 5 – QLQ comparando hysterectomizados com não hysterectomizados (conclusão)

Insônia	Não	13	48,7	66,7	0	100	
	Sim	6	38,9	33,3	0	100	0,639
Perda de apetite	Não	13	17,9	0	0	100	
	Sim	6	0	0	0	0	0,323
Constipação	Não	13	25,6	33,3	0	66,7	
	Sim	6	0	0	0	0	0,072
Diarreia	Não	13	33,3	33,3	0	100	
	Sim	6	22,2	0	0	100	0,416
Dificuldades	Não	13	38,5	33,3	0	100	0,898

financeiras	Sim	6	44,4	33,3	0	100	
Experiência de sintomas	Não	13	27,7	27,3	0	66,7	
	Sim	6	19,2	18,2	0	42,4	0,416
Percepção do corpo	Não	13	41	33,3	0	100	
	Sim	6	38,9	22,2	0	100	0,831
Funcionalidade vaginal	Não	5	46,7	25	0	100	
	Sim	4	45,8	58,3	0	66,7	0,905
Linfedema	Não	13	23,1	0	0	100	
	Sim	6	27,8	16,7	0	100	0,639
Neuropatia periférica	Não	13	51,3	66,7	0	100	
	Sim	6	16,7	0	0	66,7	0,106
Sintomas de menopausa	Não	13	38,5	33,3	0	100	
	Sim	6	27,8	0	0	100	0,579
Preocupação sexual	Não	13	35,9	33,3	0	100	
	Sim	6	33,3	0	0	100	0,765

Fontes: os autores (2023)

5. DISCUSSÃO

No presente estudo foi possível evidenciar, com significância, que os pacientes com CCU são mais velhos que aqueles com HSIL (Tabela 1) e, embora também tenha tido significância entre HSIL e LSIL ($p=0,032$), isso pode se dar à baixa amostragem de LSIL ($n=5$). A idade média dos pacientes com CCU foi de 51,2 anos, que está de acordo com o pico de incidência preconizado na literatura.²² O valor foi um pouco inferior ao de estudos nacionais, como os feitos por Fernandes e Kimura, com 53,13 anos, e por Dallabrida et al., com 54,6 anos.^{23,24}

Sabe-se que um baixo nível de instrução é um fator predisponente para o surgimento do câncer de colo de útero. Além do difícil acesso à saúde, o desconhecimento acerca da doença leva os pacientes a não valorizarem o rastreamento ou a não buscarem tratamento correto para as lesões pré-malignas.²⁴

Desta forma, verificou-se que uma grande parcela dos pacientes com CCU tinham ensino fundamental incompleto (36,84%) corroborando com outros estudos, como o de Mascarello et al (38,6%).²⁵ (Tabela 2) O trabalho de Santos et al. traz a escolaridade do nível fundamental completo e incompleto de forma agrupada, representando 44,4% da amostra, valor próximo aos 47,40% do nosso estudo.²² Sang et al., em um estudo semelhante, também traz a escolaridade agrupada, mas em nível igual ou inferior a *middle school* (51,1%), perto da porcentagem que encontramos.²⁶

No presente estudo, ficou evidente uma diferença significativa na dificuldade financeira entre aqueles com HSIL e CCU ($p=0,049$). (Tabela 4) Essa é uma das principais queixas entre os pacientes com câncer de colo de útero. O estudo de Endale et al. observou que, dos 416 pacientes, 71% relataram já ter tido alguma dificuldade financeira relacionada ao tratamento.²⁷ A explicação para isso pode estar na epidemiologia: além de pertencerem a população economicamente ativa, com idade média de 51,2 anos, muitos dos pacientes são de baixa renda^{11,24} e, devido à doença e ao tratamento, se vêem forçados a parar de trabalhar — às vezes por até 2 anos.²⁸ (Tabela 3)

