



Qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer do colo de útero*

Quality of life of women undergoing treatment for cervical cancer

Calidad de vida de mujeres tratadas por cáncer de cuello uterino

Francieli Ana Dallabrida¹, Marli Maria Loro², Cleci Lourdes Schmidt Piovesan Rosanelli², Marina Mazzuco de Souza², Joseila Sonego Gomes², Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz²

O estudo objetivou avaliar a Qualidade de Vida de mulheres com câncer do colo uterino. Pesquisa transversal, descritiva, realizada com 43 mulheres em tratamento oncológico atendidas em um Centro de Alta Complexidade de Oncologia, na Região Sul do Brasil. O instrumento utilizado foi o *European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire Core-30*, e os dados foram analisados a partir da estatística descritiva. A média de idade foi de 54,6 anos. Prevaleram as casadas (53,4%), com Ensino Fundamental incompleto (72,1%) e renda de um a dois salários mínimo (62,8%). A Qualidade de Vida foi considerada muito satisfatória. De acordo com escalas de desempenho de papel e funcionamento emocional, o resultado foi regular a satisfatório. Os sintomas mais frequentes foram fadiga, falta de apetite e dor. Aponta-se a necessidade de estruturação das políticas públicas de saúde, para prevenção do câncer do colo uterino na população mais vulnerável.

Descritores: Neoplasias do Colo do Útero; Qualidade de Vida; Saúde da Mulher.

This study aimed to evaluate the quality of life of women with cervical cancer. This is a cross-sectional, descriptive study developed with 43 women undergoing oncological treatment assisted at an Oncology High Complexity Center, in the Southern region of Brazil. The instrument used was the *European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire Core-30*, and the data were analyzed through descriptive statistics. The average age was 54.6 years old. Married women prevailed (53.4%), with incomplete elementary education (72.1%) and income from one to two minimum wages (62.8%). Quality of Life was considered very satisfactory. According to the development scales and emotional functioning, the result was from regular to satisfactory. The most frequent symptoms were fatigue, lack of appetite and pain. There is a need of structure of public health policies, for preventing cervical cancer in the most vulnerable population.

Descriptors: Uterine Cervical Neoplasms; Quality of Life; Women's Health.

El objetivo fue evaluar la Calidad de Vida de mujeres con cáncer de cuello uterino. Investigación transversal, descriptiva, con 43 mujeres en tratamiento del cáncer en un Centro de Alta Complejidad de Oncología, en el Sur del Brasil. El instrumento utilizado fue el *European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire Core-30*, y los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. La edad media fue de 54,6 años; prevalecieron casadas (53,4%), con educación primaria incompleta (72,1%) y renta de uno a dos sueldos mínimos (62,8%). La Calidad de Vida fue considerada muy satisfactoria. En las escalas de desempeño del rol y del funcionamiento emocional, el resultado fue regular a satisfactorio. Los síntomas más comunes fueron fatiga, falta de apetito y dolor. Hay necesidad de estructuración de las políticas de salud pública para prevención del cáncer de cuello uterino a la población más vulnerable.

Descritores: Neoplasias del Cuello Uterino, Calidad de Vida, Salud de la Mujer.

*Extraído do Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem intitulado Qualidade de vida de mulheres com câncer de colo de útero em tratamento, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2013.

¹Hospital Tacchini de Bento Gonçalves, Bento Gonçalves, RS, Brasil.

²Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul de UNIJUI, Ijuí, RS, Brasil.

Autor correspondente: Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz
Rua Tiradentes, 231, apto. 804, Centro, CEP: 98700-000. Ijuí, RS, Brasil. E-mail: adriane.bernat@unijui.edu.br

Introdução

O câncer é uma doença crônico-degenerativa, considerada um problema de saúde pública, tendo em vista sua alta incidência, prevalência, morbidade, mortalidade e demanda de cuidados para os familiares e profissionais da saúde⁽¹⁾. Tem por característica o crescimento desordenado e acelerado de células, que invadem tecidos e órgãos circunjacentes⁽¹⁾.

A estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para 2012-2013 prevê uma ocorrência de 518.510 casos novos de câncer no Brasil, 257.870 para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino, e, dos casos previstos para os indivíduos do sexo feminino, esperam-se 18 mil casos novos de câncer do colo uterino (CCU)⁽²⁾.

