

INSTITUTOS SUPERIORES DE ENSINO DO CENSA
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS E DA SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES EM TRATAMENTO PARA CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO

Por

Célia Regina Martins de Andrade

Júlya Lemos Nunes

Maria Laura Bernaça Magalhães

Campos dos Goytacazes, RJ
Outubro/ 2025

INSTITUTOS SUPERIORES DE ENSINO DO CENSA
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS E DA SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES EM TRATAMENTO PARA CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO

Por

Célia Regina Martins de Andrade

Júlya Lemos Nunes

Maria Laura Bernaça Magalhães

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
em cumprimento às exigências para a
obtenção do grau no Curso de Graduação em
Enfermagem nos Institutos Superiores de
Ensino do CENSA.

Orientador: Eduardo Viana Ricardo, Esp. em Oncologia (UGF)

Campos dos Goytacazes, RJ
Outubro / 2025

Ficha catalográfica

Ficha Catalográfica

Andrade, Célia Regina Martins de
Qualidade de vida de mulheres em tratamento para câncer do
colo do útero / Célia Regina Martins de Andrade, Júlya Lemos
Nunes, Maria Laura Bernaça Magalhães - Campos dos Goytacazes
(RJ), 2025.

59 f.: il.

Orientador: Prof. Eduardo Viana Ricardo
Graduação em Enfermagem - Institutos Superiores de Ensino
do CENSA, 2025.

1. Enfermagem. 2. Qualidade de vida. 3. Colo uterino.
I. Título. II. Lemos, Júlya. III. Bernaça, Maria Laura.

CDD 616.99466

Bibliotecária responsável Glauce Virgínia M. Régis CRB7 - 5799.
Biblioteca Dom Bosco.

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES EM TRATAMENTO PARA CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO

Por

Célia Regina Martins de Andrade

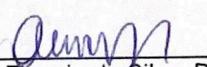
Júlya Lemos Nunes

Maria Laura Bernaça Magalhães

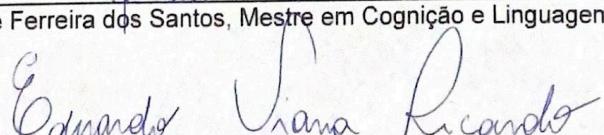
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
em cumprimento às exigências para a
obtenção do grau no Curso de Graduação em
Enfermagem nos Institutos Superiores de
Ensino do CENSA.

Aprovado em 03 de Novembro de 2025

BANCA EXAMINADORA


Aline Teixeira Marques Figueiredo Silva, Doutora em Sociologia Política - UENF


Caroline Ferreira dos Santos, Mestre em Cognição e Linguagem - UENF


Eduardo Viana Ricardo, Especialista em Oncologia - UGF

Dedicatória

Dedico este trabalho a Deus e aos nossos familiares, que sempre acreditaram em nós.

Agradecimentos

Chegamos a conclusão de um sonho, ao longo de nossa jornada acadêmica, enfrentamos diversos desafios que nos testaram e nos fizeram crescer. Apesar das dificuldades, cada obstáculo superado nos trouxe sensação de realização, orgulho e gratidão. O processo de aprendizado foi incrivelmente gratificante, e somos gratas por termos recebido a oportunidade de explorarmos novos conhecimentos e desenvolvermos habilidades. Esses anos de estudo foram fundamentais para o nosso crescimento pessoal e profissional. Cada momento, seja de triunfo ou de luta, contribuiu com a pessoa que nos tornamos hoje.

A Deus, apresentamos nossa imensa gratidão por ter sido a base sólida em nossa jornada acadêmica. Sua presença constante nos proporcionou força e sabedoria para enfrentar os desafios e superar os obstáculos. Em momentos de incerteza, sua orientação iluminou nossos caminhos, permitindo que nós pudéssemos alcançar nossos objetivos. A vitória que celebramos hoje é fruto de sua graça e amor. Somos gratas por cada oração atendida, cada momento de paz e cada oportunidade de crescimento. Sua fidelidade e amor incondicional foram nosso alicerce.

Aos nossos familiares, expressamos nossa profunda gratidão pelo apoio incondicional e amor que sempre nos dedicaram. A presença constante e incentivo de vocês foram fundamentais para que pudéssemos alcançar nossos objetivos. Cada palavra de encorajamento, cada gesto de apoio e cada sacrifício feito em nosso favor tornaram nossos sonhos possíveis. Você们 são o pilar sobre o qual construímos nossa jornada acadêmica, e somos imensamente gratas por termos vocês ao nosso lado. O amor de vocês e dedicação são um tesouro precioso que valorizamos acima de tudo.

Ao nosso orientador Eduardo Viana Ricardo, nosso sincero agradecimento pela orientação exemplar, dedicação e sabedoria compartilhada. Sua solicitude, empatia e auxílio foram fundamentais para o sucesso deste trabalho. Muito obrigada pela confiança e oportunidade de aprender com você. Além disso, à professora Carolina Magalhães, nosso agradecimento pelo conhecimento científico compartilhado e pela orientação inspiradora ao longo da disciplina de TCC. Sempre estimulando nosso senso crítico e nos impulsionando a buscar a excelência. Seu incentivo constante e cobrança pelo melhor foram fundamentais para o nosso crescimento acadêmico. Muito obrigada, por terem acreditado em nosso potencial e por terem contribuído para o nosso desenvolvimento.

Ao ISECENSA, nossa sincera gratidão pela oportunidade de cursar Enfermagem em uma instituição de excelência. A estrutura de ensino, os profissionais capacitados e a dedicação ao nosso crescimento foram fundamentais para a nossa formação. Somos gratas pelas oportunidades proporcionadas, pelo ensino de qualidade e pela experiência enriquecedora que vivemos nestes anos. O ISECENSA é um exemplo de compromisso com a educação e com o futuro de seus alunos, e somos honradas por termos feito parte dessa instituição.

Epígrafe

“A enfermagem é uma arte, e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor”
Florence Nightingale

SUMÁRIO

RESUMO.....	9
CAPÍTULO 1: REVISÃO DE LITERATURA.....	10
1 - REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
1.1. Contexto histórico do câncer no colo do útero.....	11
1.2. Neoplasia uterina.....	12
1.3. Tratamento do câncer no colo do útero.....	14
1.4. Qualidade de vida da mulher com CCU.....	15
1.5. Efeitos colaterais que acometem mulheres com CCU no tratamento oncológico.....	16
CAPÍTULO 2: ARTIGO CIENTÍFICO.....	19
1. INTRODUÇÃO.....	22
2. METODOLOGIA.....	24
2.1. Tipo de estudo.....	24
2.2. Cenário.....	25
2.3. Amostra do Estudo.....	25
2.4. Coleta de Dados.....	25
2.5. Análise de Dados.....	26
2.6. Aspectos Éticos.....	27
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
3.1. Categoria 1: Impactos corporais do tratamento oncológico.....	31
3.2. Subcategoria 1: Repercussões da quimioterapia.....	35
3.3. Subcategoria 2: Repercussões da radioterapia.....	37
3.4. Categoria 2: Impactos na qualidade de vida.....	38
3.5. Subcategoria 1: Impactos financeiros.....	39
3.6. Subcategoria 2: Impactos de natureza psicológica.....	40
3.7. Subcategoria 3: Mudanças no cotidiano.....	44
4. CONCLUSÃO	47
5. REFERÊNCIAS.....	49
CAPÍTULO 3: REFERÊNCIAS E APÊNDICES.....	54
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE I.....	57
APÊNDICE II.....	59

RESUMO

O estudo teve como objetivo descrever a qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento para câncer do colo do útero no Hospital Escola Álvaro Alvim. Além disso, tratou-se de uma pesquisa descritiva, exploratória de abordagem qualitativa, realizada por meio da aplicação de dois questionários com perguntas abertas e fechadas, a fim de avaliar as repercussões do tratamento oncológico, para câncer do colo do útero, na saúde e na qualidade de vida das pacientes após o diagnóstico e durante o tratamento. A análise dos dados foi conduzida segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Os resultados indicaram que a maioria das participantes possui entre 40 e 59 anos, é parda, casada, tem filhos, se encontra desempregada e possui histórico familiar de câncer. Observou-se que os efeitos colaterais dos tratamentos quimioterápico e radioterápico provocaram impactos significativos na qualidade de vida dessas mulheres, afetando aspectos financeiros, sociais, psicológicos e emocionais. Conclui-se que o tratamento para o câncer do colo do útero interfere de forma expressiva na qualidade de vida das pacientes, tornando-as mais vulneráveis. Assim, destaca-se a importância de uma rede de apoio composta não apenas por familiares, mas também por profissionais de saúde, com o intuito de minimizar os efeitos negativos do tratamento e promover o bem-estar dessas mulheres.

Palavras-chave: Displasia Cervical; Colo Uterino; Saúde da mulher; Tumores; Qualidade de vida.

CAPÍTULO 1: REVISÃO DE LITERATURA

1- REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. Contexto histórico do câncer no colo do útero

As três primeiras décadas do século passado concentraram grandes descobertas para essa área. Entre 1899 e 1911, Schauta e Wertheim demonstraram a curabilidade do CCU por meio da cirurgia (histerectomia radical). Praticamente ao mesmo tempo, Dominici (1911) descobriu o princípio da infiltração do rádio, que mais tarde seria utilizado com sucesso para a cura do câncer, o que fez com que, a partir de 1920, se iniciasse um período marcado pelo afastamento gradual da cirurgia em favor da radioterapia. Nessa mesma época, em 1925, Hinselmann inovou ao inspecionar o colo uterino com uma luneta, o que se traduziu no advento da colposcopia. Pouco depois, em 1928, Papanicolaou e Babes apresentaram à comunidade científica a descrição inicial das alterações citopatológicas do colo do útero. Mas a citologia como ferramenta diagnóstica somente seria introduzida em 1941, por Papanicolaou e Traut, depois de superada a indiferença inicial ao método (TUBLER, 2012, p. 321).

As preocupações médicas com o câncer cervical ampliaram-se nas duas últimas décadas do século XIX, com o surgimento de teses e artigos sobre o tema em revistas médicas. No entanto, por muito tempo, a medicina seguiria sem uma arma eficaz para preveni-lo ou tratá-lo, tendo nas cirurgias radicais de amputação do útero, muitas vezes letais, e em tratamentos paliativos suas principais formas de atuação. Por seu turno, as mulheres eram presas fáceis da doença, evitando tornar públicas suas mazelas por pressões sociais ou pudor e somente recorriam aos médicos quando suas dores, incômodos e sofrimentos ultrapassavam os limites do suportável, momento no qual o mal já não era mais passível de controle (TEIXEIRA, 2015, p. 222).

As primeiras iniciativas de detecção precoce do câncer de colo do útero no Brasil foram isoladas, com populações restritas, e ocorreram no final da década de 1980. Somente a partir de 1998, com o desenvolvimento de um programa de controle desse câncer pelo Ministério da Saúde (MS), as práticas de rastreamento foram estruturadas em caráter oportunístico em todo o território nacional. As

diretrizes atuais recomendam o Papanicolaou para mulheres de 25 a 64 anos de idade. Para monitoramento dos exames de rastreamento e de confirmação diagnóstica no Sistema Único de Saúde (SUS), o MS implantou sistemas de informações denominados SISCOLO (Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero) e SISCAN (Sistema de Informação do Câncer) (LUIZAGA *et al.*, 2023, p. 2).

O rastreamento para o câncer de colo do útero no Brasil foi iniciado no final da década de 1990 com base no teste de Papanicolaou. A atualização das diretrizes clínicas mantém a recomendação para rastreamento trienal em mulheres de 25 a 64 anos de idade. Apesar de coberturas autorrelatadas por mulheres em inquéritos populacionais indicarem que cerca de 80% fizeram o exame Papanicolaou nos últimos três anos, o país ainda não atingiu o impacto verificado em outros países da América Latina, como é o caso do Chile, havendo grande desigualdade no acesso. A chance de realizar o exame é maior entre mulheres brancas, entre as que relatam ter 11 anos ou mais de estudo, e chega a ser três vezes maior entre aquelas com planos de saúde privados (SILVA *et al.*, 2022, p. 2).

1.2. Neoplasia uterina

O câncer do colo do útero é uma alteração celular que se origina no colo do útero e se manifesta inicialmente através de lesões precursoras, geralmente de evolução lenta e progressiva, que ocorrem em estágios. Em graus variados, essas lesões evoluem para displasia grave quando comprometem apenas o epitélio superficial e, posteriormente, para câncer invasivo, quando o comprometimento ultrapassa a membrana basal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O colo uterino, ou cérvix, é a parte mais distal e constrita do útero, projetando-se através da parede vaginal anterior e apresentando um formato de cone, com o ápice geralmente voltado para a parede vaginal posterior. Nessa região, pode-se desenvolver uma neoplasia envolvendo diversas anormalidades celulares epiteliais, iniciando-se como lesões intraepiteliais e culminando no câncer (MARQUES *et al.*, 2007).

