



VIVÊNCIA DAS MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO
EXPERIENCE OF WOMEN DIAGNOSED WITH CERVICAL CANCER SUBMITTED TO SURGICAL TREATMENT
VIVENCIA DE LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO SOMETIDAS A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Julia Ruth Toledo da Silva¹, Tania Maria Ascari², Marson Luiz Klein³, Rosana Amora Ascari⁴

RESUMO

Objetivo: conhecer como as mulheres diagnosticadas com Câncer de Colo de Útero (CCU) vivenciam o diagnóstico, tratamento cirúrgico e seu retorno às atividades diárias. **Método:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de entrevista semiestruturada. As entrevistas gravadas foram transcritas e submetidas à técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática. **Resultados:** emergiram quatro categorias: <<Sentimentos frente ao diagnóstico>>; <<Tratamento Cirúrgico>>; <<Retorno às atividades diárias>> e <<Assistência de Enfermagem>>. As mulheres apresentam medo, ansiedade e angústia perante o diagnóstico e o apoio familiar, a fé e o vínculo com os profissionais da saúde proporcionam conforto na fase de tratamento. Houve receio no retorno às atividades sexuais. **Conclusão:** a realização deste estudo ampliou o conhecimento das facetas que permeiam as vivências do diagnóstico, tratamento e retorno às atividades diárias por mulheres após tratamento cirúrgico de Câncer de Colo de Útero. **Descritores:** Neoplasias do colo do útero; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Saúde da Mulher; Enfermagem Cirúrgica.

ABSTRACT

Objective: to know how women diagnosed with Cervical Cancer (CC) experience diagnosis, surgical treatment and their return to daily activities. **Method:** a descriptive, qualitative approach developed in a semistructured interview. The recorded interviews were transcribed and submitted to the technique of Content Analysis, in the Thematic Analysis modality. **Results:** four categories emerged: << Feelings versus diagnosis >>; << Surgical Treatment >>; << Return to daily activities >> and << Nursing Assistance >>. Women experience fear, anxiety and distress before diagnosis, and family support, faith, and bonding with health professionals provide comfort in the treatment phase. There was a fear of returning to sexual activity. **Conclusion:** the accomplishment of this study increased the knowledge of the facets that permeate the experiences of the diagnosis, treatment and return to daily activities by women after surgical treatment of Cervical Cancer. **Descriptors:** Uterine Cervical Neoplasms; Surgical Procedures, Operative; Women's Health; Perioperative Nursing.

RESUMEN

Objetivo: conocer cómo las mujeres diagnosticadas con Cáncer de Cuello Uterino (CCU) experimentan el diagnóstico, tratamiento quirúrgico y su retorno a las actividades diarias. **Método:** estudio descriptivo, de abordaje cualitativo, desarrollado a través de entrevista semiestruturada. Las entrevistas grabadas fueron transcritas y sometidas a la técnica de Análisis de Contenido en la modalidad Análisis Temático. **Resultados:** surgieron cuatro categorías: << Sentimientos frente al diagnóstico >>; << Tratamiento quirúrgico >>; << Volver a las actividades diarias >> y << Asistencia de enfermería >>. Las mujeres presentan miedo, ansiedad y angustia ante el diagnóstico y, el apoyo familiar, la fe y el vínculo con los profesionales de la salud proporcionan bienestar en la fase de tratamiento. Se teme el retorno a las actividades sexuales. **Conclusión:** la realización de este estudio amplió el conocimiento de las facetas que permean las vivencias del diagnóstico, tratamiento y retorno a las actividades diarias por mujeres después del tratamiento quirúrgico de Cáncer de Cuello Uterino. **Descriptores:** Neoplasias del Cuello Uterino; Procedimientos Quirúrgicos Operativos; Salud de la Mujer; Enfermería Perioperatoria.

¹Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina/UDESC. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: julia.ruth.enfermagem@gmail.com; ²Enfermeira e Psicóloga, Professora Mestre em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina/UDESC. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: tania.ascari@udesc.br; ³Enfermeiro, Professor Mestre em Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina/UDESC. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: marson_k@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina/UDESC. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: rosana.ascari@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Nesses últimos 30 anos, foram várias as conquistas obtidas pelas mulheres nas diversas áreas da sociedade. Em especial, na área da saúde, foi repensada a saúde da mulher enquanto questão de saúde pública, para que fossem atendidas além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Destaca-se a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu o controle dos Cânceres do Colo do Útero (CCU) e da mama e, mais tarde, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCU), devido à alta incidência de mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil e no mundo.¹

Na análise regional de incidência do câncer de colo de útero no Brasil, a região Norte se destaca como primeira mais incidente, com 23,97 casos por 100 mil mulheres. As regiões Centro-Oeste e Nordeste ocupam o segundo lugar, com taxas de 20,72/100 mil e 19,49/100 mil, respectivamente. Na região Sudeste, o câncer de colo de útero é o terceiro mais incidente, com 11,3/100 mil e o Sul ocupa o quarto lugar, com 15,17/100 mil. No entanto, em relação à mortalidade, a região Norte apresenta os maiores índices do país, sendo a primeira causa de óbito por câncer em mulheres, enquanto as regiões Sul e Sudeste tiveram as menores taxas de mortalidade por câncer nesta população.²

O CCU, também chamado de cervicouterino, é uma afecção progressiva, iniciada com transformações intraepiteliais que correspondem às lesões leves displásicas, em sua maioria, causadas pelo Vírus Papilomavírus Humano (HPV). Estas lesões evoluem para severas e para carcinoma devido à replicação celular desordenada.² No caso de não tratadas, essas modificações celulares, devido às lesões intraepiteliais, evoluem para um câncer invasivo cervical escamoso, num período de dez a doze anos.²

A conduta terapêutica para o CCU se fundamenta no diagnóstico, estadiamento e prognóstico da doença. A partir do diagnóstico, realizado por meio de biópsia, o tratamento é indicado tendo como parâmetro a avaliação da localização, tamanho e tipo histológico do tumor. Quando a neoplasia se encontra em estadiamento inicial, o procedimento cirúrgico, chamado conização, possibilita a remoção completa do tumor e proporciona maiores chances de cura. A associação da radioterapia e/ou quimioterapia ao tratamento depende do estadiamento da doença e das características tumorais.³ Nesse

sentido, questiona-se: Como as mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero vivenciam o tratamento cirúrgico e seu retorno às atividades diárias?