A doença representa o terceiro tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, levando ao óbito cerca de 274 mil mulheres por ano⁽³⁾. É responsável pela maioria das causas de morte entre as mulheres com idade de 35 a 45 anos nos países em desenvolvimento. O risco de uma mulher desenvolver CCU em países desenvolvidos é de 1%, já em países em desenvolvimento é de 5%⁽⁴⁾.

No Brasil, é o segundo tipo mais incidente na população feminina, excluindo o câncer de pele não melanoma⁽⁵⁾. Tem maior incidência na Região Centro-Oeste (28/100 mil), seguido pelas Regiões Norte (24/100 mil), Nordeste (18/100 mil), Sudeste (15/100 mil) e Sul (14/100 mil). No Rio Grande do Sul eram esperados 1.190 novos casos dessa neoplasia para cada 100 mil mulheres no ano de 2013⁽²⁾.

As neoplasias de câncer de colo uterino têm origem no epitélio de revestimento da ectocérvix ou nas células epiteliais que revestem as glândulas da endocérvix. De crescimento lento, essas células são caracterizadas pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente, e pelo potencial para invadir estruturas e órgãos, contínuos ou à distância⁽³⁾.

O diagnóstico de câncer do colo do útero e a necessidade do tratamento repercutem de forma física e psicológica na vida das mulheres, deixando-as ansiosas com o prognóstico, bem como com as mudanças provocadas pela doença e por seu tratamento – o que pode alterar a qualidade de vida. Elas experimentam uma grande variedade de efeitos colaterais, que podem persistir por um período longo, os quais interferem em seu modo de viver. A qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem de si próprio, de sua posição na vida, dos costumes, valores e perspectivas sociais, relacionando-se ao modo complexo da saúde física e psíquica, e à independência do paciente⁽⁴⁾. Sua avaliação fornece importantes informações acerca do impacto da doença na vida dos pacientes.

Assim, este estudo buscou responder a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a qualidade de vida de mulheres com câncer de colo uterino em tratamento?

Método

Este estudo faz parte da pesquisa institucional Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos assistidos em um Centro de Alta Complexidade para o Tratamento para o Câncer, da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa.

Participaram deste estudo 43 mulheres em tratamento oncológico ambulatorial. Para composição da amostra, consideraram-se critérios de inclusão: ser maior de 18 anos de idade, com diagnóstico médico de CCU, em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico. Para as pacientes em quimioterapia, consideraram-se aquelas a partir do terceiro ciclo, e as em radioterapia, a partir da primeira seção. Todas, as quais estavam em tratamento oncológico em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia da Região Sul do Brasil.

A coleta dos dados foi realizada no período de abril a dezembro de 2011. Os dados foram captados

mediante instrumento de apuração das condições sociodemográficas e de um instrumento utilizado no Brasil em pesquisas anteriores⁽⁶⁾, o *European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ-C30). O QLQ-C30 avalia a QV dos pacientes com câncer por meio de 30 questões distribuídas em cinco escalas funcionais (física, cognitiva, emocional, social e desempenho de papel); três escalas de sintomas (fadiga, dor, e náusea e vômito); uma escala de estado geral de saúde/QV; e cinco outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer (dispneia, perda de apetite, insônia, constipação, diarreia e avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença)⁽⁶⁾.

Na análise dos resultados do QLQ-C30, valores obtidos nas escalas mais próximos de 100 significam melhor funcionamento (estado geral de saúde/QV, funções física, emocional, cognitiva e social e desempenho de papel), enquanto que, nas escalas de sintomas e dificuldades financeiras, valores obtidos próximos de 100 representam maiores sintomas e dificuldades⁽⁷⁾.

A análise dos dados realizou-se a partir da estatística descritiva com auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences for Windows*, versão 18.0. Calcularam-se a média e desvio padrão.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ, sob parecer substanciado 275/2010. As participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, e foram respeitados todos os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos.