O maior fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero é o vírus do papiloma humano (HPV). Essa infecção persistente pelo HPV é

considerada uma causa necessária, mas insuficiente para o seu desenvolvimento, o que sugere que outros fatores também estão envolvidos no processo carcinogênico. A formação de lesões precursoras de câncer e o próprio câncer deve-se a múltiplos fatores, como idade, multiparidade, tabagismo, uso prolongado de contraceptivos, comportamento sexual de risco e coinfeção com outras doenças sexualmente transmissíveis. Lesões precursoras não tratadas podem evoluir para câncer do colo do útero a longo prazo (CORREIA *et al.*, 2018, p. 2).

O HPV é considerado um vírus de DNA epiteliotrópico, ou seja, dependente da infecção de uma célula para realizar a sua replicação, promovendo a proliferação do vírus infecta células basais imaturas do epitélio escamoso em áreas onde ocorrem lesões epiteliais ou células escamosas metaplásicas imaturas, nunca infectando células superficiais escamosas maduras. É essencial que ocorra uma ruptura local do epitélio que permita o acesso do vírus às células metaplásicas imaturas, algo que o colo uterino possui em abundância (KUMAR *et al.*, 2016).

Por outro lado, a detecção e o tratamento das lesões precursoras constituem um método viável e eficaz na prevenção do câncer de colo uterino. Entretanto, para que o diagnóstico precoce seja realizado com êxito, são necessários programas de rastreamento organizados, já implementados com sucesso em muitos países, onde se observou uma redução significativa (70%) na incidência e mortalidade por câncer cervical. As lesões precursoras podem ser detectadas por meio de citologia ginecológica, colposcopia, biópsia e observação ao microscópio, utilizando-se um sistema de graduação projetado para descrever as mudanças celulares que classificam as lesões precursoras de acordo com a extensão do comprometimento do epitélio cervical (GUARISI *et al.*, 2004, p. 8).

Para que o rastreamento reduza a ocorrência do câncer do colo do útero, é necessário que alcance alta cobertura entre a população-alvo e garanta que todas as mulheres suspeitas sejam acompanhadas e adequadamente tratadas. Para o ano de 2015, estima-se que a cobertura de exames Papanicolau registrada no Sistema Único de Saúde (SUS) tenha sido de 50% da população-alvo, com déficits importantes também nos procedimentos realizados para o tratamento de lesões precursoras em nível ambulatorial e hospitalar (SILVA *et al.*, 2022, p. 2).

1.3. Tratamento do câncer no colo do útero

O tratamento do câncer tem como modalidades primárias a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia, sendo a cirurgia escolhida, na maioria das vezes, como tratamento inicial. Atualmente, a utilização da quimioterapia antineoplásica como recurso terapêutico sistêmico vem se mostrando mais promissora, dadas as purificações das drogas e a elaboração de protocolos de administração que permitem a utilização de mais de um composto concomitantemente, bem como o controle dos efeitos colaterais mediante a aplicação de terapia sintomática, de resgate e protetora (FRIGO, 2015, p. 2).

Como tratamento para o câncer, existem a quimioterapia, que consiste no uso de substâncias químicas, isoladas ou em combinação; a radioterapia, que é o uso de radiação ionizante para tratamentos, visando eliminar ou inibir o crescimento da célula (AZEVEDO, SILVA e SOUZA, 2018); a cirurgia, cuja finalidade é curativa ou paliativa; a imunoterapia, visando a estimulação do sistema imunológico (OLIVEIRA e GOMIDE, 2020); a hormonioterapia, que consiste em utilizar antagonistas hormonais que sejam semelhantes ou supressores de hormônios; e a nanotecnologia. Em muitos casos, é necessário o uso de terapia combinada, visando melhores resultados para o paciente (NEUSS *et al.*, 2016).

A quimioterapia pode ser dividida em adjuvante, realizada após a cirurgia para eliminar micrometástases, em casos iniciais; neoadjuvante, com o objetivo de reduzir o tumor, aumentar a taxa de ressecção total a fim de obter a cura e evitar a propagação da metástase (evolução e invasão do tumor para outros órgãos) no organismo do paciente (SANTOS, 2019); curativa, usada com o objetivo de conseguir o controle completo do tumor, utilizando quimioterápicos específicos; e paliativa, que visa minimizar os sintomas decorrentes da proliferação tumoral, aumentando a qualidade de vida, sem o objetivo de prolongar a sobrevida (SILVA *et al.*, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A radioterapia pode ter um caráter curativo ou paliativo. Assim, a radioterapia curativa ou radical é um tratamento de longa duração (7 a 8 semanas), podendo ser adjuvante (quando realizada após a cirurgia) ou neoadjuvante (quando usada antes da cirurgia, para reduzir a massa tumoral e melhorar as condições cirúrgicas). Nesse

contexto, a radioterapia paliativa é um tratamento que pode variar de curta a longa duração, quando a doença está em estado avançado, com o propósito de aliviar sua sintomatologia. Este tipo de tratamento tem, assim, como principal objetivo proporcionar qualidade de vida ao doente. Além disso, a radioterapia é tradicionalmente vista como um tratamento, à partida, menos incapacitante que a quimioterapia (SALGADO, 2013, p. 42-43).

1.4. Qualidade de vida da mulher com CCU

Na área da oncologia, a qualidade de vida (QV) é compreendida como a apreciação e satisfação do paciente com seu nível atual de funcionamento, comparado ao que é percebido como possível ou ideal. No câncer de colo do útero, a avaliação da QV é de extrema importância, pois identifica os aspectos relacionados ao bem-estar físico, mental, social e espiritual que podem ser afetados pela doença, auxiliando na monitorização dos resultados do tratamento e intervenções (LOFRANO *et al.*, 2016).

Além disso, a mensuração da QV ajuda a descobrir os resultados do tratamento na perspectiva do paciente. O monitoramento dos sintomas da doença e dos efeitos colaterais da terapêutica são aspectos importantes que influenciam a QV dos pacientes afetados pelo câncer (ALVES *et al.*, 2012).

Embora algumas mulheres lidem positivamente com a experiência do tratamento, outras podem se sentir emocionalmente afetadas por mudanças em sua imagem corporal. Desse modo, é inevitável que as condições de vida durante o tratamento sejam afetadas, pois a saúde física, mental, social e emocional é comprometida desde o princípio do diagnóstico, em virtude das mudanças e adequações profundas que o processo de tratamento do câncer pode acarretar para a vida da mulher (MEJÍA-ROJAS *et al.*, 2020).

Muitos fatores contribuem para as alterações na qualidade de vida das mulheres com câncer cervical, entre os quais podemos citar: danos funcionais secundários aos tratamentos (cirurgias pélvicas e a radiação); efeitos colaterais comuns à quimioterapia e radioterapia (náusea, vômito, diarreia, constipação, mucosite, mudanças de peso e alterações hormonais) e fatores psicológicos, como,

por exemplo, crenças errôneas sobre a origem do câncer (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2013).

Apesar de já terem sido estabelecidos os benefícios na sobrevida e no controle, os efeitos adversos, agudos ou tardios, parecem impactar de forma negativa a qualidade de vida das pacientes, principalmente no que diz respeito à função sexual (SANTOS *et al.*, 2012).

As modalidades de tratamento causam sequelas ao assoalho pélvico, ocasionando uma série de disfunções associadas aos sistemas urinário e genital; consequentemente, há uma interferência na vida sexual. Além disso, a doença causa um impacto psicossocial e um dano físico que levam a uma deterioração da qualidade de vida (SHUANG *et al.*, 2014).

A qualidade de vida das pacientes acometidas por câncer do colo uterino, sobretudo após a radioterapia em estádios avançados, inspira preocupação e atenção, fundamentalmente no que diz respeito à sexualidade. A atividade sexual constitui um dos índices pelos quais se mede o nível de qualidade de vida, podendo, por isso, ser motivo de alegria ou tristeza, com todas as suas nuances na vida da mulher, constituindo assim uma preocupação para especial atenção e assistência à população feminina (BERNARDO *et al.*, 2007).

A avaliação da QV tem sido um indicador para orientar práticas assistenciais, bem como auxiliar na definição de estratégias de políticas públicas, tendo em vista que os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos (MENEGUIN *et al.*, 2018).

1.5. Efeitos colaterais que acometem mulheres com CCU no tratamento oncológico

A quimioterapia pode ser dividida em: adjuvante, realizada após a cirurgia para eliminar micrometástases em casos iniciais; neoadjuvante, com o objetivo de reduzir o tumor e aumentar a taxa de ressecção total a fim de obter a cura e evitar a propagação da metástase (evolução e invasão do tumor a outros órgãos) no organismo do paciente (SANTOS, 2019); curativa, usada para se conseguir o controle completo do tumor, com uso de quimioterápicos específicos; e paliativa, que

visa minimizar os sintomas decorrentes da proliferação tumoral, melhorando a qualidade de vida, sem o objetivo de prolongar a sobrevida (SILVA *et al.*, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Os pacientes com câncer desenvolvem inúmeros problemas; entre eles, destaca-se a desnutrição, decorrente de vários fatores, como a localização do tumor, o tratamento a que estão submetidos (quimioterapia e radioterapia), e sintomas como náuseas, vômitos, diarreia, obstipação intestinal, disfagia, xerostomia e outros, que podem comprometer o estado nutricional do paciente (ARAÚJO; DUVAL; SILVEIRA, 2012).

De acordo com Araújo, Duval e Silveira (2012), o paciente oncológico deve passar por uma avaliação nutricional adequada, pois a nutrição deficiente o torna suscetível a infecções, acarretando internação hospitalar prolongada e menor resposta aos tratamentos, como quimioterapia e radioterapia. Dessa forma, é importante identificar os sintomas que interferem na ingestão alimentar para que a equipe multidisciplinar possa intervir adequadamente.

A pele na área tratada pela radioterapia exige cuidados especiais, como lavá-la sempre com sabão suave e água morna; evitar aplicar cosméticos sem orientação da equipe médica ou de enfermagem; usar roupas folgadas; evitar esfregar ou coçar a região irradiada; não aplicar adesivos sobre a área; proteger a pele dos raios solares e não aplicar compressas (frias ou quentes) sobre a pele, pois durante o tratamento ela fica mais sensibilizada (LEITE *et al.*, 2013).

Vários fatores promovem o surgimento de lesões na pele: exteriorização do câncer devido a metástase cutânea; comorbidades, como redução da mobilidade física, anorexia e emagrecimento; efeitos dos quimioterápicos orais e sistêmicos; radioterapia, que pode causar radiodermatites; e lesões provenientes de procedimentos cirúrgicos. Dessa forma, entende-se que o cuidado com as lesões de pele no paciente oncológico não deve se restringir à realização de curativos, mas deve estar conectado a um cuidado integral e padronizado, com envolvimento de profissionais especializados, por meio da implementação de um conjunto de ações que promovam o gerenciamento do cuidado para prevenção e tratamento das lesões cutâneas, tanto na internação hospitalar quanto após a alta, no atendimento

ambulatorial, além de fornecer orientações para continuidade do cuidado domiciliar (SANTOS, 2023, p.1-2).

Segundo Rolim, Costa e Ramalho (2011), doses elevadas de antineoplásicos podem causar mudanças funcionais nos tecidos de suporte, como as glândulas salivares. Orientações sobre técnicas de higienização oral proporcionam ao paciente uma melhor qualidade de vida, pois evitam grande parte dos efeitos adversos, considerando que a saliva perde seu potencial antimicrobiano, favorecendo microrganismos e gerando infecções durante o tratamento.

A mucosite oral causa desconforto severo e prejudica a capacidade do paciente de comer, engolir e falar. Embora o desconforto intenso da mucosite oral seja frequentemente o sintoma mais óbvio e problemático apresentado pelos pacientes submetidos à quimioterapia citotóxica, o dano à mucosa gastrintestinal é o que oferece maior risco à vida (KEMMELMEIER *et al.*, 2008).

CAPÍTULO 2: ARTIGO CIENTÍFICO

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES EM TRATAMENTO PARA CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Célia Regina Martins de Andrade¹, Júlya Lemos Nunes², Maria Laura Bernaça Magalhães³, Carolina Magalhães dos Santos⁴ & Eduardo Viana Ricardo⁵

RESUMO

ANDRADE, C. R. M.; NUNES, J. L.; MAGALHÃES, M. L. B.; QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES EM TRATAMENTO PARA CÂNCER DO COLO DO ÚTERO. *Perspectivas Online: Biológicas & Saúde*, v. , n. , p. - , 2025.