Apesar dos avanços científicos para a prevenção e controle do CCU, este ainda apresenta elevados índices de novos casos e mortalidade, principalmente na população de mulheres socioeconomicamente menos favorecidas.⁴

OBJETIVO

- Conhecer como as mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero vivenciam o diagnóstico, tratamento cirúrgico e seu retorno às atividades diárias.

MÉTODO

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa,⁵ realizado por meio de entrevista semiestruturada com sete mulheres, em pós-operatório de câncer de colo de útero, no município de Chapecó-SC, Brasil.

O local desta investigação iniciou na Rede Feminina de Combate ao Câncer (RFCC) de Chapecó, Santa Catarina, Brasil. A escolha deste cenário ocorreu em virtude deste serviço ser referência no diagnóstico ambulatorial de alterações epiteliais do aparelho reprodutor feminino, por assistir um número elevado de mulheres, o que possibilitou o acesso às participantes do estudo ora proposto.

A RFCC de Chapecó é uma entidade filantrópica, com o objetivo de promover a saúde das mulheres por meio de orientações visando ao autocuidado, além de realizar exames ginecológicos de detecção do câncer de colo de útero e de mama. Foi fundada em 28 de agosto de 1982, iniciativa que se deu por Ligia Sperandio, que se inspirou na entidade já existente em Florianópolis e, também, pela demanda da população acometida por câncer na região de Chapecó.⁶ A RFCC de Chapecó coleta quase 50% dos exames citopatológicos do colo de útero do município, ultrapassando sete mil exames/ano.⁶

Foram elegíveis mulheres cadastradas na RFCC de Chapecó/SC, com 18 anos ou mais, diagnosticadas com câncer do colo do útero e submetidas a tratamento cirúrgico, no ano de 2015. A RFCC de Chapecó disponibilizou lista nominal de dez mulheres diagnosticadas e submetidas a tratamento cirúrgico de câncer de colo de útero, no ano de 2015, que foram convidadas, via telefone, a participar da pesquisa, com agendamento prévio para a visita domiciliar. Foram excluídas do estudo as

Silva JRT da, Ascari TM, Klein ML et al.

mulheres não encontradas após três tentativas para a visita domiciliar ou institucionalizadas no período da produção de dados.

A produção de dados foi concretizada por meio de entrevista semiestruturada realizada pelas pesquisadoras, durante a visita domiciliar, antecipadamente agendada, e gravada com a autorização prévia das participantes. A opção de abordagem da mulher em seu domicílio decorre de que o ambiente domiciliar pode deixar o entrevistado mais à vontade. Além da entrevista, foi aplicado questionário para a caracterização da amostra, contendo dados sociodemográficos, antecedentes gineco-obstétricos e estilo de vida, no período de setembro de 2016.

As entrevistas gravadas foram transcritas e submetidas à técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática, seguindo etapas predefinidas, a saber: pré-análise; exploração do material e o tratamento dos resultados; inferência e interpretação.⁵ Os dados para a caracterização da amostra sofreram análises estatísticas descritivas.

Os dados coletados foram despersonalizados, utilizando-se codinomes por ordem de participação. Por exemplo, a primeira mulher a participar da pesquisa foi identificada por M1, a segunda, M2 e assim sucessivamente.

Este estudo seguiu as diretrizes da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde,⁷ que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e foi desenvolvido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, sob o CAAE n° 55716416.4.0000.0118.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mulheres foram convidadas via telefone a participar deste estudo, com agendamento prévio para a visita domiciliar. Das dez mulheres diagnosticadas com CCU no ano de 2015 e submetidas a tratamento cirúrgico no mesmo ano, duas não aceitaram participar do estudo e outra justificou que estava em viagem no período de produção de dados, o que resultou em sete mulheres participantes deste estudo.

A seguir, apresentam-se os resultados do estudo segundo o perfil sociodemográfico, os antecedentes gineco-obstétricos e o estilo de vida das mulheres.

Quanto ao perfil sociodemográfico, houve predominância da faixa etária entre 36 e 45 anos (44%), com até ensino fundamental (44%), com companheiro fixo (72%), de cor

Vivência das mulheres diagnosticadas com câncer...

branca (72%), religião católica (57,14%) e satisfeita quanto à renda familiar (86%).

Neste estudo, não houve prevalência de uma profissão/ocupação, apresentando-se, de maneira diversificada, tais como: servente de obras (14,28%); professora (14,28%); diarista (14,28%); cuidadora (14,28%); costureira (14,28%); babá (14,28%) e vendedora (14,28%).

No que se refere aos antecedentes Gineco-Obstétricos de mulheres pós-tratamento cirúrgico por Câncer de Colo de Útero, elas possuem histórico de câncer da família (42%), tiveram a primeira relação sexual antes dos dezoito anos de idade (71%), possuem filhos (86%) e relataram mais de um aborto espontâneo (14,28%).