A saúde sexual também é um fator importante no que diz respeito à qualidade de vida. Seu comprometimento é comum após o tratamento do câncer, sendo considerada uma das queixas mais aflitivas pelos pacientes.^{11,26} Nosso estudo identificou que a maioria daqueles com CCU não têm relações sexuais e que a diferença foi significativa entre esses e aqueles com HSIL ($p=0,049$), os quais têm mais atividade sexual. (Tabela 4) Fatores que possivelmente colaboram para esse achado poderiam ser a funcionalidade vaginal (46,3), a percepção do corpo (40,4) e a preocupação sexual (35,1), as quais obtiveram altas médias entre os sintomas. Com exceção da preocupação sexual, essas médias foram consideravelmente menores nos pacientes com HSIL. Correia et al. identificou que uma das principais justificativas dadas pelos pacientes tratados foi o medo e o sangramento vaginal, os quais estão intimamente ligados, respectivamente, às escalas de preocupação sexual e de funcionalidade vaginal do QLQ-CX24.¹¹

A média da atividade sexual obtida entre os pacientes com CCU foi de 19,9 no presente estudo, muito semelhante ao de Bjelic et al.: 19,3 naqueles em tratamento e 23,9 naqueles fora de tratamento.²⁹ (Tabela 4) Os problemas sexuais em pacientes

com CCU são encontrados em diversos estudos e muitos persistem mesmo após o fim do tratamento, com prevalência em torno de 70%.^{11,23,29} Além disso, a redução da atividade sexual também pode estar associada a fadiga e a náusea, que estão mais presentes entre esses pacientes.²⁶

Ao comparar os escores médios dos questionários QLQ-C30 respondidos pelos pacientes com CCU do nosso estudo com os da população feminina geral do estudo de Nolte et al. foi possível perceber discrepância em várias escalas, embora a escala de qualidade de vida tenha sido similar: 64,9 do nosso estudo contra 64,3 do geral.³⁰ (Tabela 4) No presente estudo a escala funcional com maior escore médio foi a de funcionalidade social (78,9) e esta foi a que mais se aproximou da população feminina geral (85,7). A maior disparidade foi percebida na escala emocional em que nosso estudo registrou 15,8 pontos a menos na média (56,1). Entre as escalas sintomáticas do QLQ-C30, as maiores discrepâncias foram vistas na dificuldade financeira e diarreia, tendo uma média de, respectivamente, 29,5 e 20,8 pontos a mais que a média da população feminina geral, indicando maior presença desses sintomas.

Ainda comparando as médias com o estudo de Nolte et al., o grupo HSIL fez 12,1 pontos a mais na média da escala de qualidade de vida (76,4).³⁰ (Tabela 4) Pontuou de forma quase similar na funcionalidade física e desempenho de atividade. Entretanto, nas escalas emocional e cognitiva fez 17,7 e 13,5 pontos a menos respectivamente, enquanto na escala social fez 8,7 pontos a mais (94,4). Nos sintomas, a maior diferença percebida foi na constipação e insônia, apontando uma maior presença desses entre os pacientes com HSIL.²⁹

A fim de comparar os tratamentos, subdividiu-se o grupo do CCU entre aqueles que fizeram histerectomia (n=6) e aqueles que não a fizeram (n=13) (Tabela 5), mas os testes não encontraram diferença significativa entre os grupos em nenhuma das escalas. O que se observou foi apenas uma tendência a significância ao comparar a fadiga e a constipação entre os dois grupos ($p=0,072$), o que poderia ser esclarecido com uma amostragem maior.

Em nosso estudo, os pacientes histerectomizados obtiveram uma média de 73,6 na escala de qualidade de vida, resultado melhor que o dos pacientes operados nos trabalhos de Sang et al. (64,2) e de Bjelic-Radisic et al. (62,9).^{26,29} (Tabela 5) Já as médias de escore obtidas nas escalas funcionais dos pacientes histerectomizados

foram de 82,2 na funcionalidade física; 80,6 no desempenho de atividades; 56,9 na emocional; 69,4 na cognitiva e 66,7 na social. Os valores da funcionalidade física e desempenho de atividade foram ligeiramente superiores aos dos pacientes já tratados cirurgicamente no estudo de Sang et al., enquanto os outros foram consideravelmente inferiores.²⁶ Essa discrepância tanto na escala funcional quanto na média de qualidade de vida pode se dar à baixa amostragem de pacientes do grupo CCU histerectomizados (n=6).