O estudo teve como objetivo descrever a qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento para câncer do colo do útero no Hospital Escola Álvaro Alvim. Além disso, tratou-se de uma pesquisa descritiva, exploratória de abordagem qualitativa, realizada por meio da aplicação de dois questionários com perguntas abertas e fechadas, a fim de avaliar as repercussões do tratamento oncológico, para câncer do colo do útero, na saúde e na qualidade de vida das pacientes após o diagnóstico e durante o tratamento. A análise dos dados foi conduzida segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Os resultados indicaram que a maioria das participantes possui entre 40 e 59 anos, é parda, casada, tem filhos, se encontra

desempregada e possui histórico familiar de câncer. Observou-se que os efeitos colaterais dos tratamentos quimioterápico e radioterápico provocaram impactos significativos na qualidade de vida dessas mulheres, afetando aspectos financeiros, sociais, psicológicos e emocionais. Conclui-se que o tratamento para o câncer do colo do útero interfere de forma expressiva na qualidade de vida das pacientes, tornando-as mais vulneráveis. Assim, destaca-se a importância de uma rede de apoio composta não apenas por familiares, mas também por profissionais de saúde, com o intuito de minimizar os efeitos negativos do tratamento e promover o bem-estar dessas mulheres.

Palavras-chave: Displasia Cervical; Colo Uterino; Saúde da mulher; Tumores; Qualidade de vida

¹ Graduanda de Enfermagem pelo Institutos Superiores de Ensino do Censa – ISECENSA, Rua Salvador Correa, 139, Centro, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil

(*) e-mail: celia.andrade@isecensa.edu.br

² Pesquisador/ Orientador do Laboratório de Estudos em Enfermagem Hospitalar - LAEEH/ISECENSA - Rua Salvador Correa, 139, Centro, Campos dos Goytacazes, RJ, CEP: 28035-310, Brasil

(**) e-mail: eduardoricardo@isecensa.edu.br

³ Pesquisadora do Laboratório de Estudos em Saúde Pública - LAESP/ISECENSA - Rua Salvador Correa, 139, Centro, Campos dos Goytacazes, RJ, CEP: 28035-310, Brasil

(***) e-mail: carolinasantos@isecensa.edu.br

QUALITY OF LIFE OF WOMEN UNDERGOING TREATMENT FOR CERVICAL CANCER

Célia Regina Martins de Andrade¹, Júlya Lemos Nunes², Maria Laura Bernaça Magalhães³, Carolina Magalhães dos Santos⁴ & Eduardo Viana Ricardo⁵

ABSTRACT

ANDRADE, C. R. M.; NUNES, J. L.; MAGALHÃES, M. L. B. QUALITY OF LIFE OF WOMEN UNDERGOING TREATMENT FOR CERVICAL CANCER. **Perspectivas Online: Biológicas & Saúde**, v. , n. , p. - , 2025.

The study aimed to describe the quality of life of women undergoing cervical cancer treatment at the Álvaro Alvim Teaching Hospital. Furthermore, it was a descriptive, exploratory, qualitative study conducted through the administration of two questionnaires with open-ended and closed-ended questions. The study aimed to assess the impact of cervical cancer treatment on the health and quality of life of patients after diagnosis and during treatment. Data analysis was conducted using the content analysis technique proposed by Bardin. The results indicated that most participants were between 40 and 59 years old, were mixed race, married,

had children, were unemployed, and had a family history of cancer. It was observed that the side effects of chemotherapy and radiotherapy significantly impacted these women's quality of life, affecting financial, social, psychological, and emotional aspects. It can be concluded that cervical cancer treatment significantly impacts patients' quality of life, making them more vulnerable. Therefore, the importance of a support network comprised not only of family members but also of healthcare professionals is highlighted, aiming to minimize the negative effects of treatment and promote the well-being of these women.

Keywords: Cervical Dysplasia; Cervix; Women's Health; Tumors; Quality of Life

¹ Nursing undergraduate from the Higher Education Institutes of CENSA – ISECENSA, Rua Salvador Correa, 139, Centro, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil

(*) e-mail: celia.andrade@isecensa.edu.br

² Researcher/Advisor of the Laboratory of Studies in Hospital Nursing - LAEEH/ISECENSA - Rua Salvador Correa, 139, Centro, Campos dos Goytacazes, RJ, ZIP: 28035-310, Brazil;

(**) e-mail: eduardoricardo@isecensa.edu.br

³ Researcher at the Laboratory of Public Health Studies - LAESP/ISECENSA - Rua Salvador Correa, 139, Centro, Campos dos Goytacazes, RJ, ZIP: 28035-310, Brazil;

(***) e-mail: carolinasantos@isecensa.edu.br

1. INTRODUÇÃO

O câncer pode ser definido como um grupo de doenças caracterizadas pela multiplicação celular exacerbada e sem equilíbrio. Através da divisão celular acelerada, a doença pode afetar a função do tecido onde está instalada, formar tumores, invadir órgãos e se espalhar pelo corpo (INCA, 2019).

A neoplasia de colo uterino é caracterizada pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente e podendo invadir estruturas e órgãos adjacentes. Há dois tipos principais de carcinomas que acometem esse câncer, conforme a origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermóide, que representa cerca de 80% dos casos, e o adenocarcinoma, com 10% dos casos (PANZETTI *et al.*, 2019, p. 272).

O câncer do colo uterino (CCU) é o quarto tipo de câncer mais incidente no mundo e a quarta principal causa de morte por essa doença entre as mulheres. De acordo com o Globocan, o número estimado de casos novos de câncer de colo do útero em 2018 foi de 569.847, com 311.365 óbitos. No Brasil, estimativas para o biênio 2018-2019 apontam mais de 16.000 novos casos de câncer do colo do útero, com um risco de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a terceira posição no ranking nacional das neoplasias, com 6.385 óbitos (2). Entre as regiões do Brasil, as regiões Nordeste e Sudeste têm a maior incidência projetada (6.030 e 4.420, respectivamente) (CORREIA *et al.*, 2019, p. 2).

O CCU é uma doença com uma história natural conhecida, de evolução lenta, passível de rastreamento, detecção precoce e tratamento, com bom prognóstico. O rastreamento tem alto potencial de salvar vidas, bem como de limitar os custos e encargos nos sistemas de saúde. No entanto, esse câncer representa ainda um importante desafio para os gestores na área da saúde pública, especialmente nos países menos desenvolvidos, que concentram 83% dos casos e 86% dos óbitos por CCU no mundo, evidenciando uma forte associação entre baixos índices de desenvolvimento humano e ausência e/ou dificuldade de diagnóstico precoce e tratamento (FERREIRA *et al.*, 2021, p. 2292).

A incidência do CCU tem sido recorrente na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco aumenta até atingir seu pico, geralmente, na faixa etária de 45 a 49 anos. Entre os fatores

de risco estão a multiplicidade de parceiros, o tabagismo, as condições socioeconômicas, a idade precoce na primeira relação sexual, a higiene íntima inadequada, a multiparidade, o uso de anticoncepcionais orais, bem como a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV). O método convencional para rastreamento da neoplasia é o exame citopatológico do colo do útero, o Papanicolau. Considerado de baixo custo, simples e de fácil execução, o rastreamento do CCU inclui a realização do exame de rastreio, identificação dos casos positivos, confirmação diagnóstica e tratamento (DIAS *et al.*, 2021, p.1).

O tratamento efetivo para o câncer cervical depende do estadiamento do tumor e de fatores psicossociais, nos quais diferentes modalidades de condutas terapêuticas podem ser empregadas, como a cirurgia, quimioterapia, radioterapia externa e braquiterapia. Vários fatores contribuem para alterações na qualidade de vida das mulheres com câncer ginecológico. Destacam-se as alterações funcionais decorrentes do tratamento, como cirurgias e radioterapia, que podem danificar a musculatura pélvica, as raízes nervosas sacrais e a mucosa vaginal (CORRÊA *et al.*, 2021, p. 2158).

Em estágios iniciais, o tratamento de primeira linha é a ressecção cirúrgica. Nos casos mais avançados, opta-se por quimioterapia e/ou radioterapia. O tratamento radioterápico ocasiona alterações significativas no epitélio vaginal, com mudanças expressivas na qualidade de vida e no funcionamento sexual. Entre elas, citam-se: dispareunia, diminuição na sensibilidade e elasticidade vaginal, além da redução na capacidade de atingir o orgasmo (SILVA *et al.*, 2021, p. 2).

O impacto do tratamento do câncer do colo do útero pode acarretar prejuízos na funcionalidade do organismo. Podem ocorrer efeitos colaterais, como fadiga, diarreia, náusea, incontinência urinária, linfedema, estenose vaginal, falta de lubrificação vaginal, dispareunia, distúrbios do sono, estresse e depressão. Prejuízos relacionados às mudanças nas funções reprodutivas e hormonais podem também afetar a identidade da mulher. Considerando que o câncer não é mais uma doença de “curta duração”, a mortalidade tem diminuído consistentemente como resultado do sucesso do tratamento. A sobrevida relacionada ao câncer apresenta, como consequência negativa, na maioria das vezes, sequelas significativas, tanto pela própria doença quanto pelo tratamento. A extensão das sequelas relacionadas ao câncer revela a necessidade de mensuração dos fenômenos relacionados à funcionalidade/incapacidade (CASTANEDA *et al.*, 2019, p. 308).

Nesse contexto, a qualidade de vida (QV) é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A avaliação da QV no paciente oncológico é um importante indicador da resposta dele à doença e ao tratamento, com análise do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem causar em cada indivíduo. Portanto, a compreensão sobre a QV do paciente integra-se ao trabalho do dia a dia dos serviços de saúde, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde (ANDRADE *et al.*, 2019, p. 2).

A QV é um fenômeno complexo devido às múltiplas dimensões que envolvem sua compreensão pelas pacientes. As neoplasias cérvico-uterinas afetam diversos segmentos da vida das mulheres, e o aumento da incidência do câncer do colo do útero é um problema de saúde pública que necessita de melhores condições de enfrentamento nos serviços da atenção básica à alta complexidade. Sendo assim, é necessário que haja melhora no acesso à informação e decréscimo nas dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Portanto, é de extrema importância incluir medidas de qualidade de vida na prática clínica, pois são essenciais para avaliar as intervenções terapêuticas e identificar as consequências da doença na vida dessas mulheres (ARAUJO *et al.*, 2023, p. 239).

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo descrever a qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento para o câncer do colo do útero no Hospital Escola Álvaro Alvim. Para tanto, busca-se compreender os aspectos demográficos, socioeconômicos e clínicos dessas pacientes, identificar os fatores que influenciam sua qualidade de vida durante o tratamento oncológico, além de relacionar os efeitos adversos do tratamento e os fatores extrínsecos que possam impactar sua vivência e bem-estar ao longo do processo terapêutico.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, que consistiu em um tipo de pesquisa que teve como finalidade principal a descrição das características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 1999, p. 28). Também foi exploratório, pois visou diagnosticar situações, explorar alternativas, descobrir novas ideias e procurar esclarecer e definir a natureza de um problema, gerando mais informações que possam ser

adquiridas para a realização de futuras pesquisas conclusivas (ZIKMUND, 2002). O estudo possuiu abordagem qualitativa, a qual desejou entender melhor opiniões, atitudes e comportamentos a respeito de uma temática, não se atendo a estatísticas e gráficos, mas sim a tudo que é vivenciado e transmitido ao pesquisador (LAURINDO e SILVA, 2017; JORDAN, 2018).

2.2. Cenário

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA), que está localizado no município de Campos dos Goytacazes - RJ, na R. Barão da Lagoa Dourada, 409- Centro, 28.035-211.

O Hospital Escola Álvaro Alvim é uma instituição filantrópica mantida pela Fundação Benedito Pereira Nunes, sendo reconhecida como uma referência para o tratamento oncológico. Foi instituído no dia 06 de dezembro de 1934 pela Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia, originariamente como Fundação Policlínica Maternidade de Campos, e finalmente com a nomenclatura atual, em 07 de janeiro de 1962, pela escritura pública nº 400, Livro A-2, fls.

Esse hospital atualmente conta com uma área de 9.090 m², oferecendo serviços de ambulatório, consultas, laboratório de análises clínicas, quimioterapia, histopatologia e raios X. Além disso, conta com serviço de radioterapia.

2.3. Amostra do estudo

A população do estudo foi composta por 20 mulheres diagnosticadas com câncer do colo do útero e submetidas ao tratamento concomitante. Portanto, os critérios de inclusão foram pacientes do sexo feminino, com diagnóstico confirmado de câncer do colo do útero, que realizavam o tratamento no HEAA e que tinham idade igual ou superior a 18 anos. Quanto aos critérios de exclusão, foram consideradas as mulheres cadastradas que apresentavam déficit cognitivo e que não se encontravam em condições de preencher o questionário ou responder às perguntas.

2.4. Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2025, sendo realizada semanalmente no período diurno, em um local reservado, com o intuito de proporcionar

conforto, privacidade e segurança à paciente. Além disso, a entrevista teve um tempo de duração máxima de 30 minutos. Ademais, as pacientes foram informadas sobre a proposta do estudo, bem como sobre seus objetivos e a garantia do seu anonimato. O presente estudo empregou uma abordagem metodológica baseada em um questionário para coletar as informações sobre as condições sociodemográficas e clínicas das pacientes com câncer cervical.