Acerca do estilo de vida, não são tabagistas (86%), não consomem bebida alcoólica (58%), dormem de seis a oito horas por dia (100%), não tiveram problemas de saúde no último ano (86%) e praticam exercícios físicos (42%).

A partir da análise de conteúdo das entrevistas realizadas com mulheres com câncer de colo de útero submetidas a tratamento cirúrgico, emergiram quatro categorias, a saber: Sentimentos frente ao diagnóstico; Tratamento Cirúrgico; Retorno às atividades diárias e Assistência de Enfermagem, que são apresentadas a seguir.

♦ Sentimentos frente ao diagnóstico

Essa categoria aponta os sentimentos enfrentados frente ao diagnóstico, os desafios confrontados, o apoio familiar e amigos e a importância da equipe multiprofissional. Receber o diagnóstico de câncer traz consigo uma série de sentimentos que variam de indivíduo para indivíduo. A forma de perceber o problema de saúde e enfrentá-lo pode sofrer influências decorrentes das interpretações sociais construídas ao longo da vida. Em uma revisão integrativa, que buscou analisar os principais sentimentos acarretados pelo diagnóstico de CCU, evidenciou-se o predomínio do sentimento de desespero e medo, negação e vergonha.⁸ Neste estudo, houve relato dos sentimentos de desespero e medo, tais como:

Ah, não foi fácil na verdade, né. A gente ficou uns dias bem abatida, né, preocupada [...] me pegou meio de surpresa. Porque eu estava fazendo bem certinho meus exames [...] nunca tinha dado nada. [...]. (M4)

Assustador, eu entrei em pânico! (M5)

Fiquei bem preocupada [...] nem consegui perguntar tudo pro médico, sabe? Porque eu fiquei meiaaa...[...] meio aérea. (M6)

O diagnóstico de câncer leva a mulher a desenvolver estratégias de enfrentamento de acordo com suas concepções pessoais e

sentimentos relacionados à doença, a fim de adaptar-se a essa realidade, da melhor forma possível, e construir novos caminhos em sua vida.⁹ Assim, vale considerar aspectos sociais e culturais da mulher, podendo associar a modalidades de enfrentamentos adotados, destacar o apoio familiar ou social, a religiosidade ou o vínculo e comunicação com equipe de saúde. Esses são os meios de apoio emocional mais observados.¹⁰

[...] eu fui sozinha e fiquei sabendo daquela notícia, daí, fiquei triste. Na segunda vez, eu pedi para meu esposo ir junto para me acompanhar, daí fiquei mais tranquila [...]. (M4)

[...] Nossa, eu fiquei muito nervosa. Eu estava com minha cunhada, chorei um monte. Mas, depois, passa [...]. (M3)

[...] como eu conversei com outras pessoas. Que já, também, tiveram esse problema [...] Aí, então, eu fiquei mais tranquila [...]. (M4)

[...] eu tive bastante fé [...] orando a Deus, eu estou entregue nas mãos do senhor Deus, nosso pai. (M4)

A espiritualidade é considerada “alicerce” para o enfrentamento do processo de adoecimento. Para as pacientes, a espiritualidade compreende a busca de significado e sentido para o processo de adoecimento. Um estudo aponta que a espiritualidade proporciona força para a superação, coragem, alívio no sofrimento, ajudando na adesão e adaptação ao tratamento.¹¹

A fé auxilia para o enfrentamento do câncer, assim como para suportar os desafios causados pelos tratamentos ou, até mesmo, o medo da morte. Por isso, a fé é apontada como um instrumento importante para o paciente e sua família no enfrentamento diante do diagnóstico e tratamento, por sua tendência de promover conforto e esperança na superação da doença.¹²

Pensamento positivo é muito importante [...] é muito importante ter fé. (M2)

Tudo tem o seu tempo, tudo tem que ter fé em Deus [...]. (M3)

Desde os primórdios, o ser humano preocupa-se em entender a vida e a morte, o que dá significado à sua presença no mundo, sobretudo, para enfrentar as adversidades. Nesse sentido, a espiritualidade e a religiosidade se fazem cada vez mais presentes em momentos de fragilidade, como no caso do adoecimento, em que os indivíduos tendem a sentir necessidade do apoio espiritual e religioso.¹³ E, na perspectiva da espiritualidade, a Enfermagem deve apropriar-se de elementos como o

acolhimento carinhoso e a escuta, permitindo que o paciente expresse suas próprias necessidades. Profissionais que atuam no âmbito domiciliar devem estar preparados para os cuidados paliativos espirituais, primando pelo cuidado técnico, ético e espiritual.¹⁴

A ansiedade ou a tensão são sentimentos normais de se ter ao estímulo estressor que, nesse caso, é o diagnóstico de câncer e o tratamento cirúrgico. Entretanto, já sentir-se preocupada envolve desde o contexto familiar, a religiosidade e as orientações promovidas no pré-operatório. A confiança de que dará tudo certo deve ser um cuidado de inteira responsabilidade da equipe multiprofissional, de modo a minimizar os sentimentos negativos, no intuito de transpor as repercussões da doença ao bem-estar da paciente,¹⁵ como observado na fala:

[...] postão lá do Norte, que lá tinha aconselhamento e tudo sobre as doenças. [...] fui lá ver com eles sobre esses exames, né? E pegar mais informações sobre a doença e tudo. Aí, eles me orientaram [...]. (M4)

Enfatiza-se, aqui, a importância do papel da Estratégia Saúde da Família (ESF), por representar um modelo de atenção voltada para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, com o objetivo de criar vínculo entre equipe de saúde e usuário.¹⁶ Dessa forma, há maior facilidade de acesso, comunicação e troca de informações com a população, tirando dúvidas, medos e anseios e proporcionando conhecimento adequado acerca da doença.

O tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento surgiu nas entrevistas como um desafio enfrentado, pois gerou algum tipo de angústia e dúvidas sobre sua condição clínica. Observam-se nas falas:

Eu fiquei ansiosa, mas eu questionei [...] se você não conseguir de imediato a cirurgia, tem perigo de que, em um ano, eu ter outros comprometimentos [...] em dois meses, ele conseguiu marcar. [...] Essa espera é a maior angústia. (M2)

Daí até vim a biópsia, você fica imaginando mil e mil coisas, né. (M3)

Um estudo, que buscou identificar as principais dificuldades enfrentadas para o percurso do acesso e itinerário terapêutico dos pacientes com câncer, verificou que a distância percorrida pelo paciente reflete no diagnóstico tardio da doença. E indivíduos socioeconomicamente menos favorecidos estão mais expostos às desigualdades de acesso à saúde e o nível de preocupação

Silva JRT da, Ascari TM, Klein ML et al.

aumenta diante do diagnóstico e tratamento.¹⁷

A realização da biópsia representa o ápice do caminho percorrido em direção ao diagnóstico, ou seja, é nesse momento que a mulher centraliza suas forças nos pensamentos positivos de que não será uma doença maligna e, após sua realização, entra em um estágio de angústia, pois nada pode ser feito antes do resultado da biópsia, que demora alguns dias. Durante esse tempo, a mulher vivencia momentos de esperança e desesperança marcados, principalmente, por ansiedade.¹⁸ Conforme as narrativas:

[...] tu vai lá fazer um exame e acha que vai morrer [...]- M3.

Já imaginei mil coisas, que pudesse estar espalhado pelo meu corpo inteiro e que ia morrer. (M7)

Me encaminharam para uma conização, aí veio o resultado da biópsia que já tinha se invadido e se transformado num câncer. Aí, ele encaminhou para cirurgia novamente, daí, eles decidiram fazer outro procedimento [...]. (M5)

◆ Tratamento cirúrgico

Essa categoria evidencia alguns pontos quanto à escolha terapêutica; o medo do retorno da doença após o tratamento e as dúvidas que surgiram no pré e no pós-operatório. O tratamento é indicado à mulher com base no estadiamento tumoral, tipo histológico, idade e recursos disponíveis; tudo isso acordado entre o paciente e médico, podendo este ser assinalado, por meio de cirurgias radicais ou conservadoras, quimioterapias, radioterapias e a associação dessas.³⁻⁴

Este estudo não tem a intenção de julgar as condutas terapêuticas de tratamento oncológico e os serviços oferecidos, mas constatou-se que a escolha terapêutica se deu exclusivamente pelo médico, conforme as falas:

Explicaram o que iam tirar. E até por mim, eu tiraria tudo, né? Mas ele não quis. (M3)

[...] um médico falava uma coisa, outro médico falava outra. Uns queriam tirar, outros não queriam tirar o útero. Essa dúvida deles que me deixou mais insegura e com mais dúvida ainda. (M5)

Percebe-se, também, que a abordagem do tratamento foi inespecífica, não transparecendo o que seria realizado com clareza, ou seja, não especificando o que seria feito, quanto tempo demoraria, os efeitos desejados e indesejados, observado, nos relatos, que a aceitação das condutas prescritas veio por parte das mulheres:

Vivência das mulheres diagnosticadas com câncer...

[...] ele me explicou, mas eu não entendi muito bem. [...] Daí, depois, quando eu voltei na consulta, que ele explicou que foi só retirado um pedaço ali assim, assim. (M4)
Me encaminharam para uma conização, aí veio o resultado da biópsia que já tinha se invadido e se transformado num câncer. Aí, ele encaminhou para cirurgia novamente, daí eles decidiram fazer outro procedimento. (M5)

É comum o paciente ter vergonha da sua ignorância sobre assuntos que julga serem óbvios para o médico. Desta forma, as pacientes geralmente deixam de perguntar suas dúvidas com os médicos por sentirem vergonha ou não se sentirem à vontade para questioná-los. Ou, ainda, por não quererem saber naquele momento.¹⁹

[...] conversei com o doutor e ele disse que eu ia melhorar, né? Só que eu não quis perguntar muita coisa, assim [...]. (M4)

[...] nem consegui perguntar tudo pro médico, sabe? Porque eu fiquei meiaaa [...]. (M6)

A relação terapêutica entre profissional de saúde e paciente deve estabelecer uma permeabilidade entre o conhecimento e as necessidades de informações, para que haja a participação do paciente na resolução de suas necessidades de cuidado, por meio da aquisição de conhecimentos, o que, consequentemente, aumenta a autonomia ao paciente, incentivando a busca de seus limites, ajudando-o a estabelecer suas opiniões sobre o sentido do processo saúde e doença.²⁰

Os procedimentos, condutas e rotinas terapêuticas, embora existam para restabelecer e promover o bem-estar do paciente, são percebidos como ameaçadores, agressivos e invasivos, aumentando os sentimentos de impotência, vulnerabilidade e fragilidade. Além de desencadear medo da recidiva da doença ou da própria morte.²¹ Corroboram com as falas a seguir:

[...] minha principal dúvida e medo era que se eu não ia mais poder ter filhos e se não iria mais sentir prazer na relação sexual. (M7)

Várias dúvidas [...] se tendo só um pedaço do útero, você consegue ter filhos. (M3)

[...] o medo do retorno, de voltar, né. Como eu não retirei o útero inteiro, né? [...] eu fiquei com medo que voltasse. (M5)

