**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

NATÁLIA MARIA VIEIRA PEREIRA CALDEIRA

**ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE
MULHERES COM INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO -
EQUALI-HPV (FASE 2)**

**RIBEIRÃO PRETO
2020**

NATÁLIA MARIA VIEIRA PEREIRA CALDEIRA

**ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE
MULHERES COM INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO -
EQUALI-HPV (FASE 2)**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar

Orientadora: Prof^a. Dr^a Elucir Gir

RIBEIRÃO PRETO
2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e de pesquisa, desde que citada a fonte.

Caldeira, Natália Maria Vieira Pereira

ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM
INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO - EQUALI-HPV (FASE 2). Ribeirão
Preto, 2020.

134 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Elucir Gir

1. Infecções por Papilomavírus. 2. Qualidade de Vida. 3. Escalas. 4. Enfermagem.

CALDEIRA, Natália Maria Vieira Pereira

ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM
INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO - EQUALI-HPV (FASE 2)

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Processo nº 88882.328329/2019-01.

DEDICATÓRIA

Ao meu filho, **Neto**, pelo amor imensurável e
incondicional.

Ao meu amado esposo, **Luiz Carlos**, por
sonhar comigo e por caminhar ao meu lado.

Aos meus pais, **Pedro** e **Cida**, pelo exemplo
de fé e de honestidade.

À minha irmã, **Fernanda**, pela amizade e
incentivo.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus, meu refúgio e fortaleza. Por Sua presença constante em todos os momentos. Por segurar na minha mão e por me guiar em cada passo dessa trajetória.

Aos meus pais, por me presentear com o maior bem que se pode ter: a educação. Sei que se abdicaram de seus sonhos para realizar os meus. Obrigada por serem meus exemplos de fé, honestidade e caráter.

Ao meu esposo, Luiz Carlos, faltam-me palavras para agradecer tudo o que fez por mim. Obrigada por acreditar que eu era capaz quando muitas vezes eu mesma duvidava. Agradeço a você, meu amor, pela paciência, pelo incentivo e por todo amor dedicado a nossa família. Amo você!

Às minhas irmãs pela amizade. Tassi, minha companheira de luta, obrigada por estar ao meu lado. Taísa, agradeço por tanto carinho. Dani, você é meu exemplo de competência e trabalho. Fer, agradeço por sempre segurar minha mão e me guiar pela estrada da vida! Jamais conseguiria sem vocês!!!

À Professora Doutora Elucir Gir minha eterna gratidão por todos esses anos de convivência. Obrigada por me brindar com o mundo da pesquisa. Todo meu respeito e admiração pela profissional que é. Agradeço imensamente todo o incentivo e conhecimento oferecidos a mim durante esta trajetória. Seu entusiasmo e dedicação são contagiantes!

Aos meus sobrinhos Isabela, Ana Beatriz, João Pedro, Gabriel, Gabriela, Miguel e Pedro pelos momentos de alegria.

À Nina pelo companheirismo e carinho desmedidos.

AGRADECIMENTOS

À todas as mulheres frequentadoras do AMIG que contribuíram para a construção deste trabalho. Obrigada por dividirem comigo suas experiências. Vocês são minha fonte de inspiração!

À Prof.^a Dr.^a Silvana Maria Quintana por autorizar a coleta de dados, por partilhar seus conhecimentos e pelo exemplo de profissional competente.

À Prof.^a Dr.^a Cláudia Benedita dos Santos pela assessoria estatística e por transmitir de maneira tão fascinante e apaixonante seus conhecimentos sobre estudos metodológicos.

À amiga Márcia que, mesmo tão distante, fez-se presente em todos os momentos. Sua amizade é um presente!

À amiga Ana Paula que nos momentos mais difíceis sempre trouxe palavras de carinho.

Agradeço aos amigos que a Pós-Graduação me deu e que tornaram o caminho mais leve. Laelson obrigada pela amizade e partilha diária; Lílian pela alegria contagiante; Maria Cristina e Nádia pela parceria e companheirismo em todos os momentos; Thatiana pelas palavras de apoio, por ser minha confidente. Ainda, aos colegas do NAIDST, em especial, Juliano, Bete, Rosilane, Carolina e professora Renata.

À Rafaela Piotto pelo coleguismo e por auxiliar na coleta de dados.

À Cristina pelo carinho e por fazer do seu lar o meu.

Aos funcionários do AMIG, Patrícia Melli, Renata Abduch, Ênio Damaso, Tatiana Rocha, Maria Cida, Ingrid Cotrim, Tânia Maria e todos os demais pela receptividade no campo de coleta.

Aos meus sogros e cunhada pelo carinho e apoio.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em especial à Edilaine Amadio, pela presteza e acolhimento.

Aos demais amigos e familiares que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para a conclusão deste trabalho.

MUITO OBRIGADA!

“Importante não é ver o que ninguém nunca viu, mas sim pensar o que ninguém nunca pensou sobre algo que todos vêem”.
(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

CALDEIRA, N. M. V. P. **Escala para avaliação da Qualidade de Vida de mulheres com infecção pelo Papilomavírus Humano - EQUALI-HPV (Fase 2).** 2020. 134 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introdução: Os Papilomavírus Humano (HPV) são vírus capazes de infectar a pele ou as mucosas. Atualmente, existem 228 diferentes tipos, sendo 13 considerados oncogênicos. Trata-se de um vírus altamente contagioso com possibilidade de infecção com apenas uma exposição, sendo o contato sexual a principal via de transmissão. Mesmo constituindo a Infecção Sexualmente Transmissível (IST) mais comum, os cânceres relacionados à infecção pelo HPV não são comumente encontrados em homens. Por outro lado, nas mulheres, acarreta mais comumente danos físicos, psicológicos, afetivo/sexuais e sociais, impactando diretamente na Qualidade de Vida (QV). Considerando-se que no Brasil inexistem instrumentos específicos que avaliem a QV entre mulheres com HPV, a elaboração de uma ferramenta com esta finalidade é de grande relevância. **Objetivo:** Avaliar as propriedades psicométricas da Escala para avaliação da Qualidade de Vida de mulheres com infecção pelo HPV – EQUALI-HPV. **Metodologia:** Trata-se de um estudo metodológico. Foram entrevistadas mulheres com infecção pelo HPV em um ambulatório especializado. Além da versão 4 da EQUALI-HPV, foi aplicado um questionário com variáveis sociodemográficas e clínicas e também o Termo de Consentimento Livre e Escalrecido (TCLE). Os dados foram duplamente digitados e posteriormente validados no *Microsoft® Office Excel for Windows*. Para as análises estatísticas descritivas (Análise Fatorial Exploratória (AFE), alfa de Cronbach e efeitos *floor* e *ceiling*), utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), 20.0; para a análise Multitraço-Multimétodo (MTMM) foi utilizado o Programa *Multitraid Analysis Program* (MAP), 2.0. Todos os aspectos éticos foram contemplados. **Resultados:** Foram entrevistadas 351 mulheres, com mediana de idade de 36,9 anos (DP= 11,9), com mínima de 18 e máxima de 79; destas, 162 (46,2%), afirmaram ser casadas e a maioria (85,5%) tinha renda de um a três salários mínimos. Após a exclusão dos itens relacionados à condilomatose e ao conhecimento, o modelo contendo 63 itens foi submetido à verificação das propriedades psicométricas. A AFE determinou que a melhor estrutura do modelo se deu com seis fatores. Neste momento, foram excluídos cinco itens por apresentarem carga fatorial $\leq 0,30$. Em seguida, averiguou-se a fidedignidade pela análise da consistência interna por meio do alfa de Cronbach com resultado global de 0,883; nesta etapa foram excluídos outros quatro itens que comprometiam a fidedignidade. Realizou-se novamente a AFE com o objetivo de verificar a variância explicada após a exclusão dos itens, obtendo-se o valor de 51,9%. Após, foram averiguadas as presenças dos efeitos *floor* e *ceiling*, no domínio “Reações ao exame clínico” e o efeito *ceiling* na dimensão “Relações sociais, familiares e de trabalho” (51,6%). Na validade de construto convergente 94,4% dos itens apresentaram correlações moderadas ou muito fortes; na validade de construto divergente os domínios do instrumento apresentaram ajuste de 100% com exceção do domínio 5 que foi de 98,0%. **Conclusão:** Foi estabelecido um modelo com a alocação dos itens em suas respectivas dimensões, resultando em um instrumento com 54 itens divididos em seis dimensões. As propriedades psicométricas avaliadas demonstram que a EQUALI-HPV é válida e confiável.

Palavras-chave: Infecções por Papilomavírus; Qualidade de Vida; Escalas; Enfermagem.

ABSTRACT

CALDEIRA, N. M. V. P. **Scale to evaluate the quality of life of women with Human Papillomavirus infection - EQUALI-HPV: (Phase 2)**. 2020. 134 p. Doctoral thesis - Ribeirão Preto, College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introduction: Human Papillomaviruses (HPV) are viruses capable of infecting the skin or mucous membranes. Currently, there are 228 different types, 13 of which are considered oncogenic. It is a highly contagious virus with the possibility of infection with only one exposure, sexual contact being the main route of transmission. Even though they are the most common Sexually Transmitted Infection (STI), cancers related to HPV infection are not commonly found in men. On the other hand, in women, it most commonly causes physical, psychological, affective / sexual and social damage, directly impacting the Quality of Life (QOL). Considering that in Brazil there are no specific instruments to assess QOL among women with HPV, the development of a tool for this purpose is of great relevance. **Objective:** Evaluate the psychometric properties of the Scale to assess the Quality of Life of women with HPV infection - EQUALI-HPV. **Methodology:** This is a methodological study. Women with HPV infection were interviewed in a specialized clinic. In addition to EQUALI-HPV version 4, a questionnaire was applied with sociodemographic and clinical variables and also the Free and Scald Consent Form (ICF). The data was entered twice and validated in Microsoft® Office Excel for Windows. For the descriptive statistical analyzes (Exploratory Factor Analysis (AFE), Cronbach's alpha and floor and ceiling effects), the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), 20.0 software was used; for Multitrait-Multimethod (MTMM) analysis, the Multitrait Analysis Program (MAP), 2.0 was used. All ethical aspects were considered. **Results:** 351 women were interviewed, with a median age of 36.9 years (SD = 11.9), with a minimum of 18 and a maximum of 79; of these, 162 (46.2%) said they were married and the majority (85.5%) had an income of one to three minimum wages. After excluding items related to condylomatosis and knowledge, the model containing 63 items was subjected to verification of psychometric properties. AFE determined that the best structure of the model occurred with six factors. At this time, five items were excluded because they had a factor load ≤ 0.30 . Then, the reliability was verified by analyzing the internal consistency using Cronbach's alpha with an overall result of 0.883; in this stage, four other items that compromised reliability were excluded. AFE was performed again in order to verify the variance explained after the exclusion of the items, obtaining the value of 51.9%. Afterwards, the presence of the floor and ceiling effects in the domain "Reactions to clinical examination" and the ceiling effect in the dimension "Social, family and work relationships" (51.6%) were investigated. In the validity of the convergent construct, 94.4% of the items presented moderate or very strong correlations; in the divergent construct validity, the domains of the instrument presented an adjustment of 100% with the exception of domain 5, which was 98.0%. **Conclusion:** A model was established with the allocation of items in their respective dimensions, resulting in an instrument with 54 items divided into six dimensions. The psychometric properties evaluated demonstrate that EQUALI-HPV is valid and reliable.

Key-words: Papillomavirus Infections; Quality of Life; Scales; Nursing.

RESUMEN

CALDEIRA, N. M. V. P. **Escala para evaluar la Calidad de Vida de mujeres con infección por Virus del Papiloma Humano - EQUALI-HPV (Fase 2)**. 2020. 134 pag. Tesis (Doctorado) - Facultad de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introducción: Los virus del papiloma humano (VPH) son virus capaces de infectar la piel o las membranas mucosas. Actualmente existen 228 tipos diferentes, 13 de los cuales se consideran oncogénicos. Es un virus altamente contagioso con posibilidad de contagio con una sola exposición, siendo el contacto sexual la principal vía de transmisión. Aunque son la infección de transmisión sexual (ITS) más común, los cánceres relacionados con la infección por VPH no se encuentran comúnmente en los hombres. Por otro lado, en las mujeres, con mayor frecuencia causa daño físico, psicológico, afectivo / sexual y social, impactando directamente en la Calidad de Vida (CV). Considerando que en Brasil no existen instrumentos específicos para evaluar la CV de mujeres con VPH, el desarrollo de una herramienta para este propósito es de gran relevancia. **Objetivo:** Evaluar las propiedades psicométricas de EQUALI-HPV. **Metodología:** Este es un estudio metodológico. Las mujeres con infección por VPH fueron entrevistadas en una clínica especializada. Además de EQUALI-HPV versión 4, se aplicó un cuestionario con variables sociodemográficas y clínicas y también el Formulario de Consentimiento Libre y Escaldado (CIF). Los datos se ingresaron dos veces y se validaron en Microsoft® Office Excel para Windows. Para los análisis estadísticos descriptivos (Análisis Factorial Exploratorio (AFE), alfa de Cronbach y efectos piso y techo), se utilizó el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), 20.0; para el análisis Multitrait-Multimethod (MTMM), se utilizó el Programa de Análisis Multitrazadas (MAP), 2.0. Se consideraron todos los aspectos éticos. **Resultados:** Se entrevistaron 351 mujeres, con una mediana de edad de 36,9 años (DE = 11,9), con un mínimo de 18 y un máximo de 79; de estos, 162 (46,2%) dijeron estar casados y la mayoría (85,5%) tenían ingresos de uno a tres salarios mínimos. Después de excluir ítems relacionados con condilomatosis y conocimiento, el modelo que contiene 63 ítems fue sometido a verificación de propiedades psicométricas. AFE determinó que la mejor estructura del modelo ocurrió con seis factores. En este momento, se excluyeron cinco ítems porque tenían una carga factorial $\leq 0,30$. Luego, se verificó la confiabilidad analizando la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach con un resultado global de 0.883; en esta etapa se excluyeron otros cuatro ítems que comprometían la confiabilidad. Se volvió a realizar AFE con el fin de verificar la varianza explicada tras la exclusión de los ítems, obteniendo el valor del 51,9%. Posteriormente, se investigó la presencia de los efectos piso y techo en el dominio "Reacciones al examen clínico" y el efecto techo en la dimensión "Relaciones sociales, familiares y laborales" (51,6%). En la validez del constructo convergente, el 94,4% de los ítems presentaron correlaciones moderadas o muy fuertes; en la validez de constructo divergente, los dominios del instrumento presentaron un ajuste del 100% con excepción del dominio 5 que fue del 98,0%. **Conclusión:** Se estableció un modelo con la asignación de ítems en sus respectivas dimensiones, resultando en un instrumento con 54 ítems divididos en seis dimensiones. Las propiedades psicométricas evaluadas demuestran que EQUALI-HPV es válido y confiable.

Palabras clave: Infecciones por Papillomavirus; Calidad de Vida; Escala; Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFE	Análise Fatorial Exploratória
AIC	Teste de Esfericidade de Bartlett
AMIG	Ambulatório de Moléstias Infecciosas em Ginecologia
AMIGO	Ambulatório de Moléstias Infecciosas em Ginecologia e Obstetrícia
ASCH	Células escamosas atípicas que não permitem excluir uma lesão de alto grau
CAF	Cirurgia de Alta Frequência
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DIU	Dispositivo Intrauterino
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EQUALI-HPV	Escala para avaliação da Qualidade de Vida de mulheres com infecção pelo HPV
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HIP	<i>HPV Impact Profile</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
ICO	<i>Information Centre on HPV and Cervical Cancer</i>
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LIEAB	Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau
LIEAG	Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAP	<i>Multitraid Analysis Program</i>
MTMM	Análise Multitraço-Multimétodo
NIA	Neoplasia Intraepitelial Anal
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
NIP	Neoplasias Intraepitelial Peniana
NIV	Neoplasia Intraepitelial Vulvar
NIVA	Neoplasia Intraepitelial Vaginal
NIPE	Neoplasia Intraepitelial Perineal

OMS	Organização Mundial da Saúde
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SEMIGO	Serviço de Moléstias Infeciosas em Ginecologia e Obstetrícia
SFQ	<i>Sexual Function Questionnaire</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Diretrizes para identificação de cargas fatoriais significantes com base em tamanho de amostra	49
Tabela 2	Distribuição das mulheres com lesões induzidas por HPV segundo as variáveis idade, escolaridade, cor da pele (auto referida) e renda familiar (n=351). Ribeirão Preto-SP, 2018-2019.....	61
Tabela 3	Caracterização das mulheres com lesões induzidas por HPV segundo a realização e resultado do exame Papanicolau nos últimos doze meses (n=351). Ribeirão Preto-SP, 2018-2019.....	63
Tabela 4	Caracterização das mulheres com lesões induzidas por HPV segundo o atual diagnóstico (n=351). Ribeirão Preto-SP, 2018-2019.....	64
Tabela 5	Distribuição das mulheres com lesões induzidas por HPV segundo o tratamento (n=351). Ribeirão Preto-SP, 2018-2019.....	64
Tabela 6	Distribuição dos percentuais de variância total explicada segundo o número de fatores, Ribeirão Preto-SP, 2020	66
Tabela 7	Resultado da Análise Fatorial Exploratória com rotação dos eixos segundo o método Varimax e critério de autovalores maiores ou iguais a 1, Ribeirão Preto-SP, 2020	68
Tabela 8	Resultado da Análise Fatorial Exploratória com rotação dos eixos com determinação de 6 fatores segundo o método Varimax, Ribeirão Preto-SP, 2020	71
Tabela 9	Distribuição dos percentuais de variância total explicada segundo o número de fatores após a exclusão dos itens, Ribeirão Preto-SP, 2020.....	80
Tabela 10	Distribuição das respostas das participantes à EQUALI-HPV segundo média, mediana, desvio-padrão, mínimo, máximos e <i>floor</i> e <i>ceiling</i> por fatores, Ribeirão Preto-SP, 2020	81
Tabela 11	Validade de construto convergente – distribuição dos valores de Coeficiente de Correlação de Pearson entre os itens e fatores da EQUALI-HPV, segundo a análise Multitraço-Multimétodo, Ribeirão Preto-SP, 2020.....	82
Tabela 12	Validade de construto divergente – resultado da análise MAP para os escores da EQUALI-HPV, Ribeirão Preto-SP, 2020	84

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Genoma do Papilomavírus humano	24
Figura 2	Fluxograma de construção da EQUALI-HPV	51
Figura 3	Número de itens submetidos às análises estatísticas após as exclusões.....	57
Figura 4	Gráfico scree com os autovalores e número de fatores	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Relação dos itens destinados exclusivamente às mulheres com diagnóstico de condilomatose, Ribeirão Preto-SP, 2016	54
Quadro 2	Relação dos itens recodificados, Ribeirão Preto-SP, 2020	55
Quadro 3	Relação dos itens relacionados ao conhecimento extraídos do modelo, Ribeirão Preto-SP, 2016	56
Quadro 4	Descrição dos itens excluídos após a primeira análise. Ribeirão Preto-SP, 2020	73
Quadro 5	Distribuição dos itens segundo seus fatores, Ribeirão Preto-SP, 2020	74
Quadro 6	Distribuição dos valores de Alfa de Cronbach por fatores e itens e da EQUALI-HPV (n=351), Ribeirão Preto-SP, 2020	76
Quadro 7	Distribuição dos valores de Alfa de Cronbach por fatores e itens e da EQUALI-HPV (n=351) após a exclusão dos itens 23, 31, 32 e 33, Ribeirão Preto-SP, 2020	78

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 Papilomavírus Humano	23
1.2 Qualidade de Vida e os instrumentos de avaliação	30
1.3 Escala para avaliação da Qualidade de Vida de mulheres com infecção pelo HPV – EQUALI-HPV (Fase 1)	34
2 OBJETIVOS	39
2.1 Objetivo geral	39
2.2 Objetivos específicos.....	39
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	41
4 MÉTODOS	48
4.1 Tipo e local do estudo	48
4.2 Participantes do estudo	48
4.3 Amostra de dados do estudo.....	49
4.4 Coleta de dados	50
4.5 Etapas da avaliação das propriedades psicométricas	50
4.5.1 Alocação dos itens em domínios.....	52
4.5.2 Avaliação da Fidedignidade	52
4.5.3 Avaliação dos efeitos <i>floor</i> e <i>ceiling</i>	53
4.5.4 Validade de Construto.....	53
4.6 Preparo e organização dos dados	54
4.7 Análise dos dados	57
4.8 Aspectos éticos	59
5 RESULTADOS	61
5.1 Caracterização das mulheres	61
5.2 Avaliação das propriedades psicométricas.....	65
5.2.1 Alocação dos itens em domínios.....	65
5.2.2 Fidedignidade	75
5.2.3 Variância explicada.....	79
5.2.4 Efeito <i>floor</i> e <i>ceiling</i>	81
5.2.5 Validade de construto convergente e divergente.....	81
6 DISCUSSÃO	86
7 CONCLUSÃO.....	96
8 RECOMENDAÇÕES PARA USO DA EQUALI-HPV.....	98
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICE A.....	110

APÊNDICE B..... 112
APÊNDICE C..... 114
ANEXO A 132
ANEXO B 133

1 INTRODUÇÃO

1.1 Papilomavírus Humano

Os HPV são um grupo de vírus da família *Papillomaviridae* que pertencem a 49 espécies subdivididas em cinco gêneros: alfa-papilomavírus, beta-papilomavírus, papilomavírus, mu-papilomavírus e nu-papilomavírus (ZUR HAUSEN, 2002).

Foram mencionados pela primeira vez em 1867 quando o médico alemão Rudolf Carl Virchow, considerado o pai da patologia moderna, descreveu condilomas como “massas com pequenas elevações na superfície, semelhantes à couve-flor” (ORIEL, 1971).

Durante a década de 1970 e 1980, Zur Hausen, ao realizar biopsias em pacientes com câncer de colo uterino, verificou a associação de células cancerosas ao HPV. E assim descobriu o HPV tipo 16 e o tipo 18, os quais eram constatados em 70% das biopsias. Com este estudo, em 2008, Zur Hausen foi um dos ganhadores do Prêmio Nobel de Medicina (ANDERSON, 2009; DÜRST et al., 1983; ZUR HAUSEN, 2002).

Destaca-se que os HPV caracterizam-se como vírus de ácido desoxirribonucleico (DNA) circular de dupla fita não-encapsulados, constituindo-se de aproximadamente 6.800 a 8.400 pares de bases. Seu genoma pode ser dividido em duas regiões codificantes e uma região não codificante de simetria icosaédrica e possuem 72 capsômeros (IHPRC, 2020; NELSON, ROSE, MOROIANU; 2002; ZUR HAUSEN, 2002).

O genoma do HPV é formado por aproximadamente oito *open reading frames* (ORF), e contém ao menos seis genes que se expressam precocemente E (*Early*) e dois genes que se expressam tardiamente L (*Late*) (figura 1). A região E é composta pelos genes E1, E2, E4, E5, E6 e E7, dos quais o gene E1 relaciona-se com a replicação viral, o E2 com a transcrição e replicação, o E4 com a maturação viral e modificação da matriz intracelular e os genes E5, E6 e E7, por fim, são responsáveis pela transformação celular (BURD, 2003; LEE et al., 2000; LIN et al., 2002; ZUR HAUSEN, 2000).

A região L é constituída pelos genes L1 e L2, responsáveis por codificar as proteínas do capsídeo. Além disso, integra o genoma uma região reguladora denominada URR (*Upstream Regulatory Region*), a qual varia de 400 a 1000 pbs,

casos de câncer do colo uterino, o que corresponde a 16,59 casos por 100 mil mulheres (AHMV, 2017; INCA, 2020).

O HPV é altamente contagioso, por isso é possível infectar-se apenas com uma exposição e a sua transmissão acontece por contato direto com a pele ou mucosa infectada. A principal via é a sexual (oral-genital, genital-genital ou mesmo manual-genital). A contaminação pode se dar mesmo sem penetração vaginal ou anal, também pode haver transmissão durante o parto e, mais raramente, o vírus pode disseminar-se por meio do contato com a mão. Como muitos indivíduos portadores do HPV não apresentam sinais ou sintomas, acabam não sabendo que têm o vírus, embora possam transmiti-lo (BRASIL, 2017).