Os pacientes não histerectomizados, quando comparados com os do trabalho de Bjelic et al., obtiveram médias menores em todas as escalas funcionais, exceto na de funcionalidade social.²⁹ (Tabela 5) A média da escala de qualidade de vida (60,9) também foi inferior aos 64,1 do estudo, embora ainda esteja próximo.²⁹ As únicas escalas de sintomas que obtiveram médias menores foram a de náuseas e vômitos e perda de apetite.²⁹ No estudo de Sang et al.²⁶, os pacientes se saíram melhor nas escalas funcionais de funcionalidade social e cognitiva. A média da qualidade de vida (60,9) foi ligeiramente inferior aos 62,2 das coreanas. Nas escalas de sintomas os pacientes não operados obtiveram menores médias de escore na escala de constipação (25,7) e dificuldade financeira (38,5). De uma forma geral, os pacientes não histerctomizados do nosso estudo possuem piores escores médios quando comparados aos pacientes não histerectomizados do estudo coreano.²⁶

6. CONCLUSÃO

O resultado do nosso estudo trouxe um pouco do perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de colo de útero, os quais são, em grande parte, mulheres de meia idade, multíparas e de baixa escolaridade. Diante desse achado, pode-se afirmar que é necessário um aperfeiçoamento nos programas de prevenção e rastreio do câncer de colo de útero, buscando atingir de maneira mais precisa e precoce esse público-alvo. O investimento na educação, como sempre, é uma ferramenta indispensável para combater essa doença, porque os baixos níveis de instrução estão relacionados ao seu surgimento.²⁴ Não menos importante são os programas de vacinação contra o HPV que também necessitam de bons níveis de escolaridade para sua adesão e visam a diminuição da incidência do câncer de colo de útero no futuro.

Quanto à qualidade de vida, as médias no estado de saúde global do CCU (64,9) e LSIL (66,7) foram próximas da população geral (64,3), enquanto HSIL (76,4)

pontuou consideravelmente mais.³⁰ Além disso, quando analisamos as pacientes histerectomizadas e não histerectomizadas, a média da qualidade de vida foi de 73,6 e 60,9, respectivamente, sugerindo uma investigação futura com uma amostra maior.

Desta forma, os achados do presente estudo contribuem para direcionar e orientar as condutas dos profissionais e das equipes multidisciplinares, além de propiciar uma melhor abordagem na intervenção do câncer e a devida atenção a todas as esferas que compõem a qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

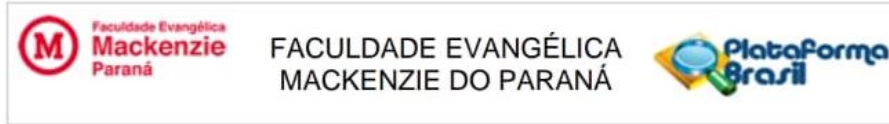
1. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Heal*. 2020;8(2):e191–203.
2. INCA. DADOS E NÚMEROS SOBRE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO Relatório Anual 2022 Acesse : www.inca.gov.br/utero Rio de Janeiro. 2022;28.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
4. Reis NVS, Andrade BB, Guerra MR, Teixeira MTB, Malta DC, Passos VMA. The global burden of disease study estimates of Brazil's cervical cancer burden. *Ann Glob Heal*. 2020;86(1):1–12.
5. Manini, I; Montomoli, E. Epidemiology and prevention of Human Papillomavirus. *Annali Di Igiene: Medicina Preventiva E Di Comunita*. 2018 Jul;30(4 Supple 1):28-32.
6. Cohen PA, et al. Cervical cancer. *Lancet*. 2019 Jan;393(10167):169-182.
7. Mauer ME, Bottomley A, Coens C, Gotay C. Prognostic factor analysis of health-related quality of life data in cancer: A statistical methodological evaluation. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2008;8(2):179–96.
8. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. Vol. 28, *Quality of Life Research*. 2019. p. 2641–50.
9. Quinten C, et al. Baseline quality of life as a prognostic indicator of survival: a meta-analysis of individual patient data from EORTC clinical trials. *Lancet Oncol*. 2009 Sep;10(9):865-871.
10. Noronha DD, Martins AME de BL, Dias D dos S, Silveira MF, Paula AMBD, Haikal DSA. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016 Feb;21(2):463–74.
11. Correia RA, Bonfim CV do, Feitosa KMA, Furtado BMASM, Ferreira DK da S, Santos SL dos. Disfunção sexual após tratamento para o câncer do colo do útero. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2020;54:1–8.

