



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

**Neoplasia Intraepitelial do Colo do Útero e  
Qualidade de Vida**  
**Estudo Comparativo entre Mulheres Diagnosticadas e  
Mulheres Saudáveis**

**Tatiana Isabel Brito Neves**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr. Carlos Alberto Martins Gomes

**Covilhã, maio de 2019**



*“And in the end, it’s not the years in your life that count.*

*It’s the life in your years.”*

Abraham Lincoln



## Agradecimentos

Ao meu orientador, agradeço pela infinita paciência para emails, sms e visitas surpresa. Por todos os esclarecimentos e conselhos e por nunca deixar que perdesse o rumo desta tese. Pela boa disposição, por arranjar sempre um espacinho na agenda para me aturar e por ter sempre uma palavra simpática, mesmo quando as circunstâncias não eram a mais amigáveis. Obrigada por ter acolhido aquela pequena, meio perdida, que resolveu fazer um estágio no verão, e por deixar que ela lhe desse cabo do juízo por mais uns anos.

Ao meu Rodrigo, por ter acabado a quase tirar um curso de medicina, involuntariamente, de tanto me ajudar com ele. Obrigada, por tudo.

À minha família, porque sei que há muito poucas como esta.

Aos meus amigos, por me apoiarem em todos os passos, dos mais confiantes aos mais trémulos.

Um beijinho especial para a Sandra e Berta, por toda a companhia, apoio e boa disposição. Tornaram as minhas manhãs muito mais sorridentes e quentinhas.

A todas as participantes, por aceitarem fazer parte desta investigação e por todas as palavras de carinho e votos de boa sorte.

A todos e todas que de alguma forma cruzaram o meu caminho e tornaram possível que chegasse onde cheguei. Não poderia ser mais sortuda.



## Resumo

**Revisão Teórica:** A neoplasia do colo do útero mantém-se como uma das mais incidentes e mortais. No entanto, tem-se assistido, nas últimas décadas, a um notável desenvolvimento da prevenção e rastreio das mulheres, no que diz respeito à infeção pelo Vírus do Papiloma Humano. A identificação e resolução das lesões pré-malignas, impedindo a progressão para cancro invasivo, tem auxiliado na diminuição das taxas de mortalidade. Ainda que a relação entre a afetação da qualidade de vida e o cancro do colo do útero já esteja relativamente bem documentada, as mulheres diagnosticadas com neoplasia intraepitelial do colo do útero não são foco regular de investigação, muito embora representem uma fatia populacional cada vez mais relevante.

**Objetivos:** Comparar a perceção de qualidade de vida entre mulheres com diagnóstico de neoplasia intraepitelial do colo do útero e mulheres sem esse diagnóstico; identificar os parâmetros da qualidade de vida em que os grupos diferem; analisar as características sociodemográficas da amostra populacional em estudo; averiguar a cobertura vacinal, da mesma população, para o Vírus do Papiloma Humano.

**Metodologia:** Aplicação de questionários padronizados, constituídos por uma secção com dados demográficos e dados relativos ao diagnóstico e uma segunda parte, com a tradução portuguesa das ferramentas, desenvolvidas pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Cancro, validadas para uso em Portugal: *Quality of Life Questionnaire Cervical Core 30* e *Quality of Life Questionnaire Cervical Cancer Module*. Distribuição dos questionários a mulheres que aguardavam consulta de ginecologia e constituição de dois grupos: um grupo com diagnóstico de neoplasia intraepitelial do colo do útero e um grupo de participantes saudáveis.

**Resultados:** Não se observaram diferenças estatisticamente significativas em relação às respostas dadas pelos dois grupos, à exceção do parâmetro que avalia a dispneia, que revelou pior desempenho no grupo de mulheres com diagnóstico. Verificaram-se piores resultados das mulheres diagnosticadas nos domínios da qualidade de vida global, insónia, perda de apetite, dificuldades financeiras, neuropatia periférica, preocupações com a atividade sexual, desempenho social e desempenho de papéis. Apurou-se que a maioria das mulheres diagnosticadas considera que a notícia teve um elevado impacto negativo na sua vida. Constatou-se ainda que a maioria das participantes não estava vacinada contra o Vírus do Papiloma Humano.

**Conclusões:** Dados os resultados obtidos, importa destacar a pertinência de equipas multidisciplinares, aptas a capacitar as mulheres, para que reconheçam a importância dos programas de prevenção, sobretudo no que diz respeito à infeção por Vírus do Papiloma Humano e deteção de lesões pré-malignas, o que se irá repercutir significativamente na sua qualidade de vida.

## Palavras-chave

Oncologia; Colo do útero; Qualidade de vida; Neoplasia Intraepitelial; Vírus do Papiloma Humano

## Abstract

**Background:** Cervical cancer is still one of the most incident and mortal cancers. However, in the last decades, we have been observing a marked development in prevention and screening strategies regarding infection with human papillomavirus. The early identification and resolution of premalignant lesions, thus stopping the progression to invasive disease, has contributed to the decrease in the mortality rates. Even though the relationship between changes in quality of life and cervical cancer are somewhat already well established, the women diagnosed with cervical intraepithelial neoplasia are not a common target of investigation, although they represent a growing population.

**Objectives:** To compare the perception of quality of life between women diagnosed with cervical intraepithelial neoplasia and women without that diagnosis; to identify the quality of life parameters that differ in these two groups; to analyze the sociodemographic characteristics of the population sample; to assess the Human Papillomavirus vaccine coverage in the population sample.

**Methods:** Questionnaire application, composed by a sociodemographic data section and data related to the diagnosis, and a second section regarding the Portuguese translation of the tools developed by the European Organization for Cancer Research and Treatment, previously validated: Quality of Life Questionnaire Cervical Core 30 and Quality of Life Questionnaire Cervical Cancer Module. Distribution of the questionnaires to women waiting for their gynecological appointments and division into two groups, one composed of those diagnosed and other of those non -diagnosed.

**Results:** No statistically significant differences were observed concerning the answers given by the two groups, except for the dyspnea parameter, where worst outcomes were obtained on the diagnosed group. Worst results were observed on diagnosed women group in the domains of general quality of life, insomnia, loss of appetite, financial difficulties, peripheral neuropathy, sexual activity worries, social performance and role performance. Most diagnosed women consider that the news of the diagnosis had a high negative impact on their lives. It was verified that most women were not vaccinated against Human Papillomavirus.

**Conclusions:** From the results obtained, it is important to highlight the importance of multidisciplinary healthcare teams, which can capacitate women to be able to recognize the relevance of the screening programs for Human Papillomavirus infection and the detection of premalignant lesions, which will have major repercussions on their quality of life.

## **Keywords**

Oncology; Uterine cervix; Quality of life; Intraepithelial neoplasia; Human Papillomavirus

# Índice

1. Introdução	1
1.1. Objetivos e Hipóteses a Testar	2
2. Enquadramento Teórico	3
2.1. Neoplasia do Colo do Útero	3
2.1.1. Epidemiologia	3
2.1.2. Fatores de risco conhecidos	4
2.1.3. Fisiopatologia	5
2.1.4. Diagnóstico e terapêutica subsequente	7
2.1.5. Prevenção	11
2.2. Qualidade de Vida	14
3. Materiais e Métodos	17
3.1. Tipo de Estudo	17
3.1.1. Pesquisa bibliográfica	17
3.2. População em Estudo	17
3.3. Instrumentos Utilizados	18
3.4. Recolha e Organização dos Dados	19
3.5. Análise Estatística dos dados	19
4. Resultados	21
4.1. Recrutamento das Participantes	21
4.2. Caracterização Sociodemográfica da População em Estudo	22
4.3. Caracterização da Cobertura Vacinal	25
4.4. Caracterização do Diagnóstico	26
4.5. Caracterização da Qualidade de Vida	29
5. Discussão	33
6. Conclusões	37
7. Pertinência, Limitações e Perspetivas Futuras do Estudo	39
7.1. Limitações do Estudo	39
7.2. Pertinência do Estudo e Perspetivas Futuras	39
8. Referências	41

9. Anexos	45
9.1. Anexo 1 - Declaração de Consentimento Informado	45
9.2. Anexo 2 - Questionário	47
9.3. Anexo 3 - Pedido de autorização para realização do trabalho de investigação	53
9.4. Anexo 4 - Autorização para realização do trabalho de investigação	55

## Lista de Figuras

Figura 1	Representação do colo uterino normal	5
Figura 2	Representação da histologia do colo uterino normal	5
Figura 3	Anatomia do colo do útero	6
Figura 4	Representação esquemática da neoplasia do colo do útero e das suas lesões precursoras	9
Figura 5	Representação da abordagem da OMS para a prevenção e controlo da neoplasia do colo do útero	11
Figura 6	Esquematização do recrutamento	21
Figura 7	Hábitos tabágicos da amostra (N=56)	23
Figura 8	Nível de escolaridade da amostra (N=56)	23
Figura 9	Hábitos de atividade física da amostra (N=56)	23
Figura 10	Estado civil da amostra (N=56)	23
Figura 11	Cobertura vacinal da amostra (N=56)	25
Figura 12	Caracterização do grau de impacto do diagnóstico (N=28)	28
Figura 13	Caracterização do modo de impacto do diagnóstico (N=28)	28
Figura 14	Análise comparativa entre os domínios funcionais do QLQ-C30 (N=56)	31
Figura 15	Análise comparativa entre os domínios sintomáticos do QLQ-C30 (N=56)	31
Figura 16	Análise comparativa entre os domínios funcionais do QLQ-CX24 (N=56)	32
Figura 17	Análise comparativa entre os domínios sintomáticos do QLQ-CX24 (N=56)	32



## Lista de Tabelas

Tabela 1	Recomendações para colposcopia	8
Tabela 2	Análise sociodemográfica de população em estudo (N=56)	24
Tabela 3	Caracterização das variáveis de diagnóstico (N=28)	27
Tabela 4	Análise comparativa entre as ferramentas de avaliação de qualidade de vida (N=56)	30



## Lista de Acrónimos

ACS	Células pavimentosas atípicas
AGC	Células glandulares atípicas
AGC-NOS	Células glandulares atípicas não especificadas
AIS	Adenocarcinoma in situ
ASC-H	Células pavimentosas atípicas, sem excluir lesão intraepitelial de alto grau
ASC-US	Células pavimentosas atípicas de significado indeterminado
CHUCB	Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira
CIN1	Neoplasia Intraepitelial do Colo do Útero de Grau 1
CIN2	Neoplasia Intraepitelial do Colo do Útero de Grau 2
CIN3	Neoplasia Intraepitelial do Colo do Útero de Grau 3
CO <sub>2</sub>	Dióxido de Carbono
DGS	Direção Geral da Saúde
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
EORTC	Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Cancro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HRQOL	Qualidade de vida relacionada com a saúde
HSIL	Lesão pavimentosa de alto grau
LSIL	Lesão pavimentosa de baixo grau
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNV	Plano Nacional de Vacinação
QLQ-C30	<i>Quality of Life Questionnaire Core 30</i>
QLQ-CX24	<i>Quality of Life Questionnaire Cervical Cancer Module</i>
QOL	Qualidade de vida
SCJ	Junção escamo-colunar
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences®</i>
TZ	Zona de transformação



# 1. Introdução

O cancro do colo do útero constituiu, no ano de 2018, o 9º cancro com maior incidência e mortalidade a nível mundial (1), ocupando, em Portugal, a 19ª posição no ranking dos cancros com maior incidência e o 18º lugar no ranking da mortalidade, com 340 mortes registadas (1).

A infeção persistente pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV), constitui o principal fator de risco conhecido para o desenvolvimento desta neoplasia, estando presente em cerca de 99,7% dos casos (2). Contudo, a infeção por HPV pode não resultar em alterações neoplásicas, dependendo, entre outros fatores, da resposta imunitária da mulher infetada. De uma forma geral, as estirpes de alto risco - 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 e 58 - associam-se mais frequentemente com o cancro, enquanto que as de baixo risco - 6 e 11 - se correlacionam com outras lesões como, por exemplo, os condilomas acuminados (3).

À semelhança do que tem ocorrido em outros países desenvolvidos, tem-se verificado, em Portugal, uma diminuição concomitante no número de óbitos e na taxa padronizada de mortalidade (4). Estas melhorias refletem os esforços feitos para a expansão e aceitação dos programas de prevenção, constituídos principalmente pela vacinação e pelo rastreio organizado, podendo este efetuar-se através de citologia ou teste de HPV. Os programas de rastreio permitem identificar e tratar atempadamente lesões pré-malignas, impedindo a progressão para doença invasiva e, conseqüentemente, diminuindo as taxas de incidência e de mortalidade por cancro do colo do útero.

Mulheres com neoplasias ginecológicas apresentam risco significativo de disfunção física, sexual e psicológica (5), causando uma diminuição da qualidade de vida (QOL) que pode prolongar-se por longos anos, dada a alteração do paradigma da sobrevida deste tipo de patologia.

Em virtude de afetar uma área corporal tão significativa para as mulheres, e tendo em consideração que o rastreio permite a identificação de um maior número de neoplasias intraepiteliais, importa averiguar se existe algum impacto, quer a nível físico, quer a nível emocional, de receber este tipo de diagnóstico, bem como do seu tratamento e possíveis implicações futuras. Por conseguinte, poderá ser avaliada a necessidade do desenvolvimento de estratégias que garantam um melhor acompanhamento das pacientes, por parte dos cuidados de saúde.

## 1.1. Objetivos e Hipóteses a Testar

O presente trabalho de investigação tem como principais objetivos:

- I. Comparar a perceção de qualidade de vida entre mulheres com diagnóstico de neoplasia intraepitelial do colo do útero e mulheres sem esse diagnóstico;
- II. Identificar os parâmetros que diferem, a nível de qualidade de vida, entre os dois grupos previamente referidos.

Pretende-se ainda:

- III. Proceder a uma análise das características sociodemográficas da amostra populacional em estudo;
- IV. Averiguar a cobertura vacinal, da mesma população, para o HPV;

Para atingir estes objetivos, foram elaboradas duas principais hipóteses a testar:

- I. Existe diferença na qualidade de vida percebida, para mulheres com diagnóstico de neoplasia intraepitelial do colo do útero, comparando com mulheres sem este diagnóstico.
- II. Existe diferença entre os dois grupos em algum dos parâmetros estudados pelos testes *Quality of Life Questionnaire Cervical Core 30* e *Quality of Life Questionnaire Cervical Cancer Module*.

## 2. Enquadramento Teórico

### 2.1. Neoplasia do Colo do Útero

O cancro do colo do útero pode ser visto como uma patologia passível de ser prevenida. Esta neoplasia é precedida por uma lesão precursora identificável - a neoplasia intraepitelial do colo do útero - que pode progredir para cancro invasivo. Ambas as fases da patologia são influenciadas pelo HPV(3).