O questionário (Apêndice A) coletou informações sobre estado civil, raça/etnia, idade, faixa etária no momento do diagnóstico, número de filhos, situação de trabalho no momento do diagnóstico, histórico familiar oncológico e perguntas abertas que visaram avaliar as repercussões na saúde e na qualidade de vida da paciente após a descoberta do câncer e durante o tratamento. Já os dados relacionados ao tipo histológico, estadiamento TNM/FIGO e tratamento (Apêndice B) foram obtidos das informações registradas no prontuário das pacientes.

2.5. Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada através do método de Análise de Conteúdo de Bardin, com o objetivo de aproximar-se da verbalização do público-alvo, onde o conteúdo obtido passou por transcrição das entrevistas, reflexão e categorização dos dados.

A Análise de Conteúdo de Bardin é constituída por três fases: a primeira, nomeada de pré-análise, referiu-se à fase inicial do trabalho, ou seja, incluiu a organização do material a ser analisado, a sua sondagem a partir de uma leitura flutuante e a escolha dos registros adequados e necessários para fornecer contribuições aos objetivos da pesquisa (BARDIN, 2011).

A segunda fase foi a respeito da exploração do material selecionado, que se referiu à análise apropriadamente. Nesse cenário, foi realizada a codificação e a investigação 21 do conteúdo, assim como a sua leitura mais minuciosa, com o intuito de organizar as falas de interesse do estudo, visando estar em concordância com o que existia na pré-análise. De início, foi feito um delineamento do texto; em seguida, foram selecionadas as regras de contagem e, por fim, foram classificados, reunidos e organizados os dados coletados em ordens teóricas ou empíricas (BARDIN, 2011).

Por fim, a terceira fase correspondeu ao tratamento e à interpretação dos resultados obtidos. Nessa etapa, os dados brutos foram analisados, destacando-se os principais

conhecimentos extraídos. As falas das participantes foram interpretadas de forma a estabelecer correlações com as hipóteses teóricas previamente delineadas e com o referencial teórico adotado. Esse processo permitiu a categorização dos achados em duas categorias significativas, proporcionando uma compreensão mais aprofundada do fenômeno estudado (BARDIN, 2011).

2.6. Aspectos Éticos

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do ISECENSA (CAAE: CAAE: 86574325.0.0000.5524) a partir da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, em 27/03/2025.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo possui um corpus composto por relatos de mulheres diagnosticadas com câncer de colo do útero que passaram pelo processo terapêutico da doença. Para garantia do sigilo dos dados, os nomes das participantes permaneceram em anonimato.

Inicialmente têm-se um perfil das participantes: a idade decorre entre 18 e ≥ 60 anos, apresentando maior incidência de faixa etária entre 40 a 59 anos (50%), além disso, a maioria delas se autodeclararam pardas (45%); casadas (60%); a faixa etária com maior incidência no momento do diagnóstico situa-se entre 40 a 59 anos, correspondendo a 45%. Observou-se que 85% das entrevistadas possuem filhos, quanto à situação laboral parte se encontram desempregadas (50%), empregadas (20%), pensionista (20%), auxílio doença (5%) e aposentada (5%). Ademais, verificou-se que 85% destas participantes relataram possuir histórico familiar de câncer. Como demonstrado no QUADRO 1:

Quadro 1: Valores de frequência simples e porcentagem dos dados sociodemográficos das participantes da pesquisa (n=20).

Dados sociodemográficos	Frequência	Porcentagem
Idade		
18 a 39 anos	2	10%
40 a 59 anos	10	50%
> 60	8	40%

Cor ou raça		
Preta	4	20%
Branca	7	35%
Parda	9	45%
Estado Civil		
Solteira	2	10%
Casada	12	60%
Viúva	6	30%
Faixa etária no momento do diagnóstico		
18 a 39 anos	3	15%
40 a 59 anos	9	45%
> 60	8	40%
Filhos		
Possui	17	85%
Não possui	3	15%
Condição de trabalho		
Empregada	4	20%
Desempregada	10	50%
Pensionista	4	20%
Auxílio doença	1	5%
Aposentada	1	5%
Histórico familiar		
Possui	17	85%
Não possui	3	15%

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Sobre a caracterização da amostra, 50% das participantes da pesquisa foram diagnosticadas com câncer do colo de útero acima dos 40 anos. Baseado nisso, revela-se que a incidência deste câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as

lesões de baixo grau, que regrediram espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 65 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dada a sua lenta evolução (INCA, 2025).

Outro dado relevante é que 40% das mulheres não são casadas. Porém, nota-se que o apoio conjugal é um dos fatores de grande significância para o enfrentamento do tratamento para o câncer de colo do útero, uma vez que o suporte emocional proporcionado é algo que faz com que a vivência com a doença seja menos traumática para a mulher (FIOCRUZ, 2012).

Foi observado que 50% das mulheres se encontram desempregadas devido à realização do tratamento, desse modo pode-se observar o impacto gerado na vida dessas pacientes, pois, estudos apontam que o trabalho pode dar sentido na vida da mulher, pois possibilita aumento de sua valorização, independência financeira, autonomia e autoafirmação. Em contrapartida, com a perda ou afastamento do emprego, em decorrência do tratamento para o câncer, levam as mulheres a questionarem sobre sua capacidade laboral e a dependerem de terceiros para os seus gastos mensais (ALDRIGHI; WALL; SOUZA, 2018).

O principal fator de risco identificado em 85% das mulheres entrevistadas foi a presença de história familiar de neoplasia maligna. Ao detalhar os tipos de câncer presentes nas famílias, observou-se uma elevada prevalência de neoplasias ginecológicas, como o câncer do colo do útero (CCU), de endométrio, ovário, vagina e vulva. Esse dado pode estar relacionado tanto a mutações herdadas — nas quais a história familiar tem papel determinante — quanto a mutações adquiridas, especialmente no gene p53. Esse gene é um dos principais responsáveis pela supressão tumoral, atuando na codificação de proteínas essenciais para as vias de reparo do DNA. Sua mutação está presente em grande parte dos tipos de câncer. Além disso, o p53 é alvo da ação de vírus oncogênicos, como o HPV16 e o HPV18, os principais agentes etiológicos do CCU. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), os casos de câncer associados a fatores hereditários correspondem a cerca de 5% a 10% do total, sendo que a presença de mutações genéticas exerce papel importante na predisposição ao desenvolvimento de tumores.

Quadro 2: Valores de frequência simples e porcentagem dos dados clínicos das participantes da pesquisa (n=20).

Dados Clínicos	Frequência	Porcentagem
Tipo histopatológico		
Carcinoma de células escamosas	16	80%
Adenocarcinoma	4	20%
Estadiamento TNM/FIGO		
T1b/IB	1	5%
T1b1/IB1	1	5%
T1b2/IB2	1	5%
T2/II	2	10%
T2b/IIA	1	5%
T3/III	10	50%
T3a/IIIA	1	5%
T3a/IIIB	1	5%
T4	1	5%
Tis carcinoma in situ	1	5%
Tratamento		
Cirurgia + quimioterapia + radioterapia	5	25%
Radioterapia + quimioterapia + braquiterapia	1	5%
Radioterapia + quimioterapia	8	40%
Quimioterapia	1	5%
Cirurgia + braquiterapia	1	5%
Cirurgia + radioterapia	3	15%
Radioterapia	1	5%

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

No que se refere ao tipo histopatológico, observou-se predominância do carcinoma de células escamosas, presente em 80% das participantes, seguido pelo adenocarcinoma com 20%, dados que se alinham com a literatura, que aponta o carcinoma escamoso como o tipo mais frequente de câncer do colo do útero. Em relação ao estadiamento clínico (TNM/FIGO), destaca-se que a maioria das mulheres foi diagnosticada no estágio avançado, como T3/III (50%), o que pode estar relacionado ao início tardio da investigação diagnóstica. Quanto ao tratamento, identificou-se que 40% das pacientes foram submetidas à combinação de radioterapia e quimioterapia, enquanto 25% passaram por tratamento triplo (cirurgia, quimioterapia e radioterapia). Tais abordagens refletem a complexidade dos casos e a tentativa de controlar o avanço da doença, ainda que frequentemente associadas a impactos significativos na qualidade de vida das pacientes.

Após a transcrição e aplicação da análise dos dados por meio da técnica proposta por Bardin (1977), a fim de cumprir com os objetivos propostos pela pesquisa, ocorreu a elaboração das categorias e subcategorias que elucidam a percepção das mulheres a respeito dos impactos do tratamento oncológico no corpo e na sua QV. Nessa perspectiva, foram desenvolvidas 2 categorias significativas ou finais: Impactos corporais do tratamento oncológico e Impactos na QV e 5 subcategorias: Repercussões da Quimioterapia; Repercussões da Radioterapia; Impacto Financeiro; Impacto de natureza psicológica e Mudanças no cotidiano, detalhadas no QUADRO 3 .

Quadro 3: Categorias e subcategorias criadas.

Categorias Finais	Subcategorias
1. Impactos corporais do tratamento oncológico	Repercussões da Quimioterapia Repercussões da Radioterapia
2. Impactos na qualidade de vida	Impactos Financeiros Impacto de natureza psicológica Mudanças no cotidiano

3.1. Categoria 1: Impactos Corporais do Tratamento Oncológico

O câncer de colo do útero ou câncer cervical é caracterizado por uma multiplicação desordenada das células que ocorre na porção inferior do útero, podendo atingir tecidos próximos e até mesmo os mais distantes (SOUZA; COSTA, 2021).

Na maioria dos casos, essa doença é assintomática, porém, pode apresentar alguns sinais e sintomas, como: sangramento vaginal durante relações sexuais, corrimento de cor escura e com mau odor, e nos estágios mais avançados pode causar hemorragia, obstrução de vias urinárias e intestinais (GISMONDI *et al.*, 2020). Podendo ser observado a seguir:

“Eu senti dores, dor de cólica, sangramento as vezes, e estava tendo um corrimento amarelado e com mau cheiro, (...) Não é normal, já estou na menopausa.” (P1, 63 anos)

“Então, quando eu tinha relação sangrava. Foi o que mais me chamou atenção, e sentia também dor. O sangue era bem vivo!” (P2, 43 anos)

“Tive uma hemorragia na rua, mandaram eu ir ao hospital e o médico deu o toque e me internou. (...) não sabia exatamente o que era até o médico falar que havia noventa por cento de chance de ser câncer.” (P4, 55 anos)

O principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer cervical é a infecção pelos tipos de vírus do papiloma humano. Quase todos os casos de câncer cervical são devidos à infecção crônica pelo Papilomavírus Humano. Embora seja sexualmente transmissível, a transmissão do HPV não requer relação sexual penetrativa. O contato genital pele a pele é um modo de transmissão bem estabelecido (TANEJA *et al.*, 2021).

“Tive HPV há 20 anos atrás, descobri quando tive minha filha e fiz o tratamento. Desde lá não deixei de fazer preventivo, e nesse último preventivo que fiz deu que eu estava com câncer.” (P7, 62 anos)

“(...) com 15 anos fui diagnosticada com HPV, então já fui orientada a ficar fazendo o preventivo, porém, relaxei. Tive corrimento, um desconforto, fiz exame e constou inflamação de alto grau.” (P11, 49 anos)

Para que o rastreamento reduza a ocorrência do câncer do colo do útero, é necessário que alcance alta cobertura entre a população-alvo e garanta que todas as mulheres suspeitas sejam acompanhadas e adequadamente tratadas (SILVA, *et al.*, 2022, p. 2)

Entre os tratamentos mais comuns para essa neoplasia estão a cirurgia e a radioterapia, podendo também ser associada à quimioterapia. Porém, o tipo de tratamento ao qual a paciente será submetida dependerá de alguns fatores, como: estadiamento da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais (idade e desejo de preservação da fertilidade). Para câncer cervical localmente avançado, o tratamento dispõe de cirurgia, terapia combinada com quimioterapia e radioterapia e posteriormente a realização de braquiterapia (MAYADEV *et al.*, 2022).

A cirurgia desempenha um papel importante no tratamento do câncer cervical em estágio inicial. Uma seleção cuidadosa de pacientes é a chave para resultados bem-sucedidos. A cirurgia padrão leva à perda permanente da fertilidade. Desde então, o procedimento passou por várias modificações, envolvendo a ressecção do colo do útero, da parte superior da vagina e da parte medial dos paramétrios por meio de uma abordagem vaginal, preservando o corpo uterino (PODDAR; MAHESHWARI, 2021).

Os avanços no tratamento do câncer pélvico ginecológico aumentaram os números de sobrevida das mulheres, entretanto, como efeito colateral, o risco de disfunção do assoalho pélvico (AP) aumentou. As principais disfunções após o tratamento de neoplasias ginecológicas são incontinência urinária, incontinência fecal e disfunções sexuais. Outras disfunções do AP incluem estenose vaginal, dor pélvica e diminuição da função muscular (TATIANA *et al.*, 2024). Visto nos relatos abaixo:

“Eu perdi o interesse por homem totalmente, não tenho vontade e nem quero, anulei minha vida sexual, me deu bloqueio e rejeição e acabei encerrando um relacionamento.” (P3, 58 anos)

“(...) tive diarreia e vômito, depois da rádio meu intestino fica muito preso ou muito solto, as vezes faço na roupa que nem sinto.” (P8, 65 anos)

“Estou com cistite, ardência no canal vaginal e anus, enjoo, mas acho que é por conta da radioterapia.” (P18, 61 anos)

No decorrer ou após o tratamento do câncer de colo de útero, podem surgir complicações ginecológicas, dentre elas, fistulas, diminuição da rugosidade da vagina,

diminuição da lubrificação, estenose vaginal, dispareunia e infertilidade (MOURA; LIVRAMENTO, 2023).