Resultados

Dentre as 43 mulheres em tratamento oncológico ambulatorial, a idade média foi de 54,6±12,02 anos, com idade mínima de 32 e máxima de 80 anos. A maioria era casada (53,4%), possuía o Ensino Fundamental incompleto (72,1%) e 62,8% tinham renda de um a dois salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1 - Condições sociodemográficas de mulheres em tratamento para o CCU em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia da Região Sul do Brasil

Variável	n (%)
Estado civil	
Casada	23 (53,4)
Solteira	7 (16,3)
Viúva	6 (14,0)
Separado ou divorciado	7 (16,3)
Escolaridade	
Sem instrução	1 (2,3)
Ensino Fundamental incompleto	31 (72,1)
Ensino Fundamental completo	1 (2,3)
Ensino Médio incompleto	2 (4,7)
Ensino Médio completo	5 (11,6)
Ensino Superior	3 (7,0)
Renda em salários mínimos* (n=42)	
<1	7 (16,3)
1-2	27 (62,8)
3-5	8 (18,6)

*Valor do salário mínimo na época do estudo: R\$545,00, equivalente a US\$272,00

A qualidade de vida avaliada pela saúde global foi considerada muito satisfatória, com escore de 79,08%. Ao serem avaliados os escores médios de qualidade de vida obtidos nos diversos domínios, verificou-se que, nas escalas de funcionamento físico, cognitivo e social, as médias variaram de 75,19 a 81,40, indicando um nível muito satisfatório de qualidade de vida. Já nas escalas de desempenho de papel e funcionamento emocional, a média foi <63,14, o que indica nível regular a satisfatório de QV. Na escala de sintomas, a fadiga foi o mais presente, seguida pela falta de apetite e dor. Dados evidenciados na tabela 2.

Quanto ao tipo de tratamento realizado por estas mulheres, predominou o tratamento radioterápico (37,2%), seguido do tratamento conjugado (32,6%), quimioterapia (23,3%) e braquiterapia (7,0%).

Tabela 2 - Qualidade de Vida de mulheres com câncer do colo de útero pelo instrumento *Quality of Life Questionnaire Core-30*, em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia da Região Sul do Brasil

Escalas	Média ± DP	IC95%	Mínimo	Máximo
Escalas funcionais				
Saúde global	79,08±20,00	73,68-86,00	17	100
Funcionamento físico	78,33±19,9	72,18-84,47	20	100
Desempenho de papel	63,14±33,61	52,89-73,48	0	100
Funcionamento emocional	67,58±29,78	58,42-76,75	8	100
Funcionamento cognitivo	81,40±28,85	74,05-88,74	17	100
Funcionamento social	75,19±30,07	65,93-84,44	0	100
Escala de sintomas				
Fadiga	30,09±22,96	23,03-37,16	0	100
Náusea	27,51±29,93	18,30-36,73	0	100
Dor	27,91±31,62	18,18-37,64	0	100
Dispneia	9,23±19,60	3,20-15,26	0	100
Insônia	26,33±32,22	16,41-36,29	0	100
Falta de apetite	28,65±33,84	18,24-39,07	0	100
Constipação	20,91±30,05	11,66-30,16	0	100
Diarreia	20,09±28,31	11,38-28,81	0	100
Dificuldade financeira	34,88±41,15	22,22-47,55	0	100

DP: desvio padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%

Discussão

Fizeram parte do estudo 43 mulheres, sendo a maioria casada, com Ensino Fundamental incompleto e renda de 1 a 2 salários mínimos.

A média de idade das participantes foi de 54,6 anos. Este resultado é similar ao de estudo realizado com 149 pacientes em um Ambulatório de Oncologia, onde a média de idade foi de 53,13 anos⁽⁸⁾. Ainda, pesquisa realizada com Registros Hospitalares de Câncer de um hospital em Vitória (ES), com uma amostra de 964 mulheres, mostrou que a idade média foi de 53,8 anos⁽⁸⁾.

Estudo realizado em Santo Ângelo (RS), com uma amostra de 60 mulheres, destaca que 45% delas

eram casadas⁽⁹⁾. Já outro estudo realizado com Registros Hospitalares de Câncer de todo o Brasil com a população de 77.317 mulheres mostrou que 51,5% eram casadas⁽¹⁰⁾.

Os dados sociodemográficos desta pesquisa corroboram dados de outra investigação, em que 90% dos participantes apresentavam estudos fundamentais, completos ou incompletos, e 6,6% apresentavam curso universitário⁽⁶⁾. Sobre perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com CCU, constatou-se que a incidência desse câncer é frequente em mulheres com menor nível de escolaridade e de classes sociais mais baixas⁽⁸⁾, resultados estes que vêm ao encontro deste estudo.

Nessa perspectiva, quanto menor o grau de escolaridade, maior o risco de desenvolver CCU e do diagnóstico tardio da doença. Essas mulheres, na maioria das vezes, não têm conhecimento necessário para realizar o rastreamento e o tratamento precocemente, não reconhecem a importância do exame citopatológico, bem como têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹¹⁾.