#### 2.1.1. Epidemiologia

No ano de 2018, o cancro do colo do útero constituiu o 9º cancro com maior incidência e mortalidade a nível mundial, com um total de 569 847 novos casos identificados e 311 365 mortes (1). Estes valores mundiais refletem as elevadas taxas de incidência e mortalidade por cancro do colo do útero em regiões do globo em vias de desenvolvimento, tais como a Ásia, onde foram registados 55,3% do número de novos casos e 54,1% do número de mortes por cancro do colo do útero (1). A idade média de diagnóstico desta patologia é 52,2 anos de idade, apresentando dois picos: o primeiro entre os 35 e os 39 anos de idade, e o segundo entre os 60 e os 64 anos de idade (2).

Em Portugal, o cancro do colo do útero ocupou a 19ª posição no ranking dos cancros com maior incidência, com 750 novos casos registados em 2018. No que diz respeito à mortalidade, ocupa o 18º lugar no ranking nacional, com 340 mortes registadas (1). Em Portugal, à semelhança do que tem ocorrido nos outros países desenvolvidos, tem-se verificado uma diminuição, tanto no número de óbitos, como na taxa padronizada de mortalidade, refletindo os importantes ganhos em saúde, fruto da expansão dos programas de rastreio (4).

Aproximadamente 60% das mulheres, residentes nos países desenvolvidos, que desenvolveram cancro do colo do útero nunca teriam sido alvo de rastreio ou não teriam sido rastreadas nos últimos cinco anos (2).

## 2.1.2. Fatores de risco conhecidos

- I. A infecção por HPV encontra-se presente em cerca de 99,7% dos casos. A persistência da infecção aumenta o risco de progressão das lesões para doença invasiva. As estirpes de alto risco - 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 e 58 - associam-se a aproximadamente 95% dos carcinomas de células escamosas, estando o HPV 16 mais relacionado com estas, enquanto que o HPV 18 se encontra mais ligado ao adenocarcinoma;
- II. O tabagismo constitui um fator de risco independente para o desenvolvimento de patologia cervical, quer para fumadoras ativas, quer para mulheres expostas ao fumo do tabaco passivamente, conferindo um risco 4,5 vezes superior de desenvolver carcinoma *in situ*;

Vários fatores têm sido relacionados com o desenvolvimento de cancro do colo do útero:

- III. A imunossupressão, particularmente quando relacionada com a infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou com o transplante renal, encontra-se correlacionada com uma maior incidência de infecção por HPV e maior progressão para neoplasia;
- IV. A idade precoce da primeira relação sexual pode aumentar o risco, uma vez que, durante a adolescência, existe uma maior taxa de metaplasia na zona de transformação (TZ) e uma maior proporção de células novas, ou imaturas, nesta região;
- V. A existência de vários parceiros sexuais e/ou parceiro sexual que pratique relações sexuais com mais do que uma pessoa;
- VI. As relações sexuais com um parceiro do sexo masculino, que tenha tido uma parceira com cancro do colo do útero;
- VII. A multiparidade;
- VIII. A ausência da utilização contraceção de barreira e/ou história de infeções sexualmente transmissíveis;
- IX. A história de cancro do colo do útero ou lesões pré-neoplásicas;
- X. A inexistência de rastreios ou rastreios infrequentes;
- XI. A exposição ao dietilestilbestrol;
- XII. A etnia, em combinação com um nível socioeconómico mais baixo;
- XIII. Pode existir uma suscetibilidade genética, mas os riscos relativos apresentados são pequenos. (2),(3)

### 2.1.3. Fisiopatologia

O colo do útero corresponde ao terço inferior do útero, constituído pelo endocervix e ectocervix, respetivamente nas porções superior (acima da vagina, não visível pelo exame com espéculo) e inferior (visível através do exame com espéculo) (6).

Histologicamente, o colo do útero encontra-se revestido por dois tipos de epitélio: colunar e estratificado pavimentoso não queratinizado. O epitélio colunar consiste em células secretoras de muco, dispostas numa única camada e localizadas nas pregas ou criptas, presentes na parede do canal endocervical. A zona onde os dois tipos de epitélio se encontram é designada de junção escamo-colunar (SCJ), local onde se originam, aproximadamente, 90% das neoplasias. (fig. 1 e 2)

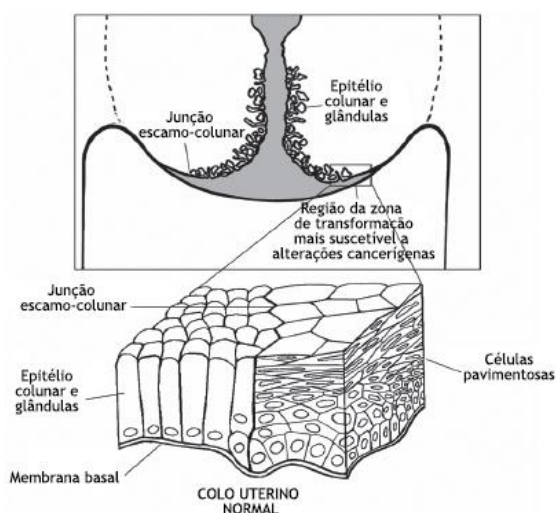


Figura 1. Representação do colo uterino normal

Fonte: adaptado de Broutet N, Eckert LO, Ullrich A, Bloem P. *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice - 2nd ed.* 2014

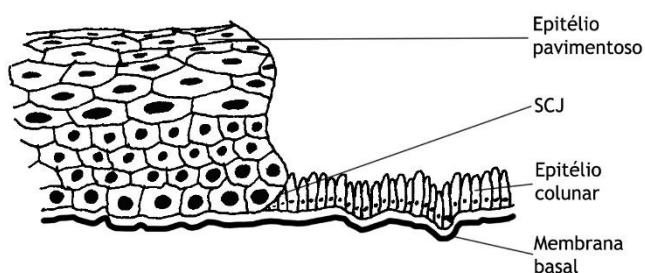


Figura 2. Representação da histologia do colo uterino normal

Fonte: adaptado de Broutet N, Eckert LO, Ullrich A, Bloem P. *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice - 2nd ed.* 2014

O colo do útero pode ser considerado uma estrutura corporal dinâmica, na medida em que a sua aparência macroscópica e histologia podem ser alteradas por diversos fatores. As características do colo uterino variam ao longo da vida da mulher, consoante a idade, estado hormonal e paridade (fig. 3).

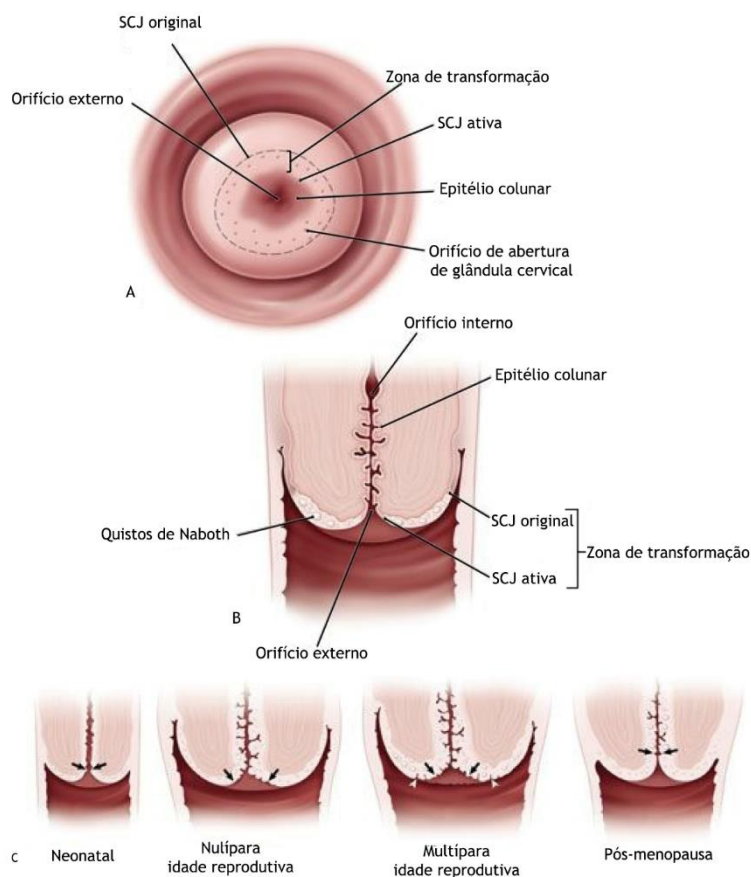


Figura 3. Anatomia do colo do útero. (A) O colo do útero e a zona de transformação. (B) Vista anterior do colo do útero. (C) Diferentes localizações da zona de transformação e da junção escamo-colunar ao longo da vida de uma mulher. As setas identificam a zona de transformação ativa. Fonte: adaptado de Beckman CR., Ling FW, Herbert WNP, Laube DW, Smith RP, Casanova R, et al. *Obstetrics and Gynecology* - 7th ed 2014.

Durante a infância, a SCJ encontra-se localizada internamente ao orifício externo do canal cervical. Contudo, sob a influência hormonal e a acidificação da vagina, que ocorrem na puberdade, ocorre um processo de metaplasia, causando uma eversão da SCJ. A velocidade de ocorrência de metaplasia é maior durante a adolescência e na fase inicial da gravidez. A área localizada entre a SCJ inicial e a SCJ ativa recebe a designação de zona de transformação (TZ). As células metaplásicas da TZ representam as células mais recentes e menos maduras do colo do útero sendo, por isso, consideradas as mais vulneráveis a alterações cancerígenas.

Na perimenopausa, a nova SCJ regride, voltando a localizar-se dentro do canal endocervical e tornando-se frequentemente inobservável.

Atualmente, conhecem-se cerca de 100 estirpes de HPV, sendo que as de alto risco se associam, com maior probabilidade, à ocorrência de cancro, quando comparadas com as estirpes de baixo risco. Não obstante, as estirpes de baixo risco - 6 e 11 - encontram-se implicadas na ocorrência de condilomas acuminados e lesões pavimentosas intraepiteliais de baixo risco.

A infeção pelo HPV pode, ou não, resultar em alterações neoplásicas. Na realidade, a maioria destas constituem afeções transitórias, devido à capacidade de o sistema imunitário erradicar a agressão. Após a infeção pelo HPV, o DNA viral pode não ser incorporado no genoma do hospedeiro, sendo os viriões encapsulados e as alterações por eles provocadas aparentes, histologicamente, na forma de células denominadas coilócitos. Por outro lado, caso o DNA do HPV seja incorporado no genoma do hospedeiro, pode ocorrer a alteração da expressão de genes reguladores, culminando na transformação das células em lesões intraepiteliais ou cancro (3).

#### **2.1.4. Diagnóstico e terapêutica subsequente**

As lesões intraepiteliais podem ser detetadas através de citologia ou teste de DNA de HPV. Uma citologia com resultado anormal deve ser seguida por uma inspeção visual da vagina e exame bimanual, com o intuito de excluir a presença de cancro invasivo. Após este passo, os objetivos prendem-se com a determinação do grau e da distribuição de lesão intraepitelial. As opções para esta avaliação incluem a repetição da citologia, a realização de testes de DNA do HPV, a execução de colposcopia com ou sem biópsias dirigidas e avaliação endocervical.

Os estudos citológicos podem ser categorizados recorrendo a várias classificações, sendo a classificação de Bethesda a mais utilizada. Esta classificação divide os achados em lesões pavimentosas e lesões glandulares. As lesões precursoras pavimentosas podem ser: células pavimentosas atípicas (ASCs), lesões pavimentosas de baixo grau (LSIL) ou lesões pavimentosas de alto grau (HSIL). As ASCs são ainda divididas em ASC de significado indeterminado (ASC-US) ou células pavimentosas atípicas, sem excluir HSIL (ASC-H). No que diz respeito às lesões glandulares, as lesões precursoras são classificadas em células glandulares atípicas (AGC), células glandulares atípicas favorecedoras de neoplasia, e adenocarcinoma endocervical *in situ* (AIS). As AGC subdividem-se em endocervicais, endometriais ou células glandulares atípicas não especificadas (AGC-NOS) (3).

A colposcopia com biópsias dirigidas consiste na técnica mais adequada para as decisões terapêuticas (3). Assim, todas as situações de citologias alteradas devem ser referenciadas para colposcopia, que deve ser sempre realizada, de forma rigorosa, por médicos bem treinados na execução do procedimento ou em unidades de referência em patologia cervical (7). As indicações e contra-indicações da colposcopia, de acordo com a Secção Portuguesa de Colposcopia e Patologia Cervico-vulvovaginal da Sociedade Portuguesa de Ginecologia, encontram-se descritas na tabela 1.

Tabela 1. Recomendações para colposcopia  
 Fonte: o autor, baseado nas recomendações da Secção Portuguesa de Colposcopia e Patologia Cervico-vulvovaginal da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

Situação	Recomendação	Comentários
Avaliação de citologia anormal	Recomendado	
Avaliação de um colo do útero que macroscopicamente não parece normal	Adequado	
Avaliação da vulva e da vagina, na suspeita de patologia com risco oncológico	Adequado	
Rastreio oportunista	Adequado	Utilizada em conjunto com a citologia, com vista a aumentar a sua sensibilidade
Método primário de rastreio do cancro do colo do útero	Contra-indicado	Apresenta boa sensibilidade e baixa especificidade para a deteção neoplasia intraepitelial do colo do útero, com conseqüente número de biopsias desnecessárias

A colposcopia permite identificar áreas de plausíveis lesões, auxiliando-se de critérios como sejam padrões vasculares anormais, lesões puntiformes e lesões esbranquiçadas. Através deste procedimento, torna-se possível obter biópsias dirigidas às áreas em que existe, aparentemente, maior probabilidade de lesões (3).

Toda a SCJ deve ser visualizada para se poder considerar uma colposcopia como satisfatória. No caso de não ser possível visualizar toda a SCJ, ou a totalidade das margens das zonas suspeitas de anormalidade, a colposcopia considera-se insatisfatória, tornando-se necessários outros procedimentos, tais como a conização ou a curetagem endocervical (3).

A análise histológica permite classificar as lesões em categorias diagnósticas, nomeadamente CIN1 - lesão de baixo grau e CIN2/3 - lesão de alto grau. Estas denominações não são equivalentes aos termos LSIL e HSIL. No caso das CIN1 não tratadas, 57% dos casos regridem ao normal e 0,3% progridem para cancro invasivo. Para as CIN2, a percentagem de regressão é de 43% e a de progressão encontra-se entre 14 e 22%. Quanto às CIN3, a percentagem de regressão espontânea fixa-se nos 32% e a percentagem de progressão situa-se em torno dos 12% (2). Em termos histológicos, as lesões pavimentosas cancerígenas são denominadas de carcinoma pavimentoso invasivo, enquanto que as lesões cancerígenas de origem glandular são intituladas adenocarcinoma (3). A figura 4 esquematiza a terminologia utilizada para descrever as alterações do colo uterino.

