



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
UnB-HUB/EBSERH

ALINE ALVES FRANZIN VANZO

**IMPACTO DO TRATAMENTO COM
QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA NA SAÚDE
SEXUAL DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

BRASÍLIA
2024

ALINE ALVES FRANZIN VANZO

**IMPACTO DO TRATAMENTO COM
QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA NA SAÚDE
SEXUAL DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Trabalho de Conclusão da Residência Médica em Oncologia Clínica apresentado à Universidade de Brasília - Hospital Universitário de Brasília - UnB HUB/Ebserh, como requisito parcial para obtenção de título de especialista em Oncologia Clínica.

Orientador(a): Dra. Adriana Castelo Caracas de Moura

ALINE ALVES FRANZIN VANZO

**IMPACTO DO TRATAMENTO COM
QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA NA SAÚDE
SEXUAL DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Brasília 07/02/2024

COMISSÃO EXAMINADORA

Dr Rodrigo da Cunha Canto Nery Ferreira
Faculdade de Medicina – Universidade de Brasília -UnB
Examinador(a)

Dr Nilson Castro Correia
Faculdade de Medicina – Universidade de Brasília -UnB
Examinador(a)

Dra Adriana Castelo Caracas de Moura
Faculdade de Medicina – Universidade de Brasília -UnB
Orientadora

RESUMO

A neoplasia de colo de útero é uma doença que se desenvolve na região do útero que fica em contato com o fundo da vagina, sendo o quarto tipo de câncer mais frequente nas mulheres em todo o mundo. O tratamento baseado em quimioterapia e radioterapia pode acarretar diversas consequências, especialmente, no que concerne à vida sexual das mulheres. Assunto este que é pouco abordado no seguimento das pacientes. O objetivo desse trabalho é descrever o impacto do tratamento na qualidade de vida sexual das pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero entre os anos de 2017 e 2023, atendidas em um hospital universitário do Distrito Federal. Um estudo descritivo, transversal, em que a coleta de dados ocorreu no Hospital Universitário de Brasília (HUB), após a assinatura do aceite da instituição e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela paciente. Foi realizada coleta de dados de prontuários eletrônicos das pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero e aplicação do questionário de saúde sexual EORTC SHQ-22 de forma assistida. Após o tratamento da neoplasia de colo de útero, a grande maioria das mulheres desenvolvem problemas relacionados à atividade sexual. Este estudo apresenta dados sobre o impacto na qualidade de vida sexual, demonstrando a necessidade de mais estudos para auxiliar nos desafios enfrentados pelas mulheres com neoplasia de colo do útero quanto à sua saúde sexual.

Palavras-chave: câncer de colo de útero; saúde sexual; tratamento.

ABSTRACT

Cervical neoplasia is a disease that develops in the region of the uterus that is in contact with the bottom of the vagina and is the fourth most common type of cancer in women worldwide. Treatment based on chemotherapy and radiotherapy can have several consequences, especially with regard women's sexual life. This is a subject that is rarely discussed in patient follow-up. The objective of this work is to describe the impact of treatment on the quality of sexual life of patients diagnosed with cervical cancer between 2017 and 2023, treated at a university hospital in the Federal District. A descriptive, cross-sectional study, in which data collection took place at the University Hospital of Brasília (HUB), after the patient signed the institution's acceptance and the Free and Informed Consent Form (ICF). Data was collected from electronic medical records of patients diagnosed with cervical cancer and the EORTC SHQ-22 sexual health questionnaire was administered in an assisted manner. After treatment for cervical cancer, most women develop problems related to sexual activity. This study presents data on the impact on quality of sexual life, demonstrating the need for more studies to assist with the challenges faced by women with cervical cancer in terms of their sexual health.

Keywords: cervical cancer; sexual health; treatment.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Quadro 1. Estadiamento (FIGO 2018)/TNM (AJCC, 8ª edição).....	9
Figura 1. EORTC QLQ-SH22.....	14
Tabela 1. Características Sociodemográficas das Pacientes.....	17
Tabela 2. Características Clínicas e Oncológicas das Pacientes.....	18
Tabela 3. Qualidade de vida da saúde sexual.....	21
Tabela 4. Pontuações médias das escalas do QLQ-SH22.....	23
Figura 2. Pontuações médias das escalas do QLQ-SH22.....	24
Tabela 5. Correlação qualidade de saúde sexual e tempo de tratamento.....	25
Figura 3. Qualidade de saúde sexual e tempo de tratamento.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS

AJCC - American Joint Committee on Câncer (Comitê Conjunto Americano de Câncer)

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

EORTC - European Organization for Research and Treatment of Câncer
(Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer)

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia)

HPV - Papilomavírus Humano

HUB - Hospital Universitário de Brasília

INCA - Instituto Nacional do Câncer

ILV - Infiltração Linfovascular

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3. METODOLOGIA	11
3.1 DESENHO DO ESTUDO	11
3.2 COLETA DE DADOS	11
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	12
3.3.1 Amostra	12
3.3.2 Critérios de Inclusão.....	12
3.3.3 Critérios de Exclusão.....	12
3.4 VARIÁVEIS	12
3.5 ABORDAGEM ESTATÍSTICA	13
4. RESULTADOS	16
5. DISCUSSÃO	27
6. CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados	34
APÊNDICE B - EORTC QLQ-SH22	36
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	38
ANEXO 1- Parecer do Comitê de Ética	40
ANEXO 2- Manual de Pontuação do EORTC	40

1. INTRODUÇÃO

A neoplasia de colo de útero é uma doença que se desenvolve na porção mais inferior do útero, sendo o quarto tipo de câncer mais frequente nas mulheres em todo o mundo (GLOBOCAN, WHO, 2020). No ano de 2020, a estimativa mundial foi de aproximadamente 604 mil novos casos, representando 6,5% de todas as neoplasias na população feminina (GLOBOCAN, WHO, 2020). A maioria dos casos, cerca de 84%, ocorrem regiões com recursos limitados. Nestas regiões, o câncer de colo do útero foi o segundo tipo de mais comum (15,7 por 100.000 mulheres) e a terceira causa mais comum de mortalidade por câncer (8,3 por 100.000) (TORRE LA et al, 2015).

No Brasil, de acordo com a última publicação do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de colo de útero é o terceiro tumor mais comum em mulheres, apresentando 17.010 novos casos ao ano, uma taxa estimada de 15,38 casos para cada 100 mil mulheres. Quando observados dados do Distrito Federal, a taxa estimada é de 14,47 casos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2023).

O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus HPV (Papilomavírus Humano), sendo os tipos 16 e 18 os principais associados ao carcinoma. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento deste câncer estão relacionados ao aumento das chances de exposição ao HPV, dentre eles, início precoce da atividade sexual, vários parceiros sexuais, histórico de doenças sexualmente transmissíveis anteriores ou infecção por HPV conhecida, idade precoce ao primeiro parto e paridade crescente, história de neoplasia intraepitelial escamosa vulvar ou vaginal, câncer e imunossupressão. Por sua vez, os fatores não relacionados ao HPV são baixo nível socioeconômico, uso prolongado de contraceptivos orais, tabagismo, fatores genéticos e parceiros sexuais homens não circuncidados.