O diagnóstico para infecção pelo HPV é comumente realizado por meio do exame de Papanicolau, também chamado de esfregaço cervicovaginal, colpocitologia oncótica cervical ou exame preventivo. Trata-se de um teste com capacidade de detectar alterações nas células do colo do útero. O nome "Papanicolau" é uma homenagem ao patologista grego Georges Papanicolaou, que criou o método em 1917. Esse exame é considerado como uma importante estratégia para a detecção precoce de lesões, antes que a mulher tenha sintomas, possibilitando, assim, o diagnóstico da doença nas suas fases iniciais (BRASIL, 2017).

Com o avanço da tecnologia e o aparecimento de novas técnicas moleculares, a precisão para a detecção de HPV foi se tornando cada vez mais refinada, permitindo que o vírus fosse correlacionado a alguns tipos de câncer. Dentre essas técnicas, destaca-se a reação em cadeia da polimerase (PCR), um método extremamente eficiente que favorece uma detecção com grande sensibilidade e especificidade para os diferentes tipos de HPV, principalmente quando se trata do diagnóstico da infecção por HPV nos casos subclínicos ou latentes (KANESHIMA et al., 2005; SOUTO; CRUZ, 2005).

Dentre os diferentes tipos de HPV, existem dois grupos que são capazes de infectar o trato genital e são divididos conforme o potencial oncogênico e segundo as lesões às quais estão associados. O grupo de baixo risco oncogênico engloba os tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72 e 81 e o grupo de alto risco oncogênico os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 e 82 (BRASIL, 2019).

Dos tipos de HPV precursores de lesão, quatro são mais frequentes, 6, 11, 16 e 18. Os tipos 16 e 18 estão ligados à maioria dos casos de câncer de colo do útero

(cerca de 70%) e são também a causa de cerca de 90% dos casos de câncer de ânus, até 60% dos cânceres de vagina e 50% dos casos de câncer de vulva. Os tipos 6 e 11 provocam aproximadamente 90% das verrugas genitais e 10% das lesões de baixo grau do colo do útero (INCA, 2020).

Alguns tipos HPV têm sido diretamente relacionados ao desenvolvimento de malignidade nas regiões que infectam, como o períneo, o colo do útero, a vagina, a vulva e a região anal na mulher. No homem, a literatura especializada destaca regiões como o pênis, o saco escrotal, a uretra e a região anal (LINDEL et al., 2001; SANTOS, ROMANOS, WIGG; 2002). Além disso, foi determinado que a presença de HPV de alto risco oncogênico pode estar associada com o desenvolvimento de malignidade na região das cordas vocais e orofaringe (SCULLY, 2002).

Na maioria das pessoas, a infecção pelo HPV não provoca manifestações e o tempo de latência pode durar de meses até anos. Quando presentes, as manifestações são classificadas em clínicas e subclínicas (BRASIL, 2019). As manifestações clínicas são diagnosticadas por meio do exame clínico, mas, em algumas situações, são realizadas biópsias para estudo histopatológico. As lesões geralmente são polimórficas e as pontiagudas são denominadas condiloma acuminado. Seu tamanho varia de um a vários milímetros e podem chegar a vários centímetros de extensão. Além disso, podem ser únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas, contudo sempre são papilomatosas, fazendo com que o epitélio apresente-se fosco, aveludado ou semelhante à uma couve-flor. Ainda sobre as lesões, destaca-se que elas podem apresentar a coloração da pele ou podem ser eritematosas e hiperpigmentadas. Em geral são assintomáticas, mas em alguns casos podem causar prurido, dor, ou sangramento (BRASIL, 2019).

As manifestações subclínicas, detectadas ocasionalmente pelo exame preventivo de câncer de colo do útero, são classificadas em lesões escamosas de baixo grau (*low grade intraepithelial lesions* – LSIL), que equivalem ao quadro histopatológico de NIC 1, estão associadas a tipos virais de HPV de baixo risco oncogênico e lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (*high grade intraepithelial lesions* – HSIL), que correspondem à histopatologia dos quadros de displasia moderada, grave ou carcinoma *in situ* – também denominadas de NIC 2 e NIC 3, são provocadas por tipos de HPV de alto potencial oncogênico (BRASIL, 2019).

As lesões classificadas como NIC 1, geralmente regridem em curtos períodos e não progridem para lesões de alto grau. Por outro lado, as NIC de graus 2 e 3

possuem maiores chances de evoluir para neoplasia invasiva (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004).

A ação oncogênica do vírus também pode originar lesões em outros epitélios, resultando em Neoplasias Intraepiteliais Vulvares (NIV), Vaginais (NIVA), Perineais (NIPE), Anais (NIA) e Penianas (PIN) (BRASIL, 2019).

A infecção pelo HPV tem maiores implicações quando persistente e, para que a transformação neoplásica aconteça, fatores promotores devem agir. O processo de carcinogênese cervical, assim como em outros tecidos, engloba diversas etapas de mutação e seleção natural. No câncer cervical, supostamente a iniciação se faz por ação do HPV em associação a fatores como o fumo, as infecções repetitivas, os desvios imunológicos, dentre outros (HALBE, 2000).

O HPV pode ser considerado como um fator agravante para a formação das neoplasias, além dos fatores causais como álcool, cigarro e radiação ultravioleta. Suas proteínas virais E6 e E7 são resultado de oncogenes capazes de interagir com as proteínas controladoras do ciclo celular. Como resultado dessa interação, ocorre a transformação, a imortalização da célula e, posteriormente, o câncer (SOUTO, FALHARI, CRUZ; 2005).

Existem importantes co-fatores não virais envolvidos na patogênese do carcinoma cervical. Esses fatores podem interagir em menor ou maior intensidade com as oncoproteínas e outros elementos do HPV, porém todos parecem potencializar a ação do vírus na célula hospedeira e promover o desenvolvimento dos processos de imortalização e de carcinogênese. Como principais co-fatores, destacam-se os imunológicos, a associação com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o tabagismo e o uso de hormônios contraceptivos (PINTO; TULIO; CRUZ, 2002).

Por meio da imunohistoquímica foi possível determinar o papel da resposta imune local na carcinogênese cervical. Existe uma associação significativa entre o crescimento do número de células imunocompetentes e a ampliação do grau da Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). Esse resultado demonstra que a resposta imune local pode ser considerável para o desenvolvimento e a progressão do câncer cervical, principalmente no que se refere aos estágios iniciais do processo carcinogênico (TAKEHARA, 1996).

Outro importante co-fator no processo de carcinogênese é associação com a AIDS. Isso se deve ao fato de que mulheres imunodeprimidas apresentam alto risco

para o desenvolvimento de neoplasia escamosa intra-epitelial e neoplasia invasiva do trato genital inferior. Não obstante, há de considerar que ambas as infecções por HPV e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) têm transmissão sexual e suas populações de risco demonstram características demográficas em comum (GISSMANN, 1996).

O tabagismo também tem grande relevância no processo, uma vez que o hábito de fumar contribui para a oncogênese cervical principalmente pela exposição direta do DNA das células epiteliais cervicais à nicotina e cotidina, além de produtos metabólicos resultantes de reações com hidrocarbonetos policíclicos aromáticos e aminas aromáticas, que são componentes presentes na fumaça do cigarro (HELLBERG et al., 1988; SIMONS; PHILLIPS; COLEMAN, 1993).

O uso de hormônios contraceptivos também tem ganhado destaque no processo de carcinogênese. Hormônios esteróides na forma de contraceptivos parecem favorecer a atividade transformadora dos oncogenes do HPV, principalmente durante a fase reprodutiva, ao prejudicar a resolução eficiente e espontânea de lesões causadas pelo vírus na cérvix (KJELLBERG et al., 2000).

Além dos co-fatores descritos, outros importantes fatores de risco para a infecção pelo HPV devem ser considerados, tais como: consumo de álcool, alimentação deficiente em betacarotenos e vitaminas C e E. Determinadas condições clínicas como utilização de drogas imunossupressoras e a presença de outras infecções sexualmente transmitidas (IST). Além da idade precoce da primeira relação sexual, a paridade, o número de parceiros sexuais e suas características também são apontados como fatores que promovem esse processo (SHIELDS et al., 2004; TROTTIER; FRANCO, 2006).

Todos esses co-fatores e fatores de risco apresentados contribuem para o aparecimento das lesões. Dentre as lesões precursoras do câncer do colo do útero, as NIC têm importante destaque. Caracterizam-se como lesões proliferativas com maturação anormal com diferentes graus e atipias e substituem a espessura do epitélio escamoso cervical (AIDÉ et al., 2009). São classificadas nas categorias 1, 2 e 3, de acordo com a proporção da espessura do epitélio que apresenta células maduras e diferenciadas (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004).

No que se refere às neoplasias, a infecção pelo HPV é associada a diversos tipos, tais como câncer de colo uterino, de pênis, de vulva, de canal anal e de orofaringe. Cerca de 99% dos cânceres cervicais em todo o mundo tem como

responsável o HPV. No Brasil, o câncer do colo do útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina e a quarta causa de morte de mulheres por câncer. (BONANNI, 2011; BOSCH et al., 2002; BOSCH et al., 2012; DE FLORA, 2011; IARC, 2012; INCA 2020; SCHIFFMAN; CASTLE, 2003; SERRANO et al., 2017; WHO, 2010).

Quanto à infecciosidade do HPV entre os sexos, verifica-se que o epitélio de ambos pode ser acometido, mas os danos são maiores e mais frequentes entre as mulheres. De acordo com os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), mesmo sendo a Doença sexualmente Transmissível (DST) mais comum, os cânceres relacionados à infecção pelo HPV não são comumente encontrados em homens (CDC, 2014).

As consequências do resultado da infecção pelo HPV podem ser verificadas pelo impacto causado na vida do portador, seja ele físico ou psicológico. Nesse contexto, o impacto físico relaciona-se principalmente com o tratamento oriundo das lesões causadas pela infecção pelo HPV. Os tratamentos disponíveis são realizados de acordo com o grau e o tipo da lesão e incluem desde a aplicação do ácido tricloroacético até a realização de Cirurgias de Alta Frequência (CAF) (BRASIL, 2016). Como impacto psicológico, ao se depararem como portadoras do HPV, emergem, nas mulheres, diversos sentimentos, tais como sofrimento, culpa, desespero, preocupação, frustração, medo e vergonha (CESTARI; MERIGHI; BAPTISTA, 2011).

Além disso, de acordo com Araújo e Silveira (2007), a ocorrência de uma IST tem resultado negativo no que diz respeito ao convívio social e ao relacionamento com o parceiro sexual. Considerando ainda essa questão, dos impactos na vida das portadoras da doença, observa-se que as desigualdades sociais e econômicas vivenciadas por mulheres com HPV representam diversas consequências oriundas da patologia, com relação ao estigma e ao preconceito, afetando suas relações sociais, siglafamiliares, afetivas e sexuais (GASPAR et al., 2015).

Sendo assim, avaliar a QV em mulheres com HPV tem sido reportado em diferentes pesquisas como importante estratégia para intervenções quanto ao impacto físico, psicossocial e econômico, uma vez que pode fomentar inclusive a decisão de se implantar um programa de imunização (MARRA et al., 2009; SHI et al., 2012; VRIEND; NIEUWKERK; VAN DER SANDE, 2014; WOODHALL et al., 2011).

1.2 Qualidade de Vida e os instrumentos de avaliação

A expressão “qualidade de vida” foi proferida pela primeira vez em 1964 pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, ao dizer que “os objetivos não podem ser medidos por meio do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos pela qualidade de vida que proporcionam às pessoas”. A definição de QV diz respeito a um movimento dentro das ciências biológicas e humanas e tem como finalidade valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, que a diminuição da mortalidade ou que o aumento da expectativa de vida (BECH, 1993).

De acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000), a QV contempla a capacidade que todos os indivíduos de uma determinada sociedade têm de considerar seu padrão de conforto e de bem-estar. Contudo, destaca-se que a área de conhecimento que recobre a QV pode ser enquadrada em uma fase de construção de identidade. Algumas vezes, identificam-na pertencente à saúde, outras vezes à moradia, ao lazer, aos hábitos de atividade física e à alimentação. Contudo, o que se nota, com a análise de todas essas classificações, é que as diferentes definições das áreas que recobrem a QV consideram-na a partir de uma percepção positiva de bem-estar (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Nesse contexto, a forma com que a QV e os indicadores adotados para a análise dela são apresentados está intimamente relacionada aos interesses científicos e políticos de cada área de pesquisa e de estudo que a considerem como objeto, bem como às possibilidades de avaliação e de operacionalização dos dados gerados (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Na área de saúde, por exemplo, observa-se duas tendências quanto ao conceito do termo: qualidade de vida como um conceito genérico e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Como conceito genérico, a QV apresenta um significado mais amplo, ligada a questões sociológicas e não diz respeito a disfunções ou agravos. Por outro lado, o termo QVRS está intimamente associado às enfermidades ou às intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Convém ressaltar que as pesquisas envolvendo a QV em saúde são recentes e vêm ganhando espaço nas últimas décadas, uma vez que novos paradigmas estão influenciando as políticas e as práticas do setor. Os determinantes e condicionantes relacionados ao processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Logo, saúde e doença estão em constante evolução, relacionando-se

com fatores socioculturais, econômicos, de estilo de vida e de experiência pessoal. Em conformidade com essa mudança de paradigma, a melhoria da QV foi almejada como um dos objetivos, tanto das políticas públicas quanto das práticas assistenciais, seja no setor da promoção da saúde, seja na prevenção de agravos (SCHUTTINGA, 1995).

Para analisar a diversidade de definições que existem em torno da QV, é possível destacar mais um exemplo, também recorrente na saúde. É comum que exista, nessa área, a repercussão da seguinte frase: saúde não é doença, saúde é QV. Por mais que tal afirmativa esteja correta, ela se apresenta vazia de significado, principalmente devido à dificuldade que se tem de encontrar algum sentido teórico e epistemológico que não seja em referência ao sistema médico que, por sua vez, domina a reflexão e a prática do campo da saúde pública (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Desse modo, considerando essas reflexões, é possível afirmar que diferentes conceitos têm sido atribuídos à definição da QV. Mesmo com essa grande diversidade de definições, alguns aspectos do conceito são relevantes e podem variar de estudo para estudo, mas, de forma geral, incluem o funcionamento físico, emocional, cognitivo e sexual, sintomas físicos e toxicidade, bem-estar social e demandas existenciais, além do estado geral de saúde dos indivíduos (FAYERS; MACHIN, 2007).

Todavia, ainda que seja grande o número de definições que o conceito recobre, em 1995 o Grupo de QV da Organização Mundial da Saúde (THE WHOQOL GROUP, 1995), postulou que qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Assim, diante das diversas definições e sendo a QV um dos principais parâmetros pesquisados nos ensaios clínicos atuais, existe a necessidade de padronizar sua avaliação, utilizando-se de novas metodologias para tratamento e para prevenção de doenças (DALLANEZI et al., 2011).

Outro interesse em torno do conceito está intimamente ligado aos serviços de saúde no que diz respeito às práticas assistenciais cotidianas. Nesse caso, a QV apresenta-se como um indicador nas avaliações clínicas de doenças específicas. As enfermidades, incapacidades ou disfunções são analisadas sob a ótica do impacto

físico e psicossocial que elas podem proporcionar para as pessoas acometidas por esses tipos de problemas, favorecendo assim um melhor entendimento do paciente e de sua adaptação à condição. Logo, à concepção sobre a QV do paciente, inclui-se o trabalho de assistência diário, determinando por vezes decisões e condutas terapêuticas tomadas pelas equipes de saúde (MORRIS; PEREZ; MCNOE, 1997).

Como forma de avaliação da QVRS, os instrumentos mais utilizados são os questionários, que podem ser aplicados sob duas formas: por meio de entrevistas ou por meio de autoaplicação. Ressalta-se que a autoaplicação parece ser eficaz, pois requer um tempo menor e possibilita que o indivíduo responda, no seu ritmo, podendo retornar aos itens e ponderar sobre suas respostas (SEIDL; ZANNON, 2004).

Dentre os métodos de avaliação da QV, as escalas apresentam-se como ferramentas importantes. As escalas podem ser definidas como um conjunto de itens/questões que têm a finalidade de estimar, numa população de indivíduos, uma determinada característica ou atributo. Por meio de uma disposição de valores numéricos decorrentes do processo de mensuração (o qual pode compreender diferentes níveis: ordinal, intervalar, de razão) é possibilitado ao observador construir um arranjo de valores numéricos. No final, o conjunto de itens da escala resultará em um valor numérico único, o qual irá estabelecer o resultado dessa mensuração (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Inexiste, nesse cenário, uma única variável que possa ser utilizada para descrever a saúde, uma vez que ela não pode ser mensurada diretamente. A medição da saúde, em função disso, requer várias etapas, as quais envolvem a avaliação de diversos indicadores relacionados à saúde (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

As escalas de classificação são empregadas em diversas conformações para medir diferentes aspectos da saúde, como sintomas diversos ou a presença de uma característica específica. Além disso, a classificação das escalas de medida de saúde dividem-se em, pelo menos, três formas: a função, a descrição ou a metodologia (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

A primeira delas, a classificação funcional, tem por objetivo a aplicação de métodos e a melhor maneira de utilizá-los, seja para avaliação de diagnóstico, prognóstico ou da saúde. Por sua vez, a classificação descritiva das medidas de saúde trata das medidas específicas, as quais podem estar relacionadas não

apenas a uma doença específica, mas também a uma população-alvo. Por fim, a classificação metodológica diferencia as escalas de classificação, os índices, os questionários, e as medidas subjetivas das medidas objetivas (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

Considera-se, ainda, que escalas e questionários integram a pesquisa e a prática clínica. No entanto, nem todos instrumentos são desenvolvidos igualmente. Para ter boa aplicabilidade, o instrumento considerado deve apresentar propriedades psicométricas de confiabilidade e de validade satisfatória e estar em um formato que os pacientes considerem fácil de usar (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

Dessa maneira, a construção de instrumentos de mensuração da QV fundamenta-se sob três correntes: o funcionalismo, que garante a existência de um estado normal para cada idade e função social do indivíduo; a teoria do bem-estar, relacionada às reações subjetivas das experiências de vida, bem como a competência do indivíduo em diminuir sofrimentos e em aumentar sua satisfação pessoal de ambiente; e a teoria da utilidade, que sugere, como parâmetro, a escolha tomada pelos indivíduos ao compararem um determinado estado de saúde com outro (AUQUIER; SIMEONI; MENDIZABAL, 1997).

Quanto à aplicação, os instrumentos podem ser classificados como genéricos ou específicos. Os genéricos utilizam questionários com base populacional e não especificam patologias. Esse tipo é comumente utilizado em estudos epidemiológicos, de planejamento e de avaliação do sistema de saúde. Na mensuração específica, os estudos têm como foco a avaliação de situações relacionadas à QV cotidiana dos indivíduos, considerando o surgimento de doenças, de agravos ou de intervenções médicas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Outrossim, os instrumentos de mensuração QVRS mantêm como característica a multidimensionalidade, além de avaliar a percepção geral da QV. Entretanto, frequentemente, dá-se, ao uso desses instrumentos, enfoque aos sintomas, às incapacidades ou às limitações, decorrentes das enfermidades, dos indivíduos (SEIDL; ZANNON, 2004).

Faz-se, nesse contexto, a ressalva de que um questionário de QV universal destinado a obter informações relevantes para uma série de condições precisaria ser extremamente extenso. Logo, as escalas de QV específicas de cada doença são necessárias, não simplesmente para maior brevidade, mas para garantir a

sensibilidade de pequenas, mas clinicamente significativas, mudanças nos estados de saúde e nos níveis de gravidade da doença (BOWLING, 1997).

Não obstante, o objetivo da aplicação de instrumentos para avaliação da QV é proporcionar um diálogo com os pacientes, a fim de se favorecer a coleta de informações sobre os problemas por eles vivenciados (FAYERS; MACHIN, 2007).

Por fim, ressalta-se o fato de haver uma preocupação mundial na avaliação da QV em situações de estresse, de doenças crônicas e em demais situações adversas. Dentre elas, evidenciam-se as IST, responsáveis por causarem doenças agudas, infertilidade, invalidez e morte, além de graves consequências psicológicas para milhões de pessoas afetando diretamente a qualidade de vida (KOUPIDIS et al., 2011), com destaque para o HPV.

Diante do exposto, este estudo torna-se extremamente relevante, considerando-se, especialmente, a relação entre a importância da temática e a inexistência de instrumentos para avaliar a QV de mulheres com infecção causada por HPV no Brasil (PEREIRA-CALDEIRA et al., 2019).

1.3 Escala para avaliação da Qualidade de Vida de mulheres com infecção pelo HPV – EQUALI-HPV (Fase 1)

O desenvolvimento inicial da EQUALI-HPV envolveu as etapas de elaboração dos itens, validação aparente e de conteúdo, validação semântica e pré-teste.

A fim de se alcançar embasamento para a elaboração dos itens, foi realizada uma revisão integrativa da literatura e entrevistas com mulheres com infecções por HPV.

A revisão integrativa teve como objetivo identificar as evidências científicas sobre os instrumentos utilizados para a avaliação da QV em indivíduos com infecções causadas pelo HPV e como questão norteadora assumiu-se a seguinte: quais instrumentos têm sido utilizados para mensurar QV em indivíduos com infecções causadas pelo HPV? (PEREIRA-CALDEIRA et al., 2019).

A busca foi realizada nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Sci Verse Scopus, ISI Web of Science, CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e PubMed, utilizando os descritores controlados (DeCS e MeSH): Infecções por

Papillomavirus, Qualidade de Vida, *Papillomavirus Infections* e *Quality of Life* (PEREIRA-CALDEIRA et al., 2019).

Como resultado, foram encontrados 416 artigos e, destes, 12 foram selecionados para a análise qualitativa. Foram identificados treze diferentes tipos de instrumentos, nove genéricos e apenas quatro específicos, sendo todos eles internacionais e não validados para o Brasil. Além disso, a maioria dos estudos apontou que as infecções causadas pelo HPV têm impacto negativo na QV, quanto aos aspectos sociais, afetivos e sexuais e psicológicos (PEREIRA-CALDEIRA et al., 2019).

Outra forma de embasamento para a elaboração dos itens da EQUALI-HPV foi a realização de entrevistas com as mulheres com diferentes diagnósticos de infecções por HPV. Para tanto, foram realizadas 20 entrevistas (PEREIRA-CALDEIRA et al., 2020). Em função disso, aplicou-se um questionário semiestruturado, contendo cinco questões fundamentadas no conceito de qualidade de vida proposto por Fayers e Machin (2007), são elas:

- 1- você sabe por que acontece a infecção pelo vírus HPV?;
- 2- houve alguma mudança na sua vida sexual após o diagnóstico de HPV?;
- 3- houve alguma mudança na sua vida cotidiana (trabalho, atividades diárias) após o diagnóstico de HPV?;
- 4- como você se sente frente ao diagnóstico de HPV?;
- 5- você sente algum desconforto físico relacionado ao HPV?

A partir das respostas coletadas por meio dos questionários aplicados às mulheres que participaram das entrevistas, procedeu-se a análise desses dados, evidenciando-se que as mulheres com infecção pelo HPV enfrentam diversas alterações físicas, afetivo-sexuais, emocionais e sociais, implicando consequências consideráveis sobre a QV das participantes. Dentre os elementos observados, no que diz respeito aos sintomas físicos relatados, houve queixas de dor, prurido, presença de verrugas, leucorréia e sangramento; no que diz respeito aos sintomas psicológicos relatados, destacou-se a redução da libido e o impacto negativo na autoimagem, acarretando problemas nas relações afetivo-sexuais das participantes. Além disso, o estigma e a vergonha pelo diagnóstico, provocaram, conforme observação dos dados coletados, desmotivação das atividades sociais, destacando

a presença de relato de faltas do trabalho que decorrem do medo da exposição social do diagnóstico e se configurarem como um risco para futuras demissões. Considerando essas observações, destaca-se que a infecção pelo HPV pode ocasionar alterações exponenciais na QV de mulheres (PEREIRA-CALDEIRA et al., 2020).

Tendo como fonte a revisão integrativa e as entrevistas realizadas, foram elaborados 98 itens que corresponderam a “versão 1” da EQUALI-HPV. Após a elaboração, os itens foram formatados em escala do tipo *Likert* com opções de respostas variando de um a cinco. Segundo Bowling (1997), no campo de pesquisa em enfermagem, as escalas do tipo *Likert*, ou escalas de frequência, utilizam formatos de resposta de escolha fixa e são frequentemente utilizadas para mensurar atitudes ou opiniões.