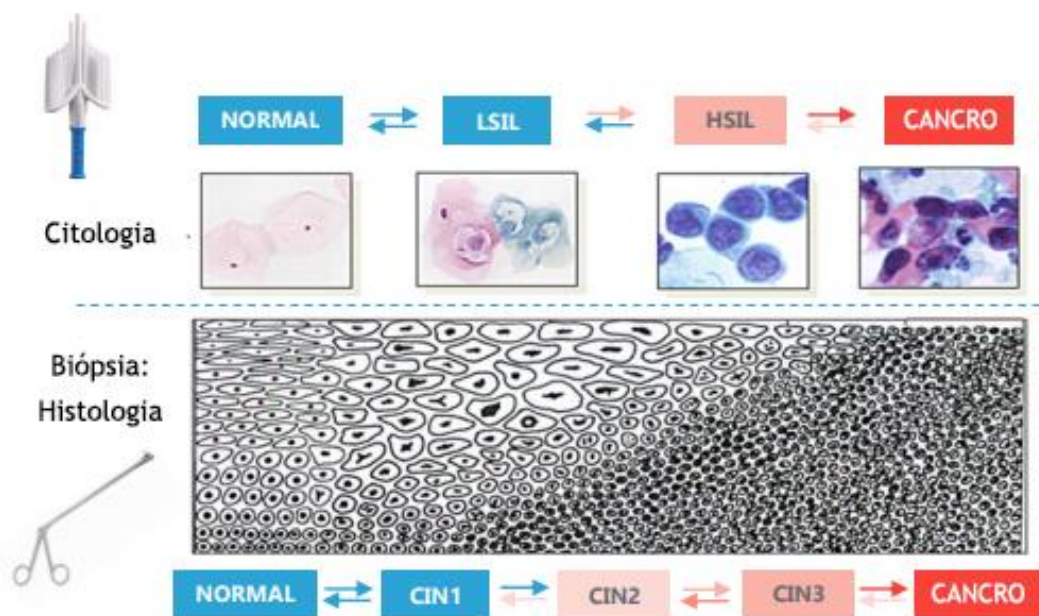


Figura 4. Representação esquemática da neoplasia do colo do útero e das suas lesões precursoras  
 Fonte: adaptado de GenomicVision, através de <http://www.genomicvision.com/wp-content/uploads/GV-IVD-RD-day-10.05.2017-HPV-presentation.pdf>, consultado a 12/mar/2019

A decisão de efetuar ou não efetuar tratamento, bem como a escolha do mesmo, deve sempre ter em ponderação as características das lesões apresentadas, a certeza do diagnóstico e a disponibilidade de seguimento da paciente. As estratégias terapêuticas que podem ser adotadas dividem-se em destrutivas ou excisionais, possuindo todas o objetivo de resolver a neoplasia intraepitelial e interromper a progressão para cancro invasivo (7).

Os procedimentos destrutivos eliminam os tecidos afetados, sendo que não permitem a obtenção de amostras para exame de anatomia patológica (2). Atualmente, constituem modalidades de tratamento destrutivo a vaporização Laser CO<sub>2</sub> (método preferencial), a criocoagulação e a diatermocoagulação (método que deve ser evitado). Estas estratégias terapêuticas estão contraindicadas na gravidez, na presença de doença invasiva e em caso de envolvimento do canal endocervical (7).

Os métodos excisionais devem ser realizados nos casos em que não é possível excluir doença invasiva, na eventualidade de envolvimento endocervical ou se existir uma discrepância de dois níveis entre a citologia e a histologia (2). A excisão com ansa diatérmica, excisão com agulha diatérmica, excisão com Laser CO<sub>2</sub> e a excisão a frio representam modalidades deste tipo de abordagem. Esta vertente de tratamento requer uma remoção total da TZ, em peça única, em cone ou em cilindro (7). Estas metodologias permitem a obtenção de peças para análise e encontram-se associados a um risco aumentado de perda gestacional no segundo trimestre, por incompetência do colo, parto pré-termo, rutura prematura de membranas e estenose cervical (3).

Após o tratamento, deve ser mantido um seguimento, habitualmente através da realização de citologia a cada seis meses, durante dois anos, variando a periodicidade do acompanhamento com a severidade da lesão tratada. Depois deste período, a maioria das mulheres pode regressar ao esquema de rastreio populacional. A importância deste seguimento deve ser enfatizada, uma vez que a história pessoal de lesões do colo do útero constitui um fator de risco para cancro (3).

A descrição das estratégias para a abordagem de cada uma das categorias de anormalidades citológicas, bem como a terapêutica específica para cada anomalia histológica, vai para além do âmbito deste trabalho de investigação, podendo ser consultadas em documentos oficiais, tais como o *Livro Do Consenso sobre infeção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina*, elaborado pela Secção Portuguesa de Colposcopia e Patologia Cervico-vulvovaginal, em 2014.

## 2.1.5. Prevenção

A abordagem da OMS para a prevenção e controlo da neoplasia do colo do útero assenta em três pilares (figura 5):

- I. A prevenção primária, conseguida através da vacinação, educação sexual, distribuição de preservativos e promoção da sua utilização e realização de procedimentos de circuncisão, quando relevantes e apropriados. Este pilar tem como principal meta impedir as infeções pelo HPV;
- II. A prevenção secundária, garantida com o rastreio ao colo do útero, identificação e tratamento de lesões pré-malignas, aconselhamento e partilha de conhecimento. Este pilar tem como principal finalidade evitar a progressão de lesões pré-malignas para cancro invasivo, diminuindo as taxas de incidência, prevalência e mortalidade por cancro do colo do útero;
- III. A prevenção terciária, que foca o tratamento das formas invasivas de cancro, em mulheres de qualquer idade. Este pilar tem como principal objetivo reduzir o número de mortes devidas ao cancro do colo do útero (6).

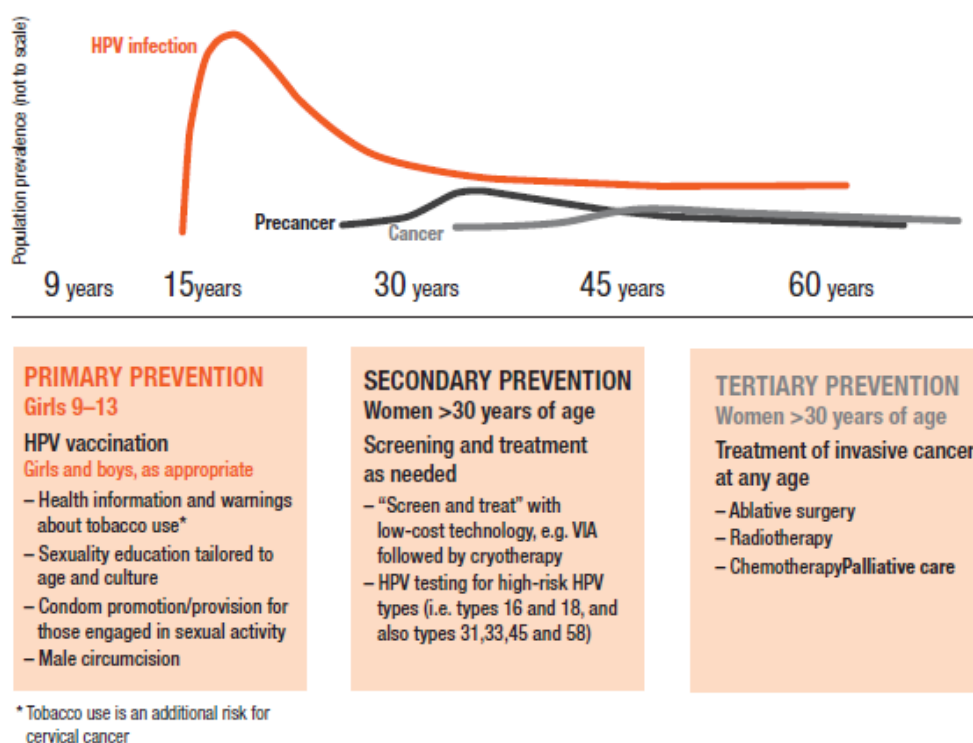


Figura 5. Representação da abordagem da OMS para a prevenção e controlo da neoplasia do colo do útero  
 Fonte: Broutet N, Eckert LO, Ullrich A, Bloem P. *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice - 2nd ed.* 2014

No que diz respeito à vacinação, o plano nacional de vacinação (PNV) português engloba uma vacina nonavalente, administrada em duas doses, a pacientes do sexo feminino, aos 10 anos de idade. Esta vacina, indicada para a prevenção de lesões pré-cancerosas, cancro (do colo do útero, vagina e ânus) e condiloma acuminado, pode ser administrada em raparigas com idades compreendidas entre os 9 anos de idade (inclusive) e os 27 anos de idade (exclusive). No caso de mulheres que não foram vacinadas de acordo com o PNV, a vacinação continua a consistir numa medida eficaz de prevenção primária, devendo o esquema vacinal de recurso ser iniciado até aos 18 anos de idade e concluído até aos 27 anos de idade (8). Esta vacina, introduzida pelo PNV de 2017 veio substituir a vacina tetravalente, previamente em aplicação.

Em relação ao rastreio, este deve ser assegurado, regularmente, a todas as mulheres entre os 25 e os 64 anos de idade (9). O limite inferior de idade deve-se ao facto de que, embora a infeção por HPV seja bastante frequente em mulheres jovens, a maioria é resolvida espontaneamente pelo próprio organismo. Por outro lado, a neoplasia desenvolve-se lentamente, levando cerca de 10-20 anos a ocorrer a progressão de lesões pré-neoplásicas para cancro invasivo, o que torna muito raras as neoplasias antes dos 30 anos de idade (6).

Como método de rastreio, pode utilizar-se a citologia, o teste DNA do HPV ou recorrer-se a uma associação destes:

- I. Citologia: O único método de rastreio recomendado para pacientes com idade inferior a 30 anos, altura em que se efetua com uma periodicidade trienal. O procedimento pode envolver o convencional esfregaço de Papanicolaou (em que as células são fixadas numa lâmina) ou a citologia em meio líquido (em que utiliza um recipiente com solução de preservação). Nos países em que as citologias são efetuadas há várias décadas, observaram-se reduções significativas na morbilidade e mortalidade por cancro do colo do útero (6). A citologia em meio líquido tem vindo a ganhar destaque, uma vez que permite a obtenção de lâminas mais homogéneas e a realização simultânea de outros testes (7);
- II. Teste de DNA do HPV: Recomendado para mulheres acima dos 30 anos de idade, com uma periodicidade de 5 anos, devido à presença de infeções persistentes nesta idade e ao conhecimento da associação entre as infeções persistentes e o desenvolvimento de cancro. Pode ser realizado sem necessidade de realizar exame pélvico, durante o exame com espéculo ou mesmo recorrendo a auto colheita (6). Este procedimento tem apresentado uma sensibilidade superior àquela da citologia, maior reprodutibilidade e mostrou-se como método mais fidedigno para rastrear mulheres previamente vacinadas (7).
- III. Associação entre citologia e teste de DNA do HPV: Esta opção é considerada, pela maioria dos autores, como não justificável para rastreios organizados, uma vez que

apresenta apenas uma ligeira melhoria na sensibilidade e uma elevação considerável dos custos (7).

De acordo com o *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*, observou-se um incremento no número de mulheres rastreadas, passando de aproximadamente 50.000 mulheres rastreadas no ano de 2009, para aproximadamente 160.000 mulheres rastreadas em 2016 (4).

## 2.2. Qualidade de Vida

Nas últimas décadas, a expressão qualidade de vida (QOL) tem vindo a ganhar um foco de destaque, sendo progressivamente mais levada em consideração pelos investigadores e decisores, tanto a nível da saúde como de outras áreas (10).

A OMS define qualidade de vida como a “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (11).

Efetivamente, desde a introdução desta expressão na literatura médica, na década de 60, várias tentativas foram efetuadas para obter uma definição de QOL, tendo por base diferentes abordagens a este assunto (12). De um ponto de vista científico, todas as abordagens aparentavam ser ambíguas (10), tornando-se difícil obter concordância entre elas.

Por conseguinte, optou-se por uma abordagem mais prática, fundamentada na divisão entre bem-estar subjetivo e qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQOL)(12).

No que diz respeito à HRQOL, persevera a ideia consensual de que esta deve consistir numa avaliação multidimensional, que englobe o bem-estar e o desempenho físico, psicológico/emocional e social (13).

Do mesmo modo que subsistem inúmeras definições de QOL, também se multiplicam as ferramentas que a pretendem avaliar.

Ainda relativamente à HRQOL, deve ser realizado um esforço para utilizar ferramentas com boas propriedades psicométricas, uma vez que esse passo irá permitir a obtenção de conclusões mais substanciais (13).

Particularmente para as neoplasias, existem ferramentas que se propõem a avaliar parâmetros de QOL específicos para cada patologia. Ainda assim, deve ser utilizada, preferencialmente, uma ferramenta genérica de HRQOL, em combinação com uma, ou mais, ferramentas dirigidas para a neoplasia em estudo (13). Em relação às patologias do colo uterino, exemplos de ferramentas de QOL específicas são: *Quality of Life Questionnaire Cervical Cancer Module* (EORTC QLQ-CX24), *Functional Assessment of Cancer Therapy-Cervix*, e *Quality of Life Instruments for Cancer Patients-Cervical Cancer* (14). A ferramenta EORTC QLQ-CX24 constitui o questionário mais utilizado, no que se refere à patologia do colo do útero, aparentando também ser o mais apropriado para avaliar a HRQOL (13).

De um modo geral, o tema da QOL pode ser considerado como um paradigma multifacetado, uma vez que reflete as experiências do paciente com a doença, o tratamento e as sequelas a curto e longo prazo (15). Esta abrangência tem especial relevo no caso de patologias crônicas, como as neoplasias, em que variadas vezes o objetivo da terapêutica não se prende tanto com a cura, mas com uma redução das limitações causadas pela patologia (16). Aqui, a avaliação da QOL pode ser utilizada como um facilitador de decisões médicas, uma ferramenta complementar no seguimento de pacientes e até mesmo uma fonte de informação prognóstica. (15)



## 3. Materiais e Métodos

### 3.1. Tipo de Estudo

Este trabalho de investigação consiste num estudo observacional transversal, com componente analítica.

#### 3.1.1. Pesquisa bibliográfica

Para a elaboração deste trabalho de investigação foi realizada, previamente, uma breve revisão bibliográfica, para melhor compreensão do tema em estudo.

Palavras-chave, relacionadas com a temática, foram definidas, com o intuito de direcionar a pesquisa para conteúdos mais relevantes. Foram utilizadas: “*cervical intraepithelial neoplasia*”; “*quality of life*”; “*cervical neoplasia*”; “*hpv*”; “*health related quality of life*”; “*intraepithelial cervical neoplasia*”; “*infeção hpv*”.

A pesquisa foi efetuada recorrendo a artigos e documentos presentes nas bases de dados *PubMed*, *PubMed Central*, *BMJ Open medical journal* e *Google Scholar*. Efetuou-se também pesquisa da literatura cinzenta, através do motor de pesquisa *Google*.