O método de rastreamento mais realizado e eficaz é a citologia do colo do útero e o diagnóstico se baseia no exame físico ginecológico e biópsia de lesões suspeitas, por meio de biópsia cervical e/ou colposcopia. O rastreamento do câncer de colo de útero é de suma importância, pois em suas fases iniciais pode não causar sinais ou sintomas, sendo esse tipo de câncer identificado apenas durante o exame preventivo. Já em estágio mais avançado, pode haver sintomas, como sangramento vaginal irregular ou intenso ou pós-coito, além de dor pélvica ou lombar (DISAIA PJ, 2007). Aproximadamente 44% das pacientes apresentam doença localizada ao diagnóstico, 34% doença regional e 15%

metástases à distância (CANCER STATISTICS,2022).

O estágio inicial refere-se à doença em estágio IA, IB1 e IB2 da FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) e as neoplasias localmente avançadas refere-se aos estágios IB3 a IVA, conforme tabela abaixo:

Quadro 1 - Estadiamento (FIGO 2018)/TNM (AJCC, 8ª edição)

I O carcinoma está estritamente confinado ao colo do útero (a extensão para o corpo deve ser desconsiderada).
IA Carcinoma invasivo que pode ser diagnosticado apenas por microscopia com profundidade máxima de invasão ≤ 5 mm
IA1 Invasão estromal medida ≤ 3 mm de profundidade
IA2 Invasão estromal medida >3 mm e ≤ 5 mm de profundidade
IB Carcinoma invasivo com invasão mais profunda medida >5 mm (maior que o estágio IA); lesão limitada ao colo do útero com tamanho medido por diâmetro máximo do tumor
IB1 Carcinoma invasivo > 5 mm de profundidade de invasão estromal e ≤ 2 cm em sua maior dimensão
IB2 Carcinoma invasivo >2 cm e ≤ 4 cm na maior dimensão
IB3 Carcinoma invasivo >4 cm em sua maior dimensão
II O carcinoma cervical invade além do útero, mas não se estendeu para o terço inferior da vagina ou para a parede pélvica
IIA Envolvimento limitado aos dois terços superiores da vagina sem invasão parametrial
IIA1 Carcinoma invasivo ≤ 4 cm na maior dimensão
IIA2 Carcinoma invasivo >4 cm em sua maior dimensão
IIB Com invasão parametrial, mas não até a parede pélvica
III O carcinoma envolve o terço inferior da vagina e/ou estende-se à parede pélvica e/ou causa hidronefrose ou não funcionamento do rim e/ou envolve gânglios linfáticos pélvicos e/ou para-aórticos
IIIA Carcinoma envolve o terço inferior da vagina, sem extensão para a parede pélvica
IIIB Extensão para a parede pélvica e/ou hidronefrose ou rim não funcionante (a menos que seja devido a outra causa)
IIIC Envolvimento de gânglios linfáticos pélvicos e/ou para-aórticos (incluindo micrometástases), independentemente do tamanho e extensão do tumor (com r e p notações).
IIIC1 Apenas metástase de linfonodo pélvico
IIIC2 Metástase de linfonodo para-aórtico
IV O carcinoma se estende além da pelve verdadeira ou envolve (comprovada por biópsia) a mucosa da bexiga ou do reto. Um edema bolhoso, como tal, não permite que um caso seja classificado no estágio IV.
IVA Propagação do crescimento para órgãos adjacentes
IVB Disseminação para órgãos distantes

Fonte: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2024.

O tratamento para a doença em estágio inicial, limitado ao colo do útero inclui a cirurgia como histerectomia, cirurgia de preservação da fertilidade (conização, traquelectomia) ou radioterapia com ou sem quimioterapia.

Para as pacientes submetidas a cirurgia, pode ser necessário tratamento adjuvante, de acordo com o risco de recorrência da doença. Os fatores de alto risco são margem, paramétrio e/ou linfonodos comprometidos conhecidos como critérios de Peters. (PETERSWA et al, 2000).

Já os critérios de risco intermediário ou critérios de Sedlis, incluem presença de invasão linfovascular (ILV); invasão estromal; e tamanho do tumor (SEDLIS A et al, 1999). Em casos de riscos intermediário ou alto, recomenda-se quimioterapia concomitante à radioterapia, em vez de radioterapia ou quimioterapia isoladamente.

As neoplasias localmente avançadas são tratadas com quimioterapia e radioterapia combinadas.

Os principais fatores prognósticos são o estadiamento da neoplasia, acometimento linfonodal, volume do tumor, profundidade da invasão do estroma cervical e invasão do espaço linfovascular. O status do HPV também pode afetar o prognóstico (SEDLIS A et al, 1999).

As mulheres acometidas pelo câncer do colo do útero comumente apresentam sintomas após o tratamento que impactam sua qualidade de vida como, por exemplo, disfunção urinária e do hábito intestinal, linfedema, além de impactos negativos na vida sexual como desejo sexual hipoativo, baixa excitação sexual e dispareunia.

Nessa perspectiva, há necessidade de avaliar a sexualidade de sobreviventes do câncer de colo uterino e como ela é afetada pela doença e toxicidades do tratamento. Conhecer os efeitos desses tratamentos pode melhorar a qualidade de vida dessas mulheres e fornecer subsídios para a prática clínica dos serviços de saúde, com vistas a um tratamento mais integral.

O objetivo deste estudo é descrever características sociodemográficas e clínicas e relacionadas à vida sexual, além de identificar disfunções sexuais em mulheres após o tratamento do câncer de colo uterino em um Hospital Universitário de Brasília.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o impacto do tratamento com quimioterapia e radioterapia na saúde sexual das pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero entre os anos de 2017 e 2023, atendidas em um Hospital Universitário de Brasília (HUB).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o impacto na saúde sexual:

- i) 6 meses após o tratamento;
- ii) 7 a 12 meses após o tratamento;
- iii) 13 a 60 meses após o tratamento.

Associar os achados clínicos com os desfechos das pacientes.

3. METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com coleta de dados de prontuários eletrônicos das pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero e aplicação do questionário validado em português de saúde sexual da European Organization for Research and Treatment of Câncer (EORTC) QLQ-SH22 de forma assistida (FIGURA 1).

3.2 COLETA DE DADOS

Foram coletados os dados de sessenta e uma pacientes, baseadas na estimativa de matrículas atuais do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) correspondente a tumor de colo de útero (C53), diagnosticadas e tratadas no período de janeiro de 2017 a maio de 2023, atendidas no Hospital Universitário de Brasília.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

3.3.1 Amostra

A amostra do estudo envolveu um total de sessenta e uma pacientes com câncer de colo de útero no período de janeiro de 2017 a maio de 2023, atendidas no HUB.

3.3.2 Critérios de inclusão

- i) Idade igual ou superior a 18 anos;
- ii) Diagnosticadas com o CID-10 C53;
- iii) Diagnosticadas e tratadas no período de janeiro de 2017 a maio de 2023;
- iv) Tratadas no Serviço de Oncologia Clínica do Hospital Universitário de Brasília.

3.3.3 Critérios de exclusão

- i) Pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero dentro do período avaliado, porém que perderam seguimento antes de completar seis meses do fim do tratamento;
- ii) Pacientes que estiverem com prontuários incompletos, impossibilitando a avaliação dos dados;
- iii) Pacientes que não responderam a todo o questionário.