Fibrose e secura vaginal estão entre os efeitos mais importantes causados por uma alteração estrutural dos tecidos com consequente aumento do tecido conjuntivo, menor elasticidade e maior risco de desenvolver fibrose vaginal com comprometimento da saúde sexual, ocorre uma alteração morfológica, fazendo com que as fibras elásticas se distribuam de forma disfuncional e com alta densidade de colágeno (TRAMACERE *et al.*, 2022).

Dias (2023), afirma que a incidência de estenose vaginal após a radioterapia no tratamento do câncer ginecológico é variável, e aumenta quando realizada a modalidade de braquiterapia. Pode ser definida como encurtamento da vagina com valor inferior a 8 cm de comprimento. A mucosa vaginal, os tecidos conectivos e pequenos vasos podem ser acometidos, ocasionando uma diminuição do aporte sanguíneo com subsequente hipóxia dos tecidos vaginais que começam a estreitar-se e atrofiar-se, a paciente então terá diminuída a espessura da parede vaginal e a lubrificação formando aderências e fibroses perdendo a elasticidade. Caso não tratada, poderá ocorrer o fechamento completo da vagina.

Já a dispareunia é uma dor recorrente ou persistente com a relação sexual que causa sofrimento. A dispareunia pode ser superficial, causando dor com a tentativa de inserção vaginal, ou profunda. Mulheres com dor sexual correm maior risco de disfunção sexual, sofrimento no relacionamento, diminuição da qualidade de vida, ansiedade e depressão (HILL; TAYLOR, 2021).

“Fui liberada pelo médico, mas ainda não consigo ter relação sexual, dói muito e mais que antes.” (P3, 58 anos)

“Tenho muita ardência no canal vaginal, nem penso em fazer nada por agora.” (P10, 53 anos)

“O câncer ainda não modificou tudo em minha vida, mas dentre as partes modificadas está minha relação sexual e fica mais difícil a questão de ter filho, porém, tenho fé.” (P5, 29 anos)

A fertilidade é interrompida por sérias implicações de produção de oócitos após o tratamento. A saúde sexual é afetada refletindo também em menopausa precoce (DOHM *et al.*, 2021).

Dito isso, a abordagem de possíveis disfunções性uais em mulheres que receberam tratamento oncológico para neoplasias cervicais é fundamental, visto que, além de ser de suma importância para a qualidade de vida dessas pacientes, impacta diretamente na vida pessoal, resultando em insatisfação sexual e abandono por seus parceiros alegando medo de se contaminar ou machucá-las, principalmente pela influência de mitos e tabus.

3.2. Subcategoria 1. Repercussões da Quimioterapia

A QT se configura como o tratamento sistêmico do câncer que utiliza fármacos conhecidos como antineoplásicos, em que podem ser administrados em intervalos regulares e seu esquema terapêutico varia para cada indivíduo. Sua indicação tem por objetivo diminuir tumores locais e avançados (INCA, 2023).

Os quimioterápicos trazem consigo inúmeros efeitos indesejáveis que podem impactar na condição física dos pacientes. Esta aniquila as células cancerígenas, mas também atinge as células normais, sendo considerada uma terapêutica com elevadas reações adversas. O tratamento pode causar o agravamento de sintomas corporais como insônia, náuseas, fadiga, dor, dispneia, perda de apetite, perda de peso, unhas enfraquecidas, ressecamento e aparecimento de feridas na pele, além de prejudicar a capacidade para realizar as atividades do dia a dia (FERREIRA *et al.*, 2015). Como aponta nos relatos abaixo:

“Me sinto muito limitada, sinto algumas dores mas faz parte dos efeitos colaterais, para caminhar, dor nas pernas, me canso muito rápido, meu corpo tá um pouco debilitado.”
(P11, 49 anos)

“Fiquei muito bamba, cansaço, falta de apetite, desânimo, náuseas, fiquei bem debilitada, emagrecida e altamente dependente.”
(P12, 68 anos)

“Desde que comecei o tratamento venho estando muito cansada, tento fazer as coisas mas canso. Me sinto mal por estar mais dependente...”
(P2, 43 anos)

“Ultimamente não consigo pegar peso, não posso fazer muita coisa, mudou muito minha rotina do dia a dia e no meu trabalho, sinto enjoos, fraqueza e isso me atrapalha muito.”
(P13, 51 anos)

Conforme Monteiro *et al.*, (2018), durante o tempo que o antineoplásico se mantém ativo no corpo, este pode acarretar em variações quimiosensoriais, isso ocorre devido a alterações nas células sensoriais que ocasiona a distorção do paladar e redução da sensibilidade olfativa. Consequentemente haverá repercussões na baixa ingestão de alimentos e com isso contribuirá para a perda de peso, anorexia não intencional e implicações no estado nutricional. Consequências essas, relatadas a seguir:

“Eu emagreci muito, muita falta de apetite desde que comecei a me tratar deve ter algo a ver com o tratamento sim.” (P20, 55 anos)

“Tive uma perda de peso que foi difícil de acreditar, sempre tive dificuldades de emagrecer, mas depois do tratamento acontece naturalmente.” (P19, 34 anos)

“Meu intestino mudou muito, além das dores, meu intestino vive solto, evito comer para evitar diarreia.” (P15, 63 anos)

Ainda durante o tratamento quimioterápico é possível perceber a existência de efeitos adversos que podem atrapalhar o plano terapêutico, como a queda da imunidade ou mais conhecida como neutropenia. Nesse sentido, uma das medicações mais evidenciadas no estudo foi o uso do Filgrastine. Em 2021, de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) este fármaco é indicado para a redução da neutropenia e na incidência de neutropenia febril em pacientes tratados com QT citotóxica estabelecida para tumores malignos (ANVISA, 2021). Como relatado a seguir:

“(...)uma das coisas que me assustou foi quando o médico falou que minha imunidade estava baixa. E que por conta disso não poderia realizar o tratamento, me deixando com sensação de atrasada no processo.” (P13, 51 anos)

“Meus exames em algumas vezes do tratamento estavam muito baixos, o que muito das vezes fez com que eu não fizesse a sessão naquele dia (...) atrasando, né?” (P15, 63 anos)

A neutropenia motivada pela QT é uma toxicidade hematológica, expressa pela redução da contagem dos glóbulos brancos na corrente sanguínea (abaixo de 1,5 x 10⁹ /L1),

encontrado no hemograma, sendo este um exame realizado de forma recorrente durante o processo terapêutico. Dessa maneira, esta condição pode atrasar a continuidade do tratamento e consequentemente reduzir a eficácia do antineoplásico (MULLARD *et al.*, 2014).

3.3. Subcategoria 2. Repercussões da Radioterapia

A radioterapia pode ter um caráter curativo ou paliativo. Assim, a radioterapia curativa ou radical é um tratamento de longa duração (7 a 8 semanas), podendo ser adjuvante (quando realizada após a cirurgia) ou neoadjuvante (quando usada antes da cirurgia, para reduzir a massa tumoral e melhorar as condições cirúrgicas). Nesse contexto, a radioterapia paliativa é um tratamento que pode variar de curta a longa duração, quando a doença está em estado avançado, com o propósito de aliviar sua sintomatologia. Este tipo de tratamento tem, assim, como principal objetivo proporcionar qualidade de vida ao doente. Além disso, a radioterapia é tradicionalmente vista como um tratamento, à partida, menos incapacitante que a quimioterapia (SALGADO, 2013, p. 42-43).

Considerada uma parte importante do tratamento desse tipo de câncer e pode ser externa e/ou interna, a radiação de feixe externo, radioterapia mais conhecida, combinada com de feixe interno, também chamada de braquiterapia (BT) foi identificada como o modo de tratamento padrão para pacientes com câncer cervical avançado. A BT tem sido usada para tratar o câncer cervical por quase 100 anos e é descrita como imprescindível na radioterapia do câncer cervical. Estudos atuais apontam redução significativa na eficácia da radioterapia do câncer cervical, com uso apenas da radioterapia de feixe externo, sem a o uso da BT (TIAN *et al.*, 2022).

A radioterapia de feixe externo usa uma fonte de radiação que emite energia na área alvo. O contraponto dessa técnica é que ela fornece uma dose relativamente alta ao tecido saudável adjacente devido à grande distância entre a fonte de radiação e o alvo. Já na braquiterapia, a fonte de radiação é colocada dentro ou adjacente à área que requer tratamento. O benefício da braquiterapia em comparação a técnica ao feixe externo é a capacidade de fornecer radiação de forma bem localizada e permitir uma dose maior com menos efeitos colaterais e menos números de aplicações necessários para o mesmo efeito (E. DE BAKKER *et al.*, 2020).

Os efeitos da RT podem ser de curto a longo prazo, pois estes podem ser agudos, quando aparecem durante a RT ou até três meses após o término das aplicações e tardios

quando surgem depois de anos pós-tratamento. Baseado na American Cancer Society (2019), depois de alguns anos, não é impossível que novos cânceres de pele se desenvolvam em áreas previamente tratadas por radiação (BONASSA *et al.*, 2012).

As radiodermites são um dos efeitos colaterais mais comuns durante a RT. A maioria dos casos começam pelo aparecimento de eritema e edema na região irradiada, isso em função do enfraquecimento da integridade da pele oriundo da resposta inflamatória à destruição das células da camada basal. A partir disso, ocorre liberação de citocinas, dilatação capilar na derme e aumento da permeabilidade vascular, podendo ocasionar na descamação e ressecamento da pele (SEITÉ *et al.*, 2017).

“Recentemente, após começar a rádio, tive muitas dores nas articulações, coceira e alergia, que foram melhorando com medicações, não aguentava andar de tantas dores.” (P3, 58 anos)

“Fiquei inchada, saía líquido dos meus pés, eu não conseguia desempenhar as tarefas diárias, fiquei dependente de outras pessoas.” (P16, 48 anos)

“Sinto cólicas da radio, falta de apetite, estou muito menos ativa e estou bem inchada mas creio que seja normal pelo tratamento.” (P6, 49 anos)

A pele na área tratada pela radioterapia exige cuidados especiais, como lavá-la sempre com sabão suave e água morna; evitar aplicar cosméticos sem orientação da equipe médica ou de enfermagem; usar roupas folgadas; evitar esfregar ou coçar a região irradiada; não aplicar adesivos sobre a área; proteger a pele dos raios solares e não aplicar compressas (frias ou quentes) sobre a pele, pois durante o tratamento ela fica mais sensibilizada (LEITE *et al.*, 2013).

3.4. Categoria 2: Impactos na qualidade de vida

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) QV é “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Por meio desse conceito, é possível depreender que QV é um conjunto de condições que promove bem-estar físico, biopsicossocial e espiritual, mas que pode variar de acordo com os ideais de cada indivíduo (BVS, 2013; CORREIA *et al.*, 2018; MENEZES *et al.*, 2020).

No câncer de colo do útero, a avaliação da QV é de extrema importância, pois identifica os aspectos relacionados ao bem-estar físico, mental, social e espiritual que podem ser afetados pela doença, auxiliando na monitorização dos resultados do tratamento e intervenções (LOFRANO *et al.*, 2016).

Embora algumas mulheres lidem positivamente com a experiência do tratamento, outras podem se sentir emocionalmente afetadas por mudanças em sua imagem corporal. Desse modo, é inevitável que as condições de vida durante o tratamento sejam afetadas, pois a saúde física, mental, social e emocional é comprometida desde o princípio do diagnóstico, em virtude das mudanças e adequações profundas que o processo de tratamento do câncer pode acarretar para a vida da mulher (MEJÍA-ROJAS *et al.*, 2020).

“(...) mas é como se eu tivesse perdido quem eu era. Me olho no espelho e não me reconheço mais. Me sinto feia. Meu cabelo caiu, meu corpo mudou.” (P18, 61 anos)

“É um processo doloroso, tem dias e dias (...) Hoje mesmo estou me sentindo mal, sabe?” (P20, 55 anos)

3.5. Subcategoria 1. Impactos Financeiros

A impossibilidade de trabalhar entristece e intimida as mulheres. A maior parte destas envolvidas no presente estudo está aposentada ou afastada do trabalho em decorrência do tratamento oncológico. Por consequência, essa atitude pode comprometer a renda mensal, fazendo com que muitas mulheres passem a depender de outros familiares ou amigos para o provimento do seu próprio sustento:

“Abri mão de muitas coisas, minha rotina mudou tudo, parei de trabalhar. Abri mão da minha independência financeira, não tive mais condições de me manter sozinha e fui morar com a minha irmã.” (P17, 42 anos)

“Eu tinha uma loja de roupas femininas, quando descobri o câncer tentei continuar mas tive que fechar, não teve ninguém para tomar frente e me ajudar a tomar conta da loja.” (P19, 34 anos)

“Eu era mais ativa, sinto falta do meu trabalho, de ter meu dinheirinho todo mês. O auxílio doença demorou a sair e em casa fico mais desanimada.” (P7, 62 anos)

As expressões fortalecem que o tratamento oncológico pode levar ao afastamento precoce das atividades laborais, contribuindo para o alto percentual de licença médica. Por consequência, muitas mulheres passam a necessitar de um suporte financeiro por parte de seus familiares (FERREIRA *et al.*, 2015).