A pesquisa realizou-se entre de agosto de 2018 e fevereiro de 2019, tendo sido selecionados artigos em língua inglesa e portuguesa, publicados nos últimos 10 anos. Foram incluídos artigos referentes a outras populações, de modo a ser obtido um melhor enquadramento do tema a nível internacional. Sempre que uma referência foi considerada relevante, procedeu-se à consulta do artigo original.

### 3.2. População em Estudo

A amostra selecionada para o presente estudo foi constituída por utentes da Consulta Externa do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira (CHUCB), tendo estas sido abordadas enquanto aguardavam pelas respetivas consultas ou vigiâncias, na sala de espera.

Todas as mulheres que integraram este trabalho de investigação aceitaram participar voluntariamente no estudo, tendo fornecido o seu consentimento informado por escrito (Anexo 1).

Foram incluídas no estudo mulheres com idade igual ou superior a dezoito anos e que compreendessem a língua portuguesa.

Foram excluídas do estudo todas as participantes com idade inferior a dezoito anos, que fossem incapazes de compreender a língua portuguesa, que tivessem recusado participar na presente investigação, que não fornecessem consentimento informado por escrito ou cujos questionários não fossem devolvidos à investigadora.

### 3.3. Instrumentos Utilizados

Para a obtenção dos dados necessários, foi aplicado um breve questionário padronizado, formado por duas secções, constituídas por itens de escolha múltipla (Anexo 2).

O questionário apresentava uma primeira página introdutória, onde era fornecida alguma informação acerca da identificação da investigadora, do intuito do trabalho de investigação, bem como uma pequena introdução teórica ao tema e a descrição da amostra pretendida.

A primeira secção do questionário - secção A - permitiu a obtenção a dados demográficos de interesse: idade, escolaridade, estado civil, hábitos tabágicos, hábitos de atividade física e vacinação. Dentro desta secção foram incluídas algumas questões para preenchimento exclusivo das participantes com diagnóstico de patologia do colo do útero, que permitiram obter informações relativas ao ano de diagnóstico, terapêuticas efetuadas e importância subjetiva do diagnóstico.

A segunda secção - secção B - encontrava-se constituída pela tradução portuguesa dos questionários *Quality of Life Questionnaire Core 30* (QLQ-C30) e *Quality of Life Questionnaire Cervical Cancer Module* (QLQ-CX24), desenvolvidos pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Cancro (EORT) e previamente validados para aplicação em Portugal (16).

O questionário QLQ-C30 constitui uma ferramenta genérica com 30 questões, aplicável a todas as patologias neoplásicas, podendo ser complementado com diversos módulos, que avaliem outras características de cada patologia específica (16). Através de perguntas simples, permite avaliar domínios como a funcionalidade social, emotiva, cognitiva e física, sintomatologia, estado global de saúde e qualidade de vida geral dos participantes (17). Por sua vez, o módulo QLQ-CX24 compreende um questionário de 24 itens, direcionado para a patologia do colo uterino, avaliando domínios como a sintomatologia, imagem corporal, atividade sexual e prazer sexual (17). No geral, cada um dos domínios avaliados inclui um conjunto de itens, sendo que esses itens são exclusivos a cada domínio, não se repetindo em mais nenhuma escala (15).

### 3.4. Recolha e Organização dos Dados

De modo a ser efetuada a recolha dos dados necessários para a elaboração deste trabalho de investigação, foram obtidos os devidos pareceres favoráveis, por parte da Direção do Departamento da Saúde da Mulher e da Criança do CHUCB, Comissão de Ética para a Saúde do CHUCB e Conselho de Administração do CHUCB (Anexos 3 e 4).

A aplicação dos questionários decorreu no período compreendido entre outubro de 2018 e fevereiro de 2019, tendo a mesma sido realizada pela investigadora, no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do CHUCB.

Os dados foram obtidos num encontro único entre a investigadora e cada uma das participantes, com uma duração máxima de aproximadamente 15 minutos. Após ter sido fornecido um breve enquadramento acerca do intuito da investigação, ter sido assegurada a anonimidade dos dados e sigilo e esclarecidas todas as dúvidas apresentadas pelas utentes, foi entregue o documento de consentimento informado, constituído por uma cópia para a participante e uma outra para arquivo. Subsequentemente à obtenção do consentimento, foram entregues os questionários, que foram preenchidos pelas participantes, voluntariamente e em privado, tendo depois sido devolvidos por estas à investigadora, para que se procedesse à análise dos dados obtidos.

### 3.5. Análise Estatística dos dados

Para o tratamento e análise estatística dos dados obtidos, foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versão 25.0, para o *Windows*®.

Para as características sociodemográficas da população em estudo foram analisadas as estatísticas descritivas das variáveis estudadas, medidas de tendência central e medidas de dispersão e variabilidade dos dados.

As questões presentes nas ferramentas QLQ-C30 e QLQ-CX24 utilizam uma escala de resposta de quatro hipóteses (“não”, “um pouco”, “bastante”, “muito”) para avaliar o desempenho e sintomatologia, bem como uma escala de resposta de sete hipóteses para avaliar a qualidade de vida global (de “péssima” a “excelente”). As respostas dadas são cotadas de 0 a 100, de acordo com o *Scoring Manual* da EORTC, sendo que nos domínios referentes à atividade sexual e prazer sexual *scores* maiores são indicativos de um melhor desempenho, enquanto que nos restantes domínios *scores* maiores são sinal de pior desempenho (18).

Para determinar o *score* de cada um dos domínios presentes nas ferramentas, foi calculado o respetivo *RawScore* (correspondente à média dos itens que compõem cada domínio), tendo sido posteriormente realizada a transformação linear que permite converter o *RawScore* em *score* final, cotado de 0 a 100 (19).

De seguida, realizam-se testes *t de student*, para a comparação das variáveis contínuas entre o grupo com diagnóstico e o grupo de controlo. Foi assumido um intervalo de confiança de 95%.  
(20,21)

## 4. Resultados

### 4.1. Recrutamento das Participantes

Para a obtenção dos dados necessários ao presente trabalho de investigação foram entregues 80 questionários, tendo sido formados, posteriormente, dois grupos. As participantes foram distribuídas, de acordo com as respostas fornecidas nos questionários, em um primeiro grupo de mulheres com diagnóstico e um segundo grupo de mulheres sem diagnóstico. Foram excluídas 24 participações ao longo das várias etapas metodológicas, resultando em grupos de 28 participantes cada. Foram incluídas no grupo “Com diagnóstico” mulheres que referiram ter sido diagnosticadas com patologia do colo do útero, nomeadamente neoplasia intraepitelial. Constituíram o grupo “Sem diagnóstico” as participantes que não referiram qualquer diagnóstico de patologia do colo do útero ou resultado anormal em citologias de rastreio.

A figura 6 representa uma esquematização da metodologia de recrutamento das participantes e constituição dos dois grupos estabelecidos.

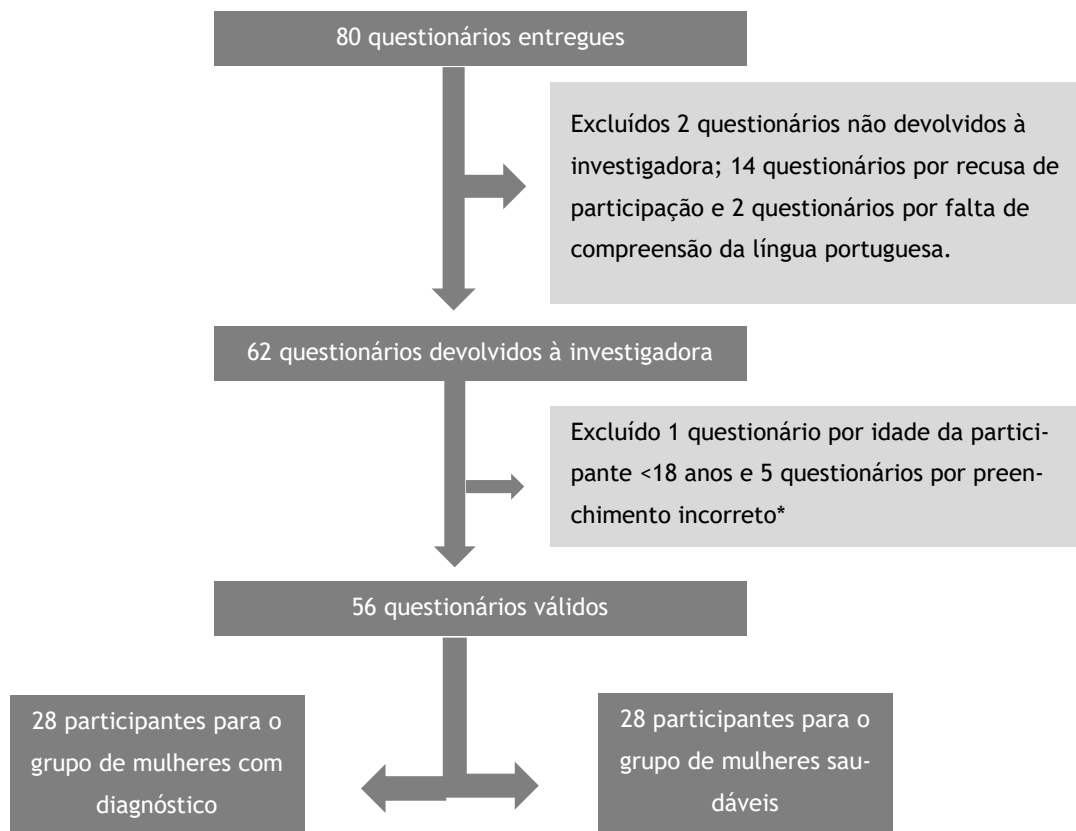


Figura 6. Esquematização do recrutamento

\*Considerou-se preenchimento incorreto o preenchimento exclusivo dos dados demográficos

Fonte: o autor

## 4.2. Caracterização Sociodemográfica da População em Estudo

Na amostra estudada, constituída por 56 mulheres, a idade média obtida no grupo de mulheres com diagnóstico foi de 45,89 anos, variando entre os 28 e os 60 anos de idade e, no grupo de mulheres sem diagnóstico, a idade média foi de 43,78 anos, com idades entre os 25 e os 67 anos.

No que concerne o nível de escolaridade, verificou-se um predomínio do nível secundário de educação, em ambos os grupos de estudo, correspondendo a 11 (47,8%) participantes do grupo com diagnóstico e a 12 (42,9%) das mulheres sem patologia.

Em relação ao estado civil, 17 (48,6%) das participantes do grupo de diagnóstico encontravam-se casadas, tal como 18 (51,4%) das mulheres do grupo sem patologia.

Quanto aos hábitos tabágicos, a resposta preponderante foi “nunca fumei”, tendo sido escolhida por 17 (60,7%) das mulheres com diagnóstico e por 15 (53,6%) das mulheres sem diagnóstico.

Relativamente aos hábitos de atividade física, 13 (46,4%) mulheres do grupo de diagnóstico afirmaram praticar atividade física poucas vezes durante a semana, tendo a mesma resposta sido dada por 14 (50,0%) mulheres do grupo sem diagnóstico.

A restante caracterização sociodemográfica da população encontra-se apresentada nas figuras 7 até 10, bem como na tabela 2.

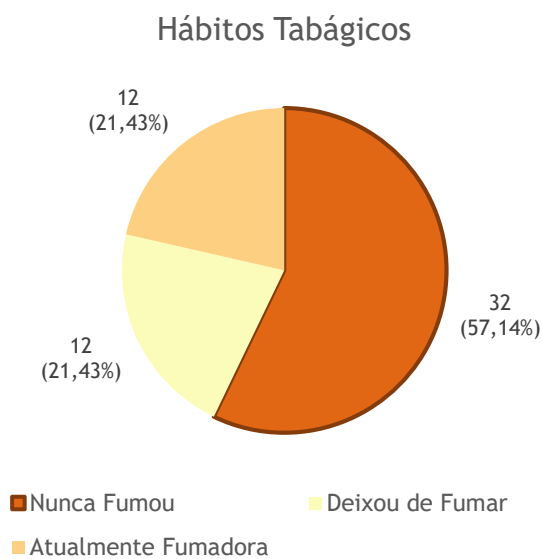


Figura 7. Hábitos tabágicos da amostra (N=56)  
Fonte: o autor

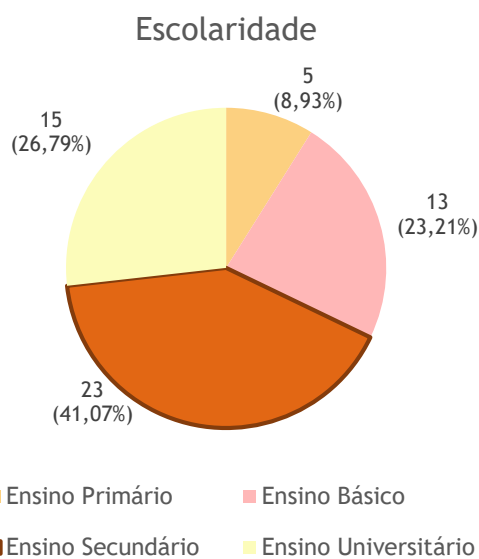


Figura 8. Nível de escolaridade da amostra (N=56)  
Fonte: o autor

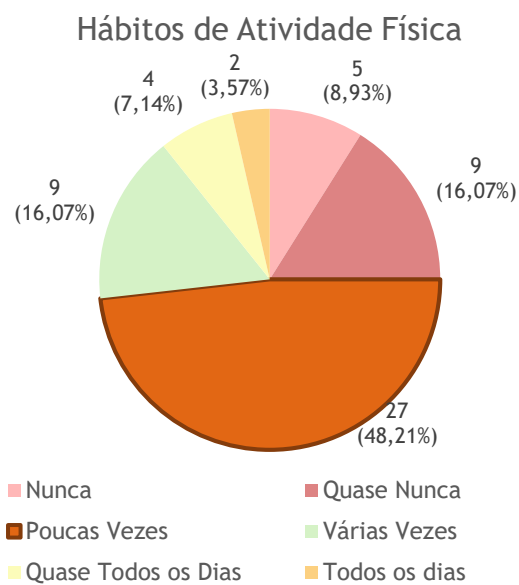


Figura 9. Hábitos de atividade física da amostra (N=56)  
Fonte: o autor

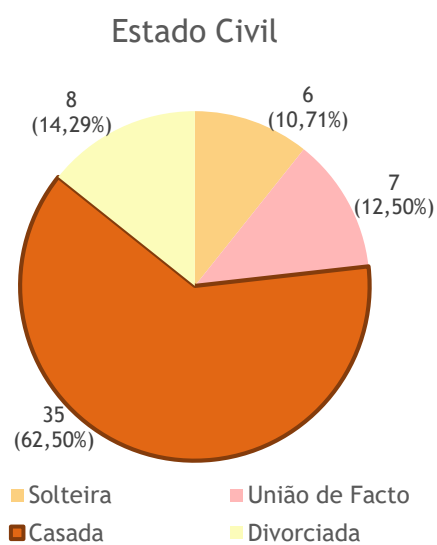


Figura 10. Estado civil da amostra (N=56)  
Fonte: o autor

Tabela 2. Análise sociodemográfica de população em estudo (N=56)

Fonte: o autor

Variável	Hipóteses de resposta	Frequência absoluta (Frequência relativa %)	
		GRUPO SEM DIAGNÓSTICO (N=28)	GRUPO COM DIAGNÓSTICO (N=28)
IDADE (em anos)	Média	43.78 (DP=11.236)	45.89 (DP=8.238)
	Mínima	25	28
	Máxima	67	60
ENSINO	Ensino Primário	2 (7.1%)	3 (10.7%)
	Ensino Básico	5 (17.9%)	8 (28.6%)
	Ensino Secundário	12 (42.9%)	11 (47.8%)
	Ensino Universitário	9 (32.1%)	6 (21.4%)
ESTADO CIVIL	Solteira	4 (14.3%)	2 (7.1%)
	União de Facto	4 (14.3%)	3 (10.7%)
	Casada	18 (51.4%)	17 (48.6%)
	Divorciada	2 (7.1%)	6 (21.4%)
HÁBITOS TABÁGICOS	Nunca Fumei	15 (53.6%)	17 (60.7%)
	Deixei de Fumar	8 (28.6%)	4 (14.3%)
	Atualmente Fumadora	5 (17.9%)	7 (25.0%)
HÁBITOS DE ATIVIDADE FÍSICA	Nunca	2 (7.1%)	3 (10.7%)
	Quase Nunca	4 (14.3%)	5 (17.9%)
	Poucas Vezes	14 (50.0%)	13 (46.4%)
	Várias Vezes	4 (14.3%)	5 (17.9%)
	Quase Todos os Dias	2 (7.1%)	2 (7.1%)
	Todos os Dias	2 (7.1%)	0 (0%)

### 4.3. Caracterização da Cobertura Vacinal

No que diz respeito à questão relacionada com a cobertura vacinal contra o HPV - “Foi vacinada contra o HPV?” -, obtiveram-se 14 (25,5%) respostas afirmativas, no total da amostra.