3.4 VARIÁVEIS

Foram coletados os seguintes dados: data de nascimento, raça, escolaridade, hábitos de vida como tabagismo e etilismo, idade ao diagnóstico, menarca, histórico familiar, histologia tumor, estadiamento da doença, tempo decorrente do final de tratamento, ocorrência de recidiva ou progressão da doença e qualidade da saúde sexual.

A saúde sexual foi avaliada por meio do Questionário de Saúde Sexual (QLQ-SH22) da EORTC. Um instrumento independente que incorpora 2 escalas multi-itens para avaliar a satisfação sexual e a dor sexual. Além disso, 11 itens únicos avaliam a atividade sexual e cobrem questões relacionadas com o tratamento e com o parceiro, questões gerais de saúde sexual e 4 questões específicas de gênero.

No total são 8 escalas funcionais que medem a satisfação sexual (entre os sexualmente ativos),

importância da atividade sexual (com ou sem parceiro), libido, impacto do tratamento, comunicação com profissionais sobre questões sexuais, insegurança com o parceiro (entre aqueles com um parceiro), feminilidade (somente mulheres), masculinidade e confiança com ereção (somente homens) e 4 escalas de sintomas que avaliam o impacto da dor sexual, incontinência, fadiga e secura vaginal (apenas mulheres).

3.5 ABORDAGEM ESTATÍSTICA

A análise dos dados foi realizada no software SPSS v.29. As análises estatísticas foram realizadas por meio de estatística descritiva e análise de covariância. Para a realização da comparação entre grupos, as variáveis foram comparadas utilizando testes de normalidade e através da Correlação de Pearson.

As opções de resposta para todos os itens são: Nada (1) a Muito (4). Uma opção de resposta extra, N/A, foi dada a cinco itens únicos: 7, 10, 11, 12, 13. O período de recordação foi de 4 semanas no questionário. Todas as escalas de múltiplos itens e medidas de item único variam em pontuação de 0 a 100 seguindo manual de pontuação da EORTC (ANEXO 2).

Uma pontuação alta representa um alto nível de sintomatologia ou problemas.

As duas escalas multi-itens possuem um número diferente de itens dependendo se a paciente teve ou não parceiro e tem ou não atividade sexual. Para a comparação entre diferentes subgrupos de pacientes foi necessário sempre informar quantos itens foram utilizados para o cálculo de cada escala; e quais itens.

Para cálculo da Pontuação Bruta (Raw Score), a pontuação das questões 1, 3, 4, 9, 10, 12, 14, 17, 18, 19 e 21 foi invertida antes da análise estatística.

Para cada escala multi-item, calculado a média dos itens correspondentes por meio da fórmula:

$$\text{Raw Score} = RS = \{(I_1 + I_2 + \dots + I_n) / n\}$$

Para obtenção do Score S (Transformação Linear), padronizado a pontuação bruta para um intervalo de 0 a 100 usando o seguinte algoritmo:

$$S = \{(RS - 1) / range\} \times 100$$

FIGURA 1 - Questionário Aplicado EORTC QLQ-SH22

PORTUGUESE (BRAZIL)



EORTC QLQ-SH22

Os pacientes às vezes relatam alterações na sua saúde sexual.

Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. As informações que você fornecer serão estritamente confidenciais.

Tente responder a tantas perguntas quanto possível.

Durante as últimas quatro semanas:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	N/A
1. Quão importante é uma vida sexualmente ativa para você?	1	2	3	4	
2. Sua libido diminuiu?	1	2	3	4	
3. Esteve satisfeito/a com seu nível de desejo sexual?	1	2	3	4	
4. Esteve satisfeito/a com sua vida sexual?	1	2	3	4	
5. Você tem se preocupado com incontinência urinária e/ou de fezes?	1	2	3	4	
6. A fadiga ou a falta de energia tem influenciado sua vida sexual?	1	2	3	4	
7. O tratamento influenciou a sua atividade sexual?	1	2	3	4	N/A
8. Esteve preocupado/a que as relações sexuais pudessem ser dolorosas?	1	2	3	4	
9. Houve comunicação com profissionais da saúde sobre assuntos sexuais?	1	2	3	4	
10. Esteve satisfeito/a quanto à comunicação sobre assuntos entre você e seu/sua parceiro/a?	1	2	3	4	N/A
11. Tem se preocupado que seu/sua parceiro/a possa lhe causar dor durante o contato sexual?	1	2	3	4	N/A
12. Esteve satisfeito/a com seu nível de intimidade?	1	2	3	4	N/A
13. Se sentiu inseguro/a sobre a sua capacidade de satisfazer seu/sua parceiro/a?	1	2	3	4	N/A

Só para homens					
Durante as últimas quatro semanas:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	
14. Esteve confiante sobre a obtenção e manutenção de uma ereção quando você fez sexo?	1	2	3	4	
15. Sentiu-se menos homem devido à sua doença ou tratamento?	1	2	3	4	

Por favor, passe à página seguinte

Só para mulheres					
Durante as últimas quatro semanas:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	
16. Sentiu-se menos mulher devido à sua doença ou tratamento?	1	2	3	4	

Durante as últimas quatro semanas:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
17. Teve atividades sexuais?	1	2	3	4

Responda a estas perguntas apenas se tiver tido relações sexuais durante as últimas 4 semanas:

Durante as últimas quatro semanas:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
18. Sentiu prazer nas atividades sexuais?	1	2	3	4
19. Esteve satisfeito/a com sua habilidade de alcançar o orgasmo?	1	2	3	4
20. Sentiu dor durante ou após a a atividade sexual?	1	2	3	4
21. Até que ponto sentiu prazer sexual?	1	2	3	4

Só para mulheres

Durante as últimas quatro semanas:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
22. Teve experiências de vagina seca durante a atividade sexual?	1	2	3	4

Fonte: EORTC Quality of Life

4. RESULTADOS

4.1 PARTICIPANTES

Foram incluídas na análise 61 pacientes diagnosticadas e tratadas no período de janeiro de 2017 a maio de 2023 no serviço de Oncologia Clínica do HUB. A idade média das pacientes foi de 44 anos e desvio padrão de 12 anos. As demais características demográficas, clínicas e oncológicas da amostra serão descritas nas tabelas 1 e 2.

4.2 CARACTERÍSTICAS DA NEOPLASIA

O tipo histológico predominante foi o carcinoma epidermoide presente no resultado histopatológico de 80,33% dos pacientes. Onze pacientes foram diagnosticadas com histologia de adenocarcinoma e apenas uma com adenoescamoso (Tabela 2).

Quanto ao estadiamento, a maioria das pacientes apresentavam-se ao diagnóstico no estadio IIIC1, em que há acometimento de linfonodos pélvicos (42,62%) seguida pelo estadio IIB, em que há envolvimento de paramétrio (31,15%) (Tabela 2).

Das 61 pacientes, no período analisado, 46 não apresentaram recidiva ou progressão ao tratamento instituído (Tabela 2).

Tabela 1 - Características Sociodemográficas das Pacientes

		n	%
Raça	Branca	22	36,07
	Preta	5	8,20
	Parda	34	55,74
Escolaridade	Analfabeta	4	6,56
	Ensino Fundamental Incompleto	18	29,51
	Ensino Fundamental Completo	5	8,20
	Ensino Médio Incompleto	6	9,84
	Ensino Médio Completo	16	26,23
	Ensino Superior Incompleto	4	6,56
	Superior Completo	8	13,11
Tabagismo	Nunca	42	68,85
	Ex Tabagista	12	19,67
	Tabagista Atual	7	11,48
Etilismo	Sim, atual	0	0,00
	Sim, ex-etilista	7	11,48
	Nunca	36	59,02
	Etilismo Social	18	29,51
Idade ao Diagnóstico	Média (DP)	44 (12)	
	Amplitude	25-73 (48)	

Fonte: elaboração do autor.