O sentimento de medo, a incerteza da eficácia do tratamento e o medo da recidiva do câncer sempre serão sentimentos que circundam pessoas expostas a tal diagnóstico, suscitando reflexões acerca das vulnerabilidades humanas expressas nas dúvidas e nos seus anseios.²²

◆ Retorno às atividades diárias

Nessa subcategoria, são abordadas as questões quanto à sexualidade após o tratamento; o estilo de vida e quais os serviços acompanharão a paciente após o tratamento cirúrgico. O câncer ginecológico afeta diferentes dimensões da vida da pessoa do sexo feminino, tanto em nível físico, como sociocultural e psicológico. O efeito da doença na mulher é altamente significativo, já que sua constituição feminina fica comprometida após o diagnóstico.²³

Embora o tratamento traga benefícios, os efeitos adversos agudos ou tardios parecem interferir de forma negativa na qualidade de vida das pacientes, principalmente, relacionados à função sexual.²⁴ Dessa forma, percebe-se que a sexualidade, no referido estudo, foi vivenciada de maneira negativa pelas participantes, percebendo que sentimentos de medo, insatisfação e incerteza associam-se à prática da atividade sexual, como mostram os relatos a seguir:

Assim, na verdade, não estou muito satisfeita. Porque, assim, às vezes, eu custo para me concentrar, sabe? Eu fico com medo. Porque teve algumas vezes que eu tive relação e, eu não sei se foi a posição, me doía bem de um lado. Não foram todas as vezes, mas algumas, eu desconfio que foi a posição. (M4)

Eu fiquei preocupada, desconfortável, pensando que eu podia me machucar, meu colo do útero, ou que não estava dando prazer ao parceiro. Mas foi só uma fase, um período difícil. Mas agora, hoje em dia, eu estou bem [...] só nos primeiros meses eu me senti desconfortável, depois, voltou tudo ao normal, como se nada tivesse acontecido. (M7)

Não pelo parceiro, mas por eu estar em processo de recuperação e entrando na menopausa. Daí, tem aquele desconforto algumas vezes, né. (M5)

[...] eu antecipei o processo da menopausa precoce, né? Daí, agora, eu entrei na menopausa, eu tive todos os sintomas da menopausa, por causa da retirada do colo do útero. Segundo o médico, era uma das consequências que podia acontecer. (M5)

A sexualidade é inerente ao ser humano, sendo vigente ao modo que somos. A mulher com CCU demonstra sentimentos de fragilidade, tensão, dúvidas e, principalmente, o medo do novo, o que, de certa forma, fragiliza emocionalmente a mulher.²⁵

Um estudo verificou que a dispareunia é o principal fator contribuinte para o desenvolvimento da disfunção sexual em mulheres com CCU pós-tratamento cirúrgico.

E, apesar de sentir vontade de manter a atividade sexual, a mulher tem medo do ato sexual e, conseqüentemente, evita o mesmo, o que pode influenciar negativamente na vida conjugal do relacionamento de populações frente a essa realidade.²⁶

A falta de comunicação sobre questões sexuais pode gerar um desentendimento e, suscetivelmente, um sentimento de rejeição.²⁷ A atividade sexual afetada pode influenciar na intimidade do relacionamento, devido à redução do contato físico, comunicação de sentimentos e ações íntimas. Portanto, o tratamento cirúrgico de CCU é capaz de ocasionar disfunções sexuais e comprometer a qualidade de vida dessas mulheres.²⁸

Os profissionais da saúde devem estar atentos a esse tipo de acontecimento, para tentar desenvolver estratégias, a fim de estimular a interação e aceitação do casal frente às alterações causadas pelo câncer, por meio de uma abordagem sobre questões sexuais e aconselhamentos sobre a doença.²⁹ Compreende-se o papel do companheiro como um apoio emocional, afetivo, físico e social e que pode preservar a qualidade de vida da paciente.³⁰

Os processos que englobam a vivência de uma doença como o câncer promovem diferentes mudanças, tanto na vida da mulher, quanto no contexto familiar e social. As mudanças originadas após os tratamentos antineoplásicos são decorrentes de um novo significado atribuído à vida, evidenciado pela inserção de hábitos antes pouco praticados e/ou valorizados em seu cotidiano e ainda pela reavaliação de alguns conceitos pré-existentes. Algumas dessas modificações ocorrem imediatamente após a mulher descobrir o diagnóstico de câncer; outras, ao iniciar os tratamentos, e ainda outras acontecem como consequência de todo esse processo.¹²

Percebe-se que as mudanças mais presentes no cotidiano das mulheres entrevistadas neste estudo foram a mudança quanto aos hábitos saudáveis de vida, ressignificando a importância da prevenção, associada à realização do exame preventivo, constatada nas falas:

Daí eu comecei a me equilibrar mais emocionalmente e começar a me cuidar mais na alimentação. (M2)

[...] com certeza muda, sabe? Porque a gente começa a repensar mais na nossa vida, na nossa saúde, que a gente deixa um pouco de lado nosso próprio corpo [...] e que, quando você está com uma doença que pode comprometer a sua vida, você pensa em

melhorar sempre. Em fazer com que a gente se torne mais saudável, fazer com que isso não volte. (M7)

[...] Que não é para esquecer de fazer o preventivo, nenhum ano! (M6)

Ah, mudou! Mudou na questão em relação de [...] que a cada seis meses tem que sempre fazer acompanhamento por dois anos. (M4)

Desenvolver hábitos saudáveis melhora significativa a qualidade de vida da pessoa, proporcionando menores chances do retorno do câncer.³¹ Um estudo aponta que em mulheres, após o diagnóstico e tratamento de câncer, é comum ocorrerem alterações de alguns comportamentos decorrentes do desejo de terem uma qualidade de vida melhor e, para isso, as pessoas desenvolvem hábitos de vida mais saudáveis, principalmente, aqueles relacionados à alimentação e à prática de atividade física.³²