A versão 1 foi encaminhada, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aos membros do comitê de juízes especialistas e, posteriormente, foi agendada uma reunião consensual para a discussão dos itens. O comitê de juízes especialistas foi composto por uma enfermeira, doutora com experiência na metodologia de escalas; uma enfermeira, mestre com experiência em QV; duas médicas, sendo uma infectologista e outra ginecologista; e uma representante da população.

Os itens foram analisados quanto à clareza e representatividade. No que diz respeito à clareza deles, avaliou-se por meio dos seguintes conceitos: 1 = não claro; 2 = pouco claro; 3 = claro e 4 = muito claro. Em relação à representatividade, os conceitos que poderiam ser atribuídos eram os seguintes: 1 = não representativo; 2 = pouco representativo; 3 = representativo e 4 = muito representativo. Além disso, foi disponibilizado um campo para sugestões de possíveis modificações do item.

Para a verificação do grau de concordância entre os juízes durante essa etapa, que compreende o processo de avaliação da validade de conteúdo, foi empregado o método de Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Foram avaliados o Índice de Validade de Conteúdo para Itens (IVC-I) e a Média dos Índice de Validade de Conteúdo para Escalas (IVC-S/ Ave) (POLIT; BECK, 2006).

Houve propostas para alterações em 43 itens e exclusão de 24 itens, originando, desse modo, a “versão 2” da EQUALI-HPV, composta por 83 itens. Essa versão, reformulada em função da avaliação do comitê, foi aplicada a 11 mulheres frequentadoras do Ambulatório de Moléstias Infecciosas em Ginecologia (AMIG), do

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), para a validação semântica do instrumento.

A etapa de validação semântica teve como objetivo verificar se todos os itens estavam compreensíveis para os membros da população, à qual o instrumento se destina. Nesse cenário, destaca-se que 90,9% (n=10) das mulheres consideraram os itens “bastante claros” e “bastante compreensíveis”, ao passo que apenas uma mulher (9,1%) sugeriu alteração na redação do item “Compartilho minhas dúvidas, anseios ou medos que sinto **frente ao** meu diagnóstico de HPV com o meu(s) parceiro(s)”, passando a “Compartilho minhas dúvidas, anseios ou medos que sinto **diante do** meu diagnóstico de HPV com o meu(s) parceiro(s)”, sugestão que foi acolhida para o refinamento da escala.

Sendo assim, ao final da etapa de validação semântica, surgiu a “versão 3” da EQUALI-HP, composta por 83 itens a qual foi submetida ao pré-teste.

Foram entrevistadas 38 mulheres com diagnóstico de HPV frequentadoras do AMIG. No momento da aplicação do instrumento, tendo em vista a exploração do campo, foram aplicados 19 (50%) questionários e 19 (50%) entrevistas. A média de tempo de preenchimento dos questionários foi de 14,8 (DP=5,7) minutos e, nas entrevistas, 16,1 (DP=6,7) minutos. Constatou-se que, devido às diferenças etárias, níveis de escolaridade e níveis sociais, as entrevistas dispõem de melhor aplicabilidade, porém demandam mais tempo do entrevistador.

No pré-teste, verificou-se a necessidade de ajustes e, ao fim dessa etapa, obteve-se a “versão 4” da EQUALI-HPV, composta por 83 itens, dentre os quais 08 se referem exclusivamente às mulheres com condilomatose, a qual deverá ser submetida à verificação das propriedades psicométricas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar as propriedades psicométricas da Escala para avaliação da Qualidade de Vida de mulheres com infecção pelo HPV – EQUALI-HPV

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características das participantes quanto à variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais;
- Alocar os itens em suas dimensões por meio da AFE;
- Analisar a fidedignidade no que se refere à consistência interna dos itens, dos fatores e da escala por meio do alfa de Cronbach;
- Identificar a ocorrência dos efeitos *floor* e *ceiling*;
- Analisar a validade de construto em relação à validade convergente e divergente com a utilização da análise multitraço-multimétodo (MTMM).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

A psicometria representa a teoria e a técnica de mensuração dos processos mentais e tem como objetivo elucidar o sentido que têm as respostas fornecidas pelos sujeitos a uma série de situações, tipicamente chamadas de itens (PASQUALI, 2003, 2009, 2017).

Os instrumentos ou testes, como são denominados, nada mais são do que a expressão científica de um processo sistemático empregado por qualquer organismo, biológico ou social, que consiste em avaliar as situações para tomar decisões que possibilitem a sobrevivência e o autodesenvolvimento do próprio organismo (PASQUALI, 1999).

Os instrumentos de avaliação ganham espaço e cada vez mais estão sendo empregados no Brasil em diferentes áreas de atuação profissional. No entanto, esta grande demanda de instrumentos de avaliação e de medida não vem seguida pela elaboração dos mesmos por parte dos pesquisadores brasileiros. O que se observa, na maioria dos casos, é a reprodução sumária de trabalhos estrangeiros sem a preocupação com a verificação da qualidade dos instrumentos importados para a pesquisa no país, bem como sua aplicabilidade para o contexto cultural específico (PASQUALI, 1999).

Tal situação pode ser elucidada sob a ótica de Fayers e Machin (2007), os quais asseveram que o desenvolvimento de um novo instrumento demanda o desprendimento de uma quantidade considerável de trabalho minucioso o que exige paciência, tempo e recursos.

Buscando alcançar essa excelência, considera-se que existem diversos caminhos propostos por diferentes autores para a elaboração de novos instrumentos, Polit, Beck e Hungler, (2004), por exemplo, enfatizam que, para se atingir o objetivo de uma pesquisa, diferentes abordagens podem ser utilizadas. Todavia, a maneira mais adequada para se alcançar a produtividade na pesquisa é a elaboração de uma questão de estudo que, ainda conforme os autores, deve ser estabelecida pelo próprio investigador.

Sendo assim, diante dos objetivos deste estudo, foram adotados como referencial metodológico as recomendações propostas por Pasquali (1999, 2003, 2009, 2012), Fayers e Machin (2007) e Hair et al. (2009).

O modelo proposto por Pasquali (1999) para a elaboração de instrumentos baseia-se em três grandes polos denominados de procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos). O polo teórico deve ter como atributo central a explicação do construto para o qual está ocorrendo o desenvolvimento do instrumento de medida. É nesse polo que ocorre a operacionalização do construto, isto é, a elaboração dos itens (PASQUALI, 1999). O polo empírico ou experimental tem como foco a definição das etapas e técnicas de aplicação para o teste piloto. É também nesse polo em que são coletadas informações para a avaliação psicométrica (PASQUALI, 1999). Por fim, o polo analítico é descrito como o que estabelece quais os procedimentos de análises estatísticas serão necessários para verificar se o instrumento é válido, preciso e normatizado (PASQUALI, 1999).

Vale destacar que existe uma congruência nas etapas a serem seguidas quando se trata da construção e validação de instrumentos. Observa-se que a finalidade é mesma, alterando muitas vezes a ordem de realização e a denominação das etapas apesar dos diferentes caminhos percorridos (SILVA; CLAPIS, 2019).

No entanto, os dois parâmetros mais relevantes de legitimidade são a validade e a precisão. Considera-se que um teste é válido se ele supostamente mensura verdadeiramente aquilo que se pretende medir, ou seja, ao mensurar os comportamentos (itens), que são a reprodução física do traço latente, considera-se que o próprio traço latente está sendo aferido (PASQUALI, 2009).

Existem diversos tipos de validade realizadas em diferentes etapas como a validade de face e conteúdo, a validade de construto e a validade de critério. Contudo, a validade de construto ou de conceito apresenta-se como a principal medida, uma vez que ela estabelece a forma direta de constatar a hipótese da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes (FAYERS; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2009).

Essa validade pode ser avaliada por grupos conhecidos (*known-groups validity*), validade convergente e validade discriminante (FAYERS; MACHIN, 2007). Além disso, é possível utilizar a análise fatorial que consiste em uma das técnicas que podem ser utilizadas como demonstração da adequação da representação do construto, revelando parte fundamental e imprescindível no processo de validação de instrumentos psicológicos (PASQUALI, 2001; 2012).

A validade de construto por grupos conhecidos (*known-groups validity*) constitui-se como o tipo mais simples dentre os citados anteriormente. Está relacionada ao pressuposto que grupos específicos de indivíduos podem ter pontuações distintas de outros, implicando que o instrumento testado deva ser sensível a essas diferenças. Nesse sentido, as comparações entre grupos conhecidos utilizam de testes de validade como uma forma de avaliação de sensibilidade ou competência de resposta (FAYERS, MACHIN, 2007).

A validade de construto convergente consiste na associação significativa da medida obtida pelo instrumento com outras variáveis com o qual o construto medido deveria estar relacionado (PASQUALI, 1999). Esse tipo de validade tem como objetivo comparar dois instrumentos que medem o mesmo construto, a fim de se obter correlações entre eles. Dessa forma, correlações altas entre duas escalas podem indicar que ambas estão medindo o mesmo fator (FAYERS; MACHIN, 2007).

Em relação à validade de construto discriminante ou divergente observa-se que esse tipo determina que o instrumento apresenta correlações baixas com medidas que avaliam construtos diferentes (PASQUALI, 2003; URBINA, 2007).

A matriz de correlação MTMM é um método para examinar a validade convergente e discriminante. Trata-se de uma matriz estatística que expõe os dados agrupados e ordenados oriundos das correlações entre os itens e uma escala, em que os itens equivalem aos traços e as escalas, ao método. Além disso, a MTMM é utilizada como uma estratégia para se avaliar a validade de construto convergente e divergente, por meio de correlações entre instrumentos distintos (FAYERS; MACHIN, 2007).

Uma abordagem alternativa da MTMM é limitar o foco às correlações item-escala, ou seja, correlacionar os itens com a sua própria escala. Essa possibilidade de análise determina que, se um item se correlacionar fortemente com outros itens e com sua própria escala, ele também estará correlacionado com a pontuação total da escala. O principal objetivo dessa abordagem é verificar essas correlações e admitir se os itens estão inclusos na escala com a qual eles se correlacionam mais fortemente e se a estrutura de escala estabelecida parece consistente com relação aos padrões estabelecidos (FAYERS; MACHIN, 2007).

Por fim, a análise fatorial é utilizada também para verificar a validade de construto e pode ser empregada na construção, na revisão e na avaliação de instrumentos psicológicos. Logo, pode ser classificada quanto ao método utilizado

(exploratório e confirmatório) e o tipo de técnica (procedimentos exploratórios e procedimentos confirmatórios). A AFE, também denominada de análise fatorial comum, está relacionada à redução de dados, ou seja, a identificação de dimensões que um instrumento está medindo. Já a análise fatorial confirmatória, irá confirmar uma teoria já estabelecida anteriormente (PASQUALI, 2012).

A análise fatorial está inserida no polo analítico proposto por Pasquali (1999). Por meio dela, são verificadas a dimensionalidade e a precisão do instrumento. A dimensionalidade do instrumento parte do pressuposto que o mesmo seja unidimensional, isto é, que todos os seus itens estejam mensurando o mesmo construto. Para essa determinação, faz-se necessário proceder à análise fatorial, que tem como finalidade estabelecer quantos fatores o instrumento está medindo (PASQUALI, 1999).

Nesse contexto, a análise fatorial apresenta-se como importante avaliação na validação de construto, sendo a forma mais comum nas pesquisas envolvendo o construto QV (FAYERS, MACHIN, 2007).

De acordo com Hair et al. (2009), o objetivo da análise fatorial é buscar uma forma de condensar (resumir) as informações presentes nas diferentes variáveis originais em um agrupamento menor de novas dimensões compostas (fatores) por meio de uma pequena perda de informação, admitindo que essas informações sejam inerentes às variáveis originais.

A relação que cada item possui com o fator é expressa através da covariância ou correlação; tal relação é denominada carga fatorial (PASQUALI, 2003). Por sua vez, os fatores são constituídos por uma série de itens que são considerados válidos quando representam de maneira satisfatória o fator. Essa característica é determinada pelo tamanho da carga fatorial que quanto mais próxima de 1 melhor é representação do item pelo fator. No entanto, cargas fatoriais de 0,30 são consideradas não desprezíveis para a validade dos itens. Dessa forma, é possível verificar a validade de cada item individualmente, porém o próprio fator deve ser passível de averiguação (PASQUALI, 2012).

Ao interpretar os fatores no que se refere às cargas fatoriais dos itens é preciso levar em consideração não somente as questões matemáticas, mas a significância prática da matriz fatorial. Salienta-se, assim, que a carga fatorial está intimamente relacionada ao tamanho da amostra. Considera-se significativo que uma carga fatorial menor necessite de uma amostra maior (HAIR et al., 2009).

Considerando que a carga fatorial é a correlação da variável com o fator, um valor de 0,30 tem 10% de explicação enquanto uma carga fatorial de 0,50 tem 25% da variância explicada pelo fator. Então, para que o fator siga as recomendações de explicar pelo menos 50% da variância de uma determinada variável, sua carga fatorial deve ser de, no mínimo, 0,70 (HAIR et al., 2009).

Outro importante parâmetro a ser investigado na elaboração e validação de um instrumento consiste na precisão ou fidedignidade. Diversas denominações têm sido empregadas para este parâmetro. Alguns desses nomes indicam o próprio conceito, isto é, demonstram o que de fato representa para o teste como a precisão, a fidedignidade e a confiabilidade. Além disso, alguns nomes são resultado do tipo de técnica utilizada tanto na coleta empírica da informação quanto na técnica estatística empregada para a análise dos dados empíricos coletados. Dentre os quais destacam-se a estabilidade, equivalência, constância e consistência interna (PASQUALI, 2009).

A fidedignidade ou a precisão de um instrumento caracteriza-se pela capacidade que o mesmo possui de mensurar sem erros a precisão, a confiabilidade ou a fidedignidade. Trata-se da avaliação do grau de consistência entre múltiplas medidas de uma variável (HAIR et al., 2009; PASQUALI, 2009). Na prática, a precisão de um instrumento pode ser verificada por meio de duas técnicas estatísticas, a correlação e a análise da consistência interna (PASQUALI, 2009).

A técnica da correlação é empregada no caso do teste-reteste, em que resultados provenientes dos mesmos indivíduos expostos ao mesmo teste em duas ocasiões distintas, em tempos diferentes, são correlacionados. Supõe-se que o traço que o instrumento mensura permaneça constante nas diferentes ocasiões, ou seja, uma mensuração realizada a qualquer instante, com base nessa técnica, deve ser confiável (HAIR et al., 2009; PASQUALI, 1999, 2009).

Uma segunda medida de fidedignidade é a consistência interna, a qual pode ser verificada por diferentes técnicas estatísticas, que têm por finalidade demonstrar a homogeneidade da amostra dos itens do instrumento. A consistência interna avalia a correlação de cada item individualmente com o restante do instrumento (PASQUALI, 1999, 2003).

Embora existam diversos índices para avaliação da fidedignidade, duas técnicas estatísticas são mais amplamente utilizadas, a saber: a correlação simples

e as técnicas do coeficiente alfa. A primeira técnica é baseada em correlação e a segunda na variância (PASQUALI, 2003, 2009).

O alfa de Cronbach é a medida mais adotada, sendo que sua análise está relacionada positivamente com o número de itens do instrumento, uma vez que, quanto mais itens, mesmo com igual grau de intercorrelação, maior o valor da confiabilidade (HAIR et al., 2009).

Por fim, outro parâmetro a ser analisado no que diz respeito às propriedades psicométricas é a responsividade. A responsividade e a sensibilidade são semelhantes. Enquanto a sensibilidade possui como característica a capacidade de detectar diferenças entre indivíduos ou grupos de indivíduos, a responsividade está relacionada à habilidade de detectar mudanças (FAYERS; MACHIN, 2007).

Uma das formas de verificação de comprometimento da responsividade de um instrumento é a verificação de efeitos *floor* e *ceiling* (efeito teto-chão). Esses efeitos acontecem quando mais de 15% das respostas dos indivíduos aos itens estão concentradas no valor mínimo (0%) ou no máximo (100%) (FAYERS; MACHIN, 2007).

Todos os parâmetros apresentados constituem elementos fundamentais no processo de construção de um instrumento de medida e sua avaliação trará impactos na avaliação do construto que se deseja medir. Dessa forma, o rigor metodológico é fundamental para assegurar a validade e a confiabilidade neste tipo de estudo.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo e local do estudo

A presente pesquisa foi desenvolvida no AMIG, integrante no SEMIGO, localizado no HCFMRP-USP.

O HCFMRP-USP, que foi fundado em 1956, caracteriza-se como um hospital escola de nível terciário, que oferece atendimento por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvendo atividades de assistência, ensino e pesquisa. Está localizado na cidade de Ribeirão Preto, no interior do Estado de São Paulo, entretanto, por se tratar de uma hospital de referência, presta atendimento a usuários de outras cidades, estados e até mesmo de outros países.

O SEMIGO, por sua vez, foi instituído em 1991 e é referência no atendimento às mulheres com diagnóstico de Sífilis, HIV, lesões induzidas pelo HPV (condilomatose, NIC, NIV, NIVA), lesões genitais ulceradas, além de pacientes vítimas de violência sexual.

O referido serviço subdivide-se em Ambulatório de Moléstias Infecciosas em Ginecologia e Obstetrícia (AMIGO) e Ambulatório de Moléstias Infecciosas em Ginecologia (AMIG). Este último oferece atendimento a mulheres não-grávidas semanalmente, às terças-feiras no HCFMRP-USP das 07h30min às 13h30min. São agendadas aproximadamente 40 mulheres, com diferentes diagnósticos de doenças infecciosas em ginecologia, por semana.

A equipe multiprofissional, composta por médicos assistentes e residentes, equipe de enfermagem, assistente social e psicólogo, realiza atendimentos às mulheres por meio do seguimento clínico com base em protocolos assistenciais como, por exemplo, as diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2016).

4.2 Participantes do estudo

As participantes do estudo foram mulheres com lesões induzidas pelo HPV, que compareceram aos agendamentos médicos eletivos no período da coleta de dados, que ocorreu de 16 de janeiro de 2018 a 11 de junho de 2019.

Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- Idade superior a 18 anos;
- Possuir lesões induzidas pelo HPV (confirmado por meio das informações dos prontuários e com a equipe de saúde)

Por sua vez, os critérios de exclusão foram:

- Ter participado das etapas que compuseram a fase 1 do estudo (entrevistas em profundidade, validação semântica e pré-teste);
- Diagnóstico concomitante de infecção pelo HIV/aids, por se mostrar como fator de confusão devido à semântica similar à denominação HPV;
- Incapacidade de comunicação verbal (avaliada pela pesquisadora e confirmada com a equipe de saúde).

4.3 Amostra de dados do estudo

A amostra foi determinada seguindo as recomendações de Hair et al. (2009), (Tabela 1), segundo as quais considera-se 350 respondentes para um valor de 0,30 de carga fatorial significativa.

Tabela 1 – Diretrizes para identificação de cargas fatoriais significantes com base em tamanho de amostra

Carga Fatorial	Tamanho da amostra necessário para significância*
0,30	350
0,35	250
0,40	200
0,45	150
0,50	120
0,55	100
0,60	85
0,65	70
0,70	60
0,75	50

* Significância se baseia em um nível de significância (α) de 0,05

Fonte: Análise Multivariada de Dados, Hair et al. (2009, p. 120).

A partir dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra foi constituída por amostragem aleatória simples por conveniência, sendo as mulheres convidadas a participar do estudo antes da consulta médica previamente agendada.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no AMIG, no período de janeiro de 2018 a junho de 2019, e foi realizada pela própria pesquisadora e uma auxiliar de pesquisa devidamente treinada. A partir da ordem de chegada ao ambulatório, as mulheres eram chamadas pelas pesquisadoras e orientadas sobre realização da pesquisa.

A versão 4 da EQUALI-HPV foi aplicada em mulheres com lesões induzidas pelo HPV usuárias do AMIG, cujo diagnóstico foi confirmado por meio do acesso às informações dos prontuários das participantes e às informações fornecidas pela equipe de saúde.

Após o convite, as mulheres que aceitaram participar do estudo foram esclarecidas quanto aos benefícios e riscos da pesquisa, assinaram o TCLE (apêndice A) e responderam a dois instrumentos de coleta:

- 1- Formulário com informações sociodemográficas e clínicas, como: data de nascimento; escolaridade; profissão; uso de álcool; de tabaco; de drogas ilícitas; situação marital; número de parceiros nos últimos seis meses; diagnóstico; tratamento; além de dados do parceiro, como uso de tabaco, de álcool, de drogas ilícitas e IST prévias (Apêndice B);
- 2- A versão 4 da EQUALI-HPV (Apêndice C).

As entrevistas individuais eram realizadas a partir da aplicação dos instrumentos em sala reservada e tiveram duração média de 30 minutos.

4.5 Etapas da avaliação das propriedades psicométricas

É importante destacar que este estudo compreende a fase 2, que consiste na avaliação das propriedades psicométricas do instrumento construído (fase 1), conforme informa a **Figura 2** a seguir:

Figura 2 – Fluxograma de construção da EQUALI-HPV

Fonte: Elaborado pela autora.

A fase 2, nesse contexto específico, compreende a avaliação das propriedades psicométricas, baseando-se em:

- Alocação dos itens em domínios (Análise Fatorial Exploratória);
- Fidedignidade (Consistência Interna – Alfa de Cronbach);
- Efeito *floor* e *ceiling*;
- Validade de Construto (Convergente e Divergente).

4.5.1 Alocação dos itens em domínios

A AFE tem a finalidade de confirmar a estrutura do instrumento, isto é, quantos construtos são necessários para elucidar as covariâncias (intercorrelações) dos itens. Um número elevado de variáveis observadas são reduzidas em um número menor de variáveis hipotéticas (PASQUALI, 2003, 2012).

Antes de iniciar a AFE, foram realizados os testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de Esfericidade de Bartlett (AIC) a fim de se verificar se a amostra era adequada e passível de fatoração (PASQUALI, 2012).

O KMO ou índice de adequação da amostra aponta para a possibilidade da realização da AFE para o conjunto de dados (HAIR et al., 2009).

O AIC, por sua vez, é um teste utilizado para averiguar a hipótese de que a matriz de covariâncias é uma matriz identidade, e, portanto, todas as correlações que não estejam na diagonal devem ser iguais a 0, ou seja, nenhuma variável se correlaciona com a outra (HAIR et al., 2009).

Após os testes de KMO e AIC confirmarem que a matriz é passível de fatoração, é necessário proceder à extração dos fatores (PASQUALI, 2012).

O método de extração dos fatores adotado utilizado foi o Mínimos Quadrados Não Ponderados. Para a determinação do número de fatores a extrair, foram utilizados alguns critérios propostos por Hair et al. (2009), tais como: fatores com autovalores $> 1,00$; fatores suficientes para atender um bom percentual de variância explicada; fatores em que o teste *scree* possui quantias consideráveis de variância comum.

4.5.2 Avaliação da Fidedignidade

A fidedignidade foi verificada pela análise da consistência interna por meio do Alfa de Cronbach.

A análise da consistência interna de um instrumento expressa-se na correlação dos itens e avalia o quanto os itens colaboram para o instrumento. O coeficiente alfa varia de zero a um e quanto mais o valor for próximo de um, maior será a consistência, ou seja, maior será a confiabilidade do instrumento avaliado (CRONBACH, 1951).

4.5.3 Avaliação dos efeitos *floor* e *ceiling*

A verificação dos efeitos de *floor* e *ceiling* está diretamente relacionada à responsividade do instrumento. O efeito *floor* acontece quando a distribuição dos escores não é simétrica e a percentagem (15% ou mais) da população pontua nos níveis mais elevados do instrumento. Essa situação impede a verificação de alteração no estado de saúde em situações de melhora. O efeito *ceiling* ocorre quando a percentagem (15% ou mais) dos indivíduos pontua no nível mais baixo do instrumento, o que pode afetar a detecção de alterações em situações de agravamento da condição de saúde (BENNETT et al., 2002; FAYERS; MACHIN, 2007).

4.5.4 Validade de Construto

A validade de construto incluiu a realização da validade de construto convergente e divergente.