Tabela 2 - Características Clínicas e Oncológicas das Pacientes

	Média (DP)	44 (12)	
	Amplitude	9-18 (9)	
		n	%
Histórico Familiar	Não	20	32,79%
	Mama	9	14,75%
	Ovários	0	0,00%
	Endométrio	0	0,00%
	TGI	6	9,84%
	Próstata	2	3,28%
	Outros	14	22,95%
	Mais de uma Neoplasia	10	16,39%
Tipo Histológico	Carcinoma Epidermóide	49	80,33%
	Adenocarcinoma	11	18,03%
	Adenoescamoso	1	1,64%
Estadiamento	IB1	1	1,64%
	IB2	1	1,64%
	IB3	1	1,64%
	IIA1	1	1,64%
	IIB	19	31,15%
	III	1	1,64%
	IIIA	2	3,28%
	IIIB	2	3,28%
	IIIC	2	3,28%
	IIIC1	26	42,62%
	IIIC2	1	1,64%
	IV	1	1,64%
	IVA	2	3,28%
	IVB	1	1,64%
Recidiva / Progressão	Sim	15	24,59%
	Não	46	75,41%

Fonte: elaboração do autor.

4.3 AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

4.3.1 Qualidade de vida da saúde sexual

Do total de 61 pacientes, 14 tinham terminado o tratamento com quimioterapia e radioterapia há menos de 6 meses, 15 pacientes tinham de 7 a 12 meses do fim do tratamento e a maioria, 32 participantes, já possuíam de 13 a 60 meses de finalização (Tabela 3).

Observou-se que quanto maior o tempo de tratamento, maior a influência negativa na atividade sexual (item 7), com uma pontuação média do questionário de 66,67 para o tempo de fim de tratamento entre 7 a 12 meses e 60,42 para acima de 12 meses (Tabela 4, Figura 2).

Quanto à feminilidade, mais da metade das pacientes referiram que o tratamento ou a doença não as fizeram se sentir menos mulher (item 16), o que ficou evidenciado pelas baixas médias das pontuações (Tabela 4, figura 2).

A importância da atividade sexual (item 1) foi uma questão que divergiu bastante nas repostas entre as pacientes dos três períodos de tratamento avaliados, mostrado pela média das pontuações bastante semelhante (Tabela 4, Figura 2).

4.3.2 Dor Sexual

Dos três itens do questionário EORTC QLQ-SH22 que medem a dor sexual, as pacientes que possuíam maior tempo de finalização de tratamento, apresentaram maior preocupação com relação à dor nas relações sexuais (item 8), assim como maior preocupação que o seu parceiro pudesse lhe causar dor durante o contato sexual (item 11). Porém, das pacientes que tiveram atividade sexual nas últimas quatro semanas (item 20), a maioria, independente do tempo de tratamento, negou dor durante ou após o ato sexual (Tabela 3).

Outros questionamentos relacionados à dor, como a incontinência urinária e/ou fecal (item 5) e a influência na vida sexual da fadiga ou falta de energia (item 6) não foram sintomas relatados como intensos entre todas as participantes, diferente de experiências de vagina seca durante a atividade sexual (item 22), referida como muito presente especialmente nas pacientes com maior tempo de finalização do tratamento (Tabela 3).

4.3.3 Satisfação Sexual

Quanto à satisfação com o nível de desejo e vida sexual (itens 3 e 4) e nível de intimidade (item 12), a maioria das pacientes, avaliadas nos três diferentes períodos de tratamento, encontravam-se insatisfeitas. Uma média da pontuação do questionário um pouco mais alta para as

pacientes recém terminado o tratamento (Tabela 4, Figura 2).

Dos demais itens de avaliação de satisfação sexual, a redução da libido (item 2) foi um importante sintoma relatado entre todas as pacientes, principalmente àquelas que terminaram o tratamento há mais tempo com um score médio de 57,82 (Tabela 4, Figura 2). Assim como a insegurança na capacidade de satisfazer o parceiro (item 13) foi outro sintoma relatado como importante para a maioria (Tabela 3), especialmente entre aquelas com tempo finalizado tratamento entre 7 e 12 meses, com uma pontuação média de 73,33 (Tabela 4, Figura 2).

Entre as pacientes que tiveram atividade sexual nas últimas quatro semanas, a maioria não sentiu prazer nas atividades sexuais (itens 18 e 21) e não ficou satisfeita com sua habilidade de alcançar o orgasmo (item 19). Tais respostas foram frequentemente relatadas nos três períodos de tratamento avaliados (Tabela 3).

4.3.4 Comunicação sobre assuntos sexuais

Duas perguntas relevantes com relação à comunicação com os profissionais de saúde e com os parceiros sobre estes assuntos sexuais (itens 9 e 10) mostrou que há uma deficiência na abordagem desse quesito, principalmente entre as pacientes com tempo de tratamento finalizado até 1 ano. (Tabela 3). Uma pontuação média de 85,71 para as pacientes com até seis meses de término de tratamento (Tabela 4, Figura 2).

Tabela 3 - Qualidade de vida da saúde sexual

		Tempo de Tratamento (meses)					
		< 6		7 - 12		13 - 60	
		n	%	n	%	n	%
Quão importante é uma vida sexualmente ativa para você?	Nada	4	6,56%	6	9,84%	11	18,03%
	Um Pouco	1	1,64%	2	3,28%	5	8,20%
	Moderadamente	5	8,20%	3	4,92%	6	9,84%
	Muito	4	6,56%	4	6,56%	10	16,39%
Sua libido diminuiu?	Nada	5	8,20%	7	11,48%	10	16,39%
	Um Pouco	2	3,28%	2	3,28%	1	1,64%
	Moderadamente	1	1,64%	1	1,64%	1	1,64%
	Muito	6	9,84%	5	8,20%	20	32,79%
Esteve satisfeito/a com seu nível de desejo sexual?	Nada	7	11,48%	10	16,39%	16	26,23%
	Um Pouco	2	3,28%	0	0,00%	3	4,92%
	Moderadamente	5	8,20%	3	4,92%	7	11,48%
	Muito	0	0,00%	2	3,28%	6	9,84%
Esteve satisfeito/a com sua vida sexual?	Nada	7	11,48%	11	18,03%	14	22,95%
	Um Pouco	2	3,28%	1	1,64%	6	9,84%
	Moderadamente	3	4,92%	1	1,64%	6	9,84%
	Muito	2	3,28%	2	3,28%	6	9,84%
Você tem se preocupado com incontinência urinária e/ou de fezes?	Nada	10	16,39%	9	14,75%	17	27,87%
	Um Pouco	2	3,28%	3	4,92%	5	8,20%
	Moderadamente	1	1,64%	0	0,00%	3	4,92%
	Muito	1	1,64%	3	4,92%	7	11,48%
A fadiga ou a falta de energia tem influenciado sua vida sexual?	Nada	9	14,75%	9	14,75%	17	27,87%
	Um Pouco	1	1,64%	1	1,64%	4	6,56%
	Moderadamente	1	1,64%	1	1,64%	2	3,28%
	Muito	3	4,92%	4	6,56%	9	14,75%
O tratamento influenciou sua atividade sexual?	Nada	7	11,48%	6	9,84%	12	19,67%
	Um Pouco	1	1,64%	0	0,00%	3	4,92%
	Moderadamente	0	0,00%	1	1,64%	1	1,64%
	Muito	5	8,20%	4	6,56%	14	22,95%
	N/A	1	1,64%	4	6,56%	2	3,28%
Esteve preocupado/a que as relações sexuais pudessem ser dolorosas?	Nada	6	9,84%	6	9,84%	9	14,75%
	Um Pouco	2	3,28%	0	0,00%	0	0,00%
	Moderadamente	0	0,00%	0	0,00%	1	1,64%
	Muito	6	9,84%	9	14,75%	22	36,07%
Houve comunicação com profissionais da saúde sobre assuntos sexuais?	Nada	10	16,39%	6	9,84%	16	26,23%
	Um Pouco	3	4,92%	4	6,56%	2	3,28%
	Moderadamente	0	0,00%	2	3,28%	2	3,28%
	Muito	1	1,64%	3	4,92%	12	19,67%