12. Aaronson NK, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst.* 1993;85(5):365-76.
13. Fayers PM, et al. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer; 2001.
14. Dunne EF, Park IU. HPV and HPV-associated diseases. *Infect Dis Clin North Am.* 2013;27(4):765–78.
15. Sellors JW, Sankaranarayanan R. Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Beginners' Manual. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2003.
16. Cospér PF, Bradley S, Luo L, Kimple RJ. Biology of HPV Mediated Carcinogenesis and Tumor Progression. *Semin Radiat Oncol.* 2021;31(4):265–73.
17. McBride AA. Replication and Partitioning of Papillomavirus Genomes. *Adv Virus Res.* 2008;72:155-205.
18. Tax C, Steenberg ME, Zusterzeel PLM, Bekkers RLM, Rovers MM. Measuring health-related quality of life in cervical cancer patients: A systematic review of the most used questionnaires and their validity. *BMC Med Res Methodol.* 2017;17(1):1–9.
19. Correia RA, Bonfim CV do, Ferreira DK da S, Furtado BMASM, Costa HVV da, Feitosa KMA, et al. Quality of life after treatment for cervical cancer. *Esc Anna Nery.* 2018;22(4).
20. Vilaça M do N, Martins Junior ML, Scherrer LR, Nogueira-Rodrigues A. Diferenças nos Padrões de Tratamento e nas Características Epidemiológicas entre Pacientes Idosas e Adultas Portadores de Câncer do Colo do Útero. *Rev Bras Cancerol.* 2012;58(3):497–505.
21. Frigo LF, Zambarda SDO. CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: efeitos do tratamento. *Cinergis.* 2015;16(3):164–8.
22. Santos ALA, Moura JF do P, Santos CA de AL, Figueiroa JN, Souza AI. Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com Câncer do Colo do Útero em Tratamento Radioterápico. *Rev. Bras. Cancerol.* 2012;58(3):507-15.

23. Fernandes WC, Kimura M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18:360-367.
24. Dallabrida FA, Loro MM, Rosanelli CDLSP, Souza MM de, Gomes JS, Kolankiewicz ACB. Quality of life of women undergoing treatment for cervical cancer. *Rev da Rede Enferm do Nord*. 2014;15(1):116–22.
25. Mascarello KC, Silva NF, Piske MT, Viana KCG, Zandonade 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.
26. Sang YP, Bae DS, Joo HN, Chong TP, Cho CH, Jong ML, et al. Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population. *Cancer*. 2007;110(12):2716–25.
27. Endale H, Mulugeta T, Habte T. The Socioeconomic Impact of Cervical Cancer on Patients in Ethiopia: Evidence from Tikur Anbessa Specialized Hospital. *Cancer Manag Res*. 2022;14(May):1615–25.
28. Klee M, Thranov I, Machin D. Life after radiotherapy: The psychological and social effects experienced by women treated for advanced stages of cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2000;76(1):5–13.
29. Bjelic-Radisic V, Jensen PT, Vlastic KK, Waldenstrom AC, Singer S, Chie W, et al. Quality of life characteristics inpatients with cervical cancer. *Eur J Cancer*. 2012;48(16):3009–18.
30. Nolte S, Liegl G, Petersen MA, Aaronson NK, Costantini A, Fayers PM, et al. General population normative data for the EORTC QLQ-C30 health-related quality of life questionnaire based on 15,386 persons across 13 European countries, Canada and the United States. *Eur J Cancer*. 2019;107:153-163.