A modalidade convergente avalia o grau em que duas medidas do mesmo conceito se correlacionam. Correlações altas sugerem que a escala está mensurando seu conceito esperado (HAIR et al., 2009). Além disso, tem como objetivo verificar se um fator se correlaciona com todos os outros fatores que deveriam relacionar-se a ela. Espera-se que as medidas observadas sejam correlacionadas (FAYERS; MACHIN, 2007).

Por sua vez, a modalidade divergente determina o grau em que dois conceitos similares são diferentes. Esse tipo de validade também utiliza a correlação como teste, mas a correlação deve ser baixa, comprovando que o instrumento é suficientemente diferente do outro conceito semelhante (HAIR et al., 2009). De acordo com Fayers e Machin (2007), a validade divergente prediz que alguns fatores da escala sejam relativamente independentes e, portanto, suas correlações devem ser baixas.

Tanto a validade de construto convergente como a divergente foram averiguadas por meio da análise MTMM. Essa análise tem a capacidade de verificar a magnitude das correlações entre itens e domínios, limitando o foco às correlações item-escala, ou seja, correlacionando os itens com a sua própria escala (FAYERS; MACHIN, 2007).

A análise MTMM foi realizada por meio do Programa *Multitrait Analysis Program* (MAP). Esse programa tem a capacidade de alocar os itens da escala em seus respectivos fatores/dimensões, além de demonstrar a porcentagem de ajuste de cada item (HAYS et al., 1988).

4.6 Preparo e organização dos dados

Os dados provenientes da elaboração e codificação das variáveis foram duplamente digitados em planilha do programa *Microsoft® Office Excel for Windows* com a finalidade de diminuir eventuais erros de digitação.

Os itens destinados exclusivamente às mulheres com diagnóstico de condilomatose foram excluídos do modelo, uma vez que a amostra coletada foi composta por apenas 43 mulheres, inviabilizando assim a realização das análises (Quadro 1). Segundo Pasquali (2012), para a realização da AFE é necessário uma amostra de no mínimo 100 indivíduos.

Quadro 1 – Relação dos itens destinados exclusivamente às mulheres com diagnóstico de condilomatose, Ribeirão Preto-SP, 2016

Itens
76- Sinto-me menos atraente sexualmente após o surgimento das verrugas
77- Tenho dificuldades para andar devido a presença da(s) verruga(s)
78- Minhas roupas incomodam devido a presença da(s) verruga(s)
79- Tenho dificuldades para realização de higiene íntima após o surgimento das(s) verruga(s)
80- As verrugas me incomodam durante a relação sexual
81- Tenho medo que as verrugas não desapareçam
82- Acredito que as verrugas incomodam meu parceiro durante a relação sexual
83- Sinto-me envergonhada frente ao meu(s) parceiro(s) após o aparecimento das verrugas

Fonte: PEREIRA, 2016.

Em seguida, antes de iniciar a análise dos dados, os itens que tinham sentido negativo em relação à QV tiveram seus escores invertidos, sendo recodificados, considerando-se que quanto maior o escore melhor será a QV. Logo, os escores das respostas que eram crescentes passaram a ser decrescentes, conforme mostra o Quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Relação dos itens recodificados, Ribeirão Preto-SP, 2016

Itens
3- A infecção pelo HPV desenvolve a infecção pelo HIV/AIDS
7- Tenho falta de apetite após o diagnóstico de HPV
8- Tenho dificuldades para dormir após o diagnóstico de HPV
9- Tenho vergonha de dizer que sou portadora do HPV
10- Tenho sentimentos negativos, como ansiedade e/ou depressão devido ao HPV
11- Sinto medo de não me curar do HPV
12- Sinto medo que o HPV interfira na minha capacidade de ter filhos
15- Sinto-me isolada pelas outras pessoas devido ao diagnóstico de HPV
16- Sinto-me julgada por ter HPV
17- Sinto medo de morrer por consequência do diagnóstico de HPV
18- Sinto menos prazer nas relações sexuais após o diagnóstico de HPV
20- Deixo de estar com as pessoas que gosto em virtude do diagnóstico de HPV
21- A preocupação com o diagnóstico de HPV me desconcentra das atividades no trabalho (seja trabalho formal ou informal)
25- Sinto dor relacionada a infecção pelo HPV ao realizar atividades diárias
26- Sinto desconforto físico relacionado a infecção pelo HPV
27- Sinto coceira no ânus e/ou vagina relacionado a infecção pelo HPV
28- A infecção pelo HPV altera o meu modo de viver
37- Sinto-me desinteressada em manter um relacionamento afetivo após o diagnóstico de HPV
38- Deixo de realizar atividades de lazer/recreação (passeios, igreja, academia) devido ao diagnóstico de HPV
39- Sinto-me preocupada durante a relação sexual
40- Evito praticar relações sexuais devido ao meu diagnóstico de HPV
50- Sinto medo ao ser examinada pelo médico
51- Sinto medo ao ser examinada pela enfermeira
52- Sinto-me envergonhada quando sou examinada pelo médico
53- Sinto-me envergonhada quando sou examinada pela enfermeira
58- Sinto medo que meu parceiro rompa a relação afetiva devido ao meu diagnóstico de HPV
59- Sinto-me menos desejada por meu(s) parceiro(s) devido ao meu diagnóstico de HPV
60- Sinto-me preocupada com o risco de transmitir HPV ao(s) meu(s) parceiro(s)
61- Penso que fui enganada pelo(s) meu(s) parceiro(s) por ter adquirido HPV
62- Tenho sentimento de raiva pelo meu parceiro devido possibilidade de ele ter me transmitido HPV
65- Acredito que a infecção pelo vírus do HPV foi um castigo divino
67- Considero-me culpada por ter adquirido o vírus do HPV
68- Sinto-me desconfortável com a minha imagem
69- Meu cotidiano de trabalho passou por mudanças devido ao diagnóstico de HPV
70- O relacionamento com o(s) colega(s) de trabalho mudou após a descoberta do meu diagnóstico de HPV
71- O relacionamento com familiares mudou após a descoberta do meu diagnóstico de HPV
73- A frequência das minhas relações sexuais mudou após o diagnóstico de HPV
75- Sinto-me insegura na relação afetiva com meu parceiro após o diagnóstico de HPV

Fonte: PEREIRA, 2016.

Ao iniciar as análises, foi possível constatar que os itens relacionados ao conhecimento das mulheres em relação ao HPV interferiam negativamente na validação do instrumento. Diante dessa situação, realizou-se uma reunião entre a autora, a orientadora do estudo e uma estatística especialista em qualidade de vida que, após debaterem sobre o assunto, decidiram por retirar tais itens do modelo, visto que a aquisição de conhecimento implica uma medida indireta de qualidade de vida e não sugere que a mulher, ao possuir mais ou menos conhecimento, tenha uma melhor ou pior qualidade de vida.

Sendo assim, considerando as informações do Quadro 3, foram retirados os seguintes itens:

Quadro 3 – Relação dos itens relacionados ao conhecimento extraídos do modelo, Riberirão Preto-SP, 2016

Itens
01- O portador do HPV desenvolve câncer de colo do útero
02- As mulheres que tem HPV apresentam sintomas físicos como ardência, coceira, dor ou sangramentos
03- A infecção pelo HPV desenvolve a infecção pelo HIV/aids
04- Compreendo o que é a infecção pelo HPV
05- Conheço as formas de transmissão do HPV
06- O tempo entre a descoberta do diagnóstico de HPV e o início do tratamento influencia para um tratamento eficaz
34- O câncer de colo de útero é causado pelo HPV
35- O câncer de vagina é causado pelo HPV
36- A infecção pelo HPV é passageira
64- Considero que após o fim do tratamento estarei protegida contra o HPV por toda a vida
72- Considero importante a realização do exame de Papanicolau
74- O tempo entre o aparecimento dos sintomas até a procura por orientação médica influencia no tratamento

Fonte: PEREIRA, 2016.

Portanto, o modelo submetido às análises estatísticas foi composto por 63 itens, conforme demonstrado na figura 3:

Figura 3 – Número de itens submetidos às análises estatísticas após as exclusões

Fonte: Elaborado pela autora.

4.7 Análise dos dados

A análise dos dados foi estruturada de acordo com a caracterização das mulheres, alocação dos itens em domínios (AFE), fidedignidade, efeito *floor* e *ceiling* e validade de construto (validade de convergente e divergente):

- Caracterização das mulheres: para as variáveis sócio-demográficas e clínicas utilizou-se análise estatística descritiva (média, mediana e desvio padrão).
- Alocação dos itens em domínios:
 - *Análise Fatorial Exploratória*:
Pasquali (2012) propõe uma série de procedimentos que devem ser realizados, tais como:
 - Coleta de informações de maneira confiável.
 - Elaboração da matriz de covariância (matriz R).
 - Análise da matriz quanto a fatorabilidade (cálculo de KMO e AIC);
 - Valores de KMO: variam de zero a um e consideram a seguinte interpretação: abaixo de 0,50, inaceitável; de 0,50 – 0,60, ruim; de 0,60 – 0,70, medíocre; 0,70 – 0,80, mediano; 0,80 – 0,90, bom; 0,90 – 1,00, excelente (KAISER, 1974).

- Valores de AIC: estatisticamente significativa (sign. < 0,05) indicam que existem correlações suficientes entre as variáveis que possibilitam a realização da AFE (HAIR et al., 2009).
 - Extração inicial dos fatores. Foram excluídos do modelo os itens que tinham carga fatorial $\leq 0,30$ (PASQUALI, 2012; HAIR et al., 2009).
 - Rotação dos fatores para confirmação da estrutura do modelo.
 - Interpretação dos fatores.
- Fidedignidade: para essa avaliação foi realizada análise da consistência interna por meio do alfa de Cronbach. Sua amplitude varia de zero a um, sendo considerados pertinentes valores de 0,60 a 0,70 em pesquisas exploratórias (DEVELLIS, 1991; FREITAS; RODRIGUES, 2005).
- Efeito *floor* e *ceiling*: para a verificação desses efeitos, utilizou-se o percentual de 15%. Com base nessa consideração, se 15% ou mais das observações se concentrarem no extremo inferior (0%) e/ou superior (100%) há presença de efeito *floor* e/ou *ceiling* (FAYERS; MACHIN, 2007). Para essa medida, são calculados os valores de média, mediana, máximo, mínimo e desvio-padrão das respostas das participantes para cada item da escala.
- Validade de Construto Convergente e Divergente: para a realização desta etapa foram realizadas as seguintes análises:
 - Para a validade convergente, a análise das correlações entre os fatores realizou-se por meio do Coeficiente de Correlação de Pearson, considerando-se as seguintes interpretações: ausente ou muito fraca (0,00 – 0,19), fraca (0,20 – 0,39), moderada (0,40 – 0,59), forte (0,60 – 0,79) e muito forte (0,80 – 1,00) (SWINSCOW; CAMPBELL, 1997).
 - Na validade divergente verificou-se o número de vezes (a porcentagem) que a correlação linear entre um item e o fator ao qual ele faz parte é maior ou estatisticamente maior em relação à

correlação linear entre ele e o fator ao qual ele não faz parte (ajuste). Quanto mais próximo a 100% o ajuste estiver, melhor será a validade divergente (FAYERS; MACHIN, 2007).

Considera-se, assim:

- 2: quando o item e o fator que ele faz parte significativamente maior do que sua correlação linear com os fatores que ele não faz parte;
- 1: quando o item e o fator que ele faz parte é maior do que sua correlação linear com os fatores que ele não faz parte;
- -1: quando o item e o fator que ele faz parte é menor do que sua correlação linear com os fatores que ele não faz parte;
- -2: quando o item e o fator que ele faz parte é significativamente menor do que sua correlação linear com os fatores que ele não faz parte.

A caracterização das mulheres, a AFE, o alfa de Cronbach e o efeito *floor* e *ceiling* foram realizados pelo software IBM® *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 e, para a realização da análise MTMM, foi utilizado o MAP versão 2.0.

4.8 Aspectos éticos

Foi solicitada e obtida autorização para a realização da pesquisa junto à responsável pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia – FMRPUSP (Anexo A).

Em seguida, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE 38995114.0.0000.5393; nº parecer: 2.427.851). Foram respeitadas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo B).

Todas as participantes do AMIG frequentadoras do SEMIGO do HCFMRP-USP, receberam um TCLE informando os objetivos, benefícios e riscos da pesquisa (Apêndice A).

5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados de acordo com as características das mulheres com infecções causadas pelo HPV e das etapas do processo de descrição das propriedades psicométricas da EQUALI-HPV.

5.1 Caracterização das mulheres

A EQUALI-HPV foi aplicada em 351 (100%) mulheres com lesões induzidas pelo HPV: a maioria casada 162 (46,2%), com ensino médio completo 142 (40,5%) e mediana de idade de 36,9 (DP= 11,9), entre 18 anos e 79 anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das mulheres com lesões induzidas por HPV segundo as variáveis idade, escolaridade, cor da pele (auto referida) e renda familiar (n=351). Ribeirão Preto-SP, 2018-2019

Variáveis	F	%
Idade		
18 - 25	28	8,0
25 - 35	128	36,5
35 - 45	111	31,6
45 - 55	51	14,5
55 - 65	12	3,4
> 60	21	6,0
Escolaridade		
Analfabeta	04	1,1
Ensino Fundamental Incompleto	72	20,5
Ensino Fundamental Completo	56	16,0
Ensino Médio Incompleto	39	11,1
Ensino Médio Completo	142	40,5
Graduação Incompleto	23	6,6
Graduação Completo	07	2,0
Pós-graduação	08	2,3
Cor da pele (auto referida)		
Branca	183	52,1
Preta	31	8,8
Parda	136	38,7
Amarela	01	0,3
Situação marital		
Casada	162	46,2
Solteira	105	29,9
Amasiada	78	22,2
Viúva	06	1,7
Renda familiar*		
1 a 3 salários	300	85,5
4 a 6 salários	45	12,8
+ que 7 salários	06	1,7

* O valor do salário mínimo vigente no ano de 2018 foi de R\$ 954,00 e em 2019 de R\$ 998,00

Fonte: Elaborado pela autora

No que se refere aos hábitos de vida, a maioria das mulheres, isto é, 280 (79,8%) referiram ser tabagistas, 205 (58,4%) etilistas e apenas 08 (2,3%) afirmaram fazer uso de drogas ilícitas, sendo a maconha a droga de escolha de todas elas.

Dentre as participantes, 106 mulheres (30,2%) referiram ter alguma patologia pré-existente, sendo a mais prevalente a hipertensão 41 (38,7%) e o diabetes melitus tipo 2 (24,5%).

A menarca em 158 mulheres (45,0%) ocorreu antes dos 12 anos de idade e em 193 mulheres (55,0%) após os 12 anos de idade.

Quanto a coitarca, em 169 mulheres (48,1%) esta aconteceu antes dos 16 anos de idade, em 163 (46,4%) entre os 16 e os 20 anos de idade e para 19 mulheres (5,4%) após os 20 anos de idade.

Um total de 276 mulheres (78,6%) afirmaram ter filhos, sendo a média de dois filhos por mulher (DP= 1,95).

Quase a totalidade das entrevistadas 344 (98,0%) relataram ser heterossexuais, quatro (1,1%) homossexuais e três (0,9%) bissexuais. Das 351 mulheres, 288 (82,1%) disseram ter parceria sexual fixa e 63 (17,9%) parceria eventual.

Em relação ao número médio de parceiros na vida, a média foi de 4,97 (DP= 4,73) e a mediana de três (mínimo 03 – máximo 30) parceiros por mulher.

Um total de 251 mulheres (71,5%) afirmaram que não faziam uso de preservativos antes do diagnóstico de infecção por HPV, outras 77 (21,9%) relataram fazer uso irregular e 23 (6,6%) delas informaram que sempre fizeram o uso.

O principal método contraceptivo relatado, de uso das participantes, foi a pílula, utilizada por 105 (29,9%) delas, seguido do injetável 50 (14,2%), da laqueadura 41 (11,7%), do preservativo 28 (8,0%), do Dispositivo Intrauterino (DIU) 13 (3,7%), do implante subcutâneo 10 (2,8%) e apenas uma (0,3%) afirmou fazer uso da contracepção de emergência (pílula do dia seguinte). Além disso, 103 (29,3%) alegaram não utilizar métodos contraceptivos.

A grande maioria 337 (96,0%) das mulheres relatou que não foi vacinadas contra o HPV.

No que se refere ao conhecimento quanto à forma de transmissão do HPV, 236 (67,2%) mulheres relataram que as desconheciam e 115 (32,8%) indicaram a via sexual como a fonte de transmissão.

Um total de 33 mulheres (9,4%) alegou presença de pelo menos uma verruga do tipo condiloma.

Quanto aos exames de sorologia para HIV, todos foram negativos, para Hepatite B uma mulher (0,3%) teve resultado positivo, para Hepatite C três mulheres tiveram resultado positivo (0,9%) e para Sífilis houve um (0,3%) resultado positivo.

A realização e o resultado do exame de Papanicolau nos últimos doze meses das mulheres estão descritos na Tabela 3, a seguir:

Tabela 3 – Caracterização das mulheres com lesões induzidas por HPV segundo a realização e resultado do exame Papanicolau nos últimos doze meses (n=351). Ribeirão Preto-SP, 2020

Variáveis		f	%
Realização do exame Papanicolau nos últimos doze meses	Não	12	3,4
	Sim	339	96,6
Resultado do exame Papanicolau	Esfregaço eutrófico	105	29,9
	Esfregaço inflamatório	74	21,1
	NIC III	47	13,4
	NIC II	34	9,7
	Células atípicas de significado indeterminado	26	7,4
	Esfregaço com células escamosas, compatíveis com lesão intraepitelial	16	4,5
	NIC I	15	4,3
	Vaginose bacteriana	11	3,1
	Candidíase	04	1,1
	NIVA III	02	0,6
	Esfregaço insatisfatório	01	0,3
	Sem resultado	16	4,5

Fonte: Elaborado pela autora

Em relação aos diagnósticos atuais das participantes, observa-se que a maioria, 257 (73,2%), tinha Lesões Intraepiteliais Escamosas de Alto Grau (LIEAG), enquanto que apenas 88 (25,1%) apresentaram Lesões Intraepiteliais Escamosas de Baixo Grau (LIEAB). Esses diagnósticos atuais estão apresentados na Tabela 4:

Tabela 4 – Caracterização das mulheres com lesões induzidas por HPV segundo o atual diagnóstico (n=351). Ribeirão Preto-SP, 2018-2019

Variáveis	f	%
Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau – Cervical	257	73,2
NIC III*	178	50,7
NIC II	66	18,8
ASCH**	10	2,8
Adenocarcinoma	02	0,6
Carcinoma	01	0,3
Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau -Vulva e Vagina	6	1,7
NIV III***	04	1,1
NIVA II****	01	0,3
NIVA III	01	0,3
Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau	88	25,1
Condiloma	43	12,2
NIC I	35	10,0
Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado	07	2,0
NIVA I	03	0,9

*NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical; **ASCH: células escamosas atípicas que não permitem excluir uma lesão de alto grau; ***NIV: Neoplasia Intraepitelial Vulvar; ****NIVA: Neoplasia Intraepitelial Vaginal.

Fonte: Elaborado pela autora

O resultado do exame de PCR foi negativo em 178 amostras (50,7%), positivo em 128 (36,5%) e 45 prontuários (12,8%) estavam sem informação.

As informações referentes ao tratamento estão apresentadas na Tabela 5 abaixo. Destaca-se que para 282 mulheres (80,3%) o tratamento escolhido foi cirúrgico.

Tabela 5 – Distribuição das mulheres com lesões induzidas por HPV segundo o tratamento (n=351). Ribeirão Preto-SP, 2018-2019

Tratamento	F	%
Cirúrgico	282	80,3
Cirurgia de Alta Frequência (CAF)	239	68,1
Laser CO ₂	38	10,8
Cauterização	03	0,9
Conização a frio	02	0,6
Não cirúrgico	45	12,8
Aplicação de Ácido Tricloroacético	19	5,4
Conduta Expectante	26	7,4
Sem informação	23	6,6
Encaminhada a outro serviço	01	0,3

Fonte: Elaborado pela autora

5.2 Avaliação das propriedades psicométricas

Os resultados estão apresentados de acordo com as etapas realizadas.

5.2.1 Alocação dos itens em domínios

A confirmação do modelo estrutural da escala que trata da alocação dos itens em domínios foi realizada por meio da AFE. Para determinar a viabilidade de realização da AFE, foram realizados, *a priori*, os testes de KMO e AIC, obtendo-se os valores de, respectivamente, 0,829 e 0,000 (SPSS) (IBM CORP, 2011). Os valores dos testes de KMO e AIC indicaram ser possível a realização da AFE. Posteriormente a essa etapa de testes, procedeu-se à rotação segundo o método *Varimax*, sem número de fatores definidos.

A AFE demonstrou quais os valores de variância total explicada a depender do número de fatores, ou seja, o quanto o construto QV é explicado de acordo com o número de fatores (Tabela 6). Considera-se que pelo critério do autovalor $> 1,00$ seria possível extrair até 17 fatores do modelo.

Os resultados da distribuição dos percentuais de variância total explicada da primeira rotação estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 6 – Distribuição dos percentuais de variância total explicada segundo o número de fatores, Ribeirão Preto-SP, 2020

Fator	Variância total explicada								
	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	10,388	16,489	16,489	10,013	15,894	15,894	6,163	9,783	9,783
2	7,834	12,435	28,924	7,568	12,012	27,906	5,161	8,192	17,974
3	3,985	6,325	35,250	3,547	5,629	33,535	3,411	5,414	23,388
4	2,817	4,471	39,721	2,501	3,971	37,506	2,743	4,354	27,743
5	2,317	3,678	43,399	1,921	3,049	40,555	2,294	3,642	31,384
6	2,212	3,511	46,910	1,812	2,877	43,431	1,973	3,131	34,516
7	1,647	2,614	49,524	1,296	2,056	45,488	1,790	2,841	37,357
8	1,558	2,473	51,997	1,153	1,831	47,318	1,776	2,819	40,176
9	1,502	2,384	54,381	1,116	1,771	49,089	1,729	2,744	42,920
10	1,418	2,250	56,631	,982	1,559	50,648	1,554	2,466	45,386
11	1,341	2,128	58,759	,914	1,451	52,099	1,436	2,279	47,666
12	1,309	2,078	60,837	,885	1,405	53,504	1,406	2,232	49,898
13	1,229	1,950	62,787	,835	1,326	54,830	1,404	2,228	52,126
14	1,153	1,830	64,617	,661	1,049	55,879	1,385	2,199	54,324
15	1,096	1,740	66,357	,635	1,008	56,887	1,004	1,594	55,918
16	1,047	1,661	68,018	,598	,948	57,835	,971	1,542	57,460
17	1,004	1,594	69,612	,573	,910	58,745	,810	1,285	58,745
18	,986	1,565	71,177						
19	,947	1,504	72,681						
20	,895	1,420	74,101						
21	,866	1,375	75,476						
22	,818	1,299	76,775						
23	,764	1,213	77,988						
24	,727	1,153	79,141						
25	,700	1,112	80,253						
26	,674	1,071	81,323						
27	,652	1,034	82,357						
28	,623	,990	83,347						
29	,596	,946	84,293						

Continua

Conclusão

30	,570	,905	85,198
31	,545	,865	86,063
32	,525	,834	86,897
33	,489	,776	87,674
34	,459	,729	88,403
35	,448	,711	89,114
36	,434	,689	89,803
37	,424	,674	90,477
38	,414	,657	91,133
39	,402	,638	91,771
40	,390	,619	92,390
41	,371	,588	92,979
42	,350	,556	93,534

Método de Extração: Quadrados Mínimos não Ponderados.

Fonte: *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0.

Na Tabela 7, encontram-se os itens, bem como suas cargas fatoriais apresentadas na primeira rotação sem determinação de número de fatores.

Tabela 7 – Resultado da Análise Fatorial Exploratória com rotação dos eixos segundo o método Varimax e critério de autovalores maiores ou iguais a 1, Ribeirão Preto-SP, 2020

	Matriz dos fatores rotativa*																
	Fator																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
ITEM01	,934																
ITEM02	,915																
ITEM03	,911																
ITEM04	,890																
ITEM05	,877																
ITEM06	,871																
ITEM07	,474															,437	
ITEM08		,745															
ITEM09		,728															
ITEM10		,691															
ITEM11		,676															
ITEM12		,652															
ITEM13		,442					,390										
ITEM14		,438															
ITEM15		,407								,314							
ITEM16		,393															
ITEM17		,377															
ITEM18		,311															
ITEM19			,842														
ITEM20			,803														
ITEM21			,789														
ITEM22			,768														
ITEM23																	
ITEM24				,762													
ITEM25				,717													
ITEM26				,647													
ITEM27				,385						,372							
ITEM28				,358		,325											
ITEM29				,327													
ITEM30					,867												
ITEM31					,771												
ITEM32					,716												
ITEM33						,744											
ITEM34						,485											

Continua

*Método de Extração: Mínimos Quadrados não Ponderados. Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser. Rotação convergida em 18 iterações.