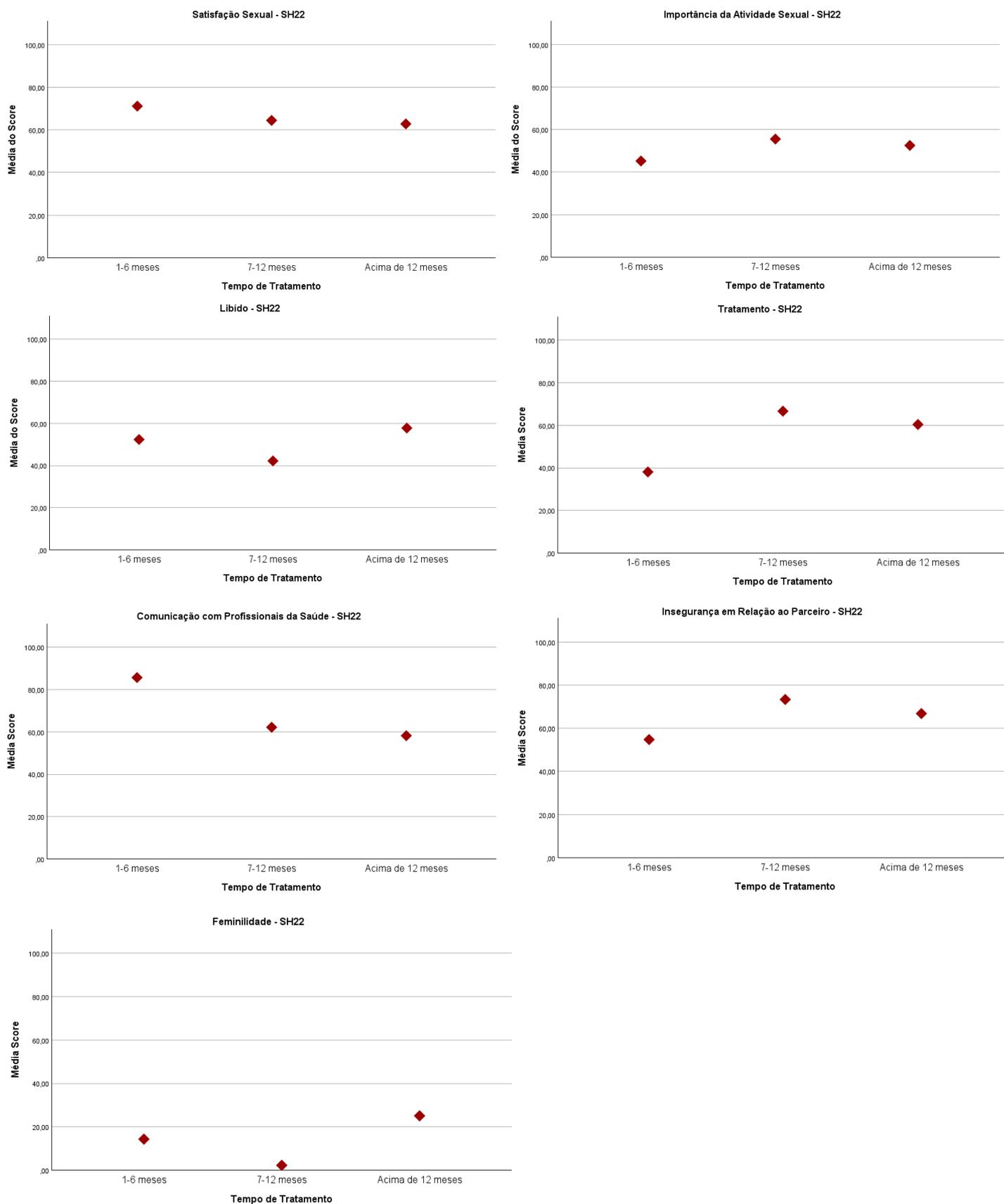
Esteve satisfeito/a quanto à comunicação sobre assuntos entre você e seu/sua parceiro/a?	Nada	7	11,48%	4	6,56%	9	14,75%
	Um Pouco	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Moderadamente	1	1,64%	4	6,56%	4	6,56%
	Muito	6	9,84%	3	4,92%	17	27,87%
	N/A	0	0,00%	4	6,56%	2	3,28%
Tem se preocupado que seu/sua parceiro/a possa lhe causar dor durante o contato sexual?	Nada	9	14,75%	4	6,56%	9	14,75%
	Um Pouco	1	1,64%	0	0,00%	2	3,28%
	Moderadamente	0	0,00%	2	3,28%	2	3,28%
	Muito	3	4,92%	5	8,20%	17	27,87%
	N/A	1	1,64%	4	6,56%	2	3,28%
Esteve satisfeito/a com seu nível de intimidade?	Nada	7	11,48%	4	6,56%	11	18,03%
	Um Pouco	2	3,28%	0	0,00%	2	3,28%
	Moderadamente	1	1,64%	4	6,56%	8	13,11%
	Muito	3	4,92%	3	4,92%	9	14,75%
	N/A	1	1,64%	4	6,56%	2	3,28%
Se sentiu inseguro/a sobre a sua capacidade de satisfazer seu/sua parceiro/a?	Nada	6	9,84%	5	8,20%	9	14,75%
	Um Pouco	0	0,00%	0	0,00%	1	1,64%
	Moderadamente	1	1,64%	1	1,64%	8	13,11%
	Muito	7	11,48%	5	8,20%	12	19,67%
	N/A	0	0,00%	4	6,56%	2	3,28%
Sentiu-se menos mulher devido à sua doença ou tratamento?	Nada	10	16,39%	14	22,95%	19	31,15%
	Um Pouco	3	4,92%	1	1,64%	1	1,64%
	Moderadamente	0	0,00%	0	0,00%	2	3,28%
	Muito	1	1,64%	0	0,00%	10	16,39%
Teve atividades sexuais?	Nada	10	16,39%	10	16,39%	17	27,87%
	Um Pouco	1	1,64%	1	1,64%	2	3,28%
	Moderadamente	0	0,00%	2	3,28%	3	4,92%
	Muito	3	4,92%	2	3,28%	10	16,39%
Sentiu prazer nas atividades sexuais?	Nada	10	16,39%	11	18,03%	23	37,70%
	Um Pouco	1	1,64%	0	0,00%	2	3,28%
	Moderadamente	1	1,64%	2	3,28%	2	3,28%
	Muito	2	3,28%	2	3,28%	5	8,20%
Esteve satisfeito/a com a sua habilidade de alcançar ou orgasmo?	Nada	11	18,03%	11	18,03%	23	37,70%
	Um Pouco	1	1,64%	0	0,00%	2	3,28%
	Moderadamente	1	1,64%	2	3,28%	2	3,28%
	Muito	1	1,64%	2	3,28%	5	8,20%
Sentiu dor durante ou após a atividade sexual?	Nada	11	18,03%	12	19,67%	23	37,70%
	Um Pouco	1	1,64%	0	0,00%	2	3,28%
	Moderadamente	1	1,64%	1	1,64%	2	3,28%
	Muito	1	1,64%	2	3,28%	5	8,20%
Até que ponto sentiu prazer sexual?	Nada	10	16,39%	11	18,03%	23	37,70%
	Um Pouco	1	1,64%	0	0,00%	2	3,28%
	Moderadamente	1	1,64%	2	3,28%	2	3,28%
	Muito	2	3,28%	2	3,28%	5	8,20%
Teve experiência de vagina seca durante atividade sexual?	Nada	6	9,84%	7	11,48%	8	13,11%
	Um Pouco	1	1,64%	2	3,28%	3	4,92%
	Moderadamente	2	3,28%	0	0,00%	5	8,20%
	Muito	5	8,20%	6	9,84%	16	26,23%