A resposta predominante foi “Não”, em ambos os grupos, com 23 (56,1%) mulheres com diagnóstico e 18 (43,9%) participantes sem patologia a afirmarem não terem sido vacinadas.

Uma participante não respondeu à questão, obtendo-se um total de 55 respostas (figura 11).

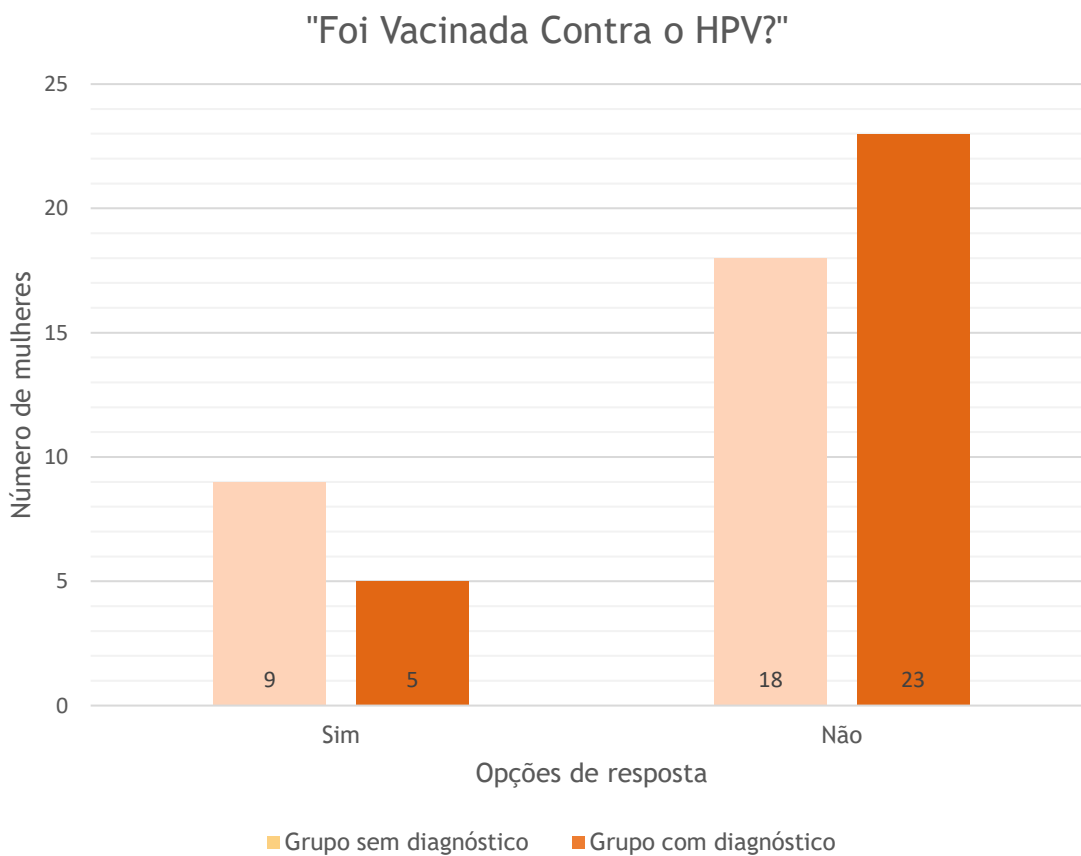


Figura 11. Cobertura vacinal da amostra (N=55)

## 4.4. Caracterização do Diagnóstico

A caracterização dos dados recolhidos apenas ao grupo de participantes com diagnóstico encontra-se representada na tabela 3, bem como nas figuras 12 e 13.

Na amostra em questão, o diagnóstico foi efetuado entre os anos de 2004 e 2019, sendo que se verificou uma predominância do ano de 2018, com 13 (46,4%) diagnósticos, seguindo-se os anos de 2019, 2017 e 2015, com 3 (10,7%) diagnósticos a serem efetuados em cada um desses anos civis. O número total de respostas obtidas nesta pergunta foi de 25, dado que 3 participantes não responderam à questão colocada.

No que diz respeito à abordagem efetuada após o diagnóstico, manteve-se o número total de 25 respostas obtidas e 3 questionários sem resposta a esta questão. A vigilância foi a abordagem mais referida, com 17 (60,7%) mulheres a assinalarem esta opção. Seguiu-se a conização, com 6 (21,4%) participantes a escolherem esta alínea de resposta.

A questão “Qual o grau de impacto que o diagnóstico teve na sua vida?”, compreendia opções de resposta entre 1 e 7, sendo que a opção 1 correspondia a “nenhum impacto” e a opção 7 correspondia a “máximo impacto”, estando os valores entre estes associados a níveis intermédios de impacto. As hipóteses de resposta 4 e 7 constituíram as mais assinaladas pelas participantes.

A questão seguinte, “De que forma o diagnóstico influenciou a sua vida?”, compreendia o mesmo mecanismo de resposta, sendo que a hipótese 1 correspondia a uma influência para “muito pior” e a hipótese 7 a uma influência para “muito melhor”. A hipótese de resposta 2 constituiu a opção mais assinalada pelas participantes, tendo sido ainda registados 3 questionários sem resposta a esta questão.

Tabela 3. Caracterização das variáveis de diagnóstico (N=28)

Fonte: o autor

Variável	Hipótese de resposta	Frequência absoluta (Frequência relativa %); N=28
ANO DO DIAGNÓSTICO	2004	1 (3,6%)
	2014	1 (3,6%)
	2015	3 (10,7%)
	2016	1 (3,6%)
	2017	3 (10,7%)
	2018	13 (46,4%)
	2019	3 (10,7%)
	Sem resposta	3 (10,7%)
TRATAMENTO EFETUADO	Vigilância	17 (60,7%)
	Conização	6 (21,4%)
	Histerectomia	2 (7,1%)
	Sem resposta	3 (10,7%)

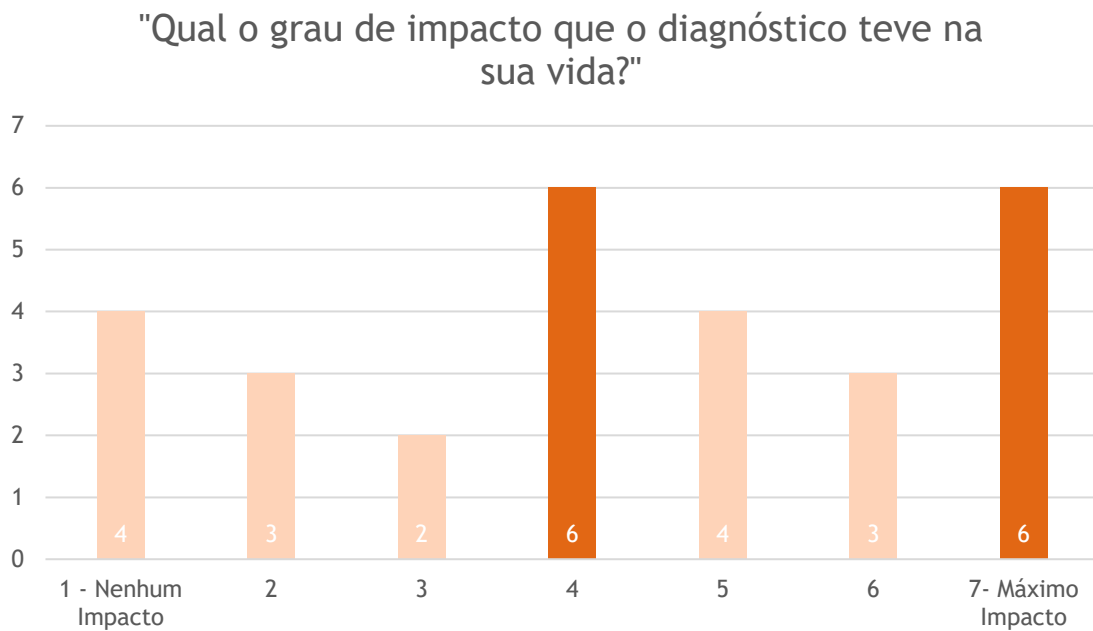


Figura 12. Caracterização do grau de impacto do diagnóstico (N=28)  
Fonte: o autor

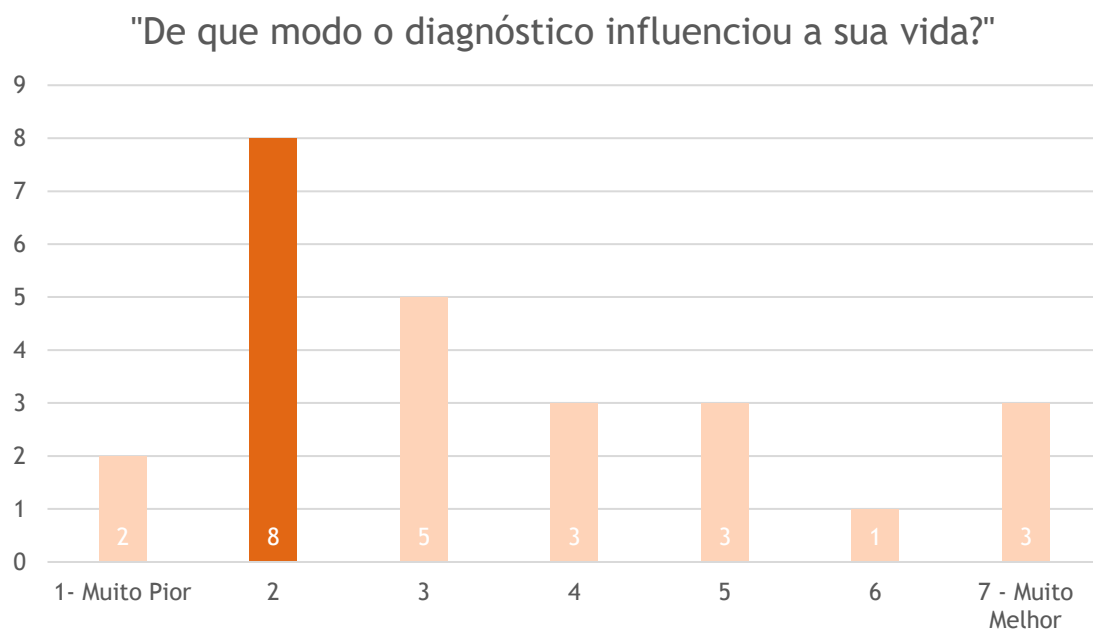


Figura 13. Caracterização do modo de impacto do diagnóstico (N=25)  
Fonte: o autor

## 4.5. Caracterização da Qualidade de Vida

A análise comparativa entre as ferramentas de avaliação de qualidade de vida encontra-se representada na tabela 4 e nas figuras 14 a 17.

Apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no parâmetro que avalia a dispneia, sendo o *score* médio do grupo com patologia 17,86 e o *score* médio do grupo sem diagnóstico 5,95, com um *p-value* de 0,029.

Ainda que sem diferenças estatisticamente significativas, as participantes do grupo com diagnóstico demonstraram piores resultados no desempenho de papéis (média de 85,71 vs. 79,17;  $p=0,454$ ), desempenho social (89,29 vs. 79,17;  $p=0,114$ ), insónia (30,95 vs. 29,76;  $p=0,905$ ), perda de apetite (26,19 vs. 16,67;  $p=0,493$ ), dificuldades financeiras (13,10 vs. 10,71;  $p=0,740$ ), neuropatia periférica (36,90 vs. 20,24;  $p=0,060$ ), preocupações com a atividade sexual (20,24 vs. 10,71;  $p=0,188$ ) e qualidade de vida global (64,58 vs. 59,23;  $p=0,369$ ).

Foram registados *scores* semelhantes, entre o grupo com diagnóstico e o grupo sem diagnóstico, nos domínios de desempenho cognitivo (82,14 vs. 82,74;  $p=0,911$ ), sintomatologia (13,18 vs. 13,53;  $p=0,894$ ), imagem corporal (86,51 vs. 87,30;  $p=0,908$ ) e edema linfático (16,05 vs. 16,67;  $p=0,930$ ).

Nos restantes domínios avaliados pelas ferramentas QLQ-C30 e QLQ-CX24, as participantes do grupo com diagnóstico apresentaram melhores *scores*, comparativamente às participantes do grupo sem diagnóstico, destacando-se os domínios que avaliam os sintomas de menopausa (9,52 vs. 20,24;  $p=0,080$ ) e o desempenho sexual (80,95 vs. 89,97;  $p=0,094$ ).