Fonte: *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0.

O número de fatores foi determinado considerando-se a porcentagem da variância explicada, os autovalores > 1 e testes com diferentes números de fatores, visando a melhor distribuição dos itens. O gráfico *scree* demonstra a localização espacial dos fatores com base em suas raízes latentes, sua ordem de extração e tendo todos eles autovalor maior que 1,00 (figura 4) (HAIR et al., 2009).

Figura 4 – Gráfico *scree* com os autovalores e número de fatores

Fonte: *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0.

Foi verificado a melhor distribuição dos itens, para isso o modelo foi rotacionado com sete fatores e com seis fatores.

Considerou-se que, nesse momento, pela distribuição dos itens, que a melhor estrutura do modelo era adequada com seis fatores, pois a partir de sete fatores os itens dispersariam-se excessivamente.

A Tabela 8 demonstra a rotação segundo o método *Varimax*, com seis fatores definidos, como se pode observar a seguir:

Tabela 8 – Resultado da Análise Fatorial Exploratória com rotação dos eixos com determinação de 6 fatores segundo o método Varimax, Ribeirão Preto-SP, 2020

	Matriz dos fatores rotativa*					
	Fator					
	1	2	3	4	5	6
ITEM01	0,697					
ITEM02	0,673					
ITEM03	0,655					
ITEM04	0,653					
ITEM05	0,648					
ITEM06	0,641			0,301		
ITEM07	0,600					
ITEM08	0,589					
ITEM09	0,573					
ITEM10	0,570					
ITEM11	0,519					
ITEM12	0,510					
ITEM13	0,500					
ITEM14	0,464					
ITEM15	0,444					
ITEM16	0,346				0,328	
ITEM17	0,305					
ITEM18		0,926				
ITEM19		0,912				
ITEM20		0,909				
ITEM21		0,887				
ITEM22		0,864				
ITEM23		0,852				
ITEM24		0,583				
ITEM25		0,575				
ITEM26		0,515				
ITEM27		0,461				
ITEM28		0,418				0,320
ITEM29		0,342				
ITEM30			0,828			
ITEM31			0,775			
ITEM32	0,326		0,747			
ITEM33	0,341		0,720			
ITEM34				0,609		

Continua

Conclusão

ITEM35		0,576	
ITEM36		0,564	
ITEM37		0,545	
ITEM38		-0,478	
ITEM39	0,368	0,430	
ITEM40		0,422	
ITEM41		-0,405	
ITEM42**			
ITEM43**			
ITEM44**			
ITEM45			0,593
ITEM46			0,524
ITEM47			0,503
ITEM48			0,472
ITEM49			0,452
ITEM50			0,431
ITEM51			0,424
ITEM52		0,305	0,414
ITEM53	0,321		0,403
ITEM54			-0,348
ITEM55			0,326
ITEM56			0,751
ITEM57			0,694
ITEM58			0,639
ITEM59			0,423
ITEM60			0,367
ITEM61			0,366
ITEM62**			
ITEM63**			

* Método de Extração: mínimos Quadrados não Ponderados. Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser. Rotação convergida em 9 iterações.

**Item excluído conforme o critério de exclusão carga fatorial $\leq 0,30$.

Fonte: *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0.

Os itens 42, 43, 44, 62 e 63, que tinham carga fatorial $\leq 0,30$, foram excluídos, baseando-se nas proposições de Pasquali (2012) e Hair et al. (2009), conforme Quadro 4 abaixo:

Quadro 4 – Descrição dos itens excluídos após a primeira análise. Ribeirão Preto-SP, 2020

Itens	
42	Faço uso de camisinha nas relações sexuais após a descoberta do diagnóstico de HPV
43	Compartilho o diagnóstico de HPV com algum(a) colega de trabalho
44	Sigo o tratamento conforme indicado pelo médico
62	Acredito que a infecção pelo vírus do HPV foi um castigo divino
63	Simpatias ou crendices populares podem contribuir para o meu tratamento

Fonte: Elaborado pela autora.

Os itens foram alocados em seus respectivos fatores, conforme os resultados apresentados pela matriz fatorial rotativa (Tabela 8). A partir do conteúdo dos itens que compuseram cada fator, que foram denominados da seguinte maneira:

- Fator 1 (17 itens): Reações e sentimentos perante o diagnóstico
- Fator 2 (12 itens): Informações pela Equipe de Saúde
- Fator 3 (04 itens): Reações ao exame clínico
- Fator 4 (08 itens): Relações sociais, familiares e de trabalho
- Fator 5 (11 itens): Enfrentamentos do “viver com HPV”
- Fator 6 (06 itens): Suporte Social

A distribuição dos 58 itens em seus respectivos fatores está apresentada no Quadro 5 abaixo:

Quadro 5 – Distribuição dos itens segundo seus fatores, Ribeirão Preto-SP, 2020

Fator	Itens
Fator 1	1- Tenho falta de apetite após o diagnóstico de HPV
	2- Tenho dificuldades para dormir após o diagnóstico de HPV
	3- Tenho sentimentos negativos, como ansiedade e/ou depressão devido ao HPV
	4- Sinto medo de não me curar do HPV
	5- Sinto-me julgada por ter HPV
	6- Sinto medo de morrer por consequência do diagnóstico de HPV
	7- Sinto menos prazer nas relações sexuais após o diagnóstico de HPV
	8- A preocupação com o diagnóstico de HPV me desconcentra das atividades no trabalho (seja trabalho formal ou informal)
	9- Sinto dor relacionada a infecção pelo HPV ao realizar atividades diárias
	10- Sinto desconforto físico relacionado a infecção pelo HPV
	11- Sinto coceira no ânus e/ou vagina relacionado a infecção pelo HPV
	12- A infecção pelo HPV altera o meu modo de viver
	13- Sinto-me desinteressada em manter um relacionamento afetivo após o diagnóstico de HPV
	14- Sinto-me preocupada durante a relação sexual
	15- Evito praticar relações sexuais devido ao meu diagnóstico de HPV
	16- A frequência das minhas relações sexuais mudou após o diagnóstico de HPV
	17- Recebo informações sobre o uso do preservativo nas relações sexuais após o diagnóstico de HPV
Fator 2	18- Recebo informações sobre os riscos de ser portadora e do agravamento do HPV
	19- Recebo informações do médico sobre meu diagnóstico
	20- Recebo informações do enfermeiro(a) sobre meu diagnóstico
	21- Recebo informações da equipe médica sobre meu diagnóstico
	22- Recebo informações do médico sobre meu tratamento
	23- Recebo informações do enfermeiro(a) sobre meu tratamento
	24- Recebo informações da equipe médica sobre meu tratamento
	25- Tenho abertura para esclarecer dúvidas com o médico que me atende
	26- Tenho abertura para esclarecer dúvidas com a equipe de enfermagem que me atende
	27- Esclareço as dúvidas que tenho quanto ao HPV com o médico que me atende
	28- Sinto-me satisfeita com meu tratamento médico
	29- Sinto-me acolhida pela equipe de saúde de me atende
Fator 3	30- Sinto medo ao ser examinada pelo médico
	31- Sinto medo ao ser examinada pela enfermeira
	32- Sinto-me envergonhada quando sou examinada pelo médico
	33- Sinto-me envergonhada quando sou examinada pela enfermeira
Fator 4	34- Sinto-me isolada pelas outras pessoas devido ao diagnóstico de HPV
	35- Deixo de estar com as pessoas que gosto em virtude do diagnóstico de HPV
	36- Sou atendida pelo(a) psicólogo(a)
	37- Sou atendida pelo(a) assistente social
	38- Deixo de realizar atividades de lazer/recreação (passeios, igreja, academia) devido ao diagnóstico de HPV
	39- Meu cotidiano de trabalho passou por mudanças devido ao diagnóstico de HPV
	40- O relacionamento com o(s) colega(s) de trabalho mudou após a descoberta do meu diagnóstico de HPV
	41- O relacionamento com familiares mudou após a descoberta do meu diagnóstico de HPV

Continua

Conclusão

Fator 5	42- Tenho vergonha de dizer que sou portadora do HPV
	43- Sinto medo que o HPV interfira na minha capacidade de ter filhos
	44- Falto ao trabalho em virtude do tratamento de HPV
	45- Sinto medo que meu parceiro rompa a relação afetiva devido ao meu diagnóstico de HPV
	46- Sinto-me menos desejada por meu(s) parceiro(s) devido ao meu diagnóstico de HPV
	47- Sinto-me preocupada com o risco de transmitir HPV ao(s) meu(s) parceiro(s)
	48- Penso que fui enganada pelo(s) meu(s) parceiro(s) por ter adquirido HPV
	49- Tenho sentimento de raiva pelo meu parceiro devido possibilidade de ele ter me transmitido HPV
	50- Considero-me culpada por ter adquirido o vírus do HPV
	51- Sinto-me desconfortável com a minha imagem
	52- Sinto-me insegura na relação afetiva com meu parceiro após o diagnóstico de HPV
Fator 6	53- Tenho apoio de meus familiares frente ao diagnóstico de HPV
	54- Recebo de meus amigos todo apoio que necessito frente ao diagnóstico de HPV
	55- Compartilho o diagnóstico de HPV com algum(a) membro da minha família
	56- Recebo de meu(s) parceiro(s) todo apoio que necessito frente ao diagnóstico de HPV
	57- Compartilho minhas dúvidas, anseios ou medos que sinto frente ao meu diagnóstico de HPV com o meu(s) parceiro(s)
	58- Compartilho informações sobre o diagnóstico de HPV com meu(s) parceiro(s)

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2.2 Fidedignidade

A fidedignidade da EQUALI-HPV foi aferida por meio da análise da consistência interna, utilizando-se o coeficiente alfa de Cronbach, obtendo-se 0,880. Os valores por fatores e itens encontram-se no Quadro 6:

Quadro 6 – Distribuição dos valores de Alfa de Cronbach por fatores e itens e da EQUALI-HPV (n=351), Ribeirão Preto-SP, 2020

Fator	Itens	Alfa de Cronbach se item for excluído
Fator 1 0,903	1- Tenho falta de apetite após o diagnóstico de HPV	0,889
	2- Tenho dificuldades para dormir após o diagnóstico de HPV	0,889
	3- Tenho sentimentos negativos, como ansiedade e/ou depressão devido ao HPV	0,895
	4- Sinto medo de não me curar do HPV	0,898
	5- Sinto-me julgada por ter HPV	0,902
	6- Sinto medo de morrer por consequência do diagnóstico de HPV	0,897
	7- Sinto menos prazer nas relações sexuais após o diagnóstico de HPV	0,893
	8- A preocupação com o diagnóstico de HPV me desconcentra das atividades no trabalho (seja trabalho formal ou informal)	0,899
	9- Sinto dor relacionada a infecção pelo HPV ao realizar atividades diárias	0,897
	10- Sinto desconforto físico relacionado a infecção pelo HPV	0,898
	11- Sinto coceira no ânus e/ou vagina relacionado a infecção pelo HPV	0,898
	12- A infecção pelo HPV altera o meu modo de viver	0,899
	13- Sinto-me desinteressada em manter um relacionamento afetivo após o diagnóstico de HPV	0,894
	14- Sinto-me preocupada durante a relação sexual	0,893
	15- Evito praticar relações sexuais devido ao meu diagnóstico de HPV	0,893
	16- A frequência das minhas relações sexuais mudou após o diagnóstico de HPV	0,894
	17- Recebo informações sobre o uso do preservativo nas relações sexuais após o diagnóstico de HPV	0,903
Fator 2: 0,924	18- Recebo informações sobre os riscos de ser portadora e do agravamento do HPV	0,926
	19- Recebo informações do médico sobre meu diagnóstico	0,911
	20- Recebo informações do enfermeiro(a) sobre meu diagnóstico	0,912
	21- Recebo informações da equipe médica sobre meu diagnóstico	0,909
	22- Recebo informações do médico sobre meu tratamento	0,910
	23- Recebo informações do enfermeiro(a) sobre meu tratamento	0,912
	24- Recebo informações da equipe médica sobre meu tratamento	0,910
	25- Tenho abertura para esclarecer dúvidas com o médico que me atende	0,921
	26- Tenho abertura para esclarecer dúvidas com a equipe de enfermagem que me atende	0,921
	27- Esclareço as dúvidas que tenho quanto ao HPV com o médico que me atende	0,927
	28- Sinto-me satisfeita com meu tratamento médico	0,926
	29- Sinto-me acolhida pela equipe de saúde de me atende	0,929
Fator 3: 0,904	30- Sinto medo ao ser examinada pelo médico	0,889
	31- Sinto medo ao ser examinada pela enfermeira	0,869
	32- Sinto-me envergonhada quando sou examinada pelo médico	0,869
	33- Sinto-me envergonhada quando sou examinada pela enfermeira	0,877

Continua

		Conclusão
Fator 4: 0,776	34- Sinto-me isolada pelas outras pessoas devido ao diagnóstico de HPV	0,785
	35- Deixo de estar com as pessoas que gosto em virtude do diagnóstico de HPV	0,743
	36- Sou atendida pelo(a) psicólogo(a)	0,637
	37- Sou atendida pelo(a) assistente social	0,669
	38- Deixo de realizar atividades de lazer/recreação (passeios, igreja, academia) devido ao diagnóstico de HPV	0,748
	39- Meu cotidiano de trabalho passou por mudanças devido ao diagnóstico de HPV	0,725
	40- O relacionamento com o(s) colega(s) de trabalho mudou após a descoberta do meu diagnóstico de HPV	0,740
	41- O relacionamento com familiares mudou após a descoberta do meu diagnóstico de HPV	0,716
Fator 5: 0,772	42- Tenho vergonha de dizer que sou portadora do HPV	0,761
	43- Sinto medo que o HPV interfira na minha capacidade de ter filhos	0,768
	44- Falto ao trabalho em virtude do tratamento de HPV	0,773
	45- Sinto medo que meu parceiro rompa a relação afetiva devido ao meu diagnóstico de HPV	0,746
	46- Sinto-me menos desejada por meu(s) parceiro(s) devido ao meu diagnóstico de HPV	0,759
	47- Sinto-me preocupada com o risco de transmitir HPV ao(s) meu(s) parceiro(s)	0,761
	48- Penso que fui enganada pelo(s) meu(s) parceiro(s) por ter adquirido HPV	0,746
	49- Tenho sentimento de raiva pelo meu parceiro devido possibilidade de ele ter me transmitido HPV	0,746
	50- Considero-me culpada por ter adquirido o vírus do HPV	0,751
	51- Sinto-me desconfortável com a minha imagem	0,752
	52- Sinto-me insegura na relação afetiva com meu parceiro após o diagnóstico de HPV	0,740
Fator 6: 0,764	53- Tenho apoio de meus familiares frente ao diagnóstico de HPV	0,735
	54- Recebo de meus amigos todo apoio que necessito frente ao diagnóstico de HPV	0,766
	55- Compartilho o diagnóstico de HPV com algum(a) membro da minha família	0,752
	56- Recebo de meu(s) parceiro(s) todo apoio que necessito frente ao diagnóstico de HPV	0,711
	57- Compartilho minhas dúvidas, anseios ou medos que sinto frente ao meu diagnóstico de HPV com o meu(s) parceiro(s)	0,695
	58- Compartilho informações sobre o diagnóstico de HPV com meu(s) parceiro(s)	0,712

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao proceder à análise da consistência interna por meio do alfa de Cronbach, verificou-se que os itens 17, 36, 37 e 44 comprometiam consideravelmente os valores da confiabilidade de seus fatores e, portanto, optou-se por excluí-los. O valor

do alfa de Cronbach geral da EQUALI-HPV após a exclusão dos respectivos itens foi de 0,883 e os valores por fatores e itens foram expostos no Quadro 7, a seguir:

Quadro 7 – Distribuição dos valores de Alfa de Cronbach por fatores e itens e da EQUALI-HPV (n=351) após a exclusão dos itens 23, 31, 32 e 33, Ribeirão Preto-SP, 2020

Fator	Itens	Alfa de Cronbach se item for excluído
Fator 1 0,903	1- Tenho falta de apetite após o diagnóstico de HPV	0,889
	2- Tenho dificuldades para dormir após o diagnóstico de HPV	0,889
	3- Tenho sentimentos negativos, como ansiedade e/ou depressão devido ao HPV	0,895
	4- Sinto medo de não me curar do HPV	0,898
	5- Sinto-me julgada por ter HPV	0,902
	6- Sinto medo de morrer por consequência do diagnóstico de HPV	0,897
	7- Sinto menos prazer nas relações sexuais após o diagnóstico de HPV	0,893
	8- A preocupação com o diagnóstico de HPV me desconcentra das atividades no trabalho (seja trabalho formal ou informal)	0,899
	9- Sinto dor relacionada a infecção pelo HPV ao realizar atividades diárias	0,897
	10- Sinto desconforto físico relacionado a infecção pelo HPV	0,898
	11- Sinto coceira no ânus e/ou vagina relacionado a infecção pelo HPV	0,898
	12- A infecção pelo HPV altera o meu modo de viver	0,899
	13- Sinto-me desinteressada em manter um relacionamento afetivo após o diagnóstico de HPV	0,894
	14- Sinto-me preocupada durante a relação sexual	0,893
	15- Evito praticar relações sexuais devido ao meu diagnóstico de HPV	0,893
	16- A frequência das minhas relações sexuais mudou após o diagnóstico de HPV	0,894
Fator 2: 0,924	17- Recebo informações sobre os riscos de ser portadora e do agravamento do HPV	0,926
	18- Recebo informações do médico sobre meu diagnóstico	0,911
	19- Recebo informações do enfermeiro(a) sobre meu diagnóstico	0,912
	20- Recebo informações da equipe médica sobre meu diagnóstico	0,909
	21- Recebo informações do médico sobre meu tratamento	0,910
	22- Recebo informações do enfermeiro(a) sobre meu tratamento	0,912
	23- Recebo informações da equipe médica sobre meu tratamento	0,910
	24- Tenho abertura para esclarecer dúvidas com o médico que me atende	0,921
	25- Tenho abertura para esclarecer dúvidas com a equipe de enfermagem que me atende	0,921
	26- Esclareço as dúvidas que tenho quanto ao HPV com o médico que me atende	0,927
	27- Sinto-me satisfeita com meu tratamento médico	0,926
	28- Sinto-me acolhida pela equipe de saúde de me atende	0,929
Fator 3: 0,904	29- Sinto medo ao ser examinada pelo médico	0,889
	30- Sinto medo ao ser examinada pela enfermeira	0,869
	31- Sinto-me envergonhada quando sou examinada pelo médico	0,869
	32- Sinto-me envergonhada quando sou examinada pela enfermeira	0,877

Continua

Conclusão

Fator 4: 0,776	33- Sinto-me isolada pelas outras pessoas devido ao diagnóstico de HPV	0,785
	34- Deixo de estar com as pessoas que gosto em virtude do diagnóstico de HPV	0,743
	35- Deixo de realizar atividades de lazer/recreação (passeios, igreja, academia) devido ao diagnóstico de HPV	0,748
	36- Meu cotidiano de trabalho passou por mudanças devido ao diagnóstico de HPV	0,725
	37- O relacionamento com o(s) colega(s) de trabalho mudou após a descoberta do meu diagnóstico de HPV	0,740
	38- O relacionamento com familiares mudou após a descoberta do meu diagnóstico de HPV	0,716
Fator 5: 0,772	39- Tenho vergonha de dizer que sou portadora do HPV	0,761
	40- Sinto medo que o HPV interfira na minha capacidade de ter filhos	0,768
	41- Sinto medo que meu parceiro rompa a relação afetiva devido ao meu diagnóstico de HPV	0,746
	42- Sinto-me menos desejada por meu(s) parceiro(s) devido ao meu diagnóstico de HPV	0,759
	43- Sinto-me preocupada com o risco de transmitir HPV ao(s) meu(s) parceiro(s)	0,761
	44- Penso que fui enganada pelo(s) meu(s) parceiro(s) por ter adquirido HPV	0,746
	45- Tenho sentimento de raiva pelo meu parceiro devido possibilidade de ele ter me transmitido HPV	0,746
	46- Considero-me culpada por ter adquirido o vírus do HPV	0,751
	47- Sinto-me desconfortável com a minha imagem	0,752
	48- Sinto-me insegura na relação afetiva com meu parceiro após o diagnóstico de HPV	0,740
Fator 6: 0,764	49- Tenho apoio de meus familiares frente ao diagnóstico de HPV	0,735
	50- Recebo de meus amigos todo apoio que necessito frente ao diagnóstico de HPV	0,766
	51- Compartilho o diagnóstico de HPV com algum(a) membro da minha família	0,752
	52- Recebo de meu(s) parceiro(s) todo apoio que necessito frente ao diagnóstico de HPV	0,711
	53- Compartilho minhas dúvidas, anseios ou medos que sinto frente ao meu diagnóstico de HPV com o meu(s) parceiro(s)	0,695
	54- Compartilho informações sobre o diagnóstico de HPV com meu(s) parceiro(s)	0,712

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2.3 Variância explicada

Após a definição dos fatores e a exclusão dos itens, foi realizada uma nova AFE com o objetivo de verificar a variância explicada deste modelo, obtendo-se o valor de 51,9%, conforme demonstra a Tabela 9:

Tabela 9 – Distribuição dos percentuais de variância total explicada segundo o número de fatores após a exclusão dos itens, Ribeirão Preto-SP, 2020

Fator	Variância total explicada					
	Autovalores iniciais			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	10,188	18,867	18,867	6,669	12,350	12,350
2	7,660	14,186	33,053	6,433	11,913	24,263
3	3,278	6,071	39,124	3,383	6,265	30,529
4	2,709	5,017	44,141	3,097	5,734	36,263
5	2,217	4,105	48,246	2,959	5,479	41,743
6	1,966	3,641	51,887	2,561	4,743	46,485
7	1,520	2,816	54,703			
8	1,437	2,662	57,365			
9	1,412	2,615	59,980			
10	1,278	2,366	62,346			
11	1,208	2,237	64,583			
12	1,175	2,176	66,759			
13	1,055	1,954	68,713			
14	,969	1,795	70,508			
15	,931	1,723	72,232			
16	,860	1,592	73,824			
17	,830	1,538	75,361			
18	,768	1,423	76,784			
19	,741	1,373	78,157			
20	,696	1,289	79,445			
21	,669	1,238	80,683			
22	,639	1,184	81,867			
23	,621	1,151	83,018			
24	,600	1,112	84,129			
25	,565	1,045	85,175			
26	,508	,940	86,115			
27	,487	,901	87,017			
28	,480	,889	87,905			
29	,466	,863	88,769			
30	,442	,819	89,587			
31	,434	,804	90,391			
32	,404	,748	91,139			
33	,381	,705	91,844			
34	,367	,679	92,523			
35	,358	,663	93,186			
36	,346	,641	93,827			
37	,329	,610	94,436			
38	,325	,602	95,038			
39	,295	,546	95,584			
40	,289	,535	96,119			
41	,281	,520	96,638			
42	,255	,473	97,111			
43	,240	,444	97,555			
44	,220	,408	97,964			
45	,201	,373	98,337			
46	,181	,334	98,671			

Método de Extração: Quadrados Mínimos não Ponderados.

Fonte: Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.0.

5.2.4 Efeito *floor* e *ceiling*

Neta etapa foi realizada a descrição da distribuição das respostas das participantes à EQUALI-HPV, com a finalidade de obter os valores de média, mediana, desvio-padrão, mínimo, máximos, *floor* e *ceiling* que foram considerados presentes quando mais que 15% das mulheres optaram pelo menor ou maior escore possível do instrumento.

A Tabela 10 destaca que apenas o fator 3 apresentou efeito *floor* e *ceiling* e o fator 4 apresentou efeito *ceiling*.