No que se refere aos serviços de acompanhamento pós-tratamento cirúrgico, todas as participantes relataram frequentar apenas a RFCC, sendo que este serviço é composto por uma equipe de médicos, enfermeiros e técnicos de Enfermagem.³³

Não, eu fui só lá na Rede Feminina. (M6)

Não, eu só tive acompanhamento mesmo pela rede feminina. (M7)

A assistência à mulher com CCU prevê atendimento de forma integral e humanizada.³⁴ Objetivo almejado, a partir da inserção do mesmo nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), traçando uma linha de cuidado para a neoplasia cervicouterina, a partir de suas necessidades.³⁵ A UBS tem um papel importante na atuação do projeto terapêutico singular, pois vai coordenar o cuidado, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, atuando como centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção e responsabilizando-se pelo cuidado, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, objetivando a gestão compartilhada da atenção integral.³⁵

Nos relatos, observou-se que a escolha de optar apenas pelo serviço da RFCC partiu de vontade própria, devido ao melhor acolhimento, agilidade e organização, segundo relatos:

Eu me senti melhor lá na Rede. No posto, é menos agilidade, menos interesse, isso eu senti [...] mas é que se compreende que tem tantas pessoas [...] na Rede, o andamento das coisas é organizado. Você é atendida logo, não tem tanto tempo de espera. Se você tem dúvidas, elas conseguem te responder. Se elas não sabem, elas combinam contigo e te respondem [...] é muito boa. (M2)

[...] cair nas mãos da rede feminina foi muito bom! Eles tratam a gente muito bem. (M3)

◆ Assistência de Enfermagem

Na atenção primária, cabe ao enfermeiro ter sua atenção voltada para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, com o objetivo de estabelecer um vínculo com a paciente que pertence ao grupo de risco, quando relacionado ao câncer de colo de útero. Na atenção secundária e terciária, o enfermeiro oferece apoio no hospital e em serviços diagnósticos e terapêuticos, consultas e exames especializados. O cuidado do enfermeiro é de suma importância para o bom funcionamento das unidades, seja no cuidado de equipamentos, monitorização, procedimentos, orientações, esclarecimentos de dúvidas ou até ouvir a paciente e seu familiar.³⁶

Neste estudo, houve mais associações da assistência de Enfermagem no âmbito hospitalar do que na atenção básica, conforme relatos, a seguir, das orientações recebidas da Enfermagem:

Elas me disseram que eu deveria ter um cuidado [...] que não era para eu erguer peso, ficar um pouco deitada, essas coisas. (M1)

[...] os procedimentos normais, né, questão de roupa, questão de nada de metal, a questão da organização do meu corpo, né? Da higiene e tal, as coisas que já vêm de rotina. (M2)

Ah, os cuidados que se deve tomar, né? Não erguer muito peso, não ter relações. (M3)

E os enfermeiros me auxiliaram em algumas coisas que eu precisava, né? Ficaram por ali [...]. (M4)

Foram orientações do médico. Elas também comentaram quando vieram fazer, como eu digo, antes de eu fazer a cirurgia, né? Elas também comentaram que tinha que ficar de resguardo. (M6)

É no período do pré-cirúrgico que o enfermeiro deve fornecer as informações sobre o procedimento cirúrgico, reações adversas, cuidados específicos, orientações quanto ao preparo para a cirurgia, esclarecimento das rotinas do centro cirúrgico, sobre a anestesia e questionamentos que abrangem o período do pós-operatório até a alta hospitalar.³⁷ Percebe-se, nos relatos, que houve algumas negligências por parte dos profissionais da Enfermagem, que não se detiveram a mais informações ao paciente, entretanto, as pacientes relataram satisfação quanto à assistência prestada pelos profissionais da

Silva JRT da, Ascari TM, Klein ML et al.

Enfermagem, como se observa nas seguintes falas:

Elas me atenderam bem lá. Eu gostei. [...] na verdade, não falaram muita coisa. Foi só o doutor que me disse que não podia ter relações por tantos dias, não erguer peso [...] mas a Enfermagem não falou muita coisa. Só na hora que eu levantei que fui no banheiro, elas me ajudaram [...]. (M4)

Da Enfermagem [...] lá, as enfermeiras, foram bem atenciosas, elas foram bem prestativas, me ajudaram quando eu acordei. Daí, eu comecei a chorar muito sem motivo. Elas me deram incentivo, me levaram até o banheiro, me explicaram [...] falaram que eu poderia ter sangramento, mas que esse sangramento era normal. E elas me deixaram mais tranquila. (M7)

Dessa forma, a percepção quanto à qualidade do atendimento dos profissionais de Enfermagem está relacionada à comunicação empática, ao acolhimento das dúvidas e preocupações e ao fornecimento de informações às pacientes, deixando-as mais calmas e seguras. Em outro estudo, que buscou perceber o processo saúde-doença das mulheres com câncer cervicouterino, verificou-se que as pacientes se sentem seguras com os profissionais de Enfermagem.³⁸

CONCLUSÃO

Vivenciar o tratamento cirúrgico para câncer de colo de útero provoca diferentes dimensões de sentimentos que antecedem o próprio ato cirúrgico, até o retorno às atividades diárias. Nessa perspectiva, observou-se, na vivência do diagnóstico de CCU, a presença de sentimentos como medo, ansiedade e angústia. E que, com o apoio da família, amigos, profissionais da saúde e religião, as pacientes conseguiram enfrentar esses sentimentos negativos, aceitando a doença e o tratamento de uma forma menos drástica e dolorosa.