Além da dependência de terceiros, existem as mudanças após o tratamento. Isso porque, muitas mulheres evoluem com dificuldades relacionadas às atividades instrumentais, básicas e avançadas da vida diária. Os sintomas álgicos em conjunto com as incapacidades relacionadas à neoplasia e seu tratamento podem causar prejuízo na QV, na perda do convívio social, redução das atividades profissionais e do lazer (SILVA; REZENDE, 2014; JESUS; CEDRAZ; MEDRADO, 2018).

Atividades laborais e convívio social constituem importantes ferramentas para redução do medo e pensamentos negativos a respeito da doença e tratamento. No entanto, o afastamento dos vínculos trabalhistas são sempre razões de impacto e que exigem a reflexão do paciente quanto às prioridades de vida, por vezes colocando em segundo plano, atividades essas que representam independência, como por exemplo, o provimento familiar (MENEZES *et al.*, 2020).

3.6. Subcategoria 2. Impacto de natureza psicológica

Percebe-se que o impacto na QV já se inicia na descoberta do câncer de colo de útero. Mesmo com o avanço das intervenções terapêuticas, ainda persistem com frequência relatos de problemas de ordem física, psicológica, financeira e social. Autores como Corrêa *et al.* (2021) falam ainda sobre “dupla morte” pois, além do potencial risco à vida, há também uma outra perda comum nesse tipo de diagnóstico: a fertilidade. Isso se dá por conta da ameaça ao órgão atingido, o útero, que é o grande símbolo da “geração da vida” (Corrêa *et al.*, 2021, p. 2166).

Sendo assim, como já foi dito, o câncer é culturalmente associado à invalidez, morte iminente e tratamentos extremamente agressivos. E, especificamente sobre o câncer de colo

uterino “[...] além dos estigmas do câncer, é uma doença que atinge um órgão repleto de simbolismos para a mulher, pois envolve questões inerentes à sexualidade, feminilidade e reprodução”. E, por isso, dependendo do tipo de intervenção – cirúrgica ou não, por exemplo – pode ter mais ou menos impactos (TOLEDO *et al.*, 2021, p. 3). Essa associação pode ser observada nos relatos a seguir:

“Já tinha trauma pela minha mãe, fiquei muito preocupada e assustada, pensei que fosse morrer.” (P6, 49 anos)

“[...] Muito triste, a primeira coisa que passou na minha cabeça foi o medo de não poder engravidar, já fiquei desesperada de não ter uma família, meu maior sonho, meu mundo caiu.” (P19, 34 anos)

“Chorei muito, pensei que eu ia morrer, eu sou mãe e eu pensei logo nos meus filhos, meu medo maior era de morrer e deixar eles, mas levantei minha cabeça, fiz meu tratamento e cá estou eu hoje.” (P13, 51 anos)

Ademais, não é apenas por meio da quimioterapia ou da radioterapia que a mulher sofre consequências em sua vida cotidiana, mas também a partir de cirurgias, podendo estar presente em todas as fases do tratamento. Existem diversas modalidades, dentre elas: diagnóstica, curativa, paliativa, minimamente invasiva, citorredutora e preventiva. A cirurgia como opção de tratamento é a mais antiga e, ainda hoje, a mais comum na oncologia (PERDICARIS *et al.*; 2008).

Uma vez que se decida realizar a histerectomia, por exemplo, muitos sentimentos podem ser desencadeados e, se a paciente em questão não tem filhos e deseja tê-los, é ainda mais delicada essa decisão. Não ter o útero ou perder uma de suas funcionalidades pode provocar sentimentos de “inutilidade e destituição da condição feminina”, o que vai de encontro com as expectativas da sociedade para uma mulher e, por vezes, dela própria que é cumprir o papel de genitora (PIMENTEL, 2021, p. 40)

Nesse sentido, o momento do diagnóstico e o início do tratamento podem gerar significativo impacto emocional e psicológico na paciente, seja pelas futuras perdas (reais ou simbólicas) – que são comuns à doença – ou pelos estigmas associados ao câncer (MONTEIRO *et al.*; 2024)

Percebe-se que os sentimentos prevalentes no tratamento são de medo da morte, incerteza e tristeza, estes que fazem parte de um processo de defesa psicológica: a negação. Geralmente é comum percebermos durante certo tempo que as pacientes não querem aceitar ou acreditar no que estão vivendo (ROCHA *et al.*, 2019; SILVA; ARBOIT; MENEZES, 2020). Como observado a seguir:

“Não acreditei, não acredito ainda que eu tenho, estou fazendo o tratamento por pressão das minhas filhas, elas não deixam eu faltar um dia.” (P12, 68 anos)

Quando se volta a falar de impactos na QV, muitas mulheres referem dificuldades em se aceitar sem cabelo, demonstrando abalo na autoestima, associado ao fato de não se sentirem bem com a sua própria aparência. Nas falas é recorrente traços de impacto psicológico como forma de preocupação e até uso de termos depreciativos. Nessa perspectiva, a imagem corporal pode ser distorcida em consequência a perda de cabelo, fazendo com que a autoestima seja atingida, gerando sentimentos negativos de insatisfação, medo, revolta e que podem levar ao isolamento social e estado depressivo da mulher, alterando a forma com que realiza suas atividades cotidianas e seus relacionamentos, acarretando na piora da QV (MARTINS *et al.*, 2020; CHAVES *et al.*, 2021). Como comprovado a seguir:

“Afetou bastante minha qualidade de vida, por ser cansativo, o meu cabelo caiu, minha sobrancelha também, eu fiquei muito sentida, o tratamento arrebenta por dentro e por fora.” (P4, 55 anos)

“(...) mas chorei muito quando meu cabelo começou a cair, fiquei com vergonha mas sei que um dia vai brotar.” (P1, 63 anos)

Nesse âmbito, no estudo foi identificado que algumas mulheres se sentiam incomodadas com os olhares e julgamentos alheios ao saírem na rua, em decorrência da sua aparência. Além de enfrentar o processo terapêutico, as mulheres ainda lidam com os sentimentos de finitude, dó e os julgamentos atribuídos ao tratamento, pela população leiga (SANTOS *et al.*, 2014). Os argumentos abaixo comprovam o desconforto:

“A primeira vez que sai de lenço na rua, me senti envergonhada, parecia que todos estavam me olhando, um olhar de pena, me senti tão mal. Eu amava o meu cabelo mas agora já está crescendo.” (P2, 43 anos)

“Quase ninguém sabe, as pessoas só vão sentir pena, não gosto desse olhar de dó dos outros, por isso não falo, só quem sabe da minha doença é minha família.” (P7, 62 anos)

Diante do diagnóstico de câncer do colo do útero não é só a mulher que sofre suas repercussões, pois a família que permanece ao seu lado, também sente todo o processo, sendo um momento crítico em que ambos precisam de apoio e suporte emocional, para enfrentar esta árdua batalha travada na luta contra o câncer. O processo de vivenciar uma patologia grave está repleto de transformações importantes na rotina, fato que não acontece apenas com quem adoece, mas reflete em todos os membros relacionados ao contexto familiar (SALCI; MARCON, 2011).

O cotidiano do paciente e de seu familiar/cuidador torna-se transgredido a partir da ocasião da confirmação do diagnóstico de câncer, mas a família que age em procura a uma relação saudável afirma o desejo de atender da melhor maneira alcançável todas as necessidades de seu ente querido, expressam amor e carinho e ainda têm a capacidade de dividir as dúvidas e compartilhar o saber daquilo que os cercam. As mulheres reconhecem os familiares como fonte de apoio para o enfrentamento da doença (SILVA *et al.*, 2008). Como podemos observar a seguir:

“Todo mundo preocupado, ficaram mais preocupados que eu, ficaram do meu lado demonstrando apoio, tiveram lá em casa pra me ajudar.” (P9, 63 anos)

“Minha família e meus amigos me apoiaram muito, cada dia tinha alguém na minha casa, não precisei fazer nada. Meu marido foi como um super-herói, não saiu do meu lado em nenhum momento.” (P20, 55 anos).

A doença na família pode alterar as relações dos membros, sendo capaz de uni-los ao trazer à tona sentimentos de carinho, cuidado e amor antes esquecidos ou pouco demonstrados. A força e o incentivo que recebem da família e de seus amigos fazem com que as mulheres tenham mais vontade de viver e em aderir ao tratamento proposto, além disso, desempenham um papel fundamental na preservação e melhora da saúde mental. Esse suporte emocional contribui para a redução de sentimentos de ansiedade, medo e solidão,

favorecendo um enfrentamento mais positivo da doença e impactando diretamente na qualidade de vida das pacientes oncológicas (RODRIGUES; POLIDORI, 2012).

3.7. Subcategoria 3. Mudanças no cotidiano

Das primeiras manifestações fisiopatológicas no organismo ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento, às mulheres com câncer vivem entre sentimentos antagônicos de medo da evolução da doença e esperança da cura, e isto reflete no seu cotidiano e na forma como elas ressignificam suas perspectivas de vida. Nesse viés, o tratamento oncológico pode trazer mudanças na vida da mulher (SLEVIN *et al.*, 1996). Quando se questiona sobre mudanças no cotidiano os relatos mais persistentes são:

“Minha rotina está em volta de tratamentos, todos os dias, no momento não faço mais nada, não passeio, só estou vivendo o tratamento, tenho vontade de voltar a trabalhar, mas agora fica difícil” (P3, 58 anos)

“Abri mão de muitas coisas, minha rotina mudou tudo, parei de trabalhar, tive que me mudar para casa da minha irmã.” (P17, 42 anos).

“Ultimamente não posso pegar peso, não posso fazer muita coisa, mudou muito minha rotina do dia a dia e no meu trabalho.” (P11, 49 anos)

Com base nestes relatos é possível identificar mudanças nas formas de vida, lazer e a dificuldade motora para a realização de atividades domésticas de rotina. Essas alterações estão relacionadas às recomendações propostas durante o tratamento oncológico, assim como também às complicações do período pós-cirúrgico. E como consequência as mulheres passam por mudanças do funcionamento físico, no qual ocasionam restrições funcionais e uma queda da capacidade de desenvolver atividades da vida diária (PEREIRA, 2017).

Para muitas mulheres este momento é visto como incapacitante, pois as alterações e limitações impostas pelo tratamento muitas vezes é um fator predisponente para a redução das atividades diárias, assim como um fator que favorece a depressão e o sentimento de inutilidade, pois “o significado que as pessoas depositam num determinado fato está muito relacionado com as implicações do mesmo para o seu cotidiano”. Diante desses dados

entendemos que o câncer é uma doença que é capaz de desencadear inúmeras modificações na vida dos indivíduos que o vivenciam, estando presente no âmbito biopsicossocioespiritual (RZEZNIK; DALL' AGNOL, 2000).

As mudanças psicossocioculturais provocadas pelo câncer e seu tratamento afetam negativamente a vida das mulheres, que muitas vezes se sentem incapazes de cuidar de si mesmas e de suas famílias. Isso gera um conflito interno, tornando-as dependentes e causando desconforto e insatisfação por precisarem lidar com uma situação imposta pela doença. Podendo ser visto nos trechos abaixo:

“Certamente, afetou muito, tô muito dependente e me sinto insegura, sinto vergonha e ainda não me adaptei.” (P6, 49 anos).

“Afeta,né!? Não deixa de afetar, a gente fica mais dependente dos outros fazerem as coisas para gente.” (P2, 43 anos).

“Fiquei inchada, saía líquido dos meus pés, eu não conseguia desempenhar as tarefas diárias, fiquei dependente de outras pessoas, "tadinho do meu marido que teve que lavar as toalhas de sangue.” (P16, 48 anos).

Em um estudo de Guedes e Silva (2023), eles discutem sobre os caminhos percorridos por cidadãos brasileiros dependentes do SUS e observaram que os usuários dos serviços de saúde necessitam driblar a gestão pública inapta, caracterizada por distribuição deficiente, desigual e burocrática de recursos públicos. Sendo assim, as mulheres do estudo tiveram que enfrentar deslocamentos, para ir em busca de um tratamento adequado. Por consequência têm se a mudança na reorganização de sua rotina, como o afastamento dos seus lares, afastamento familiar e enfrentamento de uma nova realidade financeira, esta situação atinge não só a vida da paciente, como também do seu seio familiar (CARLOS; TEIXEIRA, 2023).