Tabela 10 – Distribuição das respostas das participantes à EQUALI-HPV segundo média, mediana, desvio-padrão, mínimo, máximos e *floor* e *ceiling* por fatores, Ribeirão Preto-SP, 2020

Fator	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Floor	Ceiling
1	58,81	60,00	13,68	20,00	80,00	,0%	,9%
2	42,61	48,00	13,06	12,00	60,00	,3%	9,4%
3	13,58	16,00	5,53	4,00	20,00	16,5%	17,4%
4	28,24	20,00	2,91	10,00	30,00	,0%	51,6%
5	38,41	37,00	7,77	13,00	50,00	,0%	2,9%
6	18,81	24,00	6,29	6,00	30,00	1,8%	6,5%

Fonte: Multitraid Analysis Program versão 2.0.

5.2.5 Validade de construto convergente e divergente

A validade de construto da EQUALI-HPV foi verificada mediante a realização das validades convergente e divergente por meio da análise MTMM com o auxílio do MAP versão 2.0. Para a validade convergente, utilizou-se o coeficiente de Pearson, em função da verificação da correlação de cada item com seu respectivo fator.

Os resultados da análise de validade de construto convergente estão descritos na Tabela 11 que dispõe sobre a distribuição dos valores de Coeficiente de Correlação de Pearson entre os itens e fatores. Foi possível verificar que a maioria dos itens do instrumento (94,4%) apresentou valores de Coeficiente de Correlação de Pearson superiores a 0,40, sendo que apenas os itens 55, 12 e 14 tiveram correlações consideradas fracas.

Tabela 11 – Validade de construto convergente – distribuição dos valores de Coeficiente de Correlação de Pearson entre os itens e fatores da EQUALI-HPV, segundo a análise Multitraço-Multimétodo, Ribeirão Preto-SP, 2020

Item	Reações e sentimentos perante o diagnóstico	Informações pela equipe de saúde	Reações ao exame clínico	Fatores Relações sociais, familiares e de trabalho	Enfrentamentos do “viver com HPV”	Suporte Social	Total
07	0.50*	-0.09	0.19	0.21	0.16	-0.06	0.29*
08	0.49*	-0.08	0.36	0.21	0.28	-0.08	0.35*
10	0.62*	-0.15	0.35	0.10	0.40	-0.08	0.40*
11	0.55*	-0.14	0.38	0.11	0.42	-0.07	0.38*
16	0.42*	-0.10	0.22	0.34	0.41	0.00	0.35*
17	0.59*	-0.04	0.37	0.22	0.32	0.06	0.46*
18	0.68*	-0.08	0.32	0.21	0.40	0.00	0.48*
21	0.50*	-0.04	0.24	0.38	0.41	0.00	0.42*
25	0.56*	-0.04	0.26	0.31	0.25	0.02	0.41*
26	0.56*	-0.03	0.23	0.34	0.26	0.01	0.41*
27	0.56*	-0.14	0.24	0.14	0.24	-0.07	0.31*
28	0.51*	0.00	0.22	0.42	0.36	0.09	0.45*
37	0.65*	-0.21	0.42	0.22	0.43	0.05	0.45*
39	0.70*	-0.16	0.32	0.18	0.45	-0.01	0.46*
40	0.67*	-0.15	0.45	0.17	0.30	-0.01	0.43*
73	0.66*	-0.19	0.28	0.20	0.40	0.01	0.41*
30	-0.24	0.52*	-0.06	0.10	-0.08	0.31	0.16*
41	-0.19	0.85*	-0.11	0.13	-0.09	0.29	0.30*
42	-0.22	0.81*	-0.09	0.09	-0.08	0.28	0.27*
43	-0.20	0.87*	-0.12	0.15	-0.05	0.28	0.32*
44	-0.18	0.86*	-0.07	0.15	-0.10	0.30	0.32*
45	-0.24	0.82*	-0.13	0.09	-0.11	0.27	0.24*
46	-0.21	0.87*	-0.11	0.12	-0.07	0.29	0.30*
47	-0.03	0.62*	-0.01	0.20	-0.02	0.28	0.34*
48	-0.15	0.62*	-0.05	0.15	-0.02	0.25	0.26*
49	0.20	0.46*	0.25	0.21	0.07	0.21	0.45*
54	-0.06	0.48*	-0.13	0.19	0.08	0.33	0.28*

Continua

Conclusão

55	0.12	0.37*	-0.04	0.14	0.10	0.24	0.32*
50	0.40	-0.10	0.74*	0.14	0.29	0.00	0.36*
51	0.41	-0.09	0.81*	0.16	0.27	0.04	0.39*
52	0.45	-0.03	0.80*	0.07	0.24	0.11	0.43*
53	0.45	-0.05	0.78*	0.09	0.23	0.11	0.42*
15	0.18	0.16	0.09	0.40*	0.27	0.18	0.33*
20	0.20	0.09	0.03	0.49*	0.31	0.12	0.31*
69	0.36	0.05	0.19	0.56*	0.39	0.10	0.42*
70	0.16	0.18	0.05	0.55*	0.25	0.26	0.35*
71	0.14	0.18	0.00	0.64*	0.24	0.25	0.33*
38	0.37	0.13	0.16	0.46*	0.21	0.07	0.39*
09	0.43	-0.13	0.27	0.12	0.40*	0.09	0.34*
12	0.11	0.02	-0.05	0.26	0.33*	-0.02	0.16*
58	0.29	0.03	0.17	0.32	0.50*	0.11	0.38*
59	0.39	0.00	0.29	0.33	0.41*	0.12	0.42*
60	0.37	-0.16	0.18	0.04	0.41*	-0.11	0.23*
61	0.35	-0.13	0.26	0.18	0.49*	0.04	0.32*
62	0.37	-0.05	0.29	0.21	0.49*	0.16	0.41*
67	0.17	0.01	-0.03	0.24	0.47*	0.07	0.25*
68	0.30	0.13	0.11	0.44	0.46*	0.12	0.43*
75	0.36	0.11	0.21	0.42	0.55*	0.21	0.51*
13	0.01	0.31	-0.07	0.23	0.01	0.47*	0.26*
14	0.07	0.15	0.04	0.08	0.01	0.36*	0.20*
22	-0.15	0.30	0.00	0.14	0.11	0.41*	0.20*
56	0.12	0.20	0.15	0.21	0.15	0.59*	0.36*
57	0.00	0.25	0.09	0.19	0.17	0.63*	0.33*
63	-0.11	0.31	0.08	0.10	0.06	0.57*	0.24*

Fonte: Multitraid Analysis Program versão 2.0.

A tabela 12 apresenta os resultados da validade divergente, que trata dos valores dos ajustes por domínios, os quais demonstram que os domínios do instrumento apresentam ajuste de 100%, com exceção do domínio 5 que foi de 98,0%.

Tabela 12 – Validade de construto divergente – resultado da análise MAP para os escores da EQUALI-HPV, Ribeirão Preto-SP, 2020

EQUER 11.1 V, Ribeirão Preto SP, 2020														
	Fatores												Total	
	Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4		Fator 5		Fator 6			
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
-2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
-1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,0	0	0	1	0,4
1	4	5	0	0	0	0	1	3,3	5	10,0	1	3,3	11	4,1
2	76	95	60	100	20	100	29	96,7	44	88,0	29	96,7	258	95,6
Ajuste	80	100	60	100	20	100	30	100	49	98,0	30	100	269	99,6

Fonte: Multitraid Analysis Program versão 2.0.

6 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou as propriedades psicométricas entre mulheres com infecção pelo HPV. Em relação à amostra, vale destacar algumas características que, quando associadas à infecção pelo HPV, favorecem o processo de oncogênese. Dentre elas, ressaltam-se as baixas condições socioeconômicas, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, uso de contraceptivos orais, comportamento sexual, início prematuro da vida sexual, grande número de parceiros sexuais, ampla recorrência de gestações e a imunossupressão. Interferindo nesse processo, a idade também é evidenciada, uma vez que a maioria das infecções por HPV tem regressão em mulheres com menos de 30 anos, ao passo que acima dessa faixa etária a persistência é mais frequente (AYRES et al., 2017; INCA, 2020; OLIVEIRA et al., 2013; SILVA et al., 2005).

Com relação à idade das mulheres envolvidas neste estudo, a mediana foi de 36,9 anos (DP= 11,9), sendo que características similares foram identificadas em um estudo de validação de instrumento para mensurar a QV em pacientes com verrugas genitais, em que a mediana foi de 32,5 anos (VILATA et al., 2008).

No que diz respeito à característica autorreferida pelas mulheres de cor da pele, apenas 31 (8,8%) se autodeclararam pretas. Esse dado corrobora o estudo de Risley et al. (2020) que, ao investigar resultados de citologia de 43.106 mulheres, identificou que é menos provável que negros sejam positivos para o HPV-16 em comparação com brancos.

A renda familiar informada por 300 mulheres (85,5%) foi de um a três salários mínimos. Essa informação vai de encontro aos valores informados pelo IBGE dos rendimentos domiciliares per capita, que estimou uma renda de 1.438,67 reais por família em território nacional no ano de 2019 (IBGE, 2020).

Um dado alarmante, aferido nesta pesquisa, diz respeito ao fato de que a maioria das mulheres, 280 (79,8%), referiu ser tabagista. Um estudo de coorte, envolvendo 1.976 mulheres norte-americanas, avaliou que existe redução de anticorpos ao HPV do tipo 16 e demonstrou que o tabagismo atua como fator de risco no início da história natural do HPV, aumentando inclusive o risco de uma infecção subsequente ao reduzir a imunidade (ELDRIDGE et al., 2017). Destaca-se ainda que 205 mulheres (58,4%) afirmaram ser etilistas. Uma pesquisa coreana, com 9.846 mulheres, afirmou que o tabagismo, mesmo que passivo, quando

associado ao consumo de álcool, pode provocar a persistência de infecções causadas por HPV de alto risco (SEO et al., 2019).

Em relação ao método contraceptivo, a principal escolha relatada pelas participantes foi a pílula, utilizada por 105 mulheres (29,9%). Uma revisão sistemática envolvendo 7.196 estudos demonstrou que, de fato, o uso de contraceptivos orais por 08 anos ou mais em mulheres com infecção por HPV provocou um aumento estatisticamente significativo do risco de câncer do colo do útero e de mortes por essa razão, em comparação com mulheres que nunca fizeram o uso desse tipo de medicamento (GIERISCH et al., 2013).

Referente ao comportamento sexual das participantes, no que diz respeito à coitarca, 332 mulheres (94,5%) relataram que essa aconteceu antes dos 20 anos de idade e, no que cerne ao número de parceiros na vida, a média foi de cinco parceiros por mulher (DP= 4,73) e a mediana de três (mínimo 03 – máximo 30) parceiros por mulher. Tal situação dispara um sinal de alerta, uma vez que o estudo tailandês de Yuwadee et al. (2019) evidenciou que mulheres que se envolveram em relações sexuais precoces, antes dos 19 anos, tenderam a ter um risco maior de HPV 16 (OR 1,74; IC 95% 0,93-3,29), sendo que aquelas que tiveram múltiplas relações sexuais, mais de três parceiros na vida, apresentaram um risco significativamente maior de HPV 18 (OR 4,58; IC 95% 1,44-14,58).

Um total de 276 mulheres (78,6%) afirmou ter filhos, sendo a média de dois filhos por mulher (DP= 1,95). Resultado semelhante foi apresentado em um estudo em que a média de filhos foi de 2,1 ($\pm$ 2,0 partos), evidenciando-se uma associação significativa na variável paridade ($p=0,02$), o que indica que o alto número de filhos aumenta a chance de a mulher contrair o HPV (CAPOBIANGO; FILHO; NUNES, 2009).

Em relação às variáveis clínicas, no que diz respeito ao exame Papanicolau, 339 (96,6%) fizeram nos últimos doze meses. De acordo com a OMS (2002), com a realização de no mínimo 80% de exame Papanicolau da população-alvo e a garantia de tratamento adequado dos casos alterados, é possível reduzir, aproximadamente, de 60% a 90% a incidência do câncer cervical invasivo.

Em relação ao diagnóstico, a maioria das mulheres, 315 (75%), apresentou LIEAG e apenas 105 mulheres (25%) tinham LIEAB. Resultado similar foi observado em um estudo americano, que desenvolveu um instrumento para determinar o

impacto psicossocial da infecção pelo HPV e as intervenções relacionadas (MAST et al., 2009).

O tratamento de escolha para 282 mulheres (80,3%) foi o cirúrgico; destes, 239 (68,1%) foram CAF. Tal situação provavelmente está relacionada ao fato de que 315 mulheres (75%) apresentavam LIEAG e, de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, na presença de achados anormais maiores, junção escamocolumnar visível, lesão localizada somente no colo e ausência de suspeita de invasão ou doença glandular, deverá ser empregado o “Ver e Tratar”, ou seja, deve-se proceder à excisão da zona de transformação (BRASIL, 2016).

Ainda com relação ao tipo de tratamento, é válido salientar a importância do fornecimento de informações adequadas tanto para o tratamento cirúrgico como para o não-cirúrgico. Em um estudo de coorte observacional realizado com mulheres diagnosticadas com lesões pré-malignas associadas ao HPV, foi possível verificar que o medo da progressão, do sofrimento psicossocial e da atividade sexual em mulheres com lesões genitais pré-malignas e pré-cancerosas associadas ao HPV parecem ser independentes do tipo de tratamento. No entanto, é imprescindível o provimento de informações adequadas a essa clientela para minimizar esses efeitos (NAGELE et al., 2019).

Um total de 251 mulheres (71,5%) afirmou que não faziam uso de preservativos antes do diagnóstico de infecção por HPV. Calcula-se que o uso da camisinha previne de 70% a 80% a transmissão do HPV, uma vez que as lesões podem estar presentes em áreas não protegidas pela camisinha como a vulva, região pubiana, perineal ou bolsa escrotal. Soma-se a isso o fato de o uso do preservativo ser apontado como uma das medidas de prevenção mais importantes (BRASIL, 2017).

Em relação à vacinação, a grande maioria 382 (91,0%) das mulheres não foi vacinada contra o HPV. Isso provavelmente está relacionado ao fato de que a imunização gratuita contra o HPV no Brasil teve início no ano de 2014, a partir do critério da idade, de acordo com o Programa Nacional de Imunização, de modo que muitas dessas mulheres não eram elegíveis considerando-se o critério etário estabelecido (BRASIL, 2014).

No que se refere ao conhecimento quanto às formas de transmissão do HPV, 266 (63,3%) mulheres desconheciam e 115 (32,8%) indicaram a via sexual como a

fonte de transmissão. Contrapondo-se a esse dado, um estudo realizado em Ipatinga-MG, com 591 indivíduos, identificou que a grande maioria dos entrevistados, 93,2%, afirmou conhecer como ocorre a transmissão do vírus (ABREU et al., 2018).

Considerando, ainda, a importância do conhecimento acerca do HPV, um estudo envolvendo 5.024 adolescentes, realizado em sete cidades da China continental, verificou que apenas 15,7% conheciam o HPV, destacando que após os participantes receberem uma palestra sobre o tema tiveram seu nível de conhecimento relacionado ao HPV aumentado significativamente, demonstrando que estavam mais dispostos a se vacinar (ZHANG et al., 2020).

No que tange à etapa de avaliação das propriedades psicométricas, destaca-se que os instrumentos de mensuração são essenciais à prática clínica, no que diz respeito tanto ao processo de avaliação em saúde quanto na pesquisa. No entanto, somente se forem elaborados de maneira confiável e com critérios psicométricos satisfatórios tem a capacidade de desempenhar suas funções no provimento de resultados científicos concretos (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

A decisão de elaborar um novo instrumento de avaliação incumbe ao pesquisador a responsabilidade de analisar se este, por sua vez, apresenta satisfatoriamente suas características psicométricas e, conseqüentemente, a fidedignidade dos resultados do estudo (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010).

Considerando ainda as propriedades psicométricas, salienta-se que os dois parâmetros mais importantes de legitimidade de uma medida ou teste são a precisão e a validade (PASQUALI, 2009).

Em concordância com os aspectos descritos, a avaliação das propriedades psicométricas da EQUALI-HPV seguiu um processo sistematizado e sequencial, que compreendeu a alocação dos itens em suas dimensões; a avaliação da fidedignidade no que se refere à consistência interna dos itens, dos fatores e da escala; a verificação da ocorrência dos efeitos *floor* e *ceiling*; e a avaliação da validade de construto em relação à validade convergente e divergente.

A alocação dos itens em seus respectivos domínios foi realizada por meio da técnica da AFE. Essa técnica foi igualmente utilizada para o estabelecimento dos domínios no estudo de Quirk et al. (2002), o qual teve como objetivo desenvolver um instrumento que abordasse aspectos importantes da função sexual feminina, o *Sexual Function Questionnaire* (SFQ).

Durante a AFE foram excluídos os itens 19 (Faço uso de camisinha nas relações sexuais após a descoberta do diagnóstico de HPV); 24 (Compartilho o diagnóstico de HPV com algum(a) colega de trabalho); 29 (Sigo o tratamento conforme indicado pelo médico); 65 (Acredito que a infecção pelo vírus do HPV foi um castigo divino); e 66 (Simpatias ou crendices populares podem contribuir para o meu tratamento).

A exclusão do item 19 (Faço uso de camisinha nas relações sexuais após a descoberta do diagnóstico de HPV) do modelo pode ser explicado pelo fato de que a maioria das mulheres 251 (71,5%) afirmou que não fazia uso do preservativo nas relações sexuais.

Outro item excluído do modelo foi o 24 (Compartilho o diagnóstico de HPV com algum(a) colega de trabalho), Sua exclusão se justifica pelo fato de que nem todas as mulheres que participaram do estudo tinham vínculo de trabalho formal ou, muitas vezes, exerciam suas funções sozinhas, sem colegas de trabalho. Além disso, muitas mulheres relatavam que não compartilhavam com outras pessoas o fato de ser portadoras de uma IST.

O estudo de Da Silva (2018) revelou que, após o diagnóstico de IST, as mulheres, além de manifestarem medo da morte e angústia em transmitir a infecção aos seus familiares, demonstraram receio da interrupção de vínculos, da convivência e do afastamento social que o diagnóstico e o estigma das IST representam na sociedade.

A exclusão do item 29 (Sigo o tratamento conforme indicado pelo médico), por sua vez, pode ser explicada pela falta de variabilidade das respostas ao item, visto que 287 mulheres (81,77%) forneceram como opção de resposta a alternativa “sempre”. Tal situação está intimamente relacionada à exclusão dos itens 65 (Acredito que a infecção pelo vírus do HPV foi um castigo divino) e 66 (Simpatias ou crendices populares podem contribuir para o meu tratamento) que dizem respeito às crenças, uma vez que, durante a coleta de dados, as mulheres afirmavam que naquele momento apenas a equipe médica poderiam contribuir para sua cura.

Em relação à alocação dos itens em seus respectivos domínios por meio da AFE, foi possível observar que mesmo a escala sendo composta por itens que envolviam aspectos físicos, sexuais/ afetivos, ambientais e psicológicos, a alocação deles seguiu uma lógica voltada principalmente às reações, sentimentos e enfrentamentos relacionados aos HPV. Tal situação pode ser explicitada pelo

impacto psicológico que a infecção pelo HPV tem na vida das mulheres diagnosticadas.

Um estudo realizado na Croácia, com o objetivo de analisar os níveis de estresse, parâmetros imunológicos séricos e níveis de cortisol em pacientes com manifestações clínicas do HPV, identificou que o estresse causado pela infecção pelo HPV aumentou significativamente os valores de leucócitos, alfa2-globulinas e beta-globulinas entre os pacientes, demonstrando como os aspectos psicológicos influenciam nas manifestações clínicas entre os indivíduos (CVITANOVIĆ et al., 2020).

Ainda com relação ao impacto psicológico que o HPV tem, diversos estudos realizados com mulheres diagnosticadas com infecção por HPV apontaram para alterações psicológicas, tais como ansiedade, angústia, medo, preocupação, depressão, vergonha (MCBRIDE et al., 2020; NAGELE et al., 2019; NGU et al., 2018).

Após a realização da AFE, verificou-se a precisão do instrumento no que diz respeito à fidedignidade por meio da análise da consistência interna com a avaliação do alfa de Cronbach. Segundo Pasquali (2009), apesar do alfa de Cronbach ser aplicado apenas em um único momento, essa medida é capaz de proceder a uma estimativa da precisão, que parte do pressuposto segundo o qual “se os itens se entendem, isto é, covariam, numa dada ocasião, então irão se entender em qualquer ocasião de uso do teste”.

Considerando essa questão, observou-se que o valor global da EQUALI-HPV foi de 0,883. De acordo com Terwee et al. (2007), valores superiores a 0,70 são aceitáveis não devendo ultrapassar 0,95.

O valor do alfa de Cronbach por domínios da EQUALI-HPV variou de 0,76 a 0,92. O estudo de Mast et al. (2009) encontrou resultado similar entre os sete domínios do instrumento *HPV Impact Profile* (HIP), em que o alfa de Cronbach variou de 0,69 a 0,90.

Após a definição dos fatores e a exclusão dos itens, verificou-se novamente a variância explicada pelo método de rotação *Varimax*. Na AFE, a variância explicada versa sobre a porcentagem de variância comum que um fator, ou um conjunto de fatores, pode extrair de um determinado conjunto de dados (DAMÁSIO, 2012).

O estudo meta-analítico de Peterson (2000), que teve como objetivo avaliar os níveis de variância explicada nos estudos que empregaram a AFE, demonstrou

que, em 67% dos estudos, o método utilizado para a verificação da variância explicada foi o de componentes principais, ao passo que em 82% o método mobilizado é o de rotação *Varimax*. Nesses casos, a média da variância explicada foi de 56,6%.

Ainda de acordo com o mesmo autor, não se deve admitir “pontos de cortes” para a determinação de um nível de variância explicada aceitável ou não (PETERSON, 2000). Em concordância com essa afirmação, Abelson (1985) e O’Grady (1982) defendem que essa cautela é pertinente e apontam que apenas a porcentagem de variância explicada não representa um indicador de importância para a interpretação de uma AFE.

Em se tratando de pesquisas psicológicas, salienta-se que nenhum comportamento será totalmente apreendido por nenhum construto hipotético, de forma que a variância explicada nunca chegará ao seu valor total (100%). No que diz respeito à compreensão de comportamentos por meio de escalas tipo likert, observa-se que aumenta-se ainda mais a imprecisão da avaliação (O’GRADY, 1982).

Contrapondo-se a estes pressupostos, Hair et al. (2009) afirmam que, em se tratando de estudos de ciências sociais, que são conceituados como menos precisos, são considerados satisfatórios valores de variância explicada em torno de 60%. O resultado variância explicada da EUALI-HPV após a exclusão dos itens foi de 51,9%.

Em seguida, após a realização da AFE e da fidedignidade, foi verificada a presença dos efeitos *floor* e *ceiling* que é explorada na validação de instrumentos, uma vez que pode indicar um prejuízo no atributo relacionado à responsividade (McHORNEY, TARLOV, 1995).

No presente estudo, foi possível observar a presença de valores discretos de efeitos *floor* (16,5%) e *ceiling* (17,4%) no domínio “Reações ao exame clínico” e o efeito *ceiling* na dimensão “Relações sociais, familiares e de trabalho” (51,6%).

Acredita-se que a ocorrência dos efeitos *floor* e *ceiling* no domínio “Reações ao exame clínico” esteja relacionada ao medo e a vergonha que as mulheres sentem ao serem examinadas pela equipe de saúde. Esses sentimentos também foram apontados como os principais fatores que influenciam a não realização do exame de Papanicolaou (AZEVEDO et al., 2016).

O medo à realização do exame, bem como seus possíveis resultados, são descritos muitas vezes como uma barreira para a realização da testagem. No estudo de Linde et al. (2019), as mulheres apontaram que o sentimento de medo ao serem diagnosticadas positivas para infecção pelo HPV acarretaria o fim de suas vidas.

O sentimento de vergonha é comumente descrito em estudos envolvendo a realização de testagem para o HPV entre as mulheres, principalmente pelo fato da transmissão do vírus ocorrer, na maioria das vezes, por contato sexual (SHERMAN et al., 2019).

Como forma de minimizar os efeitos de medo e vergonha, o estudo de Hsu et al. (2018) demonstrou que esses sentimentos relacionados ao HPV foram piores em um mês quando comparados a 6 e 12 meses após o diagnóstico. Tal dado indica que as informações sobre saúde e o apoio psicossocial às mulheres, ofertados pelos profissionais de saúde, ao longo desse período, tiveram um importante papel com a progressão da doença.