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Pesquisador: FABIO ROBERTO FIN

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62816022.0.0000.0103

Instituição Proponente: INSTITUTO PRESBITERIANO MACKENZIE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.659.446

Apresentação do Projeto:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2001788.pdf submetido em 30 de agosto de 2022.

Desenho:

O estudo a ser realizado trata-se do tipo observacional analítico transversal. Serão analisados os prontuários e entrevistados 50 pacientes no serviço de oncologia do Hospital São Vicente. O questionário para realização da pesquisa será o EORTC QLQ-C30 junto com o módulo QLQ-CX24.

Serão aplicados em todas as pacientes com câncer de colo de útero que estejam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e assinem o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), entre novembro de 2022 e março de 2023.

Resumo:

Introdução: O câncer de colo de útero é um dos cânceres mais frequente no sexo feminino. A principal causa do câncer de colo uterino é a infecção persistente do Papilomavírus Humano (HPV). Os fatores de risco para o desenvolvimento de lesões precursoras e do câncer em si são: imunossupressão, maior exposição ao vírus e tabagismo. O tratamento se baseia na cirurgia oncológica e nos estados mais avançados faz-se uso da quimioterapia, da radioterapia e, mais recentemente, da imunoterapia. Tanto o câncer quanto seu tratamento impactam negativamente na vida sexual do paciente e também em sua qualidade de vida, que é um parâmetro de grande

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
Bairro: Bigorinho **CEP:** 80.730-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br

Continuação do Parecer: 5.659.446

utilidade para auxiliar os profissionais no que tange ao prognóstico e às decisões clínicas. A avaliação é feita através de questionários validados, os quais foram desenvolvidos pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) e serão utilizados neste estudo.

Hipótese:

H1. O caráter agressivo da doença piora a qualidade de vida do paciente.

H2. Pacientes com diagnóstico de câncer de colo uterino, em tratamento ou não, tem sua vida afetada pela malignidade da doença.

H3. Os efeitos colaterais do tratamento podem gerar decréscimo da sua qualidade de vida. H4. O impacto na saúde mental, vida social e sexual da doença também é um fator degradante.

Metodologia Proposta:

O estudo a ser realizado trata-se do tipo observacional analítico transversal. Serão analisados os prontuários e entrevistados 50 pacientes no serviço de oncologia do Hospital São Vicente. O questionário para realização da pesquisa será o EORTC QLQ-C30 junto com o módulo QLQ-CX24. Serão aplicados em todas as pacientes com câncer de colo de útero que estejam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão (a seguir) e assinem o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), entre novembro de 2022 e março de 2023.

Critério de Inclusão:

Serão incluídos os pacientes com diagnóstico de câncer de colo de útero e que estejam sendo acompanhados pelo serviço de oncologia do Hospital São Vicente.

Critério de Exclusão:

Não serão entrevistados pacientes menores de 18 anos e aqueles que se recusarem a assinar o TCLE.

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados coletados a partir dos questionários em anexo serão planilhados no programa Microsoft Excel. Será realizado o cálculo para se obter o score de qualidade de vida seguindo as instruções elaboradas pela EORTC. A partir disso, será feita uma análise estatística correlacionando os scores obtidos com as variáveis, como estágio da doença, escolaridade, idade e tratamento, que serão obtidos na análise dos prontuários. As variáveis contínuas serão comparadas com os testes t de

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
Bairro: Bigorinho **CEP:** 80.730-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br

Continuação do Parecer: 5.659.446

Student e Mann-Whitney, enquanto as variáveis categóricas serão comparadas com o teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher, conforme apropriado. Valores de p menores que 0,05 serão considerados estatisticamente significativos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com câncer de colo de útero tratados, em tratamento ou ainda não tratados.