A espiritualidade e religiosidade também são elementos frequentes nas histórias contadas, quando se refere a mudanças nas perspectivas de vida:

“Acho que é Deus, tento viver minha vida normal, só não trabalho porque não posso, tem dia que estou mais na minha,só isso...” (P7, 62 anos)

“(...)porque tenho muita fé em Deus para conseguir lidar com a situação.” (P14, 66 anos)

“(...) a gente tem que aceitar tudo o que Deus prepara pra a gente”, “se Deus deu isso pra mim, é porque lá na frente, ele tem algo melhor pra mim.” (P8, 65 anos)

“Eu estou nas mãos de Deus, o que Deus fizer comigo, tá feito!” (P5, 29 anos)

“Acredito que quem passa por esse processo, tem que procurar se fortalecer, se ajudar, Deus me deu suporte para lidar com as adversidades da vida, não me abalei psicologicamente por causa da minha fé e da minha família que me ama.” (P10, 53 anos)

A espiritualidade consiste na busca particular do ser humano pelo sentido da vida associado ao que é considerado divino. Já a religiosidade são crenças, ritos e costumes que ligam o indivíduo ao que para este é considerado sagrado. A fé é um elemento que faz parte da subjetividade humana, tratando-se de um auxílio no enfrentamento de doenças, ou seja, pacientes oncológicos utilizam de suas crenças para encarar a doença e seu tratamento. Nesse sentido, o uso destas estratégias atreladas à esperança de cura, são capazes de proporcionar bem-estar (MELO *et al.*, 2015; THIENGO *et al.*, 2019).

Sendo assim, o enfrentamento religioso demonstra-se como estratégias que utilizam a fé, a religiosidade e a espiritualidade para se adaptar e enfrentar situações consideradas estressoras”. Sendo este, em alguns momentos a única saída encontrada pelas mulheres que vivenciam o estar com câncer, para superar seus medos e aflições, além de buscarem através da fé a força para aceitar a doença e enfrentar de forma menos sofrida todo o processo desde o diagnóstico, passando pelo tratamento e suas repercussões, até a cura definitiva é alcançada através do suporte religioso (FORNAZARI *et al.*, 2010, p. 270).

4. CONCLUSÕES

O presente estudo evidencia que a experiência do câncer de colo do útero e de seu tratamento impacta significativamente a qualidade de vida das pacientes, abrangendo aspectos físicos, emocionais, sociais, financeiros e espirituais. Desse modo, as alterações decorrentes da doença e da terapêutica exigem adaptações constantes, influenciando a autonomia, a autoestima, a vida laboral e os relacionamentos dessas mulheres. Nesse contexto, ressalta-se a importância de uma abordagem integral e humanizada, que considere não apenas o controle da doença, mas também os aspectos subjetivos e psicossociais envolvidos na vivência das pacientes.

Foi visto ainda que a presença de uma rede de suporte sólida, aliada à escuta sensível e ao acolhimento profissional, mostra-se fundamental para a promoção da qualidade de vida durante e após o tratamento oncológico. O apoio familiar, social e espiritual é essencial para o enfrentamento da doença, enquanto o acompanhamento por equipes multiprofissionais contribui para minimizar os efeitos adversos do tratamento e favorecer o bem-estar das pacientes.

Diante do exposto, reforça-se a necessidade de estratégias de cuidado integral, capazes de contemplar a complexidade da vivência oncológica e promover a qualidade de vida das pacientes e de seus familiares. A elaboração e implementação de intervenções assistenciais voltadas à redução dos efeitos adversos e ao fortalecimento emocional das pacientes podem melhorar a assistência prestada. Além disso, este estudo contribui para a comunidade científica ao fornecer subsídios para que os profissionais de saúde desenvolvam práticas mais eficazes e humanizadas, potencializando a qualidade de vida das mulheres com câncer de colo do útero.

Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde adotem uma atuação multiprofissional, que conte com as diversas dimensões do cuidado, reconheça a mulher em sua totalidade e valorize práticas que promovam não apenas a sobrevivência, mas também o bem-estar e a dignidade ao longo de todo o percurso terapêutico.

A pesquisa apresentou algumas limitações importantes que devem ser consideradas na análise dos resultados. O número reduzido de participantes, aliado ao fato de o estudo ter sido realizado exclusivamente em um único hospital, limita a capacidade de generalizar os achados para outras populações. Isso ocorre porque mulheres de diferentes regiões, contextos socioculturais ou submetidas a distintos modelos de assistência em saúde podem vivenciar o tratamento oncológico e seus impactos na qualidade de vida de maneira diversa. Dessa forma, os resultados obtidos refletem principalmente a realidade do grupo estudado e podem não representar plenamente experiências de outros públicos.

Além disso, a natureza qualitativa da pesquisa, baseada na aplicação de questionários autoaplicados com perguntas abertas e fechadas, também representa uma limitação metodológica. Como os dados dependem diretamente da interpretação subjetiva das participantes, aspectos como estado emocional, disposição para relatar vivências íntimas e compreensão das perguntas podem influenciar significativamente as respostas fornecidas. A sensibilidade do tema que envolve aspectos físicos, emocionais e sociais relacionados ao tratamento oncológico pode ainda gerar receios, desconforto ou omissões, resultando em vieses de resposta que afetam a profundidade e a precisão das informações coletadas. Assim, algumas nuances importantes da experiência dessas mulheres podem não ter sido totalmente captadas pelo instrumento utilizado.

5. REFERÊNCIAS

- ALDRIGHI, J. D.; WALL, M. L.; SOUZA, S. R. R. K. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. FIL (Filgrastim): novo medicamento. Brasília, 2021. Disponível em:
<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/novos-medicamentos-eindicacoes/fil-filgrastim-novomedicamento#:~:text=Fil%20est%C3%A1%20indicado%20para%20o,controlar%20a%20neutropenia%20s%C3%A3o%20inapropriadas>. Acesso em: 22 jun. 2023.
- ANDRADE, A. L. P.; MACIEL, E.; RODRIGUES, G. P.; DE FREITAS, S. T.; DA CRUZ MOURA, M. Influência do tratamento quimioterápico no comportamento alimentar e qualidade de vida de pacientes oncológicos. Revista Brasileira de Cancerologia, 65(2), 2019.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. FIL (Filgrastim): novo medicamento. Brasília, 2021. Disponível em:
<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/novos-medicamentos-eindicacoes/fil-filgrastim-novomedicamento#:~:text=Fil%20est%C3%A1%20indicado%20para%20o,controlar%20a%20neutropenia%20s%C3%A3o%20inapropriadas>. Acesso em: 22 jun. 2023.
- ARAÚJO, T. C. F.; BEZERRA, K. K. S.; DOS SANTOS ALMEIDA, J.; DE LIMA SARDINHA, A. H. Perfil sociodemográfico de mulheres com câncer de colo do útero: avaliação da qualidade de vida. Revista Baiana de Saúde Pública, 47(1), 227–243, 2023.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos. 4. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. 644 p.
- BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. 5 passos para uma melhor qualidade de vida: uma meta ao seu alcance. São Paulo, 2013. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/260_qualidade_de_vida.html#:~:text=BVS%20 Acesso em: 07 set. 2025.
- CASTANEDA, L.; BERGMANN, A.; CASTRO, S.; KOIFMAN, R. Prevalência de incapacidades e aspectos associados em mulheres com câncer de colo do útero, Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos Saúde Coletiva, 27(3), 307–315, 2019.
<https://doi.org/10.1590/1414-462x201900030440>
- CORRÊA, B. N.; FORTES, G. N.; OLIVEIRA, P. M. Índices de depressão de mulheres com câncer de colo uterino em tratamento, em um hospital de referência no baixo Amazonas, Pará. Revista Saúde.com, 17(2), 2157-2169, 2021. <https://doi.org/10.22481/rsc.v17i2.8236>
- CORREIA, R. A.; BONFIM, C. V. DO; FEITOSA, K. M. A.; FURTADO, B. M. A. S. M.; FERREIRA, D. K. DA S.; SANTOS, S. L. DOS. Disfunção sexual após tratamento para o câncer do colo do útero. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 54, 2020.
<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019029903636>

CORREIA, R. A.; BONFIM, C. V. DO; FERREIRA, D. K. DA S.; FURTADO, B. M. A. S. M.; COSTA, H. V. V. DA; FEITOSA, K. M. A.; SANTOS, S. L. DOS. Quality of life after treatment for cervical cancer. *Escola Anna Nery*, 22(4), 2018.
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0130>

DIAS, DRA. MARCELLA. Tratamento das Complicações do Câncer Ginecológico | Fisioterapia. Disponível em: <https://www.fisioterapiaecancer.com.br/ginecologico>. 2023.

DIAS, E. G.; CARVALHO, B. C.; ALVES, N. S.; CALDEIRA, M. B.; TEIXEIRA, J. A. L. Atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo de útero em Unidades de Saúde. *J Health*. Disponível em:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/01/1352536/3472.pdf> doi:10.12662/2317-32

DOHM, A. et al. Strategies to Minimize Late Effects From Pelvic Radiotherapy. American Society of Clinical Oncology Educational Book, v. 41, p. 158–168, 1 mar. 2021.

E. DE BAKKER et al. Additional Invasive Techniques in Scar Management. Springer eBooks, p. 343–349, 1 jan. 2020.

FERREIRA, M. DE C. M.; NOGUEIRA, M. C.; FERREIRA, L. DE C. M.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Detecção precoce e prevenção do câncer do colo do útero: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da ESF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(6), 2291–2302, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.17002021>

FERREIRA, M. L. L. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em tratamento quimioterápico. *Rev. Bras Geriatr Gerontol*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 165-177, 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/cxQZccnq9Vr8Q9gnq3vCy4S/abstract/?lang=pt#>

FIOCRUZ. Maneira como o homem vê o câncer de mama é similar à forma que a mulher o vivencia. Canal Saúde: construindo cidadania, [S. l.: s. n.], 14 maio 2012. Disponível em: [GISMONDI, M.; AUGUSTINE, A. M.; KHOKHAR, M. T.; KHOKHAR, H. T.; TWENTYMAN, K. E.; FLOREA, I. D.; GRIGORE, M. Are Medical Students from Across the World Aware of Cervical Cancer, HPV Infection and Vaccination? A Cross-Sectional Comparative Study. *Journal of Cancer Education*, v. 4, n. 8, p. 1-7, 2020. Acesso em: 17 out. 2025.](https://www.canalsaudade.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/maneiracomodo-homem-ve-o-cancer-de-mama-e-similar-a-forma-que-a-mulher-o-vivencia2012-0514#:~:text=%E2%80%9CO%20apoio%20conjugal%20%C3%A9%20extremante,Enfermagem%20em%20junho%20de%202011. Acesso em: 05 set. 2025.</p></div><div data-bbox=)

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HILL, D. A.; TAYLOR, C. A. Dyspareunia in Women. *American Family Physician*, v. 103, n.10, p. 597–604, 15 maio 2021.

INCA. (2019). O que é câncer? Instituto Nacional de Câncer – Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Tratamento do câncer: Quimioterapia. Rio de Janeiro: Inca, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/ptbr/assuntos/cancer/tratamento/quimioterapia>. Acesso: 23 jun. 2023.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. Hereditariedade. Brasília: INCA, 20 maio 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/hereditariedade>. Acesso em: 19 out. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Câncer do colo do útero. Revista brasileira de cancerologia, Rio de Janeiro, v.46, n. 4, p.351-354, out./dez. 2020. (Condutas do INCA/MS).

LAUBACH, H. J.; ROBIJNS, J. Laser e terapia de luz para tratamento de dermatite por radiação. Springer Nature, Alemanha, v. 69, n. 1, p. 5-9, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29302697/>. Acesso em: 20 jun. 2023.

LAURINDO, A. P.; SILVA, J. A. P. Introdução à pesquisa: características e diferenças teórico-conceituais entre o estudo qualitativo e quantitativo. Rev. Uniabeu, 2017.

LEITE, F. M. C. et al. Diagnóstico de enfermagem relacionado aos efeitos adversos da radioterapia. Revista Mineira de Enfermagem, v.17, n.4, p. 940-945, 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar- pdf/897/v17n4a14.pdf>

LOFRANO, A. D. et al. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com carcinoma do colo do útero em quimioterapia paliativa. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 62, n. 3, p. 203-213, 2016.

MARTINS, J. O. A. et al. Sexualidade de mulheres submetidas à mastectomia: identificação das fases afetadas no ciclo da resposta sexual. Rev. Cuidado é Fundamental Online, Alagoas, v. 12, n. 1, p. 67-72, 2020. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7013>. Acesso em: 06 set. 2025.

MAYADEV, J. S. et al. Global challenges of radiotherapy for the treatment of locally advanced cervical cancer. International Journal of Gynecologic Cancer, v. 32, n. 3, p. 436–445, Acesso em: 30 out. 2025.