Tabela 4 - Pontuações médias das escalas do QLQ-SH22 apresentadas em tempos de finalização de tratamento: 6 meses, 7 a 12 meses e 13 a 60 meses

	Tempo de Tratamento		
	6 meses	7 a 12 meses	13 a 60 meses
Satisfação Sexual	71,13	64,44	62,80
Importância da Atividade Sexual	45,24	55,56	52,55
Libido	52,38	42,22	57,82
Influência do Tratamento	38,10	66,67	60,42
Comunicação Profissionais da Saúde	85,71	62,22	58,24
Insegurança com o Parceiro	54,76	73,33	66,81
Feminilidade	14,29	2,22	25,05

Fonte: elaboração do autor.

Figura 2 - Pontuações médias das escalas do QLQ-SH22 apresentadas em tempos de finalização de tratamento: 6 meses, 7 a 12 meses e 13 a 60 meses (Fonte: elaboração do autor).



4.4 CORRELAÇÃO DO IMPACTO NA QUALIDADE DA SAÚDE SEXUAL E TEMPO DE TRATAMENTO

Conhecido o perfil das pacientes participantes e suas respostas do questionário, foi avaliado se havia alguma convergência entre tempo de finalização de tratamento (até 6 meses; 7 a 12 meses e 13 a 60 meses) e o impacto na saúde sexual.

Por meio da Correlação de Pearson, mostramos que não houve relação estatisticamente significativa, $p = 0,844$ (Tabela 5).

A grande dispersão nas repostas obtidas no questionário, evidenciada na Figura 3, demonstra a não relação com significância estatística entre tempo de finalização de tratamento e qualidade da saúde sexual.

Tabela 5 – Correlação qualidade de saúde sexual e tempo de tratamento

Testes de Normalidade			
Kolmogorov-Smirnov ^a			
	Estatística	gl	<i>p</i>
Score	,091	61	,200*

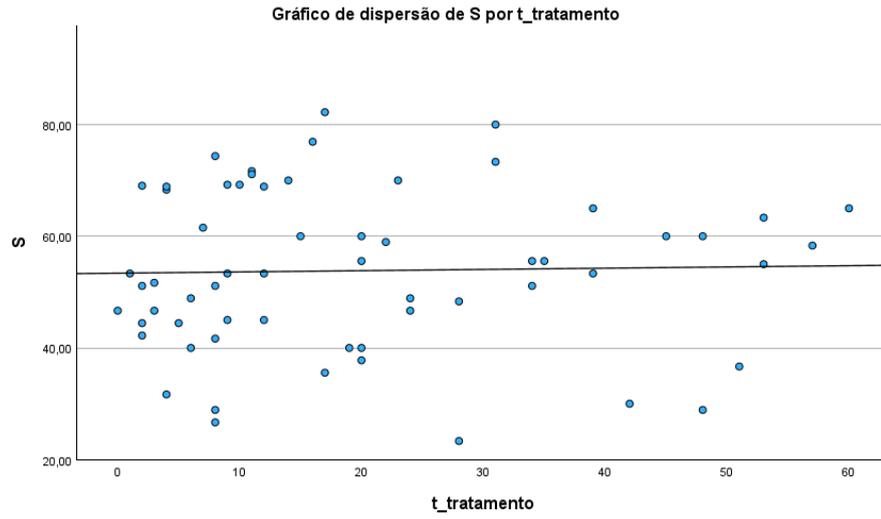
*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Correlações			
		Score	Tempo de Tratamento
Score	Correlação de Pearson	1	,026
	<i>p</i> . (2 extremidades)		,844
	N	61	61
Tempo de Tratamento	Correlação de Pearson	,026	1
	<i>p</i> (2 extremidades)	,844	
	N	61	61

Fonte: elaboração do autor.

Figura 3 – Qualidade de saúde sexual e tempo de tratamento



Fonte: elaboração do autor.

5. DISCUSSÃO

As pacientes com neoplasia de colo uterino sobreviventes do tratamento evoluem com danos a curto e longo prazo, e estes precisam ser considerados na prática clínica, especialmente a qualidade de vida relacionada à saúde sexual.

Alguns sintomas como a falta de lubrificação e dispareunia são consequência direta do tratamento com quimioterapia e radioterapia. A disfunção e falência ovariana sequelar levam à infertilidade e menopausa precoce o que resulta em redução dos níveis de estradiol e, conseqüentemente, diminuição da libido, orgasmo e sensação genital. Esses efeitos combinados resultam em disfunção sexual (CORREIA Rafaella et al, 2020).

Os órgãos adjacentes ao tumor são muito afetados pelo tratamento, como a vagina, intestino, reto e bexiga, que sofrem alterações na mucosa, podendo evoluir para uma série de alterações e distúrbios, sendo principalmente sexuais, fecais e urinários (MAHER E J, DENTON A. 2008).

O questionário EORTC QLQ-SH22 é um instrumento de qualidade de vida multidimensional e independente para aferir a saúde sexual, sendo clinicamente aplicável e relevante conforme observamos no nosso estudo, que apresentou ótima aceitabilidade em toda população alvo.

Por meio da abrangência de tópicos sobre o funcionamento sexual e componente psicosssexual, observamos que todas as pacientes, independente do tempo de término do tratamento relataram sintomas comprometedores de saúde sexual.

Os resultados revelaram o impacto do tratamento com quimioterapia e radioterapia na qualidade de vida sexual.

Os itens referentes à satisfação sexual, redução da libido e do prazer sexual e secura vaginal foram os mais proeminentes entre todas as participantes.

Nossos achados estão de acordo com outros estudos publicados. GROVER et al. (2012) investigou os efeitos tardios do tratamento do câncer ginecológico em uma amostra de 390 mulheres. O tempo médio desde o diagnóstico foi de três anos, e a disfunção sexual foi o evento adverso mais frequentemente relatado na amostra estudada. Entre as mulheres com câncer de colo uterino (23% da amostra - n=92), 79% relataram alterações sexuais após o tratamento.