Objetivo Secundário:

Comparar a qualidade de vida nos diferentes estágios da doença, bem como com os diferentes tratamentos e correlacionar com dados sociodemográficos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de um estudo observacional transversal que apresenta contato direto do pesquisador com o paciente para busca de informações, o estudo pode causar constrangimento ao paciente, porém os pesquisadores se comprometem em zelar pelo sigilo.

Todos os nomes dos pacientes serão substituídos por números e todos os dados serão guardados apenas no computador do pesquisador principal durante o trabalho. Após a finalização da pesquisa, todos os dados serão deletados.

Benefícios:

Não haverá benefícios diretos aos participantes da pesquisa, contudo o impacto sobre a comunidade científica em geral é esperado. Todavia, com a análise da qualidade de vida dos pacientes em tratamento do câncer de colo de útero, os profissionais de saúde e os serviços de oncologia podem ter uma visão ampla dos cuidados necessários para o bem-estar desses pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa elaborado por acadêmicos de medicina da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná sob orientação do Prof. Dr. Fabio Roberto Fin.

O Hospital São Vicente está vinculado ao protocolo de pesquisa como Instituição Coparticipante.

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
Bairro: Bigorriho **CEP:** 80.730-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@feapar.edu.br

Continuação do Parecer: 5.659.446

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Ver:

- Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações
- Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontrados óbices éticos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e suas complementares. Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná –CEP/FEMPAR, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da pesquisa.

Protocolo de pesquisa segue para análise e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tuiuti do Paraná

Considerações Finais a critério do CEP:

DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA:

Cabe ao pesquisador a responsabilidade de desenvolver o projeto de pesquisa conforme delineado, apresentado e aprovado neste parecer consubstanciado, atendendo as resoluções vigentes e suas complementares, em especial a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

Toda modificação ao projeto original, deve ser encaminhada pela Plataforma Brasil através da submissão de EMENDA, com a descrição completa e a devida justificativa das alterações, para a análise e emissão de parecer do Sistema CEP/CONEP.

RELATÓRIOS:

A partir da data de emissão do parecer de aprovação, deve ser encaminhada pela Plataforma Brasil através da submissão de NOTIFICAÇÃO, os relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas ao cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Ao término da pesquisa, o pesquisador responsável deve encaminhar o relatório final com os resultados e a conclusão do estudo.

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
Bairro: Bigorinho **CEP:** 80.730-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br

Continuação do Parecer: 5.659.446

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2001788.pdf	30/08/2022 16:51:09		Aceito
Outros	Checklist_FEMPAR.pdf	30/08/2022 16:50:24	MURILO RAHAL TAUIL	Aceito
Outros	termo.pdf	30/08/2022 16:47:50	MURILO RAHAL TAUIL	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	30/08/2022 16:46:26	MURILO RAHAL TAUIL	Aceito
Outros	curriculo.pdf	30/08/2022 16:37:29	MURILO RAHAL TAUIL	Aceito
Outros	artigo3.pdf	30/08/2022 16:35:52	MURILO RAHAL TAUIL	Aceito
Outros	artigo2.pdf	30/08/2022 16:35:32	MURILO RAHAL TAUIL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto1.pdf	30/08/2022 16:33:15	MURILO RAHAL TAUIL	Aceito
Outros	Checklist_UTP.pdf	30/08/2022 16:30:11	MURILO RAHAL TAUIL	Aceito
Outros	artigo1.pdf	30/08/2022 16:28:09	MURILO RAHAL TAUIL	Aceito
Outros	relatorio.pdf	30/08/2022 16:24:25	FABIO ROBERTO FIN	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	30/08/2022 16:23:18	FABIO ROBERTO FIN	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	prontuario.pdf	30/08/2022 16:07:15	MURILO RAHAL TAUIL	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	autorizacao.pdf	30/08/2022 16:04:33	MURILO RAHAL TAUIL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUTP.docx	30/08/2022 15:28:16	MURILO RAHAL TAUIL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
Bairro: Bigorriho **CEP:** 80.730-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br