MEJÍA-ROJAS, M. E. et al. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. Biomedica, 40(2), 349–361, 2020. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4971>

MENEZES, M. O. et al. Relação entre qualidade de vida e câncer de mama em mulheres: Estudo de revisão integrativa. Rev. Saúde. Com, Sergipe, v. 16, n. 3, p. 1912-1921, 2020. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/4738/5545>. Acesso em: 05 set. 2025.

MONTEIRO, A. N. P. A. et al. A Práxis do Enfermeiro na Assistência prestada à Saúde do Idoso Usuário do Serviço Hospitalar Oncológico. Rev. multidisciplinar e de psicologia,

PERNAMBUCO, v.12, n. 41, p. 225-243, 2018. Disponível em:
<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1213>. Acesso em: 20 jun. 2023.

MONTEIRO, G. G.; SANTOS, A. P. S. Os impactos psicológicos em mulheres com câncer de colo de útero e a atuação do psicólogo do diagnóstico ao primeiro tratamento. Revista da SBPH, 27, e010, 2024. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v27.595>

PANZETTI, T. M. N.; CAMPOS, C. B.; RIBEIRO, T. L. C. Perfil das pesquisas de enfermagem sobre qualidade de vida de mulheres com câncer de colo uterino. *Journal of Health & Biological Sciences*, 7(3), 271–276, 2019.
<https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v7i3.2418.p271-276.2019>

PERDICARIS, A. A. M.; SILVA, M. J. P. A comunicação essencial em oncologia. In: CARVALHO, V. A.; FRANCO, M. J. P.; KOVÁCS, M. J.; LIBERTATO, R. P.; MACIEIRA, R. C.; VEIT, M. T.; GOMES, M. J. B.; BARROS, L. H. C. (Orgs.), Temas em psico-oncologia, 2008, p. 403-413. Summus.

PIMENTEL, N. I. B. L. O custo da cura: repercussões psicossociais do tratamento radioterápico para o câncer do colo uterino [Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense]. 2021. <https://app.uff.br/riuff/handle/1/23484>

PIZZETTI, A. D.; FARIA, H. DE A.; SANTOS, E. M. D. Caracterização das pacientes com neoplasia maligna de colo uterino atendidas em um hospital do Sul de Santa Catarina. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 7, n. 3, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n3-237. Acesso em: 20 out. 2025.

PODDAR, P.; MAHESHWARI, A. Surgery for cervical cancer: consensus & controversies. *The Indian Journal of Medical Research*, v. 154, n. 2, p. 284–292.

ROCHA, C. B. et al. Sentimentos de mulheres submetidas à mastectomia total. *Rev. Cuidarte*, Piauí, v. 10, n. 1, p. 606, 2019. Disponível em:
<https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/606>. Acesso em: 06 set. 2025.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Enfrentamento do Câncer em Família. Texto Contexto Enfermagem, 2011; 20 (Esp):178-86.

SALGADO, N. A Radioterapia no Tratamento Oncológico: Prática Clínica e Sensibilidade Cultural. Interações: Sociedade E As Novas Modernidades, 12(22), 2013. Disponível em: <https://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/341>

SEITÉ, S.; BENSADOUN, R. J.; MAZER, J. M. Prevention and treatment of acute and chronic radiodermatitis. *Breast Cancer* (Dove Med Press), v.9, n. 1, p. 551-557, 2017. Disponível em:
<https://www.dovepress.com/prevention-and-treatment-of-acute-and-chronic-radiodermatitis-peer-reviewed-fulltext-article-BCTT>. Acesso em: 20 jun. 2025

SILVA, R. C. M.; REZENDE, L. F. Assessment of impact of late postoperative physical functional disabilities on quality of life in breast cancer survivors. *Tumori*, v. 100, n. 1, p. 87-90, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24675497/>. Acesso em: 03 set. 2025.

SILVA, T. G. DA; OLIVEIRA, K. M. L. DE; MORAIS, S. C. R. V.; PERRELI, J. G. A.; SOUSA, S. DE M. A. DE; LINHARES, F. M. P. Disfunção sexual em mulheres com câncer do colo do útero submetidas à radioterapia: análise de conceito. *Escola Anna Nery*, 25(4), 2021. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0404>

SOUZA, D. A. DE; COSTA, M. DE O. O papel do enfermeiro na prevenção do câncer no colo de útero. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 13, p. e137101321040, 9 out. 2021.

TANEJA, N. et al. Knowledge, Attitude, and Practice on Cervical Cancer and Screening Among Women in India: A Review. *Cancer Control*, v. 28, p. 107327482110107. Acesso em: 07 set. 2025.

TIAN, X. et al. Artificial intelligence in brachytherapy for cervical cancer. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, v. 18, n. 5, p. 1241–1241, 1 jan. 2022.

TATIANA et al. Educational telerehabilitation program for women with pelvic floor dysfunctions after gynecological pelvic cancer treatment: protocol study for a randomized and controlled clinical trial. *Trials*, v. 25, n. 1, 28 maio 2024.

TRAMACERE, F. et al. Assessment of Sexual Dysfunction in Cervical Cancer Patients after Different Treatment Modality: A Systematic Review. *Medicina*, v. 58, n. 9, p. 1223, 1 set. 2022.

TOLEDO, Y. M.; MENEZES, M. P. N.; BARROS, E. S. Avaliação da sexualidade de pacientes com câncer do colo do útero em Sergipe. *Research, Society and Development*, 10(2), e41710212375, 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.123>

ZIKMUND, W. G. *Business research methods*. 5. ed. Fort Worth, TX: Dryden, 2000.

CAPÍTULO 3: REFERÊNCIAS E APÊNDICES

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. F. et al. Qualidade de vida em pacientes oncológicos na assistência em casas de apoio. Aletheia, Canoas, n. 38-39, p. 39-54, 2012.
- ARAÚJO, E. de S.; DURVAL, P. A.; SILVEIRA, D. H. Sintomas relacionados à diminuição de ingestão alimentar em pacientes com neoplasia do aparelho digestivo atendidos por um programa de internação domiciliar. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 58, n. 4, p. 639-646, 2012.
- AZEVEDO, G. M. R.; SILVA, E. C.; SOUZA, A. P. B. As diferentes formas que os tratamentos radioterápicos auxiliam as mulheres com câncer de mama que poderão ser submetidas à cirurgia conservadora. Revista Saúde e Ciência Online, v. 7, n. 2, maio a agosto de 2018.
- BERNARDO, B. C.; LORENZATO, F. R. B.; FIGUEIROA, J. N.; KITOKO, P. M. (2007). Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 29(2). <https://doi.org/10.1590/s0100-72032007000200005>
- CORREIA, R. A. et al. (2018). Quality of life after treatment for cervical cancer. Escola Anna Nery, 22(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0130>
- FRIGO, L. F.; Zambarda, S. D. O. (2015). Câncer de colo de útero: efeitos do tratamento. Cinergis, 16(3). <https://doi.org/10.17058/cinergis.v16i3.6211>
- GUARISI, R. et al. (2004). Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento das Lesões Precursoras e do Câncer Invasor de Colo Uterino no Município de Franco da Rocha, SP. Revista Brasileira de Cancerologia, 50(1), 7–15. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2004v50n1.2051>
- KUMAR, V. et al. Robbins & Cotran Patologia - Bases Patológicas das Doenças. São Paulo: Grupo GEN, 2016. E-book. ISBN 9788595150966.
- LEITE, F. M. C. et al. Diagnóstico de enfermagem relacionado aos efeitos adversos da radioterapia. Revista Mineira de Enfermagem, v.17, n.4, p. 940-945, 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/897/v17n4a14.pdf>
- LOFRANO, A. D. et al. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com carcinoma do colo do útero em quimioterapia paliativa. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 62, n. 3, p. 203-213, 2016.
- LUIZAGA, C. T. de M. et al. (2023). Mudanças recentes nas tendências da mortalidade por câncer de colo do útero no Sudeste do Brasil. Revista de Saúde Pública, 57(1), 25. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004709>
- MARQUES, R. M. et al. Diagnóstico e Tratamento. 2 ed. Bauer: Manole, 2007.

MEJÍA-ROJAS, M. E. et al. (2020). Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomedica*, 40(2), 349–361. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4971>

MENEGUIN, S.; MATOS, T. D. D. S.; FERREIRA, M. D. L. D. S. M. Percepção de pacientes oncológicos em cuidados paliativos sobre qualidade de vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.71, n.4, p.2114-2220, 2018.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. Guía Clínica: Cáncer Cervicouterino (CaCu). Santiago: MINSAL, 2015. 102p.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. Sexuality and Reproductive Issues - Factors affecting sexual function in people with cancer. United States: U.S. National Institutes of Health, 2013.

NEUSS, M. N. et al. (2016). 2016 updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards. *Journal of Oncology Practice*, 12(12), 1262–1271. <https://doi.org/10.1200/jop.2016.017905>

OLIVEIRA, N. P. D. de et al. (2024). Desigualdades sociais no diagnóstico do câncer do colo do útero no Brasil: um estudo de base hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(6). <https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.03872023>

SALGADO, N. (2013). A Radioterapia no Tratamento Oncológico: Prática Clínica e Sensibilidade Cultural. *Interações: Sociedade E As Novas Modernidades*, 12(22). <https://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/341>

SANTOS, A. L. A. et al. Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com Câncer do Colo do Útero em Tratamento Radioterápico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 58, n. 3, p. 507-515, 2012.

SANTOS, Letícia M. (2019). ADC como preditor da resposta patológica à terapia neoadjuvante no câncer de esôfago: revisão sistemática e metanálise. UFRGS - Lume Repositório Digital. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/213293>

SHUANG, Y. et al. (2014). A Systematic Review of Quality of Life and Sexual Function of Patients With Cervical Cancer After Treatment. *International Journal of Gynecological Cancer*, 24(7), 1146–1157.

SILVA, G. A. e. et al. (2022). Avaliação das ações de controle do câncer de colo do útero no Brasil e regiões a partir dos dados registrados no Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(7). <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt041722>

TEIXEIRA, L. A. (2015). From gynaecology offices to screening campaigns: a brief history of cervical cancer prevention in Brazil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 22(1), 221–239. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702015000100013>

THULER, L.C.S.(2012). Câncer do Colo do Útero no Brasil: Estado da Arte. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(3) ,321–337.<https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2012v58n3.1386>

APÊNDICES

APÊNDICE I

INSTITUTOS SUPERIORES DE ENSINO DO CENSA
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CIÉNCIAS SOCIAIS APLICADAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

FICHA PROTOCOLO

Características sociodemográficas, condições de saúde e clínicas das mulheres com câncer de colo do útero

DATA: ____ / ____ / ____

Nome fictício:

Faixa etária:

- | | |
|---|--|
| (<input type="checkbox"/>) 18 a 39 anos | (<input type="checkbox"/>) ≥ 60 anos |
| (<input type="checkbox"/>) 40 a 59 anos | |

Cor ou Raça:

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

Estado civil:

- () solteira () casada/união estável () viúva () divorciada () separada

Faixa etária no momento do diagnóstico:

- | | |
|---|--|
| (<input type="checkbox"/>) 18 a 39 anos | (<input type="checkbox"/>) ≥ 60 anos |
| (<input type="checkbox"/>) 40 a 59 anos | |

Número de filhos: _____

Qual era a condição de trabalho no momento em que o diagnóstico foi feito?

- () empregada () desempregada () em licença saúde () aposentada
() auxilio-doença () pensionista

Existem casos de câncer na família? Qual o grau de parentesco?

() Sim () Não Se sim, quem? : _____

(a) Quais foram os sintomas que te motivaram a procurar um médico e levaram ao diagnóstico? Como foi sua reação ao se deparar com o resultado do diagnóstico?

(b) Você teve amparo dos seus familiares? Algo mudou no seu convívio familiar?

(c) Que mudanças ocorreram na sua vida, desde o diagnóstico até o tratamento oncológico? Relate essas mudanças.

(d) Você acha que o tratamento afetou sua saúde e qualidade de vida? De que maneira?

(e) Como os efeitos colaterais interferem nas suas atividades cotidianas?

(f) Como você se sente hoje passando por toda essa experiência?

APÊNDICE II

INSTITUTOS SUPERIORES DE ENSINO DO CENSA
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

FICHA PROTOCOLO

Tipo histológico dos tumores, estágios da doença e tratamentos realizados.

Tipo histológico: _____

Estadiamento TNM/FIGO:

() TX

() To

() Tis Carcinoma in situ/0

() T1/I

() T1a/IA

() T1a1/IA 1

() T1a2/IA2

() T1b/IB

() T1b1/IB 1 *

() T1b2/IB2

() T2/II

() T2a/IIA

() T2b/IIIB

() T3/III

() T3a/IIIA

() T3b/IIIB

() T4/IVA

() NX

() No

() N1

() MX

() Mo

() M1/IVB

Tratamento realizado:

() cirurgia

() radioterapia

() quimioterapia

() cirurgia + radioterapia

() braquiterapia

() radioterapia + quimioterapia

() cirurgia + radioterapia + quimioterapia

() radioterapia + quimioterapia + braquiterapia

() cirurgia + radioterapia + quimioterapia + braquiterapia

() cirurgia + quimioterapia