Em outro estudo, 89,5% dos sujeitos da pesquisa eram de nível socioeconômico médio ou baixo⁽¹²⁾, corroborando os do estudo em tela. A prevalência das doenças crônicas na população brasileira aponta a desigualdade das condições de vida da população adulta⁽¹⁾.

Ainda, quando questionadas quanto à renda, um percentual maior referiu receber de um a dois salários mínimos. Esse resultado vai ao encontro do estudo com registros do Sistema de Informações do Câncer do Colo Uterino (SISCOLO) com 20 mulheres, as quais também relataram a mesma renda mensal⁽¹³⁾.

Baixa escolaridade e renda são predominantes em mulheres com CCU, o que indica a necessidade de implementar ações preventivas à essa população. Dados evidenciam a necessidade de políticas públicas para o grupo vulnerável, por meio da Atenção Primária à Saúde, em que há a necessidade de realizar busca ativa dessas mulheres, ações de promoção, informações sobre redução da exposição aos riscos e formas

de proteção, ampliação e acesso aos exames de rastreamento, referência para diagnóstico e tratamento⁽¹¹⁾.

É importante que os profissionais de saúde e gestores desempenhem ações de cunho preventivo e que estas visem alcançar essas mulheres, com o intuito de detectar precocemente as lesões precursoras. Estudo pontua a importância do enfermeiro e a necessidade de que o mesmo desenvolva ações planejadas para as mulheres com menor grau de escolaridade, com vistas ao seu acesso ao serviço de Atenção Primária à Saúde. Isso pode ser realizado a partir da mobilização e do envolvimento de lideranças comunitárias, profissionais da saúde, movimentos de mulheres e meios de comunicação⁽¹⁴⁾.

O enfermeiro pode abordar as mulheres quando elas procuram a Unidade Básica de Saúde, sendo possível, por exemplo, focar esse tema enquanto elas aguardam na sala de espera, disponibilizar horários alternativos, realizar atendimento sem necessidade de agendamento prévio, fazer visitas domiciliares, mutirões de consultas e exames de prevenção do câncer ginecológico em horários alternativos, de modo a beneficiar o grupo que tem dificuldade de acessar a unidade em horário comercial⁽¹⁴⁾.

Quando avaliada as condições de vida dessas pacientes, pôde-se evidenciar que a saúde global foi considerada muito satisfatória, com escore de 79,08%. Já o funcionamento físico, cognitivo e social variaram de 75,19 a 81,40, indicando um nível muito satisfatório de qualidade de vida. Nas escalas de desempenho de papel e de funcionamento emocional, a média foi <63,14, o que indica nível regular a satisfatório da QV.

Estudo realizado com 225 pacientes com câncer ginecológico em tratamento radioterápico para avaliar as condições de saúde, por meio do instrumento EORTC QLQ-C30, antes e após o tratamento até 3 anos, a qualidade de vida global e as escalas funcionais representaram uma melhor qualidade de vida, evidenciada pelo aumento na pontuação ao longo do tempo⁽¹⁵⁾. A pontuação para a QV global, física, desempenho de papel, função cognitiva, emocional e funcio-

namento social diminuíram significativamente, quando comparados com os níveis pré-tratamento⁽¹⁵⁾.

Pesquisa desenvolvida entre os anos de 2006 a 2008 com 149 mulheres, no intuito de avaliar a QV relacionada à saúde, utilizando o questionário *Functional Assessment of Cancer Therapy-Cervix Cancer*⁽⁷⁾, encontrou as seguintes médias relacionadas aos domínios: 21,42 para o emocional, 25,17 para o social/familiar, 25,62 para o físico e 25,77 para o funcional. As médias obtidas nos domínios do questionário demonstram que a QV satisfatória⁽⁷⁾.

Em relação à escala de sintomas no presente estudo, a fadiga obteve a maior média, de 30,09, seguida pela falta de apetite (28,65) e pela dor (27,91). A fadiga relacionada ao câncer é geralmente o sintoma mais incidente e tratável entre os pacientes. Os pacientes se referem a esse sintoma como o mais importante e estressante relacionado à doença e a seu tratamento. Trata-se de uma sensação desagradável com sintomas físicos, psíquicos e emocionais, geralmente relatada como um cansaço que não diminui com estratégias usuais de restauração da energia; varia em duração e intensidade e reduz, em diferentes graus, a habilidade de executar as atividades usuais⁽¹⁶⁾.