Estudo brasileiro de coorte transversal, que avaliou exclusivamente a ação da

radioterapia na função sexual de 71 pacientes com diagnóstico de câncer de colo uterino localmente avançado, identificou a disfunção sexual em 3/4 das pacientes. Tais dados, mesmo que apenas com o uso da radioterapia no tratamento, ajudam a corroborar nossos achados (BERNARDO BC et al, 2007).

DONOVAN et al. (2007) verificou as diferenças na saúde sexual entre sobreviventes de câncer de colo uterino e mulheres sem histórico da neoplasia. As pacientes que enfrentaram o câncer e o tratamento, relataram significativamente ($p < 0,05$) menos interesse sexual, mais disfunção sexual e menor satisfação sexual.

Um estudo retrospectivo de caso-controle, apesar de ter utilizado outro questionário de qualidade de vida da EORTC, foi consistente com nossos resultados. Tal estudo procurou avaliar e comparar a qualidade de vida, funcionamento e satisfação sexual entre sobreviventes de câncer de colo uterino e mulheres saudáveis em uma população espanhola. Constatado que a qualidade de vida e a função sexual das pacientes com câncer de colo do útero foram piores em quase todos os parâmetros analisados em comparação com o grupo controle. (MEMBRILLA-BELTRAN Lucia, et al, 2023).

É fundamental que o período de diagnóstico e planejamento do tratamento seja considerado um período chave para fornecimento da informação e avaliação da saúde sexual. Sendo esta informação mantida por todo o período de tratamento ativo.

Contudo, a maioria das intervenções para estas questões sexuais, por exemplo, aconselhamentos, cremes vaginais lubrificantes e fisioterapia pélvica, ocorre quando o tratamento já está finalizado, quando a prevenção já não é mais possível e os problemas já se consolidaram.

Conforme nosso estudo revelou, há uma deficiência na comunicação entre as pacientes com os profissionais de saúde e com seus parceiros. Uma revisão sistemática de 2021 enfatizou a importância desse quesito. Por meio da avaliação do papel da comunicação sexual das mulheres com câncer de colo uterino, identificou-se que a comunicação aberta com profissionais de saúde pode ajudar na adaptação às mudanças na vida sexual, aquisição de conhecimento e capacitação para discutir abertamente estas questões sexuais com seus parceiros (LIBERACKA-DWOJAK Magdalena, IZDEBSKI Paweł, 2021).

Nosso estudo destaca o grau de comprometimento sexual exacerbado durante e após o tratamento. Assim, o ideal seria identificar no momento do diagnóstico, as pacientes com maior vulnerabilidade de qualidade de vida sexual, por exemplo, pacientes com distúrbios pré existentes ou que interromperam as atividades sexuais, pois são essas que mais se beneficiariam de cuidados, aconselhamento e intervenção precoce.

Diante do exposto, é nítida a percepção para realização de mais estudos sobre a saúde sexual após o tratamento do câncer de colo do útero, principalmente em países em desenvolvimento onde esta neoplasia é mais frequente.

O estudo atual, mesmo limitado a um centro regional, reflete a realidade a nível nacional e forneceu uma importante avaliação do questionário e consequências sexuais para essas pacientes.

Os sistemas de saúde devem atentar para o fato e incluir nos protocolos do tratamento oncológico, ações e práticas que contemplem e considerem a complexidade deste fenômeno, com abordagem multidisciplinar da saúde sexual, abrangendo as especificidades da condição de sobrevivente da paciente e suas implicações.

6. CONCLUSÃO

Os resultados indicaram que o impacto na qualidade de vida sexual foi extremamente relevante, demonstrando disfunções sexuais que interromperam a atividade sexual na maioria das pacientes, afetando a qualidade de vida e comprometendo o relacionamento com seus parceiros.

Logo, a intervenção precoce com apoio e terapias que atenuem os efeitos colaterais do tratamento pode melhorar a qualidade da saúde sexual de todas as pacientes com neoplasia de colo uterino tratadas com quimioterapia e radioterapia.

REFERÊNCIAS

1. CANCER STATISTICS, 2022. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A CA Cancer J Clin. 2022;72(1):7. 2022 Jan 12.
2. COLLINS Y et al. Cervical cancer prevention in the era of prophylactic vaccines: a preview for gynecologic oncologists. Society of Gynecologic Oncologists Education Resource Panel Writing group. Gynecol Oncol. 102(3):552,2006.
3. CORREIA Rafaella et al. Sexual dysfunction after cervical cancer treatment. Rev Esc Enferm USP · 2020.
4. DISAIA PJ, Creasman WT. Invasive cervical cancer. In: Clinical Gynecologic Oncology, 7th ed., Mosby Elsevier, Philadelphia 2007. p.55.
5. Elfriede Greimel, Eva Nagele, Anne Lanceley, Anne S. Oberguggenberger, Andy Nordin, Karin Kuljanic, Juan I. Arraras, Chie Wei-Chu, Pernille T. Jensen, Krzysztof A. Tomaszewski, Carien L. Creutzberg, Razvan Galalae, Hilde Toelen , Kristin Zimmermann, Vesna Bjelic-Radisic, Anna Costantini, Thierry Almont, Samantha Serpentine, Ligita Paskeviciute Frøding, Ingvild Vistad, Claudia Schmalz, em nome do Grupo de Qualidade de Vida da EORTC.
6. EORTC Quality of Life. Disponível em: <https://qol.eortc.org/questionnaire/qlq-shq22/>
7. GLOBOCAN, WHO. International Agency for Research on Cancer, 2020. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/>.
8. Instituto Nacional do Câncer – INCA, Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>.
9. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). Disponível em: <https://screening.iarc.fr/atlasclassiftnm.php?lang=4>.
10. MISHRA Neha et al. Sexual Dysfunction in Cervical Cancer Survivors: A Scoping Review. Women’s Health Report 2021.
11. OBERGUGGENBERGER et al. Phase 1-3 of the cross-cultural development of

an EORTC questionnaire for the assessment of sexual health in cancer patients: the EORTC SHQ-22. *Cancer Medicine*. 13 February 2018.

12. PAULINO et al. Panorama of Gynecologic Cancer in Brazil. *JCO Global Oncology*. 2020.

13. QUINN M et al. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ*. 1999;318(7188):904.

14. SEDLIS A et al. A randomized trial of pelvic radiation therapy versus no further therapy in selected patients with stage IB carcinoma of the cervix after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy: A Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecol Oncol*. 73(2):177, 1999.

15. SMITH JS et al. Herpes simplex virus-2 as a human papillomavirus cofactor in the etiology of invasive cervical cancer. International Agency for Research on Cancer (IARC) Multicentric Cervical Cancer Study Group *J Natl Cancer Inst*. 94(21):1604, 2002.

16. THE INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER INT J CANCER. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. 120(4):885, 2007.

17. TORRE LA et al. *CA Cancer J Clin*. 2015;65(2):87, Global cancer statistics, 2012.

18. Validação psicométrica do Questionário de Saúde Sexual da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer – Qualidade de Vida (EORTC QLQ-SH22).