Tabela 4. Análise comparativa entre as ferramentas de avaliação de qualidade de vida (N=56)

Fonte: o autor

Domínio	Score (Desvio Padrão)		p-value
	GRUPO SEM DIAGNÓSTICO; N=28	GRUPO COM DIAGNÓSTICO; N=28	
Desempenho físico	87,38 (±16,66)	86,79 (±15,46)	0,890
Desempenho de papéis	79,17 (±35,02)	85,71 (±29,65)	0,454
Desempenho emocional	69,35 (±25,16)	58,63(±31,95)	0,169
Desempenho cognitivo	82,74 (±15,37)	82,14 (±23,54)	0,911
Desempenho social	79,17 (±28,19)	89,29 (±17,69)	0,114
Fadiga	32,54 (±24,18)	30,16 (±31,98)	0,755
Náuseas e vômitos	15,48 (±24,40)	6,54 (±21,44)	0,152
Dor	27,38 (±29,82)	25,60 (±30,25)	0,825
Dispneia	5,95 (±13,00)	17,86 (±24,82)	0,029
Insônia	29,76 (±35,53)	30,95 (±38,41)	0,905
Perda de apetite	16,67 (±26,45)	26,19 (±68,11)	0,493
Obstipação	19,05 (±30,67)	14,29 (±27,86)	0,546
Diarreia	8,33 (±19,51)	7,14 (±20,99)	0,827
Dificuldades financeiras	10,71 (±27,30)	13,10 (±26,20)	0,740
Estado de saúde global	59,23 (±22,95)	64,58 (±21,23)	0,369
Imagem corporal	87,30 (±24,43)	86,51 (±25,54)	0,908
Sintomatologia	13,53 (±8,47)	13,18 (±10,92)	0,894
Edema Linfático	16,67 (±24,85)	16,05 (±26,75)	0,930
Neuropatia periférica	20,24 (±20,96)	36,90 (±40,91)	0,060
Sintomas de menopausa	20,24 (±26,20)	9,52 (±17,82)	0,080
Atividade sexual	69,05 (±22,10)	72,62 (±18,27)	0,512
Prazer sexual	69,05 (±22,10)	72,62 (±18,27)	0,512
Desempenho sexual	89,77 (±12,32)	80,95 (±20,61)	0,094
Preocupações com a atividade sexual	10,71 (±25,75)	20,24 (±27,72)	0,188

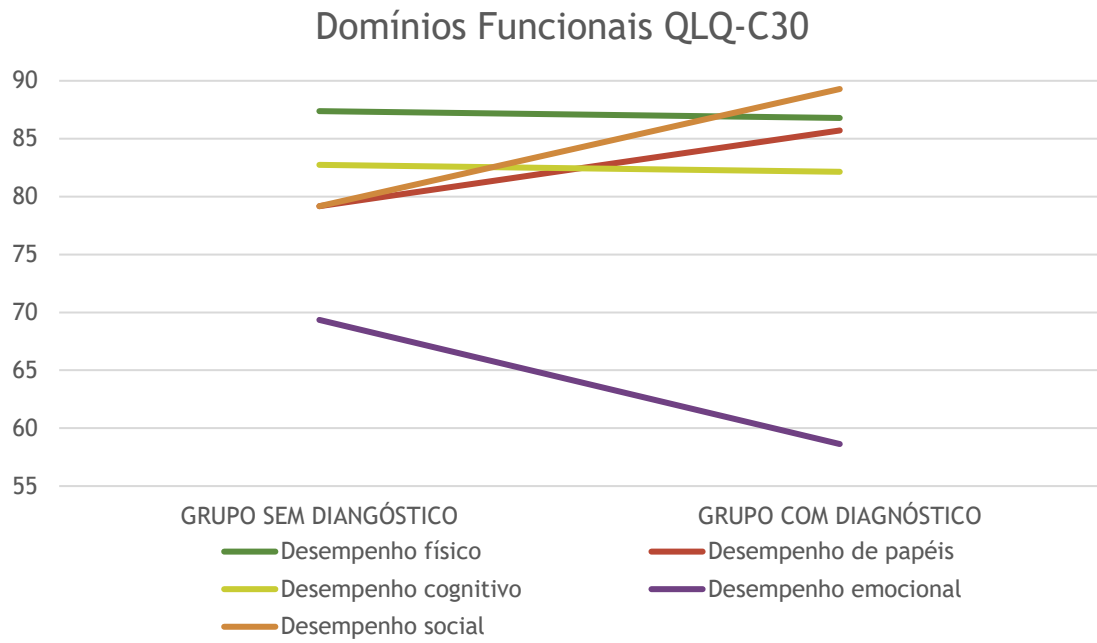


Figura 14. Análise comparativa entre os domínios funcionais do QLQ-C30 (N=56)  
 Fonte: o autor

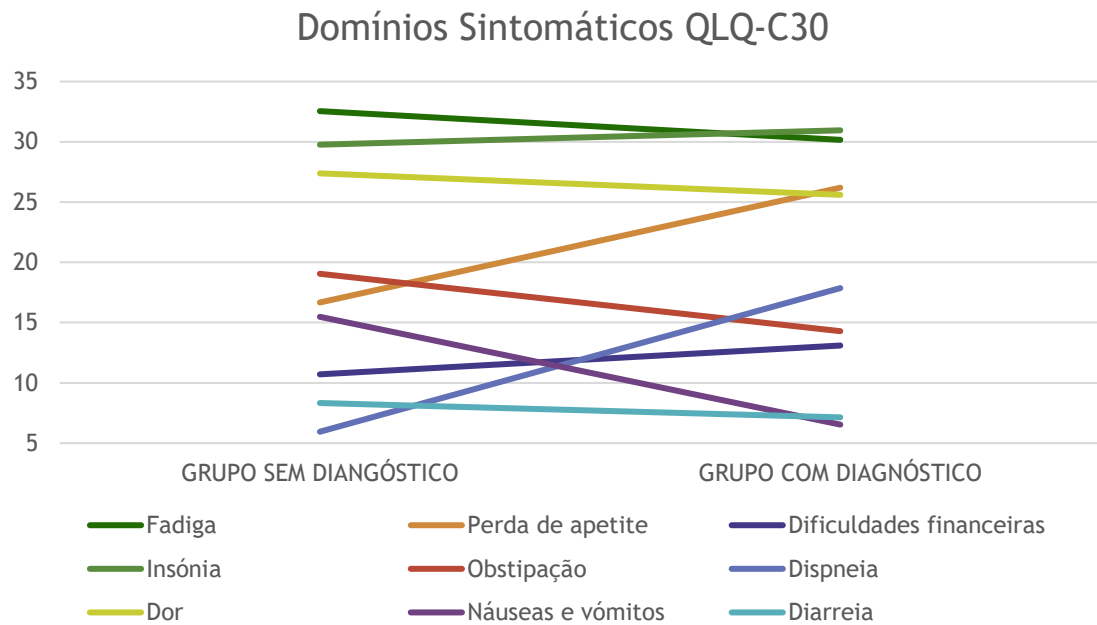


Figura 15. Análise comparativa entre os domínios sintomáticos do QLQ-C30 (N=56)  
 Fonte: o autor

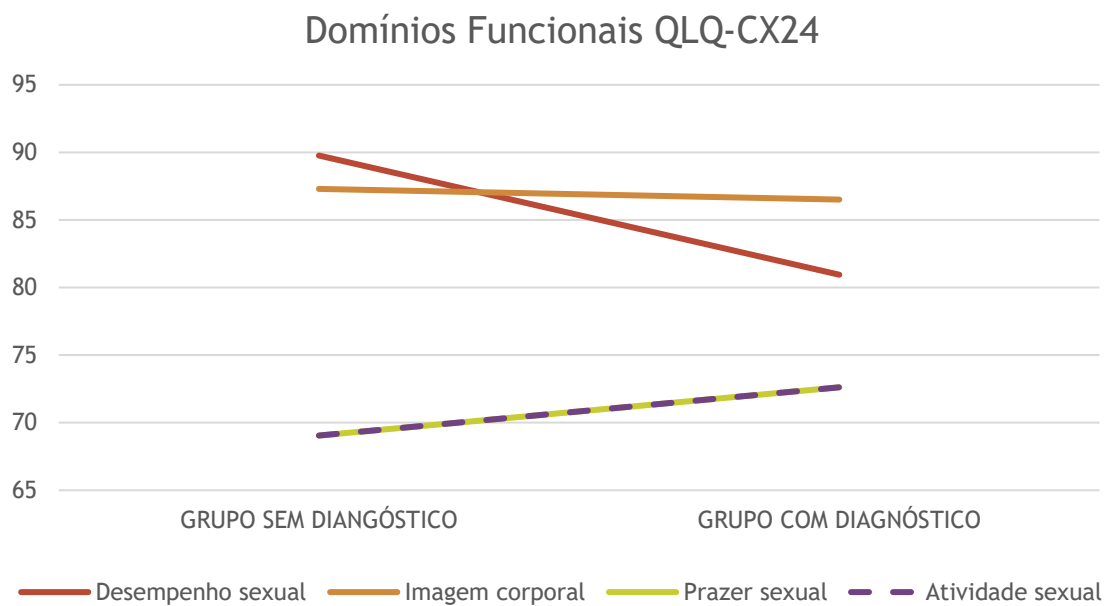


Figura 16. Análise comparativa entre os domínios funcionais do QLQ-CX24 (N=56)  
Fonte: o autor

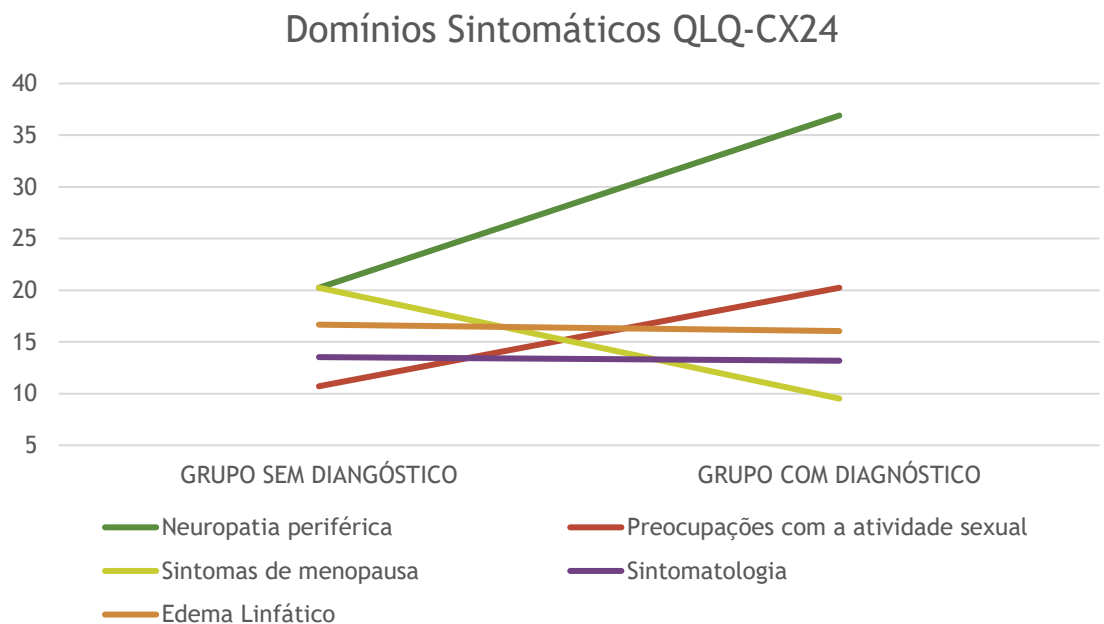


Figura 17. Análise comparativa entre os domínios sintomáticos do QLQ-CX24 (N=56)  
Fonte: o autor

## 5. Discussão

À exceção do domínio da dispneia, não foram encontradas, nesta investigação, diferenças estatisticamente significativas em relação à qualidade de vida percebida pelas mulheres do grupo com diagnóstico e pelas mulheres sem patologia do colo do útero identificada. Estes resultados vão de encontro ao descrito na literatura, que refere não existirem sinais ou sintomas diretamente correlacionados com as neoplasias intraepiteliais do colo do útero.

A idade média do grupo de mulheres diagnosticadas, neste estudo, foi de 45,89 anos. Dado que a progressão das lesões pré-malignas para cancro invasivo pode levar, em média, entre 10 e 20 anos, a idade média do grupo de diagnóstico obtida neste trabalho encontra-se em concordância com a deteção precoce daquele que viria a ser o segundo pico de incidência de cancro de colo do útero, entre os 60 e os 64 anos.

Em relação ao nível de escolaridade, 41,07% das mulheres tinham completado o ensino secundário e outras 26,79% tinham completado formação no ensino superior. Estes resultados vão de encontro à já estabelecida relação entre um maior nível de formação, conjuntamente com condições socioeconómicas mais elevadas, e a realização de diagnósticos mais precoces. Segundo Li et al. (2017), a baixa escolaridade e baixo estatuto socioeconómico têm sido significativamente relacionados com deteções tardias, já na fase de doença invasiva e, conseqüentemente, com taxas de incidência e mortalidade mais elevadas, para todas as etnias, bem como com menores taxas de sobrevida a 5 anos (22).

A relação entre nutrição, atividade física e risco de desenvolver cancro do colo do útero tem vindo a ser estudada, nomeadamente pela *World Cancer Research Foundation*, existindo alguma evidência de que o excesso de peso ou a obesidade se relacionam com o aumento do risco de cancro (23). Neste trabalho de investigação, apenas 7,1% das participantes do grupo de mulheres diagnosticadas referiram praticar atividade física quase todos os dias ou todos os dias. Contudo, o valor obtido no grupo de controlo não é significativamente diferente, o que pode refletir a baixa prevalência da prática de atividade física pelas mulheres, valor que rondava os 23% em 2016, de acordo com o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (24). Revela-se assim, de extrema importância, o incentivo à prática de exercício físico.

Por sua vez, o tabagismo é considerado um fator de risco independente para o desenvolvimento de cancro do colo do útero, aumentando o risco em 4,5 vezes (2). Nesta investigação, 60,7% das mulheres do grupo de diagnóstico afirmaram nunca ter fumado e outras 14,3% afirmaram

ter deixado de fumar, o que pode ser indicativo das medidas nacionais de prevenção de início de hábitos tabágicos, promoção da cessação tabágica e adoção de estilos de vida saudáveis.