Ainda, observou-se a presença do efeito *ceiling* no domínio “Relações sociais, familiares e de trabalho” (51,6%) composto por itens relacionados principalmente ao sentimento de estigma vivenciado por mulheres com infecção pelo HPV. O sentimento de estigma com relação ao HPV foi igualmente descrito em um estudo que identificou a relação desse sentimento com a preocupação em divulgar o diagnóstico devido à percepção de promiscuidade que está associada a ter uma IST, principalmente em relação ao parceiro sexual (BENNETT et al., 2020).

A etapa seguinte foi da verificação da validade de construto da EQUALI-HPV, na qual foram realizadas as validades convergente e divergente por meio da análise MTMM.

A análise MTMM explora as relações que existem entre os itens e as dimensões do instrumento, fornecendo as validades convergente e divergente. Esse método apresenta-se bastante útil quando o instrumento possui um grande número de itens, o que implica um número considerável de correlações, como é o caso da EQUALI-HPV (FAYERS; MACHIN, 2007; QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009).

Na validade de construto convergente, considerando-se os parâmetros recomendados por Swinscow e Campbell (1997), verificou-se que apenas os itens 55 (0,37), 12 (0,33) e 14 (0,36) tiveram correlações consideradas fracas, (abaixo de 0,40), enquanto que a maioria dos itens, 94,4%, apresentaram correlações que variaram de moderada a muito forte. Resultado similar foi encontrado no estudo que

desenvolveu o questionário HIP, que durante a validação de construto convergente, encontrou a maioria das correlações moderadas (MAST el al., 2009).

É válido destacar o que apontam Fayers e Machin (2017), segundo os quais, no que se refere à validade de construto convergente, para estudos iniciais de validação, o valor aceitável de correlação deve ser superior a 0,30, enquanto que valores superiores a 0,40 devem ser considerados para estudos finais.

Com base nisso, os resultados da validade de construto divergente indicaram que os domínios do instrumento apresentam ajuste de 100% com exceção do domínio 5 que foi de 98,0%. Portanto, os itens estão devidamente ajustados às suas dimensões no modelo proposto. Tal situação corrobora o que Pasquali (2003) recomenda ao afirmar que nesse tipo de validade, espera-se que a maioria das correlações lineares entre um item e o fator ao qual pertence devem ser maiores do que sua correlação com os outros fatores.

7 CONCLUSÃO

Considerando-se as etapas que envolveram esta pesquisa, foi possível concluir que:

- Em relação à amostra analisada, esta por sua vez foi bastante heterogênea, considerando-se as características sociodemográficas, clínicas e comportamentais, incluindo mulheres com diferentes idades, extratos sociais, situações maritárias e hábitos de vida; também foram inclusas participantes com diversos diagnósticos e tipos de tratamento;
- Foi estabelecido um modelo para a EQUALI-HPV com a alocação dos itens em suas respectivas dimensões por meio da AFE, resultando em um instrumento com 54 itens divididos em 06 dimensões. Esse modelo é composto por itens afirmativos com opções de resposta no formato likert (Apêndice D);
- A análise da fidedignidade no que se refere à consistência interna dos itens, dos fatores e da escala foi realizada por meio do alfa de Cronbach, obtendo-se valores satisfatórios;
- Quanto aos efeitos *floor* e *ceiling*, foi possível observar a presença de valores discretos de efeitos *floor* (16,5%) e *ceiling* (17,4%) no domínio “Reações ao exame clínico” e o efeito *ceiling* na dimensão “Relações sociais, familiares e de trabalho” (51,6%);
- Na validade de construto convergente, a maioria dos itens, 94,4%, apresentou correlações que variaram de moderada a muito forte. Na validade de construto divergente os domínios do instrumento apresentaram ajuste de 100%, com exceção do domínio 5 que foi de 98,0%. Portanto, os itens estão devidamente ajustados as suas dimensões no modelo proposto.

Diante do exposto, considerando-se a avaliação das propriedades psicométricas da EQUALI-HPV realizada, esta por sua vez apresenta-se como um instrumento válido e confiável.

*Recomendações para uso da
EQUALI-HPV*

8 RECOMENDAÇÕES PARA USO DA EQUALI-HPV

Para a utilização da EQUALI-HPV (Apêndice D), recomenda-se que a mesma seja aplicada em mulheres com diagnóstico de infecção pelo HPV, com lesão clínica ou subclínica.

Trata-se de um instrumento que poderá ser autoaplicado e, para tanto, requer em média 20 minutos para o preenchimento.

Salienta-se que para a sua aplicação, reprodução, tradução, exibição ou distribuição, as autoras devem ser consultadas e somente mediante autorização por escrito a EQUALI-HPV poderá ser utilizada.

Todos os direitos autorais devem ser preservados.

SINTAXE

- Para a realização da sintaxe, recomenda-se a utilização do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).
- Deve-se verificar se todos os itens foram preenchidos/respondidos; recomenda-se que pelo menos 80% tenham sido assinalados.
- Os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 29, 30,31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48 devem ser recodificados/invertidos, de maneira que a resposta mais negativa tenha valor 1 e a mais positiva valor 5.
- O escore dos domínios deve ser calculado por meio da média aritmética, considerando-se a somatória das respostas de cada item dividido pelo número de itens pertencentes aquele domínio.
- Por sua vez, o escore total é obtido somando-se os escores de cada domínio.
- Por se tratar de construto subjetivo, a EQUALI-HPV não possui ponto de corte. Entretanto, quanto mais alto o escore total, melhor a QV.

REFERÊNCIAS

- ABELSON, R. P. A variance explanation paradox: When a little is a lot. **Psychological Bulletin**, v. 97, n. 1, p. 129, 1985.
- AIDÉ, S. et al. Neoplasia intraepitelial cervical. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 21, n. 4, p. 166-170, 2009.
- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP: São Paulo-SP, 2012.
- ANDERSSON, J. The discoveries of human papilloma viruses that cause cervical cancer and of human immunodeficiency virus. **The Nobel Assembly at Karolinska Institutet**, 2009.
- ARAÚJO, M. A. L.; SILVEIRA, C. B. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível-DST. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 479-486, 2007.
- ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO (AHMV). **Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HPV (POP-Brasil): Resultados preliminares** – Associação Hospitalar Moinhos de Vento – Porto Alegre, 2017.
- AUQUIER, P.; SIMEONI, M. C.; MENDIZABAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de laqualité de vie à la santé. **Revue Prevenir**, v.33, p.77-86, 1997.
- AZEVEDO, A. G. et al. Fatores que influenciam a não realização do exame de Papanicolaou e o impacto de ações educativas. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 48, p. 253-257, 2016.
- BECH, P. Quality of life measurements in chronic disorders. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 59, n. 1, p. 1-10, 1993.
- BENNETT, K. F. et al. Concerns about disclosing a high-risk cervical human papillomavirus (HPV) infection to a sexual partner: a systematic review and thematic synthesis. **BMJ Sexual & Reproductive Health**, v. 0, p. 1–10, 2020.
- BENNETT, S. J. et al. Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. **Quality of Life Research**, v. 11, n. 4, p. 349-359, 2002.
- BOSCH, F. X. et al. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. **Journal of clinical pathology**, v. 55, n. 4, p. 244-265, 2002.
- BOSCH, F. X. et al. Reframing cervical cancer prevention. Expanding the field towards prevention of human papillomavirus infections and related diseases. **Vaccine**, v. 30, n.5, p. F1-F11, 2012.

BOWLING, A. **Research methods in health**. Open University Press, Buckingham, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático sobre o HPV perguntas e respostas**. Brasília, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/37hmmqE>>. Acesso em: 30 set. 2018

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo Do Útero**. Rio de Janeiro-RJ, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/3r3m9zp>>. Acesso em: 30 de abril de 2020.

_____. **Presidenta e ministro iniciam vacinação contra HPV** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-do-adolescente-e-do-jovem/noticiassaude-do-adolescente-e-do-jovem/11820-presidenta-dilma-eministro-chiouro-iniciam-vacinacao-contra-hpv>. Acesso em outubro de 2017.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRUNI, L. et al. ICO/IARC. Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). **Human Papillomavirus and Related Diseases in the World**. Summary Report 17 June 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3meiKtT>>. Acesso em: 24 de março de 2020.

BURD, E. M. Human papillomavirus and cervical cancer. **Clin Microbiol Ver**, v.16, n.1, p.1-17, 2003.

CAPOBIANGO, A.; FILHO, A. L. S.; NUNES, T. A. Diagnóstico de HPV Anal em Mulheres com NIC: Prevenção de Câncer do Ânus? **Rev Bras Coloproct**, v. 29, n. 4, p: 443-450, out./dez., 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Division of STD Prevention. **Genital HPV infection**: CDC fact sheet. Rockville, 2014. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/std/HPV/HPV-factsheet-March-2014.pdf>>. Acesso em: 23 de março de 2018.

CESTARI, M. E. W.; MERIGHI, M. A. B.; BAPTISTA, P. C. P. Sentimentos vivenciados por mulheres infectadas pelo HPV. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 422-429, jul./set. 2011.

CHWALOW, A. J. Cross-cultural validation of existing quality of life scales. **Patient Education and Counseling**, v. 26, n. 1, p. 313-318, 1995.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. [Internet]. 2015 [citado em 20 de junho de 2018];20(3):[925-36]. Disponível em: <<https://bit.ly/3oWTzOh>>. Acesso em: 20 de junho de 2018.

CVITANOVIĆ, H. et al. Determination of Psychological Stress, Serum Immune Parameters, and Cortisol Levels in Patients With Human Papilloma Virus. **Clinical Therapeutics**, v. 42, n. 5, p. 783-799, 2020.

DALLANEZI, G. et al. Qualidade de vida de mulheres com baixa massa óssea na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 133-138, 2011.

DAMÁSIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 11, n. 2, p. 213-228, 2012.

DA SILVA, J. N. Et al. Impactos do diagnóstico da infecção sexualmente transmissível na vida da mulher. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 2, p. 23-27, 2018.

DE FLORA, S.; BONANNI, P. The prevention of infection-associated cancers. **Carcinogenesis**, v. 32, n. 6, p. 787-795, 2011.

DEVELLIS, Robert. Scale development: Theories and application. **Newbury Park**: 1991.

DÜRST, M. et al. A papillomavirus DNA from a cervical carcinoma and its prevalence in câncer biopsy samples from diferente geographic regions. **Proc Natl Acad Sci U S A**, v. 80, n. 12, p. 3812-3815, 1983.

ELDRIDGE, R. C. et al. Smoking and subsequent human papillomavirus infection: a mediation analysis. **Ann Epidemiol**, v. 27, n.11, p.724-730, 2017.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life. Assessment, analysis and interpretation**. Chichester: John Wiley & Sons, 2007.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S. G. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. **XII SIMPEP**, p. 1-15, 2005.

GASPAR, J. et al. Fatores sociodemográficos e clínicos de mulheres com Papilomavírus humano e sua associação com o vírus da imunodeficiência humana. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 74-81, jan.-fev. 2015.

GIERISCH, J. M. et al. Oral contraceptive use and risk of breast, cervical, colorectal, and endometrial cancers: a systematic review. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**, v. 22, n. 11, p. 1931-43, nov 2013.

GISSMANN, L. Immunologic responses to human papillomavirus infection. In: Lorincz AT e Reid R (guest eds), Masse S (ed). **Obstetrics e Gynecology Clinics of North America – Human Papillomavirus I**. v. 23, n. 3, p. 625-639, 1996

HALBE, H. W. Tratado de ginecologia. In: **Tratado de ginecologia**, 2000.

HAYS, R. D. et al. **User's guide for multitraid analysis program (MAP)**. Santa Monica: Rand Corporation Report, 1988.

HELLBERG, D. et al. Smoking and cervical intraepithelial neoplasia: nicotine and cotinine in serum and cervical mucus in smokers and nonsmokers. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 158, n. 4, p. 910-913, 1988.

HSU, Y. Y. et al. Longitudinal psychosocial adjustment of women to human papillomavirus infection. **Journal of Advanced Nursing**, v. 74, n. 11, p. 2523-2532, 2018.

IBM Corp. Released 2011. **IBM SPSS Statistics for Windows**, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estatísticas Sociais. **IBGE divulga o rendimento domiciliar per capita 2019**. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3gLtGtQK>>. Acesso em: 29 de abril de 2020.

IARC. Globocan 2012: Estimated câncer incidence, mortality and prevalence world wide in 2012. In: **Data sources and methods**. Disponível em: <<https://bit.ly/349PBcW>>. Acesso em outubro de 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Tipos de câncer: colo do útero** [Internet]. Disponível em: <<https://bit.ly/3gLGfZs>>. Acesso em 03 de novembro de 2020.

INTERNATIONAL HUMAN PAPILLOMAVIRUS REFERENCE CENTER (IHPRC). **Human Reference clones** [Internet]. Disponível em: <http://www.nordicehealth.se/hpvcenter/reference_clones/>. Acesso em: 03 de novembro de 2020.

KAISER, H. F. An index of factorial simplicity. **Psychometrika**, v. 39, n. 1, p. 31-36, 1974.

KANESHIMA, E. N. Et al. Importância da aplicação de critérios morfológicos não clássicos para o diagnóstico citopatológico de Papilomavírus humano (HPV) previamente detectado por PCR. **Acta Bioquím Clín Latinoam**, v. 39, n. 1, p. 61-8, 2005.

KESZEI, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **Journal of psychosomatic research**, v. 68, n. 4, p. 319-323, 2010.

KISSELJOV, F. L. Virus-associated human tumors: cervical carcinomas and papilloma viruses. **Biochemistry c/c of biokhimiia**, v. 65, n. 1, p. 68-77, 2000.

- KOUPIDIS, S. A. et al. Health related quality of life in patients with anogenital warts. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.9, n.67, p.2-5. 2011.
- LEE, D. et al. cAMP response element-binding protein-binding protein binds to human papillomavirus E2 protein and activates E2-dependent transcription. **Journal of Biological Chemistry**, v. 275, n. 10, p. 7045-7051, 2000.
- LIN, B. Y. et al. Chaperone proteins abrogate inhibition of the human papillomavirus (HPV) E1 replicative helicase by the HPV E2 protein. **Molecular and cellular biology**, v. 22, n. 18, p. 6592-6604, 2002.
- LINDE, D. S. et al. Competing needs: a qualitative study of cervical cancer screening attendance among HPV-positive women in Tanzania. **BMJ open**, v. 9, n. 2, p. e024011, 2019.
- LINDEL, K. et al. Human papillomavirus positive squamous cell carcinoma of the oropharynx: a radiosensitive subgroup of head and neck carcinoma. **Cancer**, v. 92, n. 4, p. 805-813, 2001.
- MARRA, C. et al. Patients with genital warts have a decreased quality of life. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 36, n. 4, p. 258-260, Apr. 2009.
- MAST, T. C. et al. Development and psychometric properties of the HPV Impact Profile (HIP) to assess the psychosocial burden of HPV. **Current medical research and opinion**, v. 25, n. 11, p. 2609-2619, 2009.
- MCBRIDE, E. et al. Anxiety and distress following receipt of results from routine HPV primary testing in cervical screening: The psychological impact of primary screening (PIPS) study. **International journal of cancer**, v. 146, n. 8, p. 2113-2121, 2020.
- MCHORNEY, C. A.; TARLOV, A. R. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? **Quality of life research**, v. 4, n. 4, p. 293-307, 1995.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- NAGELE, E. et al. Do different treatment strategies influence women's level of psychosexual distress? Observational cohort study of women with premalignant HPV-associated genital lesions. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 236, p. 205-209, 2019.
- NELSON, L. M.; ROSE, R. C.; MOROIANU, J. Nuclear import strategies of high risk HPV16 L1 major capsid protein. **Journal of Biological Chemistry**, v. 277, n. 26, p. 23958-23964, 2002.

NGU, S. F. et al. Impact of different educational interventions on psychosocial well-being of women with a positive high-risk human papillomavirus and normal cervical cytology: a randomised trial. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 39, n. 2, p. 146-155, 2018.

O'GRADY, K. E. Measures of explained variance: Cautions and limitations. **Psychological Bulletin**, v. 92, n. 3, p. 766, 1982.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2.ed. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/2LsuIT0>>. Acesso em: 30 de abril de 2020.

ORIEL, J. D. Natural history of genital warts. **British Journal of Venereal Diseases**, v. 47, n. 1, p. 1, 1971.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília, DF: LabPAM/Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica, 1999.

_____. Parâmetros psicométricos dos testes psicológicos. In:_____. Técnicas de exames psicológicos-TEP. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.111-36.

_____. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, p. 992-999, 2009. Número especial.

_____. **Análise fatorial para pesquisadores**. Brasília, DF: LabPAM, 2012.

PEREIRA, N. M. V. **Escala para avaliação da qualidade de vida de mulheres com Papilomavírus Humano-EQUALI-HPV: fase 1**. Dissertação de Mestrado. 2016. Universidade de São Paulo.

PEREIRA-CALDEIRA, N. M. V. et al. Instrumentos para avaliação da qualidade de vida em indivíduos com papilomavírus humano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 1363-1369, 2019.

PEREIRA-CALDEIRA, N. M. V. et al. Qualidade de vida de mulheres com lesões induzidas Pelo Papilomavírus Humano. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics**, v. 42, n. 04, p. 211-217, 2020.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-250, abr./jun. 2012.

PETERSON, R. A. A meta-analysis of variance accounted for and factor loadings in exploratory factor analysis. **Marketing Letters**, v. 11, n. 3, p. 261-275, 2000.

PILATTI, L. A.; PEDROSO, B. GUTIERREZ, G. L. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. **Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 81-91, jan./abr.2010.

PINTO, Á. P.; TULIO, S.; CRUZ, O. R. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. **Revista da associação médica brasileira**, v. 48, n. 1, p. 73-78, 2002.

QUEIROZ, F. A.; PACE, A. E.; DOS SANTOS, C. B. Adaptação Cultural e Validação do Instrumento Diabetes-39 (D-39): versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2-fase¹. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 5, p. 708-715, 2009.

SANTOS, N. S. O.; ROMANOS, M. T. V.; WIGG, M. D. **Introdução à virologia humana**, Rio de Janeiro-RJ: Guanabara-Koogan 2ed, 2002.

SCHIFFMAN, M. H.; CASTLE, P. Epidemiologic studies of a necessary causal risk factor: human papillomavirus infection and cervical neoplasia. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 95, n. 6, p. E2-E2, 2003.

SCHUTTINGA, J. A. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: **Quality of life in behavioral medicine research**, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, p. 31-42, 1995.

SCULLY, C. Oral squamous cell carcinoma; from an hypothesis about a virus, to concern about possible sexual transmission. **Oral oncology**, v. 38, n. 3, p. 227-234, 2002.

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

SELLORS, J. W.; SANKARANARAYANAN, R. **Colposcopia e tratamento da neoplasia intraepitelial cervical**: manual para principiantes. Lyon: IARC, 2004. Disponível em: < <https://bit.ly/3oUXWJl> >. Acesso em: 07 outubro de 2018.

SEO, S. S. et al. Combined Effect of Secondhand Smoking and Alcohol Drinking on Risk of Persistent Human Papillomavirus Infection. **BioMed research international**, v. 2019, p. 1-9, 2019.

SERRANO, B. et al. Epidemiology and burden of HPV-related disease. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 47, n.17, p. 30124-4, 2017.

SHERMAN, S. et al. Barriers and motivators for uptake of cervical cancer prevention strategies in Eastern Europe: Perspective from Latvia. **Acta Dermatovenerologica Alpina, Pannonica et Adriatica**, v. 28, n. 3, p. 107-111, 2019.

SHI, J. F. et al. Impact of genital warts on health related quality of life in men and women in mainland China: a multicenter hospital-based cross-sectional study. **BMC Public Health**.v.12, n.153, p. 2-9, 2012.

SHIELDS, T. S. et al. A case-control study of risk factors for invasive cervical cancer among US women exposed to oncogenic types of human papillomavirus. **Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers**, v. 13, n. 10, p. 1574-1582, 2004.

SILVA, A. M. T. C.; AMARAL, M. V. T.; CRUZ, A. D. O papel do papiloma vírus humano no câncer. **Biotechnol Cienc Desenvol**, v. 29, p. 48-54, 2003.

SIMONS, A. M.; PHILLIPS, D. H.; COLEMAN, D. V. Damage to DNA in cervical epithelium related to smoking tobacco. **Bmj**, v. 306, n. 6890, p. 1444-1448, 1993.

SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração da dor**: pesquisa, teoria e prática. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2006.

SOUTO, R.; FALHARI, J. P. B.; CRUZ, A. D. O papilomavírus humano: um fator relacionado com a formação de neoplasias. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 2, p. 155-160, 2005.

SWINSCOW, T. D. V.; CAMPBELL, M. J. Correlation and regression. In: **Statistics at square one**. v. 9. 1997.

TAKEHARA, K. Local immune responses in uterine cervical carcinogenesis. **Nihon Sanka Fujinka Gakkai zasshi**, v. 48, n. 11, p. 1063-1070, 1996.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, n.1, p. 34-42, 2007.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

TROTTIER, H.; FRANCO, E. L. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. **Vaccine**, v. 24, n. 1, p. S4-S15, 2006.

URBINA, S. Fundamentos em validade. **Fundamentos de Testagem Psicológica**, Porto Alegre-RS: Editora Artmed, p. 155-212, 2007.

VILATA, J. J. et al. Validation and clinical use of the CECA, a disease-specific quality of life questionnaire for patients with anogenital condylomata acuminata. **Acta dermato-venereologica**, v. 88, n. 3, p. 257-262, 2008.

VRIEND, H. J.; NIEUWKERK, P. T.; VAN DER SANDE, M. A. B. Impact of genital warts on emotional and sexual well-being differs by gender. **International Journal of STD & AIDS**, London, v. 25, n. 13, p. 949-955, 2014.

WALBOOMERS, J. M. et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. **J Pathol**, v. 189, n. 1, p. 12-19, 1999.

WOODHALL, S. et al. Impact of HPV vaccination on young women's quality of life – a five year follow-up study. **The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v. 16, n. 1, p. 3-8, Feb. 2011

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Immunization, Vaccines and Biologicals**. Última atualização: setembro de 2010. Disponível em: <www.who.int/immunization/topics/hpv/en/>. Acesso em novembro 2017.

ZHANG, X. et al. Effect of a school-based educational intervention on HPV and HPV vaccine knowledge and willingness to be vaccinated among Chinese adolescents: a multi-center intervention follow-up study. **Vaccine**, 2020.

ZUR HAUSEN, H. Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. **Nat Rev Cancer**, v. 2, n. 5, p. 342-350, May 2002.

ZUR HAUSEN, H. Papillomaviruses causing cancer: evasion from host-cell control in early events in carcinogenesis. **Journal of the National Cancer Institute**, p. 690-8, maio 2000.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa “Elaboração de uma escala para avaliação da qualidade de vida de mulheres com Papilomavírus Humano – EQUALI-HPV”, que tem como objetivo elaborar um instrumento para avaliar a qualidade de vida de mulheres que são portadoras do HPV.

Caso concorde em participar, será aplicado um questionário com informações como idade, se a senhora é casada ou solteira, viúva ou divorciada, anos de estudo, religião, cor da pele, moradia, renda, além de uma escala que contém questões sobre seu tratamento, conhecimentos sobre o HPV, suas atividades do dia-a-dia e sexualidade. Sua participação constará de responder esse instrumento de forma individual, atividade que tem a duração aproximada de 30 minutos.

Iremos fazer perguntas íntimas, sendo assim, existe a possibilidade de riscos emocionais, como tristeza, angústia ou vergonha durante a entrevista, por isso a avaliação será realizada em uma sala reservada. Não será realizado nenhum tipo de exame. Tudo que conversarmos será usado somente para a pesquisa e a senhora nunca será identificada em qualquer momento do processo.

A senhora pode interromper a entrevista a qualquer instante, perguntar o que quiser ou mesmo desistir de participar da pesquisa sem que isso prejudique seu atendimento em qualquer serviço de saúde. A senhora terá direito à indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas na pesquisa. Sua resposta poderá ser utilizada em eventos científicos da área da saúde, desde a presente data.

Se a senhora aceitar participar, é preciso assinar este termo, que está em duas vias originais assinadas pelos pesquisadores, sendo uma delas sua e a outra do pesquisador responsável. A sua participação neste estudo não oferece qualquer custo. Embora a senhora não receba benefícios diretos por sua participação, sua colaboração trará contribuições importantes à elaboração da EQUALI-HPV.