FACULDADE EVANGÉLICA
MACKENZIE DO PARANÁ



Continuação do Parecer: 5.659.446

CURITIBA, 22 de Setembro de 2022

Assinado por:
ANA CRISTINA LIRA SOBRAL
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
Bairro: Bigorriho **CEP:** 80.730-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br

Página 06 de 06

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO EORTC QLQ-C30

	Não	Pouco	Moderadame nte	Muito
Você tem alguma dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
Você tem alguma dificuldade quando faz uma longa caminhada?	1	2	3	4
Você tem alguma dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	1	2	3	4
Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderadame nte	Muito
Foi difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?	1	2	3	4
Foi difícil praticar seu hobby ou participar de atividade de lazer?	1	2	3	4
Você teve falta de ar?	1	2	3	4
Você teve dor?	1	2	3	4
Você precisou repousar?	1	2	3	4
Você teve problemas para dormir?	1	2	3	4
Você se sentiu fraco(a)?	1	2	3	4
Você teve falta de apetite?	1	2	3	4
Você se sentiu enjoado(a)?	1	2	3	4
Você vomitou?	1	2	3	4
Você teve prisão de ventre?	1	2	3	4

Você teve diarreia?	1	2	3	4
Você esteve cansado(a)?	1	2	3	4
A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
Você teve dificuldade para se concentrar em coisas como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
Você se sentiu nervoso(a)?	1	2	3	4
Você esteve preocupado(a)?	1	2	3	4
Você se sentiu irritado(a) facilmente?	1	2	3	4
Você se sentiu deprimido(a)?	1	2	3	4
A sua condição física ou o tratamento médico interferiu em sua vida familiar?	1	2	3	4
A sua condição física ou o tratamento médico interferiu em suas atividades sociais?	1	2	3	4
A sua condição física ou o tratamento médico lhe trouxe dificuldades financeiras?	1	2	3	4

Como você classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?						
1	2	3	4	5	6	7
Como você classificaria a sua qualidade de vida em geral durante a última semana?						
1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO EORTC QLQ-CX24

Durante a semana passada:	Um			
	Não	pouco	Bastante	Muito
Teve algumas cólicas abdominais?	1	2	3	4
Teve alguma perda involuntária de fezes?	1	2	3	4
Teve sangue nas suas fezes?	1	2	3	4
Urinou com frequência?	1	2	3	4

Teve dores ou sensação de ardor ao urinar?	1	2	3	4
Já teve perdas involuntárias de urina?	1	2	3	4
Teve algum problema para esvaziar a bexiga?	1	2	3	4
Teve uma perna ou ambas as pernas inchadas?	1	2	3	4
Teve dores na parte baixa das costas (lombalgia)?	1	2	3	4
Notou algum formigamento/dormência ou diminuição da sensibilidade nas mãos ou nos pés?	1	2	3	4
Sentiu irritação/inflamação na vagina/vulva?	1	2	3	4
Teve corrimento vaginal?	1	2	3	4
Teve sangramento anormal pela vagina?	1	2	3	4
Teve fogachos e/ou calores?	1	2	3	4
Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?	1	2	3	4
Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
Sentiu-se insatisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4

Durante as 4 semanas passadas:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
Esteve preocupada de que as relações sexuais pudessem ser dolorosas?	1	2	3	4
Teve relações sexuais?	1	2	3	4

Responda a estas perguntas apenas se tiver tido relações sexuais durante as últimas 4 semanas:				
	Não	Um pouco	Bastante	Muito
Tem sentido a vagina seca durante a relação sexual?	1	2	3	4
Teve algum problema por estar sentindo sua vagina mais curta?	1	2	3	4
Teve algum problema por estar sentindo sua vagina mais apertada?	1	2	3	4
Teve algum problema de dor durante a relação sexual?	1	2	3	4
Sentiu prazer nas relações sexuais?	1	2	3	4