Em relação ao presente trabalho, 48,6% das participantes a quem tinha sido realizado um diagnóstico de neoplasia intraepitelial encontravam-se casadas. As sobreviventes de neoplasias ginecológicas têm demonstrado, nomeadamente no trabalho realizado por Guntupalli et al. (2017), maiores graus de disfunção conjugal devido sobretudo a alterações na libido e má resposta dos parceiros à situação. Assim sendo, a maior deteção precoce de lesões pré-malignas, interrompendo a possível progressão para doença invasiva pode auxiliar na manutenção de relações maritais saudáveis. (5)

Em linha com a disfunção nos relacionamentos conjugais encontram-se as disfunções sexuais apresentadas pelas sobreviventes de neoplasias ginecológicas. A disfunção sexual tem sido referida como uma complicação a longo termo destas patologias, encontrando-se em risco sobretudo em mulheres jovens, com neoplasia do colo do útero ou neoplasia do ovário, que se encontrem em relacionamentos duradouros. Para esta disfunção, contribui o pior relacionamento com o companheiro, disfunção física devido a encurtamento ou estreitamento vaginal, disfunção psicológica e alterações da imagem corporal. No estudo levado a cabo por Guntupalli et al. (2017), em várias cidades dos Estados Unidos da América, concluiu-se que, das mulheres que tentaram retomar a sua vida sexual após uma neoplasia ginecológica, a maioria teve níveis significativos de fadiga, desconforto, diminuição da libido e anorgasmia (5). Embora seja reconhecido que as sobreviventes de neoplasia ginecológica tenham a sua função sexual afetada, no presente trabalho de investigação, quer as mulheres do grupo de diagnóstico, quer as mulheres sem patologia do colo do útero demonstraram *scores* elevados (maus resultados) nas questões relacionadas com o desempenho sexual e preocupações com a atividade sexual, situação que pode estar relacionada com características desta amostra de população portuguesa. Estes resultados podem sugerir a possibilidade de que o mau desempenho nestas áreas não se associe só às doenças invasivas do colo do útero, mas também às neoplasias intraepiteliais e mesmo às mulheres saudáveis, previamente a qualquer diagnóstico de patologia do colo uterino. Em relação a este último ponto, nesta investigação, as mulheres do grupo sem patologia obtiveram, inclusivamente, piores resultados a nível de desempenho sexual (*score* de 89,77 vs 80,95 nas mulheres diagnosticadas).

Estes autores, indagaram que as mulheres a quem foi diagnosticada neoplasia genital apresentam um risco significativo de disfunção psiquiátrica, incluindo depressão e ansiedade (5). Nesta investigação, as participantes do grupo de diagnóstico obtiveram um *score* de 58,63 pontos, enquanto que as mulheres sem patologia diagnosticada obtiveram um *score* de 69,35. Mais uma vez se coloca a possibilidade de existir algum grau basal de disfunção emocional na população, que pode ser exacerbado pelo diagnóstico de uma patologia.

Uma vez que o cancro do colo do útero afeta mulheres em faixas etárias mais baixas que a maioria das neoplasias, as mulheres podem ter uma sobrevida de 25 a 30 anos após a resolução da patologia. Consequentemente, como referido no trabalho de Plotti (2017), a maioria das sobreviventes irá ser afetada pelas sequelas da doença e do seu tratamento ao longo de uma grande parte da sua vida, o que pode ter um grande impacto na QOL (25). Um fator que contribui em grande parte para a diminuição da QOL a longo prazo das mulheres com neoplasia invasiva é o tratamento escolhido e as suas sequelas. Contudo, também as modalidades terapêuticas menos invasivas, utilizadas no tratamento de neoplasias intraepiteliais podem ter complicações. Neste trabalho de investigação, 21,7% das mulheres referiram ter sido sujeitas a conização, abordagem terapêutica que, de acordo Basta et al. (2012), está ligada a menor probabilidade de alterações na vida sexual do que, por exemplo, a histerectomia (26).

Por constituir um fator de risco para neoplasia do colo do útero, a abordagem de uma neoplasia intraepitelial do colo deve ser realizada com base numa relação médico-paciente exemplar. Foi verificado, no trabalho de Basta et al. (2012), que uma boa relação entre o médico e o paciente permitiu diminuir a ansiedade em mulheres diagnosticadas com lesões pré-malignas, quer em relação ao diagnóstico, quer em relação ao tratamento e implicações futuras, ao promover um melhor diálogo e desenvolvimento de uma relação de confiança (26). A atenção às disfunções das pacientes, ao longo do *follow-up*, deve ser um ponto importante na relação médico doente. A pesquisa de Li et al. (2017), concluiu que 71% das participantes desejava obter aconselhamento posteriormente ao diagnóstico de patologia neoplásica do colo do útero, sendo esta vontade motivada pelas alterações na imagem corporal e sexualidade. Assim, os prestadores de cuidados de saúde devem ponderar a necessidade de fornecer conhecimentos às pacientes, bem como proceder à sua referenciação para terapêuticas de reabilitação, caso seja pertinente para melhorar a sua QOL (22).

Dada a extrema relevância da deteção precoce de neoplasias intraepiteliais, é fundamental alertar e educar as mulheres para a importância da prevenção, quer através do rastreio, quer através da vacinação. Neste trabalho de investigação, 41 das 56 mulheres não tinham sido vacinadas contra o HPV. Este número pode refletir a relativamente recente adição da vacina ao PNV e o facto de a vacinação ser recomendada em idades muito inferiores à idade média das mulheres desta investigação. Contudo, foram várias as participantes que revelaram desconhecer a existência da vacina ou que revelaram conhecimentos confusos em relação ao programa de rastreio. Esta falta de informação vai de encontro às tendências apresentadas por outros estudos, como por exemplo o trabalho de Howard et al. (2015). Infelizmente, muitas mulheres não estão informadas acerca da diferença entre uma citologia e um exame pélvico (27), incluindo as mulheres mais novas, abrangidas pelos planos de vacinação, o que pode motivar baixas taxas de cobertura vacinal e, consequentemente, proteção contra a infeção pelo HPV. Outra falha no conhecimento prende-se com a associação entre a citologia e o rastreio de outras

infecções sexualmente transmissíveis, que pode resultar em falsas ideias de que a paciente não possuiu qualquer infecção, após ter recebido uma citologia sem alterações. Para além dos problemas já referidos, a falta de informação sobre as técnicas e periodicidade do rastreio estão relacionadas, segundo Head et al. (2009), com a diminuição da probabilidade de manter um seguimento ginecológico adequado, bem como com maior dificuldade de comunicação entre as mulheres e os prestadores de cuidados de saúde (28). Várias estratégias têm sido estudadas, por exemplo em Seven et al. (2015), com a finalidade de aumentar o conhecimento das mulheres e a sua motivação para participar nos rastreios. Estratégias que se demonstraram efetivas passam por fornecer materiais informativos, convidar as mulheres para o rastreio, educação em grupo e sessões de ensino nos locais de trabalho (29). Outra estratégia que passível de ser adotada seria a divulgação dos programas de rastreio e de promoção da saúde nos meios de comunicação. De acordo com Krieger et al. (2011), a população considera os meios de comunicação em massa como uma fonte importante de informação para a saúde, muito embora seja frequente os meios de comunicação não prestarem uma cobertura adequada dos assuntos relacionados com a saúde, sobretudo no que concerne a saúde sexual e as infeções sexualmente transmissíveis (30).

Embora seja de extrema pertinência que se cumpram os programas de rastreio, de modo a detetar e tratar precocemente as lesões pré-malignas e diminuir, conseqüentemente, as taxas de incidência e de mortalidade por cancro do colo do útero, importa referir que, como em todos os rastreios, existe uma taxa variável de resultados falsos-positivos. Este risco de excessiva deteção de lesões pré-malignas pode resultar em tratamento excessivo, de mulheres que não se encontravam, naquele momento, de facto, em risco de vir a desenvolver doença invasiva (6).

Por outro lado, existe a possibilidade de algum impacto na QOL, causado pelo próprio diagnóstico, sendo que no presente trabalho de investigação 46,4% das mulheres referiram que o diagnóstico teve um elevado grau de impacto na sua vida e 53,6% das participantes diagnosticadas consideraram que esse impacto foi negativo.

Outro possível risco do programa de rastreio e deteção de lesões pré-malignas, referido no trabalho de Broutet et al. (2014), prende-se com a obtenção de falsos-negativos que, quando combinados com a ausência de sinais e sintomas específicos de neoplasia intraepitelial do colo, podem resultar numa perda de oportunidade de deteção e tratamento precoces (6).

## 6. Conclusões

O cancro do colo do útero continua a ser um dos mais prevalentes e mais mortais no mundo e em Portugal. Fruto da implementação de sólidos programas de prevenção e promoção da saúde, tem-se assistido a uma diminuição da taxa de mortalidade nos países mais desenvolvidos. Embora se tenham obtido bons *outputs* de saúde, continuam a subsistir lacunas nos programas existentes. Estas encontram-se presentes sobretudo ao nível da educação e capacitação das mulheres, no que diz respeito a conhecimentos essenciais sobre infeções sexualmente transmissíveis, sexualidade segura e sobre os programas de rastreio disponíveis. É de extrema importância que se foque este pilar fundamental da prevenção, que é a educação. Idealmente, as mulheres devem ser, e sentir-se, capazes de se envolver na proteção do seu corpo e do seu futuro físico, reprodutivo, emocional e como membro ativo da sociedade.

A relação entre as neoplasias ginecológicas e um maior risco de disfunção física, sexual e emocional já se encontra relativamente bem estabelecida. Semelhantemente, encontra-se especificada a importância destes domínios para a qualidade de vida relacionada com a saúde e para a perceção subjetiva de qualidade de vida. No entanto, as mulheres diagnosticadas com lesões pré-malignas raramente constituem o foco dos estudos relacionados com a qualidade de vida e autoestima, muito embora representem uma fatia populacional cada vez mais relevante. O presente trabalho de investigação revelou que, embora não ocorram diferenças estatisticamente significativas, existem certos domínios emocionais, de desempenho e de sintomatologia que são afetados pela receção de um diagnóstico de neoplasia intraepitelial do colo do útero. Por outro lado, foi ainda possível verificar a existência, previamente ao diagnóstico, de domínios em que as mulheres apresentariam já um certo grau de mau desempenho basal, nomeadamente no que diz respeito à sexualidade.

A meta principal dos prestadores de cuidados de saúde consistir em otimizar, para todas as mulheres, o seu desempenho físico e emocional. Concomitantemente, procurar promover relações saudáveis com os prestadores de cuidados, com a sua família, os seus companheiros ou companheiras e com toda a sociedade. Em situações de diagnósticos que exerçam alto impacto na perceção sobre a qualidade de vida, como ocorre nos casos de patologia do colo do útero, torna-se fundamental um seguimento adequado e, frequentemente, um encaminhamento para acompanhamento mais especializado ao nível das sequelas psicológicas e sexuais.

Posto isto, deve ser enfatizada a legitimidade e importância do estabelecimento de equipas multidisciplinares. Equipas constituídas por profissionais das mais diversas áreas da saúde, convenientemente formados e aptos para capacitar as mulheres a reconhecer a relevância de se

envolver nos programas de prevenção. O estabelecimento de um ciclo de ensinamento e capacitação continuará a constituir uma pedra basilar das estratégias de prevenção, sobretudo no que diz respeito à infecção por HPV, detecção e resolução de lesões pré-malignas. Este esforço conjunto poderá, conseqüentemente, culminar em diferenças consideráveis na qualidade de vida de um número significativo de mulheres.

## **7. Pertinência, Limitações e Perspetivas Futuras do Estudo**

### **7.1. Limitações do Estudo**

No que toca às limitações deste trabalho de investigação, importa referir o facto de ter sido estudada uma amostra pequena, o que pode ter contribuído para a dificuldade de obtenção de diferenças estatisticamente significativas e para o elevado valor de erro padrão das variáveis analisadas, tornado impossível a extrapolação, sem grande risco de erro, das conclusões obtidas.

Importa também referir que o momento e local de aplicação dos questionários, enquanto as participantes aguardavam as suas consultas na sala de espera, pode ter influenciado as suas respostas, sobretudo nas perguntas relacionadas com a qualidade de vida e ansiedade.

Dado que o trabalho de investigação teve como base a aplicação e análise de questionários, é possível alguma interferência de fatores subjetivos, como sentimentos de vergonha ou, por outro lado, a influência de sintomatologia causada por comorbilidades. Estes fatores que podem ter influenciado as respostas dadas pelas participantes e, concomitantemente, os resultados aqui apresentados, quer para uma sobrevalorização como para uma subvalorização da sintomatologia e do impacto do diagnóstico.

### **7.2. Pertinência do Estudo e Perspetivas Futuras**

Os pontos fortes deste estudo prendem-se com o facto de terem sido aplicadas ferramentas previamente validadas e analisadas, elaboradas por uma entidade de renome internacional.

Assim, este trabalho ou trabalhos semelhantes podem ser aplicados em futuras investigações, mas também com o intuito de melhorar a perceção dos profissionais de saúde e população em geral, no que diz respeito aos temas abordados neste estudo. Investigações futuras, com amostras populacionais de maiores dimensões poderiam suprimir, ou até mesmo eliminar as limitações deste estudo, podendo gerar conclusões mais sólidas. Uma abordagem de possível interesse seria a aplicação de estudos semelhantes noutras populações, bem como a utilização de diferentes ferramentas avaliadoras da qualidade de vida, dado o seu grande número e variabilidade.



## 8. Referências

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2018). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>, accessed [23 February 2019].
2. Hurt KJ, Guile MW, Bienstock JL, Fox HE, Wallach EE. The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer Health Inc. USA.; 2012.
3. Beckman CR., Ling FW, Herbert WNP, Laube DW, Smith RP, Casanova R, et al. Obstetrics and Gynecology. 7th edition. 2014.
4. Direção Geral da Saúde. Programa nacional para as doenças oncológicas 2017. 2017.
5. Guntupalli SR, Sheeder J, Ioffe Y, Tergas A, Wright JD, Davidson SA, et al. Sexual and Marital Dysfunction in Women With Gynecologic Cancer. In: International Journal of Gynecological Cancer. 2017.
6. Broutet N, Eckert LO, Ullrich A, Bloem P. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice - 2nd ed. 2014.
7. Sociedade Portuguesa de Ginecologia - Secção Portuguesa de Colposcopia e Patologia Cervico-vulvovaginal. Consenso sobre infecção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina. 2014.
8. Direção Geral da Saúde. Programa nacional de vacinação 2017. 2017.
9. Direção Geral da Saúde. Norma da Direção Geral da Saúde número 018/2012 - Diagnóstico e Estadiamento do Cancro Invasivo do Colo do Útero. 2012.
10. Canavarro MC, Serra AV, Simões MR, Rijo D, Pereira M. Development and Psychometric Properties of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument ( WHOQOL-100 ) in Portugal. 2009;116-24.
11. Canavarro MC, Pereira M, Moreira H, Paredes T. QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE : APLICAÇÕES DO WHOQOL. 2010;(1).
12. Post MWM. Definitions of Quality of Life : What Has Happened and How to Move On. Top Spinal Cord Inj Rehabil. 2014;167-80.