A escolha terapêutica não se deu de forma conjunta, paciente e médico. Deu-se de forma pouco clara e compreensível, causando, na mulher, dúvidas quanto à eficácia do tratamento, angústia e medo dos efeitos adversos que o mesmo poderia gerar, como o medo de não poder mais ter filhos, do retorno da doença e sobre as questões sexuais.

O tratamento cirúrgico-ginecológico afeta diretamente as dimensões psicossociais do indivíduo submetido a tal procedimento. Percebeu-se que as questões de sexualidade foram intimamente afetadas, evidenciando sentimentos de tensão, fragilidade e medo, além de dispareunia e desconforto no ato sexual, sendo esses fatores negativos e que

Vivência das mulheres diagnosticadas com câncer...

podem influenciar na vida conjugal dessas mulheres. Entretanto, o pós-cirúrgico proporcionou mudanças positivas no estilo de vida dessas mulheres. A busca por uma vida mais saudável e o estabelecimento de um vínculo com o serviço de saúde foram evidenciados na vivência do pós-cirúrgico.

O perfil encontrado das mulheres pós-tratamento cirúrgico de CCU foi de mulheres com idade entre 36-45 anos; com escolaridade até o ensino fundamental; com parceiro fixo; de cor branca; católica; sem uma ocupação específica para caracterizar esta amostra; apresentando satisfação quanto à renda familiar; com histórico de câncer na família; idade da primeira relação sexual entre os 16-18 anos; que realizam anualmente o exame citopatológico; apresentando de três a mais gestações e nenhum aborto; não são tabagistas e nem ingerem bebidas com álcool; dormem mais de oito horas por dia; não tiveram nenhum problema de saúde no último ano e não praticam exercício físico. Tal perfil pode servir de alerta para as equipes de saúde promoverem rastreamento de populações mais vulneráveis e expostas.

Quanto à percepção das mulheres diagnosticadas com CCU acerca da assistência de Enfermagem, foi associada à Enfermagem mais no âmbito hospitalar, vinculando um bom atendimento com um acolhimento, uma simples ajuda ao se levantar do leito, uma comunicação empática e o fornecimento de informações. Elas consideram que o enfermeiro é percebido como um ponto de referência, estabelecendo uma condição de confiança e cumplicidade.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (Org.) (BR). Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama: Proposta de Fortalecimento das Ações de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama. 092011 th ed. Brasília-DF, [Internet]. 2011. 20 p. Nota técnica 09/2011. Available from: <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2011/01/NT-n.-0911-%E2%80%93-Programa-Nacional-de-Controle-do-Ca%CC%82ncer-do-Colo-do-U%CC%81tero-e-de-Mama.pdf>
2. Inca - Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer de Colo de útero: Conceito e Magnitude. 2014. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude

3. Frigato S, HOGA LAK. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. Rev Brasil Cancerol [Internet]. 2003 [cited 2016 Nov 04];4(49):2009-14. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/artigo1.pdf
4. Diz MDPE, Medeiros RB. Câncer de colo uterino - fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento. Rev med [Internet]. 2009 Jan/Mar [cited 2015 Oct 03];88(1):7-15. Available from: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/42183/45856>
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12th ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
6. Chapecó, RFCC. Histórico da Rede Feminina de Combate Ao Câncer De Chapecó. 2016 [cited 2017 Mar 04]. Available from: <http://www.redefemininachapeco.org.br/entidade>
7. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012 do conselho Nacional de Saúde). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012 [cited 2016 Mar 04]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
8. Silva MAS, Teixeira BEM, Ferrari RAP, Cestaril MEW, Cardelli AAM. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. Rev Rene [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 02];16(4):532-9. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/2025/pdf>
9. Leite FMC, Amorim MHC, Castro DS, Primo C. Estratégias de Enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 07];25(2):211-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a09v25n2.pdf>
10. Ferreira VA, Silveira INT, Gomes NS, Ruiz MT, Silva SR. Qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico e mamário submetidas à quimioterapia. Rev Rene [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 04];2(16):266-74. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/2724/2108>
11. Pinto DS, Fuzii HT, Quaresma JAS. Prevalência de infecção genital pelo HPV em populações urbana e rural da Amazônia Oriental Brasileira. Cad Saúde Pública [online]. 2011 [cited 2016 Mar 11]; 27(4):769-78. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/16.pdf>
12. Salci MA, Marcon SS. Enfrentamento do Câncer em Família. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2011 [cited 2017 Abr 12];(20):178-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea23.pdf>
13. Cervelin AF, Kruse MHL. Spirituality and religiosity in palliative care: proposing a good death. J Nurs UFPE [on line]. 2015 [cited 2017 Mar 20];9(Suppl. 3):7615-24. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6353/pdf_7672
14. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Abrão FMS, Batista PSS, Oliveira RC. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 12]; 20(1):176-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0176.pdf>
15. Nascimento KTS, Fonsêca LCT, Andrade SSC, Leite KNS, Costa TF, Oliveira SHS. Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 03];1(23):108-14. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15598/12364>
16. Oliveira WMA, Barbosa MA, Mendonça BOM, Silva AA, Santos LCF, Nascimento LCD. Adesão de mulheres de 18 a 50 anos ao exame colpocitológico na estratégia saúde da família. Rev Enferm Referência [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 08];3(7):15-22. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlln7/serlln7a02.pdf>
17. Aquino RCA, Rodrigues M. Acesso e itinerário terapêutico dos pacientes com câncer: principais dificuldades enfrentadas para este percurso. Rev Saúde Com [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 08];12(1):488-96. Available from: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/317/360>
18. Salci MA, Marcon SS. Após o câncer: uma nova maneira de viver a vida. Rev Rene [Internet]. 2011 [cited 2016 Sept 23];12(2):374-83. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027975022.pdf>
19. Ferrari C, Herzberg V. Tenho câncer; e agora?: enfrentando o câncer sem medos e fantasias. Associação Brasileira de Câncer [Internet]. 1998 [cited 2016 Oct 08]; Available

from:

http://www.neoplasiaslitoral.com.br/informacoes/tenho_cancer_e_agora.pdf

20. Sonobe HM, Buetto LS, Zago MMF. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2016 Feb 20];45(2):342-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a05.pdf>