Caso decida participar do estudo, poderá interromper sua participação na pesquisa em qualquer momento da sua execução sem que isso lhe cause prejuízos.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas. Sempre que desejar tirar dúvidas sobre sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com as pesquisadoras Prof^{as}. Elucir Gir ou Natália Maria Vieira Pereira no endereço - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Av. Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-900, no telefone (016) 3315-3414 ou (035) 99199-2229, ou ainda através dos e-mails: egir@eerp.usp.br, nataliamaria@usp.br.

Se a senhora ainda tiver dúvidas com relação aos aspectos éticos desta pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pelo telefone (16) 3315 9197; horário de funcionamento: dias úteis - das 10 às 12 e das 14 às 16 horas.

Caso se sinta prejudicada por ter participado da pesquisa, você deverá buscar indenização de acordo com a lei vigente no Brasil.

 Natália Maria Vieira Pereira
 Pesquisadora Responsável

 Prof^a.Dr.^a Elucir Gir
 Orientadora

Consentimento _____ de _____ participação: _____ Eu,
 _____, abaixo assinado, concordo
 em participar do estudo: “Elaboração de uma escala para avaliação da qualidade de vida de
 mulheres com Papilomavírus Humano – EQUALI-HPV”, como sujeito voluntário e com a
 garantia de que o estudo está em concordância com a Resolução 466/12 do Conselho
 Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO			
1-Registro HC:	Data: / /	ID:	ID
2- Data de nascimento: / /			DN
3- Grau de escolaridade (qual o curso de nível mais elevado que você cursou): 1- ☐ Analfabeto 2- ☐ Ensino Fundamental 3- ☐ Ensino Médio 4- ☐ Ensino Superior 5- ☐ Pós Graduação			Escol
4- Cor da pele referida: 1- ☐ Branca 2- ☐ Preta 3- ☐ Parda 4- ☐ Amarela 5- ☐ Indígena			Etnia
5- Ocupação atual:			
6- Renda familiar bruta: 1- ☐ 1 a 3 salários 2- ☐ 4 a 6 salários 3- ☐ + 7 salários 4- ☐ Sem renda			SitEco
7- Uso de cigarro: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim Quantidade.: 1- ☐ até 10 por dia 2- ☐ 10 a 20 por dia 3- ☐ + que 20 por dia			CigUsu CigQuant
8- Uso de álcool: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim Quantidade: 1- ☐ 1 vez/ mês 2- ☐ 1 vez/semana 3- ☐ 2 vezes/ semana 4- ☐ todos os dias			AlcUsu AlcQuant
9- Drogas ilícitas: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim Quais:			DroUsu
10- Tem tatuagem: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim Quantas:			TatUsu
11- Tem doenças sistêmicas: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim Qual:			DoSisUsu
12- Idade da primeira menstruação: 1- ☐ < 12 anos 2- ☐ >12 anos			PrimMens
13- Idade da primeira relação sexual: 1- ☐ > 16 anos 2- ☐ 16 a 20 anos 3- ☐ > 20 anos			PrimRel
14- Tem filhos: ☐ Não 2- ☐ Sim Quantos:			NumFil
15- Idade da primeira gestação: 1- ☐ > 16 anos 2- ☐ 16 a 20 anos 3- ☐ > 20 anos Parto cesárea: 1- ☐ 1 a 3 2- ☐ 4 a 5 3- ☐ Nenhum Parto normal: 1- ☐ 1 a 3 2- ☐ 4 a 5 3- ☐ Nenhum			PrimGes
16- Orientação sexual: 1- ☐ Heterossexual 2- ☐ Homossexual 3- ☐ Bissexual 4- ☐ Transexual			OriSex
17- Tipo de parceria: 1- ☐ Fixa 2- ☐ Eventual			ParFix
18- Número de parceiros nos últimos 6 meses:			NumPar
19- Número de parceiros na vida:			NumParV
20- Prostituição: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim			Prost
21- Situação marítaria:			SitMar

1- ☐ Casada 2- ☐ Solteira 3- ☐ Amasiada 4- ☐ Viúva Outro:	
22- Uso de preservativo antes do diagnóstico: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim 3- ☐ Às vezes	UsoPreA
23- Método contraceptivo atual: 1- ☐ Pílula 2- ☐ Injetável 3- ☐ DIU 4- ☐ Laqueadura 5- ☐ Preservativo 6- ☐ Nenhum 7- ☐ Implante subcutâneo	MetCon
24- Fez uso da vacina contra o HPV: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim Qual: 1- ☐ Bivalente 2- ☐ Quadrivalente	UsoVac
25- DST prévia: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim Quais:	DstPreUsu
26- Forma de transmissão conhecida? 1- ☐ Não 2- ☐ Sim Qual: 1- ☐ Sexual 2- ☐ Objetos contaminados	FormTran
CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA	
27- Data do primeiro diagnóstico: / /	DtPrimDi
28- Fez Papanicolau no último ano: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim Resultado:	Papan
29- Tem verrugas: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim Quantas:	TemVer
30- Diagnóstico atual:	DiagAtu
31- Tratamento: 1- ☐ Não cirúrgico 2- ☐ Cirúrgico Qual:	Tratam
32- Tempo de tratamento:	Temp
33- PCR: 1- ☐ Negativo 2- ☐ Positivo Data: / /	PCR
Sorologias:	
34- HIV: 1- ☐ Negativo 2- ☐ Positivo 3- ☐ Não realizada 4- ☐ Sem informação	HIV
35- Hepatite B: 1- ☐ Negativo 2- ☐ Positivo 3- ☐ Não realizada 4- ☐ Sem informação	HepB
36- Hepatite C: 1- ☐ Negativo 2- ☐ Positivo 3- ☐ Não realizada 4- ☐ Sem informação	HepC
37- Sífilis: 1- ☐ Negativo 2- ☐ Positivo 3- ☐ Não realizada 4- ☐ Sem informação	Sífil
DADOS DO PARCEIRO	
38- Uso de cigarro: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim Quantidade:	CigPar
39- Uso de álcool: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim Quantidade:	AlcPar
40- Drogas ilícitas: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim Quais:	DroPar
41- Tem tatuagem: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim Quantas:	TatPar
42- DST prévia: 1- ☐ Não 2- ☐ Sim Quais:	DstPrePar

APÊNDICE C

Escala para Avaliação da Qualidade de Vida de mulheres com HPV EQUALI-HPV

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, com relação a sua saúde e quão bem você é capaz de fazer suas atividades habituais tomando como referência os dois últimos meses.

Para responder às questões, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida.

Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre qual resposta dar em uma questão, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Exemplo:

	Nada	Muito pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Sinto-me feliz	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você está se sentindo feliz. Se você estiver “Bastante” feliz, deverá circular o número 4.

As informações que você irá fornecer serão estritamente confidenciais.

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
1- O portador do HPV desenvolve câncer de colo do útero	1	2	3	4	5
2- As mulheres que tem HPV apresentam sintomas físicos como ardência, coceira, dor ou sangramentos	1	2	3	4	5
3- A infecção pelo HPV desenvolve a infecção pelo HIV/AIDS	1	2	3	4	5

	Nada	Muito pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
4- Compreendo o que é a infecção pelo HPV	1	2	3	4	5
5- Conheço as formas de transmissão do HPV	1	2	3	4	5
6- O tempo entre a descoberta do diagnóstico de HPV e o início do tratamento influencia para um tratamento eficaz	1	2	3	4	5

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
7- Tenho falta de apetite após o diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5
8- Tenho dificuldades para dormir após o diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5
9- Tenho vergonha de dizer que sou portadora do HPV	1	2	3	4	5
10- Tenho sentimentos negativos, como ansiedade e/ou depressão devido ao HPV	1	2	3	4	5
11- Sinto medo de não me curar do HPV	1	2	3	4	5
12- Sinto medo que o HPV interfira na minha capacidade de ter filhos	1	2	3	4	5
13- Tenho apoio de meus familiares frente ao diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5
14- Recebo de meus amigos todo apoio que necessito frente ao diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5
15- Sinto-me isolada pelas outras pessoas devido ao diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5
16- Sinto-me julgada por ter HPV	1	2	3	4	5
17- Sinto medo de morrer por consequência do diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
18- Sinto menos prazer nas relações sexuais após o diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5
19- Faço uso de camisinha nas relações sexuais após a descoberta do diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5
20- Deixo de estar com as pessoas que gosto em virtude do diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5
21- A preocupação com o diagnóstico de HPV me desconcentra das atividades no trabalho (seja trabalho formal ou informal)	1	2	3	4	5
22- Compartilho o diagnóstico de HPV com algum(a) membro da minha família	1	2	3	4	5
23- Falto ao trabalho em virtude do tratamento de HPV	1	2	3	4	5
24- Compartilho o diagnóstico de HPV com algum(a) colega de trabalho	1	2	3	4	5
25- Sinto dor relacionada a infecção pelo HPV ao realizar atividades diárias	1	2	3	4	5
26- Sinto desconforto físico relacionado a infecção pelo HPV	1	2	3	4	5
27- Sinto coceira no ânus e/ou vagina relacionado a infecção pelo HPV	1	2	3	4	5
28- A infecção pelo HPV altera o meu modo de viver	1	2	3	4	5
29- Sigo o tratamento conforme indicado pelo médico	1	2	3	4	5
30- Recebo informações sobre os riscos de ser portadora e do agravamento do HPV	1	2	3	4	5
31- Recebo informações sobre o uso do preservativo nas relações sexuais após o diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5
32- Sou atendida pelo(a) psicólogo(a)	1	2	3	4	5
33- Sou atendida pelo(a) assistente social	1	2	3	4	5
34- O câncer de colo de útero é causado pelo HPV	1	2	3	4	5
35- O câncer de vagina é causado pelo HPV	1	2	3	4	5
36- A infecção pelo HPV é passageira	1	2	3	4	5
37- Sinto-me desinteressada em manter um relacionamento afetivo após o diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
38- Deixo de realizar atividades de lazer/recreação (passeios, igreja, academia) devido ao diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5
39- Sinto-me preocupada durante a relação sexual	1	2	3	4	5
40- Evito praticar relações sexuais devido ao meu diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5
41- Recebo informações do médico sobre meu diagnóstico	1	2	3	4	5
42- Recebo informações do enfermeiro(a) sobre meu diagnóstico	1	2	3	4	5
43- Recebo informações da equipe médica sobre meu diagnóstico	1	2	3	4	5
44- Recebo informações do médico sobre meu tratamento	1	2	3	4	5
45- Recebo informações do enfermeiro(a) sobre meu tratamento	1	2	3	4	5
46- Recebo informações da equipe médica sobre meu tratamento	1	2	3	4	5
47- Tenho abertura para esclarecer dúvidas com o médico que me atende	1	2	3	4	5
48- Tenho abertura para esclarecer dúvidas com a equipe de enfermagem que me atende	1	2	3	4	5
49- Esclareço as dúvidas que tenho quanto ao HPV com o médico que me atende	1	2	3	4	5
50- Sinto medo ao ser examinada pelo médico	1	2	3	4	5
51- Sinto medo ao ser examinada pela enfermeira	1	2	3	4	5
52-Sinto-me envergonhada quando sou examinada pelo médico	1	2	3	4	5
53-Sinto-me envergonhada quando sou examinada pela enfermeira	1	2	3	4	5
54- Sinto-me satisfeita com meu tratamento médico	1	2	3	4	5
55- Sinto-me acolhida pela equipe de saúde de me atende	1	2	3	4	5
56- Recebo de meu(s) parceiro(s) todo apoio que necessito frente ao diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
57- Compartilho minhas dúvidas, anseios ou medos que sinto frente ao meu diagnóstico de HPV com o meu(s) parceiro(s)	1	2	3	4	5
58- Sinto medo que meu parceiro rompa a relação afetiva devido ao meu diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5
59- Sinto-me menos desejada por meu(s) parceiro(s) devido ao meu diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5
60- Sinto-me preocupada com o risco de transmitir HPV ao(s) meu(s) parceiro(s)	1	2	3	4	5
61- Penso que fui enganada pelo(s) meu(s) parceiro(s) por ter adquirido HPV	1	2	3	4	5
62- Tenho sentimento de raiva pelo meu parceiro devido possibilidade de ele ter me transmitido HPV	1	2	3	4	5
63- Compartilho informações sobre o diagnóstico de HPV com meu(s) parceiro(s)	1	2	3	4	5

	De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
64- Considero que após o fim do tratamento estarei protegida contra o HPV por toda a vida	1	2	3	4	5
65- Acredito que a infecção pelo vírus do HPV foi um castigo divino	1	2	3	4	5
66- Simpatias ou credences populares podem contribuir para o meu tratamento	1	2	3	4	5
67- Considero-me culpada por ter adquirido o vírus do HPV	1	2	3	4	5
68- Sinto-me desconfortável com a minha imagem	1	2	3	4	5
69- Meu cotidiano de trabalho passou por mudanças devido ao diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5
70- O relacionamento com o(s) colega(s) de trabalho mudou após a descoberta do meu diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5
71- O relacionamento com familiares mudou após a descoberta do meu diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5
72- Considero importante a realização do exame de Papanicolau	1	2	3	4	5

	De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
73- A frequência das minhas relações sexuais mudou após o diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5
74- O tempo entre o aparecimento dos sintomas até a procura por orientação médica influencia no tratamento	1	2	3	4	5
75- Sinto-me insegura na relação afetiva com meu parceiro após o diagnóstico de HPV	1	2	3	4	5

ATENÇÃO! Se você possui verrugas, responda as questões a seguir

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
76- Sinto-me menos atraente sexualmente após o surgimento das verrugas.	1	2	3	4	5
77- Tenho dificuldades para andar devido a presença da(s) verruga(s)	1	2	3	4	5
78- Minhas roupas incomodam devido a presença da(s) verruga(s)	1	2	3	4	5
79- Tenho dificuldades para realização de higiene íntima após o surgimento das(s) verruga(s)	1	2	3	4	5
80- As verrugas me incomodam durante a relação sexual	1	2	3	4	5
81- Tenho medo que as verrugas não desapareçam	1	2	3	4	5
82- Acredito que as verrugas incomodam meu parceiro durante a relação sexual	1	2	3	4	5
83- Sinto-me envergonhada frente ao meu(s) parceiro(s) após o aparecimento das verrugas	1	2	3	4	5

Obrigado por completar essa pesquisa!

APÊNDICE D

EQUALI HPV

Como você se sente a respeito
de sua qualidade de vida?

Sobre o questionário

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, com relação a sua saúde e quão bem você é capaz de fazer suas atividades habituais tomando como referência os dois últimos meses.

Para responder às questões, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida.

Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre qual resposta dar em uma questão, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Exemplo:

	NADA	MUITO POUCO	MAIS OU MENOS	BASTANTE	EXTREMA-MENTE
SINTO-ME FELIZ	☐	☐	☐	☒	☐

Você deve marcar a resposta que melhor corresponde ao quanto você está se sentindo feliz. Se estiver "**BASTANTE**" feliz, deverá marcar com um "**X**" a opção "**BASTANTE**".

As informações que você irá fornecer serão estritamente confidenciais.

QUESTIONÁRIO

EQUAVLE-HPV

	NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUEN- TEMENTE	MUITO FREQUEN- TEMENTE	SEMPRE
1 - Tenho falta de apetite após o diagnóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐
2 - Tenho dificulda- des para dormir após o diagnóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐
3 - Tenho sentimen- tos negativos, como ansiedade e/ou depressão devido ao HPV	☐	☐	☐	☐	☐
4 - Sinto medo de não me curar do HPV	☐	☐	☐	☐	☐
5 - Sinto-me julgada por ter HPV	☐	☐	☐	☐	☐
6 - Sinto medo de morrer por conse- quência do diag- nóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐
7 - Sinto menos prazer nas relações sexuais após o diagnóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐

QUESTIONÁRIO

EQUAVL-HPV

	NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUEN- TEMENTE	MUITO FREQUEN- TEMENTE	SEMPRE
8- A preocupação com o diagnóstico de HPV me desconcentra das atividades no trabalho (seja trabalho formal ou informal)	☐	☐	☐	☐	☐
9- Sinto dor relacionada a infecção pelo HPV ao realizar atividades diárias	☐	☐	☐	☐	☐
10- Sinto desconforto físico relacionado a infecção pelo HPV	☐	☐	☐	☐	☐
11- Sinto coceira no ânus e/ou vagina relacionado a infecção pelo HPV	☐	☐	☐	☐	☐
12- A infecção pelo HPV altera o meu modo de viver	☐	☐	☐	☐	☐
13 - Sinto-me desinteressada em manter um relacionamento afetivo após o diagnóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐

QUESTIONÁRIO	EQUAVLI-HPV				
	NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUEN- TEMENTE	MUITO FREQUEN- TEMENTE	SEMPRE
14 - Sinto-me preocupada durante a relação sexual	☐	☐	☐	☐	☐
15 - Evito praticar relações sexuais devido ao meu diagnóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐
16- Recebo informações sobre os riscos de ser portadora e do agravamento do HPV	☐	☐	☐	☐	☐
17- Recebo informações do médico sobre meu diagnóstico	☐	☐	☐	☐	☐
18- Recebo informações do enfermeiro(a) sobre meu diagnóstico	☐	☐	☐	☐	☐
19- Recebo informações da equipe médica sobre meu diagnóstico	☐	☐	☐	☐	☐

4

QUESTIONÁRIO

EQUAVLE-HPV

	NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUEN- TEMENTE	MUITO FREQUEN- TEMENTE	SEMPRE
20 - Recebo informações do médico sobre meu tratamento	☐	☐	☐	☐	☐
21 - Recebo informações do enfermeiro(a) sobre meu tratamento	☐	☐	☐	☐	☐
22 - Recebo informações da equipe médica sobre meu tratamento	☐	☐	☐	☐	☐
23 - Tenho abertura para esclarecer dúvidas com o médico que me atende	☐	☐	☐	☐	☐
24 - Tenho abertura para esclarecer dúvidas com a equipe de enfermagem que me atende	☐	☐	☐	☐	☐
25 - Esclareço as dúvidas que tenho quanto ao HPV com o médico que me atende	☐	☐	☐	☐	☐

QUESTIONÁRIO

EQUAVLI-HPV

	NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUEN- TEMENTE	MUITO FREQUEN- TEMENTE	SEMPRE
26 - Sinto-me satisfeita com meu tratamento médico	☐	☐	☐	☐	☐
27 - Sinto-me acolhida pela equipe de saúde de me atende	☐	☐	☐	☐	☐
28 - Sinto medo ao ser examinada pelo médico	☐	☐	☐	☐	☐
29 - Sinto medo ao ser examinada pela enfermeira	☐	☐	☐	☐	☐
30 - Sinto-me envergonhada quando sou examinada pelo médico	☐	☐	☐	☐	☐
31 - Sinto-me envergonhada quando sou examinada pela enfermeira	☐	☐	☐	☐	☐
32 - Sinto-me isolada pelas outras pessoas devido ao diagnóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐

QUESTIONÁRIO

EQUAVLI-HPV

	NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUEN- TEMENTE	MUITO FREQUEN- TEMENTE	SEMPRE
33 - Deixo de estar com as pessoas que gosto em virtude do diagnóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐
34 - Deixo de realizar atividades de lazer/recreação (passeios, igreja, academia) devido ao diagnóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐
35 - Tenho vergonha de dizer que sou portadora do HPV	☐	☐	☐	☐	☐
36 - Sinto medo que o HPV interfira na minha capacidade de ter filhos	☐	☐	☐	☐	☐
37 - Sinto medo que meu parceiro rompa a relação afetiva devido ao meu diagnóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐
38 - Sinto-me menos desejada por meu(s) parceiro(s) devido ao meu diagnóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐

QUESTIONÁRIO

EQUAVLI-HPV

	NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUEN- TEMENTE	MUITO FREQUEN- TEMENTE	SEMPRE
39 - Sinto-me preocupada com o risco de transmitir HPV ao(s) meu(s) parceiro(s)	☐	☐	☐	☐	☐
40 - Penso que fui enganada pelo(s) meu(s) parceiro(s) por ter adquirido HPV	☐	☐	☐	☐	☐
41 - Tenho sentimento de raiva pelo meu parceiro devido possibilidade de ele ter me transmitido HPV	☐	☐	☐	☐	☐
42 - Tenho apoio de meus familiares frente ao diagnóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐
43 - Recebo de meus amigos todo apoio que necessito frente ao diagnóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐
44 - Compartilho o diagnóstico de HPV com algum(a) membro da minha família	☐	☐	☐	☐	☐

QUESTIONÁRIO

EQUAVLI-HPV

	NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUEN- TEMENTE	MUITO FREQUEN- TEMENTE	SEMPRE
45- Recebo de meu(s) parceiro(s) todo apoio que necessito frente ao diagnóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐
46- Compartilho minhas dúvidas, anseios ou medos que sinto frente ao meu diagnóstico de HPV com o meu(s) parceiro(s)	☐	☐	☐	☐	☐
47- Compartilho informações sobre o diagnóstico de HPV com meu(s) parceiro(s)	☐	☐	☐	☐	☐

	DE MANEIRA ALGUMA	UM POUCO	MODERA- DAMENTE	BASTANTE	EXTREMA- MENTE
48- A frequência das minhas relações sexuais mudou após o diagnóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐
49- Meu cotidiano de trabalho passou por mudanças devido ao diagnós- tico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐

QUESTIONÁRIO

EQUAVLI-HPV

	DE MANEIRA ALGUMA	UM POUCO	MODERA- DAMENTE	BASTANTE	EXTREMA- MENTE
50- O relaciona- mento com o(s) colega(s) de traba- lho mudou após a descoberta do meu diagnóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐
51- O relacionamen- to com familiares mudou após a descoberta do meu diagnóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐
52- Considero-me culpada por ter adquirido HPV	☐	☐	☐	☐	☐
53- Sinto-me des- confortável com a minha imagem	☐	☐	☐	☐	☐
54- Sinto-me inse- gura na relação afetiva com meu parceiro após o diagnóstico de HPV	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO A

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Av. Bandeirantes, 3900 - 8º andar - Ribeirão Preto-SP - CEP 14049-900
Fone (016) 3602-2231 - Fax (016) 3633-1028

Ribeirão Preto, 20 de junho de 2017

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a pós-graduanda Natália Maria Vieira Pereira a desenvolver seu projeto de pesquisa intitulado "Elaboração de uma escala para avaliação da qualidade de vida de mulheres com Papilomavírus Humano – EQUALI-HPV" no Serviço de Moléstias Infectocontagiosas em Ginecologia e Obstetrícia (SEMIGO) do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

Atenciosamente

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Silvana', followed by a horizontal line.

Profª Drª Silvana Maria Quintana

Professora Associada do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia - FMRPUSP

ANEXO B

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Elaboração de uma escala para avaliação da qualidade de vida de mulheres com Papilomavírus Humano EQUALI-HPV

Pesquisador: Natália Maria Vieira Pereira

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 38995114.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.427.851

Apresentação do Projeto:

Trata-se da avaliação das respostas às pendências

Objetivo da Pesquisa:

Sem alteração

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alteração

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alteração

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Inseriu o horário de funcionamento do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP;
- Reestruturou o TCLE para melhor leitura e entendimento dos participantes;
- Esclareceu que a divergência do número de participantes é devido a uma emenda que solicitou um acréscimo de 300 participantes na pesquisa. Portanto, somando-se o número de participantes da primeira fase (15) com a segunda fase (300) tem-se um total final de 315.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Visto que todas os questionamentos foram respondidos, considera-se o projeto aprovado.

**USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP**

Continuação do Parecer: 2.427.851

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_964443_E2.pdf	05/12/2017 11:06:26		Aceito
Outros	Oficio_resposta.pdf	05/12/2017 11:05:14	Natália Maria Vieira Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_versao_5.pdf	04/12/2017 21:25:45	Natália Maria Vieira Pereira	Aceito
Outros	Emenda.pdf	19/09/2017 16:46:12	Natália Maria Vieira Pereira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto4.pdf	13/09/2017 16:26:10	Natália Maria Vieira Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao4.pdf	15/08/2017 14:21:59	Natália Maria Vieira Pereira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/07/2017 16:29:47	Natália Maria Vieira Pereira	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	18/07/2017 16:23:29	Natália Maria Vieira Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_instituicao_Dra_Silvana.pdf	18/07/2017 16:19:05	Natália Maria Vieira Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 11 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)