A falta de apetite tem um grande impacto nos pacientes oncológicos e é importante para a avaliação e o acompanhamento do estado nutricional no paciente com câncer. Estudo pontua que o déficit nutricional está associado a elevados índices de morbidade, mortalidade, infecção, maior período de hospitalização, menor resposta à quimioterapia e à radioterapia, e elevado custo hospitalar⁽¹⁷⁾.

O longo tempo de hospitalização reduz a ingestão alimentar dos pacientes com câncer, devido à monotonia alimentar e aos efeitos dos medicamentos durante o tratamento, com conseqüente aumento de sintomas, como inapetência, náuseas, vômitos, diarreia, saciedade precoce, constipação, xerostomia e disfagia, que contribuem de forma significativa para o comprometimento do estado nutricional⁽¹⁷⁾.

A dor é uma das maiores causas de incapacidade e sofrimento nos pacientes oncológicos – cerca de

80% deles apresentam dor no decorrer da doença, que pode ser aguda ou crônica. A dor crônica acomete aproximadamente 50% dos pacientes com câncer em todos os estágios da doença, e cerca de 70 a 90% dos pacientes na fase avançada referem esse sintoma, que pode ser de intensidade moderada ou insuportável⁽¹⁸⁾. Pesquisa aponta que a dor foi relatada por 58,6% dos pacientes no momento da entrevista ou na semana da mesma. A intensidade média da dor avaliada pela escala numérica foi 6,7, que caracteriza dor de moderada intensidade⁽¹⁹⁾.

A dor pode ser consequência do tratamento quimioterápico, radioterápico e cirúrgico, podendo ser causada também pelo tumor, pela presença de metástases, ou por motivos não relacionados ao câncer, como perda funcional, alterações metabólicas, infecciosas, carências e degenerativas⁽¹⁸⁾.

Neste estudo, o tratamento radioterápico foi o mais frequente, seguido do tratamento conjugado, quimioterapia e braquiterapia. Os efeitos adversos da radioterapia incluem: estenose, atrofia vaginal, dispareunia, diminuição da lubrificação vaginal, perda de sensações clitorianas e vaginais durante a relação sexual, perda de sensibilidade, fibrose vaginal, diminuição da elasticidade e da profundidade vaginal, ressecamento e descamação da mucosa vaginal, ulcerações vulvares, necrose e sangramento vaginal após a relação sexual⁽²⁰⁾.

Tais efeitos podem reduzir a QV e persistir por um longo período, mesmo após o término do tratamento⁽⁴⁾. Importante salientar, ainda, que a vulnerabilidade social dessas mulheres aumenta o risco para CCU, o que está relacionado diretamente à baixa condição financeira, dado evidenciado neste estudo. Há necessidade de os gestores e profissionais de saúde se envolverem na promoção de ações de saúde, no intuito de empoderar as mulheres no controle e na redução dos fatores de risco, e implementar ações voltadas ao rastreamento, com vistas à detecção precoce. A enfermagem deve assistir a mulher de forma integral, por meio da consulta de enfermagem, sendo esta uma oportunidade para

propiciar a formação de vínculo entre a mulher e o profissional, e conscientizá-la da importância do comportamento preventivo, o qual trará benefícios social e econômico.

Acredita-se que ações educativas desenvolvidas com a participação da comunidade ampliem o conhecimento sobre os fatores de risco, o desenvolvimento da doença e a importância da realização periódica do exame preventivo, podendo alcançar resultados satisfatórios para a redução das taxas de morbimortalidade. Assim, o câncer e, em especial, o de colo uterino, é merecedor de atenção por parte dos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem.

Conclusão

O estudo evidenciou que as mulheres com câncer de colo uterino apresentaram Qualidade de Vida geral muito satisfatória. Em relação aos sintomas, prevaleceram a fadiga, a falta de apetite e a dor. No entanto, eles não interferiram na percepção de Qualidade de Vida das pacientes.

Os achados do presente estudo contribuem para alertar a necessidade da contribuição de diferentes profissionais para intervir e auxiliar na redução dos casos de câncer do colo uterino. A enfermagem poderá qualificar a assistência, aliada à estruturação de programas que promovam educação e prevenção, identificando as mulheres de alto risco, com rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento, ações multidisciplinares, educação continuada, além de planejar uma assistência qualificada, visando à prevenção de riscos e à diminuição de sintomas e, conseqüentemente, à melhoria da Qualidade de Vida das mulheres.