13. Tax C, Steenbergen 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;
14. Zeng YC, Ching SS, Loke AY. Quality of life measurement in women with cervical cancer: implications for Chinese cervical cancer survivors. 2010;
15. Rahman Z, Singh U, Qureshi S, Nisha, Srivastav K, Nishchal A. Assessment of quality of life in treated patients of cancer cervix. *J Midlife Health.* 2017;
16. Pais-Ribeiro J, Pinto C, Santos C. VALIDATION STUDY OF THE PORTUGUESE VERSION OF THE QLC-C30-V.3. *Psicol Saúde Doenças.* 2008;9(1):89-102.
17. Lee Y, Lim MC, Kim SI, Joo J, Lee DO, Park SY. Comparison of quality of life and sexuality between cervical cancer survivors and healthy women. *Cancer Res Treat.* 2016;
18. Greimel E, Kuljanic Vlastic K, Waldenstrom A, Al. E, Organization TE, (EORTC) for R and T of C. Quality-of-Life Questionnaire Cervical Cancer Module: EORTC QLQ-CX24. 2006. 14:1812-1822.
19. Fayers P, Aaronson N, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3rd ed. Vol. 30. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer; 2001. 7 p.
20. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais. A Complementaridade do SPSS. 6th ed. Sílabo E, editor. 2014.
21. Hill MM, Andrew Hill, Hill A. Investigação Por Questionário. 2nd ed. Sílabo E, editor. 2008.
22. Li C-C, Chang T-C, Tsai Y-F, Chen L. Quality of life among survivors of early-stage cervical cancer in Taiwan: an exploration of treatment modality differences. *Qual Life Res.* 2017;
23. World Cancer Research Fund, International Systematic Literature Review - The Associations between Food , Nutrition and Physical Activity and the Risk of Cervical Cancer. 2017.
24. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física - Prevalência da Atividade Física em Portugal. 2017.
25. Plotti F, Terranova C, Capriglione S, Crispino S, Pomi AL, De Cicco Nardone C, et al. Assessment of Quality of Life and Urinary and Sexual Function After Radical Hysterectomy in Long-Term Cervical Cancer Survivors. 2018.

26. Basta A, Jach R, Posadzka E, Œeliwińska A, ZajŸc K, Kabzińska-Turek M, et al. The influence of surgery of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) and cervical carcinoma on quality of life. 2012.
27. Howard DL, Smith S, Hunter J, Johnson N, Cooper S, Malnar G. Women ' s Understanding of the Term ' Pap Smear .' 2015;
28. Head SK, Crosby RA, Moore GR. Pap Smear Knowledge Among Young Women Following the Introduction of the HPV Vaccine. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2009;22(4):251-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2008.10.005>
29. Seven M, Bahar M, Akyüz A, Erdo H. How group education impacts female factory workers ' behavior and readiness to receive mammography and Pap smear. 2015;52:195-201.
30. Krieger JL, Katz ML, Ma DE, Mph H, Ma MS, Jain P. Media coverage of cervical cancer and the HPV vaccine : implications for geographic health inequities. 2011;1-12.



## 9. Anexos

### 9.1. Anexo 1 - Declaração de Consentimento Informado

 <p>Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE</p>	<p><b>IMPRESSO</b></p> <p><b>Consentimento livre e informado</b></p>	<p>Código: CHCB.IMP.CINVEST.18</p>	<p>Edição: 2</p>	<p>Revisão: 0</p>
	<p>Tatiana Isabel Brito Neves, aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema "Neoplasia intraepitelial do trato genital inferior e qualidade de vida: estudo comparativo entre sobreviventes e mulheres saudáveis", vem solicitar a sua colaboração neste estudo.</p> <p>Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.</p> <p><u>Objetivo do trabalho de investigação:</u> Determinar qual o impacto do diagnóstico desta patologia na qualidade de vida das sobreviventes, no que concerne a perceção global de saúde, sintomatologia e alterações na saúde sexual, comparativamente a mulheres saudáveis.</p> <p><u>CrITÉRIOS de inclusão:</u> Sexo Feminino; Idade igual ou superior a 18 anos; Compreender a língua portuguesa.</p> <p><u>CrITÉRIOS de exclusão:</u> Sexo Masculino; Idade inferior a 18 anos; Não compreender a língua portuguesa.</p> <p><u>Procedimentos necessários:</u> O trabalho de investigação, do qual faz parte este questionário, é orientado pelo Dr. Carlos Alberto Martins Gomes; Para a sua realização é necessário o preenchimento do presente questionário, que recolherá dados epidemiológicos e dados relativos aos questionários EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-CX24 e que será distribuído a mulheres com diagnóstico de patologia do colo do útero e a mulheres saudáveis; Os questionários serão entregues e recolhidos no serviço de Consulta Externa de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar da Cova da Beira, implicando o seu preenchimento um tempo aproximado de 15 minutos, sendo o preenchimento efetuado num encontro único;</p> <p><u>Duração da participação no estudo:</u> O estudo decorrerá até abril de 2019, data limite prevista para a entrega da dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina, contudo será necessária apenas um encontro com duração aproximada de 15 minutos.</p> <p><u>Nº aproximado de participantes:</u> 50</p> <p><u>Contacto para esclarecimento de dúvidas:</u> 963662615 ou a32230@fcsaude.ubi.pt</p>			



Centro  
Hospitalar  
Cova da Beira, EPE

## IMPRESSO

### Consentimento livre e informado

Código: CHC/IMP/C/INVEST.18

Edição: 2

Revisão: 0

#### Consentimento Informado – Aluno / Investigador

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- \* Entregou esta informação;
- \* Explicou o propósito deste trabalho;
- \* Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

\_\_\_\_\_  
Nome do Aluno / Investigador (Legível)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno / Investigador

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

#### Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- \* O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- \* Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- \* Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- \* O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante (Legível)

\_\_\_\_\_  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Participante ou Representante Legal)

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

## 9.2. Anexo 2 - Questionário

### Questionário

#### Neoplasia intraepitelial do trato genital inferior e qualidade de vida: Estudo comparativo entre mulheres diagnosticadas e mulheres saudáveis

Quero desde já agradecer-lhe pela atenção e tempo disponibilizado. O meu nome é Tatiana Isabel Brito Neves, aluna do 6º ano de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Ao longo dos últimos anos, temos assistido a notáveis avanços na prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das mulheres com cancro do colo do útero. Contudo, este continua a manter-se como um dos que mais afeta as mulheres, quer a nível nacional, quer a nível mundial.

Sendo maioritariamente causado pela infeção por determinadas estirpes do papilomavírus humano (HPV), a prevenção do cancro do colo do útero assenta em dois pilares essenciais: Por um lado, existe vacinação capaz de diminuir o risco individual de vir a sofrer da patologia. Por outro lado, este cancro é precedido por lesões precursoras identificáveis, as neoplasias intraepiteliais cervicais, que podem progredir para cancro invasivo.

A neoplasia intraepitelial cervical, anteriormente denominada displasia, pode ser detetada recorrendo a testes de rastreio com baixo custo e pouco invasivos como, por exemplo, a citologia e pode ser tratada recorrendo a métodos simples e efetivos, após avaliação cuidadosa, recorrendo à colposcopia.

Como afeta uma parte tão fundamental da nossa intimidade, é importante questionarmos e investigarmos qual o seu impacto na qualidade de vida das mulheres, quer a nível dos sintomas e sinais, quer a nível da confiança, autoimagem e sexualidade.

Assim, a minha tese de mestrado, da qual faz parte este questionário, é orientada pelo Dr. Carlos Alberto Martins Gomes, e tem como objetivo determinar as repercussões que o diagnóstico deste tipo de lesões do colo do útero pode ter na qualidade de vida das mulheres. Para tal, este questionário será distribuído a mulheres que tenham sido diagnosticadas com neoplasia intraepitelial/dislusia do colo do útero, bem como a mulheres sem história desta patologia, de forma a existir um termo de comparação.

O presente questionário está dividido em duas secções e é constituído pela versão portuguesa de duas ferramentas, EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-CX24, que avaliam várias características influentes na qualidade de vida. Ambas as ferramentas foram desenvolvidas pela Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Cancro (EORTC) e a sua validade foi comprovada por vários estudos científicos.

O preenchimento deste questionário é de carácter voluntário, anónimo, confidencial e individual, tendo uma duração aproximada de 15 minutos.

O questionário será entregue em conjunto com uma declaração de consentimento livre informado, de forma a garantir a total anonimidade e confidencialidade dos seus dados. Deve ler com atenção esse documento, de maneira a estar informada sobre o todo o procedimento e, caso tenha qualquer dúvida ou questão, esta deve ser claramente esclarecida por mim. Uma cópia da declaração de consentimento livre e informado ficará comigo e a segunda cópia ficará na sua posse. Contudo, de maneira a proteger a sua privacidade, não será possível associar o seu impresso de consentimento a este impresso, que contém o questionário.

## SECÇÃO A

---

Esta secção serve para conhecer alguns dados sociodemográficos.

Responda a todas as perguntas colocando uma cruz no quadrado correspondente à opção que considera que melhor se aplica ao seu caso. Não existem respostas certas nem erradas e toda a informação é estritamente confidencial.

---

**1 Idade** \_\_\_\_\_

**2 Escolaridade**

Ensino Primário (4º ano)

Ensino Secundário (12º ano)

Ensino Básico (9º ano)

Ensino Universitário

**3 Estado Civil**

Solteira

Divorciada

União de facto

Viúva

Casada

Outro: \_\_\_\_\_

**4 Hábitos tabágicos**

Nunca Fumei

Atualmente fumadora

Deixei de fumar

Outro: \_\_\_\_\_

**5 Atividade Física**

Nunca

Muitas vezes

Quase nunca

Quase todos os dias

Poucas vezes

Todos os dias

**6 Foi vacinada contra o HPV (Papilomavírus Humano)?**

Sim

Não

Responda às próximas questões caso tenha recebido uma citologia com resultado anormal ou caso tenha sido diagnosticada com neoplasia intraepitelial cervical, displasia do colo do útero ou outra patologia do colo do útero.

7 Ano do resultado / diagnóstico: \_\_\_\_\_

8 Assinale os tratamentos realizados:

Vigilância

Crioterapia

Conização

Histerectomia

Outro: \_\_\_\_\_

9 Qual o grau de impacto que o diagnóstico teve na sua vida? (assinale com um círculo o número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso)

1	2	3	4	5	6	7
Nenhum impacto						Máximo impacto

10 De que forma o diagnóstico influenciou a sua vida? (assinale com um círculo o número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso)

1	2	3	4	5	6	7
Muito pior						Muito melhor

## SECÇÃO B

Esta secção serve para conhecer alguns pormenores sobre a si e a sua saúde.

Responda a todas as perguntas fazendo um círculo em volta do número que considera que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas e toda a informação é estritamente confidencial.

	Não	Um Pouco	Bastante	Muito
1	1	2	3	4
2	1	2	3	4
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	1	2	3	4
<b>Durante a última semana:</b>				
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9	1	2	3	4
10	1	2	3	4
11	1	2	3	4
12	1	2	3	4
13	1	2	3	4
14	1	2	3	4
15	1	2	3	4
16	1	2	3	4
17	1	2	3	4
18	1	2	3	4
19	1	2	3	4
20	1	2	3	4



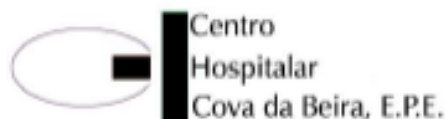
34	Urinou frequentemente?	1	2	3	4
35	Sentiu dor ou ardor ao urinar?	1	2	3	4
36	Teve perdas de urina?	1	2	3	4
37	Sentiu dificuldade em esvaziar a bexiga?	1	2	3	4
38	Teve inchaço em uma ou ambas as pernas?	1	2	3	4
39	Sentiu dores lombares?	1	2	3	4
	<b>Durante a última semana:</b>	<b>Não</b>	<b>Um Pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
40	Sentiu as mãos ou os pés dormentes?	1	2	3	4
41	Sentiu a vulva ou vagina irritada ou dorida?	1	2	3	4
42	Teve corrimento vaginal?	1	2	3	4
43	Teve sangramento vaginal anormal?	1	2	3	4
44	Sentiu calores e/ou suores?	1	2	3	4
45	Sentiu-se menos atraente a nível físico?	1	2	3	4
46	Sentiu-se menos feminina?	1	2	3	4
47	Sentiu-se insatisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
	<b>Durante as últimas 4 semanas:</b>	<b>Não</b>	<b>Um Pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
48	Teve receio que as relações sexuais fossem dolorosas?	1	2	3	4
49	Teve relações sexuais?	1	2	3	4

Responda às seguintes questões apenas se foi sexualmente ativa nas últimas 4 semanas

		<b>Não</b>	<b>Um Pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
50	Sentiu a vagina seca durante a atividade sexual?	1	2	3	4
51	Sentiu a sua vagina curta?	1	2	3	4
52	Sentiu a sua vagina apertada?	1	2	3	4
53	Teve dor durante a relação sexual ou outra atividade sexual?	1	2	3	4
54	Considerou a atividade sexual agradável?	1	2	3	4

Obrigada pela sua colaboração!

## 9.3. Anexo 3 - Pedido de autorização para realização do trabalho de investigação



Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.  
A/C Exmo. Senhor  
Presidente da Comissão de Ética  
Quinta do Alvito  
6200 – 251 Covilhã

Covilhã, 28 de Junho de 2018

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização do estudo "Neoplasia Intraepitelial do colo do útero e qualidade de vida: estudo comparativo entre sobreviventes e mulheres saudáveis"

Exmo. Senhor,

Vimos por este meio requerer a V. Exa. parecer para a realização do estudo referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresentamos um resumo dos aspetos mais relevantes:

<b>Nome do investigador:</b>	Tatiana Isabel Brito das Neves
<b>Instituição de origem</b>	Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior
<b>Serviços do CHCB que participam no estudo</b>	Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
<b>Objetivos</b>	Determinar qual o impacto da patologia na qualidade de vida das sobreviventes, no que concerne a perceção global de saúde, sintomatologia e alterações na saúde sexual, comparativamente a mulheres saudáveis.
<b>Metodologia</b>	Constituição de dois grupos, um grupo representativo das mulheres com diagnóstico e um grupo de mulheres saudáveis. Aplicação de questionários padronizados, constituídos por duas secções, a primeira correspondente a dados demográficos de interesse e a segunda constituída pela tradução portuguesa dos questionários desenvolvidos pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Cancro (EORT) QLQ-30 e QLQ-CX24.



## 9.4. Anexo 4 - Autorização para realização do trabalho de investigação

*Nada a opor*  
10 AGO 2018

20180814  
Centro Hospitalar Cova da Beira  
Adjunto da Direcção Clínica  
Dr. Carlos Gomes

Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE  
Covilhã / Fundão

REPÚBLICA PORTUGUESA  
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Assunto: Projecto de Investigação n.º 47/2018 - "Cancro do colo do útero e qualidade de vida: estud	
Para: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	Nº: 40/2018
De: Gabinete de Investigação e Inovação	Data: 10-08-2018

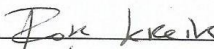
Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de Tatiana Isabel Brito das Neves, aluna de Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Cancro do colo do útero e qualidade de vida: estudo comparativo entre sobreviventes e mulheres saudáveis", a realizar no Serviço de Obstetria e Ginecologia deste Centro Hospitalar.

Envio ainda o parecer nº 27, emitido pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,

  
\_\_\_\_\_  
(Dr.ª Rosa Saraiva)

RS/RS

Centro Hospitalar Cova da Beira  
Presente em reunião de C.A.  
7 de 1 SET 2018  
Despacho  
*Autorizado*

Presidente do C.A. / Director Clínico  
Dr. José Castelhano Alves

Vogal do C.A.  
Dr. Vítor Mendes da Mota

Vogal do C.A.  
Dr.ª Maria de Jesus Trocado Marques

Enfermeiro Director  
Inf. João José Carvalho Ramalhinho