19. WALBOOMERS JM et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. 189(1):12, 1999.

20. YE Shuang et al. A Systematic Review of Quality of Life and Sexual Function of Patients With Cervical Cancer After Treatment. *International Journal of Gynecological*

Cancer & Volume 24, Number 7, September 2014.

21. VIDAL, Maria Luiza Bernardo. Efeitos adversos tardios subsequentes ao tratamento radioterápico para câncer de colo uterino na bexiga, reto e função sexual [dissertação]. Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2008.
22. MAHER E J, DENTON A. Survivorship, late effects and cancer of the cervix. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2008; 20: 479-487.
23. GROVER S, et al. Patient reported late effects of gynecological cancer treatment. *Gynecol Oncol*. 2012; 124: 399-403.
24. BERNARDO BC, et al. Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29: 85-90.
25. LIBERACKA-DWOJAK Magdalena, IZDEBSKI Paweł. Sexual Function and the Role of Sexual Communication in Women Diagnosed with Cervical Cancer: A Systematic Review. *International Journal of Sexual Health*. 2021.
26. MEMBRILLA-BELTRAN Lucia, et al. Impact of Cervical Cancer on Quality of Life and Sexuality in Female Survivors. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20, 3751.

APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados

DADOS E HISTÓRIA:

a. Número da paciente na pesquisa: _____

b. Data de nascimento: _____/_____/_____

c. Raça:

()branca-()preta-()parda-()indígena-()amarela () outra: _

d. Escolaridade:

() analfabeta-()lê e escreve-() ensino fundamental incompleto- () ensino fundamental completo-() ensino médio incompleto-() ensino médio completo-() superior incompleto-() superior completo

e. Tabagismo:

() nega-() ex-tabagista, se sim, parou há
__anos () tabagista atual

f. Etilismo:

() nega-() ex-etilista, se sim, parou há
__anos () tabagista atual

g. Menarca aos _____anos

h. Históriafamiliardecâncer? () não-() sim. Qual? ()Mama-()Ovários-(
)Endométrio-()TGI -()Próstata () Outro sítio:

DADOS DA DOENÇA:

1. Data do diagnóstico: _____/_____/_____ (biópsia inicial)

2. Data do início do tratamento: _____/_____/_____

3. Data do término do tratamento: _____/_____/_____

4. Tipo Histológico:

adenocarcinoma

células escamosas

adenoescamoso

Estadiamento: _____

5. Tratamento. Qual?

RT. Dose: _____ Sessões no total: _____

Braquiterapia. Dose: _____ Sessões no total: _____

QT. Qual e qual dose? _____ / N° de ciclos: _____

6. Recidiva/Progressão?

não- sim. Data da recidiva: _____/_____/_____

_____ Local:

recidiva local (pélvica)

recidiva à distância. Órgão acometido: Pulmão- Linfonodos-

Fígado- Ossos - Outro sítio: _____

7. Desfecho:

Óbito:

não- sim.

Qual a causa? pela doença - Outros: _____

APÊNDICE B – EORTC QLQ-SH22

PORTUGUESE (BRAZIL)



EORTC QLQ-SH22

Os pacientes às vezes relatam alterações na sua saúde sexual.

Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. As informações que você fornecer serão estritamente confidenciais.

Tente responder a tantas perguntas quanto possível.

Durante as últimas quatro semanas:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	N/A
1. Quão importante é uma vida sexualmente ativa para você?	1	2	3	4	
2. Sua libido diminuiu?	1	2	3	4	
3. Esteve satisfeito/a com seu nível de desejo sexual?	1	2	3	4	
4. Esteve satisfeito/a com sua vida sexual?	1	2	3	4	
5. Você tem se preocupado com incontinência urinária e/ou de fezes?	1	2	3	4	
6. A fadiga ou a falta de energia tem influenciado sua vida sexual?	1	2	3	4	
7. O tratamento influenciou a sua atividade sexual?	1	2	3	4	N/A
8. Esteve preocupado/a que as relações sexuais pudessem ser dolorosas?	1	2	3	4	
9. Houve comunicação com profissionais da saúde sobre assuntos sexuais?	1	2	3	4	
10. Esteve satisfeito/a quanto à comunicação sobre assuntos entre você e seu/sua parceiro/a?	1	2	3	4	N/A
11. Tem se preocupado que seu/sua parceiro/a possa lhe causar dor durante o contato sexual?	1	2	3	4	N/A
12. Esteve satisfeito/a com seu nível de intimidade?	1	2	3	4	N/A
13. Se sentiu inseguro/a sobre a sua capacidade de satisfazer seu/sua parceiro/a?	1	2	3	4	N/A

Só para homens					
Durante as últimas quatro semanas:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	N/A
14. Esteve confiante sobre a obtenção e manutenção de uma ereção quando você fez sexo?	1	2	3	4	
15. Sentiu-se menos homem devido à sua doença ou tratamento?	1	2	3	4	

Por favor, passe à página seguinte

Só para mulheres				
Durante as últimas quatro semanas:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
16. Sentiu-se menos mulher devido à sua doença ou tratamento?	1	2	3	4

Durante as últimas quatro semanas:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
17. Teve atividades sexuais?	1	2	3	4

Responda a estas perguntas apenas se tiver tido relações sexuais durante as últimas 4 semanas:

Durante as últimas quatro semanas:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
18. Sentiu prazer nas atividades sexuais?	1	2	3	4
19. Esteve satisfeito/a com sua habilidade de alcançar o orgasmo?	1	2	3	4
20. Sentiu dor durante ou após a a atividade sexual?	1	2	3	4
21. Até que ponto sentiu prazer sexual?	1	2	3	4

Só para mulheres				
Durante as últimas quatro semanas:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
22. Teve experiências de vagina seca durante a atividade sexual?	1	2	3	4

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “IMPACTO DO TRATAMENTO COM QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA NA SAÚDE SEXUAL DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE COLO ÚTERO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA”, de responsabilidade de Aline Alves Franzin Vanzo, residente médico de Oncologia Clínica do Hospital Universitário de Brasília. O objetivo desta pesquisa é descrever o impacto do tratamento na qualidade de vida sexual das pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero entre os anos de 2017 e 2022, atendidas em um hospital universitário do Distrito Federal. Assim, gostaria de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de dados de prontuários eletrônicos e aplicação do questionário de saúde sexual EORTC SHQ-22 de forma assistida. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa pode implicar em riscos tais como: divulgação indevida de informações pessoais. Este risco será minimizado com as seguintes estratégias: as informações serão colhidas em lugar seguro e de acesso restrito, não obstante, informações pessoais, que possibilitem a identificação do participante não serão coletadas, sendo usado código exclusivo para cada participante de pesquisa incluído. A confidencialidade e a privacidade dos participantes serão preservadas, de modo a reduzir a possibilidade de danos às suas dimensões físicas, psíquicas, morais, intelectuais, sociais, culturais ou espirituais. Os participantes serão identificados por letras e/ou números, no intuito da preservação de suas identidades.

Espera-se com esta pesquisa auxiliar nos desafios enfrentados pelas mulheres com neoplasia de colo do útero quanto à sua saúde sexual.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (27)999851035 ou pelo e-mail *aline_franzin@hotmail.com*.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo poderão ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas

e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br ou pelo telefone: (61) 3107 1592.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

Brasília, ____ de _____ de _____

Assinatura do/da participante

Assinatura do/da pesquisador/a

ANEXO 1- Parecer do Comitê de Ética

ANEXO 2- Manual de pontuação da EORTC