Sobremodo, os resultados ainda contribuem para a gestão pública de saúde e para o ensino de enfermagem, no sentido de valorizar a percepção de Qualidade de Vida de pessoas com câncer, bem como desenvolver estratégias de empoderamento da mulher sobre os efeitos colaterais do tratamento e as formas de amenizar suas consequências durante os diferentes tipos de tratamentos.

Colaborações

Dallabrida FA e Kolankiewicz ACB participaram da concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados. Rosanelli CLSP, Loro MM, Souza MM e Gomes JS participaram da análise crítica do manuscrito e na versão final a ser publicada. Todos os autores declaram que contribuíram na redação, revisão crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Herr GE, Kolankiewicz ACB, Berlezi EM, Gomes JS, Magnago TSBS, Rosanelli CP, et al. Avaliação de conhecimentos acerca da doença oncológica e práticas de cuidado com a saúde. *Rev Bras Cancerol.* 2013; 59(1):33-41.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
4. Krikeli M, Ekonomopoulou MT, Tzitzikas I, Goutzioulis A, Mystakidou K, Gombaki KP. Comparison of the impact of radiotherapy and radiochemotherapy on the quality of life of 1-year survivors with cervical cancer. *Cancer Manag Res.* 2011; 3:247-51.
5. Murata IMH, Gabrielloni MC, Schirmer J. Cobertura do papanicolaou em mulheres de 25 a 59 anos de Maringá – PR, Brasil. *Rev Bras Cancerol.* 2012; 58(3):409-15.
6. Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Cardozo FMC, Zago MMF. Quality of life evaluation in cancer patients to submitted to chemotherapy. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(3):581-7.
7. Fernandes WC, Kimura M. Health related quality of life of women with cervical cancer. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010; 18(3):65-72.
8. Mascarello KC, Silva NF, Piske MT, Viana KCG, Zandonade E, Amorim MHC. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. *Rev Bras Cancerol.* 2012; 58(3):417-26.
9. Casarin MR, Piccoli JCE. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(9):3925-32.
10. Thuler LCS, Bergmann A, Casados L. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. *Rev Bras Cancerol.* 2012; 58(3):351-7.
11. Prado PR, Koifman RJ, Santana ALM, Silva IF. Caracterização do perfil das mulheres com resultado citológico ASCUS/AGC, LSIL e HSIL segundo fatores sociodemográficos, epidemiológicos e reprodutivos em Rio Branco – AC, Brasil. *Rev Bras Cancerol.* 2012; 58(3):471-9.
12. Macêdo GD, Lucena NMG, Soares LMMM, Rocha POA, Gutiérrez CV, López MCB. Influência do estilo de vida na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2011; 14(4):13-8.
13. Soares MC, Mishima SM, Meincke SMK, Simino GPR. Câncer de colo uterino: Caracterização das mulheres em um município do Sul do Brasil. *Esc Anna Nery.* 2010; 14(1): 90-6.
14. Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO. O Enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: O cotidiano da Atenção Primária. *Rev Bras Cancerol.* 2012; 58(3):389-98.
15. Barker CL, Routledge JA, Farnell DJJ, Swindell R, Davidson SE. The impact of radiotherapy late effects on quality of Life ingynaecological cancer patients. *Br J Cancer.* 2009; 100(10):1558-65
16. Mota DDCF, Pimenta CAM, Fitch MI. Fatigue pictogram: an option for assessing fatigue severity and impact. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(n. esp.):1080-7.
17. Araújo ES, Duval PA, Silveira DH. Sintomas relacionados à diminuição de ingestão alimentar em pacientes com neoplasia do aparelho digestório atendidos por um Programa de Internação Domíliciar. *Rev Bras Cancerol.* 2012; 58(4):639-46.
18. Rabelo ML, Borella MLL. Papel do farmacêutico no seguimento farmacoterapêutico para o controle da dor de origem oncológica. *Rev Dor.* 2013; 14(1):58-60.
19. Costa AIS, Chaves MD. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. *Rev Dor.* 2012; 13(1):45-9.
20. Franceschini J, Scarlato A, Cisi M. Fisioterapia nas principais disfunções sexuais pós-tratamento do câncer do colo do útero: revisão bibliográfica. *Rev Bras Cancerol.* 2010; 56(4):501-6.