21. Silva SÉD, Cunha JO, Marques Beto AC, Costa JG, Trindade FA, Fonseca ALG, et al. As representações sociais do câncer de mama e no colo do útero no conhecimento da enfermagem brasileira. Rev Elet Gestão & Saúde [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 09];4(3):1130-45. Available from: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/525>

22. Silva SS, Aquino TAA, Santos RM. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. Rev Brasil Terapias Cognitivas [Internet]. 2008 [cited 2016 Sept 22];4(2):1-6. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n2/v4n2a06.pdf>

23. Vieira CP, Queiroz MS. “Representações Sociais sobre o Câncer Feminino: Vivência e Atuação Profissional”. Psicol Soc [Internet]. 2006 [cited 2016 Mar 28];18(1):63-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n1/a09v18n1.pdf>

24. Santos ALA, Moura JFP, Santos CAAL, Figueiredo JN, Souza AL. Avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com câncer do colo do útero em tratamento radioterápico. Rev Bras Cancerol. [Internet]. 2012 [cited 2016 Sept 20];58(3):507-15. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/21_artigo_avaliacao_qualidade_vida_relacionada_saude_pacientes_cancer_colo_uterio_tratamento_radioterapico.pdf

25. Melo RO, Moreira RCR, Lopes RLM. Cervical cancer precursor lesions: significance for women in a referral center in Brazil. J. res: fundam care [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 03];7(4):3327-38. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3993/pdf_1715

26. Ratner ES, Foran KA, Schwartz PE, Minkin MJ. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. Maturitas [Internet]. 2010 [cited 2016 Sept 20];66:23-6. Available from: [http://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(10\)00042-3/fulltext](http://www.maturitas.org/article/S0378-5122(10)00042-3/fulltext)

27. Cleary V, Hegarty J. Understanding sexuality in women with gynaecological

cancer. Eur J Oncol Nurs. [Internet]. 2011 [cited 2017 Mar 03];15(1):38-45. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20584629>

28. Corrêa CSL, Guerra MR, Leite ICG. Qualidade de vida em mulheres submetidas a tratamento para o câncer do colo do útero: uma revisão sistemática da literatura. Femina [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 03];41(3):131-40. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n3/a3880.pdf>

29. Fernandes WC, Kimura M. Qualidade de vida relacionada a saúde de mulheres com câncer de colo uterino. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2010 [cited 2016 Sept 20]; 18(3):[8 screens]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_10.pdf

30. Golbasi Z, Erenel AS. The quality of sexual life in women with gynaecological cancers. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 20];285(6):1713-17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22231721>

31. Prado BBF. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. Rev Cienc Cult. [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 10];66(1):21-4. Available from: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252014000100011&script=sci_arttext

32. Pereira PL, Nune ALS, Duarte SFP. Qualidade de Vida e Consumo Alimentar de Pacientes Oncológicos. Rev Brasil Cancerol [Internet]. 2015 [cited 2016 Sept 09];61(3):243-51.

33. RFCCb, Rede Feminina de Combate Ao Câncer de Chapecó. Equipe Profissional. 2016 [cited 2017 Feb 20]. Available from: <http://www.redefemininachapeco.org.br/profissionais>

34. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o rastreamento para o câncer de colo de útero. 2nd ed. Brasília, DF, MS, 2016 [cited 2017 Feb 21]. Available from: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes_para_o_Rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf

35. Brasil. Ministério da Saúde. Funções da Atenção Básica nas Redes de Atenção a Saúde. 1. ed. Brasília DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2016 [cited 2017 Feb 21]. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=funcoes_ab_ras

36. Salimena AMO, Oliveira MTL, Paiva ACPC, Melo MCSC. Mulheres portadoras de câncer de

Silva JRT da, Ascari TM, Klein ML et al.

Vivência das mulheres diagnosticadas com câncer...

colo de útero: percepção da assistência de enfermagem. Rev Enferm Centro Oeste Mineiro [Internet]. 2014 [cited 2016 Sept 21];4(1):909-20. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/401>

37. Reis MJ, Olimpio A, Demetrio R, Cesario S. Grupo de orientação pré-operatória na unidade de internação em ginecologia. In: simpósio de profissionais da Unicamp, 4., Rev Elet SIMTEC [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 21]. Available from: <http://www.sbu.unicamp.br/seer/ojs/index.php/simtec/article/view/7395>

38. Moraes MAA, Saleh AK, Martins ACP, Sailva CP, Dourado FS, Silva LM, et al. Processo saúde doença das mulheres com câncer cérvico uterino nas redes de atenção. Rev Univers Vale do Rio Verde [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 11];14(1):355-65. Available from: <http://revistas.unincor.br/index.php/revistauincor/article/view/2485>

Submissão: 25/03/2017

Aceito: 26/07/2017

Publicado: 15/08/2017

Correspondência

Rosana Amora Ascari
Rua 14 de Agosto, 807E, Ap. 301
Presidente Médice
CEP: 89801-251- Chapecó (SC), Brasil

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(Supl. 8):3258-68, ago., 2017